

Introducción en castellano sobre la Tricotilomanía y su relación con ACT

Beatriz Moreno Amador

Universidad Miguel Hernández de Elche (España)

Conociendo la Tricotilomanía desde la Psicología

Definición y síntomas

La tricotilomanía (TTM en adelante) se define como el comportamiento recurrente de arrancarse el propio pelo del cuerpo, generando como resultado una notable pérdida del mismo y una angustia y deterioro significativos en la calidad de vida de la persona afectada (American Psychiatric Association, 2013). El fenómeno de arrancarse el pelo fue reconocido por primera vez como un problema médico a partir de una descripción realizada por el dermatólogo francés Hallopeau en 1889 (citado por Boulougouris *et al.*, 2010). Sin embargo, no fue incorporada en la nosología psiquiátrica oficial hasta 1987, en la tercera edición del Manual Diagnóstico y Estadístico de los trastornos mentales (DSM-III-R) (Boulougouris *et al.*, 2010).

En la última revisión del DSM (DSM-V) queda registrada bajo el epígrafe de trastorno obsesivo compulsivo (TOC) y otros trastornos relacionados, estando hasta el momento clasificada como un trastorno de control de impulsos, siendo definida como un tipo de “conducta repetitiva centrada en el cuerpo” (BFRBs, por sus siglas en inglés) que la contiene junto con la dermatilomanía (trastorno de excoriación) y la onicofagia (trastorno de morderse las uñas) (Baer, Bohné, Keuthen, Jenike y Wilhelm, 2002).

Este cambio de categoría se sustenta en que las bases principales del TOC y la tricotilomanía son similares: arrancarse el pelo y las compulsiones son actos repetitivos y a menudo percibidos como irracionales, incontrolables o irresistibles. Al igual que los rituales relacionados con tirarse del pelo, que incluyen: el impulso/necesidad por tirar, sensaciones corporales, estados emocionales negativos o pensamientos específicos sobre el pelo que preceden al arrancamiento del pelo, se parecen a los rituales de las compulsiones (Chamberlain *et al.*, 2015; Starcevic, 2015). Estas últimas características son atribuidas a un tipo concreto de arrancarse el pelo denominado “focalizado”, diferenciándolo del “automático”, el cual no está asociado con sensaciones prodrómicas o el ansia de tirar y se produce en un estado de aletargamiento (Christenson *et al.*, 1997). Además, el TOC aparece en individuos con

TTM en una frecuencia mayor (13.4-16%) que en población general (0.3-3.2%) (Starcevic, 2015).

Los criterios diagnósticos de la TTM en el DSM-V son los siguientes:

a) Arrancarse el pelo de forma recurrente, lo que da lugar a su pérdida, b) intentos repetidos de disminuir o dejar de arrancar el pelo, c) arrancarse el pelo causa malestar clínicamente significativo o deterioro en lo social, laboral u otras áreas importantes del funcionamiento, d) el hecho de arrancarse el pelo o la pérdida del mismo no se puede atribuir a otra afección médica (p. ej., una afección dermatológica), e) el hecho de arrancarse el pelo no se explica mejor por los síntomas de otro trastorno mental (p. ej., intentos de mejorar un defecto o imperfección percibida en el aspecto, como en el trastorno dismórfico corporal). (American Psychiatric Association, 2013, p. 442).

Los criterios diagnósticos de la TTM en el DSM-IV-TR son los siguientes:

a) Arrancamiento del propio pelo de forma recurrente, que da lugar a una pérdida perceptible de pelo, b) sensación de tensión creciente inmediatamente antes del arrancamiento de pelo o cuando se intenta resistir la práctica de ese comportamiento, c) bienestar, gratificación o liberación cuando se produce el arrancamiento del pelo, d) la alteración no se explica mejor por la presencia de otro trastorno mental y no se debe a una enfermedad médica (p. ej., enfermedad dermatológica), e) la alteración causa malestar clínicamente significativo o deterioro social, laboral o de otras áreas importantes de la actividad del individuo. (American Psychiatric Association, 2002, p.270).

Los criterios diagnósticos B y C del DSM-IV-TR (American Psychiatric Association, 2002) han sido suprimidos, ya que su capacidad para detectar con eficacia el arrancarse o no pelo es limitada. A pesar de este cambio, existe una considerable variabilidad en la fenomenología de la TTM. Los individuos con síntomas de TTM más severos avalan de manera más frecuente experiencias de ansiedad física o mental antes de tirar, y alivio, placer o gratificación después de tirar, que son los criterios eliminados en la última versión del DSM (Balsis *et al.*, 2015). De esta manera, se hipotetiza la posible superposición entre los criterios B y / o C (DSM-IV) y el constructo tricotilomanía de tipo focalizado (por ejemplo, tirar del pelo en respuesta a un impulso o a un estado emocional negativo). Mientras que aquellas personas que satisfacen los antiguos criterios de diagnóstico B y C informan de una mayor gravedad y menor edad de inicio de tracción (Conelea *et al.*, 2012).

Aproximadamente $\frac{1}{4}$ de las personas con tricotilomanía describen el “focalizado” como su estilo predominante de arrancarse pelo, mientras que el

“automático” parece ser el estilo predominante en aproximadamente $\frac{3}{4}$ de personas con tricotilomanía. A pesar de ello, la mayoría tienen un cuadro mixto con elementos de ambos tipos (Bottesi *et al.*, 2016; Christenson *et al.*, 1997).

