

TERAPIA COGNITIVO CONDUCTUAL
EN UN CASO DE TRICOTILOMANIA INFANTIL

Autora: Lic. Tatiana Mainero

RESUMEN

En el presente trabajo se realiza una revisión bibliográfica y se expone un caso clínico de tricotilomanía en la infancia abordado en el Servicio de Salud Mental del Hospital Regional Río Grande por las áreas de psicología y psiquiatría infantil.

El objetivo del trabajo responde a resaltar la importancia de la terapia cognitivo conductual, combinada con el tratamiento farmacológico, en el tratamiento de la tricotilomanía en base a los resultados del caso y comparándolo con la literatura consultada.

Palabras claves: - infancia - tricotilomanía - terapia - cognitivo - conductual.

ABSTRACT

In this work you will find a bibliographical review and it is also shown a clinic case of trichotillomania in childhood.

The aforesaid clinic case has been treated at Rio Grande Hospital, Mental health service, by professionals in the areas of child's psychology and psychiatry.

The aim of this work is to highlight the importance of cognitive behavioral therapy and the need of a pharmacologic treatment in a case of trichotillomania. This conclusion has been reached after a deep analysis of the clinic case and after a deep study of literature and books about this mental disease.

Key words: Infance/childhood, trichotillomania, therapy, cognitive, behaviour.

INTRODUCCION

La tricotilomanía es un desorden clasificado dentro de los trastornos del control de los impulsos según DSM IV – TR y consiste en arrancarse el pelo en forma recurrente, lo que da lugar a una pérdida perceptible del cabello. El hábito de arrancarse el cabello suele estar precedida por una fuerte tensión que luego de efectuado el acto deriva a un estado de alivio o placer. (11)

Como factores etiológicos pueden considerarse relevantes situaciones estresantes, alteraciones en el vínculo materno filial, temor a quedarse solo y pérdidas significativas recientes. Pueden estar presentes antecedentes familiares de la enfermedad o de otros trastornos del control de los impulsos, o bien pueden existir antecedentes familiares de trastornos del espectro ansioso. (11)

En este trabajo se presenta un caso clínico de una niña de siete años de edad con diagnóstico de tricotilomanía al cual se ha aplicado tratamiento psicofarmacológico y psicoterapéutico de orientación cognitivo conductual de acuerdo a estudios recientes que demuestran mayor efectividad de este tipo de tratamiento.

El tratamiento cognitivo conductual ha sido aplicado a un amplio abanico de trastornos mentales con muy buenos resultados. (8)

Vallejo Ruiloba plantea que las terapias de este tipo tienen dos denominadores comunes, a saber: “el interés por la naturaleza de las cogniciones y la utilización de procedimientos conductuales para promover cambios en la conducta. Comprenden procedimientos activos, directivos, estructurados y de tiempo limitado, que se utilizan para modificar el comportamiento y/o las emociones a través del cambio de los procesos mediadores (cognitivos) que la determinan”. (14, Págs. 766 -767)

Como punto de partida previo a la aplicación de las técnicas terapéuticas específicas, un tratamiento requiere saber cuál es el tipo de trastorno, el grado de severidad, las variables básicas, la organización familiar al momento vital, las características de personalidad, los recursos y las expectativas de cambio del paciente y su familia. Requiere de una visión general e integrada de la problemática del paciente, cada caso con su particularidad. (9)

Tratándose de niños es necesario tener en cuenta que mucha de esa información nos es brindada por sus padres quienes son en general quienes lo traen a consulta, dando cuenta del sufrimiento del propio niño o de otros significativos. Levy sostiene que para abordar al niño podemos dirigir nuestra atención a su mundo interno y la estructuración de su aparato psíquico, o bien enfocar el sistema interaccional en el que se ve inmerso; podemos centrarnos en el síntoma que lo aqueja, atender a su conducta problemática o al sistema de creencias que está desarrollando, todo dependiendo del enfoque al cual el terapeuta adhiere; pero no se debe perder de vista que un niño es más que algunos de estos aspectos parciales o la sumatoria de ellos. También considera importante que el trabajo con niños no quede en una relación terapéutica bipersonal, sino que es necesario integrar a múltiples personas significativas para el crecimiento del niño. (12)

Una vez delimitado y comprendido el problema es probable que las intervenciones terapéuticas sean más precisas y se opere con mejores resultados (12)

La importancia de este último punto en este trabajo comprende el intento de transmitir que si bien se plantean como posibilidad terapéutica determinadas estrategias o técnicas psicológicas, en su elección, no sólo se tuvo en cuenta los resultados positivos arrojados en diferentes estudios para la sintomatología específica, sino las características particulares del caso conocidas a partir de un cuidadoso proceso psicodiagnóstico que marcó el camino de las intervenciones a realizar, tanto con la niña como con su familia.

