

Tricotilomanía: tratamiento psicodinámico de un caso

ANDRÉS GARCÍA SISO*

RESUMEN

Se presenta la psicopatología de la tricotilomanía y otras conductas repetitivas centradas en el cuerpo, así como las claves de su tratamiento a través de la psicoterapia psicoanalítica breve aplicada a un caso. Se obtienen varias conclusiones: la paciente tricotilomaniaca, a pesar de aparentar baja mentalización, muestra una actividad imaginaria que permite el acceso al análisis de sus sueños; la fijación a un conflicto oral reprimido, que atañe al proceso arcaico de separación, formación del yo y diferenciación psique/soma, es el núcleo principal del trastorno; para el acceso y elaboración de los contenidos inconscientes es importante un trabajo terapéutico sobre la diada madre-hija. PALABRAS CLAVE: tricotilomanía, psicoanálisis, tratamiento.

ABSTRACT

TRICHOTILLOMANIA: A CASE STUDY IN PSYCHODYNAMIC TREATMENT. The psychopathology of trichotillomania and other repetitive behaviors focused on the body is presented. We describe the keys to their treatment, through a brief process of psychoanalytic psychotherapy applied to a case. Several conclusions are reached: the trichotillomaniac patient, despite appearing to have a low degree of mentalization, displays imaginary activity that allows for access to the analysis of his or her dreams; the fixation on a repressed oral conflict, associated with the archaic process of separation (on formation of the Ego and of the psyche / soma differentiation), is the core of this disorder; in order to help the patient access and process unconscious contents, it is important to undertake therapeutic work on the mother-daughter dyad. KEY WORDS: trichotillomania, psychoanalysis, treatment.

RESUM

TRICOTIL·LOMANIA: TRACTAMENT PSICODINÀMIC D'UN CAS. Es presenta la psicopatologia de la tricotil·lomania i altres conductes repetitives centrades en el cos, així com les claus del seu tractament mitjançant la psicopatologia psicoanalítica breu aplicada a un cas. S'obtenen diverses conclusions: la pacient tricotil·lomaníaca, tot i aparentar baixa mentalització, mostra una activitat imaginària que permet l'accés a l'anàlisi dels seus somnis; la fixació a un conflicte oral reprimat, que pertoca al procés arcaic de separació, formació del jo i diferenciació psique/soma, és el nucli principal del trastorn; per l'accés i l'elaboració dels continguts inconscients, és important un treball terapèutic sobre la diada mare-filla.

Introducción

La finalidad de este trabajo es presentar el tratamiento de un caso de tricotilomanía, mediante psicoterapia psicoanalítica breve. La tricotilomanía fue descrita por el médico francés Hallopeau en 1889 como “una alopecia por arrancamiento de pelo” (Jaramillo-Borges, 2007), del cabello lo más frecuente, y más raramente de pestañas y cejas. También en adultos puede ser de

otras zonas del cuerpo, como la barba, etc. La epidemiología de la tricotilomanía se presenta en el 1,5 % de los varones y en el 3,5 % de mujeres, a lo largo de la vida (Jaramillo-Borges, 2007). Por tanto, un 2-3 % de la población general puede presentarlo. De éstos, el 5-18 % muestran tricotilofagia (se tragan los cabellos arrancados). Y de éstos, el 37,5 % forman tricobezoares, de los cuáles un 22 % son asintomáticos y el resto presentan molestias leves, aunque un 1 % de éstos necesitan

*Paidopsiquiatra, Hospital Universitario de Tarragona Joan XXIII.
Correspondencia: angarsiso@gmail.com

Recibido: 27/3/2015 - Aceptado: 2/6/2015

intervenirse quirúrgicamente (si se fija en el intestino delgado y lo obstruye).

La edad de inicio puede ser a partir de los 2 años, siendo de buen pronóstico cuando aparece y se trata antes de los 6 años, aunque la edad media de inicio suele ser de 12 años en las niñas y de 8 en los niños (Reilly, 2006). Hay inicios al año y después de los 50 años. El inicio después de los 13 años es un factor de riesgo para la cronicidad.

Espacio nosológico

En el DSM IV se cataloga como un trastorno de los impulsos. Forma parte de las *Conductas repetitivas centradas en el cuerpo*. Los criterios diagnósticos son: a) conducta dirigida a remover una parte del propio cuerpo (piel, mucosa y anejos); b) sensación de inquietud o tensión creciente, que aumenta si se resiste el acto; c) bienestar o liberación mientras se realiza la acción, seguido de dolor, arrepentimiento, culpa y vergüenza; d) interferencia social, ocupa tiempo y causa daños físicos; y e) no se explica mejor por otro trastorno mental, obsesivo-compulsivo, dismórfico, delirio parasitario, dermatitis...

Tratamiento de la tricotilomanía

Tratamiento farmacológico

La tricotilomanía se relaciona con un incremento de actividad serotoninérgica (Jaramillo-Borges, 2007), asociada a conductas repetitivas, de acicalamiento, con buena respuesta a inhibidores selectivos de la recaptación de serotonina (ISRS) y a tricíclicos. Se han ensayado sertralina, fluvoxamina, fluoxetina a dosis habituales. También se han mostrado eficaces, como en segunda opción, otros medicamentos que utilizan dianas diferentes: el dronabinol (Grant, Odlaug, Chamberlain y Kim, 2011), olanzapina (Van Ameringen, Mancini y Patterson, 2010) y la N-acetilcisteína (Grant, Odlaug y Kim, 2009).

Terapia conductual

Franklin y colaboradores demostraron que ocho sesiones de esta terapia del comportamiento son más eficaces que tres entrevistas estándar y cinco más de seguimiento telefónico (Franklin, Edson, Ledley y Cahill, 2011). Les queda pendiente examinar si la mejoría se mantiene a plazo medio y largo.

