



**Universidad**  
Zaragoza

**TRABAJO FIN DE MÁSTER**  
**MÁSTER UNIVERSITARIO EN PSICOLOGÍA GENERAL SANITARIA**

Título: " Propuesta de un programa de intervención para trabajadores que presenten depresión leve a través de la práctica de escalada"

Alumno/a: **Blanca Montón Lafuente**

NIA: **578797**

Director/a: **Ángel Barrasa Notario**

**AÑO ACADÉMICO 2019-2020**



Facultad de  
Ciencias Sociales  
y Humanas - Teruel  
**Universidad Zaragoza**

## Resumen

El objetivo de la siguiente propuesta es implementar un protocolo de intervención basado en la escalada, dirigido a trabajadores que presenten sintomatología depresiva leve, pero sigan en activo, con el objetivo de intentar paliar la progresión de dicha sintomatología que pudiera desembocar en absentismo laboral por depresión severa. Se llevará a cabo a través de la psicoterapia de Boulder y la escalada deportiva. Los resultados que se esperan obtener tras la intervención son una disminución de la sintomatología depresiva y un aumento de la satisfacción laboral.

Palabras clave: depresión ,escalada, absentismo laboral, satisfacción laboral.

## Abstract

The following intervention proposal aims at implementing an intervention protocol based on the method of climbing about workers who show mild depressive symptoms, but they are still active, all of this with the objective of trying to palliate the progression of these symptoms which could lead to absenteeism caused by severe depression. This intervention protocol will carry out through Boulder psychotherapy and sport climbing. The expected results after intervention are a decrease in depressive symptoms and an increase in work satisfaction.

Keywords: depression, climbing, absenteeism, work satisfaction.

## Introducción

En los momentos actuales, por una diversidad de causas, entre las que podemos citar sin perjuicio de otras que pudieran concurrir, la globalización, la inestabilidad del mercado de trabajo, la incertidumbre en el futuro más próximo etc, ha desencadenado que en la empresa, los trabajadores experimenten sentimientos de inestabilidad emocional. Las grandes demandas a las que son sometidos en sus puestos de trabajo en los que se prima el rendimiento del trabajador en términos de productividad, hacen que cada vez aparezcan más casos de absentismo laboral debido a patologías como ansiedad, depresión, estrés, deshumanización, falta de interés por el desarrollo profesional, deterioro de las relaciones interpersonales...es decir, todo lo que enmarca el bienestar psicosocial de los trabajadores.

Según las estimaciones de la OMS más de 300 millones de personas padecen depresión en el mundo, una de las áreas que con más frecuencia se ve afectada es la laboral. Un reciente estudio realizado por la OMS apunta a que los trastornos mentales como la depresión y la ansiedad cuestan a la economía mundial 1 billón de \$ en pérdidas de productividad (OMS,2019).

Debido a la coyuntura existente en torno a las enfermedades mentales, asociado a la falta de transparencia en los entornos laborales en relación con ellas, todo ello conlleva que no se busquen las alternativas oportunas para paliar esta problemática y no se brinde el apoyo que los trabajadores necesitan en un entorno laboral saludable.

Como es bien sabido, la actividad laboral es para las personas un factor protector frente a las patologías mentales como la depresión, mientras que el absentismo laboral o inactividad suponen un factor de riesgo para el desencadenamiento de este tipo de trastornos, por ello es importante que las organizaciones promuevan medidas de protección eficaces en salud mental en los entornos laborales, para paliar esta progresión y aumentar al mismo tiempo la productividad (OMS,2019).

Entre los riesgos más frecuentes para el desencadenamiento de la depresión en los entornos laborales, se encuentran políticas inadecuadas de protección de la seguridad y de la salud de los trabajadores, prácticas ineficientes en una adecuada gestión de la

comunicación, escaso nivel de decisión del trabajador o ausencia de control en su área de trabajo, bajo nivel de apoyo a los trabajadores, horarios poco flexibles y una falta de definición de las áreas y objetivos organizacionales (OMS,2020).

Todo ello conlleva que el trabajador experimente sentimientos de falta de control e incertidumbre, así como un desgaste emocional sostenido durante el desarrollo de su actividad profesional, generando que se desarrollen patologías como estrés , ansiedad , depresión.... que desencadena en absentismo laboral (Olivares, Gil Monte, Jélvez y Figueiredo,2014).

Las intervenciones en salud ocupacional contribuyen a proteger la salud mental de los trabajadores, a través de programas donde la prevención y detección temprana es fundamental para que no se llegue a casos de patologías graves como es la depresión. La presente propuesta de intervención va en esta línea, la de ofrecer a las organizaciones un protocolo de intervención que pueda ser activado como medida de atención temprana para trabajadores que se encuentren en una situación donde su bienestar psicosocial se encuentre amenazado. Con la intención de detectar estas situaciones de vulnerabilidad, y poderlas revertir lo antes posible de forma y manera, que no se llegue a un punto en el que el trabajador pueda desarrollar patologías como la depresión, que le lleven a tener que abandonar su puesto de trabajo por sentirse incapaz de afrontar el día a día de las demandas que se le solicitan.