TRASTORNO DEL CONTROL DE LOS IMPULSOS: TRICOTILOMANIA

Bajo esta denominación están clasificados todos aquellos trastornos que presentan como característica principal la dificultad para resistir un impulso, una motivación o una tentación de llevar a cabo un acto perjudicial para la persona o para terceros. (7)

La tricotilomanía comprende un comportamiento recurrente de arrancarse el propio cabello por simple placer, gratificación o liberación de la tensión y provoca una pérdida perceptible de pelo. (7)

La alopecia resultante se caracteriza por la presencia de filamentos cortos y rotos junto con pelos normales en las zonas afectadas. No se observan alteraciones de la piel o del cuero cabelludo. (11)

El arrancamiento de pelo puede ocurrir en episodios breves distribuidos a través del día o en menor frecuencia, pero de forma sostenida, continuar durante horas. (7). Estos episodios suelen aparecer durante los estados de relajación o distracción, pero pueden también presentarse en situaciones estresantes. Inmediatamente antes de arrancarse el cabello la persona experimenta una sensación de tensión creciente. En algunos sujetos la tensión no precede necesariamente al acto, sino que va asociada al intento de resistir la necesidad. El acto da lugar a una sensación de gratificación, de bienestar o de liberación. (11)

Es una conducta que en la infancia puede aparecer en el marco de una situación de frustración o carencia: separación de los padres, muerte de uno de ellos, nacimiento de un bebé, ingreso en una institución, etc. (1). Dicha conducta con un curso limitado puede ser considerada un hábito benigno en la primera infancia. Si la sintomatología comienza o continúa en la etapa escolar se sugiere consultar con profesionales de la Salud Mental. (7).

En general, quien padece este trastorno tiende a negar la conducta tratando de ocultar la alopecia resultante. (11)

Habitualmente la tricotilomanía se asocia con el trastorno obsesivo compulsivo dada la característica compulsiva del acto de arrancarse el cabello. Sin embargo, en el paciente obsesivo no suele presentarse una tensión creciente que se libere con el acto y posteriormente provoque bienestar, ya que quien padece del trastorno obsesivo compulsivo lucha contra la compulsión, la cual vive con extrañeza y la considera displacentera. (14).

Otros cuadros psicopatológicos a tener en cuenta en el diagnóstico diferencial son los trastornos facticios, que implican una actitud por parte de la persona de negar la autoinducción de las lesiones buscando atención médica, instalándose en el papel de enfermo y buscando beneficio secundario (14).

La conducta de arrancamiento del cabello puede estar presente a modo de estereotipia en algunos cuadros psicóticos. La diferencia es que los pacientes psicóticos no sienten ni tensión ni placer en torno a la conducta de arrancamiento y tampoco les perturba. (14).

Las estereotipias y conductas autolesivas (tirarse del pelo) son comunes en los Trastornos Generalizados del Desarrollo, más específicamente en el autismo, cuyo inicio es anterior a los tres años y en el cual dichas conductas son sólo algunos de los síntomas de este complejo trastorno que afecta múltiples áreas del desarrollo. (11)

Criterios diagnósticos de tricotilomanía según DSM IV- TR

- A- Arrancamiento del propio pelo de forma recurrente, que da lugar a una pérdida perceptible de pelo.
- B- Sensación de tensión creciente inmediatamente antes del arrancamiento del pelo o cuando se intenta resistir la práctica de ese comportamiento.
- C- Bienestar, gratificación o liberación cuando se produce el arrancamiento del pelo.
- D- La alteración no se explica mejor por la presencia de otro trastorno mental y no se debe a una enfermedad dermatológica.
- E- La alteración causa malestar clínicamente significativo o deterioro social, laboral o de otras áreas importantes de la actividad del individuo

En relación al tratamiento de la tricotilomanía se sugiere un plan terapéutico integral que implique medidas dermatológicas, psiquiátricas y psicológicas de orientación conductual. (14)

La literatura apoya las indicaciones de los antidepresivos como tratamiento psiofarmacológico para este tipo de trastornos. (14) y (11)

TERAPIA COGNITIVA CONDUCTUAL

La terapia cognitiva conductual surge de la fusión de dos modelos psicológicos que se desarrollaban independientemente en el campo científico de la psicología: el Conductismo y el Cognitivismo.

