

Trauma y disociación: a propósito de un caso de tricotilomanía

Trauma and dissociation: a case study on a patient with trichotillomania

Carmen Barreiro González y Silvia Oliván Torres

Psicólogas. Hospital Clínico San Carlos de Madrid

Resumen

La tricotilomanía constituye un problema de salud mental que ha recibido muy escasa atención tanto por parte de la comunidad científica como de la clínica. Esto resulta destacable debido a la altísima alteración del funcionamiento que puede causar en las personas que lo sufren y a la alta tasa de fracasos terapéuticos a los que se asocia. En este trabajo se describirá el caso de una mujer con diagnóstico de depresión recurrente y tricotilomanía, reflejando el proceso de evaluación y tratamiento desde un modelo integrador centrado en la disociación y el trauma. El trabajo desde esta perspectiva permitió una clara mejoría sintomatológica tanto en el componente anímico como en los síntomas de arrancamiento de cabello en una paciente que lleva casi treinta años en seguimiento por profesionales de la salud mental.

Palabras clave: tricotilomanía, trauma, disociación, EMDR, terapia integradora

Abstract

Trichotillomania constitutes a mental health issue that has not received the proper attention from both the scientific and clinical communities. That is remarkable considering the significant impairment that it causes to people suffering from it, and the elevated ratio of therapeutic failure associated with it. The present paper

describes the case of a woman diagnosed with recurrent depression and trichotillomania and shows the evaluation and treatment processes from the perspective of an integrative model centered around dissociation and trauma. Working around this perspective allowed improvement on both the mood and the symptoms of hair loss in a patient who has been in the mental health system for almost 30 years.

Keywords: trichotillomania, trauma, dissociation, EMDR, integrative therapy.

INTRODUCCIÓN

La tricotilomanía es un trastorno que ha recibido poca atención dentro del estudio de la salud mental hasta hace pocos años. De hecho, la comunidad científica aún a día de hoy hace referencia a la necesidad de llevar a cabo más estudios relacionados con este fenómeno (Flessner, 2010). Esto resulta destacable teniendo en cuenta que la prevalencia de este problema no es especialmente baja, ubicándola el DSM-5 (American Psychiatric Association, 2013) entre un 1 y un 2% de la población general, dándose diez veces más en mujeres que en hombres.

Según dicho manual de diagnóstico clínico, la característica esencial de la tricotilomanía es el acto recurrente de arrancarse el propio pelo, pudiendo afectar a cualquier región del cuerpo en la que crezca (cuero cabelludo, cejas y párpados, axilas, pubis...). Es necesario que el acto de arrancarse el pelo dé lugar a una pérdida de este, aunque puede no ser claramente visible y con frecuencia las personas tienden a ocultarlo. También se requiere para su diagnóstico que se hayan llevado a cabo repetidos intentos para disminuir o detener el acto de arrancarse el pelo y que este hecho cause un malestar clínicamente significativo o deterioro del funcionamiento (American Psychiatric Association, 2013).

En cuanto a su etiología, se acepta de manera generalizada que esta se corresponde con múltiples factores, pero uno de los elementos que aparece recurrentemente en la literatura científica y en la propia clínica es la presencia de trauma temprano, que en muchos casos se asocian directamente con los primeros episodios de arrancamiento de cabello (Özten et al., 2015; Gershuny et al., 2006; Lochner et al., 2004; Boughn et al., 2003; Lochner et al., 2002). De hecho, diversos estudios experimentales identifican eventos traumáticos en la infancia y/o adolescencia en un porcentaje de pacientes que oscila entre un 76 y un 91% de los casos de tricotilomanía estudiados (Özten, 2015; Boughn, 2003). Estas diferencias en los datos se pueden asociar a que los distintos estudios emplean definiciones diferentes del concepto de trauma, restringiendo el concepto de trauma aquellas que obtienen puntuaciones más bajas al empleado por el DSM-IV (American Psychiatric Association, 1995), que requiere que el evento consista en acontecimientos caracterizados por muertes o amenazas para su integridad física o la de los demás. Por otra parte, aquellos estudios que obtuvieron porcentajes más elevados de eventos traumáticos en sus muestras, emplearon una definición de trauma mucho más amplia que engloba también el concepto de trauma complejo, el cual ha sido incluido en el manual de diagnóstico clínico CIE-11 (World Health Organization, 2018) dentro del nuevo diagnóstico de

Trastorno de estrés postraumático complejo. Otro aspecto destacable mencionado en la bibliografía consiste en que la mayoría de estas pacientes relacionan directamente el primer episodio de arrancamiento de cabello con un evento traumático concreto (Boughn, 2003; Aznárez, 2018).

Sobre esta base, el presente trabajo tiene por objetivo exponer el proceso de evaluación y el tratamiento psicoterapéutico de una mujer diagnosticada de tricotilomanía desde la infancia, y con una larga historia de tratamientos previos por parte de salud mental. Resulta importante destacar que el caso que se presenta se corresponde con un proceso terapéutico llevado a cabo en un centro de salud mental del sistema nacional de salud. Esto implica que inevitablemente se ve limitado por las características propias de la atención especializada dentro del sistema público, realizándose el encuadre en base a estas mismas características.

DATOS PERSONALES Y MOTIVO DE CONSULTA

J. es una mujer de 33 años, de nacionalidad española, que acude a las consultas de psicología clínica del sistema nacional de salud a finales de febrero de 2019. Es derivada por su psiquiatra de referencia a petición propia, para valoración y posible inicio de tratamiento psicoterapéutico.

Es licenciada en arte dramático y se independizó de su familia de origen a los 23 años habiendo residido diversas ciudades de España y Europa antes de trasladarse a Madrid en 2014, donde vive sola. En el momento de la derivación se encuentra de baja laboral, aunque mantiene ciertas actividades relacionadas con su profesión como proyectos de teatro que lleva a cabo con amigos cercanos. Dispone de un círculo social amplio en Madrid y no tiene pareja desde hace tres años. Expresa deseos de encontrar una pareja y tener hijos, pero se siente limitada en este área de su vida por su sintomatología, como explicaremos más adelante.

HISTORIA CLÍNICA

A nivel de antecedentes personales somáticos, refiere alergia al polen y asma, pero niega otros antecedentes médicos o quirúrgicos de interés. También niega consumo de tóxicos en la actualidad, aunque refiere un patrón de consumo abusivo de múltiples sustancias (alcohol, cannabis, speed, cocaína, éxtasis...) entre los 17 y los 19 años.