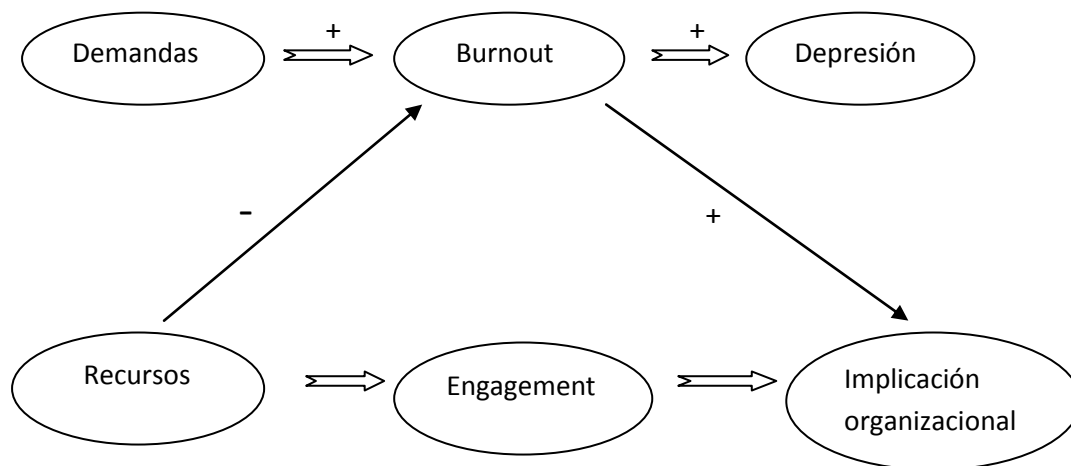
El cuidado y la protección de los trabajadores tiene que ser el objetivo principal de las organizaciones, porque como ya se demostró en el experimento "Hawthorne" realizado por Mayo (1927), en la compañía Westerm Electric, cuando los trabajadores percibían que la empresa se preocupaba por su bienestar y les prestaba atención, su motivación y por tanto la productividad de los trabajadores aumentaban, no hace falta echar la vista atrás para darse cuenta que los trabajadores tienen que sentirse que son importantes y que su bienestar físico y psicológico se encuentran en equilibrio para prever que esto nos va a llevar hacia una dirección correcta.

### Modelo teórico

Desequilibrio emocional ↘ Burnout

El síndrome de burnout o de quemarse por el trabajo se caracteriza por agotamiento emocional, despersonalización, y una baja realización personal. Estos tres síntomas concurren con diversa sintomatología tanto física (cansancio, cefaleas, insomnio...), como psicológica (apatía, falta de interés, sentimientos de vacío...) y es en esta sintomatología en la que nos vamos a centrar, ya que dicha sintomatología es la antesala a la depresión.

Para relacionar los conceptos objeto de estudio vamos a centrarnos en el siguiente modelo explicativo.



### Modelo Demandas -Recursos y Consecuencias (Hakanen, Schafeli, y Ahola, 2008)

Como puede observarse en el siguiente modelo, cuando los trabajadores están sometidos a altas demandas que perciben como incontrolables, la satisfacción laboral de los trabajadores desciende lo que se traduce en sentirse quemado (burnout) por el trabajo, si esta sintomatología no se frena ,como puede observarse desencadena en depresión.

¿Qué se puede hacer para paliar esta progresión?

Cuando a los trabajadores se les ofrecen recursos (en este caso es la implementación del presente protocolo de intervención del que versa la propuesta), los trabajadores perciben que se preocupan por su bienestar, que se ponen medidas de detección temprana que restablecen el equilibrio emocional de los trabajadores, lo que se traduce en un aumento del compromiso por parte de los mismos (engagement), aumentando de este modo la implicación organizacional. Por tanto, si no dotamos de recursos de afrontamiento a nuestros trabajadores se va a producir una respuesta bidireccional entre menos recursos aumento de la insatisfacción de los trabajadores, se desencadena la depresión, sin embargo dicha insatisfacción se puede paliar con más implicación organizacional es decir empresas/organizaciones que se preocupan por el bienestar de sus trabajadores, si dotamos a nuestros trabajadores de herramientas para hacer frente a ese desequilibrio emocional , a su vez aumentará la implicación organizacional del trabajador, volvemos a desarrollar una respuesta bidireccional.