MODELO CONDUCTISTA

Los modelos conductistas mantienen la idea de que la mayor parte de la conducta (incluso la inadaptada) es aprendida y sostienen que los tratamientos deberían centrarse en el cambio de aquellas conductas inadaptadas observables en si mismas (8)

Principios básicos de las teorías conductistas según Feixas y Miró (8- Págs. 178, 179)

- Se considera que tanto la conducta normal como la anormal son, principalmente, productos del aprendizaje y se modifican mediante los mismos principios.
- Se concede menor importancia a los factores innatos o heredados en la adquisición de la conducta, aunque se acepta la influencia posible de factores genéticos o constitucionales.
- Se sitúa el objeto de estudio en la conducta, la cual es entendida como objeto cuantificable o evaluable, tanto en el plano motor como en el cognitivo o fisiológico, ya que se considera conducta a cualquier actividad en estos tres planos.
- Se concede especial relevancia al método experimental, como instrumento imprescindible en la descripción, predicción y control de la conducta.
- Se considera necesaria la comprobación de la eficiencia de cualquier procedimiento, ya sea de evaluación o de tratamiento.
- La evaluación y el tratamiento se consideran funciones estrechamente relacionadas y dirigidas a modificar las conductas inadecuadas.
- Los tratamientos mantienen un carácter concreto, operativo y minuciosamente estructurado.

Según este modelo, antes de iniciar el tratamiento es necesario llevar a cabo una evaluación pormenorizada en la que se defina las conductas en términos observables y se establezcan sistemas de registro. Por lo general, los tratamientos son limitados en el tiempo, cuentan con un número determinado de sesiones. La eficacia de los mismos está

relacionada principalmente con las técnicas que se empleen, no así con el vínculo terapéutico. El rol del terapeuta en este tipo de tratamientos es de instructor, su función es transmitir y enseñar los modelos conductuales más apropiados para solucionar determinados problemas a la vez que funciona como reforzador social y modelo.

El paciente a lo largo de la historia de este modelo pasa de un papel pasivo a tener un papel activo y relevante en el desarrollo del tratamiento.

Algunos de los recursos técnicos planteados por este modelo consisten en: técnicas de relajación, desensibilización sistemática, entrenamiento asertivo, técnicas de implosión o inundación, modelado, refuerzo positivo, control del estímulo, contrato de contingencias, economía de fichas, técnicas de extinción, castigo, coste de respuesta, tiempo fuera de reforzamiento, reforzamiento de conductas incompatibles, condicionamiento encubierto. (8)

MODELOS COGNITIVOS

Este modelo que tuvo su inicio con los aportes de la cibernética, a partir de los cuales postuló el paradigma del procesamiento de la información, fue evolucionando y enriqueciéndose de diferentes aportes que hicieron de él un constructo teórico-técnico heterogéneo y diverso. Surge como crítica al Conductismo dándole relevancia e investigando sobre las variables mediacionales (cogniciones) que al momento para los conductistas no cumplían un papel importante sobre la conducta.

El término cognición alude y se utiliza para referirse a las ideas, constructos personales, imágenes, creencias, expectativas, atribuciones, entre otros. Este término hace referencia a “patrones complejos de significado en los que participan emociones, pensamientos y conductas” (8, Pág. 208).

El postulado básico de este modelo consiste en considerar que las personas se conducen según las ideas que tienen de sí mismas, de los otros y del mundo. Desde sus inicios este modelo sostiene que el cambio psicológico implica, por lo tanto, adoptar una construcción alternativa que aporte un nuevo sentido de sí mismo y del mundo.

Según los cognitivistas, la estructura psíquica está compuesta por esquemas, definidos como una abstracción producto de la experiencia previa, responsables de los mecanismos que guían la atención selectiva y la percepción. La naturaleza de los esquemas difiere en su contenido (del self, sociales, etc.), por lo que el procesamiento de la información depende del esquema que se haya activado. Los esquemas del self, son los que resultan relevantes para la psicoterapia, dado que son los que definen el sentido de identidad obteniendo un peso fundamental en la personalidad y los procesos interpersonales. Los distintos tipos de esquemas se organizan en un orden jerárquico, siendo los nucleares más resistentes al cambio mientras que los periféricos resultan más flexibles o permeables a las modificaciones. (8)

Según el modelo cognitivo los trastornos mentales son producto del mantenimiento de procesamientos de la información distorsionados que dan lugar a esquemas y creencias irracionales. El contenido o producto de tales procesamientos es lo que caracteriza a cada trastorno.

