

TERAPIA DE ACEPTACIÓN Y COMPROMISO APLICADA A UN CASO DE TRICOTILOMANÍA

Noelia Navarro Gómez
Universidad de Almería (España)

Resumen

Dentro de las terapias de tercera generación, la terapia de aceptación y compromiso (ACT por sus siglas en inglés) se ha consagrado como una de las más eficaces dados sus excelentes resultados y la multitud de áreas a las que puede aplicarse. En líneas generales, dicha terapia, pretende romper con el patrón de evitación experiencial, que supone responder literalmente al contenido de los eventos privados aversivos. El presente estudio presenta una intervención con ACT en un problema de tricotilomanía en una paciente, L., de 17 años. Tras 10 sesiones de intervención en las que se trabajan todos los componentes de ACT (desesperanza creativa, distanciamiento, clarificación de valores, yo como contexto, contacto con el momento presente, etc.), se observan más acciones encaminadas a la consecución de los valores y aunque no se informa una reducción del malestar, L. es capaz de contemplar los eventos privados sin responder literalmente ante la presencia de estos.

PALABRAS CLAVE: terapia de aceptación y compromiso, tricotilomanía, evitación experiencial, tercera generación.

Abstract

Within third-generation therapies, acceptance and commitment therapy (ACT) has been enshrined as one of the most effective, given its excellent results and the multitude of areas to which it can be applied. In general, this therapy is intended to break the pattern of experiential avoidance, which means responding literally to the content of aversive private events. The present study presents an intervention with ACT in a problem of trichotillomania in a patient, L., 17 years of age. After 10 intervention sessions in which all the components of ACT are worked on (creative hopelessness, defusion, clarification of values, self as context, contact with the present moment, etc.), there are more actions aimed at achieving the values, and although a reduction in discomfort is not reported, L. is able to contemplate private events without literally responding to their presence.

KEY WORDS: acceptance and commitment therapy, values, trichotillomania, experiential avoidance, third generation.

Introducción

Dentro de las terapias de tercera generación, la terapia de aceptación y compromiso (*acceptance and commitment therapy*, ACT; Hayes, Barnes-Holmes y Roche, 2001; Wilson y Luciano, 2002) se ha consagrado como una de las más eficaces dados sus excelentes resultados y la multitud de áreas a las que puede aplicarse (por citar algunas, depresión, abuso de sustancias, trastornos de la conducta alimentaria, fobias, trastornos psicóticos) (ver Ruiz, 2010 para una revisión).

La ACT se halla fundamentada en un sólido corpus teórico, la teoría del marco relacional (TMR), que a su vez se nutre del contextualismo funcional (Hayes *et al.*, 2001). Entre los postulados de esta teoría se sostiene que dado que el proceso de socialización provee múltiples situaciones en las que se producen diversas relaciones arbitrarias y bidireccionales entre estímulos, se abstraen las claves contextuales (p. ej., "diferente de", "igual/menor/mayor que", "opuesto", "aquí/allí"), de tal forma que tal entrenamiento natural permite aplicarlas a estímulos novedosos. Esto es, aprendemos un repertorio operante de relaciones arbitrarias entre estímulos, lo que nos permite responder a un evento en términos de otro (Hayes, Strosahl y Wilson, 2015; Wilson y Luciano, 2002).

El acrónimo ACT enfatiza la actuación en dirección a lo que se considera valioso en la vida, pese a que esta actuación en ocasiones suponga soportar cierto malestar o sufrimiento que se deriva del curso natural de la misma. En este sentido supone un avance respecto a las terapias de segunda generación, que a toda costa tratan de eliminar y desnaturalizar el sufrimiento psicológico inherente a la vida, por lo que las intervenciones van encaminadas a la evitación, supresión o modificación de los eventos privados (esto es, pensamientos, recuerdos, sensaciones) que generan algún tipo de malestar. De este modo, y alentado por el contexto socioverbal la persona quedaría atrapada en un patrón disfuncional de evitación, en el que, ante la presencia de malestar o angustia, automáticamente se despliegan acciones que mitiguen, alivien o eliminen completamente este sufrimiento (Hayes, Wilson, Gifford, Follette y Strosahl, 1996). Este comportamiento denominado trastorno de evitación experiencial (TEE; Hayes *et al.*, 1996) es un patrón en el que la persona se comporta de forma consciente y deliberada para alterar la forma o frecuencia de las experiencias que le generan malestar (estados o sensaciones de su cuerpo, pensamientos, recuerdos), así como las condiciones que las generan. Una única categoría funcional compartida por la mayor parte de los diagnósticos recogidos en los sistemas de clasificación basados en la forma o topografía del comportamiento (la Clasificación internacional de enfermedades, CIE, y el Manual diagnóstico y estadístico de los trastornos mentales, DSM).

Lo paradójico de este modo de actuación, a priori, lógico, es que si bien a corto plazo se muestra eficaz (uno cree hacer lo correcto y consigue reducir o eliminar temporalmente el malestar, por lo que su seguimiento es reforzado positiva y negativamente), a largo plazo destroza la vida personal al oponerse de forma directa a las conductas en dirección a lo que importa, a los valores de la persona. De este modo, la solución propuesta (la evitación a toda costa del

contacto con lo que duele, genera angustia o malestar), es en realidad el problema (Wilson y Luciano, 2002).

Por tanto, desde esta perspectiva se fomenta la flexibilidad psicológica ante la ocurrencia de estos eventos privados valorados como problemáticos de modo que la persona aprende a no reaccionar de forma literal a estos. En efecto, el trabajo terapéutico va enfocado a fomentar el distanciamiento (*defusion* en inglés) con estos eventos privados de tal forma que, al contrario de lo que ocurría en las terapias de corte cognitivo conductual, no se busca eliminar o reducir los síntomas, sino continuar hacia las metas personalmente valiosas (relaciones sociales, vida laboral, sentimental), aun padeciendo dicha sintomatología. Así, el modelo también denominado *hexaflex*, fomenta la flexibilidad psicológica trabajando seis procesos fundamentales, como son la atención al “aquí y ahora”, el trabajo con valores, el compromiso activo con respecto a la consecución de estos valores, el yo como contexto distinto al yo contenido, el distanciamiento o desliteralización del lenguaje y la aceptación del malestar como parte de la condición humana.

Es desde este enfoque desde el que se trabajará en el ámbito de un trastorno formalmente denominado tricotilomanía (TTM). Etimológicamente, el vocablo tricotilomanía se deriva de los términos griego *trichos* (pelo), *tylos* (estirar) y manía (impulso). En cuanto a su clasificación en los sistemas de categorización formales, el DSM-IV-TR (*American Psychological Association, APA, 2002*) lo incluyó dentro de los trastornos de control de impulsos, si bien, los elementos etiopatogénicos encontrados en diversos estudios señalan que posee más elementos fenomenológicos en común con la compulsión que con la impulsividad, además de compartir comorbilidad con otras categorías diagnósticas del espectro obsesivo (Ferrao, Miguel y Stein, 2009; Jaisoorya, Reddy y Srinath, 2003) por lo que actualmente se incluye en el DSM-5 con los trastornos obsesivos compulsivos y relacionados (APA, 2014).

En cualquier caso, la tricotilomanía supone el arrancamiento del pelo de forma recurrente, de tal forma que se produce una pérdida significativa del mismo. Esta conducta provoca un malestar clínicamente significativo y deterioro en diversas facetas de la vida (Gardner, Mansueto, McCombs y Townsley, 2000). Si bien, puede haber arrancamiento del pelo en cualquier región del cuerpo, y los pacientes manifiestan arrancarse pelo de más de una parte del cuerpo (Bottesi *et al.*, 2016), el sitio por excelencia es la cabeza, principalmente las regiones coronales o parietales, que llegan a conformar el 80-90% de los casos (Papadopoulos, Janniger y Schwartz, 2003), así como las cejas y las pestañas que incluso podrían desaparecer por completo. Los hombres tienden a arrancarse pelo de cara, pecho y abdomen (Sarmiento y Niño, 2012).

Esta incapacidad para controlar la conducta de extracción del cabello y los notables cambios a nivel físico pueden acarrear vergüenza y evitación social (Altenburger, Tung y Keuthen, 2014; Flessner, Woods, Franklin, Keuthen y Piacentini, 2009; Franklin *et al.*, 2008; Gorter, Kneepkens, Mattens, Aronson y Heij, 2010; Tung, Flessner, Grant y Keuthen, 2015; Woods *et al.*, 2006). Es por ello y por el miedo a reprimendas, burlas o rechazo que el trastorno suele ocultarse incluso a sus familiares más cercanos (Bottesi *et al.*, 2016; Falkenstein y Haaga,

2016; Flessner, Grant, Keuthen y Tung, 2015; Pérez-Elizondo, Pineda-Pineda y Arellano-Flores, 2012).

