

**CURSO VIRTUAL INTERDISCIPLINARIO A DISTANCIA SALUD MENTAL, PSICOLOGÍA
Y PSICOPATOLOGÍA DEL NIÑO, EL ADOLESCENTE Y SU FAMILIA
DIRECTOR PROF. DR. HÉCTOR S. BASILE**

**ABORDAJE COGNITIVO CONDUCTUAL
EN EL TRATAMIENTO DE LA TRICOTILOMANIA**

Ingrid Carina Gullón Riffel

**ABORDAJE COGNITIVO CONDUCTUAL EN EL TRATAMIENTO DE LA
TRICOTILOMANIA
AUTORA: INGRID CARINA GULLÓN RIFFEL**

CURSO VIRTUAL INTERDISCIPLINARIO A DISTANCIA SALUD MENTAL, PSICOLOGÍA
Y PSICOPATOLOGÍA DEL NIÑO, EL ADOLESCENTE Y SU FAMILIA
DIRECTOR PROF. DR. HÉCTOR S. BASILE

Resumen:

La tricotilomanía es un trastorno en el control de los impulsos que puede iniciarse en la infancia, pero más frecuentemente en la adolescencia. Los que lo padecen sienten el impulso de arrancarse el pelo ya sea de la cabeza, cejas, pestañas u otras zonas del cuerpo. Realizan el acto compulsivo frente a un aumento de tensión, que puede deberse a factores externos o internos, inidentificables o no. Al arrancarse el pelo sienten un alivio de la tensión, lo cual refuerza el hábito y lo inscribe dentro de un círculo vicioso. Este trastorno acarrea un gran sufrimiento al que lo padece, ya que lo aísla de la vida social por dejar secuelas evidentes de zonas totalmente peladas en la cara y cabeza.

La tricotilomanía puede cronificarse en la edad adulta, siendo de difícil tratamiento. Se estima que un 4% de la población padece este trastorno.

Se propone para su tratamiento un abordaje cognitivo conductual, haciendo foco en técnicas de reversión del hábito, desarrollo de reacción de competencia, concientización, y autoobservación. Así como también un importante control de recaídas y seguimiento posterior. El tratamiento puede también acompañarse de terapia farmacológica.

Palabras clave: tricotilomanía- trastorno- impulsividad- tratamiento cognitivo- reversión del hábito -

Abstract:

Trichotillomania is a disorder of impulse control, it may begins in childhood but most often in adolescence.

Sufferers feel the urge to pull hair from either the head, eyelashes, eyebrows or other body areas. They make the compulsive act against an increase of tension, which may be due to external or internal factors, identifiable or not. When they are pulled hair, their stress decreased, and then reinforcing the habit and it falls into a vicious circle. This disorder leads to great suffering to those who suffer it, and separated the person from de social life, because it makes obvious sequelae completely bare areas on the face and head. Trichotillomania can become chronic in adulthood, being difficult to treat. It is estimated that 4% of the population suffers from this disorder.

We propose an approach for cognitive behavioral treatment with habit reversal techniques, development of competitive response, awareness, and self-observation, with control of relapse and follow-up. Treatment may also accompany drug therapy.

Keywords: Trichotillomania- disorder--impulsivity - cognitive treatment - habit reversal-

ABORDAJE COGNITIVO CONDUCTUAL EN EL TRATAMIENTO DE LA TRICOTILOMANIA

AUTORA: INGRID CARINA GULLÓN RIFFEL

**CURSO VIRTUAL INTERDISCIPLINARIO A DISTANCIA SALUD MENTAL, PSICOLOGÍA
Y PSICOPATOLOGÍA DEL NIÑO, EL ADOLESCENTE Y SU FAMILIA
DIRECTOR PROF. DR. HÉCTOR S. BASILE**

INTRODUCCIÓN:

En este trabajo se realizará una revisión bibliográfica que apunte a definir lo que es la tricotilomanía, enmarcándola dentro de los trastornos en el control de los impulsos, y desarrollar las estrategias de tratamiento cognitivo conductual que se proponen para su tratamiento.

Se estima que un 4% de la población actualmente padece este trastorno, si bien quizás hasta el 10 % de la población lo haya padecido alguna vez. (1)

No obstante estos datos son aproximados, ya que la incidencia de este hábito no se encuentra tan documentada, dado que los pacientes suelen sufrirlo en silencio y sin comentarlo con otras personas, como así tampoco recurriendo a asistencia profesional.

Sin embargo lo que sí aparece como una realidad, es la vivencia de profundo padecimiento que refieren las personas que tienen este trastorno. Ya que si no es debidamente tratado en sus inicios, se cronifica y puede inclusive instalarse de por vida. El trastorno llega a afectar el área social y relacional, además de la psíquica, debido a la absoluta dificultad que presentan en controlar dicho impulso, y debido a que es visiblemente notorio para las demás personas que observan las partes sin pelo del paciente y pueden hasta hacer preguntas al respecto.

Motiva también el desarrollo de este tema, el hecho de encontrar relativamente poca bibliografía sobre el mismo, de modo que es también la intención traer a la superficie este trastorno, como forma de proponer una mayor investigación que provea de herramientas para los profesionales que trabajen con este trastorno.

DESARROLLO:

° Definición:

La tricotilomanía está incluida en la clasificación de los trastornos del control de los impulsos, no clasificados en otros apartados del DSM IV.

Por lo que primero enunciaremos que la característica esencial de los trastornos del control de los impulsos es la dificultad para resistir un impulso, una motivación o una tentación de llevar a cabo un acto perjudicial para la persona o para los demás.

La persona siente una sensación de tensión que puede ir en aumento, justo antes de comenzar a realizar el acto, y luego cuando lo realiza experimenta placer, o gratificación o incluso alivio de esa tensión, si bien luego de los primeros momentos también puede aparecer culpa por el acto realizado. (5)

ABORDAJE COGNITIVO CONDUCTUAL EN EL TRATAMIENTO DE LA
TRICOTILOMANIA

AUTORA: INGRID CARINA GULLÓN RIFFEL

**CURSO VIRTUAL INTERDISCIPLINARIO A DISTANCIA SALUD MENTAL, PSICOLOGÍA
Y PSICOPATOLOGÍA DEL NIÑO, EL ADOLESCENTE Y SU FAMILIA
DIRECTOR PROF. DR. HÉCTOR S. BASILE**

Más específicamente la tricotilomanía se caracteriza por un comportamiento recurrente de arrancarse el propio cabello por simple placer, gratificación o liberación de la tensión que provoca una perceptible pérdida de pelo. (5)

El arrancamiento del pelo puede ser en diferentes zonas del cuerpo como por ejemplo, axilar, región púbica o perirectal, pero las zonas más frecuentes donde se produce el arrancamiento son la cabeza, las cejas y las pestañas.