Feixas y Miró describen a las psicoterapias cognitivas, como “procedimientos activos, directivos, estructurados y de breve duración, para el tratamiento de una gran variedad de trastornos mentales”. (8- Pág. 227). Comprenden un campo heterogéneo y rico en posibilidades, caracterizado por distintas modalidades técnicas y diferentes abordajes, lo cual permite elegir para cada situación clínica la estrategia más adecuada. (4)

Su principal instrumento técnico es el cuestionamiento, acudiendo a la posterior comprobación empírica (experimentación conductual) para poner a prueba la validez de sus supuestos, y el principal objetivo de este tipo de tratamientos es el cambio de las estructuras cognitivas que dificultan el buen funcionamiento psicológico del sujeto.(8)

El vínculo terapéutico es concebido como una relación de colaboración mutua entre paciente y terapeuta. Se establece en un principio una definición del problema, y se acuerda un contrato de trabajo con objetivos claros que guiarán el proceso terapéutico. Los pensamientos del paciente se consideran hipótesis a verificar.

En relación al papel del terapeuta, hay diferentes posiciones dentro del mismo modelo que consideran por un lado que el terapeuta cumple un papel de educador o entrenador mientras que otros sostienen que el rol adecuado es facilitar un medio seguro y confiable que facilite al paciente la exploración de nuevas alternativas. (8)

Muchos recursos técnicos son tomados de otros enfoques, otros tantos son propios del modelo. Algunos de ellos son: asignación gradual de tareas, técnicas de distracción, relajación, programación de actividades, valoración del dominio y agrado, autoobservación, uso de autoaserciones, entrenamiento en habilidades específicas, ensayo conductual y role playing, ensayo cognitivo, explicación del fundamento teórico, identificación de pensamientos disfuncionales, registro diario de pensamientos disfuncionales, identificación de errores cognitivos, comprobación de hipótesis, disputa racional, análisis de costes y beneficios, técnicas de reatribución, trabajo con imágenes, búsqueda de soluciones alternativas, identificación de esquemas, técnica de rol fijo, biblioterapia. (8)

En relación al éxito terapéutico, este modelo considera necesario la eliminación del síntoma que motivó la consulta y el cambio de modalidades de funcionamiento más adaptativos. (8)

La adopción por parte del modelo cognitivo de técnicas surgidas en el seno del conductismo llevó a la conformación del llamado modelo **cognitivo conductual**, cuyo interés está puesto en la naturaleza de las cogniciones y el empleo de técnicas conductuales que promuevan cambios en la conducta. (14) El modelo cognitivo conductual es sólo uno de los veinte modelos cognitivos reconocidos en la actualidad. La terminología empleada resulta comprensible para la mayoría de los consultantes, ya que se vale del lenguaje popular. (5)

Según Vallejo Ruiloba comprende “procedimientos activos, directivos, estructurados y de tiempo limitado, que se utilizan para modificar el comportamiento y/o las emociones a través del cambio de los procesos mediadores (cognitivos) que las determinan”, es decir que “los procedimientos empleados son conductuales, pero el proceso de cambio es fundamentalmente cognitivo”. (14, Págs. 766- 767)

El trabajo terapéutico no sólo se efectúa en la sesión sino que se diseñan tareas para el hogar que forman parte de la “autoterapia ampliada”. Las tareas para el hogar consisten en actividades acordadas entre terapeuta y paciente que llevan lo trabajado en las sesiones al campo de lo cotidiano. Su propósito es recabar más y nueva información por parte del paciente acerca de su propia experiencia y facilitar el proceso de cambio. (15)

ALGUNAS CONSIDERACIONES ACERCA DEL TRATAMIENTO COGNITIVO CONDUCTUAL CON NIÑOS

Por empezar, el proceso diagnóstico en niños se hace difícil ya que la estructura psíquica se encuentra en formación; los límites entre lo normal y lo patológico son tan imprecisos que no es frecuente encontrarnos con cuadros psicopatológicos bien definidos. Muchas de las conductas consideradas normales en determinados momentos evolutivos pueden ser consideradas anormales en otros. (12)