En efecto, la persona suele negar este comportamiento y trata de esconder la alopecia, recurriendo al uso de gorros, pelucas o peinados que lo disimulen. El patrón típico es arrancarse el pelo de uno en uno, pero también puede producirse el arrancamiento en manojos (Duke, Keely, Geffken y Storch, 2010). La conducta de arrancamiento puede ocurrir en forma de diversos episodios breves distribuidos a lo largo del día, o en un número menor de episodios que pueden continuar durante horas de forma sostenida. Puede verse acrecentado por situaciones de estrés, aunque puede ocurrir también en situaciones de relajación o distracción (p. ej., ver la televisión, mirar el móvil, leer un libro, conducir) (Kuhn, Mennella, Magid, Stamu-O' Brien y Kroumpouzou, 2017). La mayoría de los pacientes refieren una sensación previa al arrancamiento de tensión creciente que se elimina cuando se arrancan. No suelen referir dolor. En niños y adolescentes es frecuente la aparición de conductas asociadas como pellizcarse la nariz, morderse los labios y las uñas (Grzesiak, Reich, Szepietowski, Hadryś y Pacan, 2017).

En cuanto a los datos de prevalencia, se estima que la TTM afecta a entre un 0,6 y un 3,4% de la población (Flessner *et al.*, 2006), aunque los datos podrían estar subestimados por la vergüenza que supone para quienes lo padecen, que rara vez acuden a tratamiento.

Por lo general, existen dos patrones de evolución del trastorno: por un lado, en aquellos que lo presentan en la infancia con una edad media inicial de 12 años y picos de aparición a los 5-8 años y a los 13 (Kuhn *et al.*, 2017), y, por otro lado, los casos crónicos, presentes en adultos que han continuado con este hábito desde la adolescencia o en los que el trastorno debuta en la adultez. En el primero de los casos el pronóstico suele ser benigno y el trastorno tiende a desaparecer, pero el segundo patrón, se presenta en comorbilidad con otros trastornos y requiere intervención psicológica (Ramot, Maly, Horev y Zlotogorski, 2013).

Este trastorno suele debutar generalmente en la infancia y adolescencia, manifestándose antes de los 16 años en el 85% de los adolescentes, siendo en la infancia igual de prevalente en los dos géneros. Sin embargo, en la adolescencia y edad adulta, es un trastorno eminentemente femenino, en una proporción de 10 a 1 (APA, 2014; Ruipérez y López, 2008; Woods *et al.*, 2006), aunque esto podría reflejar también una mayor preocupación por la imagen, o mayor presión personal social por acceder al tratamiento al tiempo que los hombres están expuestos a un menor estigma social, al ser común el afeitarse la cabeza o la calvicie de patrón masculino (Duke *et al.*, 2010). En España los datos al respecto son escasos, encontrándose en un estudio con universitarios en Cataluña que la TTM estaba presente en un 21.61% de la muestra femenina y en un 9.7% de la muestra masculina (Icart, Icart y Pulpón, 2006). Con respecto a la comorbilidad con otros trastornos, se ha observado coexistencia con los trastornos de ansiedad y del comportamiento perturbador en niños y adolescentes (Asz-Sigall *et al.*, 2010) y con trastornos de ansiedad, del estado de ánimo, de abusos de sustancias, de la personalidad o incluso del comportamiento alimentario (Franklin *et al.*, 2011; Woods y Houghton, 2014) y va asociado a un estrés notable (Duke *et al.*, 2010). Las personas con TTM tienen menor satisfacción con su vida y con sus relaciones

de pareja, mayores niveles de angustia y ansiedad social, así como baja autoestima, relacionada con las preocupaciones acerca de la apariencia y la frustración con la incapacidad de controlar el arrancarse el pelo (Boulougouris *et al.*, 2010), lo que a su vez aumenta la sintomatología.

El objetivo del presente trabajo es presentar una intervención en la que se ha abordado desde la filosofía de ACT un caso de TTM. Tradicionalmente en lo que se refiere a intervención, el entrenamiento de reversión de hábitos (TRH; Azrin y Nunn, 1973) ha sido el tratamiento por elección durante décadas (Bate, Malouff, Thorsteinsson y Bhullar, 2011). No obstante, en los últimos años, se ha combinado con otras técnicas de intervención como la ACT (Hayes, Strosahl y Wilson, 2011) y la terapia dialéctica conductual (DBT; Linehan, 1993) con el propósito de mejorar su eficacia.

Así, en un primer estudio, Twohig y Woods (2004), aplicaron a seis participantes un protocolo de siete sesiones en el combinaban ACT con HRT, encontrando resultados positivos en cuatro de los participantes, que se mantuvieron en tres de ellos en el seguimiento realizado a los tres meses. Posteriormente, Flessner, Wetterneck y Woods (2006), en un ensayo controlado aplicaron un protocolo de ACT y HRT encontrando mejoras en un 66% de los participantes. Crosby, Dehlin, Mitchell y Twohig (2012) aplicaron ocho sesiones de ACT/HRT, con buenos resultados en cinco pacientes, aunque con pobres efectos en el mantenimiento. Del mismo modo, ACT ha mostrado su eficacia en adolescentes, encontrándose una mayor aceptación, disminuciones de tracción clínicamente significativas en el tratamiento, así como disminución del deterioro personal y la angustia tras la intervención de un protocolo ACT de 11 y 12 sesiones (Fine *et al.*, 2012). En lo relativo a la ACT como tratamiento independiente los hallazgos disponibles son más limitados, estando reducidos a tan sólo un estudio controlado (Lee *et al.*, 2020). Dicho estudio, trabajó con una muestra de 14 adolescentes y 25 adultos que fueron distribuidos aleatoriamente a la condición de tratamiento y a una lista de control, encontrándose mejoras significativas en el grupo que pasó por la condición de ACT, siendo más eficaz la intervención en los adultos.

La hipótesis de partida contempla que la ACT por sí sola será eficaz en la reducción significativa de la sintomatología clínica en un estudio de caso, estando estos resultados mediados por el incremento de la flexibilidad psicológica. Esperamos que esta contribución permita esclarecer el papel de la ACT en el tratamiento del TTM.

Método

Participantes

L. es una chica de 19 años que cursa segundo de bachillerato. Aunque acude a consulta a demanda de sus padres, L. es consciente de su problema y se muestra colaboradora con la intervención. Con respecto a su historia de desarrollo, carece de problemas en su desarrollo evolutivo. L. vive con sus padres y es hija única. Los padres se muestran comprensivos con L. con cierta tendencia a la sobreprotección,

aunque manifiestan “no saber cómo tratarla, cómo disuadirla para que deje de arrancarse el pelo”. En la entrevista clínica suscita que el problema le está generando un importante malestar y un elevado costo a nivel personal.

L. cuenta con buenas relaciones familiares y un círculo social de amigos, aunque refiere ciertos eventos estresantes a lo largo del último año (último curso de Bachillerato, miedo a la selectividad y alta presión para acceder a la titulación deseada, lo que unido a su alta autoexigencia le genera gran ansiedad), situación que se ve agudizada por la ruptura con su pareja (tres meses antes de acudir a consulta, y con la que mantenía una relación de año y medio, relación que ella valoraba como muy positiva). Dice “sentirse totalmente incapaz de conseguir la nota que ella necesita”, y que “en realidad debería replantearse estudiar otra carrera más sencilla”. En cuanto a antecedentes personales psiquiátricos no se refiere ninguno que revista mayor atención. L. niega consumir sustancias.

L. dice sentir miedo a que los demás la descubran, evitando cada vez más relacionarse con los demás o asistir a fiestas y otros eventos sociales. De este modo, sus reforzadores sociales y la calidad de los mismos se han visto considerablemente reducidos. Comenta no obtener satisfacción de su tiempo libre. La relación con los padres también está comenzando a verse afectada pues L. evita a toda costa hablar del problema y discute muy a menudo con ellos, de los que dice que “no me entienden”. Por otro lado, si bien, siempre ha tenido un rendimiento académico muy alto, durante los dos últimos meses se ha producido un descenso significativo en las calificaciones, lo que a su vez le genera más ansiedad. Asimismo, refiere dificultades de concentración y una gran ansiedad anticipatoria. Comenta padecer esporádicamente dificultades para dormir y problemas de apetito. En cuanto a su autoestima, esta parece haberse mermado también: dice sentirse “horrible y fea”, incapaz de gustarle a nadie. No existen antecedentes familiares de este tipo de problemas.

Instrumentos

- a) Entrevista clínica. En formato abierto y no estructurado, se recogió información relativa a la topografía del problema: momento de inicio, frecuencia del comportamiento, cantidad de vello arrancado y localización del mismo, las estrategias para hacer frente a la situación, situación emocional antes y después de la conducta de tracción, así como el apoyo social y familiar del que se dispone.
- b) “Cuestionario de aceptación y acción II” (*Acceptance and Action Questionnaire-II*, AAQ-II, Bond *et al.*, 2011) adaptación española de Ruiz, Langer-Herrera, Luciano, Cangas y Beltrán (2013). Se trata de una medida genérica de la evitación experiencial y de la inflexibilidad psicológica. Consta de siete ítems con una escala Likert de siete puntos en la que las puntuaciones altas indican un mayor grado de evitación y una menor aceptación psicológica. Su consistencia interna es buena ($\alpha = 0,88$) (Beltrán, Cangas, Langer, Luciano y Ruiz, 2013).
- c) Autorregistro. Pretende recabar las relaciones antecedentes-respuesta-consecuentes, relativas a la conducta de arrancarse el pelo, un aspecto de vital

importancia para la elaboración del análisis funcional. Se le pidió que estimase el número de pelos arrancados (véase anexo 1).

