



Grado en Psicología  
Trabajo de Fin de Grado  
Curso 2015/2016  
Convocatoria Junio

**Modalidad:** Diseño de una propuesta de intervención.

**Título:** Propuesta de intervención para la tricotilomanía basada en la Terapia de aceptación y compromiso (ACT) y en la atención plena (*Mindfulness*).

**Autor:** Beatriz Moreno Amador

**Tutora:** Gemma Benavides Gil

Elche, a 17 de Junio de 2016

## Índice

1. Resumen.....	p. 3
2. Introducción.....	p. 4
3. Método.....	p. 12
4. Discusión/Conclusión.....	p. 17
5. Referencias bibliográficas.....	p. 19
6. Anexos.....	p. 22
Anexo A. Detalle del programa de intervención.....	p. 22
Anexo B. Criterios diagnósticos de la tricotilomanía.....	p. 37
Anexo C. Entrevista semi-estructurada.....	p. 38
Anexo D. Contrato Terapéutico y Consentimiento informado.....	p. 40
Anexo E. Tareas para casa.....	p. 41
Anexo F. Material empleado en la realización de las sesiones.....	p. 47



## 1. Resumen

El presente trabajo tiene como objetivo el desarrollo de un programa de intervención para la tricotilomanía centrado en la Terapia de aceptación y compromiso y en *Mindfulness*. Tras una exhaustiva revisión bibliográfica sobre los modelos explicativos de la tricotilomanía, se plantea la posibilidad de que se trate de un trastorno vinculado a la evitación experiencial, en el cual estén presentes elementos de regulación emocional, así como la interferencia directa de creencias y pensamientos negativos. Por ello se propone el desarrollo de una intervención enfocada en trabajar la aceptación y el compromiso con los valores personales, de manera que la persona se abra a su experiencia presente estando o no la tracción de su pelo, y aprenda a convivir con ella de manera que no determine todas sus decisiones y pueda encaminarse a la consecución de sus valores personales. El programa consta de veintitrés sesiones de periodicidad semanal organizadas en tres fases. En una primera etapa se llevará a cabo la evaluación a través de una entrevista clínica, la Entrevista diagnóstica para la tricotilomanía revisada del DSM-V (APA, 2013), el Cuestionario de Aceptación Acción II (AAQ II, Bond, Hayes, Baer, *et al.*, 2011), la Escala de Atención Consciente (MAAS, Brown y Ryan, 2003), el Inventario de Depresión de Beck-II (BDI-II, Beck, Steer y Brown, 1996) y el Inventario de Ansiedad de Beck (BAI, Beck y Steer, 1988). En la segunda etapa se llevará a cabo la intervención. Y la última etapa se dedicará al seguimiento y a la evaluación postratamiento.

**Palabras clave:** Tricotilomanía, evitación experiencial, terapia de aceptación y compromiso, *mindfulness*, terapias de 3ª generación.

**Abstract:** The purpose of this paper is to develop an intervention program for treating trichotillomania based on acceptance and commitment therapy together with *Mindfulness*. After an extensive bibliographic research on explanatory models of trichotillomania, it seems to be a disorder linked with experiential avoidance, in which the elements of emotional regulation are present as much as direct interference of negative beliefs and thoughts. Therefore, the work on this intervention is focused on developing acceptance and commitment to personal values, so that the patient opens up towards their current experience, with or without pulling their hair out, as they should learn to live accepting it in order not to let it determine all the decisions they make and help them to achieve their personal values. The program consists of twenty three weekly sessions divided into three phases. Firstly, there will be an evaluation carried out during a clinical interview, the Diagnostic Interview for the trichotillomania from DSM-V (APA, 2013), Acceptance & Action Questionnaire II (AAQ II, Bond, Hayes,

Baer, et al., 2011), Mindful Attention Awareness Scale (MAAS, Brown and Ryan, 2003), the Beck Depression Inventory-II (BDI-II, Beck, Steer & Brown, 1996) and Beck Anxiety Inventory (BAI, Beck and Steer, 1988). Secondly, the intervention process will be carried out. Lastly, monitoring and post-treatment evaluation will take place in the third part of the intervention.

**Keywords:** Trichotillomania, experiential avoidance, acceptance and commitment therapy, *mindfulness*, 'third wave' of behavioral therapies.

## 2. Introducción

### 2.1. Definición y síntomas

La tricotilomanía (TTM en adelante) se define como la irresistibilidad de arrancarse el propio pelo de manera recurrente, generando como resultado una notable pérdida de pelo y una angustia y deterioro significativos en la calidad de vida de la persona (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 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, Bohne, 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; 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 B y C del DSM-IV-TR (American Psychiatric Association, 2000; véase Anexo B) 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). 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 (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 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).

## 2.2. 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 la tendencia de las personas con TTM a mantenerlo en secreto, 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%) (Boulougouris *et al.*, 2010). Un reciente estudio exploratorio (Bottesi *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).

### 2.3. 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-hipocampal, 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.

#### **2.4. 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 (Almarío 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 (Boulougouris *et al.*, 2010).

## **2.5. 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 (Bottesi *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 español.

Según el meta-análisis realizado por Mansueto, Stein, Stemberger en 2003, se encontraron 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.

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.

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. Teniendo en cuenta la revisión realizada, el objetivo general del presente trabajo es desarrollar una propuesta de intervención basada en la Terapia de Aceptación y Compromiso y en *Mindfulness* para mejorar la calidad de vida de personas con diagnóstico de tricotilomanía, que presenten altos niveles de evitación experiencial relacionada con los episodios de tracción.

### **3. Método**

#### **3.1. Objetivos específicos**

Con el programa de intervención desarrollado en el presente trabajo se espera que la persona con tricotilomanía consiga:

- Reducir los niveles de evitación experiencial.
- Aumentar la flexibilidad psicológica.
- Aumentar el nivel de atención plena.
- Reducir la sintomatología depresiva y/o ansiosa.
- Dejar de luchar contra experiencias privadas que conducen a la tracción y/o que se derivan de ella.
- Aumentar el nivel de consciencia en las actividades diarias, incluyendo los episodios de tirar del pelo.
- Clarificar los valores personales y trabajar hacia su consecución.

#### **3.2. Beneficiarios**

Las personas que podrán ser beneficiarias del tratamiento propuesto habrán de cumplir con los siguientes criterios de inclusión:

- Tener un diagnóstico de tricotilomanía.
- Ser mayor de edad.
- Presentar altos niveles de evitación experiencial.
- Presentar altos niveles de depresión y/o ansiedad.
- Presentar bajos niveles de atención plena.
- Presentar altos niveles de malestar asociado con la tracción y sus secuelas físicas.

Los criterios de exclusión serán:

- Estar recibiendo otra terapia psicológica para esta problemática en la actualidad.
- Presentar un problema de abuso de alcohol u otras sustancias.
- Tener un diagnóstico de enfermedad mental grave.

#### **3.3. Instrumentos de evaluación**

Antes de comenzar el tratamiento se llevará a cabo una evaluación inicial de la persona beneficiaria de la intervención, lo que permitirá a su vez conocer si cumple los criterios de inclusión. Al finalizar el mismo se realizará una evaluación post-

tratamiento, a fin de evaluar si se han cumplido criterios de mejoría y comprobar la eficacia del programa de intervención.

Los instrumentos de evaluación que se aplicarán son:

- “Entrevista Diagnóstica para la Tricotilomanía revisada del DSM-V” (*Trichotillomania Diagnostic Interview–Revised for DSM-V, TDI-DSM-V*, APA, 2013). Esta entrevista incluye los criterios diagnósticos de la tricotilomanía según la última versión del DSM a fin de comprobar si se cumplen todos ellos.
- “Cuestionario de Aceptación Acción II” (AAQ II, *Acceptance and Action Questionnaire – II*, Bond, Hayes, Baer, *et al.*, 2011; adaptación española de Beltrán, Cangas, Langer, Luciano y Ruiz, 2013). Se trata de una medida genérica de la evitación experiencial y de la inflexibilidad psicológica. Consta de 7 ítems con una escala Likert de 7 puntos en la que las puntuaciones altas indican un mayor grado de evitación y una menor aceptación. La prueba presenta buenas propiedades de confiabilidad y de consistencia interna, con una media de  $\alpha$  de Cronbach de 0,88 (Beltrán, Cangas, Langer, Luciano y Ruiz, 2013).
- “Escala de Atención Consciente” (MAAS, *Mindful Attention Awareness Scale*; Brown y Ryan, 2003; adaptación española de Álvarez, *et al.*, 2012). Se trata de un autoinforme unifactorial de 15 ítems con una visión del constructo de mindfulness centrada en la variable atención/consciencia. El instrumento presenta una buena validez convergente con la *Five Facets Mindfulness Questionnaire* (FFMQ) así como discriminante respecto a la clínica depresiva. Presenta buenos índices de fiabilidad ( $\alpha$  de Cronbach de 0,89), una buena estabilidad temporal y replica la estructura unifactorial original que agrupa el 42,8% de la varianza total (Álvarez *et al.*, 2012).
- “Inventario de Depresión de Beck-II” (BDI-II, *Beck Depression Inventory-II*; Beck, Steer y Brown, 1996; adaptación española de Perdigón, Sanz y Vázquez, 2003). Se trata de un autoinforme compuesto por 21 ítems de tipo Likert. Los análisis factoriales indican que mide una dimensión general de depresión compuesta por dos factores altamente relacionados, uno cognitivo-afectivo y otro somático-motivacional. Presenta elevados niveles de fiabilidad ( $\alpha$  de Cronbach de 0,87) (Perdigón, Sanz y Vázquez, 2003).
- “Inventario de Ansiedad de Beck” (BAI, *Beck Anxiety Inventory*; Beck y Steer, 1988; adaptación española de García-Vera, Magán y Sanz, 2008). Es un

autoinforme compuesto por 21 ítems en una escala de tipo Likert dividida en 4 puntos que va desde “nada en absoluto” hasta “gravemente”. Presenta elevados niveles de fiabilidad ( $\alpha$  de Cronbach de 0,90). Desde la perspectiva de la validez de contenido tiene una alta relevancia para evaluar la ansiedad clínica (Sanz, 2014).

- “Entrevista semiestructurada sobre la tricotilomanía”. Entrevista elaborada para el caso, compuesta por preguntas destinadas a obtener información demográfica, del curso de la tricotilomanía y sobre el uso de tratamiento (véase Anexo C).

### **3.4. Descripción del programa de intervención**

El tratamiento propuesto consiste en tres fases compuestas por sesiones semanales consecutivas de una hora de duración: una etapa en la que se establecerá una línea de base a partir de entrevista clínica y pase de cuestionarios (2 sesiones), una etapa de intervención a partir de material ACT y *mindfulness* (17 sesiones), y una de seguimiento que se destinará a conocer la consistencia que está manteniendo la persona con respecto a sus valores (4 sesiones durante los subsecuentes meses (a los 1, 3, 6 y 12 meses después del tratamiento, respectivamente). De esta forma, la intervención constará de 23 sesiones con periodicidad semanal de 60 minutos de duración aproximadamente.

El programa también incluye tareas diarias relacionadas con la sesión de cada día, de manera que la persona ejercite las habilidades propias de cada uno de los procesos de la ACT que se van a trabajar, así como de la atención plena. Con ello se busca fortalecer los contenidos dados en la consulta, así como que la persona desarrolle un contenido propio y personal sobre su proceso de terapia, promoviendo su autonomía.

Es importante destacar que en la segunda sesión la persona interesada en comenzar la intervención será informada acerca de las garantías éticas que conlleva la misma, comprometiéndose el profesional a mantener en confidencialidad la información que se comparta (véase Anexo D).