El niño es considerado como un ser bio-psico-social, por lo que es fundamental contemplar en la evaluación cada una de estas áreas. Es difícil pensar al niño como ser aislado, creciendo solo; la influencia de quienes participan en el crecimiento del mismo

hace necesaria la integración de múltiples personas a la evaluación y eventual tratamiento. El papel de los padres como agentes facilitadores del cambio y del mantenimiento del mismo es crucial. (6)

El punto de partida para el abordaje de niños es un diagnóstico individual del paciente por el que consultan, y también uno familiar que de cuenta sobre la modalidad de las interacciones. (13)

Un aporte fundamental para la etapa diagnóstica es la información que pueden brindar personas significativas para el niño (docentes, otros familiares) atestiguando sobre el funcionamiento del mismo en diferentes ámbitos. De ser necesario también se solicitan interconsultas con otras especialidades a fin de llegar a una definición más clara del problema. (6)

Luego de analizada toda la información obtenida se determinan las áreas problemáticas y se eligen las estrategias a seguir de acuerdo a determinados objetivos, elaborando un plan terapéutico que es comunicado y acordado con los padres en una entrevista de devolución (6).

Según donde esté el foco del problema se decide qué abordaje es el más apropiado: individual, grupal, orientación a padres o vincular. En el trabajo con niños el abordaje de orientación a padres es exclusivo si se evalúa que el problema reside en el subsistema parental, en el resto de los casos resulta un abordaje paralelo, pero siempre presente. No se puede pensar en el trabajo con un niño sin la incorporación de los padres al tratamiento. (10)

El vínculo entre el terapeuta y los padres debe ser cálido y colaborador. Es necesario que el terapeuta mantenga una actitud empática, cálida y flexible. El rol que cumple es de modelador y contenedor a la vez que mantiene una posición activa y directiva en el transcurso del tratamiento. Puede proponer, plantear o sugerir distintos cursos de acción de acuerdo a cómo se desarrolla la terapia, siguiendo el lineamiento de los objetivos propuestos. (6)

Una de las más valiosas técnicas en el tratamiento con niños es el juego, el cual comprende el medio comunicacional y expresivo más rico en las primeras etapas del desarrollo y es un recurso básico a la hora de intervenir. El rol del terapeuta tampoco es pasivo en este momento, participa activamente de las propuestas del niño y realiza nuevas propuestas en pos de mantener el nivel óptimo de emocionalidad para lograr los objetivos planteados. (6)

Las herramientas verbales y narrativas tienen mayor predominio a medida que el desarrollo avanza. (6). El uso de planillas de autorregistro es acotado durante los primeros años escolares, incrementándose en la pubertad y adolescencia. Si se considera necesario utilizar recursos empleados en el tratamiento psicológico de adultos, estos deben ser adaptados a las capacidades propias de la etapa del niño por el que nos consultan.

UN CASO DE TRICOTILOMANÍA INFANTIL

PRESENTACIÓN DE LAS CARACTERÍSTICAS DEL CASO

Se trata de una niña de siete años, cuya consulta es realizada por su madre al observar que desde hacía un tiempo prolongado la niña tenía la conducta de arrancarse las pestañas, las cejas y el cabello dejando una alopecia significativa en estas áreas.

En función de lo descriptivo del cuadro por la madre se puede realizar el diagnóstico de tricotilomanía, confirmado posteriormente a partir de las entrevistas con la niña.

Yanina es hija única en una familia de situación socioeconómica baja, compuesta por padres separados. En el momento de la consulta vivía con su madre. Su padre se radicó

en otro país inmediatamente después de la separación cuando la niña tenía cinco años. La separación fue conflictiva; según refiere la mamá durante el proceso de la misma, que llevó varios meses, sucedieron episodios de agresión verbal y física entre los adultos incluso en presencia de la menor. Pocos meses después de que se separaran, la madre conoce a un hombre con quien comienza una relación y deciden iniciar una convivencia que se llevó a cabo paulatinamente. La pareja de la mamá tenía tres hijos con los que Yanina pasaba los días. Al comienzo no tenían buena relación pero con el paso del tiempo hizo con uno de ellos una relación de camaradería y complicidad con la que se sentía muy a gusto. En ocasiones, la pareja de la madre se quedaba a dormir en la casa de Yanina, compartiendo los tres la misma habitación dada las características de la vivienda. Las noches en las que éste no se quedaba, la niña dormía con su madre en la misma cama. La dinámica vincular entre los padres de la niña era disfuncional, previo y posterior a la separación. Las agresiones entre los adultos continuaron después de que el padre se fue de la casa. El padre venía cada tanto a la ciudad y se encontraba con la niña. Ésta era la intermediaria y trasmisora de mensajes con contenido agresivo entre los adultos y receptora de amenazas por parte del padre hacia la pareja de la madre.