Esta conducta de arrancar el pelo puede verse incrementada por presencia de estrés, aunque también aparece en situaciones de distensión y relajación como puede ser la televisión o la lectura de un libro.

Por supuesto el diagnóstico de tricotilomanía no debe realizarse si la conducta se explica mejor por la presencia de otro trastorno mental (ideas delirantes, alucinaciones) o por una enfermedad médica (dermatitis u otras enfermedades dermatológicas).

También puede darse junto con la tricotilomanía, la tricofagia (comer cabellos hasta el grado de comer ovillos de pelo), que puede provocar anemia, dolor abdominal, náuseas y vómitos, obstrucción intestinal e incluso perforación del intestino. Por otro lado, por lo general el arrancamiento del pelo no se produce estando con otras personas, a menos que sean familiares muy cercanos. Sino que el hábito se oculta de los demás, realizándolo cuando la persona está sola o no es vista por otros.

Debido a los efectos visibles del arrancamiento del pelo, se puede presentar una evitación de las situaciones sociales, y también puede ser que las personas que padecen este trastorno lo nieguen y traten de ocultarlo o disimularlo.

Las personas con tricotilomanía pueden también presentar trastornos del estado de ánimo y trastornos de ansiedad o retraso mental.

° **Prevalencia:**

Antes se consideraba que la tricotilomanía era un trastorno que aparecía rara vez, pero actualmente se supone que es más frecuente.

Los últimos estudios en poblaciones escolares muestran que el 1-2% de los estudiantes tienen una historia anterior o actual de tricotilomanía.

° **Curso:**

En la primera infancia es considerado normal que aparezcan períodos de arrancamiento del pelo que pueden ser transitorios. Y el hábito es considerado benigno en estas circunstancias.

Pero en la etapa adulta, los pacientes con tricotilomanía crónica refieren frecuentemente que su aparición fue en la infancia.

La edad de inicio es antes de la adultez, con una mayor incidencia entre los 5-8 años, y los 13 años. Este trastorno puede cronificarse e instalarse permaneciendo durante décadas.

° **Diagnóstico diferencial:**

Se debe tener en cuenta otras causas posibles de la ausencia de pelo, como la alopecia areata, calvicie tan característica del varón, lupus eritematoso discoide crónico, liquen, foliculitis, seudopelada y alopecia mucinosa.

ABORDAJE COGNITIVO CONDUCTUAL EN EL TRATAMIENTO DE LA
TRICOTILOMANIA

AUTORA: INGRID CARINA GULLÓN RIFFEL

**CURSO VIRTUAL INTERDISCIPLINARIO A DISTANCIA SALUD MENTAL, PSICOLOGÍA
Y PSICOPATOLOGÍA DEL NIÑO, EL ADOLESCENTE Y SU FAMILIA
DIRECTOR PROF. DR. HÉCTOR S. BASILE**

También debe diferenciarse la tricotilomanía del trastorno obsesivo compulsivo. En el TOC la conducta repetitiva surge como respuesta a una obsesión y a la rigidización del pensamiento.

Criterios para el diagnóstico de tricotilomanía DSM-IV

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 de 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 médica. (por ej. dermatológica)

E. La alteración causa malestar clínicamente significativo o deterioro social, laboral o de otras áreas importantes de la actividad del individuo.

¿Cómo afecta la tricotilomanía en la vida diaria de quienes la padecen?

Tomando como referencia el texto de Azrin y Nunn, veremos a continuación algunas afirmaciones típicas de quienes se tiran del cabello. (1)

- Temo ir a la peluquería y tener que inventar alguna enfermedad responsable de mis zonas calvas.
- Como todo lo demás ha fracasado, me he comprado un peluquín para cubrir las partes ralas de mi cuero cabelludo.
- Las pestañas postizas pueden estar bien para salir una noche, pero no soporto llevarlas siempre puestas.
- Tengo que repasarme las cejas con lápiz de perfilar varias veces al día, para ocultar la falta de pelo, y cuando llueve me veo en un aprieto.
- Los lugares del cuero cabelludo de los que me he arrancado el cabello me pican y están doloridos, pero el picor sólo parece aumentar las ganas de tirarme de otros pelos.
- Creía que el peluquín lo resolvería pero me calienta tanto la cabeza y me produce tal picor que empiezo a tirarme del pelo más que nunca en cuanto me lo quito.
- Parezco un monstruo sin cejas.
- Ni siquiera me doy cuenta de lo que estoy haciendo, pero de repente me encuentro con varios cabellos en las manos, con los que he estado jugando y que me acabo de arrancar.
- Mi novio se siente violento cuando ve que me tiro de las pestañas.

ABORDAJE COGNITIVO CONDUCTUAL EN EL TRATAMIENTO DE LA TRICOTILOMANIA

AUTORA: INGRID CARINA GULLÓN RIFFEL

**CURSO VIRTUAL INTERDISCIPLINARIO A DISTANCIA SALUD MENTAL, PSICOLOGÍA
Y PSICOPATOLOGÍA DEL NIÑO, EL ADOLESCENTE Y SU FAMILIA
DIRECTOR PROF. DR. HÉCTOR S. BASILE**

- No quiero que mi marido sepa lo mal que están las cosas, por lo que no me quito las pestañas postizas al acostarme, a fin de que no se de cuenta del extraño aspecto que tengo sin ellas,
- No puedo ni pensar en los baños de mar, pues se borrarían las cejas dibujadas a lápiz.
- Me digo continuamente que debo poner fin a este hábito, pero parece como si mis manos actuaran por su cuenta.
- Después de arrancarme el pelo, me sorprende jugando con él, retorciéndolo entre los dedos e incluso mordisqueándolo.

Luego de ver estas afirmaciones, todas realizadas por pacientes que padecen el trastorno, podemos comprobar el impacto en la vida personal y de relación que tiene dicho trastorno para ellos, y lo difícil que les resulta controlarlo sin un abordaje terapéutico apropiado.

ALGUNOS OTROS METODOS QUE SE HAN USADO PARA TRATAR LA TRICOTILOMANIA

La resolución de Año Nuevo.

Es muy frecuente que las personas con este trastorno, hagan un esfuerzo consciente para poder dominarlo. Toman la decisión de no volver a incurrir en tal conducta a partir de tal momento, y si bien en ocasiones temporariamente puede dar algún resultado, cuando la persona vuelve a incurrir en el hábito se siente tan decepcionada de sí misma, que se convence de su debilidad y su incapacidad para controlarse. Lo cual vuelve a reforzar el círculo.