Los estados más comunes reportados antes de tirar son la ansiedad/tensión y el aburrimiento/indiferencia, y los más comunes después de tirar son el alivio y la indiferencia; siendo situaciones de sedentarismo, como ver la televisión, hablar por teléfono o leer/estudiar las más reconocidas (Brice, Mansueto y McCombs, 2007; Bottesi *et al.*, 2016; Pérez, 2007). La mayoría de las personas que tiran de su pelo sólo lo hacen cuando están solas; la tracción focalizada se hace a menudo delante de un espejo o con pinzas, lo que impide a los extractores realizar otras tareas (Flessner, Grant, Keuthen y Tung, 2015; Pérez, 2007).

La parte más afectada por la TTM es la cabeza, seguida de pestañas, cejas, pelo púbico, pelo facial y pelo de las extremidades; igualmente, la mayoría de personas manifiesta que arranca de más de una parte del cuerpo (Bottesi *et al.*, 2016; Brice, Mansueto y McCombs, 2007; Christenson *et al.*, 1997; Eryilmaz *et al.*, 2015; Pérez, 2007). Tras la tracción se reportan algunos rituales como son examinar la raíz y mover el pelo entre los labios (Bottesi *et al.*, 2016). La manipulación oral del pelo (morder, masticar o ingerir) está presente entre el 20% y 30% de los casos (Grant y Odlaug, 2008) y la ingestión completa de al menos algún pelo arrancado (tricofagia) está presente en 5%-18% de pacientes, según Christenson *et al.* (1997), y en 26,6% según un estudio más reciente (Bottesi *et al.*, 2016).

Las personas afectadas manifiestan que tienen más propensión a arrancar de pelos con determinadas características físicas, como son: grandes y ásperos (66,7%), más cortos que el resto (40%) y desiguales / irregulares (40%); y reportan sensación de pérdida de control, picazón en el cuero cabelludo o una sensación desagradable como disparadores de la tracción (Bottesi *et al.*, 2016).

Epidemiología

Una extensa revisión bibliográfica sobre el estudio de la TTM realizada en 2010 por Duke, Geffken, Keeley y Storch, reconoce que se trata de un trastorno muy poco conocido, con altos niveles de discapacidad asociada y que se produce en mayor frecuencia de lo que se cree. Según un estudio a gran escala realizado en 2006 en EE.UU. (The Trichotillomania Impact Project), se estima que la TTM está presente entre un 0.6 hasta 3.4% de población adulta (Flessner *et al.*, 2006).

En general, se carece de mucha información sobre la tricotilomanía dado que la tendencia de las personas con TTM a mantenerlo en secreto hace que se convierta en un trastorno de difícil investigación, es por ello que la distribución por sexo de la TTM es en gran parte desconocida. En los ensayos de tratamiento, por lo general, se triplica o participa una mayor proporción de mujeres (3.4%) que de hombres (1.5%), queda por verse si esto refleja una verdadera preponderancia femenina o en su lugar es resultado de un sesgo de selección femenina contra los hombres en la búsqueda de tratamiento (Boulougouris *et al.*, 2010).

Un reciente estudio exploratorio (Bottesini *et al.*, 2016) también indica mayor prevalencia del trastorno en mujeres, con una relación hombre:mujer de 1:14, resultados similares a los reportados por la literatura internacional (principalmente estadounidense), 1:10 (Flessner, Wetterneck y Woods, 2006; American Psychiatric Association, 2013).

En España se trata de un trastorno muy poco estudiado y los datos de los que se dispone son escasos. Según un estudio descriptivo sobre trastornos menores de salud en una muestra de estudiantes universitarios (Icart, Icart y Pulpón 2006), la TTM estaba presente en un 21.61% de la muestra femenina y en un 9.7% de la muestra masculina.

Con respecto a su curso, la literatura divide la TTM entre casos que comienzan en la infancia temprana y los que comienzan en la adolescencia o más tarde (rango de edad: 11-13 años). La edad media de aparición es de 13 años de edad (American Psychiatric Association, 2013; Duke, Geffken, Keel y Storch, 2010). El tirar del pelo en niños muy pequeños se considera como una entidad clínica distinta que puede resolverse antes de la adolescencia, sin necesidad de intervención médica (Boulougouris *et al.*, 2010); mientras que los casos que comienzan más tarde de la niñez (después de los 8 años) o durante la adolescencia siguen un curso remitente-recurrente en la edad adulta, siendo una TTM típicamente crónica y potencialmente grave (Christenson *et al.*, 1997).

Por otro lado, se ha encontrado que en torno al 35% de los pacientes con TTM tienen una historia de TTM en sus familias (Eryilmaz *et al.*, 2015).

Modelos explicativos

La literatura de estudio no señala ninguna causa concreta de la TTM, proponiéndose como resultado de múltiples causas, al igual que responde a un amplio espectro de patrones de gravedad y síntomas. De esta manera, se especula que es un

desorden que probablemente implica múltiples patologías y una compleja interacción entre factores biológicos, psicológicos y sociales.

Sobre las bases neuronales, los estudios sugieren cambios en el procesamiento de recompensa y en el control de impulsos, estando implicados los neurotransmisores serotonina, dopamina y GABA. Se destaca la zona de los ganglios basales y las irregularidades encontradas en la región amígdalo-hipocámpal, como la causa de las diferencias de excitación emocional y de aprendizaje observados en los episodios de arrancarse el pelo (Bruehl *et al.*, 2016; Houghton y Woods, 2014).

Estudios recientes relacionan la tricotilomanía con efectos reportados que incluyen: la desregulación del afecto, la excitación, la reducción de la tensión y el placer, los cuales podrían estar reforzando el comportamiento repetitivo de arrancarse el pelo (Atmaca *et al.*, 2016).