En la Tabla 1 se muestran las sesiones, los objetivos y las técnicas de intervención. La información sobre el desarrollo de cada una de las sesiones se presenta en el Anexo A.

Tabla1. Descripción del programa de intervención

Sesiones	Objetivos	Técnicas
1	Identificar el motivo de consulta. Comprobar si se cumple el diagnóstico. Evaluar si se cumplen los criterios de inclusión.	Criterios diagnósticos para la TTM (DSM-V). Cuestionarios: AAQ II, MAAS, BDI-II, BAI.
2	Evaluar la sintomatología y el curso del trastorno. Identificar los intentos por erradicar la TTM de su vida. Evaluar el nivel de malestar experimentado. Realizar una breve psico-educación sobre la TTM. Exponer y aceptar la intervención.	Entrevista semi-estructurada "Registro de malestar y acciones valiosas" Explicar el origen, la evolución y la características de la TTM Contrato terapéutico y consentimiento informado
3 y 4	Debatir sobre el concepto de <i>proclividad</i> . Clarificar los valores personales y la consistencia con sus acciones. Elegir las experiencias en que quiere centrarse. Conocer las barreras contra sus valores. Establecer hipótesis y objetivos en común.	Técnicas de <b>Desesperanza creativa y de Dirección guiada por valores</b> Ejemplos de diálogos Ejemplos de metáforas "Cuestionario de valores, importancia y consistencia" Registro de "Direcciones valiosas para mí" Registro diario de valores ( <i>tarea para casa</i> )
5 y 6	Percatarse de cómo el control sobre experiencias internas interfiere en sus valores. Confrontar "la agenda personal". Conocer elementos que aparecen antes, durante y tras la tracción. Elaborar un modelo explicativo para el caso concreto.	Técnicas de <b>Desesperanza creativa</b> Ejercicio "Estrategias no operativas". Entrevista cumplimentada sobre curso de la tricotilomanía. Ejemplos de metáforas. Ejemplos de diálogos. Análisis funcional.
7-9	Renunciar al control directo de experiencias internas sin pretender cambiarlas. Conocer y poner de manifiesto la rigidez o flexibilidad psicológica. Observar sin juzgar los pensamientos, emociones, sensaciones y conductas.	<b>Técnicas de Aceptación</b> Ejemplos de metáforas. Ejemplos de diálogos. Ejercicio "Las reglas del juego sobre qué es la vida". Ejercicio de <i>mindfulness</i> centrado en la auto-observación: "La negación". Registro diario de emociones ( <i>tarea para casa</i> ).
10-12	Objetivar los pensamientos y sentimientos. Experimentar el hecho de que no es sus pensamientos, emociones, recuerdos, impulsos o sensaciones. Evaluar pensamientos en base a su utilidad funcional y no a su "verdad".	<b>Técnicas de Defusión cognitiva</b> Ejercicio "Pensamientos inaceptables". Listado autónomo de cómo expresa su experiencia personal. Ejemplos de metáforas. Ejemplos de diálogos. Análisis funcional.

	Defusionarse de los pensamientos con respecto a su tricotilomanía. Desarrollar el Self Observante.	Registro diario de Disposición ( <i>tarea para casa</i> ).
13-16	Centrarse en el momento presente. Regular la atención. Apoyar la mente en la respiración consciente. Reconocer los estresores físicos (sensaciones) y psíquicos (pensamientos y emociones).	<b>Técnicas de Mindfulness</b> Ejercicios centrados en la Atención al momento presente ( <i>tareas para casa</i> ). Ejercicios de observación del cuerpo. Ejemplos de diálogos. Ejercicios centrados en la auto-observación.
17-19	Establecer metas y acciones guiadas por valores. Redactar sistemáticamente metas a corto, a medio y a largo plazo. Redactar sistemáticamente las acciones para alcanzar dichas metas. Involucrarse en acciones efectivas para alcanzar sus metas. Evaluación POST.	<b>Técnicas de Acción comprometida</b> Registros guiados por valores cumplimentados (transversal durante toda la terapia). Ejemplos de metáforas. Registro diario de objetivos y tareas. Pase de cuestionarios: AAQ II, MAAS, BDI-II, BAI.
20-23	Seguimiento (tras 1, 3, 6 y 12 meses).	"Registro de malestar y acciones valiosas".

Los materiales que se utilizarán a lo largo de la intervención se indican a continuación, y aparecen completos en el apartado de Anexos.

- Criterios diagnósticos de la TTM en el DSM-V (Anexo B)
- Entrevista semi-estructurada (Anexo C)
- Contrato Terapéutico y Consentimiento informado (Anexo D)
- Registro de Malestar y Acciones Valiosas (Anexo E)
- Registro diario de Valores (Anexo E)
- Registro diario de Disposición (Anexo E)
- Registro de Emociones (Anexo E)
- Ejercicio de meditación utilizando la propia respiración (Anexo F)
- Ejercicio de atención "*Atiendo a mi respiración*" (Anexo F)
- Ejercicio de atención "*Atiendo mientras camino*" (Anexo F)
- Ejercicio de atención "*Sentirme presente*" (Anexo F)
- Ejercicio de atención "*El silencio entre los pensamientos*" (Anexo F)
- Ejemplos de metáforas del proceso Dirección guiada por valores (Anexo F)
- Cuestionario de Dirección guiada por valores, importancia y consistencia (Anexo F)
- Registro de Direcciones valiosas para mí (Anexo F)
- Ejemplos de metáforas del proceso Desesperanza creativa (Anexo F)

- Ejercicio “Estrategias no operativas” (Anexo F)
- Ejercicio “Las reglas del juego sobre qué es la vida” (Anexo F)
- Ejercicios de auto-observación (Anexo F)
- Ejemplos de metáforas del proceso Desliteralización del lenguaje (Anexo F)
- Ejercicio “Pensamientos inaceptables” (Anexo F)
- Ejercicios de Recorrido corporal (Anexo F)

#### 4. Discusión/conclusión

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. De esta forma, se asume como necesaria una intervención con un mayor número de sesiones, como la propuesta.

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 presente propuesta de intervención 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. 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 sentir feliz.

Por otro lado, se concibe como altamente sanador la fusión de ejercicios más puramente de 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) centramos 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 es un manifiesto para poner de relieve la necesidad de comenzar a investigar la TTM en el contexto español y generar conciencia sobre un trastorno tan oculto como existente.

## 5. Referencias bibliográficas

- Almarío, 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 (2000). *Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders* (4th ed. – revised). Washington, DC: American Psychiatric Association.
- 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.
- Bruhler, 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.
- Eryilmaz, 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 Odaug, 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.
- 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.



## **6. Anexos**

### **Anexo A. Detalle del programa de intervención**

#### ***Sesiones de intervención individual***

En todas las sesiones se hace especial énfasis en la relación terapéutica colaborativa, de manera que el profesional siempre mantenga como prioridad empatizar con la persona que demanda atención psicológica, a través de: la escucha activa, la validación de su historia, la compasión, la empatía, el respeto y el estar psicológicamente presente.

En la mayoría de ocasiones se proponen varios ejercicios con el fin de seleccionar aquellos que se ajusten mejor a la persona que tenemos delante, su propia historia, demandas y tiempo interventivo; manteniendo la flexibilidad y la adaptabilidad como máximas terapéuticas.

El número de sesiones propuesto para trabajar cada proceso propio de la Terapia ACT y mindfulness es orientativo y será el propio terapeuta que en función de las necesidades manifestadas por la usuaria valore la necesidad de ampliar o reducir el número de sesiones.

#### ***Sesión 1. Evaluación***

Esta sesión tendrá una duración aproximada de 90 minutos, consistirá en realizar una primera evaluación para conocer el motivo de consulta y observar si se cumplen los criterios para el diagnóstico referidos en la última versión del DSM (DSM-V); (véase Anexo B). Se pedirá a la usuaria que hable libremente acerca de su experiencia con la tricotilomanía y describa el malestar que le está causando actualmente. De igual modo, se pasarán cuatro cuestionarios para conocer si cumple con los criterios de inclusión para la intervención: el “Inventario de Depresión de Beck-II” (BDI-II), el “Inventario de Ansiedad de Beck” (BAI), el cuestionario de “Aceptación Acción II” (AAQ II) y “la Escala de Atención Consciente” (MAAS). Se le explicará cómo va a funcionar el tratamiento psicológico, en caso de que cumpla con los criterios expuestos.

#### ***Sesión 2. Evaluación***

Esta sesión tendrá una duración aproximada de 90 minutos, se enfocará en conocer más a fondo la experiencia que tiene la persona con la tricotilomanía, su

sintomatología y curso del trastorno; para ello se hará uso de una entrevista semi-estructurada redactada para este propósito (véase Anexo C). Con el fin de conocer el nivel de malestar que está experimentado, se le pedirá que cumplimente el “*Registro de malestar y acciones valiosas*” (véase Anexo E), en el cual indicará la intensidad del malestar y esfuerzo empleado para eliminarlo durante la semana anterior.

Una vez se han obtenido todos los datos referidos a la situación en que la usuaria se encuentra con respecto a su tricotilomanía, se le informa de los pasos que a partir de ahora se van a seguir dentro de la intervención propiamente dicha.

De igual modo, se incluirá una breve psicoeducación en la que la usuaria será informada acerca de: la frecuencia poblacional de la tricotilomanía -es muy importante que sepa que no se trata de un caso aislado y son muchas las personas afectadas, al igual que si se aprecian sentimientos de culpabilidad y vergüenza, reconducirlos a través de los datos existentes para aliviar el sufrimiento silencio que ello provoca-, las hipótesis que la vinculan con teorías de regulación del afecto, así como la cronicidad que presenta en individuos adultos, cronicidad que no excluye la posibilidad que la persona esté años sin quitarse pelo, o incluso toda la vida. A partir de ello, se le informa a la persona interesada que esta intervención no presenta como principal objetivo centrarse en que se elimine la tricotilomanía de su vida, sino en que estando o no presente la tracción de pelo, aprenda a convivir con ella de manera que no determine todas sus decisiones y pueda encaminarse a la consecución de sus valores personales.

A fin de comprometer a la persona interesada a realizar la intervención propuesta se ha desarrollado un contrato terapéutico y consentimiento informado (véase Anexo D), el cual leerá y firmará en consulta.

### ***Sesiones 3 y 4. Intervención (procesos de Desesperanza creativa y Dirección guiada por valores).***

Estas sesiones están enfocadas a que la usuaria clarifique qué es lo más importante en su vida desde el fondo de su corazón, qué clase de persona quiere ser, qué es aquello que más vale en su vida y qué está dispuesta a alcanzar. Se le pedirá que se exprese libremente sin emitir juicios sobre ninguna de las ideas que comparta, se hace mucho énfasis en recordarle que todo lo que diga es válido.

Se le ayudará a interconectar sus valores y se discutirá el concepto de *proclividad*: Ser proclive a arrancarse el pelo, pensar y/o sentir cualquier experiencia desagradable asociada con la tricotilomanía no significa que quiera arrancarse el pelo, pensar y/o sentir eso, más bien significa que ella permite que eso ocurra, para hacer algo que ella considera valioso o de importancia. De esta forma comenzamos a descentralizar su foco de atención puesto en la tricotilomanía y demás eventos privados relacionados, preguntándole: “*Si para lograr lo que tú te has trazado en la vida tienes que experimentar episodios de tracción de tu pelo, ¿estás dispuesta a que así sea?*”.