Hipnosis

La hipnosis de Erickson busca inducir la sustitución del arrancar por el acariciar el cabello, así como favorecer el autocontrol general (Reilly, 2006). También se usa la hipnosis para crear aversión a la conducta tricotilomaniaca.

Tratamiento psicodinámico

Keren y colaboradores (2006), que estudian casos en la infancia, descubren que la tricotilomanía se asocia con factores estresantes previos, hipersensibilidad del niño al dolor y relación materno-filial con poca tolerancia a la expresión agresiva y poco acogedora (falta de contacto físico materno, calor). El niño muestra ansiedad, irritabilidad en sus intentos de juego simbólico, donde no recibe apoyo participativo, alternancia entre intrusión y retirada en la relación. Este trabajo psicoanalítico presenta el tratamiento de 9 niños (6 se curan sin recaer, 3 mejoran), mediante 4 a 21 sesiones, observando la presencia insuficiente del objeto transicional. Otros autores (Lewis, 2013) retoman el factor de estrés como generador de un trauma, identificando una pérdida o muerte en la familia, que desencadena una disociación cuya expresión es la conducta tricotilomaniaca. Estos autores la interpretan antropológicamente, observando que el arrancar el pelo corresponde a anti-gueros rituales frente a situaciones de duelo.

Material y método

En este trabajo se presenta la patografía y el tratamiento psicoterápico de un caso de tricotilomanía, junto con otras conductas repetitivas, de inicio en la primera infancia. Se realiza una psicoterapia psicodinámica breve (inferior a 15 sesiones), aunque como cada sesión se desdobra entre la paciente a solas y un trabajo madre-hija, podemos decir que son sesiones de una hora y a veces algo más. Se muestra un resumen de las 13 sesiones realizadas, reagrupadas en tres tiempos. El hilo conductor de la psicoterapia con la paciente es el análisis de los sueños, aunque se tratan otros aspectos de su vida cotidiana.

El trabajo conjunto madre-hija, post-sesión de la hija, es considerado de especial relevancia para poder intervenir sobre complejos reprimidos en la paciente. Se decide la elección de este encuadre porque inicialmente no era previsible la capacidad de la niña para hablar y menos asociar libremente, pues se mostraba

callada, agradable pero contenida, capaz de atender a las recomendaciones conductuales, a razonar, pero no a acceder ni mostrar algo de su interioridad, por lo que se optó a que la madre formara parte relevante del tratamiento, procurando que ejerciera de portadora-tractora en la transferencia de lo que le pasaba a la hija. Este método me había resultado útil en el tratamiento del mutismo selectivo, cuando se logra que la madre sea la portavoz de los fantasmas del hijo. En nuestro caso veremos que la paciente será capaz de expresarlos, pero la madre permite complementar la apertura del inconsciente personal de Flor con dimensiones familiares.

A pesar de la inhibición inicial de la paciente, su vergüenza y parquedad, por otra parte habitual en estas pacientes con tricotilomanía, su capacidad para mentalizar, su edad e inteligencia, así como la transferencia por la que capta que el adentrarse en los sueños puede reportarle beneficio, es lo que propicia las condiciones de una psicoterapia psicodinámica centrada en los sueños.

Patografía y tratamiento de una niña con tricotilomanía

Nos es derivada por su pediatra de atención primaria, con el diagnóstico de tricotilomanía. Acudirá a la consulta paidopsiquiátrica durante año y medio, inicia el tratamiento con 12 años y lo finaliza a los 13 y medio. Se realizan 13 sesiones, inicialmente con visitas más frecuentes (cada 3 semanas) y luego más espaciadas.

Primera visita

En el momento de la primera visita, Flor manifiesta tricotilomanía desde hace un año, desde los once años. Sin embargo, en sus antecedentes personales veremos que esta conducta la acompaña desde hace más tiempo. La madre le ayuda a disimular con el peinado la ausencia del cabello, alopecia de unos 2/3 del cuero cabelludo (sobre todo por arriba). En esta primera visita se queda muda al preguntarle detalles sobre ello. Se necesitarán varias entrevistas para que me conteste sobre la ingesta del pelo arrancado. También realiza pica; su preferencia es la ingesta de trocitos de esponja.

El hecho de que el terapeuta se acerque a los detalles de las sensaciones, acciones y vivencias que comportan el síndrome es de utilidad para crear un clima de confianza. No obstante, es fundamental respetar los límites de intimidad que la paciente marque, evitando que se sienta invadida, puesto que la vergüenza intensa suele acompañar a este trastorno.

La paciente estuvo en tratamiento en el centro de salud mental infanto-juvenil (CSMIJ) hasta hace un año, cuando recibe el alta clínica. Seguía psicoterapia de apoyo por inseguridad y baja autoestima desde hacía algo más de un año, en relación con una situación de acoso escolar, según me explica la madre. En la actualidad duerme y come bien. Practica la natación, va a la catequesis, al Centro de esparcimiento y toca la guitarra. De todas estas actividades, la que más le gusta es la guitarra. Es una persona muy responsable y temerosa de fracasar. Es muy estudiosa y perfeccionista.

La reactivación de la tricotilomanía y la pica, a pesar de que, según dice la madre, nunca habían desaparecido del todo (en la historia del centro de atención primaria (CAP), se anotaban en todas las revisiones del niño sano), en esta ocasión parecen coincidir con la separación, por alta, de su terapeuta, quien debía cumplir una función calmante y de apoyo.