Las personas con TTM muestran significativamente más dificultades en su regulación afectiva en comparación con individuos que no se arrancan el pelo (Bruehl *et al.*, 2016). De igual modo, se caracterizan por experimentar estados emocionales negativos más intensamente que personas que no se arrancan el pelo (Baer, Feld, Keuthen y Shusterman, 2009). En la misma línea, las características fenomenológicas presentes en personas con TTM indican que los estados afectivos negativos actúan como disparadores de episodios de tracción, manteniéndose sin cambios durante todo el ciclo de arranque (Botessi *et al.*, 2016).

Según estos planteamientos, se propone que la tricotilomanía es una forma problemática de regulación afectiva, en la que el tirar del pelo sirve para reducir la tensión o para estimular a los individuos cuando se sienten aburridos o letárgicos, estando las emociones negativas directamente relacionadas con la tracción de pelo (Boulougouris *et al.*, 2010; Brice, Mansueto y McCombs, 2007).

Por otro lado, se ha estudiado el papel de las cogniciones en la TTM (Moulding, Nedeljkovic, Rehm y Thomas, 2015), concluyendo que algunas creencias actúan como facilitadoras del comportamiento: autocreencias negativas, creencias de control, creencias de afrontamiento, creencias sobre emociones negativas y creencias de perfeccionismo.

Norberg, Wetterneck, Woods y Conelea (2007) (citado por Moulding, Nedeljkovic, Rehm y Thomas, 2015) descubrieron que la auto-clasificación sobre la gravedad de los síntomas de TTM se asocia positivamente con la vergüenza, creencias disfuncionales acerca de la apariencia física y el miedo a la evaluación negativa por parte de otros. Según el modelo biopsicosocial de la TTM propuesto por

Franklin y Tolin (2007), citado y apoyado por Moulding, Nedeljkovic, Rehm y Thomas (2015), las autoevaluaciones negativas inicialmente surgen como resultado de las consecuencias adversas de la repetición de la conducta y con el tiempo, estos pensamientos se convierten en señales que desencadenan episodios de arrancarse el pelo.

Actualmente, se cree que el tipo focalizado de tirarse del pelo sirve específicamente para facilitar la regulación emocional mientras que el tipo automático se conceptualiza como algo más parecido a un hábito motor estereotipado. Sin embargo, teniendo en cuenta que Conelea y colaboradores (2012) informan que menos del 0,01% de sus 1545 participantes con TTM clínicamente significativa lo hicieron exclusivamente en función de un estilo, se sugiere que independientemente de un estilo primario, las cogniciones y creencias de los individuos tienden a desempeñar un papel importante en la TTM.

Por otro lado, se propone que los episodios traumáticos pueden jugar un rol en el desarrollo de la TTM, especulando que el desarrollo de síntomas de TTM ayuda al paciente a combatir sus pensamientos intrusivos asociados al trauma, pudiendo prevenir el desarrollo de trastorno de estrés post-traumático (Eryilmaz *et al.* 2015).

Desde una perspectiva neuro-etológica se estudia la tricotilomanía como un comportamiento automático similar a un hábito que guarda similitudes con actividades animales de aseo personal. De esta forma, la TTM en animales se aprecia como un comportamiento de auto-limpieza natural que se produce con excesiva repetición anormal cuando están enjaulados (Swedo, 1989; citado por Christenson *et al.* 1997).

Recientemente también se ha propuesto la tricotilomanía como candidata a la “adicción conductual” junto con el juego patológico, la adicción a Internet y la dermatilomanía (Chamberlain *et al.* 2015).

Comorbilidad y consecuencias

La comorbilidad con otros trastornos mentales se produce en la mayoría de los casos que se presentan a profesionales de la psiquiatría (82%), de los cuales la depresión, el TOC, otros trastornos de ansiedad y el abuso de sustancias son los más comunes (Mansueto, Stein y Stemberger, 2003). Alrededor de un 80% de las personas que se arrancan el pelo reportan sentimientos de depresión: entre un 30% y un 20% de pacientes con TTM reportan una anterior y presente historia de depresión mayor respectivamente (Bodzin, Duke, Geffken, Storch y Tavares, 2009). La comorbilidad de la TTM con trastornos afectivos y trastornos de la personalidad, es significativa y oscila

de 20 a 50% de las muestras clínicas (Christenson *et al.*, 1997; Houghton y Woods, 2014).

Las complicaciones físicas de la TTM pueden ser graves y típicamente no reconocidas, a saber: alopecia, cicatrices, infecciones en la piel y traumatismos en el propio cuero cabelludo. Otras consecuencias médicas incluyen obstrucción intestinal secundaria cuando la persona ingiere el pelo generando tricobezoares (bolas de pelo en el estómago) y una amplia gama de patologías osteomusculares y dificultades neurológicas causadas por la repetición del acto de tracción (Almario y Aristizábal, 2007; Boulougouris *et al.*, 2010; Gumley, Jenike, Keuthen y O'Sullivan, 1996).

El desarrollo de la calvicie puede, a su vez, agravar la depresión y la ansiedad comórbidas, lo que deriva en aumentar el tirar como un intento equivocado del manejo de los síntomas. De esta manera, se encuentran altos niveles no satisfactorios sobre la imagen corporal, incluyendo la aparición de desorden dismórfico corporal (Mansueto, Stein y Stemberger, 2003).