Terapia aversiva:

Algunos tratamientos buscan asociar el hábito nervioso con un estímulo doloroso que genere aversión.

Práctica negativa:

Consiste en practicar el hábito deliberadamente. Y el uso de esta terapia se explica dado que como la conducta a eliminar al producirse reduce la tensión en la persona, esto justamente hace que tal conducta se refuerce.

La práctica negativa tiene por objetivo reducir este reforzamiento haciendo que la persona incurra en la conducta deliberadamente con frecuencia elevada. De tal manera que estaría practicando el hábito aún cuando no hubiera aparecido un incremento de la tensión interna o de la ansiedad.

Con esta terapia se busca que emerja un impulso inhibitor que promueva la eliminación posterior del hábito.

Inicio del trastorno:

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

ABORDAJE COGNITIVO CONDUCTUAL EN EL TRATAMIENTO DE LA TRICOTILOMANIA

AUTORA: INGRID CARINA GULLÓN RIFFEL

**CURSO VIRTUAL INTERDISCIPLINARIO A DISTANCIA SALUD MENTAL, PSICOLOGÍA
Y PSICOPATOLOGÍA DEL NIÑO, EL ADOLESCENTE Y SU FAMILIA
DIRECTOR PROF. DR. HÉCTOR S. BASILE**

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

A menudo este trastorno puede empezar con una frecuencia baja, y luego aumentar a lo largo de un período de meses o años. Por ejemplo puede aparecer en la pubertad alrededor de los 12 o 13 años, y luego remitir varios años, y volver a instalarse a los 20 años para cronificarse en adelante.

En general la persona con tricotilomanía se tira del pelo (de la cabeza, cejas, pestañas, etc) en momentos en los que se encuentra solo, de modo que cierta inconciencia en la ejecución del hábito puede colaborar en el reforzamiento del mismo. De hecho la persona comienza a acariciarse el cabello, o a tocarse el ojo, las cejas y las pestañas, y recién luego de un rato realizando esos tocamientos procede a arrancar el pelo ya casi sin darse cuenta.

PLAN GENERAL DEL TRATAMIENTO PROPUESTO POR AZRIN Y NUNN (1)

Motivación: que la persona revise las situaciones en las que la tricotilomanía le ha causado molestias o dificultades.

Conciencia: que aprenda a darse cuenta de los detalles específicos que hacen al hábito.

Reacción de competencia: luego del paso anterior, que la persona aprenda una reacción que sea incompatible con la práctica del hábito, para llevar a cabo tal reacción de competencia cada vez que sienta el impulso de arrancarse el pelo.

Reacción correctiva: con la que se busca interrumpir el arrancamiento del pelo, si acaso comenzara a hacerlo.

Reacción preventiva: se realiza una conducta o reacción incompatible con la conducta de arrancamiento, cada vez que se siente el impulso de arrancarse el pelo.

Comportamiento asociado: aprender a reconocer la conducta que precede al acto de arrancarse el pelo, para instrumentar la reacción de competencia y evitar también incurrir en el comportamiento asociado.

Situaciones que tienden al hábito: concientizarse de las situaciones en las que le resulta frecuente comenzar a practicar el hábito,

Adiestramiento de relajación: aprender e instrumentar un método para relajarse ante situaciones estresantes o ansiógenas.

Apoyo social: permitir que amigos ayuden al paciente a darse cuenta de cuándo incurre en el hábito, y lo refuercen positivamente frente a los progresos alcanzados.

Práctica: ejercitar las reacciones de competencia hasta que se automaticen.

Ensayo simbólico: ensayar el nuevo modo de hacer frente al impulso de arrancarse el pelo, y practicar esto en situaciones diversas, implementando los procedimientos mientras va imaginando las situaciones que le generan el deseo de arrancarse el pelo.

ABORDAJE COGNITIVO CONDUCTUAL EN EL TRATAMIENTO DE LA
TRICOTILOMANIA

AUTORA: INGRID CARINA GULLÓN RIFFEL

**CURSO VIRTUAL INTERDISCIPLINARIO A DISTANCIA SALUD MENTAL, PSICOLOGÍA
Y PSICOPATOLOGÍA DEL NIÑO, EL ADOLESCENTE Y SU FAMILIA
DIRECTOR PROF. DR. HÉCTOR S. BASILE**

Exhibición de los progresos: luego de entrenarse en los pasos anteriores, colocarse en las situaciones antes evitadas por ser provocadoras del hábito.

Registro: la persona debe registrar diariamente la frecuencia con la que se arranca el pelo, así como también la cantidad de pelos que se arranca, y así observar los progresos obtenidos.

Especificaremos con mayor detalle el ítem de aprendizaje de la reacción de competencia para el hábito de tirarse del pelo.

Apretar o agarrar:

La principal reacción de competencia para el hábito de tirarse del cabello, es la reacción de apretar el puño o agarrar un objeto conveniente.

Esta acción se debe realizar ejerciendo suficiente presión para que la persona sienta sus dedos apretados, claro sin que por eso se cause un dolor daño o fatiga.

Para tal fin puede servir cualquier objeto, o inclusive puede agarrarse ambas manos entre sí, o el brazo con la mano que se arranca el pelo.

**INSTRUMENTACION CLINICA DEL PROGRAMA DE 9 SESIONES DE
TRATAMIENTO COGNITIVO CONDUCTUAL PARA EL TRASTORNO DE
TRICOTILOMANIA**

Vicente Caballo propone un programa de nueve sesiones de tratamiento de 45 minutos cada una, una vez a la semana en donde se enseña al paciente la inversión del hábito, control del estímulo y algunas técnicas para manejar el stress. (3)

El autor propone un didáctico esquema del programa de tratamiento que sintetizaremos a continuación:

Sesión 1: Recogida de información, una evaluación completa de la historia del paciente, y de su historia respecto al hábito, puede suministrar mayor información que luego sea útil para la consecución del tratamiento.

Se debe averiguar no solo la cantidad de pelos arrancados, sino sobre todo el patrón de conducta de arrancamiento, la hora del día en la que sucede con mayor frecuencia, las situaciones asociadas a la conducta, los pensamientos, etc.

La recogida de información también incluye descripción de la respuesta, detección de la misma (es decir el entrenamiento en darse cuenta que se está incurriendo en la conducta), identificación de los precursores de la respuesta (son el primer aviso y representan las situaciones que predisponen al hábito) y llevar un auto registro.