Su primer contacto con salud mental fue a los 6 años, siendo derivada a psiquiatría infantil según refiere, con motivo del nacimiento de su hermana. A los 10 años vuelve a ser derivada a psiquiatría infantil con motivo de la pérdida de pelo, habiendo empezado a darse episodios de arrancamiento de cabello un año antes. Este tratamiento se prolongó hasta los 17 años de J., finalizando con motivo del fallecimiento de su psiquiatra.

Volvió a iniciar tratamiento a los 19 años con motivo de aumento de la sintomatología de arrancamiento de cabello, consumo de múltiples sustancias y sintomatología ansioso-depresiva. Mantuvo seguimiento frecuente con este profesional hasta los 23 años, momento en el que se marcha de su ciudad natal. Posteriormente se mantuvieron contactos puntuales con este profesional hasta su inicio de tratamiento en un centro de salud mental de la comunidad de Madrid.

J. no dispone actualmente de informes de ninguno de estos tratamientos, pero sí hay constancia de que en el pasado recibió el diagnóstico de "Episodio ciclotímico" y "Rasgos disfuncionales de personalidad clúster B".

A nivel de antecedentes familiares, J. tiene una tía paterna que ha sido diagnosticada de esquizofrenia paranoide. Otra tía paterna llevó a cabo un intento de suicidio por precipitación en el contexto de un episodio depresivo mayor. Por otra parte, tanto su tío paterno como su padre presentan un patrón de consumo de alcohol abusivo y un nivel de descontrol de los impulsos elevado. Finalmente, su hermana menor sufrió una enfermedad grave perinatal, que dio lugar a alteraciones cognitivas muy importantes y discapacidad intelectual grave. De todo esto se hablará en mayor profundidad en el apartado de Genograma.

EVALUACIÓN Y DIAGNÓSTICO

La evaluación se llevó a cabo empleando las siguientes herramientas:

- Entrevista clínica
- Genograma
- Línea de vida
- Pruebas psicométricas:
 - o Escala de Experiencias Disociativas (D.E.S.) (Bernstein, 1993)
 - o MCMI-IV (Millon, 2015)
 - o Cuestionario de apego adulto de Melero y Cantero (2008)

A través del uso de estas herramientas, se busca el conseguir una evaluación amplia de los problemas actuales de J. y de la propia estructura y conflictos psíquicos con los que J. se maneja en su día a día. Del mismo modo, se pretende comprender la construcción de dicha estructura y mecanismos de manejo dentro de su historia desde una perspectiva tanto biográfica como transgeneracional.

Primeras entrevistas y análisis del problema actual

En las primeras entrevistas nos centramos en analizar los problemas actuales de J. así como su recorrido dentro del sistema de salud mental. En este sentido nos encontramos con que J. es derivada por su médico de atención primaria a las consultas de psiquiatría en septiembre de 2015 con motivo de un episodio depresivo mayor. Allí recibe el diagnóstico de depresión recurrente y tricotilomanía y se inicia tratamiento farmacológico.

En este momento refiere que tras una ruptura de pareja que se había producido un año antes, comenzó a presentar ataques de pánico frecuentes, tristeza, desesperanza y pérdida de ganas de vivir. Comenta que comenzó a aislarse y a dejar de salir de casa, pasando una gran parte del día en la cama arrancándose el cabello. También refiere que en esta época sufría importante insomnio de conciliación y pérdida de apetito con bajada ponderal.

Este episodio presentó una duración aproximada de dos años, lográndose una recuperación parcial de su sintomatología anímica un año después de iniciar el tratamiento. Esta estabilización se mantuvo hasta finales del año 2018, momento en el que se evidencia una reaparición de la sintomatología anímica y un aumento de la frecuencia e intensidad de los episodios de arrancamiento de cabello coincidiendo con su estabilización en un nuevo puesto de trabajo ajeno a su área de especialización. Por este motivo, y a petición de J., se solicita derivación a consultas de psicología clínica, llegando a las consultas de su nueva terapeuta a finales de febrero de 2019.

En el momento de la evaluación por psicología clínica, J. presenta una clínica similar a la que presentaba en 2015, con ánimo bajo, desesperanza y creciente aislamiento, pasando una gran cantidad de tiempo en la cama. También presentaba, como en el episodio anterior, una importante pérdida de apetito con repercusión ponderal e insomnio de conciliación, que la llevaba a estar en la cama arrancándose el cabello hasta altas horas de la madrugada, llegando estos episodios a durar más de 7-8 horas. A esto se le suma un elevado nivel de ansiedad con importantes dificultades de concentración. En relación a los síntomas de tricotilomanía, los episodios de arrancamiento de cabello alcanzan el pico máximo en frecuencia e intensidad, llegando a encerrarse en el baño en su puesto de trabajo durante largos periodos para arrancarse el cabello, sin ser consciente del paso del tiempo. Teniendo esto serias repercusiones en su funcionamiento.

En este contexto, J. ubica el origen del episodio actual en la ruptura de pareja que tuvo lugar en el año 2014. Describe que esta relación fue muy conflictiva con situaciones propias de una relación de malos tratos, motivo por el que J. acabó rompiendo la relación. A pesar de ser ella la que terminó la relación, describe profundos sentimiento de abandono, lo cual ella relaciona con su empeoramiento anímico y con la reaparición de las conductas de arrancamiento de cabello, las cuales llevaban presentes desde la infancia de forma intermitente, pero en este momento llevaban años sin producirse. Al explorar estos sentimientos de abandono descritos por J., se evidencia la presencia de un nivel muy importante de trauma complejo en la historia biográfica de J., presentando desde su primera infancia, alteraciones importantes en las relaciones vinculares que tenía disponibles, dando esto lugar a una clara alteración en los patrones de apego adquiridos por J.

Estos hechos pueden justificar la presencia del elevado nivel de disociación que se evidencia en J., siendo estos especialmente manifiestos cuando describe los episodios de arrancamiento de cabello, diciendo: "cuando me arranco el pelo me desconecto, es como si no pasase el tiempo. Cuando esto pasa mi cabeza me dice "para por favor, ¿Por qué estás haciendo esto?", pero por otro lado va mi mano, que es como si tuviese vida propia. Es como si tuviese un monstruo dentro de mí que me destroza". Aun así este elemento fue

evaluado con la escala DES, cuyos resultados reflejaron un importante nivel de disociación estructural, siendo estos analizados en el apartado de "pruebas psicométricas".