Mediante el uso de una serie de metáforas propuestas (“El funeral” y “El epitafio”, véase Anexo F) se pretende que la usuaria exprese qué clase de persona quiere ser, qué es lo más significativo y valioso en su vida y qué quiere representar en esta vida. Por otro lado, se le pedirá que realice un cuestionario en que se reflejen los valores más importantes para ella y el grado de consistencia que mantiene con respecto a ellos (“*Cuestionario de valores, importancia y consistencia*”, véase Anexo F). De igual modo, se le pedirá que cumplimente el “*Registro de Direcciones valiosas para mí*” (véase Anexo F) donde se pondrá de manifiesto cuáles son las barreras en el camino de sus valores.

Durante estas sesiones se discute con la persona con tricotilomanía las expectativas de terapia y se le propone delimitar los objetivos terapéuticos en común, pidiéndole que elija las experiencias en que quiere centrarse, mirar, actuar o implicarse; serán formuladas y reflejadas por escrito, nos acompañarán durante toda la intervención.

A pesar de que la intervención tiene una serie de objetivos propuestos antes de ser aplicada, siguiendo el enfoque de la ACT, los objetivos terapéuticos solo serán establecidos una vez que la usuaria se haya cuestionado sus expectativas y sepa lo que realmente quiere para su vida.

Para terminar, se le pedirá a la usuaria que todos los días, a partir del día siguiente a la consulta de la 3ª sesión, complete un registro (“*Registro diario de valores*”, véase Anexo E). En él se pone de manifiesto los valores con los que quiere actuar cada día, cómo lo va a hacer y la consistencia con la praxis que actualmente está acometiendo. Este registro la acompañará durante toda la intervención; consistirá en una *tarea para casa* para registrar diariamente desde ese momento hasta el final de la terapia. De esta manera, a partir de la sesión nº4 al comienzo de cada sesión se realizará una breve revisión de la actividad diaria: “*Registro diario de valores*”.

### **Sesiones 5 y 6. Intervención (proceso de Desesperanza creativa)**

Estas sesiones están enfocadas a que la usuaria se percate de cómo el control ejercido hacia el no tirar de su pelo (incluye el control hacia pensamientos, sentimientos, sensaciones física y/o contexto que piensa están causando/precipitando la tracción) y la lucha que ha mantenido contra la tricotilomanía, ha interferido con las partes valiosas o importantes identificadas en su vida, restándole energías para comprometerse realmente con sus valores. Se hará uso de varias metáforas propuestas: “Las arenas movedizas”, “El botón de encendido y apagado de la lucha, el malestar limpio y el malestar sucio” (véase Anexo F). Nos podemos referir a esta última metáfora en sesiones subsecuentes, cada vez que experimente una sensación y/o pensamiento asociado con la TTM: *“Muy bien, en este momento, te sientes ansiosa. Dime ¿tu switch de lucha está encendido o apagado?”*

Entre estos valores puede estar el dejar de tirar de su pelo, sin embargo la prioridad de esta intervención es que la persona descentralice su foco de atención, ampliándolo a otros aspectos de su vida que le importan y en los que la tricotilomanía le ha restado energías para centrarse y actuar con compromiso.

En esta línea, se seguirá un diálogo para “confrontar la agenda personal”: en este caso, la agenda de la usuaria sobre el control de la TTM y/o control emocional, de manera que gentil y respetuosamente, quede desechada, mediante un proceso semejante al de una entrevista motivacional. La usuaria identificará las maneras en que ha tratado de controlar y vencer o evitar sus experiencias privadas indeseables. Se retomará la entrevista cumplimentada acerca del curso de la tricotilomanía y uso de tratamiento (véase Anexo C); relacionándola con el ejercicio “Estrategias no operativas” (véase Anexo F). Entonces se le pide que evalúe cada método empleado: *“¿Esto le permitió reducir sus síntomas a largo plazo? ¿Qué tanto le costó esta estrategia en términos de tiempo, energía, salud, vitalidad y vida social? ¿Esto le condujo a la clase de vida que usted desea?”* En estas sesiones repasamos las diversas estrategias que había empleado para evitar o vencer su tricotilomanía.

Con toda la información recopilada hasta el momento, se elaborará de manera conjunta un modelo explicativo, a través del *análisis funcional* compuesto por: elementos, a saber: -pensamientos, sentimientos, sensaciones físicas y emociones- anteriores al evento de la tracción -que podría estar precipitándola-, elementos presentes durante la tracción propiamente dicha y elementos posteriores al evento de la tracción. A través de esta herramienta se pondrá de manifiesto la posible relación entre la lucha de eventos privados y la necesidad de

tirar del propio pelo, lo que justificará el trabajo enfocado en la evitación experiencial a lo largo del resto de la terapia.

### ***Sesiones 7-9. Intervención (proceso de Aceptación)***

Estas sesiones servirán de refuerzo para las dos sesiones precedentes, de manera que la usuaria entienda la importancia de renunciar al control de sus eventos privados (teniendo en cuenta que esto puede estar relacionado con los episodios de tracción) y aprenda a convivir con ellos sin pretender cambiarlos.

El diálogo con la usuaria se enfocará en observar el control directo que puede estar realizando hacia sus emociones, reacciones, sentimientos y/o pensamientos, vinculados de manera manifiesta o no con la tricotilomanía. El diálogo se enfocará a darle espacio a las emociones displacenteras, sensaciones, urgencias y otras experiencias privadas, dejando que vayan y vengan, sin entrar en lucha con ellas, sin querer escapar de ellas y sin prestarles demasiada atención. *Se le pedirá a la usuaria que se imagine arrancando de su pelo en una situación que describa como muy frecuente para realizar la tracción, que todavía no ocurra. Se le solicitará que examine su cuerpo y note en qué parte siente las sensaciones que describe cuando arranca de su pelo; entonces se le pedirá que observe lo que siente como si fuera un científico curioso que nunca hubiera visto algo así anteriormente. Que note los ángulos de su sensación, la forma que tiene, la vibración, el peso, la temperatura, la pulsación y las miles de otras sensaciones que contenga. Con ello se busca que la persona esté respirando dentro de su sensación y “haciéndole lugar”, dejando que esté ahí, aun cuando a ella no le guste o no quiera tenerla.*

En esta fase, se busca aumentar la conciencia de la persona con TTM sobre el hecho de que las estrategias de control emocional en buena medida son las responsables de sus problemas y hacerle ver que en la medida en que persista tratando de controlar la manera en que se siente, así como la tracción del propio pelo, estará atrapada en un círculo vicioso que aumentará su sufrimiento. Para esto retomaremos algunas metáforas útiles como la de “las arenas movedizas” y “el botón de encendido y apagado de la lucha, el malestar limpio y el malestar sucio” (véase Anexo F).

También haremos uso del ejercicio “Las reglas del juego sobre qué es la vida” (véase Anexo F). Este ejercicio tiene como fin que la persona se haga consciente de cuáles son las reglas personales con las que vive diariamente y pueden estar limitando su

experiencia vital, anotando la importancia de desarrollar flexibilidad psicológica, tanto ante eventos externos como a los eventos internos privados, entre los que se puede encontrar la vivencia con la tricotilomanía; se busca de esta manera debatir los límites que la propia persona se ha puesto para combatir la tricotilomanía.

Por último, se realizará un breve ejercicio de auto-observación (mindfulness) vinculado con la parte de aceptación que se está trabajando, centrado en la “auto-observación de la negación” (véase Anexo F).

Como ampliación a su tarea semanal, se le pedirá a la usuaria que realice un “registro diario de emociones” (véase Anexo E), el cual mantendrá durante una semana y será revisado en la sesión inmediatamente posterior. Esta tarea será realizada primero en la consulta junto con la terapeuta; consiste en practicar el diálogo interno desarrollado con sus recurrentes sensaciones problemáticas asociadas a la tricotilomanía (no para vencerla, sino sólo para aprender como dejarla ir y venir, sin luchar contra ella).

### **Sesiones 10-12. Intervención (proceso de Defusión cognitiva)**

En estas sesiones se busca trabajar profundamente la defusión cognitiva, de manera que la usuaria llegue a objetivar sus pensamientos y sentimientos (vinculados o no con la tricotilomanía), a acceder al sentido trascendente del ser y experimentar el hecho de que no es sus pensamientos, emociones, recuerdos, impulsos o sensaciones. Todo ello con vistas a que desarrolle la capacidad de evaluar sus pensamientos en base a su utilidad funcional y no a su “verdad”, y así seguir fomentando la flexibilidad psicológica.

En estas sesiones es muy importante dar espacio a la usuaria para que exprese y ella misma vaya reconstruyendo su diálogo interior.

En primer lugar, se le invitará a realizar un listado en el que escriba todo aquello que la tricotilomanía le haga pensar y sentir sobre ella misma (partiendo de ejemplos como: *yo soy... (incapaz), yo estoy... (loca), yo me siento... (frustrada), yo tengo... (ansiedad), yo necesito... (tirar de mi pelo)*; los cuales serán reformulados a partir de la premisa: “*yo tengo el pensamiento de...*”.

Para facilitar este proceso de desliteralización del lenguaje, se hará uso de varias metáforas propuestas (“Está juzgando o evaluando las cosas”, Ahora “tiene un recuerdo” “Manifiesta una emoción”, “El invitado indeseado”, “Buscando un lugar donde sentarse”, “Los Pasajeros del Autobús”; véase Anexo F). Si la usuaria solicita

centrarse más en sus experiencias de tracción, se hará uso del análisis funcional redactado en las sesiones 5 y 6, en el que identifique todas las experiencias internas que preceden y suceden a la tracción, defusionando esos pensamientos y sentimientos que podrían estar precipitando la tracción y aumentando el nivel de sufrimiento experimentado. Para ello se propone hacer uso del ejercicio “Pensamientos inaceptables” (véase Anexo F). El ejercicio se dirige a lograr defusión de los pensamientos temidos, dejando la mente flotar dentro del corazón. Es útil también para que los ejercicios de mindfulness no sean considerados sólo como ejercicios agradables de relajación.

En estas sesiones se busca desarrollar el denominado Self Observante: alcanzar un sentido trascendente de uno mismo (self), un continuo de conciencia que siempre está presente y que nada puede dañar. *Desde la perspectiva del Self Observante, es posible experimentar directamente que una no es lo que una piensa, lo que una siente, lo que una recuerda, lo que una necesita, lo que una imagina, los roles que una juega o el cuerpo que una tiene. Todos estos fenómenos cambian constantemente y resultan aspectos periféricos de lo que una es (self) y no son nuestra esencia.* A partir de esta explicación se propone realizar un ejercicio de mindfulness (atención plena) diseñado para que pueda acceder a su self trascendente. Primero, se le pedirá que cierre sus ojos y observe sus pensamientos: la forma que tengan, su aparente localización en el espacio, la velocidad con la que se muevan. Luego le indicaremos: *“Ponte pendiente de lo que ocurre. Ahí están tus pensamientos y ahí estás tú observándolos. Luego, hay dos cosas que están pasando, un proceso de pensamiento y un proceso donde se observan esos pensamientos.”* Una y otra vez, se conducirá su atención a la distinción entre los pensamientos que surgen y el self que los observa. Desde la perspectiva del Self Observante, ningún pensamiento resulta peligroso, amenazante o controlador.

Como ampliación a su tarea semanal, en la primera sesión de este bloque se le pedirá que realice un *“Registro diario de disposición”* (véase Anexo E), el cual mantendrá durante una semana, será revisado y debatido en la sesión inmediatamente posterior.

### **Sesiones 13-16. Intervención (auto-observación Mindfulness)**

En estas sesiones se busca trabajar profundamente la atención en el momento presente mediante ejercicios de mindfulness, a partir de los cuales la usuaria desarrolle la capacidad de centrarse en el momento presente, regule voluntariamente su atención, brindando total atención a la experiencia en el aquí y ahora, con apertura, interés y receptividad. De esta manera se busca prepararla hacia el compromiso con

sus valores, focalizando y comprometiéndose totalmente (participando de lleno) en lo que está haciendo en cada momento.