Ejemplo de un cuadro de autoregistro de situaciones, actividades y personas que pueden estimular el hábito.

ABORDAJE COGNITIVO CONDUCTUAL EN EL TRATAMIENTO DE LA
TRICOTILOMANIA

AUTORA: INGRID CARINA GULLÓN RIFFEL

**CURSO VIRTUAL INTERDISCIPLINARIO A DISTANCIA SALUD MENTAL, PSICOLOGÍA
Y PSICOPATOLOGÍA DEL NIÑO, EL ADOLESCENTE Y SU FAMILIA
DIRECTOR PROF. DR. HÉCTOR S. BASILE**

CUADRO 1

	Siempre	Casi siempre	Raras veces	Nunca
1. Estar nervioso.	X			
2. Mirar la TV.	X			
3. Leer.	X			
4. Estudiar.	X			
5. Cuando se está a solas.		X		
6. Trabajar ante un escritorio.	X			
7. Conducir un coche.	X			
8. Viajar en un vehículo como pasajero.		X		
9. Asistir a conferencias.		X		
10. Sentado en un sofá.	X			
11. A la hora de comer.			X	
12. Hablar con amigos.			X	
13. Hablar con desconocidos.			X	
14. En la sala de estar.	X			
15. En el dormitorio.		X		
16. En la cocina.			X	
17. Cuando se está de pie.	X			
18. Caminar.			X	
19. Hablar por teléfono.	X			
20. Estar aburrido.	X			
21. Estar fatigado.			X	

Sesión 2: Entrenamiento en la inversión del hábito.

Incluye la explicación del tratamiento, la revisión de los inconvenientes del hábito, la práctica de una conducta como respuesta incompatible al hábito, el entrenamiento en prevención de situaciones que lo promuevan, y el ensayo.

El autoregistro continúa a lo largo del tratamiento así como la recogida de información para la permanente evaluación general.

ABORDAJE COGNITIVO CONDUCTUAL EN EL TRATAMIENTO DE LA TRICOTILOMANIA

AUTORA: INGRID CARINA GULLÓN RIFFEL

**CURSO VIRTUAL INTERDISCIPLINARIO A DISTANCIA SALUD MENTAL, PSICOLOGÍA
Y PSICOPATOLOGÍA DEL NIÑO, EL ADOLESCENTE Y SU FAMILIA
DIRECTOR PROF. DR. HÉCTOR S. BASILE**

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

- *no tocarse el pelo, excepto cuando se lo esté peinando.*
- *mantenerse alejado del espejo, no mirarse el pelo.*
- *llevar vendas en los dedos utilizados para arrancarse el pelo.*
- *llevar cubiertas de goma en los dedos utilizados para tirarse del pelo.*
- *comer pipas (semillas) no peladas en las situaciones de alto riesgo.*
- *cubrirse el pelo en situaciones de alto riesgo.*
- *echarse algo en el pelo (ej. laca o gomina)*
- *hacer algo con los dedos (pintar, cortar, cultivar)*
- *estar con gente.*
- *levantarse y ponerse en movimiento, salir a dar un paseo, tener algo para beber.*
- *cambiar de situación.*
- *hacer ejercicio de forma regular.*
- *ir a la biblioteca y estudiar (especialmente en el caso de los estudiantes)*
- *lavarse el pelo con más frecuencia.*
- *llevar guantes.*
- *tener las manos ocupadas.*

Sesión 3: Entrenamiento en relajación muscular profunda.

Sesión 4: Entrenamiento en relajación diferencial más reentrenamiento de la respiración.

Sesión 5: Técnicas cognitivas para la detección y detención del pensamiento, entendiendo el mismo como precursor de conductas posteriores. Ya que cognitivamente se parte del pensamiento, el cual genera un sentimiento o emoción que luego lleva a la realización de una conducta.

Sesión 6: Reestructuración cognitiva de Aaron Beck, y Albert Ellis. (4)

La **reestructuración cognitiva** es una estrategia general de las [terapias cognitivo-conductuales](#), destinada a modificar el modo de interpretación y valoración subjetiva, mediante el diálogo, la modelación y la práctica de hábitos [cognitivos](#) nuevos.

La **Terapia Racional-Emotiva Conductual y la Terapia Cognitiva** son modelos de abordaje clínico, donde la reestructuración cognitiva es una actividad fundamental.

Entre las actividades a realizar en esta intervención, pueden encontrarse, por ejemplo:

- Ayudar al paciente a cambiar las afirmaciones (autoafirmaciones) irracionales autoinducidas, por otras afirmaciones (autoafirmaciones) racionales que le sean más funcionales.

- Ayudar al paciente a identificar la emoción dolorosa (ira, ansiedad, desesperanza) que está sintiendo.

ABORDAJE COGNITIVO CONDUCTUAL EN EL TRATAMIENTO DE LA TRICOTILOMANIA

AUTORA: INGRID CARINA GULLÓN RIFFEL

**CURSO VIRTUAL INTERDISCIPLINARIO A DISTANCIA SALUD MENTAL, PSICOLOGÍA
Y PSICOPATOLOGÍA DEL NIÑO, EL ADOLESCENTE Y SU FAMILIA
DIRECTOR PROF. DR. HÉCTOR S. BASILE**

- Señalar y detectar los estilos de pensamiento disfuncionales (pensamiento polarizado, generalización exagerada, magnificación y personalización).
- Realizar afirmaciones que describan la forma alternativa de observar la situación.

Sesión 7: Diálogo con uno mismo.

Durante esta sesión el terapeuta enseña al paciente a centrarse en el diálogo tipo conversación que mantiene consigo mismo, y a identificarlo.

Los diálogos que incluyen pensamientos negativos, erróneos, o irracionales, se van reemplazando por cogniciones que apunten a la tarea, que sean positivas y más racionales.

Se propone al paciente que formule y responda una serie de preguntas que incluyan cuatro categorías de diálogo: - la preparación, - el enfrentamiento y control, - el afrontamiento de la sensación de verse abrumado, - el refuerzo.

Si surge un pensamiento negativo frente a un estímulo estresante, se lo aborda con preguntas tales como *¿Cuál es la probabilidad de que ocurra algo malo? ¿Cómo será de malo?* Se ejercitan las autoverbalizaciones positivas como *“yo puedo enfrentarme a esto” “lo he logrado otras veces” “cuento con el apoyo de” “triunfaré”*. Cuando el paciente se enfrenta con una situación estresante, debe aprender a limitar la reacción al estrés, con las técnicas practicadas, un paso a la vez.