Antecedentes familiares

Es una familia de origen andaluz. Los padres de Flor son quienes emigran a Cataluña, y tanto la paciente como su hermana nacen aquí. El abuelo materno, jubilado del campo en Jaén, también vive aquí con su mujer desde hace unos años, y tiene una parcela donde se reúne la familia. El padre tiene 45 años y es empleado fabril. Acude durante las dos primeras sesiones, guarda el acento de su origen, los ademanes y cierta dureza expresiva en el rostro. Habla poco y piensa que su hija ha de ser fuerte y abandonar “esas manías”. La madre, de 39 años, es ama de casa. Inicialmente, da la impresión de pasiva y distante afectivamente, como si le fuera difícil entender lo que pueda sentir su hija, aunque está perfectamente al tanto de la enfermedad y de su desarrollo evolutivo. Tiene una hermana de 6 años, sin problemas a resaltar. La madre añade que es de carácter reservado, pero que le gusta tirar petardos. Los componentes de la familia nuclear y extensa parecen estar bien avenidos. Las hermanas suelen discutirse entre ellas. No hay antecedentes de enfermedades mentales en la familia.

Antecedentes personales

Parto con fórceps a término. Durante el primer año de vida, dormía poco, lloraba mucho; sólo descansaba al estar en contacto con la madre. Presentó cólicos del lactante durante los 6 primeros meses; luego desaparecieron y comenzó a dormir mejor. Tiene diagnóstico de piel atópica. Veremos que, años después, también se

la diagnóstica de enfermedad celíaca. No refieren accidentes ni intervenciones quirúrgicas. Hizo lactancia materna durante 9 meses, que se interrumpe porque le mordía. Comía bien. Comienza a andar a los 9 meses, pero se cayó y, con el susto, guardó mucha precaución para retomar la deambulación. A partir del primer año, tiene pesadillas; se relata el miedo que tenía la niña de ver un “monstruo de ojos rojos”, pesadillas que permanecen durante el segundo y tercer año. Se levantaba de la cama y hablaba “como en sueños”.

Entre los tres y los cinco años, predominaban los miedos estando despierta. Se imaginaba una cara que se desvanece, que se borra. Impresiona mucho pensamiento mágico y viva imaginación. Habló pronto. Controló esfínteres precozmente, a los 20-21 meses. Fue a guardería y al colegio; muy apegada a la madre y sobre todo al padre. Ahora al padre lo idealiza y lo teme. Manifiesta muchos celos de la hermana menor, a la que le lleva 6 años.

Sintomatología

Presenta tricotilomanía desde los tres años, con periodos de remisión, y brotes en periodos críticos, tales como al inicio de la enseñanza primaria (6 años). Se reactiva la tricotilomanía en el colegio a los 9 años, con ocasión de sufrir burlas. Se defendía, pero no decía nada en casa, salvo rabietas. Esto la lleva a un estado de depresión, motivo por el que consulta al CSMIJ. “No sabe pedir ayuda”, dice la madre.

En el momento presente destaca la tricotilomanía, que es el motivo de la nueva derivación. En sus antecedentes personales vemos que este síndrome aparece precozmente y reaparece en situaciones de ansiedad, presión, estrés, es decir, cuando sus rasgos de autoexigencia, perfeccionismo y vergüenza se disparan, generando posiblemente una sobrecarga agresiva coartada, casi sin expresión conductual.

Durante esta primera visita se van desgranando algunas recomendaciones terapéuticas. En primer lugar, poder mejorar su comunicación personal, ser capaz de comentar vivencias cotidianas con su madre, amigas, ir cambiando su tendencia a callar, a no pedir ayuda, aceptando su necesidad de apoyo-contacto, que al mismo tiempo le permitirá que se rebaje su autocontrol perfeccionista. Se le permitirá comprar un chupete, pues comenta que también se chupa el dedo cuando se arranca el pelo, y ver si le ayuda a aminorar la tricotilomanía. Ésta se desencadena tanto cuando se relaja (por

ejemplo, viendo la televisión), como cuando se tensa. También ha de procurar controlar la pica, permitiendo a la madre que le dé un aviso para que ella caiga en la cuenta de lo que hace y cambie de actividad. No prescribo intervención farmacológica.

El tratamiento psicoterápico

Descripción psicodinámica del tratamiento

Tras esta primera sesión se realizarán doce intervenciones más, de psicoterapia individual, junto a otras tantas intervenciones con la díada madre-hija (como segunda parte en cada visita), donde se reelaboran algunos contenidos evocados por la niña. El tratamiento se desarrolla principalmente en el tiempo que cursa primero de ESO (educación secundaria obligatoria). Veremos que los contenidos principales vertidos en las entrevistas serán sobre los sueños, buscando completar el análisis realizado con la niña, mediante la participación con las asociaciones de la madre, lo que favorece la aparición de nuevos significados familiares y de la vida pasada de la niña.

Inicio del tratamiento (sesiones 1 a 3)

Se revisan las razones de su anterior tratamiento en el CSMIJ, que fue, según la madre, por “el perfeccionismo, el control emocional, en realidad como ahora”. Al hablar de la tricotilomanía, recomponemos alguno de sus rituales corporales, que ella cuenta así: “cuando me lavo los dientes, me veo en el espejo, luego me tiro del pelo, y suelo pensar que me veo pequeña, tengo miedo a no crecer” (de hecho tiene talla baja, pero equilibrada con su peso P10). La madre, en ocasiones, le ayuda y acoge sus temores. Ella siente todo esto con fuertes emociones que no logra pensar. Pero, de todos modos -añade la madre- ahora sabe defenderse, haciendo alusión a las antiguas burlas del colegio. Parece que se asocia el tratamiento previo con una mejoría en el sentimiento de seguridad propia y de autodefensa. La hipertensión-distensión personal juega un papel energético en su tricotilomanía.