Las personas con TTM también manifiestan una considerable evitación de actividades sociales, deseando mantener el secreto y evitar la vergüenza (Atmaca *et al.*, 2016; Bottesi *et al.*, 2016; Falkenstein y Haaga, 2016; Flessner, Grant, Keuthen y Tung, 2015; Gardner, Mansueto, McCombs y Townsley, 2000).

Como resultado, las personas con TTM reportan menor satisfacción con la vida, mayores niveles de angustia y baja autoestima. La pobre autoestima se relaciona con el aumento en la frecuencia de arrancarse pelo y se relaciona con las preocupaciones acerca de la apariencia, la vergüenza, la necesidad de evitar ciertas actividades debido a la pérdida del cabello y la frustración con la incapacidad de controlar el arrancarse pelo, asociándose así a trastornos psicosociales (Boulougouris *et al.*, 2010).

Según los resultados arrojados por un estudio reciente acerca de la fenomenología de la TTM (Bottesi *et al.* 2016), las personas con tricotilomanía muestran niveles más altos de angustia asociada con pensamientos obsesivos que los controles no afectados, al igual que manifiestan evitar llevar actividades placenteras como ir a la piscina, hacer deporte, ir a la peluquería (48,9%) y presentar dificultades considerables para estudiar y trabajar (33,3%) y de relacionarse con compañeros de clase o de trabajo (31,1%).

La gravedad de los síntomas de TTM se correlaciona negativamente con la satisfacción en las relaciones de pareja y el apoyo social percibido, con la crítica negativa percibida, el riesgo percibido en la intimidad, y la ansiedad social en las

interacciones, de manera que la mayoría de personas con TTM informan que esta condición interfiere negativamente en sus relaciones sociales (Gardner, Mansueto, McCombs, Townsley 2000).

Abordaje terapéutico

La mayoría de las personas con TTM nunca han recibido tratamiento, y las que sí, reportan resultados decepcionantes de las intervenciones disponibles aplicadas (Boulougouris *et al.*, 2010). Según un estudio de exploración reciente sobre una muestra italiana (Botessi *et al.*, 2016), sólo el 8,9% de los participantes que han consultado a un profesional logra una mejora en la gestión del comportamiento, proponiendo como justificación la falta de conocimiento, y por ende de tratamientos eficaces de este trastorno en el contexto italiano, situación similar en la que se encuentra el contexto de países de habla hispana.

Según el meta-análisis realizado por Mansueto, Stein, Stemberger en 2003, en los ensayos clínicos limitados muestran resultados más prometedores la terapia conductual y la farmacoterapia. Encontrando altos efectos para la terapia conductual, de manera que es considerada como la intervención de primera línea, mientras que el papel de la farmacoterapia se circunscribe para algunas personas con TTM, sobre todo cuando presentan trastornos comórbidos del estado de ánimo y de ansiedad. De igual forma, se aprecia que la diferencia entre clases de medicamentos no es estadísticamente significativa (McGuire *et al.*, 2014).

Por otro lado, los resultados del meta-análisis revelan que los ensayos que utilizan técnicas centradas en mejorar el estado de ánimo en terapia de conducta, superan a los estudios que utilizan solamente el componente nuclear de terapia de conducta. Esto sugiere que es beneficioso añadir componentes terapéuticos de reforzadores del estado ánimo en el tratamiento.

Un meta-análisis más reciente (Bowe, Moulding, Nedeljkovic y Slikboer, 2015) concluyó la superioridad del tratamiento psicológico sobre las medicaciones, estipulando poca eficacia de los inhibidores selectivos de la recaptación de serotonina (IRSS), la importancia del apoyo social, las actividades de auto-ayuda y los factores terapéuticos genéricos para tratar la tricotilomanía.

Esto concluye que los mecanismos psicológicos en TTM pueden ser más complejos que lo que indica el modelo de conducta, retomando la idea que ya en 1997 postularon Christenson *et al.*: la intervención centrada sólo en el síntoma de tirar del

pelo es probable que sea inadecuada para la mayoría de los pacientes, dada la diversidad de secuelas psicológicas asociadas.

También se indican los beneficios de administrar un programa on-line de autoayuda (p.e. el programa decoupling desarrollado por Moritz y Rufer, 2011) el cual aumenta la sensación de responsabilidad y control de la persona afectada, y de la relajación progresiva muscular, que reduce la ansiedad y estrés experimentados. Por otro lado, se reportan los beneficios de la Terapia de grupo de apoyo mutuo, la cual ofrece apoyo social que direcciona la vergüenza, el desconcierto, el aislamiento social, la baja autoestima y el miedo al rechazo experimentados con la TTM (Crocetto, Diefenbach, Hannan, Maltby y Tolin, 2006).

La terapia de inversión del hábito (HRT en adelante, por sus siglas en inglés, *habit reversal training*) es la intervención para la TTM que tiene el mayor apoyo empírico, aunque no se ha considerado un tratamiento apoyado empíricamente (EST por sus siglas en inglés) por el Grupo de trabajo de la APA Presidencial para la Práctica Basada en la Evidencia (2006; citado por Falkenstein *et al.*, 2015). Igualmente, las indicaciones más actuales postulan déficits en la HRT, ya que no aborda directamente las dificultades de relación que afectan gravemente a las personas con TTM (Falkenstein y Haaga, 2016).