- d) "Formulario narrativo de valores" (*Values Narrative Form*; Hayes, Strosahl y Wilson, 1999). Se trata de un instrumento para describir brevemente los principales valores en cada área: 1) relaciones íntimas/pareja/matrimonio, 2) relaciones familiares, 3) amigos y relaciones sociales, 4) empleo y carrera, 5) desarrollo personal/educación, 6) ocio, 7) espiritualidad, 8) ciudadanía y 9) salud/bienestar físico.
- e) "Cuestionario de valores" (Wilson y Luciano, 2002). Se trata de un formulario con dos etapas, en el que, en primer lugar, se ha de valorar la importancia de cada una de las áreas (p. ej., ámbito académico laboral, relaciones sociales, imagen personal) utilizando una escala de 1 a 10, y en segundo lugar, estimar una puntuación de 1 a 10 que refleje cuánto de consistente ha sido la persona viviendo en dirección a sus valores.
- f) "Formulario de estimación de valores" (*Values Assessment Rating Form*; Hayes et al., 1999). Se trata de un formulario donde el participante tiene que valorar de 1-10 (1= nada importante; 10= muy importante) el grado de importancia y satisfacción en el último mes en cada área de valores. Finalmente tiene que poner en orden de importancia las diferentes áreas de valores. En este estudio sólo se utilizó esta última parte, la relativa a ordenar según el grado de importancia cada una de las facetas valiosas, pues ya se toman anteriormente otras medidas relacionadas con el grado de importancia de cada una de las facetas por separado.
- g) "Formulario de metas, acciones y barreras" (*Goals, Actions, Barriers Form*; Hayes et al., 1999). Se trata de un registro donde el paciente, con ayuda del terapeuta, va señalando los objetivos y acciones concretas que puede realizar en consonancia con lo que considera *valioso* en su vida, así como las barreras y obstáculos para dirigirse en dirección a estos valores.

Procedimiento

Se adoptó la ACT como estrategia de intervención en la eliminación del TEE. El objetivo central de ésta fue flexibilizar la conducta, esto es enseñar la distinción entre los eventos privados problemáticos y la persona que los tiene (yo contenido vs. yo contexto), para romper con la literalidad ante la presencia de éstos. De este modo, se mostró la responsabilidad con las elecciones, aceptando aquello que no podía ser cambiado y comprometiéndose en sus acciones en dirección a sus valores.

En las primeras sesiones se trabajó la relación terapéutica, estableciendo las claves para una buena alianza que permita recoger la información relevante de forma eficaz y generar un contexto en el que situar la terapia. Se indicó que estas primeras sesiones irían enfocadas en la recogida de datos acerca del caso, así como sus objetivos y preocupaciones. De este modo, la terapeuta hizo una entrevista a L. que permitió recoger información fundamental para analizar funcionalmente el problema y ajustar la intervención a la casuística. En dicha entrevista, por ejemplo, la terapeuta preguntaba hasta qué punto el hábito de

arrancarse el pelo interfería con su vida y con qué estímulos relacionaba dicha conducta (estímulos ambientales/eventos privados). Se indagó también por otras estrategias de regulación y por cuáles eran las consecuencias de estas acciones a corto y largo plazo. Además, se aplicaron también los instrumentos de evaluación más arriba detallados. La evaluación hizo hincapié en los valores dado que estos son el horizonte al que se pretende llegar, marcando la dirección de la terapia al tocar "lo que de verdad importa al paciente". Por ello, se evalúan aspectos cuáles son estas facetas valiosas, qué importancia tienen para la paciente, cómo de satisfecha está con la situación actual con respecto a estos o cuál es la frecuencia de acciones valiosas y estrategias de evitación que se comportan como barreras para la consecución de los mismos.

La paciente debía completar semanalmente en casa el autorregistro, la frecuencia de acciones valiosas y estrategias de evitación y la satisfacción con los comportamientos hacia valores y nivel de malestar. Tras la intervención se administró además una entrevista estructurada similar a la aplicada en la evaluación, donde se indagaba por la topografía del problema, así como, el AAQ-II, que confirmó que el trastorno había remitido y que, por tanto, era conveniente dar el alta clínica. Con respecto al seguimiento se volvieron a aplicar los mismos instrumentos de medida que en la entrevista inicial con lo que se pudieron comprobar los cambios respecto a la línea base.

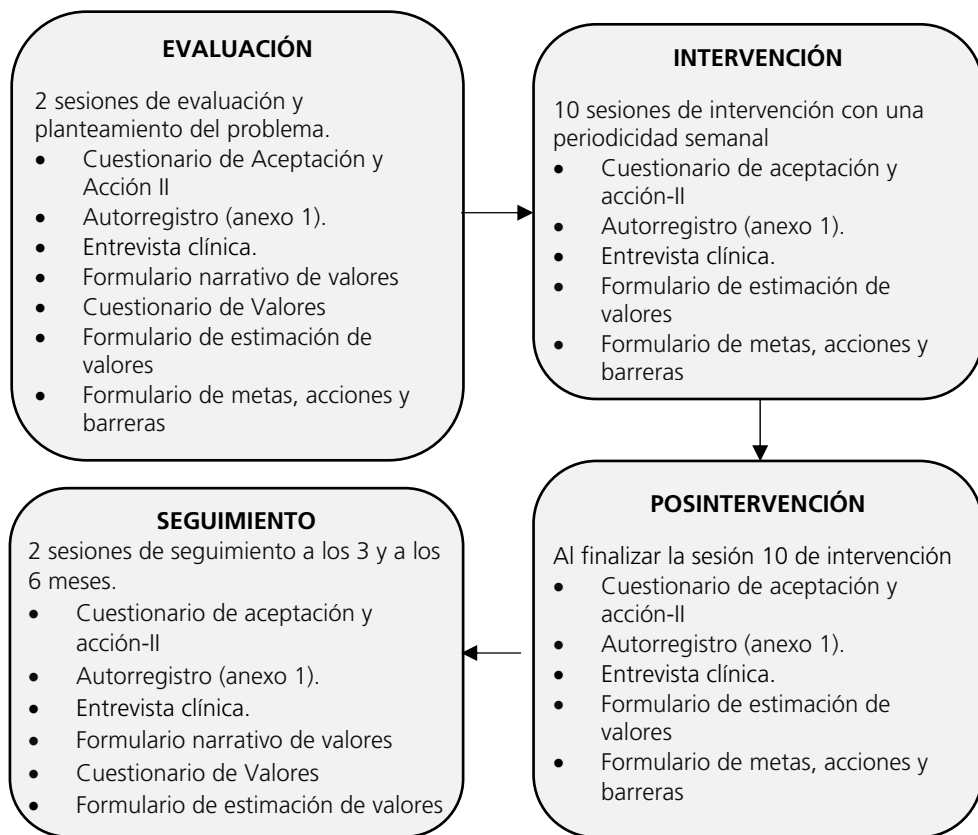
Se llevaron a cabo dos sesiones de evaluación y planteamiento del problema, 10 sesiones de intervención con una periodicidad semanal y dos sesiones de seguimiento a los 3 y 6 meses. La última sesión de intervención coincide con la evaluación posintervención, puesto que se aplicaron los instrumentos de evaluación tras finalizar la sesión. Se produjo la intervención de dos terapeutas, uno de ellos encargado de dirigir la intervención, y el otro que se encargó de las labores de supervisión, realizando las anotaciones oportunas, ya que no se produjo la grabación de las sesiones (figura 1).

ANÁLISIS FUNCIONAL

Desde hace aproximadamente un año, L. refiere seleccionar cuidadosamente de uno en uno cabellos de su cabeza y arrancarlos. El momento crítico para la ocurrencia del arrancamiento de pelo es por la tarde, después de comer, cuando se dispone a realizar los deberes y a estudiar. Hasta el momento sólo se arranca pelo de la cabeza y sólo lo hace cuando está sola en casa o en su habitación. No lo ingiere ni lo muerde. El problema se ha visto agravado en los últimos meses debido al carácter estresante de las últimas vivencias personales. Manifiesta no saber por qué lo hace, refiere sentir gran ansiedad antes de la conducta de arrancamiento, "una tensión muy grande, un impulso constante dentro de mí que me domina" verbalizando que una vez que esta se produce, "los nervios se paran un poco". Sin embargo, tras el alivio le sobreviene la culpa cuando ve los montones de pelo que se ha arrancado. La paciente refiere que hasta hace poco evitaba que sus padres se dieran cuenta del problema, tirando los pelos por el inodoro. Sin embargo, el problema pronto se hizo evidente. L. dice haber ocultado el problema durante mucho tiempo por vergüenza, por considerarse "una enferma o una loca". De

hecho, la paciente refiere sentirse avergonzada puesto que comienza a presentar algunas calvas por la cabeza, que disimula con gorras, pañuelos y diferentes peinados con los que superpone mechones de pelo. Si bien hace unos años tuvo un episodio de ansiedad, coincidiendo con la transición a la educación secundaria, este revistió menor gravedad y remitió sin tratamiento.