La imagen del cuerpo, como representante de sí misma, está íntimamente unida al ritual del síntoma. El mirarse se acompaña de inseguridad y de una ansiedad que parece llegar a confundirla. La paciente, aunque reticente, es capaz de relacionar esta compulsión, la de su “vergonzoso” síntoma, con la vergüenza sobre su cuerpo “imperfecto”. Por otro lado, también constata

el deseo que tiene de pasarlo bien con sus amigos y el de poder sentirse menos tensa y más relajada. La madre le avisará cuidadosamente cuando tienda a arrancarse el pelo, y luego le preguntará si está nerviosa o disgustada (cuando lo hacen, primero Flor se enfada, pero luego comprueba que le ayuda).

Este primer tiempo del tratamiento nos remite a la oposición ser pequeña o ser mayor (de cuerpo y de emociones), y la tricotilomanía parece descargar esos miedos. También se muestra la oposición entre auto-agresividad y ternura corporal (arrancar-acariciar). También se trasluce la función de contención-rêverie por parte de la madre. El tocar algo nuevo se asocia con el cambio, y en todo cambio, como en la tricotilomanía, se arranca algo enraizado.

Mitad del tratamiento (sesiones 4 a 9)

Está haciendo 1º de ESO, es noviembre, durante octubre se sintió más nerviosa. En el Instituto cree que no hay nada que le preocupe. Dice que se toca más el pelo. Sacó un 5 en inglés, como era poco para ella, dice, “intento olvidarlo, pero sigue dentro de mí”. Frente a este perfeccionismo obsesivo, los sábados disfruta en el Centro de esparcimiento y, otros días, se divierte en la parcela de los abuelos. Se arranca el cabello y se lo come, sobre todo en casa por las tardes. Otras tardes hace guitarra y va a confirmación. Se los arranca más por la tarde, cuando los deberes son más difíciles o muchos. Sin embargo, los deberes le suelen ocupar menos de una hora. Cree que su padre se disgusta cuando no saca buenas notas. También se los arranca antes de acostarse. Lo que piense su padre es muy importante para el sentimiento de sí misma.

Bromeo con historias de canibalismo, le señalo que tenga cuidado en no devorarse a sí misma, lo que me permite percibir en ella una fuerte impresión. Parece sentir un impacto afectivo, como un pre-insight sobre el contenido de la incorporación oral, debiendo por mi parte distender la situación, lo que va a favorecer la transferencia. A una persona tan callada y vergonzosa, le resulta difícil el confiar y abrirse.

Sueños iniciales. Relata un primer sueño que califica como nuevo, por oposición a otro que lo señalará como repetitivo. Aparece una persona mayor que ella, vestida de naranja, una mujer con pelo largo, castaño y flequillo, con pantalones tejanos y botas marrones, y la cara borrosa. Ella está hablando con otra niña pequeña. La niña tiene siete años y están conversando tranquilamente. Están en una casa de madera. La niña pequeña le recuerda a su hermana, porque tiene coleta con pelo

rizado. La mujer parece adolescente.

En este sueño aparece el dilema entre la niña y la adolescente-mujer, capaces de dialogar entre sí. La adolescente-mujer viene definida por su cabellera larga y el estilo de ropa, por su cuerpo, y a pesar de reconocer a la niña como su hermana, es incapaz de reconocerse a sí misma en la adolescente-mujer, todavía la cara está borrosa, la propia identidad es borrosa, evanescente, como los rostros que se le aparecían de niña entre las sombras y el miedo. Este sueño, asociado mientras se habla de su ideal de sí y el de su padre, también desvela connotaciones edípicas, en la dificultad de ser una mujer (también para el padre).

Otro sueño, el que se repite desde pequeña: se trata de un batallón de hámsteres que destrazan el mundo y matan a todos menos a ella. Lo asocia con el miedo a estar sola si se pelea con alguien.

Este sueño es pre-edípico, remite al sadismo oral y al sentimiento de soledad. Ya vimos que, en la memoria de la madre, la mordedura del pecho fue la causa del destete. Por tanto, suponemos que la coartación de la agresividad ha de protegerla de la soledad. Se hace intervenir a la madre tras comentarle el sueño, se nota que a la hija le agrada que se comparta y comente con su madre el contenido de su sueño. Este trabajo con la diada madre-hija será clave en el tratamiento, a la hora de elaborar la dimensión oral del conflicto inconsciente. El trabajo de la psicoterapia se centra en los sueños, pero sin desligarlos de las vivencias, experiencias y conductas conscientes.

La paciente continúa con su conflicto entre perfeccionismo y decepción, entre la tensión-excitación y las maniobras autocalmantes o de descarga (tricotilomanía, chuparse el dedo, pica, rabia contra la hermana...). Los síntomas permanecen y me planteo el uso de medicación (sertralina, imipramina...). Sin embargo, ninguna medicación llegará a necesitarse durante el tratamiento. Va cambiando el lugar donde la paciente siente y manifiesta la tensión-excitación, oponiendo dos espacios, el colegio y la casa, y en especial en las clases de ciertas asignaturas difíciles. Por otro lado destaca un mayor disfrute del espacio de amistad. Los espacios parecen resignificarse.

Otro sueño: en la escena inicial, unas personas (un chico, una chica y ella) se caen por barrancos de la selva amazónica. La paciente nos dice que la chica se pierde en una escena falsa; el chico la busca, ella también se pierde y entonces su padre la busca. Cuando la chica y ella se encuentran, entonces se despierta.