En relación a antecedentes familiares se pudo saber que el padre presentó antecedentes de tricotilomanía en la adolescencia sin tratamiento.

En cuanto a los síntomas actuales, iniciaron a los cinco años de edad coincidiendo con la separación de los padres. Primero el hábito de arrancarse los pelos afectaba a la zona de las cejas y las pestañas pero luego se trasladó a la zona frontal de la cabeza dejando como resultado zonas significativas de alopecia. Esto limitaba el desempeño social de la niña. En el momento de la consulta no realizaba actividades extraescolares, no tenía momentos o encuentro sociales y manifestaba cierta reticencia a ir al colegio.

EVALUACIÓN PSICODIAGNÓSTICA

Durante el proceso psicodiagnóstico se realizaron entrevistas semidirigidas a la mamá y entrevistas psicodiagnósticas a la niña en las que se administraron test gráficos psicométricos y proyectivos (Bender, dibujo libre, HTP, familia kinética) y se realizaron horas de juego.

De lo evaluado se pudo inferir lo siguiente:

Inhibición del juego. Introversión. Inestabilidad emocional. Tensión interna con poca posibilidad de canalización. Escasa capacidad para expresar estados afectivos de una manera adecuada. Dificultades para acceder a ella, no es abierta a mostrar su mundo interno fácilmente, tampoco presenta recursos efectivos para acceder y tomar del ambiente lo que necesita. Falta de intercambio emocional. Necesidad de apoyo, búsqueda de sostén. Baja autoestima.

La niña siente la relación materna filial como sofocante, invasiva a la vez que deficiente. Vínculo inestable basado en la desconfianza. El piso inestable es recurrente en todos los gráficos y da cuenta de una falla en el sostén, en la contención. Vínculo materno impredecible. Temor al abandono, originado por amenazas concretas, lo cual se traduce en síntomas ansiosos ante la separación materna. Con el padre sabe que no puede contar, que no está; pero con la madre que a veces esta demasiado y a veces demasiado poco, el vínculo se vuelve inestable, inseguro; si a esto se le agrega la amenaza de que se puede ir, el vínculo se vuelve mas inestable aun y la ansiedad aumenta. Niña sobreinvolucrada en las relaciones de la mamá.

Esquemas autoreferenciales de cuidado hacia los demás. Roles invertidos; la niña funciona como figura protectora, intenta cuidar y proteger a otros. Aparece ella como figura de sostén cuando debería ser ella la sostenida. Sus esquemas internos hacen que actúe en consecuencia postergando aspectos infantiles. Existe una sobreadaptación. Vínculo ambivalente con la pareja de la madre, acercarse y quererlo lo puede poner en

peligro de acuerdo a amenazas realizadas por el padre hacia la integridad física de la pareja de la mamá. Por otro lado, la conducta de este último de no hacerse visible durante las estadias del padre de la niña, le confirma a ésta la posibilidad de que la amenaza puede llevarse a cabo.

Dificultades en el sentimiento de pertenencia familiar, no se siente nutrida, el grafico de la familia responde a un “como si”, una actuación, nada real o genuino. Angustia por el síntoma ante el cual recibe mensajes incoherentes, se le imparte castigo físico con el correlato “te lastimo para que no te hagas daño”.

Beneficio secundario, en cuanto que el síntoma comienza a funcionar como mediador de la atención materna hacia la niña.

La lectura de la madre acerca del síntoma comprende interpretaciones erróneas que fueron detectadas a lo largo de la evaluación, algunas de ellas son: “me lo hace a propósito”, “lo hace porque no me quiere”.

ESTRATEGIAS TERAPEUTICAS

Luego del proceso de evaluación psicodiagnóstica, se convocó a la mamá a una entrevista de devolución donde se transmitió la visión del problema, se delimitaron las áreas problemáticas y se indicó la estrategia terapéutica a seguir. Acordamos un contrato de trabajo con objetivos claros: trabajar sobre la extinción de la sintomatología y el aumento de la autoestima de la niña, favorecer el desarrollo de recursos y habilidades en el subsistema parental en pos de un desempeño más operativo en relación a las dificultades de la niña, apuntar a la reestructuración cognitiva que conlleven cambios en las relaciones familiares y trabajar sobre la dinámica vincular materno filial.