En relación a su funcionamiento social, J. se caracteriza por tener una amplia red de apoyo con múltiples relaciones de amistad significativas. Aun así, refiere una profunda sensación de soledad y mucho miedo a que las personas importantes para ella le abandonen. Suele estar muy preocupada por la aprobación de los demás, refiriendo llegar a sentir importante ansiedad en contextos sociales y considerando que asume responsabilidades excesivas con el objetivo de agradar. A este respecto también muestra un nivel muy elevado de perfeccionismo que acaba afectando a su funcionalidad, con presencia de cogniciones rumiativas como "Si no soy la mejor soy un monstruo" o "Los demás deben pensar que soy perfecta y siempre estoy bien". Esto lo relaciona con los síntomas de tricotilomanía y la vergüenza que siente asociada a ellos, ya que expresa que "Hay algo de mí que tiene que estar perfecto, pero con lo del pelo me siento incompleta. Por eso lo necesito esconder".

Finalmente se evidencia un importante déficit en los procesos de mentalización, posicionándose J. en muchos casos en un estado de equivalencia psíquica, no teniendo en cuenta la presencia de procesos mentales en el otro y viéndose invadida con frecuencia por sus propios procesos psíquicos. Esto unido a la presencia de esquemas de pensamiento dicotómico y polarizado, llevan a la expresión de una importante disregulación emocional en J., con frecuentes estallidos de llanto e ira en consulta.

Genograma

Se empleó el genograma dentro del protocolo de evaluación para evaluar específicamente la estructura, historia y dinámica relacional de la familia de origen de J., a continuación, se reflejan los resultados más relevantes obtenidos con dicha prueba.

J. es la mayor de dos hermanas. Vive fuera del domicilio familiar en el que residen sus padres y su hermana, pero mantiene una relación estrecha con su familia de origen, yendo con frecuencia a su ciudad a visitarlos. Es destacable que estas visitas suelen estar asociadas a una desestabilización importante de su sintomatología.

J. refiere una mala relación con su padre, estado está caracterizada por el miedo y el enfado. Comenta que este solía pegarla de niña con frecuencia, llegando a golpearla hasta dejarle marcas y hacerla sangrar. Estas agresiones se han prolongado hasta bien entrada la edad adulta, aunque disminuyendo en intensidad. J. le describe como una figura rígida, agresiva y poco empática.

Por otra parte, J. mantiene una relación ambivalente con su madre, moviéndose entre el enfado y la pena. Es de destacar que J. describe a su madre como una mujer con tendencia a la victimización, que descarga en ella su malestar y sus quejas cada vez que interaccionan. También refiere que en relación con las agresiones

padecidas por su padre, su madre negaba los conflictos presentes en el hogar, siendo la sensación general de J. en relación a ella de invalidación y desprotección. Resulta importante el señalar que J. considera que su madre se avergonzaba de sus hijas y siempre deseó que fuesen perfectas, lo cual se refleja en que ante los fracasos de J. su madre solía negarlos y presentar una visión idealizada y poco elaborada de estos. Todo esto muestra una baja disponibilidad de recursos psíquicos por parte de la madre de J., con defensas muy primitivas.

La hermana pequeña de J. presenta un grado de discapacidad muy elevado, siendo completamente dependiente de su madre para las actividades tanto básicas como instrumentales de la vida diaria. Ambas hermanas mantienen buena relación en el momento actual y J. ha integrado en su plan de vida el hacerse cargo de su hermana cuando sus padres fallezcan.

En relación con la rama paterna de su familia, les describe como una familia desligada y "con problemas". A día de hoy ella mantiene contacto con sus tías mientras que su padre no mantiene contacto con ninguno de sus hermanos. Él es el mayor de cuatro hermanos, considerando J. que él y su hermano son muy parecidos, planteando esto como algo negativo. Respecto a las hermanas menores: la tercera hija fue diagnosticada hace años de esquizofrenia paranoide y la menor de trastorno depresivo mayor grave.

Respecto a la familia materna, les describe como una familia aglutinada y muy cerrada, con un elevado nivel de criticismo y que dan gran importancia al concepto de lealtad a la familia. Su madre es la mayor de 3 hermanas y mantiene una relación estrecha con todos los miembros de la familia, aunque estas relaciones se caracterizan, según refiere J., por una importante rivalidad encubierta.

En resumen, es de destacar en relación con el contexto familiar de J. que este se caracterizaba por la presencia de abusos tanto físicos como emocionales por parte de su padre, unido a una madre que negaba los conflictos presentes en el hogar. A esto se le suma la separación temprana de su figura de vinculación principal, su abuela materna, la cual era su cuidadora principal hasta el nacimiento de su hermana, momento en el que su madre deja de trabajar para dedicarse al cuidado de las niñas.

Línea de vida

Se emplea la línea de vida con el objetivo de construir con J. una narrativa completa, ordenada e integrada de su historia. Esto no solo tiene un importantísimo valor dentro del contexto de la evaluación, sino que la propia estructuración de la narrativa vital tiene un elevado valor terapéutico, permitiendo ordenar e integrar determinados elementos disociados, clarificar elementos confusos y localizar puntos ciegos dentro de la propia historia personal de J. (Rodríguez Vega et al., 2005).

En relación con su historia, J. refiere no tener demasiada información sobre su primera infancia. Cree que el embarazo y parto fueron normales y que alcanzó los hitos evolutivos propios de la primera edad con

normalidad. Se describe como una niña inquieta y traviesa, aunque tímida, y con mucho carácter. Desde muy temprana edad pasó a quedarse a cargo de su abuela y su tía materna mientras sus padres iban a trabajar. Esta abuela se convirtió en su figura de apego principal, ejerciendo aún en el momento actual como base segura para ella. Este hecho supuso grandes conflictos en la relación con su madre, realizando ésta esfuerzos por afianzar la relación con su hija comprándole regalos, pero que solían ser infructuosos y llevaban a la frustración y alejamiento de la madre.

Esta situación cambió, cuando a los 5 años de J. nació su hermana. En este momento, su madre dejó de trabajar para ocuparse de la crianza de ambas niñas, reduciéndose notablemente el tiempo que J. pasaba con su abuela. Esto tuvo un impacto importante en el desarrollo de J., ya que vivió esta separación como un abandono temprano con el impacto asociado, siendo además la situación en su propia casa altamente estresante, uniéndose la conflictiva de pareja entre los padres con el nacimiento de su hermana que presentaba un importante nivel de alteración funcional y requería (y continúa requiriendo) un elevado nivel de cuidados. En este contexto J. tiene su primer contacto con salud mental.