El sueño muestra una doble representación de sí misma, en dos escenas, una vivenciada como verdadera y otra como falsa. La falsa parece remitir a un perderse falsamente, quizás a un ocultarse para que el chico la busque, un deseo. La que denomina verdadera, connota que se pierde de verdad y entonces la ha de buscar el padre, una realidad. Sin embargo, quien la encuentra a ella será la otra chica, la cual también representa a ella misma; al producirse el encuentro de ellas en el sueño, se despierta. Ambas son la paciente, tanto la chica deseada por el chico como la chica perdida (protegida a distancia por el padre, o simplemente unida a él). Entre ambas chicas se identifica otra, la soñante que se despierta, que es la misma y diferente, pues ahora es sexuada. Además, este relato es asociado por la paciente con algo que va a acontecer los próximos días.

Se trata de que en dos semanas será el centro de atención de la clase, ya que tiene que realizar una disertación. Dice tener mucha vergüenza, porque no le gusta nada que la miren. Piensa que la miran mal, que la critican por su físico. Se siente mal con su cuerpo cuando compara su pelo, su altura.

Vemos que en los sueños se cumple el deseo de poseer una larga melena, deseo contrario a sus acciones de tricotilomanía en la vida vigil, como si en la realidad presente ejerciera una prohibición sobre el significado de atracción erótica de la melena, o un castigo. Vemos a continuación cómo las asociaciones hacia el pasado las facilita la madre.

Aunque es capaz de imaginarse con veinte años y siendo como ahora, pero alta y con melena, sigue preocupada por su cuerpo y comiendo trocitos de esponja (con la que se lava el propio cuerpo) o el relleno del cojín. La madre recuerda que desde pequeña se chupaba el dedo y el chupete. Al quitarle el chupete a los dos años y medio, porque lo destrozaba mordéndolo, siguió chupándose el dedo, como en la actualidad. A estas conductas orales se les une el tocar-arrancarse el pelo sobre los tres años, desapareciendo hacia los cuatro o cinco, pero reapareciendo hacia los seis o siete. La madre constata que no se tocaba mientras ella estuvo embarazada de la pequeña. Vuelve a recordar que le dio el pecho hasta los nueve meses y que dejó de dárselo porque se lo mordía; la madre recuerda a la niña muy enfadada (recordamos que no dormía y que padecía de dolores cólicos).

Sueño terminal. Estamos en la segunda mitad del tratamiento, y éste será el último sueño que nos relate. En este sueño, “van ella y su familia nuclear a cenar a un sitio con sus tíos, van caminando juntos a otra casa,

donde vive una amiga suya. Saliendo le dicen que, debajo del coche, hay una urraca, casi muerta, y los padres pasan y la madre la ve. Se está muriendo como si hubiera tomado veneno”. Me explica que la urraca es carnívora y que va a los nidos de otros pájaros para comerse los huevos y que sus nidos son muy grandes. El nido es grande para protegerse del águila. Su abuelo materno y sus padres se lo enseñaron, la vida de la urraca y la de otros animales del campo. La madre comenta que, cuando Flor era pequeña, le contó que su chupete se lo había llevado la urraca. La niña dice que hasta ahora se lo había creído, y que además, hace unos años, vio esta escena en sueños.

Hemos llamado a este sueño “el de la urraca”; en él aparecen miembros de su familia extensa, también por asociación su abuelo, a quien quiere y de quien aprende cosas que le interesan sobre el campo, sobre los animales, porque fue jornalero en Andalucía; de hecho, su vocación de veterinaria parece relacionarse con él. Vemos la persistencia del mito familiar del chupete desaparecido, prolongando hasta la actualidad el pensamiento mágico infantil que rodeaba a la oralidad de la niña con el robo del chupete por la urraca. También se trasluce la prohibición canibalística, de que comer de lo prohibido puede matar. El sadismo oral se vuelve contra el sujeto (la urraca en el sueño está moribunda por haber ingerido un veneno, alguien la castiga). ¿Acaso M. Klein encontraría aquí una fantasía arcaica donde se reúnen el deseo de devorar el pecho y un temor a ser envenenada por él? La madre urraca, que con frecuencia no diferencia a sus propios hijos de los ajenos-adoptados (del críalo), quizás es vista de otro modo por Flor cuando comprueba que su madre puede incubar un nuevo niño. De esta manera, reconoce la buena función materna, la cual podrá calmar la venganza o retaliación del pecho materno contra ella (como hija voraz-adoptiva). Es durante este periodo del embarazo materno cuando se apaciguan los síntomas de tricotilomanía. Por otra parte, también sabemos que en este tiempo, cuando Flor tenía cuatro años, comienza la admiración y amor por el padre. Seguramente estas vivencias la fijan al segundo tiempo del Edipo, fantasía donde el padre lo tiene todo y ella es su preferida. De hecho, lo que en este proceso terapéutico va apareciendo es, primero, el conflicto edípico, y luego el conflicto oral, más reprimido. La tricotilomanía clínica aparece hacia los tres años, tras el castigo que sobre su sadismo oral ejerce la urraca privadora de la oralidad del chupete (a la urraca le gusta “robar” objetos brillantes para llevárselos a su nido). El chupete desaparece como desapareció el pecho, sorpresivamente, pero es reinterpretado por el inconsciente de la niña gracias al mito familiar de la urraca (transmitido por la madre) y del

posterior conocimiento consciente de la vida real de la urraca (que escucha del abuelo materno). La tricotilomanía condensa la necesidad de devorar con el castigo posterior, sin diferenciar el cuerpo propio del ajeno-materno. Ahora entendemos el efecto emocional que le produjo el decirle que se comía a sí misma, y los comentarios sobre si los caníbales comen a sus enemigos y a veces a sus próximos. El castigo por chupar, morder, devorar... se desplaza, en forma de síntoma, a la tricotilomanía, que conserva su dinámica, reprimiendo el significado. Las peleas con la hermana son otra válvula para expresar agresividad (aunque la mayor parte la ejerce sobre sí misma a través del carácter tan autoexigente, para ser digna del amor de su padre).