Aún cuando queda clara la disfuncionalidad del vínculo, el abordaje vincular quedó planteado para una segunda etapa del tratamiento, dada la posibilidad de abandono prematuro ante esta indicación. La primera etapa del tratamiento consistió en entrevistas individuales con la niña, con el objetivo de fomentar o fortalecer la conciencia del hábito, modificar esquemas de pensamiento, para luego ir reduciendo el hábito y atenuando la tensión y la ansiedad. Se utilizaron las siguientes técnicas: de autoobservación y de autorregistro específicas (2) adaptadas a la edad de la paciente; de reacción de competencia, que consisten en el entrenamiento de conductas incompatibles con la acción de tirar; de relajación con el fin de reducir estados de tensión y ansiedad, y lúdicas para favorecer la expresión de emociones en un medio adecuado. Se trabajó sobre la autoestima con técnicas de identificación de errores cognitivos, disputa racional y entrenamiento en habilidades específicas alentándola a afrontar nuevas situaciones sociales. Por supuesto, se indicaron tareas para el hogar con el propósito de afianzar lo trabajado en cada sesión.

Se realizó interconsulta con psiquiatría a partir de la cual inició tratamiento psicofarmacológico con fluoxetina, 50 mg/día.

La orientación a padres se indicó como abordaje paralelo fundamental, a las primeras entrevistas concurrió la madre sola, luego se acopló al tratamiento la pareja de la madre. El padre biológico nunca se presentó. El dispositivo utilizado en orientación a padres fue grupal, en un taller de orientación a padres que funciona en el Servicio de Salud Mental desde hace varios años. También se mantuvieron entrevistas de orientación en espacios individuales en las que se realizó psicoeducación orientada al cuestionamiento y la desmitificación de interpretaciones erróneas acerca del síntoma. Se orientaron cuestiones específicas en relación a las conductas apropiadas a seguir, basadas en modelos establecidos (3) que apoyaban lo que se trabajaba paralelamente en la terapia individual. Otras de las orientaciones realizadas giraron entorno a la descentralización del síntoma y al refuerzo de otras conductas. Se fomentaron estrategias o habilidades más adecuadas en los padres que implicaron entrenamiento en resolución de problemas y el análisis de

ventajas y desventajas en el sostenimiento o cambio de ideas, creencias o actitudes disfuncionales.

La estrategia de abordaje vincular fue propuesto en función de detectar y corregir mensajes provocadores de tensión como así también necesidades o mensajes que Yanina hacía o quería realizar y la madre malinterpretaba o no escuchaba. Durante estas entrevistas se trabajó en clarificar cómo era la dinámica vincular en relación a la sintomatología y permitió el señalamiento y posterior intervención orientada al cambio. Algunas de las sesiones giraron en torno a una propuesta de juego realizada por Yanina que consistía en esconder en distintos lugares del consultorio unos cubos, los cuales la madre posteriormente debería buscar. Luego cambiaban los roles. Como patrón fundamental, la madre estaba permanentemente pendiente de que Yanina no le haga trampa, manifestaba que no le tenía confianza y por eso la tenía que vigilar. Pareció importante señalar que la dinámica interaccional que estaban mostrando en el juego coincidía con la que llevaban a cabo cotidianamente sobre todo en torno al síntoma. Una indicación posterior implicó que realicen el mismo juego pero con reglas diferentes, una de ellas debía hacer como que jugaba sin trampas, la otra debía hacer como que no desconfiaba, también cambiando los roles. Luego se trasladó la indicación al terreno de lo cotidiano como tarea para el hogar.

RESULTADOS

El tratamiento duró aproximadamente ocho meses. Durante el transcurso del mismo se pudo observar cambios favorables significativos que se fueron dando de manera paulatina.

Hacia el final del tratamiento la sintomatología había remitido. Yanina se incorporó a nuevos espacios sociales, uno de los más interesantes era danzas árabes, donde la actividad funcionaba como motivadora y reforzadora del crecimiento del cabello. Fue cambiando su conducta hacia una modalidad más extrovertida y entusiasta.