Se trabaja con el paciente de modo que pueda internalizar esta secuencia: *puedes pensar que necesitas arrancarte los pelos, puedes sentir que necesitas arrancarte los pelos, pero no necesitas hacerlo*.

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

Luego una vez que el estímulo estresante ha disminuido, se enseña al paciente a realizar autoverbalizaciones en retrospectiva, como por ejemplo: *“fue más fácil de lo que pensaba”, “estoy haciendo progresos”*.

Esto debe practicarse entre el terapeuta y el paciente de modo que llegue a estar internalizado, y de modo que el paciente aprenda a controlar sus diálogos internos, y no a sucumbir a ellos.

Sesión 8: Modelado encubierto y representación de papeles.

Del contenido obtenido en la sesión en la que se trabajó el diálogo interno se puede extraer el “guión” para trabajar con la representación de papeles.

Es útil que el terapeuta represente primero el papel del paciente, y que el paciente devuelva con retroalimentación desde un lugar de observación lo que ha podido rescatar de la representación.

Luego en otro momento el paciente se representa a sí mismo, y es el terapeuta el que le devuelve con retroalimentación. Esta secuencia se repite las veces que sean necesarias hasta que el paciente actúa de modo satisfactorio.

**ABORDAJE COGNITIVO CONDUCTUAL EN EL TRATAMIENTO DE LA
TRICOTILOMANIA**

AUTORA: INGRID CARINA GULLÓN RIFFEL

**CURSO VIRTUAL INTERDISCIPLINARIO A DISTANCIA SALUD MENTAL, PSICOLOGÍA
Y PSICOPATOLOGÍA DEL NIÑO, EL ADOLESCENTE Y SU FAMILIA
DIRECTOR PROF. DR. HÉCTOR S. BASILE**

El modelado encubierto es como la representación de papeles pero la escena transcurre en la imaginación.

Para el modelado encubierto se le enseña al paciente a usar su imaginación, a imaginarse primero a otra persona (ej. un amigo) atravesando la situación estresante, y realizando satisfactoriamente las actividades practicadas. Se ha comprobado que es más fácil para el paciente imaginarse primero a otra persona, que a sí mismo. Luego de practicar esta primera etapa, puede ejercitar imaginándose a sí mismo respondiendo satisfactoriamente a los estímulos estresantes y realizando las actividades ya interiorizadas.

Sesión 9: Continuación de sesión 8.

Prevención de recaídas. Terminación de proceso.

Este es un punto trascendente del tratamiento, ya que por supuesto las recaídas son muy probables.

Se le enseña al paciente que una recaída no debe desencadenar pensamientos catastróficos que lo llevarían a iniciar el círculo vicioso, sino que una recaída es una oportunidad de seguir practicando y ejercitando las habilidades aprendidas. Repasar las técnicas de control de estímulo es útil, como así también será necesario el apoyo y el ánimo que el paciente pueda recibir en estos casos. Recordarle al paciente que la meta es definida y acotada, y su objetivo es pasar un día sin arrancarse los pelos, y así cada día empezando de nuevo, pasar ese día sin arrancarse los pelos. Es importante establecer las creencias que el paciente pueda tener sobre las recaídas, sobre todo si son de autocondena o punitivas. En caso de recaídas, lo que se hará es repasar detalladamente tal recaída y en función de eso, repasar el programa completo de tratamiento.

El autor del Manual, Caballo, refiere que este programa de tratamiento ha sido aplicado exitosamente y que

en un estudio realizado sin grupo control, el programa disminuyó la conducta de arrancarse los pelos en los pacientes estudiados, y que fue más efectivo que la aplicación de terapia farmacológica como la clomipramina o el placebo.

También reconoce que realmente existen pocos programas cognitivo-conductuales para abordar los trastornos en el control de los impulsos.

El programa de 9 sesiones antes descrito se puede sintetizar en los siguientes puntos:

- evaluación y autoregistro determinando los factores de alto riesgo.
- enseñar al paciente formas de controlar la conducta incluso cuando tienen el impulso.
- técnicas del control del estímulo diseñadas para prevenir y disminuir la conducta
- técnicas del control del estrés para enseñarle al paciente a enfrentarse al mismo, pero de un modo más adaptativo.
- prevención de las recaídas para ayudar a mantener los progresos obtenidos con el tratamiento.

Cabe recordar que en cada sesión se realizará una revisión de los autorregistros realizados por el paciente, también de la inversión del hábito, y del control del estímulo.

**ABORDAJE COGNITIVO CONDUCTUAL EN EL TRATAMIENTO DE LA
TRICOTILOMANIA**

AUTORA: INGRID CARINA GULLÓN RIFFEL

**CURSO VIRTUAL INTERDISCIPLINARIO A DISTANCIA SALUD MENTAL, PSICOLOGÍA
Y PSICOPATOLOGÍA DEL NIÑO, EL ADOLESCENTE Y SU FAMILIA
DIRECTOR PROF. DR. HÉCTOR S. BASILE**

Asimismo en cada sesión se comienza repasando las actividades realizadas en la sesión anterior, y sobre todo repasando las tareas específicas que el paciente tiene para realizar en la casa.

Se les enseña a los pacientes que tales actividades y habilidades las practiquen por lo menos dos veces al día.

Estos trastornos del control de los impulsos pueden estar relacionados con los trastornos de ansiedad y del estado de ánimo, con los que a menudo puede haber comorbilidad, pero el autor manifiesta que aún no está establecida esa relación.

Evaluar la eficacia del tratamiento en estos trastornos es una tarea difícil, ya que a menudo la tricotilomanía al igual que otros trastornos del control de los impulsos, es intermitente, acontece en lo oculto, y se niega.

No obstante acarrea un gran sufrimiento para quienes lo padecen, y entorpece e interfiere en el desempeño social de los pacientes.

EL EPISODIO TRICOTILOMANO

¿Cómo es el episodio tricotilómano?

La persona puede pasar largo rato tirando de su pelo, ya sea de la cabeza, o de cejas o pestañas por ejemplo, de a uno o por mechones, y hacerlo mientras está concentrada en esa actividad, o bien mientras está haciendo otra cosa.

En el episodio tricotilómano hay una secuencia que se puede establecer en tres partes, el antes, el durante y el después del arrancamiento del pelo.

ANTES aparece una tensión creciente, antes del arrancamiento, y es el momento en el que se comienza a manipular el vello, pero sin arrancarlo.