La elaboración de este sueño reaparecerá en las sesiones siguientes, de forma conjunta, asociando elementos de éste con interpretaciones y recuerdos de la infancia, que aporta la madre. Cuenta la madre que Flor, de pequeña, devoraba el chupete, destrozándolo, mordiéndolo y metiéndolo todo entero en la boca, y el miedo que tenía que pudiera atragantarse o ahogarse (no llega a decir morirse). Por todo ello decidió quitárselo, inventándose la historia de la urraca. La historia de la urraca, como mito familiar, explica la pérdida del chupete y, como decimos, se lo sigue creyendo en la actualidad, a pesar de sus 12 años. Flor reacciona sorprendida ante la pérdida de esta verdad mágica e ilusoria, cuando la madre le aporta otro sentido de la realidad. Aunque la niña no suele expresar rabia, según cuenta la madre (no atribuye este afecto a las peleas con la hermana), ni antes ni ahora, sin embargo recuerda el enfado que de pequeña mostraba mordiéndolo a los otros. Volvemos a retomar con humor la etapa libidinal del canibalismo oral y de su autocanibalismo. Se muestra todavía inquieta e incómoda con el tema. Más tarde, lo valorará como descubrimientos sobre sí misma. A pesar de que la mordedura de uñas ha disminuido, a pesar de no pintárselas, y de que parece estar más tranquila y contenta, sin embargo, desde hace dos semanas se ha incrementado el arranque-ingestión de pelo y de pica. Pensamos que el incremento sintomático suele corresponder a una apertura de la represión del conflicto oral sádico, que se hace consciente a través del sueño.

La historia mítica familiar en que la madre dice que un pájaro es el responsable de la pérdida del chupete, y el comentario materno que reconoce el dolor que esto le causó a la niña, y añadido yo, quizás como si una parte del propio cuerpo le fuese arrancado, seguramente le permite a la niña retrospectivamente dar sentido a aquel dolor. Pasados los años, Flor tiene otro sueño, donde ve a la urraca robándole el chupete, constatan-

do la fuerza que en su inconsciente tiene este mito familiar con valor de explicación verdadera. Por otro lado, se interesa "científicamente" por la vida de las urracas, a través de los conocimientos que su abuelo le transmite sobre la naturaleza, y que asimila con gran curiosidad. La urraca puede representar, en el sueño, a ella misma y a la madre, que es, junto a los tíos, la representación del núcleo familiar que participan del mito (el abuelo se encuentra fuera de la escena, es un representante de la realidad, por asociación). Los familiares son testigos de la muerte de la urraca, como castigo por su maldad (las urracas mueren envenenadas por el hombre, castigadas por considerar que se comen los huevos de perdiz).

En el sueño, a continuación, la familia es invitada a comer de otra forma, en casa de su mejor amiga (como si fuera ella misma quien da de comer). El mito familiar que el sueño condensa y relaciona con las vivencias personales deja de tener una carga emocional reprimida, al poder expresarse con las palabras maternas y propias, que reconstruyen la biografía de la niña.

Final del tratamiento (sesiones 10 a 13)

Tras dejar la conducta tricotilomaniaca, tuvo una pequeña recaída, a pesar de que ya estaba de vacaciones y sin estrés, pero luego, como dice ahora, ya no se tocó más ni le vienen ganas de hacerlo. La tutora la notó durante el primer trimestre como aislada. Luego fue constatando que se relacionaba bien y con todas las compañeras. De hecho, es de las primeras del curso. Por otra parte, durante el verano ha madurado en varios sentidos. Menos discusiones con su hermana y ausencia de las habituales pataletas de rabia, como de niña pequeña, cuando la reprendían o le prohibían algo. Además, durmió en casa de una amiga, salieron de noche por la feria, le gusta ir de Colonias y conocer nuevos lugares, no se siente nerviosa o intranquila en sitios desconocidos. Esta separación familiar, insuperable en otros tiempos, ahora se acompañó de disfrute. Le gusta arreglarse. Come mejor y con más apetito. El deporte le gusta desde siempre. Este año se apuntará a judo y a deportes con patines. Aunque físicamente sigue siendo menuda, va sintiéndose más segura, animada ante el nuevo curso. Hablamos sobre la alimentación, que parece resultar algo escasa. No realiza pica, pero de vez en cuando se "fuma una pipa" (chuparse el dedo). Bromeamos con que ha fabricado pulseras para regalar a miembros de su familia y otra para un amigo; dice que éste no le gusta, aunque le cae bien. Le pregunto si ya considera que está curada y me dice que,

de todas formas, ella prefiere volver a la visita dentro de dos meses. Se prepara el final del tratamiento.

Cuando acude a la que será la última visita, pensamos en su modo de ser, de carácter algo nervioso, pero sin ser excesivo o causarle problemas, salvo el morderse las uñas cuando no se las pinta. Es capaz ahora de afirmarse frente a la autoridad del padre (recordemos que antes la relación era de idealización temerosa). La agresividad no tiene dificultades en encauzarla hacia deportes de lucha y a través de la caza. Fue a cazar con su abuelo. Esta vez me solicita el alta, dice encontrarse bien, más segura, sabe “sacar el carácter”, quiere apuntarse a judo y con su hermana se lleva bien. Sin embargo, relata que ha tenido una sensación durante la clase, de tipo *déjà vécu*, posiblemente señal del normal del proceso de individuación en la adolescencia.

Revisión tras un año del alta

Al consultar la historia clínica interdisciplinar, puedo constatar que un año después del alta, continuaba libre de cualquier síntoma psíquico, también de la tricotilomanía. Sin embargo, me encuentro que se le acaba de diagnosticar una enfermedad celíaca sin expresión sintomática digestiva, con anemia ferropénica, baja estatura y retraso puberal. Revisando la historia del CAP, se constata un retraso del crecimiento, que de ir sobre el Percentil 25 (P25) durante la infancia, a los doce y catorce años descende al P10.