También se observaron cambios significativos en relación al vínculo entre madre e hija. La mamá se conducía frente a las demandas y necesidades de la niña de una forma más adecuada. Cerca del cierre del tratamiento la convivencia planeada en un inicio terminó por llevarse a cabo en muy buenos términos, con total aprobación por parte de la niña. El padre biológico de Yanina continuó visitándola cada vez que venía a la ciudad. Las amenazas por parte de éste último habían cedido, y la comunicación entre los adultos se había reestablecido en términos más apropiados a partir de un acercamiento de la mamá de Yanina.

Bibliografía:

1. Ajuriaguerra, J; Marcelli, D. Cap5: "Psicopatología de las conductas motoras". *En Psicopatología del niño*. Barcelona. Masson. Tercera Edición. 1996 (original, 1993)
2. Azrin, N. H. y Nunn, R. G. *Tratamiento de hábitos nerviosos*. Barcelona. Martinez Roca. 1987 (original, 1977), publicado en www.tricotilomania.com
3. Bados, A y Vilert, J. "Tics, revisión general y estudio de un caso infantil". En F.X. Méndez y D. Maciá (coords.). *Modificación de conducta con niños y adolescentes. Libro de casos*. Madrid. Pirámide. 1991, publicado en www.tricotilomania.com
4. Baringoltz, S. "Al hecho. Rumbo a la Tierra". En Baringoltz, S y Levy, R (comp.) *Terapia cognitiva. Del dicho al hecho*. (Cap. 2, Págs. 27-42) Buenos Aires. Polemos, 2007
5. Brarda, G. "Del dicho. El vuelo del águila". En Baringoltz, S y Levy, R (comp.) *Terapia cognitiva. Del dicho al hecho*. (Cap. 1, Págs. 15-25) Buenos Aires. Polemos, 2007
6. Cándarle, J. "Terapia cognitiva con niños. ¿A qué jugamos?". En Baringoltz, S y Levy, R (comp.) *Terapia cognitiva. Del dicho al hecho*. (Cap. 5, Págs. 79-96) Buenos Aires. Polemos, 2007
7. DSM-IV-TR. *Manual diagnóstico y estadístico de los trastornos mentales*. Texto revisado. Barcelona. Masson. 2005
8. Feixas, G y Miró, Ma. T. *Aproximaciones a la psicoterapia*. Barcelona, Paidós, 1997 (original, 1993)
9. Gómez, B. "Formación y entrenamiento de psicoterapeutas. Una perspectiva cognitiva". En Fernández Álvarez, H. (Comp). *Desarrollos en psicoterapia*. (Cap 1, Págs. 27-46). Buenos Aires. Editorial de Belgrano. 1997
10. Jajam, S; Levy, R; Gallacher, P; Mendy, E; Schmitz, B. *Abordajes Múltiples en la consulta de niños*. Buenos Aires, Kargieman, 1993
11. Kaplan y Sadock. *Sinopsis de psiquiatría*. Barcelona, Waverly Hispánica, 2004
12. Levy, R. "Formación y ética en clínica de niños" En Fernández Álvarez, H. (Comp). *Desarrollos en psicoterapia*. (Cap 2, Págs. 27-46). Buenos Aires. Editorial de Belgrano. 1997
13. Levy, R. "Orientación a padres. Y la nave va". En Baringoltz, S y Levy, R (comp.) *Terapia cognitiva. Del dicho al hecho*. (Cap. 4, Pág. 57-77) Buenos Aires. Polemos, 2007
14. Vallejo Ruiloba, J. (Cap. 39) "Trastornos del control de los impulsos". (Cap. 41) "Técnicas de modificación de conducta, Terapias cognitivo-conductuales", en *Introducción a la psicopatología y la psiquiatría*. Barcelona, Masson, 1998 (original, 1980)
15. Wilner, R. "Tareas en Terapia Cognitiva. Hecho a medida". En Baringoltz, S y Levy, R (comp.) *Terapia cognitiva. Del dicho al hecho*. (Cap. 3, Págs. 43-55) Buenos Aires. Polemos, 2007

DATOS DE LA AUTORA

Lic. Tatiana Mainero.

Cabo 1ero Gómez 2477. Río Grande. Tierra del Fuego

Tel: 02964/445691

e-mail: tatimainero@hotmail.com

Profesional de planta del Servicio de Salud Mental,
sector Infantojuvenil, del Hospital Regional de Río Grande.
Tierra del Fuego