Ya desde este periodo J. narra episodios de maltrato físico por parte de su padre y una negación explícita de que estos episodios fuesen reales por parte de su madre, la cual planteaba que eran producto de la imaginación de su hija y se esforzaba por ocultar lo sucedido. A esta dinámica de negación se sumaba el mandato por parte de su madre de "Los problemas de casa se arreglan en casa", lo cual dejaba a J. en una situación de absoluta desprotección. Todo este periodo J. lo recuerda como caracterizado por la ansiedad y el miedo, y refiere que sentía mucha rabia y vergüenza. Esto la llevó, en una clara identificación con la figura de su padre, a comenzar a agredir físicamente a su hermana menor de una forma similar a la que este empleaba. El recuerdo de estas agresiones es uno de los elementos que J. recuerda con más angustia, ya que asociada a estos se presenta un gran sentimiento de culpa y la idea de "ser un monstruo". Como veremos después, esta idea tendrá una gran asociación con los síntomas de tricotilomanía.

En este contexto J. comienza a arrancarse las pestañas cuando cumple los 9 años. En un primer momento llevaba a cabo esta conducta exclusivamente en la cama cuando se iba a acostar por la noche. No es capaz de identificar exactamente la finalidad de esta acción, pero cree que en aquel momento lo hacía porque le ayudaba a calmarse. Pasados unos meses perdió el pelo en cejas y pestañas y comenzó a arrancarse el pelo de la cabeza, llegando a producirse calvas claramente visibles. Esto dio lugar a que dentro del ámbito escolar también se produjesen episodios de acoso, los cuales fueron generalizados y repetidos desde 3º de primaria hasta finalizar la ESO.

Un año después de empezar los síntomas de tricotilomanía J. comienza de nuevo un tratamiento en salud mental que se prolonga durante 7 años, hasta la muerte de su psiquiatra, implicando esto una nueva pérdida de una figura vincular. En este momento, con 17 años, J. comienza un patrón de consumo abusivo de múltiples sustancias que se prolongó durante dos años hasta que comenzó a cursar sus estudios de arte dramático. En este momento, cambia su círculo social, comienza a construir toda su identidad en torno al

concepto de ser actriz y retoma su contacto con psiquiatría. A los 23 años se marcha del domicilio familiar para irse a otra ciudad a cursar sus estudios superiores y por primera vez desde que comenzaron los síntomas de tricotilomanía, el arrancamiento de cabello cesa completamente. En los años siguientes vive en tres grandes ciudades europeas, siempre centrándose en el objetivo de desarrollar su carrera como actriz.

En el año 2011 inicia una relación de pareja con un hombre mayor que ella y acaba mudándose a vivir con él a un pequeño pueblo del interior de España, describiendo esta relación como altamente abusiva. Por otra parte, en el periodo que vivió en este pueblo J. describe síntomas similares a los que la trajeron a nuestra consulta, pero continuó trabajando y viajando por toda España con el objetivo de continuar desarrollando su carrera. Fue uno de estos viajes el que la trajo a Madrid en el año 2014, poniendo fin a esta relación de pareja.

Posteriormente a esta ruptura, vuelven a aparecer los síntomas de arrancamiento de cabello, que llevaban desde la adolescencia inactivos. Esto se suma a una importante alteración del estado de ánimo que es la que la lleva a solicitar atención en salud mental, como se ha mencionado anteriormente.

En relación con la narración de este relato, destaca una importante disregulación afectiva en J. cuando narra los eventos asociados a su infancia, con frecuentes estallidos de llanto e ira dirigida tanto hacia los demás como hacía ella misma. También presenta episodios de desconexión y sufre fallos claros en los procesos de mentalización.

Pruebas psicométricas

Para completar la evaluación se pasaron las pruebas psicométricas: 1) D.E.S. (Bernstein, 1993), 2) MCMI-IV (Millon, 2015) y 3) Cuestionario de apego adulto de Melero y Cantero (2008), cuyos resultados se exponen a continuación.

Como hemos señalado anteriormente, los resultados aportados por la escala D.E.S. (Bernstein, 1993) mostraron un importante nivel de disociación estructural, presentando J. una puntuación de 36,4, lo cual supera el punto de corte para "desorden disociativo", ubicado generalmente en 35, siendo el punto de corte general para la prueba 30 (Bernstein, 1993). Hay que destacar que de las tres escalas presentadas por esta prueba (amnesia, disociación y despersonalización/desrealización), las puntuaciones de J. resultan especialmente significativas en las dos últimas escalas, siendo estas mucho menores en la escala de amnesia.

En cuanto a los resultados de MCMI-IV (Millon, 2015), cabe destacar que, debido a la presencia de altas puntuaciones en las escalas de deseabilidad social y sinceridad, las puntuaciones deben interpretarse cautelosamente, ya que podrían verse distorsionadas. Además, se indica que se detecta un estilo de respuesta poco habitual, el cual plantea que puede aparecer en pacientes con síntomas depresivos, como es el caso de J. Las escalas que resultan especialmente significativas son: en cuanto a los patrones clínicos de personalidad

el antisocial, narcisista y tempestuoso, y en cuanto a los síndromes clínicos puntúa en ansiedad generalizada, síntomas somáticos, depresión persistente y depresión mayor.

Finalmente se aplicó el cuestionario de apego adulto de Melero y Cantero (2008), encontrando puntuaciones muy altas en los factores "Baja autoestima, necesidad de aprobación y miedo al rechazo" y "Autosuficiencia emocional e incomodidad con la intimidad". En el factor "Resolución hostil de conflictos, rencor y posesividad" obtuvo una puntuación alta y finalmente en el factor "Expresión de sentimientos y comodidad con las relaciones" obtuvo una puntuación muy baja. Este perfil de puntuaciones se corresponde con el estilo de apego adulto "Temeroso-Hostil".

En relación con este estilo de apego, nos encontramos que las autoras de la prueba lo describen como un patrón caracterizado por "enfado, hostilidad, rencor y posesividad quizá debido a ira encubierta y conflictos no resueltos hacia sus figuras de apego. Además, se caracteriza por baja autoestima, necesidad de aprobación, miedo al rechazo y alta autosuficiencia emocional. Es, por tanto, un sujeto que manifiesta conductas típicas de los estilos alejado y preocupado, perfil similar al estilo resistente/evitativo o AC definido por Crittenden en la etapa infantil (Crittenden, 1985)." (Melero, 2008). Como podemos concluir, esta definición se corresponde claramente con lo observado hasta ahora en J., y nos habla de una gran desorganización de sus estilos de apego tempranos, lo cual concuerda con la historia de abusos y negligencia vivida en su infancia.