Reunidos el equipo pediátrico (paidopsiquiatría, endocrino y pediatra de CAP), constatamos que los frecuentes cambios de pediatra en el CAP, junto a la sintomatología aparatosa de la tricotilomanía, contribuyeron a que se desatendiera el descenso en la curva de crecimiento de la niña, a pesar de ser un equipo que trabaja habitualmente desde una perspectiva psicósomática.

Interpretación metapsicológica del tratamiento

Retomando la alimentación y el sueño durante el primer año de vida, observamos señales de disfunción, e incluso de sufrimiento, en su desarrollo oralimentario (cólicos del lactante y la agresividad oral del morder) y del sueño (insomnio persistente), lo que probablemente va parejo con alteraciones de la pulsión de contacto, que incluirá a la piel (diagnóstico de piel atópica). El envoltorio físico que separa al cuerpo del sujeto del mundo exterior, la piel y el tubo digestivo, padecen de enfermedades autoinmunes (a los catorce

años se le diagnostica la enfermedad celíaca). Es D. Anzieu (1985) quien subraya que la constitución del yo-piel, como prototipo del límite del Yo (que primero es corporal para luego ser mental) depende del proceso integrador de las envolturas sensoriales, y en particular las oro-táctiles (además de la visual, auditiva...), que a su vez ayudan a la formación de la pantalla de los sueños, que entre los seis y doce meses, con el aumento de la fase REM, acogerá el soñar.

En esta niña, las dificultades que se constatan durante la primera infancia respecto del dormir no van a restringir o anular la capacidad de representar sueños, pero sí se afecta su capacidad de contenerlos. Por eso, la carga afectiva y representativa de las imágenes desbordan los límites del dormir, tanto en forma de pesadillas, como en una imaginación viva y temerosa, donde el pensamiento mágico tiende a excederse más allá de los contextos de juego, y se sobrecarga de agresividad que acaba proyectándose. Es así que las pesadillas se repiten hasta despertar al yo, que se continúan en alucinosis o miedos de duermevera, como es el caso repetido de “el monstruo de ojos rojos”. La niña, con el miedo suscitado por estas alucinosis persecutorias, busca el contacto protector, la calma, la seguridad que la madre pueda reportarle (la *función alfa* de Bion). Los rostros que se desvanecen son rastros de los rostros que ya no se reconocen, imágenes que ya no identifican lo suficiente a sí misma o al otro.

En el estudio psicodinámico de Keren y colaboradores (2006) sobre la tricotilomanía infantil, se constatan las disfunciones del vínculo materno-filial. Durante la psicoterapia, la madre es capaz de ayudarlo a completar, a poner en orden y, por consecuencia, a comprender mejor los sueños de ahora con los recuerdos de antes, aunque también hay que ayudarla a ella, tirando de sus palabras. De todos modos, en el presente, la madre es capaz de desarrollar la capacidad de ayuda a la comprensión de los recuerdos de la niña (la *función alfa* materna aparece). Si ahora la madre pudo desarrollar su capacidad de observación y de empatía, no sabemos si en aquel tiempo pasado esta capacidad pudo estar bloqueada de su parte, o bien porque la niña presentara excesivas dificultades para calmarse.

Viene a cuento esta reflexión sobre la primera infancia, porque allí comienza a gestarse el trastorno actual. Siguiendo a M. Klein, podemos sospechar que la agresividad mostrada hacia el pecho a los nueve meses coincide con el paso de la oralidad incorporativa al sadismo

oral intenso y con un adelantamiento de la fase anal-retentiva (manifestada en un precoz control de esfínteres, e incluso por un dominio de la deambulación), que posiblemente aminoró, sino impidió, la expresión del sadismo anal. El displacer sufrido durante los primeros meses, por el dolor cólico y la dificultad para calmarse y dormir, seguramente favoreció la agresividad hacia el pecho-madre, que, al manifestarse con la mordedura, supuso la pérdida real del mismo. Así, se redobló la incapacidad para encontrar calma y tranquilidad a partir de la función contenedora de la madre (con independencia de que los requerimientos de la niña fueran excesivos), de manera que la niña reacciona recurriendo a su gran capacidad de autocontrol sensorio-motor y producción de representaciones mentales, pero tan cargadas afectivamente que no pueden ser suficientemente contenidas. Y por ello se siente perseguida, de ahí que los monstruos aparezcan en las pesadillas y en el duermevela en forma de alucinosis, o como miedos en la vigilia. En el rostro del monstruo, se vislumbra la ira proyectada de sus ataques al pecho-madre, perdiendo los límites que habrían de diferenciar, a sí misma cargada de ira, de una madre insuficientemente contenedora.

Las alucinosis en duermevela o vigilia muestran su dificultad para contener la producción mental, debido a la fragilidad de la pantalla-piel de los sueños. Esta incapacidad del yo para contraerse, para limitarse, hace que su pensamiento mágico exceda al habitual en los niños. El rostro de ojos ensangrentados luego se desvanece, como siendo capaz de borrar la agresividad proyectada, con lo que el miedo se aminora al contener la proyección de la imagen y del afecto ligado, el rostro y el odio. Una primera forma de autocontrol-adaptativo, de características anal-retentivas, se expresa por su precocidad en el control de esfínteres y en la deambulación. Conforme disminuye la proyección de la agresividad, ésta parece volverse contra ella misma, tomando la expresión de un sentimiento de fragilidad-inseguridad, que constituirá, junto a la compulsión de la tricotilomanía, la expresión de autocontrol de la agresividad. Su tricotilomanía consiste en excorporar e incorporar el cabello, tarea que, sin pensamiento ni afecto, sustituye en el círculo conductual-somático al trabajo psíquico de la proyección e introyección de los representantes psíquicos y sus afectos. Otros acontecimientos posteriores, como las burlas escolares, ahondarán en la herida de la inseguridad.