De igual modo, dado el reporte de déficits en la regulación afectiva en personas con TTM, se recomienda una orientación terapéutica que aborde la mejora de la regulación afectiva durante el tratamiento (Bruehl *et al.*, 2016). De esta manera, se apoya la inclusión de un enfoque de terapias de conducta de tercera generación con base en *Mindfulness*, en las que se tiene en cuenta los componentes cognitivos y emocionales de la conducta, siendo la más estudiada hasta el momento la Terapia de Aceptación y Compromiso (ACT en adelante, por sus siglas en inglés, *Acceptance and Commitment Therapy*; Hayes, Strosahl, y Wilson, 1999), seguida de la Terapia Dialéctica de Comportamiento (DBT, por sus siglas en inglés, *Dialectical Behavioral Therapy*; Linehan, 1993).

Ambas se han utilizado conjuntamente con la HRT tradicional para tratar la TTM. Se trata de enfoques que abordan específicamente el papel de la aceptación y los procesos de atención para disminuir la mala adaptación en la regulación de las emociones y el cambio de comportamiento con respecto a los valores del cliente (Busana, Coussement, Heeren y Philipopt, 2015).

La combinación de ACT y HRT en TTM es la que reporta mejores resultados en la investigación actual. El primer estudio descrito utilizó un protocolo ACT / HRT de 7

sesiones (Twohig y Woods, 2004), cuatro de los seis participantes fueron respondedores al tratamiento, tres de los cuales mantuvieron las ganancias en los 3 meses de seguimiento. Un segundo estudio (Flessner, Wetterneck y Woods, 2006) utilizó un protocolo de 10 sesiones ACT / HRT en un ensayo controlado, el 66% de los participantes fueron considerados respondedores al tratamiento, las ganancias se mantuvieron al menos parcialmente, a los 3 meses de seguimiento. En un tercer estudio (Crosby, Dehlin, Mitchell y Twohig, 2012) se llevó a cabo un tratamiento de 8 sesiones ACT / HRT que dio lugar a una reducción de 88.87% en el tirar desde el pretratamiento hasta después del tratamiento, considerando a los 5 pacientes respondedores al tratamiento, pero las ganancias durante el seguimiento solamente se mantuvieron en dos de los cinco participantes. La ACT también ha sido aplicada a una muestra de adolescentes (Fine *et al.*, 2012) con resultados favorables, reportando disminuciones de tracción clínicamente significativas en el tratamiento, al igual que de la angustia y deterioro informados.

Según los datos anteriores, se aprecia que las disminuciones en la experiencia de evitación estudiada en la ACT*, correlacionan significativamente con la reducción de la severidad de la TTM, lo que implica que la orientación de evitación experiencial puede ser útil en el tratamiento de la TTM.

En la misma línea, una intervención reciente de caso único concluyó que el entrenamiento de la mente en sí misma, a través de terapia cognitiva basada en *Mindfulness*, podría ser una intervención clínica adecuada para la tricotilomanía. Los resultados indican que se produjo una mejoría en la atención plena, un efecto beneficioso que conllevó la reducción de la tracción del pelo, efecto que se mantuvo a los seis meses de seguimiento (Busana, Coussement, Heeren y Philipopt, 2015).

Desde el enfoque de terapia de conducta, actualmente se están realizando grandes esfuerzos para proponer el mejor tratamiento posible a las personas afectadas de TTM, desarrollando un manual específico basado en el "Comprehensive Behavioral Model" (ComB) elaborado a partir de los resultados de las intervenciones, así como de las evaluaciones de psicólogos y personas afectadas que lo han utilizado (Falkenstein *et al.*, 2015). Los autores sugieren que los participantes con una línea base de baja evitación experiencial podrían beneficiarse mejor del ComB, mientras que los participantes con alta evitación experiencial se beneficiarían más de la terapia de conducta mejorada con enfoque ACT.

A la hora de proponer una intervención utilizando herramientas de la ACT y *Mindfulness* no se busca principalmente que la persona deje de arrancar de su pelo,

sino que se abra a su experiencia presente y camine hacia la consecución de sus valores, de manera que la tricotilomanía no determine todos sus pensamientos, sentimientos y experiencias vitales. Desde el enfoque de la ACT se propone que fruto del desarrollo de flexibilidad psicológica y disminución de la evitación experiencial sobre los episodios de tracción y sus consecuencias, la persona reducirá sus episodios de tracción, o cuanto menos se reducirá el sufrimiento causado por su experiencia con la tricotilomanía.

* La Terapia de aceptación y compromiso (ACT) (Hayes, Strosahl, y Wilson, 1999) es una de las recientes modalidades de terapia conductual basadas en *Mindfulness*, o estado de atención plena, que se centra en el papel de la aceptación y los procesos de atención en el *aquí y ahora* para disminuir la mala adaptación en la regulación de las emociones y el cambio de comportamiento sobre los valores del cliente; y sin enfocarse en reducir los síntomas, logra disminuirlos como una consecuencia de la terapia.

Para la terapia de aceptación y compromiso, la psicopatología, entendido como el sufrimiento adicional al inherente a la vida, aparece cuando se da una falta de flexibilidad psicológica, es decir, cuando no se tiene capacidad o no se sabe/puede aplicar la conducta que se quiere realizar en un contexto determinado. Esta falta de flexibilidad psicológica, o lo que es lo mismo, la presencia de rigidez psicológica, viene explicada en la ACT por una serie de procesos psicológicos: la evitación experiencial, el no vivir el presente, la falta de claridad con los propios valores, la falta de compromiso y determinación para seguir los propios valores e intereses, la fusión con el contenido de nuestro YO y la fusión con nuestro pensamiento.