El primer objetivo de la práctica de *mindfulness* es aquietar la mente, calmarla, tornarla serena y tranquila. Para ello, se entrenará a la mente a permanecer centrada (o concentrada) en un solo punto, en un solo estímulo, de forma constante, de un modo ininterrumpido. El estímulo seleccionado recibe normalmente el nombre de “objeto” de meditación, y el más utilizado por excelencia es la propia respiración. De esta manera se propone un ejercicio de *mindfulness* centrado en la respiración (Véase Anexo F).

Como variante también se puede incluir un ejercicio de contacto con el momento presente enfocado en la experiencia de comer: le damos una fruta y le pedimos que la coma “a cámara lenta”, concentrándose completamente en su sabor y textura, en los sonidos, las sensaciones y los movimientos dentro de su boca: *“Mientras estás haciendo esto, pueden presentarse ante ti todo tipo de pensamientos y emociones. De lo que se trata es de dejarlos ir y venir, permitirles que estén ahí, mientras tú mantienes tu atención enfocada en comerte la fruta.”* Podemos usar esta experiencia para señalar la analogía con la experiencia de arrancarse el pelo y/o situaciones relacionadas que le generan mucho sufrimiento, en las que la usuaria queda atrapada en sus pensamientos y emociones, que no puede involucrarse completamente en la efectucción de sus valores, perdiéndose esa “riqueza”.

Desde el comienzo se le insiste a la usuaria en la necesidad de realizar de manera constante los ejercicios para casa que se le propongan relacionados con aumentar su capacidad de prestar atención al momento presente. Es muy importante que realice varios ejercicios centrados en ejercitar la atención como proceso en sí mismo, de manera que desarrolle las habilidades que le permitan potenciar los recursos necesarios para realizar adecuadamente el resto de ejercicios que se realicen posteriormente con contenido relacionado directamente con su historia con la tricotilomanía (Véase Anexo E).

También se propondrán *“Ejercicios de auto-observación: la ansiedad, la culpa, la negación, mirar hacia afuera, la dependencia, la búsqueda de seguridad”* (véase Anexo F).

Antes de iniciar cada sesión de ejercicios de autoobservación se realizará un ejercicio de posición invertida y otro de recorrido corporal, como los propuestos a continuación.

- “Posición invertida”: *En cualquier posición que me venga bien, mantengo la cabeza por debajo del corazón mientras atiendo a mi respiración. (3 minutos)*
- “Recorrido corporal”: *La continua y periódica atención a la sensación del cuerpo lo hace sensible y familiar. Zonas inicialmente sin sensibilidad, como suele ser la espalda, terminan por sensibilizarse. Mi sensación corporal de presencia se hace más intensa a medida que avanzo en mi práctica de la atención al cuerpo (véase Anexo F).*

Estos ejercicios de auto-observación están destinados a que la persona con TTM desarrolle la capacidad de reconocer estresores físicos (sensaciones) y/o psíquicos (pensamientos y emociones), los cuales pueden estar precipitando sus episodios de tracción, o en todo caso, sean derivados de la tracción y puedan estar reproduciéndose en un círculo vicioso. Mediante estos ejercicios también se podrán reforzar las dos sesiones anteriores de defusión cognitiva, vinculando la no evaluación de los eventos internos con el mantener plena atención hacia ellos cuando sean experimentados.

En la TTM pueden tratarse de eventos privados sobre la culpabilidad que experimenta la persona por arrancar de su pelo, las autoevaluaciones negativas que se transmite como amonestación a su conducta; al igual que pensamientos y sentimientos que a través del Análisis Funcional la persona ha registrado como potenciales disparadores que generan necesidad de tirar y a partir de los cuales justifica el arrancar su cabello. Estos ejercicios consistirían en una exposición pareja a la práctica del distanciamiento desde la perspectiva del Yo como Contexto. El objetivo de todos estos ejercicios es que la usuaria se mantenga en el «aquí y ahora» con la activación emocional a fin de eliminar la fusión que conduce a la evitación, ante el caso, por ejemplo: *quiero evitar ciertos pensamientos, lugares, sensaciones que disparan mi necesidad por arrancar; luego quiero evitar pensar sobre las consecuencias estéticas que ha tenido el arrancarme el pelo, que las personas me pueden ver las calvas, cómo peinarme, qué hacer para que no se me vean, y me centro en ello.* Para todo ello, es indispensable que la terapeuta posibilite la presencia de todos los eventos privados, y facilite a la usuaria la experiencia de «sentarse con el malestar» y elegir qué hacer: *“síntate con esos eventos, pensamientos, emociones, sensaciones que te generan necesidad por arrancarte el pelo; sentarte con lo implica la tricotilomanía en tu vida, tus pensamientos, emociones... a saber: vergüenza, tristeza, impotencia, desesperación, disminución de autoestima, comparación con otras personas-con cabello sano,*

*frustración, falta de control...". Se rescata todo lo que la persona con TTM diga y se adapta al diálogo propuesto.*

Cuando la usuaria sea capaz de tener pensamientos y verlos como meros pensamientos, como un proceso verbal que fluye, podrá apreciar cómo estos pierden su poder de control en la regulación del comportamiento: *"Esos pensamientos que tienes sobre los eventos que te suceden, estímulos que rodean, emociones que interpretas sentir y bajo lo que justificas la necesidad de tirar, son sólo pensamientos, no tienen la fuerza para controlar tu comportamiento, porque tú decides tener otro comportamiento –no arrancarte el pelo y centrarte en las partes importantes de tu vida- y dejar que esos pensamientos vengan y vayan, sin evaluarlos ni evaluarte a ti misma por tenerlos. Te das permiso para tener pensamientos y sensaciones problemáticas, algunos de ellos como resultado de la TTM–círculo vicioso reconocido-, y así te permite estar plenamente en lo que estás haciendo –conciencia plena-, incrementa tu sensibilidad a las contingencias de la conducta de arrancarte el pelo, lo que te ayudará a comportarte de manera coherente con respecto a tus valores y dejarán de tener un papel crucial en las elecciones que tomes y acciones que realices. Es decir, buscamos que actúes habiéndote dado permiso para tener pensamientos y sensaciones problemáticas, que permitas estar plenamente en lo que se estás haciendo".*

Si se aprecian unos acusados sentimientos de culpabilidad, se centralizará la intervención en trabajar la defusión cognitiva en este aspecto, pues se entiende que si la usuaria no se trata con compasión y tolerancia, cualquier intento de mejoría orientado con enfoque ACT será en vano. Diálogo propuesto: *"Es posible que te fusiones con los contenidos derivados de lo que se denomina auto-concepto, sin diferenciarte de ellos mismos. Por ejemplo, al decir «soy incapaz de mantenerme dejar de arrancarme el pelo» la sensación de incapacidad no se experimenta como una sensación, como una valoración sobre ti misma, sino que estarías identificándote con dicha sensación. La fusión con ese contenido del yo, construido verbalmente, es problemática, ya que respondes a ese contenido literalmente, sin distanciarte del mismo y, por tanto, la acción resultante no necesariamente se ajustaría a lo importante para ti. Por ejemplo, en el caso de una recaída -y según tu historia personal- pueden derivarse pensamientos de «nunca haré algo realmente bueno en mi vida», «siempre hago daño a los demás», «no tengo remedio», «no estaré bien hasta que no deje de arrancarme el pelo». En la medida en que respondas a esto de forma literal, la aceptación de los mismos y el retomar las riendas de lo que quieres conseguir se torna casi imposible. La solución será, como con el resto de pensamientos y sensaciones que fluyen al hilo de tu historia personal, aprender a*

tenerlos y situarlos desde la perspectiva de uno mismo, es decir, desde el contexto del yo. La diferenciación entre los contenidos y el contexto del yo hacen posible la aceptación. Situarte en el plano de la plena consciencia ante los eventos que fluyen, notar que fluyen, y darte cuenta de quién tiene los pensamientos y sensaciones, es un proceso experiencial considerablemente valioso para elegir con responsabilidad y actuar centrada en lo que estás haciendo”.

A continuación, se expone una propuesta de ejemplo de diálogo centrado en episodio de recaída (U: usuaria, T: terapeuta) que potencia la «Diferenciación de las dimensiones del Yo» y, con ello, el necesario distanciamiento de los eventos privados. En sí mismo, la realización de este ejercicio es una elección más que se propone a la usuaria como un acto en dirección valiosa:

**U:** Lo he intentado muchas veces, estaba dispuesta pero lo único que hago es pelearme con mi familia, y lo único que me apetecía era arrancarme el pelo.

**T:** Y bien, ahora, ¿qué quieres hacer?

**U:** Quiero dejar de arrancarme el pelo pero he pensado que tal vez este no sea un buen momento, tengo tensión en los estudios/el trabajo, estrés, no soy capaz porque nunca da resultado.

**T:** Vamos a ir recogiendo todo esto que te dices, todo lo que te da tu mente en este momento, y vamos a distinguir si son pensamientos y sensaciones y qué podemos hacer con ellos. Lo que me has dicho "no soy capaz", ¿cómo lo definirías?

**U:** Bueno, eso es un pensamiento, un recuerdo de todo lo que he intentado.

**T:** Vale, es un pensamiento de futuro que te está visitando ahora. ¿Qué más?

**U:** Uff, es que son muchos.

**T:** Estás teniendo el pensamiento aquí y ahora de que «son muchos».

**U:** Sí, y el pensamiento que «no voy a poder conseguirlo», la sensación de «soy un fracaso», la idea de que «estoy estresada para hacerlo», el pensamiento de que «no es un buen momento».

**T:** Vale, te invito a que cierres los ojos para centrarte y te detengas en observar todos los pensamientos y sensaciones que te vienen cuando te miras arrancándote pelo nuevamente después de muchos días sin hacerlo.

**U:** No me gusta, me viene la sensación de culpa, me viene unida a muchas cosas.

**T:** Céntrate en esta sensación que estás teniendo y dime dónde notas la culpa.

**U:** En la zona de la cabeza donde tengo calvas.

**T:** Mantente con la culpa allí en la cabeza y dime ¿si la culpa se pareciese a algo, a qué se parecería?

**U:** Como una gran losa sobre mi cabeza.

**T:** Quiero que observes esa losa. Dime ¿es grande o es pequeña?

**U:** Es grande, abarca la cabeza, los hombros, el cuello, toda la espalda casi.

**T:** Vale, es una losa grande. Si tuviese un color ¿qué color le pondrías?

**U:** Es gris.

**T:** Esa es tu culpa, una losa gris. Mira si puedes observar esa losa en detalle. No hagas nada con ella, nota su peso ahí, mírala por arriba., mira como la losa se apoya en tu espalda... Deja que esté allí contigo y pregúntate quién está notando esa losa. Dime ¿quién está teniendo esa sensación?

**U:** ... ¿Yo?

**T:** Vale, tú estás teniendo esa sensación, estás notándola.

**U:** Sí.

**T:** ¿Quién ha dicho sí y quien se está dando cuenta de que acaba de decir sí?

**U:** Yo.

**T:** Vale, si tú desaparecieses en este momento, ¿dónde se iría esa sensación, esa losa?

**U:** A ningún lado, desaparecería.

**T:** Vale, ¿quién es el soporte de esa sensación?

**U:** Yo.

**T:** Entonces, ¿quién es más importante, la losa o tú?

**U:** Yo.

**T:** Vale, ahora imagina que la losa que tienes sobre la cabeza la puedes coger con tus manos y la pones delante de ti, ¿la tienes? Ahora, observa la losa ahí delante. Imagina que la observas desde arriba., ahora desde abajo, ahora de un lado...