Formulación clínica del caso

En base a todo lo expuesto anteriormente, se puede concluir lo siguiente. El desarrollo de J. se vio marcado por las dificultades vividas en su infancia, las cuales se basaron en la incapacidad de sus figuras parentales para cubrir sus necesidades vinculares y afectivas y ejercer de base segura para ella. Esto se ve agravado debido a que la relación con estos estuvo marcada por la violencia, el maltrato y la invalidación, lo cual dificulta todavía más cualquier tipo de vinculación afectiva segura que J. hubiese podido llegar a desarrollar con ellos. Además, la reiterada separación de aquellas personas ajenas al núcleo familiar que podían suponer un elemento de seguridad para J. termina de dar lugar a una estructura psíquica altamente inestable que se caracteriza por un estilo de apego con un importante nivel de desorganización. En este contexto J. consigue encontrar ciertas bases seguras en elementos como el teatro o sus parejas, pero estos no pueden ser sustitutos completos de la relación vincular original de la que careció, la cual J. continúa reclamando de forma infructuosa a sus figuras parentales. Por otra parte, estos eventos generaron en J. la necesidad de disociar aquellos elementos que ponían en riesgo su capacidad de entender su mundo relacional como un entorno mínimamente comprensible y manejable. Esto dio lugar a la construcción de una estructura psíquica con un bajo nivel de integración, la cual aún rige su funcionamiento.

En relación con los conflictos básicos no resueltos, nos encontramos que siguiendo el manual de psicodiagnóstico OPD-2 (Grupo de trabajo OPD, 2008). Podemos destacar dificultades en los ejes conflictuales 1) Deseo de Protección y Cuidado versus Autarquía (autosuficiencia) y 2) Autovaloración. En relación con el

primer conflicto, J. ha interiorizado que no puede contar con los demás para sobrevivir, y que debe gestionar por sí misma todas aquellas situaciones que encuentra en su camino, pero al mismo tiempo, continúa anhelando que alguien contradiga esta creencia y se ocupe de ofrecerle los cuidados que tanto necesitó. Es por este motivo que J. se muestra altamente demandante en sus relaciones, reclamando un nivel de atención y cuidados que nunca se ve satisfecho. Por otro lado, en relación con el segundo eje conflictual, las situaciones vividas en su infancia dieron lugar a la construcción de un autoconcepto muy negativo en J., con la interiorización de la idea de no ser suficientemente buena para su madre y merecer los castigos de su padre. Al mismo tiempo, J. necesitó dissociar esos elementos para poder seguir adelante, convirtiéndose en una persona autónoma y autosuficiente. Estas dos partes se muestran continuamente en las relaciones sociales de J. en las cuales ella considera que debe mostrarse como una persona perfecta y que esta es la opinión que los demás se construyen sobre ella, pero al mismo tiempo siente el temor constante de que descubran aquella imagen de sí misma que quedó disociada en su infancia.

OBJETIVOS DE TRATAMIENTO

En base a esta información, se considera que la intervención con J. debe girar en torno a los siguientes objetivos: en primer lugar, obtener una estructura más integrada donde tengan cabida aquellos elementos que debieron dissociarse en un primer momento para poder garantizar su supervivencia. También se trabajará en la aceptación de las diferentes partes constitutivas de J., disminuyendo de este modo la hostilidad dirigida hacia su propia persona. Por otra parte, se debe trabajar la elaboración del duelo necesario para aceptar que sus figuras parentales no pudieron ofrecerle los cuidados requeridos en su infancia y que tampoco podrán satisfacer dichas necesidades en la actualidad. En cuarto lugar, se buscará la interiorización de al menos ciertos elementos de base segura en J., para disminuir la dependencia de características externas (como su rol profesional) para la autorregulación. Y en último lugar, se trabajará el desarrollo de un estilo de funcionamiento desde una posición más mentalizadora, buscando disminuir la tendencia al funcionamiento desde la equivalencia psíquica que se ha detectado en J.

PLAN DE TRATAMIENTO

Una vez finalizado el proceso de evaluación, se procedió a diseñar un plan de tratamiento basado en los objetivos previamente expuestos, consistente en psicoterapia individual y su inclusión en el grupo de psicoterapia para pacientes con rasgos disfuncionales de la personalidad, el cual consistió en 24 sesiones de psicoterapia grupal con frecuencia semanal.

A nivel de tratamiento farmacológico, J. mantiene durante toda la terapia una pauta de Sertralina 100 mg y Diazepam 5 mg si precisa. Es de destacar que, en los momentos de elevada angustia, tiende a recurrir con mucha frecuencia a su pauta ansiolítica, llegando a establecer pautas de consumo diario frecuentemente.

El foco en la psicoterapia grupal se centró en el trabajo sobre los procesos vinculares basándose en los modelos de las terapias del vínculo, y los procesos de mentalización, siguiendo el modelo de Bateman y Fonagy (2018).

Paralelamente, en la psicoterapia individual en un primer momento las sesiones se centraron en la construcción de una buena alianza terapéutica, ya que como se ha expuesto anteriormente este era un elemento complicado para J. Una vez lograda una buena vinculación, se comenzó el trabajo con las vivencias traumáticas, buscando la integración de los elementos disociados, que se activan de manera diaria en su vida actual, los cuales se conceptualizan como una de las bases de la sintomatología. Una de las primeras herramientas para esto fue el empleo de la psicoeducación desde el modelo de disociación de Anabel González y la Terapia de Esquemas de Young con el trabajo sobre la bibliografía "No soy yo" (González, 2017) y "Reinventar tu vida" (Young, 2001).

En este primer momento de la psicoterapia, la sintomatología continúa en aumento, por este motivo J. decide solicitar una baja laboral. Cuando se le concede esta baja J. atraviesa un periodo de ajuste en el que la pérdida de rutinas la llevan a un estado de inactividad muy importante, pasando largos periodos de tiempo en cama arrancándose el cabello. Por este motivo el trabajo terapéutico se centra en la activación conductual y en la búsqueda de actividades alternativas. Es en ese momento en el que queda claramente patente que la identidad de J. está constituida casi en exclusiva en torno al hecho de ser actriz, centrándose todas sus aficiones, actividades y relaciones sociales en este aspecto. Poco a poco se intenta expandir su rango de intereses, pero J. presentaba importantes defensas a este respecto, manteniendo siempre en un primer plano su actividad como actriz.