Se va calmando la agresividad oral, mediante el autocontrol compulsivo y desprovisto de pensamiento. Al mismo tiempo que aparece este autocontrol, sobre los cuatro años, se manifiesta, según la madre cuenta, la veneración y el temor del padre, mostrándose sobre esta imago paterna. Más tarde, se manifiesta la referencia del ideal del Yo y la desvaloración de sí o el sentimiento de fracaso como decepción frente al ideal. Si lo interpretamos dentro de la relación edípica, la niña cambia el objeto parcial primario (el pecho), y se constituye ella misma en un objeto ideal que completa la falta del otro, posición fálica. Se dirige hacia el padre como siendo lo que el otro puede desear, surgiendo así la vergüenza que la irá acompañando cuando trata de evitar que se pueda descubrir que ella no es ese todo de perfección. De ahí que proyecte dicho temor en el padre que juzga, al tiempo que proyecta en él su ideal de completud-perfección, con el que se identifica. Durante la pre-pubertad, la autoexigencia esconde el temor de “no ser perfecta”.

Los celos por su hermana ya vimos que podían tener una conexión con la oralidad, pero también se encuentran en el centro de su conflicto edípico. Necesita ser la preferida, pero no lo manifiesta directamente. Su dimensión histérica toma una forma recatada, a través de la vergüenza y del perfeccionismo, aunque en casa protesta y se enfada con su hermana. La agresividad oral va persistiendo e influyendo diferentes áreas del psiquismo, a lo largo de la evolución de la niña, destacando en la clínica unos síntomas, como son las conductas compulsivas de expresión somática (tipo tricotilomanía, dificultades para comer), y los rasgos de carácter (tipo vergüenza, autoexigencia, inseguridad).

Dada la fijación pre-edípica del trastorno, las entrevistas conjuntas realizadas con la hija y la madre, a partir de ciertos contenidos de los sueños de la hija, permitieron a la niña reencontrar en sí misma a una madre suficientemente buena, al mismo tiempo que desinfla su autoexigencia y puede comenzar a disfrutar en mayor grado de la realidad cotidiana, desprendiéndose de la inseguridad y del exceso de vergüenza (que ocultan el sentimiento de omnipotencia).

Desde un punto de vista psicosomático, vemos como esta niña sufre de enfermedad autoinmune, con un ataque a la envoltura corporal, a la piel con la atopía y al tubo digestivo con la enfermedad celiaca. Puede que ambas formen parte del mismo proceso de fragilidad del yo-piel ante el extraño, en el sentido de Sami-Ali (1979).

Conclusiones

La paciente tricotilománica, a pesar de aparentar alexitimia y baja mentalización, muestra una actividad imaginaria que permite el acceso a la subjetividad y a los conflictos inconscientes. En este caso, a través de los sueños.

La edad pre-puberal seguramente favorece la presencia en los sueños de los conflictos edípicos, a los que la paciente accede en primer término, pero es la fijación al conflicto oral reprimido donde parece radicar el núcleo del conflicto. Este conflicto se extiende y atañe al proceso arcaico de separación, formación del yo e incluso a la separación psique/soma, que quizás favorezca la aparición de enfermedades psicósomáticas.

El acceso al núcleo oral reprimido es favorecido por el trabajo terapéutico madre-hija.

Bibliografía

- ANZIEU, D. (1985). *Le moi-peau*. París: Dunod.
- DSM IV (1995). *Manual diagnóstico y estadístico de los trastornos mentales*. Barcelona: Masson.
- FRANKLIN, M., EDSON, A., LEDLEY, D. Y CAHILL, S. (2011). Behavior therapy for pediatric trichotillomania: a randomized controlled trial. *Journal of the American Academy of Child and Adolescent Psychiatry* vol. 50, 8, 763-771.

GRANT, J., ODLAUG, B. Y KIM, S. (2009). N-acetylcysteine, a glutamate modulator, in the treatment of trichotillomania: a double-blind, placebo-controlled study. *Archives of general psychiatry* vol. 66, 7, 756-763.

GRANT, J., ODLAUG, B., CHAMBERLAIN, S. Y KIM, S. (2011). Dronabinol, a cannabinoid agonist, reduces hair pulling in trichotillomania: a pilot study. *Psychopharmacology* vol. 218, no. 3, 493-502

JARAMILLO-BORGES, Y. (2007). Tricotilomanía, tricofagia y el Síndrome de Rapunzel. *AMC*, vol 49 (1).

KEREN, M., RON-MIARA, A., FELDMAN, R. Y TYANO, S. (2006). Some reflections on infancy-onset trichotillomania. *The Psychoanalytic study of the child* vol. 61, 254-272

LEWIS, J. (2013). Hair-pulling, culture, and un mourned death. *International Journal of Psychoanalytic Self Psychology*, Vol 8(2), 202-217.

REILLY, M. (2006). Trichotillomania. *Gale Encyclopedia of Children's Health: Infancy through Adolescence*. Vol. 4, Detroit: Gale.

SAMI-ALI, M. (1979). *Cuerpo real, cuerpo imaginario*. Barcelona: Paidós

VAN AMERINGEN, M., PATTERSON, B., BENNETT, M. Y OAKMAN, J. (2010). A randomized, double-blind, placebo-controlled trial of olanzapine in the treatment of trichotillomania. *The Journal of clinical psychiatry* vol. 71, 10, 1336-1343.