**U:** No es igual que antes. Parece distinta. Uff, me viene a la cabeza que he sido una tonta.

**T:** ¿Quién está teniendo ese pensamiento?

**U:** Yo.

**T:** ¿Y quién es más, tú o tu pensamiento?

**U:** Yo

**T:** ¿Quién quieres que mande, tú o tu pensamiento «he sido una tonta, voy a fracasar, estoy estresada y no podré?

**J:** ¡Yo!

**T:** Quién está mandando ahora, ¿tus pensamientos o tú?

**U:** Yo.

**T:** Ahora, pregunta a esta parte de ti que dice YO y que sostiene todos los pensamientos y sensaciones que estás teniendo ahora mismo. Pregúntate si ha dejado de ser importante tu salud, tu trabajo, tus padres, tus amigos., ¿ha cambiado algo de eso aunque hayas vuelto a arrancarte pelo?

**U:** No, eso está igual.

**T:** Vale, entonces, pregúntate ¿cuál es el siguiente paso? ¿Qué quieres hacer hoy?

**U:** Volver a cero, pero es que no sé si podré.

**T:** ¿Quién está teniendo el pensamiento de no sé si podré?

**U:** Yo.

**T:** Vamos a repetir yo soy A. y estoy teniendo el pensamiento de no sé si podré mantenerme sin arrancar ningún pelo.

**U:** Yo soy A. y estoy teniendo el pensamiento de no sé si podré mantenerme sin arrancarme ningún pelo.

**T:** ¿Qué otros pensamientos estás teniendo?

**U:** ¿Qué haré si vuelvo a arrancarme pelo?

**T:** Repite, yo soy .... y estoy teniendo el pensamiento de qué haré si vuelvo a arrancarme pelo.

**U:** Soy yo y estoy teniendo ese pensamiento.

**T:** Ahora, A. con ese pensamiento a tu alrededor, ¿qué quieres hacer nada más salir de aquí?

**U:** Voy a...

**T:** Tú eliges.

Como ampliación a su tarea semanal, se propondrán a la usuaria dos actividades a realizar diariamente y con libre elección a realizar una o las dos. Esta tarea la mantendrá durante todas semanas posteriores, será revisada y debatida al comienzo de cada sesión:

- *“La Atención en la respiración consciente”*. Se le indica practicar este ejercicio durante quince minutos -todos los días y en el momento que más le convenga-, que observe cómo se siente al incorporar una práctica disciplinada de la meditación y se percate de lo que se siente al pasar un rato todos los días nada más que por estar concentrada en su respiración y sin tener que hacer nada; será ejercitada en la propia sesión cuantas veces sean necesarias (véase Anexo F).
- Practicar la atención plena con sus cinco sentidos en diversas rutinas diarias (por ejemplo: darse una ducha, lavarse los dientes, lavar los platos).

### **Sesión 17-19. Intervención (proceso de Acción comprometida)**

Estas sesiones consistirán en el último bloque de la intervención propiamente dicha, las cuales se enfocarán a establecer metas concretas y medibles guiadas por valores a corto plazo (1 semana), medio plazo (3 meses) y largo plazo (1 año), buscando que la usuaria logre involucrarse en acciones efectivas para alcanzarlas.

Para ello se hará uso de todos los autorregistros de valores (*“Registro diario de valores”*, véase Anexo E) que la usuaria ha ido completando desde el comienzo de la intervención, se debatirán conjuntamente los resultados, y partiendo de ello se le invitará a redactar las metas guiadas por sus valores, apoyándola en su redacción cuando lo demande.

Se insiste en la idea de que las metas se han de ajustar a los propios valores, y aunque la meta de dejar de arrancar de su pelo es muy probable que esté presente, recordaremos la importancia de descentralizar su foco de atención y abrirse a su experiencia vital estando o no la tracción de su pelo presente. En todo momento se puede hacer uso de aquellas metáforas –véase Anexo F- que se hallan empleado durante la intervención y con las que la usuaria haya conectado con facilidad, de manera que sean ilustrativas para proyectarlas en su experiencia personal y le faciliten el proceso de aumento de autonomía en que se desvanece la relación terapéutica.

Se remarcará la diferencia entre valores, metas y acciones/tareas, de manera que la usuaria pueda identificar claramente las acciones guiadas por sus valores que le permitan alcanzar sus metas. Se le indicarán los siguientes pasos a seguir:

- 1) Plantearse una meta clara y concreta. La meta ha de reunir una serie de requisitos, ser: sincera, personal, realista, divisible y medible
- 2) Establecer las tareas que se deben realizar para lograrla.
- 3) Organizar las tareas en el orden en que se deberían realizar.
- 4) Ponerlas en marcha y evaluar los logros que se vayan consiguiendo.

Durante las últimas sesiones se pedirá a la usuaria como tarea para casa el registro diario de acciones que le permitan alcanzar sus metas a corto plazo, las cuales podrá observar que sirven para apoyar sus metas a medio y largo plazo, dado que algunas de éstas puedan ser el resultado de la sumatoria de acciones diarias; apreciando así el proceso/camino como una meta en sí misma, y retomando la idea de la importancia de abrirse a su experiencia presente y disfrutar la vida en todas las posibilidades que se presenta, aún esté o no la tracción de su pelo presente.

En estas sesiones se enfatiza mucha la reflexión abierta, así como se invita a la usuaria a que rescate los aspectos que más le han sido útiles durante la intervención, de manera que sean reforzados y ella adquiriera la sensación de autonomía y dominio tan necesarias para comprometerse con sus propios valores y responsabilizarse de las acciones encaminadas a estos.

Para terminar, se le pasarán los cuatro cuestionarios de la primera sesión en que la recibimos (BDI-II, BAI, AAQ II, MAAS) al igual que el *“Registro de malestar y acciones valiosas”*.

### **Sesión 20, 21, 22 y 23. Seguimiento**

Se propone realizar 4 sesiones de seguimiento en los siguientes momentos: 1 mes, 3, 6 y 12 meses tras la sesión nº 19, respectivamente. En estas sesiones se pretende conocer principalmente la situación en la que se encuentra la persona con TTM con respecto a la consistencia de sus acciones con sus valores, así como la dirección que están siguiendo las metas fijadas en la última sesión, actualizando en todo momento la información que nos reporte. Es por ello que en todas estas ocasiones se propone hacer uso del “Registro de malestar y acciones valiosas”.



## **Anexo B. Criterios diagnósticos de la TTM**

Criterios diagnósticos de la TTM en el DSM-V (American Psychiatric Association, 2013, p. 251):

- 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)

Los criterios diagnósticos de la TTM en el DSM-IV-TR (American Psychiatric Association, 2000) 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.

## **Anexo C. Entrevista semi-estructurada**

Edad:

Nivel de estudios:

Profesión:

### Breve recorrido bibliográfico sobre el desarrollo de la tricotilomanía

Edad de comienzo:

Zona donde comenzaste a tirar de tu pelo:

Descripción del momento en que comenzaste a tirar de tu pelo:

El comienzo de tirar de tu pelo, ¿lo asocias con algún evento concreto de tu vida?

Zonas donde tiras actualmente:

Actualmente, ¿asocias el tirar del pelo con algún momento del día concreto, situación, sensación de tu cuerpo, sentimiento y/o pensamiento?

Durante la tracción: ¿en qué sueles pensar? ¿Qué sueles sentir? ¿Cómo te sientes emocionalmente?

Tras la tracción, ¿en qué sueles pensar? ¿Qué sueles sentir? ¿Cómo te sientes emocionalmente?

Lugares y situaciones preferentes en las que tiras de tu pelo:

¿Tiras cuando estás sola/o?

¿Tiras cuando hay otras personas? ¿Quiénes?

¿Cuál es el máximo tiempo que has estado sin tirar de tu pelo?

### Uso de tratamiento

¿Has ido a algún especialista de la salud antes? ¿Cuál? ¿En qué consistió la intervención?

¿Te ayudó? ¿De qué manera?

¿Qué tratamientos psicológicos y/o psiquiátricos has recibido? ¿Puedes detallarlos? ¿Te ayudó? ¿Cómo?

¿Qué técnicas has empleado de manera autónoma? ¿Puedes detallarlos? ¿Te ayudó? ¿Cómo?

Actualmente, ¿qué estás haciendo para dejar de tirar de tu pelo? ¿Te está siendo de ayuda? ¿Por qué piensas que sucede esto?



## Anexo D. Contrato Terapéutico y Consentimiento informado

Apellido y Nombre de la persona usuaria .....

D.N.I: .....

Manifiesta la veracidad de los datos personales aportados para la confección de su historia clínica, y que ha recibido información suficiente acerca del tratamiento que realizará en la institución, al que presta voluntariamente su consentimiento, de acuerdo a las condiciones que se transcriben a continuación:

1. Se realizará un tratamiento psicológico, el cual se orientará a la atención de los motivos de consulta expuestos.
2. Por la presente dejo constancia que he sido informado de las características técnicas del enfoque a aplicar y me han sido respondidas todas las dudas pertinentes.
3. La persona usuaria se compromete a responder a cuestionarios de evaluación durante el proceso y una vez finalizada la terapia, con objeto de evaluar su estado y los propios métodos de trabajo empleados.
4. Se garantiza la confidencialidad, respecto a la información recibida por la persona usuaria, cuyo límite solo podrá ser vulnerado con causa justa de acuerdo a lo establecido en el código de ética del ejercicio de la profesión.
5. El tratamiento se llevara a cabo con una periodicidad de 1 sesión semanal, salvo las dos primeras sesiones que pueden ser realizadas en una misma semana. Las consultas tienen una duración promedio de 60 minutos, pudiendo haber variaciones según lo que acontezca en su transcurso.
6. La duración del tratamiento será de aproximadamente 23 semanas, lo que supone 6 meses aproximadamente. Esta duración puede ser modificada mediante un nuevo acuerdo, en función del grado de avance en el cumplimiento de los objetivos establecidos.
7. La ausencia a dos entrevistas seguidas sin que medie aviso efectivo por parte de la persona usuaria, será interpretada como un abandono del tratamiento y podría disponerse del horario pautado, dándose por finalizado el tratamiento.

Lugar .....

Fecha ...../...../.....

Firma de la Usuaria

Nº de Colegiado:

Firma del Profesional

## Anexo E. Tareas para casa

### **Registro de Malestar y Acciones Valiosas (Hayes et al., 1999)**

*Traducido en Wilson y Luciano (2002). Terapia de Aceptación y Compromiso. Un tratamiento Conductual orientado a valores. Madrid: Pirámide.*

Al final de cada día o semana valore las siguientes dimensiones:

- Presencia e intensidad del malestar (indicar lo que corresponda a cada cliente, por ejemplo: ansiedad, tristeza, preocupación) o De 1 (apenas frecuente) a 10 (muy frecuente) = o De 1 (poca intensidad) a 10 (máxima intensidad) =
  
- ¿Cuánto esfuerzo ha empleado para eliminar el malestar? o De 1 (ningún esfuerzo) a 10 (mucho esfuerzo) =
  
- Valore hasta qué punto ha sido fiel en lo que ha hecho con lo que le importa en los distintos ámbitos de su vida (valorar globalmente o por áreas importantes) o De 1 (nada fiel) a 10 (muy fiel a lo que me importa) =
  
- Si tuviera que hacer una valoración del día pensando en el significado que tienen las acciones acometidas este día (u otro período) para lo que es realmente importante en su vida ¿cuál sería su valor? o De 1 (nada valioso para lo que me importa) a 10 (muy valioso) =

## Registro diario de Valores

### Registro Diario

Fecha:.....