Figura 1
Resumen del procedimiento



En el caso de L. se observa que está atrapada en un patrón de regulación iniciado posiblemente por una serie de circunstancias con una carga altamente estresante. Así la ruptura con su pareja, que refiere era “una gran fuente de apoyo y consuelo”, junto con la elevada autoexigencia y presión para lograr las calificaciones necesarias para acceder a la titulación deseada, así como la ansiedad por los exámenes y por la propia prueba de selectividad generan una alta tensión en L. Del mismo modo, ciertas creencias acerca de la incapacidad para enfrentarse a ciertas situaciones y el excesivo perfeccionismo podrían actuar como facilitadoras

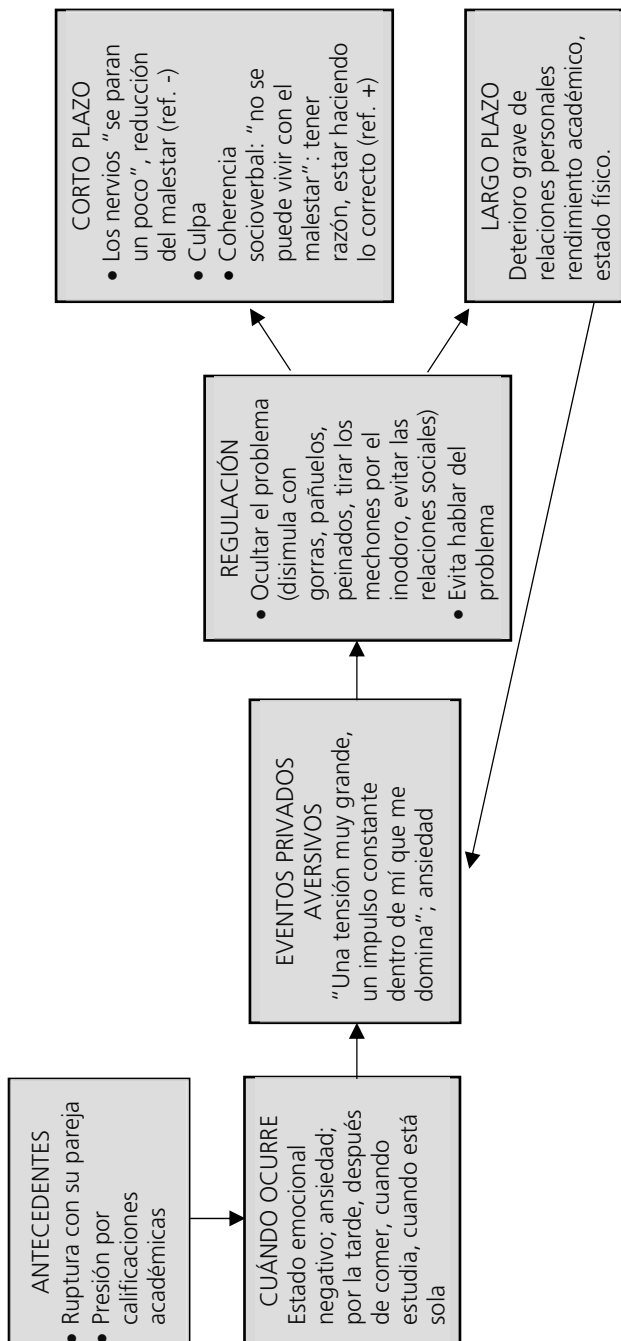
de este comportamiento. Todo esto propicia un estado afectivo negativo, que podría actuar como señal discriminativa disparadora del episodio de tracción. Una vez se produce el arrancamiento, la tensión se reduce a corto plazo, al tiempo que se evita contactar con aquellas sensaciones o recuerdos que generan malestar, disminuyéndose momentáneamente la angustia y la tensión e informando cierto alivio mientras está inmersa en este patrón. Además, el tratar a toda costa de contactar con estos eventos privados aversivos guarda coherencia con lo establecido socioverbalmente, la tendencia a demonizar el malestar y a no tolerar la convivencia con el mismo bajo ningún concepto, por lo que, L. tiene la convicción de “tener razón, estar haciendo lo correcto” (refuerzo positivo), al implicarse en este tipo de regulación. De este modo, este patrón de regulación problemático, TEE, quedaría reforzado negativa y positivamente, siendo eficaz a corto plazo al producir alivio inmediato. Sin embargo, a largo plazo este despliegue de comportamientos regulado por contingencias dirigidas al control y evitación del malestar resulta altamente problemático, al oponerse a lo que L. considera importante en su vida: sus relaciones personales (mermadas por el miedo a que la descubran y la angustia a las evaluaciones negativas de los demás), su rendimiento académico, el acceso a los estudios deseados y unas secuelas físicas, al tiempo que el trastorno será cada vez más “extenso”, esto es afectará a un mayor número de facetas de su vida, quedando la persona atrapada en un círculo vicioso, en el que la frustración por no conseguir los objetivos esperados le llevan a una lucha mayor para tratar de obtener el control, redundando en mayor evitación experiencial (figura 2).

GENERAR EXPERIENCIA DE DESESPERANZA CREATIVA

En las primeras sesiones comenzó a trabajarse con el componente de la desesperanza creativa. Para ello el terapeuta guio a L. en la elaboración de un esquema en el que quedaron recogidas todas las acciones encaminadas a no establecer contacto, reducir o eliminar el sufrimiento psicológico. Así, se “radiografió” el problema, en el que se recogían los miedos, preocupaciones de L. (preocupación por los estudios, por su propia imagen, miedo a la evaluación de los otros), así como, lo que había hecho para quitarlos de su cabeza (meditar, tratar de distraerse, evitar salir con los amigos, arrancarse el pelo...) y los resultados obtenidos.

De este modo, se pretendía confrontarla con su propuso quehacer, las intenciones de sus acciones y los resultados obtenidos, esto es, la tensión, el nerviosismo y el malestar como estímulo discriminativo de la conducta de arrancarse el pelo y esta a su vez como refuerzo negativo de esta situación aversiva. Esto genera desesperanza en el paciente, puesto que todos los intentos para acabar con el problema han sido en vano, conduciendo por el contrario a una vida más limitada, al tiempo que la sintomatología, aunque a corto plazo desaparece, a la larga controla cada vez más su vida. La desesperanza surgió al darse cuenta de lo que se estaba dejando en el camino, para lo que se recurrió a la *metáfora del jardín* (Wilson y Luciano, 2002, p.113). De este modo, se permitió explorar las áreas de valor y el grado de afectación de las mismas. A través de esta

Figura 2
Esquema de análisis funcional



metáfora se llegó a la confrontación con los intentos desesperados de quitarse el malestar, las malas hierbas, lo que provoca un descuido de las plantas bonitas, lo realmente valioso en la vida. Si bien el patrón no estaba altamente cronificado, a lo largo de la intervención hubo más oportunidades de experimentar la desesperanza creativa, retomando esta metáfora. Por citar un ejemplo, en una de las sesiones, L. refirió haber rehusado una invitación a una fiesta de cumpleaños por la inseguridad con su imagen física. En estas ocasiones se le invitaba a abandonar la evitación de este tipo de experiencias, a no luchar contra el malestar, puesto que este tipo de acciones parecían más “encaminadas en acabar con las malas hierbas, en lugar de cuidar las plantas con flores de su jardín”. De este modo, el proceso de desesperanza, si bien, genera desazón al constatar que todos los esfuerzos desplegados por la paciente para tratar de acabar con el problema (meditar, tratar de pensar en otras cosas, quedarse en casa, arrancarse el pelo...) no han hecho sino extenderlo y hacerlo más presente en su vida, es también un proceso creativo, al permitir contemplar de forma no instructiva otras estrategias de actuaciones futuras. Para ilustrar esto se recurrió a la *metáfora del granjero y el asno* (Wilson y Luciano, 2002, p.127). De lo que se trata con este tipo de ejercicios, es de que el paciente sea capaz de conectar esta metáfora con sus vivencias personales al darse cuenta de que al igual que el asno de la historia, atrapado en el pozo, ellos están enterrados en sus dificultades. Quizá la solución, igual que en el caso del asno que al pisotear la tierra con la que lo enterraban logra salir del pozo, sea “pisotear” sus problemas y no luchar contra ellos.