La evitación experiencial es uno de los procesos que produce esta rigidez psicológica propuesto por Hayes *et. al.*, (2004). Consiste en tratar de evitar las propias experiencias internas (pensamientos, sentimientos, recuerdos, sensaciones corporales...) a partir de cualquier estrategia, en este caso arrancándose el propio pelo, y se produce cuando la persona se plantea como objetivo sentirse bien y evitar todo malestar. Desde el enfoque de la ACT se defiende que cuanto más se centre la persona en evitar su malestar y situaciones y/o comportamientos que lo causan, más atrapada quedará en el mismo; mientras que cuanto más se centre en sus valores personales y no se fusione con sus propios pensamientos y sensaciones, dejará de concentrar sus energías en eliminar su malestar y se abrirá a su experiencia presente encaminándose hacia la consecución de sus valores. De esta manera, los procesos

que permiten la flexibilidad psicológica y aplica la ACT son: la aceptación, la defusión cognitiva (desmantelamiento del pensamiento), el vivir el presente, el elegir los valores personales, el compromiso con los propios valores y el vivir el YO como contexto.

Discusión

Hasta la fecha han sido varios los estudios que han incorporado el enfoque ACT en la intervención para tratar la tricotilomanía, la mayoría conjugándolo con la HRT. Todos estos estudios están compuestos por intervenciones breves con un número de sesiones reducido: 7 (Twohig y Woods, 2004), 10 (Flessner, Wetterneck y Woods, 2006), 11 y 12 (Fine *et al.*, 2012), 8 (Crosby, Delhin, Mitchell y Twohig, 2012) y 8 (Busana, Coussement, Heeren y Philipopt, 2015).

Crosby y colaboradores (2012) comentan que el reducido tiempo de intervención viene dado por las limitaciones de ser un protocolo de investigación. Sin embargo, advierten que es recomendable aumentar el tiempo de la intervención y emplearlo para el mantenimiento y el seguimiento en la práctica real.

En los cuatro primeros estudios citados se emplea una combinación de ACT y HRT, defendiendo la importancia de utilizar herramientas ACT para aumentar la participación de la persona demandante de intervención psicológica, así como el mantenimiento de ganancias del uso de HRT. De igual modo, todos ellos han enfocado las primeras sesiones en introducir elementos ACT para después trabajar a partir de la HRT, incluyendo ejercicios como los propuestos en la presente intervención, de: estrategias de no control, desesperanza creativa, defusión del lenguaje, aceptación y determinación de valores; incluyendo en el primer estudio citado, ejercicios de *mindfulness* de 3-5 minutos de duración al comienzo de cada sesión; y siendo el último estudio citado una intervención exclusivamente enfocada en *mindfulness*.

La defensa de una intervención basada en ACT parte de considerar el arrancarse el pelo como una estrategia de evitación experiencial, en que la persona aprende a controlar sus emociones a partir de arrancarse el pelo, lo que a corto plazo le puede generar alivio y satisfacción, pero que le provoca convivir con unas consecuencias y secuelas físicas altamente desagradables. La persona con TTM ya cansada de tirar de su pelo hace todo lo posible por huir de esta experiencia lo que hace que se ancle más en ella reproduciendo un círculo vicioso altamente frustrante y desolador.

Es por ello que nuestro objetivo de partida es tratarla con amor, compasión y, ante todo, no rechazar su historia con la TTM y hacerle ver que es tan válida como

cualquier otra experiencia de vida, queremos devolverle la esperanza, la voluntad por centrarse en sus valores y realizar la vida que más desea sin centrarse en el síntoma de estirar del propio pelo. De esta forma, se priorizan los propios valores y el compromiso para con ellos, lo cual se entiende que es una consecuencia directa de la reducción de la evitación experiencial: la persona deja de centrarse en evitar ciertas sensaciones o pensamientos acerca de su tricotilomanía, aprende a convivir con ellos y a centrarse en otros aspectos de su vida que le hacen generar sentimientos agradables y así reforzadores del estado de ánimo sin recurrir a la tracción.

Por otro lado, se concibe como altamente sanador la fusión de ejercicios más puramente de la ACT y otros de *mindfulness* en que la persona logre defusionarse de sus autoevaluaciones negativas y a la vez desarrolle la capacidad de ampliar su experiencia vital a través de desarrollar la atención plena, de manera que logre enfocarse a elementos de su vida que son importantes y le pueden aportar reforzadores que le permitan aumentar su autoestima. En este sentido, se considera como un potencial elemento de mejora de la terapia, introducir sesiones de trabajo grupal; mostrando la literatura de estudio los beneficios de la Terapia de grupo de apoyo, la cual permite direccionar la vergüenza, el desconcierto, el aislamiento social, la baja autoestima y el miedo al rechazo experimentados con la TTM (Crocetto, Diefenbach, Hannan, Maltby y Tolin, 2006).

Lo que se persigue principalmente con esta propuesta de intervención es aumentar la calidad de vida de la persona, disminuir la lucha que la agota y hace que se oculte y, como defiende Falkenstein y Haaga (2016) centrarnos en reducir no sólo los síntomas, sino también el deterioro funcional y mejorar sus relaciones con el entorno, a partir de sentirse mejor consigo misma.

El presente trabajo de revisión es un manifiesto para poner de relieve la necesidad de comenzar a investigar la TTM en los países de habla hispana y generar concientización sobre un trastorno tan oculto como existente.

Las personas con TTM necesitamos de ayuda profesional amplia que permita abordar el trastorno desde diferentes enfoques y así, ofrecer una terapia específica para cada caso concreto con características particulares; al igual que un entorno social concientizado y exento de juicios que nos ayude a librar con los estigmas y permita que más personas saquen a la luz su malestar y puedan ser tratadas como se merecen.