#### Comienzo del día

Este día, ¿qué valor te gustaría poner en juego?

---

---

---

¿Qué acción o acciones concretas querrías realizar para poner este valor en juego?

---

---

---

¿Qué pensamientos y sentimientos surgen que podrían ser barreras para esta acción o acciones?

---

---

---

¿Estás dispuesto a convivir hoy con los pensamientos y sentimientos que surjan como resultado de tu acción comprometida?

Sí
No

→ ¡Avanzá y experimentá esta jornada!

→ Retrocedé, elegí una acción valorada distinta, y repetí el ejercicio.

#### Puntuación al final del día

*Durante este día, he actuado consistentemente con mi dirección valorada:*

1 Nada en absoluto	2 Un poco	3 Moderadamente	4 Bastante	5 Mucho
-----------------------	--------------	--------------------	---------------	------------

*(Ciarrochi & Bailey, adaptado por Maero)*

## Registro diario de Disposición

<b>Registro diario de disposición</b>	
Al terminar cada día, califiqué las siguientes dimensiones respecto a ese día:	
<u>Malestar</u> - (e.g., ansiedad, depresión, preocupación) De 1(nada) a 10 (extremo)	
<u>Lucha</u> - Cuánto esfuerzo hiciste para que esto se fuera? De 1 (nada) a 10(extremo)	
<u>Funcionalidad</u> – Si la vida fuera como este día, ¿hasta qué punto hacer lo que hoy hiciste sería parte de una manera de vivir funcional y vital? De 1 (nada funcional) a 10 (extremadamente funcional)	
<u>Lunes</u> Malestar: ____ Lucha: ____ Funcionalidad: ____	<u>Lunes</u> _____ Malestar: ____ Lucha: ____ Funcionalidad: ____
<u>Martes</u> Malestar: ____ Lucha: ____ Funcionalidad: ____	<u>Martes</u> _____ Malestar: ____ Lucha: ____ Funcionalidad: ____
<u>Miércoles</u> Malestar: ____ Lucha: ____ Funcionalidad: ____	<u>Miércoles</u> _____ Malestar: ____ Lucha: ____ Funcionalidad: ____
<u>Jueves</u> Malestar: ____ Lucha: ____ Funcionalidad: ____	<u>Jueves</u> _____ Malestar: ____ Lucha: ____ Funcionalidad: ____
<u>Viernes</u> Malestar: ____ Lucha: ____ Funcionalidad: ____	<u>Viernes</u> _____ Malestar: ____ Lucha: ____ Funcionalidad: ____
<u>Sábado</u> Malestar: ____ Lucha: ____ Funcionalidad: ____	<u>Sábado</u> _____ Malestar: ____ Lucha: ____ Funcionalidad: ____
<u>Domingo</u> Malestar: ____ Lucha: ____ Funcionalidad: ____	<u>Domingo</u> _____ Malestar: ____ Lucha: ____ Funcionalidad: ____
Notas:	

## Registro diario de emociones

### Registro detallado de emociones

Complete brevemente cada casillero, por ejemplo: "(situación) 13:20, *caminando*; (emoción) *tristeza*; (intensidad) *40*"

Nombre:		Situación (hora)	Emoción	Intensidad (0-100)
Lunes	Mañana			
	Tarde			
	Noche			
Martes	Mañana			
	Tarde			
	Noche			
Miérc.	Mañana			
	Tarde			
	Noche			
Jueves	Mañana			
	Tarde			
	Noche			
Viernes	Mañana			
	Tarde			
	Noche			
Sábado	Mañana			
	Tarde			
	Noche			
Dom.	Mañana			
	Tarde			
	Noche			

### **Ejercicio de meditación utilizando la propia respiración:**

1. Adoptemos una postura cómoda, tumbados de espaldas o sentados. Si optamos por sentarnos, mantengamos la columna recta y dejemos caer los hombros.
2. Cerremos los ojos si así nos sentimos más cómodos.
3. Fijemos la atención en el estómago y sintamos cómo sube y se expande suavemente al inspirar, y desciende y se contrae al espirar.
4. Mantengámonos concentrados en la respiración “estando ahí” con cada inspiración y espiración completas, como si cabalgásemos sobre las olas de nuestra respiración.
5. Cada vez que nos demos cuenta de que nuestra mente se ha alejado de la respiración, tomemos nota de qué es lo que la apartó y devolvámosla al estómago y a la sensación de cómo entra y sale de él.
6. Si nuestra mente se aleja mil veces de la respiración, nuestra “tarea” será sencillamente la de devolverla cada una de ellas a la respiración sin que nos importe en lo que se haya involucrado.
7. Practiquemos este ejercicio durante quince minutos [todos los días y en el momento que más nos convenga, nos agrade o no, una vez a la semana y veamos cómo nos sentimos al incorporar una práctica disciplinada de la meditación en nuestras vidas. Percatémonos de lo que se siente al pasar un rato todos los días nada más que estando con nuestra respiración y sin tener que hacer nada].

### **Ejercicios para casa sobre mindfulness: “La atención”**

*La atención al presente me permite conectarme conmigo mismo, al crear un espacio en el que puedo percibir mis pensamientos, emociones y sensaciones abiertamente y sin autocensura. Además, este tipo de atención sostenida e intencionada reduce mi nivel de pensamientos automáticos, de ansiedad y de reactividad a la experiencia.*

- **Atiendo mientras camino:** *Atiendo, sin esfuerzo, a mi respiración y a mi cuerpo mientras camino. Cuando me doy cuenta de que me distraigo, regreso a ella, sin esfuerzo. Simplemente observo con amabilidad, mirando lo que experimento en silencio. Simplemente me doy cuenta de cómo reacciona mi*

*cuerpo, contemplando mi respiración, mi tensión muscular, mis pensamientos, mis emociones y sentimientos. Simplemente observo con curiosidad. (10 minutos)*

*Indagación y Vivencia: ¿Cómo me he sentido al caminar? ¿Me he distraído durante el recorrido? ¿Qué me distrajo? ¿Me he forzado a retomar la atención cuando tras caer en cuenta de mi distracción?*

- **Sentirme presente:** *Percibo, sin esfuerzo, mis sensaciones, emociones y pensamientos. Cuando me distraigo retomo, sin esfuerzo, al ejercicio. Simplemente observo con amabilidad, mirando lo que experimento en silencio. Simplemente me doy cuenta de cómo reacciona mi cuerpo, contemplando mi respiración, mi tensión muscular, mis pensamientos, mis emociones y sentimientos. Simplemente observo con curiosidad. (5 a 10 minutos)*

*Indagación y Vivencia: ¿Qué pasa con mi sensación de estar presente cuando me distraigo? ¿De qué depende el que perciba con claridad, mis sensaciones, emociones y pensamientos?*

- **El silencio entre los pensamientos:** *Observo, sin intervenir, los pensamientos que aparecen y el silencio que existe entre un pensamiento y otro. Simplemente observo con curiosidad y amabilidad, contemplando lo que experimento en silencio. (5 a 10 minutos)*

*Indagación y Vivencia: ¿Cómo me siento cuando permanezco atento? ¿Qué ocurre con mi pensamiento cuando permanezco atento? Cuando aparece un pensamiento y me distraigo ¿qué ocurre con mi sensación de presencia?*

- **Atiendo a mi respiración:** *Atiendo, sin esfuerzo, a mi respiración. Observo mi respiración sin forzarla, sin interferir. Sin resistir. Sin nombrarla. Sin condenarla ni aceptarla. Sin querer cambiarla. Simplemente observo con amabilidad, mirando lo que experimento en silencio. Simplemente me doy cuenta de cómo reacciona mi cuerpo, contemplando mi respiración, mi tensión muscular, mis pensamientos, mis emociones y sentimientos. Simplemente observo con curiosidad. Cuando me distraigo, me doy cuenta y regreso a ella. (10 minutos)*

*Indagación y Vivencia: ¿Qué experimento cuando me distraigo de la respiración? ¿Qué experimento cuando estoy atento a la respiración?*

## Anexo F. Material empleado en la realización de las sesiones

### Proceso de Dirección guiada por valores

*Ejemplos de metáforas:*

- “El funeral”
- “El epitafio”

### ***Cuestionario de valores, importancia y consistencia***

#### CUESTIONARIO DE VALORES

#### IMPORTANCIA

A continuación se presentan varias áreas o ámbitos de la vida que son importantes para algunas personas. En este punto, nuestro interés es conocer tu calidad de vida en cada una de estas áreas. Uno de los aspectos que se refieren a la calidad de vida es la importancia que uno le da a las diferentes áreas de la vida.

Marcá la importancia de cada área en una escala del 1 al 10 rodeando con un círculo. 1 significa que esa área no es nada importante para vos y 10 significa que ese ámbito de tu vida es muy importante. Conviene que sepas que estas áreas no son importantes para todo el mundo y además que el valor que cada persona da a estas áreas es algo muy personal. Lo importante es que los valores en función de la importancia que para vos personalmente tenga cada una de ellas.

Áreas	Nada importante	Extremadamente importante
1- Familia (diferente de esposo/a e hijos/as)	1 2 3 4 5 6 7 8 9 10	
2- Esposo/a, pareja, relaciones íntimas	1 2 3 4 5 6 7 8 9 10	
3- Cuidado de los hijos/as	1 2 3 4 5 6 7 8 9 10	
4- Amigos, vida social	1 2 3 4 5 6 7 8 9 10	
5- Trabajo	1 2 3 4 5 6 7 8 9 10	
6- Educación/ formación	1 2 3 4 5 6 7 8 9 10	
7- Ocio / diversión	1 2 3 4 5 6 7 8 9 10	
8- Espiritualidad	1 2 3 4 5 6 7 8 9 10	
9- Ciudadanía /vida comunitaria	1 2 3 4 5 6 7 8 9 10	
10- Cuidado físico (dieta, ejercicio, descanso)	1 2 3 4 5 6 7 8 9 10	

## CUESTIONARIO DE VALORES

### CONSISTENCIA

Ahora nos gustaría que estimaras el grado en el que has sido consistente con cada uno de tus valores. No te estamos preguntando sobre cómo te gustaría idealmente haberte comportado en cada área. Ni tampoco te estamos preguntando lo que otros piensan de vos. Todos lo hacen mejor en unas áreas que en otras. Queremos saber cómo creés que lo has estado haciendo durante la semana pasada. Marcá usando una escala de 1 a 10, rodeando con un círculo, donde 1 significa que tus acciones han sido completamente inconsistentes con tus valores y 10 significa que tus acciones han sido completamente consistentes con tus valores.