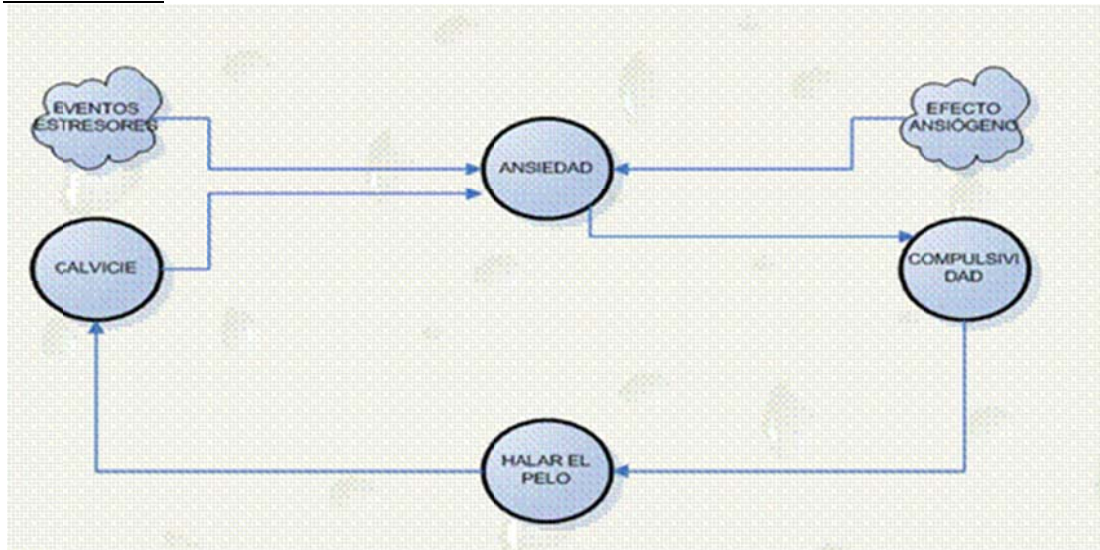
DURANTE el arrancamiento, se efectúa el tirón del pelo, este es un momento que se acompaña de ligera molestia. Asimismo en este momento se muerde, se ingiere o se juega con el pelo que ha sido arrancado.

DESPUES se experimenta inicialmente una sensación de alivio, gratificación o bienestar, que obviamente refuerza el hábito. Si bien también a posteriori vuelve a aumentar la tensión al darse cuenta de “cuán pelado está”, lo cual lleva a volver a tirarse del pelo como modo de aliviar ahora dicha tensión. Así se cierra el círculo vicioso autorreforzante de la tricotilomanía.

En la siguiente figura se presenta un modelo del ciclo vicioso de la tricotilomanía aludiendo a los polos físico y somático.

CICLO VICIOSO DE LA TRICOTILOMANÍA

CUADRO 2



En este cuadro podemos observar la dual incidencia tanto de factores estresores diversos, como de la tricotilomanía en sí misma y sus consecuencias, como factores intervinientes en la producción de ansiedad.

Es justamente por eso que el círculo o ciclo vicioso de la tricotilomanía es tan resistente al tratamiento, debido a que se refuerza en sí mismo.

ENCUESTA SOBRE TRICOTILOMANIA

El doctor José Manuel Pérez Quesada, Psicólogo español, tiene publicado un trabajo sobre una encuesta realizada en el año 2007 a través de Internet, enfocado a la comunidad afectada por Tricotilomanía, en la que participaron más de 100 personas de todas las edades. (6)

Dicha encuesta indagaba los aspectos relativos a la identificación del perfil del afectado, sus rasgos socioculturales, incluyendo preguntas que fueran importantes para establecer el diagnóstico, la evolución del trastorno, y si habían recibido tratamiento y cuál había sido el resultado del mismo.

Sintetizaremos en este trabajo algunos de los datos que de este estudio se obtuvieron, considerando los mismos como muy actuales ya que la encuesta es del 2007.

- Si bien las edades estuvieron comprendidas entre los 3 años (cuestionario completado por los padres) y los 50 años; la edad más frecuente de los que respondieron a la misma fue entre los 20 y 30 años. Y la menos frecuente entre la preadolescencia y adolescencia.

- Existe mayor proporción de mujeres, teniendo sin embargo en cuenta que un 84 % de las encuestas fueron contestadas por mujeres.

- Un 50 % de los que respondieron eran de España, 18 % de Argentina, Chile y México ambos con 10% y el resto conformado por otros países de América y Europa.

ABORDAJE COGNITIVO CONDUCTUAL EN EL TRATAMIENTO DE LA TRICOTILOMANIA

AUTORA: INGRID CARINA GULLÓN RIFFEL

**CURSO VIRTUAL INTERDISCIPLINARIO A DISTANCIA SALUD MENTAL, PSICOLOGÍA
Y PSICOPATOLOGÍA DEL NIÑO, EL ADOLESCENTE Y SU FAMILIA
DIRECTOR PROF. DR. HÉCTOR S. BASILE**

- Más del 90% tiene estudios primarios, y secundarios, siendo los universitarios un 50 %.
- En cuanto a la edad de comienzo, es entre los 10 y 13 años y casi el 85 % empezó el hábito antes de los 16.
- Dos tercios de los participantes no recuerdan alguna situación que hubiera funcionado como desencadenante, un 7 % refiere abuso sexual, separación materna 4% y divorcio de los padres “%.
- Donde más se tiran del pelo es en la cabeza, 89%, pubis, 28 % cejas 22% y pestañas 18 %.
- Viendo la televisión, leyendo y estudiando y en la cama son los lugares donde más se produce el hábito. También durante conversaciones telefónicas y frente al espejo.
- Mayormente el hábito se produce cuando la persona está sola .78%
- La comorbilidad con la depresión es del 37%, y con onicofagia 29%.
- En cuanto a los tratamientos un 41% nunca recibió tratamientos, un 33 % han tomado fármacos, un 23 % recibió terapia conductual, y un 22% intentó soluciones personales como ponerse un pañuelo, etc. Un 4% recurrió a la hipnosis.
- El 95% pudo como máximo pasar entre 1 y 3 días sin tirarse del pelo, 50 - 55% pudieron pasar una y dos semana sin arrancamientos, 41 - 44% uno y dos meses sin tirarse el pelo, 27% seis meses sin hacerlo, y solo el 2% más de 4 años sin tirarse o arrancarse el pelo.
- Solo entre el 2, 5 % saben que el trastorno se ha dado en algún otro miembro de la familia en algún momento.
- Solo el 15 - 18 % dice haber sido diagnosticado por un profesional, psicólogo o psiquiatra, el 61 % conoció el nombre del trastorno por su propia cuenta.