Durante esta primera fase del tratamiento, en la psicoterapia grupal J. buscaba posicionarse más desde una perspectiva de pseudoterapeuta que de paciente, dando con frecuencia consejos al resto de miembros del grupo, ofreciendo consuelo y procurando dirigir diversos aspectos de las sesiones. Al mismo tiempo, se mostraba minimizadora de sus problemas y en ningún momento hablaba sobre su sintomatología de arrancamiento de cabello o sobre las agresiones vividas en la infancia. Esto es comprensible teniendo en cuenta que J. vivía estos aspectos con un sentimiento de vergüenza muy intenso y jamás había hablado de esto con nadie que no fuesen sus terapeutas.

Todo esto cambió cuando tras un par de meses de tratamiento, el grupo la confrontó con esta posición que adoptaba. En este momento J. fue capaz de narrar los sucesos vividos en su infancia poniendo especial énfasis en las agresiones que ella dirigía a su hermana. También habló sobre los episodios de arrancamiento de cabello, y el sentimiento de vergüenza y desprecio hacia sí misma que este hecho le hacía sentir. Esto fue seguido por un importante cambio en su posición en el grupo siendo capaz de hablar con más frecuencia de sus dificultades y rebajando la frecuencia de las intervenciones centradas en ofrecer soluciones a los otros, aunque continuaron presentes. Además, se objetivó un cambio en el desarrollo de la sintomatología de J.,

comenzando a mejorar su estado de ánimo y disminuyendo la intensidad y duración de los episodios de arrancamiento de cabello hasta dejar de producirse dos meses después.

Esta mejoría de la sintomatología se mantuvo durante seis meses, refiriendo no haber sufrido ningún episodio de arrancamiento de cabello a excepción de un episodio de una duración inferior a 30 minutos durante las vacaciones de verano. También refería una importante mejoría del estado anímico y una mayor regulación del sueño y el apetito. En esta época refiere haberse hecho consciente de que ella de pequeña vio en múltiples ocasiones a su madre arrancándose el cabello de la cabeza hasta hacerse heridas, empleando los mismos movimientos que J. en sus episodios. Esto llevó a J. a contarle a su madre todos los aspectos relativos a su sintomatología, refiriendo que su madre se mostró preocupada por ella, pero negó en todo momento episodios de arrancamiento de cabello por su propia parte.

El segundo cambio en el curso del proceso se dio 9 meses después de su primera evaluación, y J. lo identifica en un episodio de enfrentamiento que tuvo con su hermana en una visita a su ciudad de origen. La situación consistió en un episodio de heteroagresividad descontrolada protagonizado por su hermana en una tienda a raíz de una mala contestación de J. En este contexto comienza a sentirse muy responsable de lo que ha ocurrido y a sentir mucha vergüenza, refiriendo que sentía que todo el mundo la miraba y que pensaban que eran una familia de locos. Este episodio, que se conceptualiza como altamente retraumatizante, llevó a que J. pasase casi toda esa noche y gran parte de los 3 días siguientes metida en la cama arrancándose el cabello.

Después de este episodio toda la sintomatología de J. volvió a reinstaurarse, apareciendo nuevamente la sintomatología depresiva y aumentando los episodios de arrancamiento de cabello hasta llegar a alcanzar una frecuencia diaria y una duración superior a las 10 horas. También se restablece el patrón de relación con la familia de origen, con la cual se había limitado el contacto en los meses de mejoría. Esta recuperación de la interacción familiar se considera uno de los focos principales de desestabilización de J. en aquel momento. De hecho, su nivel de máximo empeoramiento se da en las primeras semanas de diciembre, periodo que pasa visitando a su familia.

En este contexto, se decide intervenir con EMDR para trabajar sobre los elementos disociados que consideramos que se encuentran en la base de los problemas de J. Previamente, a iniciar el trabajo con el protocolo EMDR se procedió a trabajar sobre el aumento de la ventana de tolerancia. Para esto se trabajó con la instauración de recursos positivos, en concreto con la creencia "Soy capaz". También se realizaron dos sesiones de EMD con estimulación auditiva sobre la narración de la línea de vida para, de este modo, aumentar su ventana de tolerancia a este proceso. Esto se hizo con el objetivo de aumentar el rango de activación en el que podríamos trabajar posteriormente sin que esta impidiese el reprocesamiento de la información traumática.

Una vez realizado este primer paso, se procede al trabajo con EMDR propiamente dicho. Para ello se emplea el protocolo de creencias negativas, con el objetivo de acceder a través de este al protocolo básico. Para ello se aplicó el listado de creencias negativas, destacando "Soy una mala persona" y "Soy una vergüenza". Se decidió trabajar con la primera de estas creencias con estimulación bilateral visual a lo largo de 10 sesiones de unos 40 minutos cada una. El objetivo de esta intervención consiste en ayudar al reprocesamiento de las vivencias traumáticas, consiguiendo una mayor integración de los elementos disociados. De este modo se busca conseguir una menor activación relacionada con los disparadores actuales que se asocian a los eventos traumáticos de la situación original. También se busca reprocesar las emociones de vergüenza, ira y culpa, que quedaron disociadas en la infancia y que se reactivan a día de hoy asociándose a la sintomatología de arrancamiento de cabello.

Posteriormente al trabajo con EMDR, J. refiere una importante mejoría de su sintomatología, con mejora de su estado de ánimo, la recuperación de sus actividades cotidianas y disminución de la duración de los episodios de arrancamiento de cabello. También en las últimas semanas ha comenzado a hablar de este problema con algunos amigos cercanos, lo cual le ha hecho sentir mejor y le ha llevado a encontrarse más animada. Por otra parte, ha comenzado a hacer yoga por iniciativa propia, lo cual refiere que le está ayudando a mantenerse más tranquila y a conectar con sus sensaciones corporales.

Aun así, continuaron dándose fluctuaciones significativas de su estado de ánimo asociadas a sus visitas o conversaciones telefónicas con su familia. Pero estas descendieron significativamente en frecuencia, pasando de ir a visitarles quincenalmente en los meses de mayor inestabilidad y hablar telefónicamente con ellos entre dos y tres veces al día, a limitar las llamadas telefónicas a dos o tres llamadas por semana y cancelar varias de las visitas que tenía programadas. Además, estas fluctuaciones anímicas son mucho más controladas en cuanto a frecuencia e intensidad en comparación a los meses previos y J. refiere sentirse "más capaz de controlarse cuando habla con su familia y más fuerte para enfrentarse a ellos y hacer lo que considera que tiene que hacer".