CLARIFICACIÓN DE VALORES

Los valores tienen un aspecto central en el transcurso de esta terapia, puesto que marcan la dirección en la vida que determinarán las acciones que es necesario desplegar. Por ello es fundamental que el paciente tenga bien establecido cuáles son sus valores, qué es lo que considera importante en su vida, ayudando a conectarlos con ellos, a identificarlos. Para ello, se preguntó directamente “¿qué es lo más importante en tu vida? Si no fuera por el problema que te ha traído hasta aquí, ¿qué estarías haciendo? Así, se trató de precisar los valores de L., al tiempo que se le pidieron líneas de actuación generales enmarcadas en las diferentes facetas señaladas (relaciones sociales y familiares, académicas, de autocuidado), así como objetivos y acciones concretas que le llevarían por el camino de esos valores.

De este modo, fueron saliendo respuestas como la familia, los amigos, pero también acciones más precisas, como “sacar buenas notas”, “llegar a ser una buena profesional”, “quererme un poco más”, “implicarme más con mis amigas”. De nuevo, se conectó con la metáfora del jardín, expuesta en sesiones anteriores y se le preguntó por los obstáculos para cuidar del mismo. Así fueron saliendo las dificultades que podrían encontrarse en el camino hacia estos valores: “esta tensión que no me deja”, “los nervios que no paran”, “mi obsesión con las notas”. Continuando con el símil se le hizo caer en la cuenta de que si quiere un bonito jardín es necesario un trabajo constante, que al principio es de gran dureza. Incluso podría ocurrir que, aun trabajándolo, no brotaran frutos, es decir, no se tiene control sobre los resultados, pero la única forma de acercarse a lo que se

valora es trabajar en esa dirección. Finalmente, se planteó la *metáfora de la tortuga* (Wilson y Luciano, 2002, p.159), que muestra la importancia de exponerse a lo que duela, ya que, pese al “malestar” es un “malestar con su vida”, por lo que exponerse está al servicio de ésta. Se le preguntó a la paciente cuáles serían sus crías, con lo que quedaron nuevamente definidas las direcciones hacia las que tendría que dirigir sus acciones. De este modo, a partir de ese momento la terapia se centró en “retomar su vida”.

EXPOSICIÓN A LOS EVENTOS PRIVADOS, COMPROMISO CON LOS VALORES, DESLITERALIZACIÓN O DESACTIVACIÓN DE LAS FUNCIONES VERBALES Y LA PERSPECTIVA DEL YO

La filosofía de la intervención estuvo centrada principalmente en sentar las bases para que L. dejase de estar centrada en suprimir, mitigar, o eliminar la sintomatología y se dirigiera en dirección a lo que quería en su vida (una vez que se trabajó la clarificación de valores en sesiones previas), haciendo hueco al malestar, a la tensión, así como, a todas aquellas emociones evitadas y/o suprimidas. Para ello se trabajó con diversos ejercicios experienciales, como el ejercicio *¿cuáles son los números?* (Wilson y Luciano, 2002, p.143). De este modo, L. llegó a aceptar que hay cosas que no pueden ser cambiadas y que tratar de quitarse lo que molesta o perturba, como problema, es estar centrado en el problema y no avanzar.

Con objeto de permitirle detectar la lucha con todo esto y abandonarla, se introdujo el ejercicio *la lucha con el monstruo* (basada en Hayes *et al.*, 1999). De este modo, la paciente pudo ver que todo este tiempo había estado “alimentando al monstruo” y que siguiendo la metáfora, *cuanto más tira de la cuerda, más próxima está al filo del foso*, por lo que quizá lo más conveniente es dejar de estar pendiente de la cuerda. De este modo, se ejemplifica el costo del control de los eventos privados. L. conectó rápidamente esta metáfora con lo que ella hacía con las situaciones que le generaban malestar. De este modo, se invitó a L. a contactar con el verdadero problema, que no eran “las ganas de arrancarse el pelo”, “la culpa por hacerlo”, “los nervios ante la presión por los exámenes”, sino la respuesta ante éstos con el propósito de controlarlos. De este modo y contrariamente a la costumbre arraigada, o a lo establecido socioverbalmente, se invitó a la paciente a contemplar “las ganas de arrancarse el pelo, la presión previa a la tracción” y hacer otra cosa diferente al modo de actuación tradicional, sino ser capaz de “sentir esas ganas” y responder haciendo “lo que toque” en ese momento, pese a este malestar. Para ello, se invita a L. a que le ponga forma e incluso color a esta necesidad de arrancarse el pelo. Del mismo modo, se le pide que ubique “las ganas” en alguna parte de su cuerpo, que se centre en dónde las siente. Con este tipo de ejercicios se fomenta, no sólo dejar de luchar, sino romper con la literalidad, es decir, acabar con el hecho de que el paciente se comporte ante las palabras o pensamientos como si fueran los hechos que representan. Por ejemplo, cuando le sobrevienen pensamientos del tipo “voy a suspender todo”, o “estoy horrible, me voy a quedar calva”, “todos me miran porque soy un monstruo”, “necesito arrancarme el pelo para aliviar esta tensión” reacciona ante estos de forma “literal” con las mismas sensaciones fisiológicas de tensión o

angustia que si realmente estuvieran ocurriendo. Para trabajar todo esto, se recurrió a diversos ejercicios que le permitieron a la paciente contemplar sus pensamientos y sus sentimientos como lo que son y no lo que dicen. Por ejemplo, se presentó el *ejercicio del limón* (Wilson y Luciano, 2002, p.218). Dicho ejercicio hace hincapié en lo cargadas de funciones que están las palabras (así al pronunciar por primera vez la palabra "limón", automáticamente nos vienen sensaciones sensoriales similares a las que nos vendrían si realmente lo tuviéramos delante o lo estuviéramos saboreando; sin embargo, tras repetir muchas veces dicha palabra, las funciones parecen diluirse y lo único que quedan son los sonidos) y cómo la simple exposición a ellas durante un cierto tiempo hace disminuir esta carga. Se planteó este ejercicio y otros equivalentes, hasta conseguir que L. contactase con sus experiencias privadas, sin que estas supusieran una alteración en su plan de vida.

Otro de los aspectos esenciales en el modelo hexaflex de ACT es la diferenciación entre el yo como contenido vs. yo contexto. Se trata de generar la experiencia del yo, ser capaz de devolverle el control sobre sus ideas, puesto que la experiencia de ser L. es algo más que estos eventos aversivos. Para ayudarle a generar este "yo" que trasciende los roles, pensamientos, emociones, el propio cuerpo y otros contenidos con los que llegamos a estar excesivamente identificados se recurrió a la *metáfora de los muebles y la casa*. De este modo, se hizo entender a L. que ella era "la casa" y sus pensamientos, emociones y estados corporales el mobiliario. De esta forma, el mobiliario es simplemente contenido, pero en realidad no dice nada del valor de la casa. Así, se trabaja la aceptación, rompiendo la identificación del contenido con la conciencia. Es más fácil aceptar "tengo el pensamiento de que soy un fracaso de estudiante" que "soy un fracaso de estudiante", enseñando la distinción ente esos pensamientos o contenidos verbales a los que está íntimamente ligada y que son tenidos como molestos, desagradables o terribles (yo como contenido) de la persona que tiene esos pensamientos (yo como contexto) y que es plenamente consciente de que los está teniendo. Una vez generada esta experiencia del yo, como contexto seguro desde el que contemplar estos eventos privados se fomenta su contemplación, el abandono de la lucha por no tenerlos. De este modo, se hizo ver que los muebles bonitos y los feos estaban presentes dentro del mobiliario, pero que ella era algo más que sus pensamientos o ideas, ella era la casa que contenía esos muebles. Obcecada en los muebles, había descuidado la casa.

Como se observa, la intervención (ver anexo 2 para un listado completo de los ejercicios y metáforas utilizadas durante las diferentes sesiones de la intervención) va dirigida no a evitar el arrancamiento del cabello o la tensión que esto genera, sino que se trata de hacer un hueco a este malestar y continuar teniendo en mente los valores que dirigen las acciones, actuando de forma responsable con nuestras elecciones personales.