Estos datos ayudan sobre todo si se quiere comenzar a pensar en realizar un trabajo preventivo sobre los posibles grupos de mayor riesgo, como los son las mujeres, y en la preadolescencia o adolescencia. Por otro lado este trastorno tratado en sus inicios tiene mayores probabilidades de remitir, que si se cronifica en la edad adulta, donde encontramos pacientes que lo padecen durante décadas.

Con respecto a la eficacia de los tratamientos los resultados no son muy positivos ya que pese a recibir tratamientos una alta proporción de encuestados no ha podido dejar de tirarse el pelo, y ha recaído.

Esto nos lleva a concluir que la frecuencia, e intensidad de la tricotilomanía es variable y que cuando se aplican tratamientos, su eficacia vendrá demostrada no solo con los resultados inmediatos luego de realizado el tratamiento, sino con el posterior seguimiento que al menos ha de ser de más de dos años, para poder realizar un adecuado control de recaídas, ya que como vimos el trastorno es altamente recidivante.

De los datos obtenidos por esta encuesta, tratamiento más frecuente al que fueron sometidos los pacientes ha sido el farmacológico. Habiendo sido medicados con antidepresivos (IRSS) y ansiolíticos (benzodiazepinas).

El 37% de los encuestados manifiesta haber tenido depresión diagnosticada a consecuencia del trastorno.

Una de las conclusiones de cara a establecer adecuados tratamientos, es que la actividad de tirarse del

ABORDAJE COGNITIVO CONDUCTUAL EN EL TRATAMIENTO DE LA TRICOTILOMANIA

AUTORA: INGRID CARINA GULLÓN RIFFEL

**CURSO VIRTUAL INTERDISCIPLINARIO A DISTANCIA SALUD MENTAL, PSICOLOGÍA
Y PSICOPATOLOGÍA DEL NIÑO, EL ADOLESCENTE Y SU FAMILIA
DIRECTOR PROF. DR. HÉCTOR S. BASILE**

pelo surge realizando actividades sedentarias sobre todo, porque se suele dar en contextos de bajo

esfuerzo físico, en estado de reposo y en solitario, sin presencia de nadie. Este es un punto importante a la hora de buscar contextos preventivos en donde disminuya la posibilidad de realización del hábito.

Para sintetizar, a continuación los aspectos más importantes que surgieron de la evaluación de los resultados de la encuesta:

- El problema se cronifica con la edad.
- Es recidivante ya que se alternan los periodos sin tirar del pelo, con las temporadas de arrancamiento intensivo del pelo, a menudo con más intensidad que antes.
- No se busca ayuda profesional, por la vergüenza social que produce y la falta de conocimiento de la tricotilomanía.
- Los tratamientos no son eficaces: 95% de los encuestados solamente ha podido Permanecer hasta 3 días sin tirarse del pelo, y únicamente un 2% pudo mantenerse más de cuatro años.
- Los afectados se hacen preguntas, y actualmente no se encuentran respuestas para ellas.

Por ejemplo se preguntan:

- ¿Tiene solución la tricotilomanía?
- ¿Son tan efectivas las técnicas conductuales y cognitivas y/o los fármacos?
- ¿Progresan la investigación en tratamientos específicos y sistemáticos, validados con apoyo empírico?
- Hasta ahora una de las técnicas conductuales más utilizadas es la práctica de respuesta física incompatible, reversión del hábito y el aprendizaje consciente de su ocurrencia, pero ¿puede esta técnica eliminar la tricotilomanía? ¿es realmente efectiva?
- ¿Son útiles los fármacos para eliminar la tricotilomanía y no solo para tratar los trastornos asociados?
- ¿Son realmente útiles otras técnicas conductuales como la práctica masiva o el control del estímulo?
- ¿El tratamiento debe ser único o multicomponente?

**PROPUESTAS ACTUALES DE TRATAMIENTOS
FARMACOLOGICOS PARA EL ABORDAJE DE LA
TRICOTILOMANIA**

Un artículo de la BBC Mundo del 7 de julio de 2009, refiere que actualmente aún no hay un tratamiento probado para el trastorno. (2)

Y explica que un estudio científico aporta evidencias a favor del tratamiento con un aminoácido.

**ABORDAJE COGNITIVO CONDUCTUAL EN EL TRATAMIENTO DE LA
TRICOTILOMANIA**

AUTORA: INGRID CARINA GULLÓN RIFFEL

**CURSO VIRTUAL INTERDISCIPLINARIO A DISTANCIA SALUD MENTAL, PSICOLOGÍA
Y PSICOPATOLOGÍA DEL NIÑO, EL ADOLESCENTE Y SU FAMILIA
DIRECTOR PROF. DR. HÉCTOR S. BASILE**

La nueva investigación fue publicada en los Archivos de Psiquiatría General y revela que el aminoácido, llamado N-acetilcisteína (NAC) mostró resultados “prometedores” en pruebas clínicas.

Este aminoácido ya había mostrado buenos resultados para tratar a personas con ciertos trastornos compulsivos, o repetitivos.

El compuesto de este medicamento actuaría sobre el sistema que transmite las señales nerviosas en el cerebro, que es el sistema del glutamato.

También los estudios revelan que anomalías en el mecanismo de la serotonina y la dopamina, podrían estar involucrados en el trastorno .

En el estudio al que hacemos referencia, tomaron parte 50 personas con tricotilomanía.

A la mitad se le pidió que tomaran una píldora de NAC durante 12 semanas, y la otra mitad recibió un placebo.

Después de las 12 semanas, los pacientes que habían estado tomando el medicamento, mostraron “reducciones mucho más significativas” en los síntomas de este trastorno que los pacientes que habían estado tomando placebo.

En total 56% de los pacientes mostraron estar “muy mejorados”, con el uso del NAC comparados con 16% de los que tomaron el placebo.

Las conclusiones a las que arribaron los investigadores son interesantes, ya que expresaron que el alcance y magnitud de la mejoría mostrada por los pacientes que tomaron las píldoras de aminoácido, fue mayor que la que se registra con el uso de otros medicamentos. Y por otro lado lo significativo de la conclusiones a las que arribaron, es que tales mejorías fueron similares a las que ha mostrado tener la terapia cognitiva conductual, tanto sola como combinada con el uso de medicamentos, como por ejemplo los antidepresivos.

El doctor Grant expresa que “el N-acetilcisteína podría ser una poción de tratamiento efectivo para la gente que sufre de tricotilomanía.”

No obstante el investigador ratifica que las causas subyacentes del trastorno también deben ser tratadas utilizando terapia cognitiva conductual.