Áreas	Nada Consistente									Completamente Consistente
1- Familia (diferente de esposo/a e hijos/as)	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10
2- Esposo/a, pareja, relaciones íntimas	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10
3- Cuidado de los hijos/as	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10
4- Amigos, vida social	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10
5- Trabajo	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10
6- Educación/ formación	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10
7- Ocio / diversión	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10
8- Espiritualidad	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10
9- Ciudadanía /vida comunitaria	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10
10- Cuidado físico (dieta, ejercicio, descanso)	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10

© Wilson y Luciano, (2002)

**Registro de Direcciones valiosas para mí**

	<b>DIRECCIÓN VALIOSA/PRIORIDAD EN LA VIDA</b> V: Valores / A: Acciones /B: Barreras	<b>Orden</b>	<b>I (0-10)</b>	<b>C (0-10)</b>	<b>D (I-C)</b>
<b>PAREJA</b>	V: A: B:				
<b>HIJOS</b>	V: A: B:				
<b>FAMILIA</b>	V: A: B:				
<b>AMIGOS</b>	V: A: B:				
<b>VIDA SOCIAL</b>	V: A: B:				
<b>OCIO PERSONAL</b>	V: A: B:				
<b>TRABAJO</b>	V: A: B:				
<b>FORMACIÓN</b>	V: A: B:				
<b>CUIDADO FÍSICO</b>	V: A: B:				
<b>INTELECTUAL Y/O ESPIRITUAL</b>	V: A: B:				

**PUNTUACIÓN TOTAL:**

I – IMPORTANCIA (PARA MÍ) / C – CONSISTENCIA, DEDICACIÓN REAL A ESE VALOR / D - DISCREPANCIA

## Proceso de Desesperanza creativa

*Ejemplos de metáforas:*

- **“Las arenas movedizas”**

*¿Te acuerdas de esas películas viejas donde el malo cae en una fosa de arenas movedizas y entre más lucha por salirse, más rápido éstas se lo tragan? Si uno está en las arenas movedizas, luchar por salir es lo peor que se puede hacer. La manera de sobrevivir consiste en echarse para atrás, separando los brazos y flotando en la superficie boca arriba. No es fácil, pues instintivamente tratamos de luchar por salirnos, pero si hacemos eso, nos ahogamos. El mismo principio se aplica con las emociones molestas: entre más tratamos de vencerlas, más nos molestan.*

- **“El botón de encendido y apagado de la lucha, el malestar limpio y el malestar sucio”**

*Imaginemos que en la parte de atrás de nuestra mente tenemos un “botón de encendido y apagado de la lucha”. Cuando está en encendido, significa que vamos a luchar contra cualquier molestia física o emocional que nos aqueje. Ante cualquier experiencia incómoda trataremos de vencerla o evitarla. Supongamos que la emoción que se aparece es la ansiedad. Si nuestro switch está en ON, esta sensación será completamente inaceptable. Esto significa que podemos terminar enfadados contra nuestra ansiedad: “¿Cómo diablos es que me siento así?” O podemos entristecernos por nuestra ansiedad: “No otra vez ¿Por qué siempre me siento así?” O nos podemos poner ansiosos por nuestra ansiedad: “¿Qué me pasa? ¿Qué es lo que funciona mal en mi cuerpo?” O una mezcla de todos estos sentimientos. Estas emociones secundarias son inútiles, molestas y no ayudan en nada, además de que destrozan nuestra vitalidad. Como resultado nos ponemos de mal humor, ansiosos y sintiéndonos culpables. ¿Se alcanza a ver el círculo vicioso? ¿Pero, qué tal si nuestro switch está en OFF? Cualquier emoción que aparezca, sin importar que tan molesta sea, no lucharemos contra ella. Así que si sentimos ansiedad, no será un problema. Es cierto que será molesto. No nos gusta sentirnos así, no queremos, pero al mismo tiempo, no es nada catastrófico. Con el switch de lucha en OFF, nuestros niveles de ansiedad son libres de aumentar o disminuir conforme sea la situación. A veces serán altos, otras serán bajos, y otras veces no habrá ninguna ansiedad. Pero aún más importante es que no estaremos gastando tiempo y energía luchando contra nosotros mismos. Sin estar luchando, alcanzamos un nivel natural de malestar físico y emocional, dependiendo de cómo estemos y de la situación en la que nos encontremos. En la terapia de Aceptación*

y Compromiso le llamamos a esto “malestar limpio”. No se evita el “malestar limpio”. La vida lo otorga a cada uno de nosotros, de una manera o de otra. Sin embargo, una vez que empezamos a luchar, nuestros niveles de malestar aumentan rápidamente. A este sufrimiento adicional le llamamos “malestar sucio”. Nuestro switch de lucha es como un amplificador emocional, si lo encendemos podemos sentir coraje contra nuestra ansiedad, ansiedad sobre nuestra ansiedad, depresión sobre nuestra depresión o culpa sobre nuestra culpa. -Obviamente, estas metáforas se ajustan a las emociones particulares con las que el cliente lucha-. Con nuestro switch en ON, no solo nos preocupamos por nuestras propias emociones, sino que hacemos todo lo que podemos por evitarlas o vencerlas, sin importarnos los costos a largo plazo. -Llamamos la atención de nuestros clientes para que vean qué tan cansados están de hacer esto (recurriendo a estrategias obvias como consumir drogas, tomar licor, comer de más, ver televisión en exceso, jugar juegos de azar, excederse fumando, teniendo sexo, navegando en internet) o a otras estrategias de control emocional menos obvias, como tener pensamientos rumiantes, disciplinándose ellos mismos, maldiciendo a otros, etc.

Ejercicio “**Estrategias no operativas**”:

1. Escribe todo lo que tu problema te ha costado, del modo más detallado que sea posible.
2. Ahora escribe una lista de todo lo que has hecho para intentar resolver este problema, del modo más detallado y minucioso: debería incluir varios ejemplos de estrategias que hayas usado en un intento de resolverlo (por ejemplo, prometer que sería la última vez, utilizar tu fuerza de voluntad, enfadarte contigo para ponerte en marcha, evitar, criticar, etc.), y muchos ejemplos específicos de haber utilizado estas estrategias.
3. Honestamente evalúa qué tan lejos te han llevado cada una estas estrategias para resolver el problema.

Ejercicio “**Las reglas del juego sobre qué es la vida**”:

Cada uno de nosotros usa ciertas reglas básicas acerca de “qué es la vida” para guiar nuestro funcionamiento. Aunque estas reglas son mayormente arbitrarias, tendemos a verlas como una absoluta verdad. Expresiones como “sin dolor no hay gloria”, “persevera y triunfarás”, tienen un impacto profundo en cómo nos vemos a nosotros y a la vida misma. En este ejercicio, por favor, emplea un buen tiempo en

*“ubicar” las reglas más básicas (quizá en la forma de dichos o expresiones) con las que operas en cada una de las áreas especificadas.*

1. Reglas acerca de las relaciones con los demás (por ejemplo, confianza, lealtad, competencia).
2. Reglas acerca de sentirse mal internamente.
3. Reglas acerca de superar obstáculos en la vida.
4. Reglas acerca de la “justicia” en la vida.
5. Reglas sobre tu relación contigo mismo/a.

Introducción al mindfulness. **“Ejercicio de auto-observación”**:

- **La negación** (indicaciones): *La negación de mis emociones y pensamientos me genera conflicto; el no resistirlos, sosiego.*

*Revivo una situación en la que me he sentido solo, vacío, triste, rechazado, avergonzado, amargado o inferior. Quizá el sentimiento resulte escurridizo, por lo que me relajo hasta dejarlo que aparezca. Me observo sin esfuerzo, sin interferir. Sin resistir. Sin nombrarla. Sin condenarla ni aceptarla. Sin querer cambiarla. Simplemente observo con amabilidad, mirando lo que experimento en silencio. Simplemente me doy cuenta de cómo reacciona mi cuerpo, contemplando mi respiración, mi tensión muscular, mis pensamientos, mis emociones y sentimientos. Simplemente lo observo con curiosidad. (5 a 10 minutos)*

Indagación y Vivencia: *¿Cómo reacciono ante estos sentimientos? ¿Por qué reacciono de esa manera? ¿Qué experimento al rechazar lo que siento?*

### Proceso de Desliteralización del lenguaje

*Ejemplos de metáforas:*

- **“Está juzgando o evaluando las cosas”**
- **Ahora “tiene un recuerdo” “Manifiesta una emoción”**
- **“El invitado indeseado”**
- **“Buscando un lugar donde sentarse”** (ejemplificación. U: usuaria, T: terapeuta):

*T: Imagina que quieres sentarte y empiezas a describir una silla y digamos que proporcionas una detallada descripción de esta. Es gris, tiene un marco metálico, tiene una cubierta de fábrica y es bastante mullida. Bueno, ahora, ¿te puedes sentar en esa descripción?*

*U: Bueno, pues no.*

*T: Hmm. Quizá la descripción no fue suficientemente detallada. ¿Qué pasaría si pudiéramos describir la silla a nivel atómico? ¿Te podrías sentar en esa descripción?*

*U: De plano, no.*

*T: Aquí está el truco y ve tú si no es cierto. No será que tu mente te ha estado diciendo cosas como “El mundo es de esta manera y tus problemas son así y asado”. Descripciones y descripciones. Evaluaciones y evaluaciones. Y tú ya te estas cansando. Tú necesitas un lugar donde sentarte. Y tu mente te proporciona descripciones aún más elaboradas de una silla y te dice “Siéntate”.*

*Las descripciones están bien, pero lo que buscamos aquí es una experiencia, no la descripción de una experiencia. La mente no puede proporcionar experiencias, solo habla y habla de las experiencias que se hayan tenido. Así que dejemos que tu mente siga describiendo, mientras tanto, tú y yo busquemos un lugar donde sentarnos.*

**- “Los Pasajeros del Autobús”**

*Imagina que eres el conductor de un autobús con muchos pasajeros. Los pasajeros son pensamientos, sentimientos y recuerdos, y en una parada suben unos que tienen muy mala pinta. Mientras conduces hacia tu destino, quieres girar, pero los pasajeros desagradables te gritan y te dan órdenes: “Sigue recto”, “acelera y ve más rápido”... Y si no les haces caso, te insultan, se burlan y te hacen sentir mal. Como quieres que se callen, haces lo que te piden. Así se calman, y te dejan conducir, aunque pierdas un poco la ruta por la que querías ir. Pero cada vez que quieres volver a recuperar tu camino, vuelven a molestar, y amenazan incluso a otros pasajeros, así que decides echarlos del autobús. Pero no puedes, discutes con ellos, y mientras tanto, el autobús está parado. Los pasajeros son muy fuertes, y como no los puedes hacer bajar, vuelves resignado a tu asiento y conduces por donde ellos quieren para evitar que molesten. Crees que así no te harán sentir mal y casi sin darte cuenta, empiezas a justificar tu nuevo camino, como si fuese la única dirección posible. Parece que esos pasajeros desagradables, pueden hacer mucho daño, pero intentando controlarlos, has perdido la dirección del autobús y te alejas cada vez más de tu destino. Los pasajeros molestos no tienen el volante pero guían el autobús. Recuerda que el conductor eres tú, acepta que algunos pasajeros van a molestar si sigues tu camino, pero si ven que sus amenazas no funcionan terminarán callando, o quizás no, pero lo importante será que tú decidas por donde ir y que consigas llegar a tu donde tú querías, a tu meta.*

### Ejercicio “**Pensamientos inaceptables**”

(Inicio con unos minutos de concentración en la respiración)

*Quiero que traigas un pensamiento inaceptable a tu mente. Algún pensamiento que no quisieras tener y que no quisieras que nadie más sepa que tienes.*

*Sólo déjalo estar allí... nota cuál es tu primera reacción frente a ese pensamiento... siente cómo la mente se revuelve en torno a ese pensamiento, cómo desearía sacarlo de la existencia... nota lo asustada que está la mente de sí misma... y nota el miedo que genera, examinando su textura*

*Y ahora toma ese pensamiento y en lugar de rodearlo con tensión y miedo, en lugar de luchar contra él... déjalo entrar libremente dentro de tu mente y déjalo estar allí... experimenta ese pensamiento como si fuera una sensación de la mente... sintiendo su forma... sus bordes... su densidad... su tamaño...cualquiera sea el contenido de pensamiento, permítí que entre en tu mente, sin intentar expulsarlo... con infinita compasión... y nota qué se siente al dejar de luchar con ese pensamiento... nota qué sucede con las emociones y sensaciones que lo acompañan... cuando sólo notas ese pensamiento y lo dejas estar en tu mente... sólo percibe, una por una, las reacciones que ahora, al aceptarlo, te genera ese pensamiento.*

Ejercicio de “**Atención en la respiración consciente**” siguiendo los siguientes pasos:

- 1. Adoptamos una postura cómoda, tumbados de espaldas o sentados. Si optamos por sentarnos, mantengamos la columna recta y dejemos caer los hombros.*
- 2. Cerramos los ojos si así nos sentimos más cómodos.*
- 3. Fijamos la atención en el estómago y sintamos cómo sube y se expande suavemente al inspirar, y desciende y se contrae al espirar.*
- 4. Nos mantenemos concentrados en la respiración “estando ahí” con cada inspiración y espiración completas, como si cabalgásemos sobre las olas de nuestra respiración.*
- 5. Cada vez que nos demos cuenta de que nuestra mente se ha alejado de la respiración, tomemos nota de qué es lo que la apartó y devolvámosla al estómago y a la sensación de cómo entra y sale de él.*
- 6. Si nuestra mente se aleja mil veces de la respiración, nuestra “tarea” será sencillamente la de devolverla cada una de ellas a la respiración sin que nos importe en lo que se haya involucrado.*

## Ejercicios de “**Recorrido corporal**”

(Ejemplo guiado en: <http://www.youtube.com/watch?v=BUhRh8VKUv0>)

### **Recorrido de observación del rostro**

Atiendo a las sensaciones de esta propuesta...