Resultados

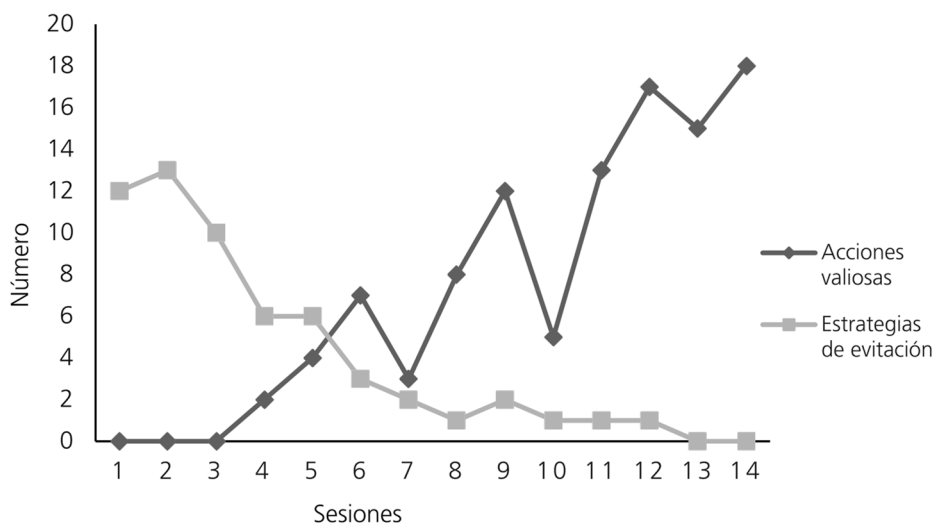
El progreso de L. se produjo en tan sólo 12 sesiones. Si bien, hubo pequeñas recaídas o picos, los constantes exámenes a los que se expuso fueron múltiples

oportunidades de reaccionar y poner en práctica lo aprendido. Igualmente, el deseo de arrancarse el pelo era algo cotidiano por lo que tuvo gran cantidad de oportunidades diarias de exponerse al malestar que esta situación le generaba. Dado que el problema no estaba aún muy cronificado y la paciente estaba altamente motivada a abandonar el problema, el pronóstico fue muy favorable desde el momento inicial. Si bien, al inicio del tratamiento L. confesaba estar muy angustiada y tensa a medida que avanzó el mismo la paciente comenzó a discriminar su propio comportamiento y a identificar la “trampa verbal” en la que estaba cayendo.

La figura 3 muestra algunos de los resultados más destacados tras la intervención. En lo que se refiere al compromiso con las acciones valiosas, se observa cómo L. va implicándose cada vez en un número mayor de acciones coherentes con sus valores, al tiempo que las estrategias de evitación dejan de controlar la conducta.

Figura 3

Frecuencia de acciones valiosas y estrategias de evitación a lo largo de las sesiones

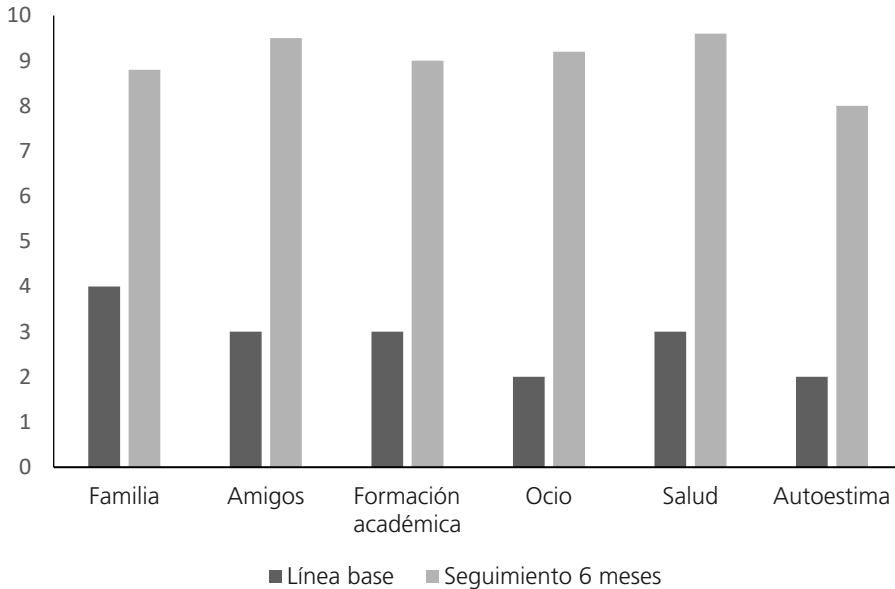


Principalmente las tareas donde más mejoras se produjeron (figura 4) fueron el área familiar, informando L. mejoras significativas en la comunicación y mayor implicación en el ocio familiar, el área académica, retomando su buen rendimiento, el área social, acudiendo a reuniones y eventos sociales y con amigos a los que anteriormente se negaba a acudir, así como el área personal y de autoestima aceptando y cuidando su imagen. De este modo, L. indica haber retomado el deporte. Si bien, no logró obtener la calificación necesaria en junio para acceder a la titulación deseada y esto le supuso una pequeña recaída, de la misma salió fortalecida y decidió una actuación coherente con sus valores,

estudiando durante el verano y repitiendo los exámenes de la prueba de acceso para subir la nota. Con respecto a su círculo social, ha ampliado el mismo, e incluso se ha apuntado a una actividad de voluntariado, realizando diversos viajes. Cuenta ahora, por tanto, con una red social de apoyo más potente.

Figura 4

Satisfacción con las diferentes áreas de la vida línea de base vs. seguimiento



Al mismo tiempo, se produce una disminución en el número de estrategias de evitación, hasta que en el seguimiento son prácticamente inexistentes (figuras 5 y 6). En efecto, al finalizar la intervención ha desaparecido la conducta de tracción. Esto es coherente con un aumento en la satisfacción con los comportamientos dirigidos hacia valores. Es conveniente señalar, que tal y como se preveía, la terapia no supone necesariamente la reducción del malestar, sino la consecución de herramientas y estrategias para hacerle frente al mismo, en lugar de enredarse en intentos de suprimirlo a toda costa. Esto se refleja también en las puntuaciones del AAQ-II, en las que puede apreciarse un incremento significativo en la aceptación y flexibilidad psicológica (figura 7).

Figura 5
Satisfacción con los comportamientos hacia valores y nivel de malestar durante el curso de la intervención

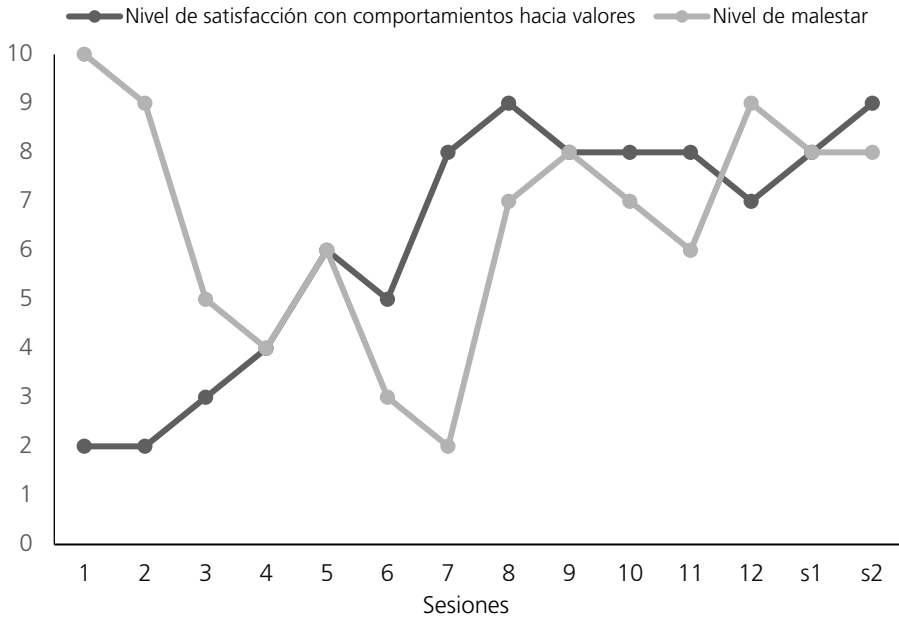


Figura 6
Número de pelos arrancados

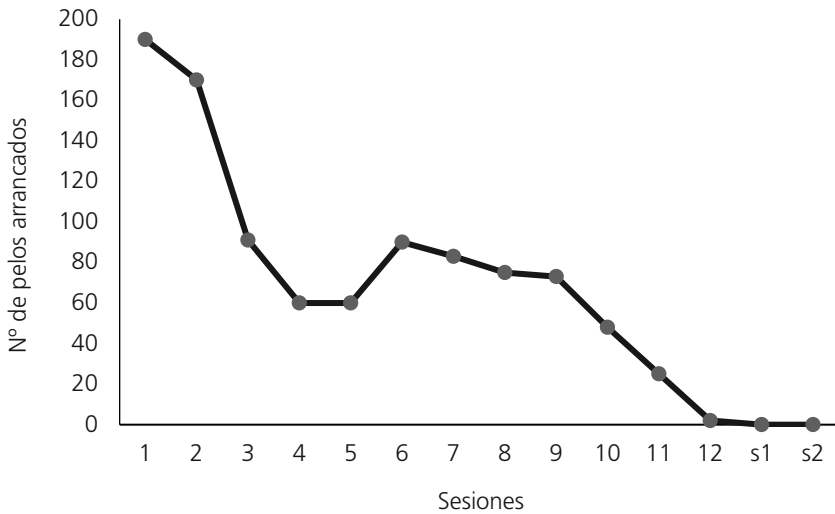
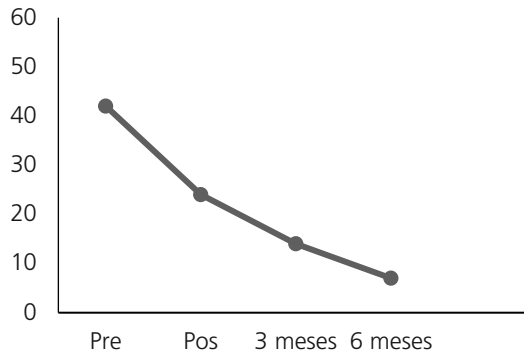


Figura 7

Puntuaciones en el "Cuestionario de aceptación y acción" (AAQ-II)



Discusión

L. presentaba un patrón de regulación altamente limitante en el que la conducta de arrancarse el pelo supone un plan deliberado de evitación experiencial. De este modo, el control de emociones se consigue a costa de arrancarse el pelo. La tracción supone un alivio y satisfacción a corto plazo, pero a la larga supone un alto costo a nivel personal. De este modo, se genera un intento de solución, que no es sino el problema: la lucha por huir de las experiencias desagradables no ha hecho sino involucrarla más en un círculo vicioso desesperante y que la aleja de lo establecido como valioso en su vida.