Referencias bibliográficas

- Almario, P. y Aristizábal, L. (2007). Seudoainhum secundario a tricotilomania. Reporte de caso y revisión de literatura. *Revista Med*, 15 (2), 298-302.
- Álvarez, E., Cebolla, A., Feliu-Soler, A., Pascual, J. C., Pérez, V., Soler, J. *et al.* (2012). Propiedades psicométricas de la versión española de la escala Mindful Attention Awareness Scale (MAAS). *Actas Españolas de Psiquiatría*, 40 (1), 18-25.
- American Psychiatric Association (2002). *Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders* (4th ed.– revised). Washington, DC: American Psychiatric Association, p. 270.
- American Psychiatric Association (2013). *Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders: DSM-5*. Washington, DC: American Psychiatric Association, p. 251.
- Atmaca, M., Fineberg, N. A., Fontenelle, L. F., Grant, J. E., Stein, D. J. y Kogan, C. S. *et al.* (2015). The classification of Obsessive–Compulsive and Related Disorders in the ICD. *Journal of Affective Disorders*, 190 (2016), 663-674.
- Baer, L., Bohne, A., Keuthen, N. J., Jenike, M.A. y Wilhelm, S. (2002). Skin picking in German students: Prevalence, phenomenology, and associated characteristics. *Behavioral Modification*, 26 (3), 320-339.
- Baer, L., Feld, L., Keuthen, N. y Shusterman, A. (2009). Affective regulation in trichotillomania: evidence from a large-scale internet survey. *Behaviour Research and Therapy*, 47 (8), 637-644.
- Balsis, S., Compton, S. N., Franklin, M. E., Houghton, D. C., Neal-Barnett, A. M. y Saunders, S. M. *et al.* (2015). Examining DSM Criteria for Trichotillomania in a Dimensional Framework: Implications for DSM-5 and Diagnostic Practice. *NIMH of the National Institutes of Health under Award*, 60, 9-16.
- Beltrán, I., Cangas, A. J., Langer, A. I., Luciano, C. y Ruiz, F. J. (2013). Measuring experiential avoidance and psychological inflexibility: The Spanish version of the Acceptance and Action Questionnaire – II. *Psicothema*, 25 (1), 123-129.
- Bodzin, D. K., Duke, D. C., Geffken, G. R., Storch, E. A. y Tavares, P. (2009). The phenomenology of hairpulling in a community sample. *Journal of Anxiety Disorders*, 23 (8).
- Bottesi, G., Cerea, S., Razzetti, E., Sica, C., Frost, R. O. y Ghisi, M. (2016). Investigation of the Phenomenological and Psychopathological Features of Trichotillomania in an Italian Sample. *Frontiers in Psychology*, 7, 256.
- Boulougouris, V., Chamberlain, S. R., Koob, G. F., Fineberg, N., Grant, J. E. y Le Moal, M. *et al.* (2010). Trichotillomania (Compulsive Hair Pulling) and Compulsive Skin Picking. En *G.F. Koob, M. Le Moal y R.F. Thompson (edit.)*, Encyclopedia of Behavioral Neuroscience, Three-Volume Set, 1-3, 429-435. Academic Press.
- Bowe, S. J., Moulding, R., Nedeljkovic, M., y Slikboer, R. (2015). A systematic review and meta-analysis of behaviourally based psychological interventions and pharmacological interventions for trichotillomania. *Clinical Psychologist (The Australian Psychological Society)*, 1-13.
- Brice A. L., Mansueto, C.S. y McCombs, A. (2007). *Hair pulling and its affective correlates in an African-American university sample*. *Journal of Anxiety Disorders*, 21 (4), 590-599.
- Bruehl, A. B., Delsignore, A., Drabe, N., Klaghofer, R., Rufer, M. y Weidt, S. *et al.* (2016). Affective regulation in trichotillomania before and after self-help Interventions. *Journal of Psychiatric Research*, 75, 7-13.
- Busana, C., Coussement, C., Heeren, A. y Philipopt, P. (2015). Mindfulness-Based Cognitive Therapy for Trichotillomania: A Bayesian Case-Control Study. *Psychologica Belgica*, 55 (3), 118–133.
- Conelea, C. A., Flessner, C. A., Franklin, M. E., Keuthen, N. J., Piacentini, J. C. y Walther, M. R. *et al.* (2012). The incremental validity of criteria B and C for