Posteriormente a este trabajo sobre las vivencias traumáticas vividas por J. en la infancia y los elementos disociados de las mismas, se procedió al trabajo sobre la construcción de una identidad más allá de su rol de actriz, con el objetivo de disponer de un mayor rango de recursos sobre los que sostenerse siguiendo el modelo de autocomplejidad de Linville (1985, 1987). Para esto se planteó el trabajo con sesiones individuales más distanciadas en el tiempo.

Este trabajo se vio interrumpido por el estallido de la pandemia COVID-19, lo que llevó a que todo el contacto psicoterapéutico fuese exclusivamente telefónico o a través de videollamadas. Aun así, se mantuvo la dirección del trabajo terapéutico, manteniendo J. durante el confinamiento y la fase de desescalada la mejoría alcanzada en los meses anteriores.

Una vez la actividad asistencial pudo volver a la normalidad se retomó el seguimiento individual llevándose a cabo 6 sesiones adicionales más espaciadas en el tiempo. En estas sesiones se trabajaron aspectos como su cambio de rol tras dejar en pausa su desarrollo como actriz y reorientar su futuro profesional, su deseo de establecer una relación de pareja con las dificultades asociadas al miedo a la intimidad y la vergüenza previamente descritos, y su estabilización de su posición de mayor autonomía y distancia emocional con respecto a su familia. Observándose que la mejoría clínica que describiremos en el siguiente apartado se mantuvo durante todo el periodo del confinamiento y de los meses posteriores con la vuelta a la normalidad, se decidió el alta por parte de Psicología Clínica, aunque se mantuvo el seguimiento por parte de psiquiatría.

RESULTADOS

En el momento del alta, J. había conseguido mantener una relación más tranquila con su familia de origen, en la que ella se siente con mayor control y expresa menos deseos de que ellos cambien. Al mismo tiempo ha mantenido un menor contacto con ellos, limitándose a dos o tres llamadas semanales de corta duración. Por otra parte, los episodios de arrancamiento de cabello han desaparecido casi por completo dándose algunos episodios aislados y de baja duración (minutos), en periodos de mayor estrés y sin apenas repercusión afectiva asociada. Esta mejoría se ha mantenido durante cerca de un año siendo el periodo de mayor duración que J. recuerda desde el 2014 sin arrancamientos de pelo importantes. En relación con su autoconcepto, J. refleja una mayor aceptación de su persona y dispone de una narrativa más integrada sobre su propia identidad. Por otra parte, continúan apreciándose fallos en los procesos de mentalización en situaciones afectivamente intensas, pero estos son mucho más limitados, observándose un funcionamiento desde una posición mentalizadora mucho más frecuentemente que previamente a la terapia.

En el ámbito laboral J. pudo poner límites a sus esfuerzos enfocados a su carrera como actriz, realizando formación de administración con el objetivo de reorientar su carrera profesional. En un primer momento este cambio impresionaba de ser reactivo a la situación del confinamiento, pero una vez finalizada esta formación pudo conseguir un trabajo relacionado con este ámbito y ha conseguido mantenerlo de manera estable refiriendo sentirse satisfecha. Por otra parte, respecto al ámbito de las relaciones de pareja, J. ha podido comenzar a hacer avances en este aspecto, aunque no ha encontrado ninguna persona con la que desee entablar este tipo de relación en el momento actual. A pesar de esto se siente más capaz de mantener una relación de intimidad y tiene menor temor a la impresión que puedan hacerse sus pretendientes en relación a la sintomatología de tricotilomanía. Esto también se asocia a la disminución de las zonas sin pelo en la cabeza que a su vez tiene que ver con la desaparición de la sintomatología de arrancamiento de cabello.

En resumen, se aprecia una importante mejoría tanto a nivel anímico como relacionado con los síntomas de tricotilomanía. Esto se ve además reforzado por una mayor sensación de autodominio y autonomía y una capacidad muy superior de mentalización y manejo en situaciones interpersonales. A su vez, también se puede apreciar claramente una mayor integración de su historia vital y un manejo de sus relaciones familiares

mucho más maduro. Por todo esto, y habiéndose mantenido estos cambios a lo largo de cerca de un año, se procede a la finalización del tratamiento con resultados altamente satisfactorios.

DISCUSIÓN Y CONCLUSIONES

Como hemos podido observar en el caso de J., la sintomatología de tricotilomanía puede llegar a suponer una alteración grave con una importante afectación de la funcionalidad de las personas que lo sufren. Además, estos síntomas suelen ser la manifestación de alteraciones estructurales e importantes conflictos psíquicos, los cuales deben ser abordados para un tratamiento exitoso de la sintomatología de arrancamiento de cabello. Todo esto se relaciona con la importantísima prevalencia de trauma infantil encontrado en las poblaciones clínicas de personas con tricotilomanía, cuya revisión se aborda al inicio de este trabajo, y lo cual hemos podido observar claramente en el caso de J. (Aznárez, 2018; Marín, 2019)

Todo esto nos lleva a plantearnos cuál es la función que cumple el arrancamiento de cabello en relación con estos eventos traumáticos. A la hora de analizar este hecho destaca un fenómeno que a primera vista puede resultar contraintuitivo, pero que consiste en que de manera recurrente en la bibliografía se ha encontrado que estas pacientes tienden a presentar una proporción mucho menor de lo que cabría de esperar de trastorno de estrés postraumático (TEPT) según los criterios CIE-10 (Organización Mundial de la Salud, 1994) y DSM-IV (American Psychiatric Association, 1995) y DSM-5 (American Psychiatric Association, 2013). A esto se le suma, que se ha visto también de forma consistente que, a mayor gravedad y duración de los síntomas de tricotilomanía, menor probabilidad de comorbilidad con TEPT, entendido en base a dichos manuales de diagnóstico clínico (Gershuny et al. 2006). La explicación que se le da a este hecho se basa en que el arrancamiento de cabello consiste en una estrategia de afrontamiento de los eventos traumáticos que, a pesar de ser desadaptativa, evita el desarrollo de la sintomatología clásica del TEPT. De este modo, se entendería que el arrancamiento de cabello puede cumplir 2 funciones (Gershuny et al., 2006): 1) Función ansiolítica y de autorregulación frente a la disregulación emocional asociada a los eventos traumáticos, y 2) Función de autocastigo asociada a los sentimientos de ira y culpa. Ambos elementos pueden observarse en J., la cual tiene presente en su narrativa estas funciones dependiendo del momento y las características de los desencadenantes de episodio.