Siento la cabeza...

Siento la cara.

Partiendo de las sienes llevo lentamente mi atención hacia el centro de la frente,

Observo la sensación del entrecejo.....

Atiendo la sensación de las sienes.....

Observo la sensación de los párpados.....

Atiendo la sensación de los ojos.....

Observo la sensación de las dos orejas.....

Atiendo la sensación de la punta de la nariz.....

Observo la sensación de las dos aletas de la nariz.....

Atiendo la sensación de los pómulos.....

Observo la sensación de las mejillas.....

Atiendo la sensación de los dientes hasta que no se toquen.....

Observo la sensación de los labios hasta que no se toquen.....

Atiendo la sensación de la mandíbula hasta que quede completamente suelta.....

Observo la sensación de la lengua que descansa en la parte baja de la boca.....

De esta manera he observado las sensaciones de mi cara.....

(Ejemplo guiado en [http://www.youtube.com/watch?v=5HvPG\\_NLBts](http://www.youtube.com/watch?v=5HvPG_NLBts))

### **Recorrido de observación del cuerpo**

Recorro las zonas del cuerpo que se mencionan.

Atiendo sin esfuerzo, simplemente acompaño

a las sensaciones propuestas...

Observo la sensación de mis manos.....

Observo la sensación de los dedos de las manos.....

Observo la sensación de las palmas de las manos.....

la sensación de los dorsos de las manos.....

Observo la sensación de las muñecas.....

la sensación de los antebrazos.....

Observo la sensación de los codos.....

la sensación de los brazos.....

La sensación de los hombros.....

la sensación de las axilas.....

la sensación de la cintura.....

Observo la sensación de la cadera.....  
la sensación de los muslos.....  
la sensación de las rodillas....  
Observo la sensación de las canillas.....  
la sensación de los tobillos.....  
Observo la sensación de las plantas de los pies.....  
Observo la sensación de los empeines.....  
Observo la sensación de los dedos de los pies.....  
Observo todo el cuerpo al mismo tiempo...  
todo el cuerpo al mismo tiempo...

Estos ejercicios pueden ser practicados diariamente.

Observación: *¿He sentido mi rostro / cuerpo más que habitualmente? ¿Me he distraído durante el recorrido? ¿Qué ha hecho que me distraiga?*

### **Ejercicios de Auto-observación** (indicaciones dirigidas a la usuaria)

Ejercicios para auto-observarme: Los ejercicios de autoobservación pueden permitirme comprender algunas fuentes de conflicto que suelen ser motivos de distracción en mi práctica de atención al presente.

Es recomendable practicar varias sesiones con cada ejercicio. También es recomendable repetir dos veces cada ejercicio en cada ejercicio.

El propósito de las preguntas, que están al final de cada ejercicio, no es responderlas verbalmente, sino aprender desde la observación, sin forzar y abriéndome a la experiencia, sobre lo que ocurre dentro de mí. Por ello tanto la pregunta como la respuesta están dentro de mí. En la autoobservación la fuente de comprensión proviene de mí mismo y no de otro.

- **La ansiedad** (indicaciones): *La ansiedad surge cuando percibo una amenaza. Da igual que la amenaza sea objetiva y externa o imaginada. Gran parte de la ansiedad cotidiana es producto de nuestros pensamientos e interpretaciones y no de amenazas externas.*  
*Revivo la ansiedad asociada a alguna situación de mi vida cotidiana. Quizá resulte escurridiza, por lo que me relajo hasta dejarla que aparezca. Observo mi ansiedad sin esfuerzo, si interferir. Sin resistir. Sin nombrarla Sin condenarla ni aceptarla. Sin querer cambiarla. Simplemente observo con amabilidad, mirando lo que experimento en silencio. Simplemente me doy cuenta de cómo reacciona mi cuerpo, contemplando mi respiración, mi tensión muscular, mis*

*pensamientos, mis emociones y sentimientos. Simplemente lo observo con curiosidad. (5 minutos)*

*Indagación y Vivencia: ¿Cómo y dónde experimento la ansiedad? ¿Cómo reacciono cuando estoy ansioso? ¿Qué busco con esas reacciones?*

- **La culpa** (indicaciones): *La culpabilidad es una actitud que se manifiesta mediante sentimientos y pensamientos en los que me siento responsable de un problema. El sentimiento de culpa se manifiesta con una sensación de vacío. La culpa reside en la memoria, que es pasado, e interfiere en la valoración de lo que vivimos en el presente, a través de los juicios que hace el pensamiento. La culpa la atribuyo a una causa interna.*

*Revivo alguna situación de mi vida cotidiana en la que me siento culpable por haber hecho algo malo. Quizá la sensación resulte escurridiza, por lo que me relajo hasta dejarla que aparezca. Observo mi culpa sin esfuerzo, sin interferir. Sin resistir. Sin nombrarla. Sin condenarla ni aceptarla. Sin querer cambiarla. Simplemente observo con amabilidad, mirando lo que experimento en silencio. Simplemente me doy cuenta de cómo reacciona mi cuerpo: contemplando mi respiración, mi tensión muscular, mis pensamientos, mis emociones y sentimientos. Simplemente lo observo con curiosidad. (5 minutos)*

*Indagación y Vivencia: ¿Cómo me siento cuando me vivo culpable? ¿En qué se soporta mi sentimiento de culpa? ¿Qué alimenta a mi sentimiento de culpa? ¿Por qué siento culpa? ¿Cómo supero la culpa?*

- **La negación** (indicaciones): *La negación de mis emociones y pensamientos me genera conflicto; el no resistirlos, sosiego.*

*Revivo una situación en la que me he sentido solo, vacío, triste, rechazado, avergonzado, amargado o inferior. Quizá el sentimiento resulte escurridizo, por lo que me relajo hasta dejarlo que aparezca. Me observo sin esfuerzo, sin interferir. Sin resistir. Sin nombrarla. Sin condenarla ni aceptarla. Sin querer cambiarla. Simplemente observo con amabilidad, mirando lo que experimento en silencio. Simplemente me doy cuenta de cómo reacciona mi cuerpo, contemplando mi respiración, mi tensión muscular, mis pensamientos, mis emociones y sentimientos. Simplemente lo observo con curiosidad. (5 a 10 minutos).*

*Indagación y Vivencia: ¿Cómo reacciono ante estos sentimientos? ¿Por qué reacciono de esa manera? ¿Qué experimento al rechazar lo que siento?*

- **Mirar hacia fuera** (indicaciones): *Cuando busco mis referencias fuera de mí, me siento inseguro, dependiente y confuso, y además, pierdo la conexión conmigo mismo porque dejo de atender a mis sensaciones, sentimientos y pensamientos, cuya observación es mi única vía para conocerme y superar mis conflictos.*

*Revivo alguna situación de mi vida cotidiana en la que me comparo con otra persona. Quizá me cuesta encontrar la situación, por lo que me relajo hasta dejarla que aparezca. Observo que me comparo sin esfuerzo, sin interferir. Sin resistir. Sin nombrarla. Sin condenarla ni aceptarla. Sin querer cambiarla. Simplemente observo con amabilidad, mirando lo que experimento en silencio. Simplemente me doy cuenta de cómo reacciona mi cuerpo, contemplando mi respiración, mi tensión muscular, mis pensamientos, mis emociones y sentimientos. Simplemente lo observo con curiosidad. (5 a 10 minutos)*

*Indagación y Vivencia: ¿Cómo me siento cuando me comparo con el otro? ¿Cómo reacciono cuando me comparo con el otro? ¿Para qué me comparo?*

- **La dependencia** (indicaciones): *Cuando busco mis referencias fuera de mí, me siento temeroso, inseguro, dependiente y confuso.*

*Revivo una situación de mi vida cotidiana en la que me he sentido apegado o dependiente de algo (libro) o alguien (autoridad) para saber qué pensar o qué hacer con respecto a algo que me preocupaba. Quizá me cueste encontrar la situación, por lo que me relajo hasta dejarla que aparezca. Observo mi apego sin esfuerzo, sin interferir. Sin resistir. Sin nombrarla. Sin condenarla ni aceptarla. Sin querer cambiarla. Simplemente observo mi apego con amabilidad, mirando lo que experimento en silencio. Simplemente me doy cuenta de cómo reacciona mi cuerpo: contemplando mi respiración, mi tensión muscular, mis pensamientos, mis emociones y sentimientos. Simplemente lo observo con curiosidad. (5 a 10 minutos)*

*Indagación y Vivencia: ¿Cómo me siento cuando busco mis referencias fuera de mí? ¿Me siento inseguro al aceptar la autoridad del otro? ¿Qué persigo al buscar mis referencias fuera de mí?*

- **La búsqueda de seguridad** (indicaciones): *Todo en mi vida está en constante cambio: puedo perder lo que tengo (seres queridos, bienes, estatus social), puedo no lograr lo que deseo, puedo morir, etc. En fin, puedo perder todo a lo que estoy apegado. Esta incertidumbre me genera temor y ansiedad. Mi*

*creencia de que mis seres queridos, mis bienes y todo a lo que estoy apegado no está en peligro, reduce mi ansiedad, me hace sentir más tranquilo y me proporciona una sensación de continuidad frente a los constantes cambios de la vida. Mi deseo de creer en la continuidad produce una resistencia a los cambios que afecten a mis objetos de apego. Me cierro a aquello que me provoca ansiedad, cerrándome también a vivir y aprender la raíz de los conflictos.*

*Revivo alguna situación de mi vida cotidiana donde he sentido ansiedad y temor por perder bienes, un ser querido, reconocimiento social o algo que aprecio mucho. Quizá me cueste encontrar la situación, por lo que me relajo hasta dejarla que aparezca. Observo mi afán de encontrar seguridad, sin interferir. Sin resistir. Sin nombrarla Sin condenarla ni aceptarla. Sin querer cambiarla. Simplemente observo con amabilidad mi afán de encontrar seguridad, mirando lo que experimento en silencio. Simplemente me doy cuenta de cómo reacciona mi cuerpo: contemplando mi respiración, mi tensión muscular, mis pensamientos, mis emociones y sentimientos. Simplemente lo observo con curiosidad. (5 a 10 minutos)*

*Indagación y Vivencia: ¿Siento la tranquilidad de que todo va a ir bien o de que no voy a perder a nadie ni nada preciado? ¿Qué siento al considerar que puedo perder todo lo que aprecio? ¿Deseo creer que todo va a ir bien? ¿Por qué?*