- diagnosis of Trichotillomania in children and adults. *Journal of Obsessive-Compulsive and Related Disorders*, 1 (2), 98-103.
- Crocetto, J., Diefenbach, G. J., Hannan, S., Maltby, N. y Tolin, D. F. (2006). Group Treatment for Trichotillomania: Behavior Therapy Versus Supportive Therapy. *Behavioral Therapy*, 37 (4), 353-363.
- Crosby, J. M., Dehlin, J. P., Mitchell, P. R. y Twohig, M. P. (2012). Acceptance and Commitment Therapy and Habit Reversal Training for the Treatment of Trichotillomania. *Cognitive and Behavioral Practice*, 19 (4), 595-605.
- Chamberlain, S. R., Goudriaan, A. E., Grant, J. E., Lochner, C., Stein, D. J. y van Holst, R. J. *et al.* (2015). Behavioural addiction—A rising tide? *European Neuropsychopharmacology*, 26 (5), 841-855.
- Christenson, G. A., Keuthen, N. J., Mansueto, C. S., O'Sullivan, R., Stein, D. J. y Swedo, S. E. (1997). Trichotillomania: Behavioral symptom or clinical syndrome? Clinical Case Conference. *American Journal Psychiatry*, 154 (10), 1442-1449.
- Duke, D. C., Geffken, G. R., Keel, M. L. y Storch, E. A. (2010). Trichotillomania: A current review. *Clinical Psychology Review*, 30 (2), 181-193.
- Eryılmaz, G., Işık, S., Kag, G., Karamustafalioğlu, O., Özten, E. y Sayar, G. H., (2015). The relationship of psychological trauma with trichotillomania and skin picking. *Neuropsychiatric Disease and Treatment*, 11, 1203-1210.
- Falkenstein, M. J. y Haaga, D. A. (2016). Symptom accommodation, trichotillomania-by-proxy, and interpersonal functioning in trichotillomania (hair-pulling disorder). *Comprehensive Psychiatry*, 65, 88-97.
- Falkenstein, M. J., Goldfinger, R., Haaga, D. A. F., Mouton-Odum, S. y Mansueto, C. S. (2015). Comprehensive Behavioral Treatment of Trichotillomania: A Treatment Development Study. *Behavior Modification*, 40 (3), 414-438.
- Fine, K. M. *et al.* (2012). Acceptance-Enhanced Behavior Therapy for Trichotillomania in Adolescents. *Cognitive and Behavioral Practice*, 19 (3), 463-471.
- Flessner, C. A., Franklin, M. E., Goodwin, R. D., Keuthen, N. J., Stein, D. J. y Walther, M. R. *et al.* (2006). The Trichotillomania Impact Project (TIP): exploring phenomenology, functional impairment, and treatment utilization. *Journal of Clinical Psychiatry*, 67 (12), 1877-1888.
- Flessner, C. A., Grant, J. E., Keuthen, N. J. y Tung, E. S. (2015). Predictors of life disability in trichotillomania. *Comprehensive Psychiatry*, 56, 239-244.
- Flessner, C. A., Wetterneck, C. T. y Woods, D. W. (2006). A controlled evaluation of Acceptance and Commitment Therapy plus habit reversal for trichotillomania. *Behaviour Research and Therapy*, 44 (5), 639-656.
- Gardner, J., Mansueto, C. S., McCombs, A. y Townsley, R. M. (2000). Personal Toll of Trichotillomania: Behavioral and Interpersonal Sequelae. *Journal of Anxiety Disorders*, 14 (1), 97-104.
- Grant, J. E. y O'dlaug, B. L. (2008). Clinical Characteristics of Trichotillomania with Trichophagia. *Comprehensive Psychiatry*, 49 (6), 579-584.
- Gumley, G., Jenike, M. A., Keuthen, N. y O'Sullivan R. L. (1996). Trichotillomania and carpal tunnel syndrome. *Journal of Clinical Psychiatry*, 57 (4), 174.
- Hayes, S. C., Strosahl, K., y Wilson, K. G. (1999). *Acceptance and Commitment Therapy: An experiential approach to behavior change*. New York: Guilford Press.
- Houghton, D. C. y Woods, D. W. (2014). Diagnosis, Evaluation, and Management of Trichotillomania. *Psychiatric Clinics of North America*, 37 (3), 301-317.
- Icart, M. C., Icart, M. T. y Pulpón, A. M. (2006). Trastornos menores de salud en una muestra de estudiantes de la Universidad de Barcelona. *Educación Médica*, 9 (3), 1575-1813.
- Linehan, M. M. (1993). *Cognitive Behavioral Treatment of Borderline Personality Disorder*. New York: Guilford Press.

- Mansueto, C. S., Stein, D. J. y Stemberger, R. (2003). Behavioral and Pharmacological Treatment of Trichotillomania. *Brief treatment and crisis intervention*, 3 (3), 339-352.
- McGuire, J. F., Murphy, T. K., Lewin, A. B., Rahman, O., Selles, R. R. y Storch, E. A. *et al.* (2014). Treating trichotillomania: A meta-analysis of treatment effects and moderators for behavior therapy and serotonin reuptake inhibitors. *Journal of Psychiatric Research*, 58, 76-83.
- Moritz, S. y Rufer, M. (2011). Movement decoupling: A self-help intervention for the treatment of trichotillomania. *Journal of Behavior Therapy and Experimental Psychiatry*, 42 (1), 74-80.
- Moulding, R., Nedeljkovic, M., Rehm, I. C. y Thomas, A. (2015). The Role of Cognitions and Beliefs in Trichotillomania: A Qualitative Study using Interpretative Phenomenological Analysis. *Behaviour Change*, 1 (4), 2-43.
- Perdigón, A. L., Sanz, J. y Vázquez, C. (2003). Adaptación española del Inventario para la Depresión de Beck-II (BDI-II). *Clínica y salud: Revista de Psicología Clínica y Salud*, 14 (3), 249-280.
- Pérez, J. M. (2007). Sondeo sobre Tricotilomanía: Informe preliminar de resultados. Recuperado el 16 de enero de 2016 desde <http://www.tricotilomania.org/>
- Sanz, J. (2014). Recomendaciones para la utilización de la adaptación española del Inventario de Ansiedad de Beck (BAI) en la práctica clínica. *Clínica y Salud, Colegio Oficial de Psicólogos de Madrid*, 25 (1), 39-48.
- Starcevic, V. (2015). Trichotillomania: Impulsive, compulsive or both? *Australian and New Zealand Journal of Psychiatry*, 49 (7), 1-2.
- Twohig, M. P. y Woods, D. W. (2004). A Preliminary Investigation of Acceptance and Commitment Therapy and Habit Reversal as a Treatment for Trichotillomania. *Behavior Therapy*, 35, 803-820.