Por otra parte, también podemos encontrar en J. un importante nivel de disociación, la cual también encuentra su correlato en múltiples estudios experimentales, alguno de los cuales llega a identificar episodios francos de despersonalización en un 21% de las pacientes de su muestra durante los episodios de arrancamiento de cabello (Özten, 2015).

Toda esta evidencia apoya la idea de que, en estos casos, se hace necesario trabajar en terapia aquellos eventos traumáticos vividos en la infancia, ya que podemos entender que estos juegan un papel fundamental en el origen y mantenimiento de dicha sintomatología. Además, otro tipo de aproximaciones terapéuticas que

son de primera línea como son la terapia de conducta y más concretamente la inversión del hábito (Azrin et al., 1988) ya fueron aplicadas sin obtener resultados completos en los tratamientos anteriores de J.

Todo esto nos vuelve a mostrar la importancia del trabajo sobre los elementos más estructurales y constitutivos del psiquismo, haciéndose necesario el mirar más allá de la sintomatología concreta para poder entender qué le ocurre realmente a la persona que tenemos delante y poder trabajar con ella. Solo de este modo, podremos lograr que las personas a las que atendemos se sientan comprendidas y puedan confiar en nosotros y nosotras, pudiendo permitirse explorar sus posibilidades y abandonar las defensas que tan útiles les han resultado en su vida, pero que a día de hoy les generan tanto sufrimiento.

REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS

- American Psychiatric Association (APA) (1995). *Manual diagnóstico y estadístico de los trastornos mentales (DSM-IV)*. Barcelona: Masson.
- American Psychiatric Association (APA) (2002). *Manual diagnóstico y estadístico de los trastornos mentales. Texto revisado (DSM-IV-TR)*. Barcelona: Masson.
- American Psychiatric Association. (2013). *DSM-5 Diagnostic Classification. In Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders*. Barcelona: Masson.
- Aznárez, B. (2018). *Experto en Clínica e Intervención en Trauma con EMDR*. Madrid: Sociedad Española de Medicina Psicosomática y Psicoterapia.
- Azrin, N. H., & Nunn, R. G. (1988). Tratamiento de hábitos nerviosos: tartamudez, tics, morderse las uñas, arrancarse el cabello, etcetera. Barcelona: Ediciones Roca.
- Bateman, J., & Fonagy, P. (2018). *Tratamiento basado en la mentalización para trastornos de la personalidad*. Bilbao: Editorial Descleé de Brouwer.
- Bernstein, E., & Putnam, F. W. (1993). An update on the dissociative experiences scale. *Dissociation: progress in the dissociative disorders*, 6(1), 16-27.
- Boughn, S., & Holdom, J. J. (2003). The relationship of violence and trichotillomania. *Journal of nursing scholarship*, 35(2), 165-170.
- Flessner, C. J., Penzel, F., Board, T. L. C. S. J., & Keuthen, N. J. (2010). *Current treatment practices for children and adults with trichotillomania: consensus among experts. Cognitive and Behavioral Practice*, 17(3), 290-300.
- Gershuny, B. S., Keuthen, N. J., Gentes, E. L., Russo, J. R., Emmott, E. C., Jameson, M., Dougherty, D. D., Loh, R. & Jenike, M. J. (2006). *Current posttraumatic stress disorder and history of trauma in trichotillomania. Journal of Clinical Psychology*, 62(12), 1521-1529.
- González, J. (2017). *No soy yo. Entendiendo el trauma complejo, el apego, y la disociación: una guía para pacientes, familiares y terapeutas*. Breslavia: Amazon fulfillment.
- Grupo de trabajo OPD (2008). *Diagnóstico psicodinámico operacionalizado (OPD-2): manual para el diagnóstico, indicación y platificación de la psicoterapia*. Barcelona: Herder Editorial.

- Linville, P. W. (1985). *Self-complexity and affective extremity: Don't put all your eggs in one cognitive basket*. *Social Cognition*, 3, 94-120.
- Linville, P. W. (1987). *Self-complexity as a cognitive buffer against stress-related illness and depression*. *Journal of personality and social psychology*, 52(4), 663-703.
- Lochner, C., du Toit, P. L., Zungu-Dirwayi, N., Marais, J., van Kradenburg, J., Seedat, S. & Stein, D. J. (2002). *Childhood trauma in obsessive-compulsive disorder, trichotillomania, and controls*. *Depression and anxiety*, 15(2), 66-68.
- Lochner, C., Seedat, S., Hemmings, S. M., Kinnear, C. J., Corfield, V. J., Niehaus, D. J., Moolman-Smook, J. C., & Stein, D. J. (2004). *Dissociative experiences in obsessive-compulsive disorder and trichotillomania: clinical and genetic findings*. *Comprehensive Psychiatry*, 45(5), 384-391.
- Marín, J. L. (2019): Experto en Medicina Psicosomática y Psicología de la Salud. Madrid: Sociedad Española de Medicina Psicosomática y Psicoterapia.
- Millon, T., & Grossman, S. (2015). *MCMII-IV: Millon Clinical Multiaxial Inventory Manual*. Bloomington, MN: NCS Pearson.
- Odlaug, B. L., Kim, S. W., & Grant, J. E. (2010). *Quality of life and clinical severity in pathological skin picking and trichotillomania*. *Journal of Anxiety Disorders*, 24(8), 823-829.
- Organización Mundial de la Salud (OMS). (1994). *Clasificación de los trastornos mentales y del comportamiento (CIE-10)*. Madrid: Meditor.
- Özten, E., Sayar, G. H., Gül Eryılmaz, G. K., Işık, S., & Karamustafaloğlu, O. (2015). *The relationship of psychological trauma with trichotillomania and skin picking*. *Neuropsychiatric disease and treatment*, 11, 1203-1210.
- Rodríguez Vega, B., Fernández Liria, J., & Bayón Pérez, C. (2005). *Trauma, disociación y somatización*. *Annuary of clinical and health psychology*, 27-38.
- World Health Organization (WHO). (2018). *International classification of diseases for mortality and morbidity statistics (11th Revision)*. Recuperado de: <https://icd.who.int/browse11/l-m/en>
- Young, J. E. & Klosko, J. S. (2001). *Reinventa tu vida. Cómo superar las actitudes negativas y sentirse bien de nuevo*. Barcelona: Paidós