CONCLUSIONES:

La tricotilomanía está clasificada en el Manual de Diagnóstico y Estadística de Enfermedades Mentales como un trastorno de "control de impulsos".

Sin embargo la clasificación también puede incluir el considerar a la tricotilomanía como un hábito, una adicción o un trastorno obsesivo compulsivo.

Lo que de la experiencia se rescata es que si la tricotilomanía no se trata debidamente, puede volverse un trastorno crónico y difícil de tratar.

En cuanto al abordaje clínico, la elaboración de las estrategias de tratamiento puede comenzar por la realización de un estudio exhaustivo sobre cómo se desarrolla el hábito en la persona que lo padece.

¿Cuándo se arrancan el cabello? Por ejemplo ¿viendo televisión o leyendo un libro? Entonces se pueden elaborar estrategias para que la persona se distraiga o para que tenga las manos ocupadas en otras cosas.

Sorprende registrar que los pacientes sienten que no están recibiendo la ayuda suficiente que necesitan.

Decirles que "dejen de hacerlo" o que "dejen de arrancarse el pelo" no es suficiente, ni es la solución. Como este trastorno frecuentemente comienza en la infancia, es usual que las madres o parientes no le den la importancia que reviste, y simplemente consideren que el niño o la niña debe dejar de hacerlo.

Aún hay mucho por hacer en la concientización poblacional para trabajar preventivamente de modo que si se detecta en la infancia, las familias puedan acudir a una consulta con el especialista entendido en el trastorno que los pueda ayudar. Pues de otro modo el trastorno se cronificará y el tratamiento se tornará cada vez más difícil.

**CURSO VIRTUAL INTERDISCIPLINARIO A DISTANCIA SALUD MENTAL, PSICOLOGÍA
Y PSICOPATOLOGÍA DEL NIÑO, EL ADOLESCENTE Y SU FAMILIA
DIRECTOR PROF. DR. HÉCTOR S. BASILE**

De este trastorno, luego surgen las dificultades sociales de la persona que lo padece, ya que el contacto con los otros se torna complejo, por quedar en evidencia las zonas calvas y por tener que elaborar un argumento que justifique tal evidencia.

En cuanto a la propuesta de abordar el tratamiento de este trastorno mediante una terapia cognitiva conductual, tal propuesta no deja de lado, en caso de ser necesario el acompañamiento psicofarmacológico.

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

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

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

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

Si bien consta que esta opción de tratamiento con técnicas conductuales es eficaz, también es cierto que pueden registrarse recaídas, ya que el trastorno es altamente recidivante y resistente, teniendo en cuenta que está también influido por situaciones estresantes o ansiógenas por las que puede atravesar el paciente.

Por lo que se hace imprescindible trabajar con la prevención de recaídas, y que el paciente sea consciente de que las mismas pueden ocurrir, y que no representan un fracaso en el tratamiento, sino parte del mismo proceso.

Es el desafío de los sectores profesionales de la salud, trabajar en conjunto, desde la prevención y desde la asistencia a este tipo de pacientes que padecen muchas veces en silencio y aisladamente este trastorno, que si bien en apariencia puede parecer “no tan grave” como otros, sin embargo es altamente imposibilitante para el que lo padece, y redundante en un alto detrimento de su vida en general.

Haber realizado esta monografía referida a este tema ha tenido ese propósito.

**ABORDAJE COGNITIVO CONDUCTUAL EN EL TRATAMIENTO DE LA
TRICOTILOMANIA
AUTORA: INGRID CARINA GULLÓN RIFFEL**

**CURSO VIRTUAL INTERDISCIPLINARIO A DISTANCIA SALUD MENTAL, PSICOLOGÍA
Y PSICOPATOLOGÍA DEL NIÑO, EL ADOLESCENTE Y SU FAMILIA
DIRECTOR PROF. DR. HÉCTOR S. BASILE**

BIBLIOGRAFIA

- (1) Azrin, N. y Nunn, R. "Tratamiento de hábitos nerviosos". Ediciones Martínez Roca 1987, Barcelona. PP 17,25,39.
- (2) BBC Mundo del 7 de julio de 2009 recuperado de <http://www.bbc.co.uk/mundo/search/?scope=mundo&q=tricotilomania>
- (3) Caballo, V. "Manual para el tratamiento cognitivo conductual de los trastornos psicológicos" Vol. 1 Trastornos por ansiedad, sexuales, afectivos y psicóticos. Siglo XXI 1997. PP 475, 476 - 486.
- (4) Definición de reestructuración cognitiva www.wikipedia.org
- (5) DSM-IV "Manual diagnóstico y estadístico de los trastornos mentales". Masson 1995, Barcelona. PP 625, 634, 635, 636,637.
- (6) Pérez Quesada (2007) Encuesta sobre Tricotilomanía. Informe preliminar de resultados recuperado de www.tricotilomania.org/.../EncuestaTricotilomania_2007.pdf
- **CUADRO 1:** José Manuel Pérez Quesada "Tratamiento conductual de un caso crónico y recidivante de tricotilomanía" recuperado de <http://www.psicologiacientifica.com/bv/psicologia-153-3-tratamiento-conductual-de-un-caso-cronico-y-recidivante-de-tricotilomania.html>
- **CUADRO 2:** Hamdi, Sharosh y Husni, 2006. "¿Trichotillomania or alopecia areata?". International Journal of Dermatology. Citado por Maritza Medina en "Efectos de un programa de autocontrol con enfoque cognitivo conductual para el tratamiento de la tricotilomanía en una mujer adulta".

Recuperado de www.monografias.com

ABORDAJE COGNITIVO CONDUCTUAL EN EL TRATAMIENTO DE LA TRICOTILOMANIA
AUTORA: INGRID CARINA GULLÓN RIFFEL

DATOS DE LA AUTORA

Nombre: Ingrid Carina Gullón Riffel

Domicilio: Benjamín Franklin 1450- 1604 Florida Oeste- Buenos Aires-
Argentina

Teléfono: 4760-7345

Correo electrónico: ingrid.gullon@yahoo.com.ar

Licenciada en Psicología y Licenciada Prof. en Psicopedagogía.

Miembro del equipo profesional de la Dirección de Minoridad de la
Municipalidad de San Isidro. Cumpliendo funciones en el Servicio de
Psicopedagogía del Hogar Infantil Municipal San Isidro, desde 1996 a la fecha.

Miembro del equipo profesional del Departamento de Orientación Escolar de la
Escuela Escocesa San Andrés, desde 2008 a la fecha.

Atención particular con adolescentes y adultos.