Los resultados obtenidos confirman la eficacia de una intervención breve con ACT aplicada a un caso de problemas con el control de impulsos, en este caso tricotilomanía. Se aplicó una evaluación al finalizar la intervención donde los niveles de arrancamiento de pelo son prácticamente nulos. Además, estos buenos resultados se han mantenido en el seguimiento realizado a los 3 y 6 meses. Esto iría en la línea de resultados previos en los que intervenciones breves de 12 sesiones de ACT en combinación con otras estrategias han sido de probada eficacia en el abordaje de esta patología (Crosby *et al.*, 2012; Fine *et al.*, 2012; Lee *et al.*, 2020; Twohig y Woods, 2004). Si bien algunos autores (Crosby *et al.*, 2012) recomiendan aumentar el tiempo de la intervención, en este caso el número de sesiones no se amplió puesto que L. respondió bien al tratamiento y en el momento de acudir a consulta, el problema si bien, la angustiaba profundamente, aún no estaba altamente cronificado. Al incorporar dos sesiones de seguimiento, podemos establecer que los resultados se han mantenido en el tiempo y que se han aprendido nuevas formas de regulación ante los eventos problemáticos diferentes de la literalidad.

El éxito principal de esta intervención radica entre otros aspectos en que, a diferencia de otras intervenciones tradicionales, ACT no sitúa el foco de intervención en la sintomatología. De este modo, se ha logrado romper el patrón de inflexibilidad psicológica responsable de la evitación de ciertas sensaciones y experiencias, entre ellas, la necesidad de quitarse la tensión y la ansiedad "a toda

costa”, o la evitación de todo tipo de situaciones sociales en las que podría convertirse en sujeto de evaluación por parte de los demás. En este sentido, se ha tratado el patrón de evitación experiencial de forma radical, puesto que si bien, los eventos privados no han desaparecido ni cambiado su contenido (sigue experimentando tensión, ansiedad, ganas de arrancarse el pelo) ha cambiado su función al aprender formas de respuesta distintas a la literalidad ante la presencia de estos. Los resultados obtenidos, como se comentaba anteriormente, son coherentes con los objetivos de ACT, ya que no existe un interés en cambiar el contenido de los eventos privados valorados como aversivos para reducir de este modo la sintomatología (Falkenstein y Haaga, 2016) sino dejar de invertir esfuerzos desmesurados en su control, eliminación y supresión y centrarse en trabajar en dirección a sus valores (retomar su vida social, mejorar la relación con sus padres, obtener buenas calificaciones...). Esto es, cliente y terapeuta se centraron en definir objetivos y direcciones valiosas, priorizando los valores y el compromiso con estos al dejar de centrarse en el problema, en el malestar, la tensión, la ansiedad y aprendiendo a convivir con “las sensaciones o pensamientos que vengan” independientemente de su contenido. Se ha trabajado, por tanto, en dirección a lograr una vida con sentido personal, sin renunciar al contacto con sus dificultades. En efecto, se ha constatado la disminución de las estrategias de evitación del malestar. Dejar de arrancarse el pelo, sentir la tensión por hacerlo y no hacerlo es una acción que se elige responsablemente al sopesar qué permite cultivar. Además, focalizarse en la dirección de cambio y en el proceso en sí mismo en lugar de en los resultados, ha mostrado tener efectos muy potentes (Páez-Blarrina, Gutiérrez-Martínez, Valdivia-Salas y Luciano, 2006). En otras palabras, no se trata de evitar a toda costa el malestar que sobreviene, sino de elegir estar abierto al mismo, al tiempo que se realizan acciones que favorezcan la consecución de lo que se valora. De este modo, las recaídas no son contempladas como un retroceso, sino como una oportunidad de aprendizaje, para reorientar la vida de forma productiva.

Asimismo, se encuentran mejoras significativas en el grado de satisfacción de lo que L. considera valioso (familia, amigos, formación académica, ocio, salud y autoestima), informando de un mayor número de acciones encaminadas en dirección a estos valores. Por ende, los resultados van en la línea de intervenciones similares en la misma temática (Crosby *et al.*, 2012; Fine *et al.*, 2012; Flessner, Wetterneck, *et al.*, 2006; Lee *et al.*, 2020; Twohig y Woods, 2004).

Por otro lado, en lo que se refiere a la ACT como única forma de intervención los resultados son bastante más limitados, como se ha comentado anteriormente. Hasta la fecha solo se dispone de un estudio controlado (Lee *et al.*, 2020), en el que la ACT se mostró como un tratamiento eficaz. En este sentido, este trabajo pretende profundizar en el esclarecimiento del papel de la ACT como tratamiento de elección en el abordaje de esta problemática en el contexto español (si bien, pese a presentar una topografía diferente, es funcionalmente equivalente a otros trastornos del control de impulsos). En efecto, la TTM es un trastorno muy poco estudiado en España, disponiéndose de escasos datos epidemiológicos. Si bien la incidencia que señala la epidemiología no es muy elevada, los datos podrían estar infrarrepresentados por la vergüenza o autoestigma que provoca que los afectados

en la mayor parte de los casos no busquen tratamiento. Por ello, podría ser interesante el trabajo grupal, donde se priorice el trabajo en aspectos como la vergüenza, el aislamiento social o el miedo a las evaluaciones de los demás (Crocetto, Diefenbach, Hannan, Maltby y Tolin, 2006).

En cualquier caso, y pese a existir evidencias previas del éxito de la ACT en el tratamiento de la TTM, principalmente, como se ha comentado, en combinación con otras estrategias como inversión del hábito o atención plena (*mindfulness*) (p. ej., Crosby *et al.*, 2012; Fine *et al.*, 2012), el presente estudio supone un primer acercamiento al abordaje de la TTM en el contexto español, únicamente desde las aportaciones que supone la ACT. Así los resultados encontrados, en línea con los hallazgos previos sugieren que la flexibilidad psicológica jugaría un rol en el tratamiento (Houghton *et al.*, 2014). La ACT, por tanto, sería un tratamiento potencialmente viable, incluso sin el paquete combinado con otras estrategias. En este sentido, debería continuar afianzándose el trabajo en esta área centrándose en los procesos específicos de cambio.

Referencias

- Altenburger, E. M., Tung, E. S. y Keuthen, N. J. (2014). Body esteem in adolescent hair pullers. *Journal of Behavioral Addictions*, 3, 124-127.
- American Psychiatric Association (2002). *Manual diagnóstico y estadístico de los trastornos mentales DSM-IV-TR*. Barcelona: Masson. (Orig. 2000).
- American Psychiatric Association (2014). *Manual diagnóstico y estadístico de los trastornos mentales DSM-5*. Barcelona: Masson. (Orig. 2013).
- Asz-Sigall, D., Palma-Cortés, M., Garfias-Alemán, P., Vega-Memije, M. E. y Arenas, R. (2010). Tricotilomanía. Una entidad psicodinámica. *Dermatología Cosmética, Médica y Quirúrgica*, 8, 117-126.
- Azrin, N. H. y Nunn, R. G. (1973). Habit reversal: a method of eliminating nervous habits and tics. *Behavioral Research & Therapy*, 11, 619-628.
- Bate, K., Malouff, J., Thorsteinsson, E. y Bhullar, N. (2011). The efficacy of habit reversal therapy for tics, habit disorders, and stuttering: a meta-analytic review. *Clinical Psychology Review*, 31, 865-871.
- Bond, F. W., Hayes, S. C., Baer, R. A., Carpenter, K. M., Guenole, N., Orcutt, H. K., Waltz, T. y Zettle, R. D. (2011). Preliminary psychometric properties of the Acceptance and Action Questionnaire-II: a revised measure of psychological inflexibility and experiential avoidance. *Behavior Therapy*, 42, 676-688.
- 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. (2010). Trichotillomania (compulsive hair pulling) and compulsive skin picking. En G.F. Koob, M. Le Moal y R. F. Thompson (dirs.), *Encyclopedia of behavioral neuroscience, three-volume set, 1-3*, 429-435. Los Ángeles, CA: Academic Press.
- 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, 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, 595-605.

- Duke, D. C., Keeley, M. L., Geffken, G. R. y Storch, E. A. (2010). Trichotillomania: a current review. *Clinical Psychology Review*, 30, 181-193.
- Falkenstein, M. J. y Haaga, D. A. (2016). Symptom accommodation, trichotillomaniaby-proxy, and interpersonal functioning in trichotillomania (hair-pulling disorder). *Comprehensive Psychiatry*, 65, 88-97.
- Ferrao, Y. A., Miguel, E. y Stein, D. J. (2009). Tourette's syndrome, trichotillomania, and obsessive-compulsive disorder: how closely are they related? *Psychiatry Research*, 170, 32-42.
- Fine, K. M., Walther, M. R., Joseph, J. M., Robinson, J., Ricketts, E. J., Bowe, W. E. y Woods, D. W. (2012). Acceptance-enhanced behavior therapy for trichotillomania in adolescents. *Cognitive and Behavioral Practice*, 19, 463-471.
- Flessner, C. A., Franklin, M. E., Goodwin, R. D., Keuthen, N. J., Stein, D. J. y Walther, M. R. (2006). The trichotillomania impact project (TIP): exploring phenomenology, functional impairment, and treatment utilization. *Journal Clinician Psychiatry*, 67, 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, 639-656.
- Flessner, C. A., Woods, D. W., Franklin, M. E., Keuthen, N. J. y Piacentini, J. C. (2009). Cross-sectional study of women with trichotillomania: a preliminary examination of pulling styles, severities, phenomenology and junctional impact. *Child Psychiatry and Human Development*, 40, 153-167.
- Franklin, M. E., Flessner, C. A., Woods, D. W., Keuthen, N. J., Piacentini, J. C., Moore, P., Stein, D. J., Cohen, S. B. y Wilson, M. A. (2008). The child and adolescent trichotillomania impact project: descriptive psychopathology, comorbidity, functional impairment, and treatment utilization. *Journal of Developmental and Behavioral Pediatrics*, 29, 493-500.
- 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, 97-104.
- Gorter, R. R., Kneepkens, C. M., Mattens, E. C., Aronson, D. C. y Heij, H. A. (2010). Management of trichobezoar: case report and literature review. *Pediatric Surgery International*, 26, 457-463.
- Grzesiak, M., Reich, A., Szepietowski, J. C., Hadrys, T. y Pacan, P. (2017). Trichotillomania among young adults: prevalence and comorbidity. *Acta Dermato-Venereológica*, 97, 509-512.
- Hayes, S. C., Barnes-Holmes, D. y Roche, B. (2001). *Relational frame theory: a post-Skinnerian account of human language and cognition*. Nueva York, NY: Plenum.
- Hayes, S. C., Strosahl, K. y Wilson, K. (1999). *Acceptance and commitment therapy: an experiential approach to behavior change*. Nueva York, NY: Guilford.
- Hayes, S., Strosahl, K. y Wilson, K. (2011). *Acceptance and commitment therapy: the process and practice of mindful change*. Nueva York, NY: Guilford.
- Hayes, S. C., Wilson, K. W., Gifford, E. V., Follette, V. M. y Strosahl, K. (1996). Experiential avoidance and behavioral disorders: a functional dimensional approach to diagnosis and treatment. *Journal of Consulting and Clinical Psychology*, 64, 1152-1168.
- Houghton, D. C., Compton, S. N., Twohig, M. P., Saunders, S. M., Franklin, M. E., NealBarnett, A. M. y Woods, D. W. (2014). Measuring the role of psychological inflexibility in trichotillomania. *Psychiatry Research*, 220, 356-361.

- 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, 1575-1813.
- Jaisooraya, T.S., Reddy, Y.C. y Srinath, S. (2003). The relationship of obsessive-compulsive disorder to putative spectrum disorders: results from an Indian study. *Comprehensive Psychiatry*, 44, 317-323.
- Kuhn, H., Mennella, C., Magid, M., Stamu-O'Brien, C. y Kroumpouzos, G. (2017). Psychocutaneous disease: clinical perspectives. *Journal of the American Academy of Dermatology*, 76, 779-791.
- Lee, E., Homan, K., Morrison, K., Ong, C., Levin, M. y Twohig, M. (2020). Acceptance and commitment therapy for trichotillomania: a randomized controlled trial of adults and adolescents. *Behavior Modification*, 44, 70-91.
- Linehan, M. M. (1993). *Diagnosis and treatment of mental disorders. Cognitive-behavioral treatment of borderline personality disorder*. Nueva York, NY: Guilford.
- Páez-Blarrina, M., Gutiérrez-Martínez, O., Valdivia-Salas, S. y Luciano-Soriano, M. C. (2006). Terapia de aceptación y compromiso (ACT) y la importancia de los valores personales en el contexto de la terapia psicológica. *International Journal of Psychology and Psychological Therapy*, 6, 1-20.
- Papadopoulos, A. J., Janniger, C. K., Chodynicky, M. P. y Schwartz, R. B. (2003). Trichotillomania. *Internacional Journal of Dermatology*, 42, 330-334.
- Pérez-Elizondo, A. D., Pineda-Pineda, J. A. y Arellano-Flores, J. (2012). Tricotilomanía: investigando una patología desapercibida. *Revista Argentina de Dermatología*, 93, 21-32.
- Ramot, Y., Maly, A., Horev, L. y Zlotogorki, A. (2013). Familial trichotillomania in three generations. *International Journal of Trichology*, 5, 86-87.
- Ruipérez, D. y López, L. (2008). Tricotilomanía: La necesidad de arrancarse el cabello. En D. Ruipérez y L. López (dirs.), *Mi mente es mi enemigo: testimonios de personas con trastornos psíquicos* (pp. 200-206). México: Edaf.
- Ruiz, F. J. (2010). A review of acceptance and commitment therapy (ACT) empirical evidence: correlational, experimental psychopathology, component and outcome studies. *International Journal of Psychology and Psychological Therapy*, 10, 125-162.
- Ruiz, F. J., Langer Herrera, A. I., Luciano, C., Cangas, A. J. y Beltrán, I. (2013). Measuring experiential avoidance and psychological inflexibility: the Spanish version of the Acceptance and Action Questionnaire-II. *Psicothema*, 25, 123-129.
- Sarmiento, M. D. y Niño, M. V. (2012). La tricotilomanía en una adolescente. El abordaje desde la perspectiva psicodinámica. *Psimonart*, 4, 99-106.
- Tung, E. S., Flessner, C. A., Grant, J. E. y Keuthen, N. J. (2015). Predictors of life disability in trichotillomania. *Comprehensive Psychiatry*, 56, 239-244.
- Twohig, M.P. y Woods, D.W. (2004). A preliminary investigation of acceptance and commitment therapy and habit reversal as a treatment of trichotillomania. *Behavior Therapy*, 35, 803-820.
- Wilson, K. G. y Luciano, C. (2002). *Terapia de aceptación y compromiso: un tratamiento conductual orientado a los valores*. Madrid: Pirámide.
- Woods, D. W., Flessner, C. A., Franklin, M. E., Keuthen, N. J., Goodwin, R. D., Stein, D. J. y Walther, M. R. (2006). The trichotillomania impact project (TIP): exploring phenomenology, functional impairment, and treatment utilization. *The Journal of Clinical Psychiatry*, 67, 1877-1888.

RECIBIDO: 13 de junio de 2019

ACEPTADO: 16 de octubre de 2019

Anexo 1

Ejemplo de autorregistro y respuesta de L.

Fecha	Situación	Antecedentes	Respuesta	Consecuencias	Nº pelos
23/11/2018	En casa sola, a la hora de estudiar, cuando me viene el agobio por los exámenes	Tensión por todo el cuerpo, desazón, nervios, ansiedad	Tirar del pelo hasta arrancarlo	Ligero dolor por el tirón. Alivio momentáneo de la tensión. Sentimiento de culpabilidad	

Anexo 2

Metáforas y ejercicios utilizados durante la intervención

Metáforas y ejercicios	Número de la sesión													
	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	11	12	s.1	s.2
Ejercicio de nada importa								x						
Ejercicio de los calcetines Perigó								x						
El hombre en el hoyo									x					
Ejercicio de ¿cuáles son los números?				x										
Metáfora de la tortuga				x									x	
Ejercicio de la radio siempre encendida									x					
La lucha con el monstruo					x									
Ejercicio de saborear el limón						x								
La casa y los muebles							x							
Ejercicio de los elefantes rosas										x				
Ejercicio de la herida mal curada												x		
Metáfora del jardín			x											
Metáfora del granjero y el asno			x											

Nota: s.1= seguimiento 1; s.2= seguimiento 2.