### *Propuesta de intervención*

#### Escalada tipo Boulder y deportiva

La escalada tipo Boulder es una modalidad de escalada en bloque de máximo 8 metros de altura, en las que el escalador no necesita medidas de protección como arneses y cuerdas , ya que la altura de la roca o de la pared no llega a ser tan elevada como para producir una lesión grave sin las medidas de protección anteriormente citadas, sólo se utiliza las colchonetas (crash pad) y suelen ser porteados por otros compañeros, frenando así la caída en el caso que se diera. Se puede realizar tanto al aire libre como en rocódromos expresamente diseñados para desarrollar la pericia y los retos de los escaladores, dispuestos en diferentes niveles de dificultad lo que supone una progresión de menos a más dificultad según la habilidad y nivel que presente el escalador.

La escalada deportiva, es un tipo de escalada en la que sí son necesarias las medidas de protección como son los arneses y las cuerdas ya que en este tipo de escalada el

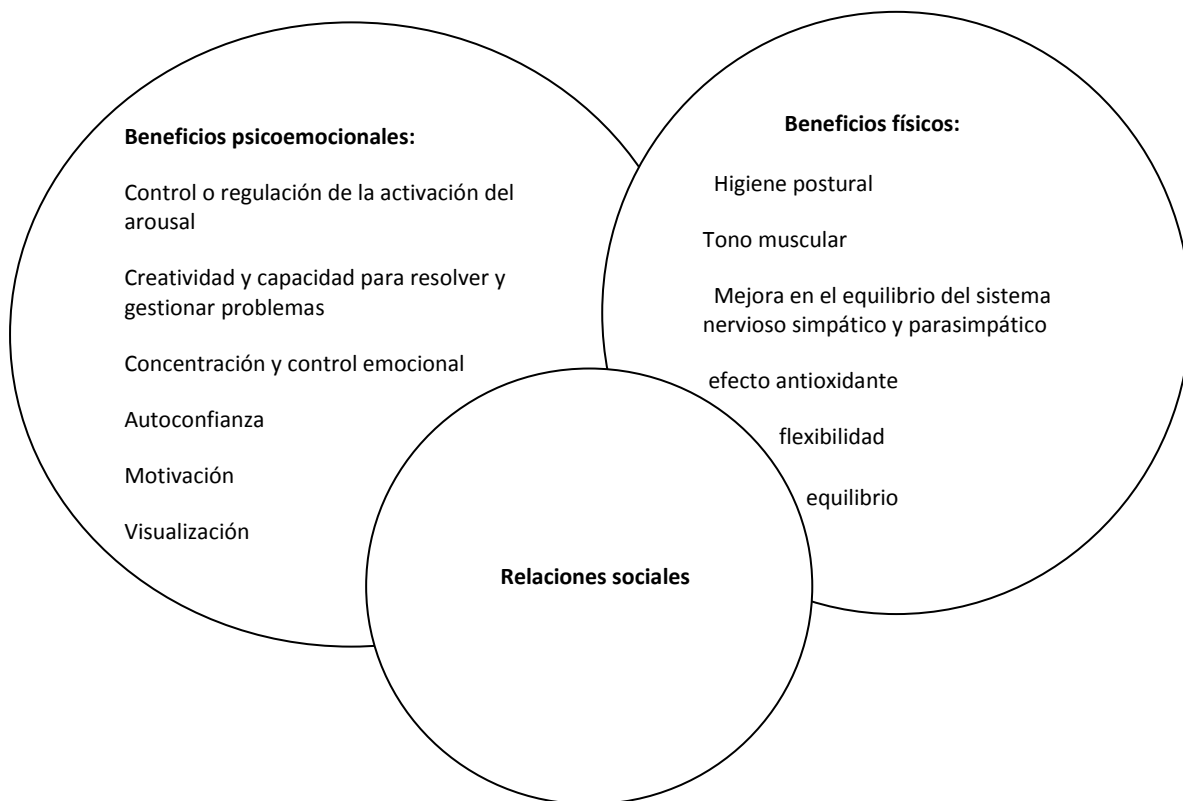
escalador puede subir paredes a una altura de entre 10 y 40 metros equipados previamente con anclajes a lo largo de la vía , los escaladores que se decantan más por esta modalidad al igual que en el Boulder, buscan completar el recorrido técnico de la vía y encadenar todos los pasos sin sufrir una caída, al igual que el Boulder se puede disfrutar tanto al aire libre como en rocódromos. Es el tipo de escalada más recomendable para personas que se quieran iniciar en este deporte.

Esta propuesta de intervención está pensada para ser desarrollada en un rocódromo.

### *La escalada terapéutica (desde los inicios hasta las últimas actualizaciones)*

La escalada con fines terapéuticos nace en países como Alemania y Austria, donde es introducida en la práctica clínica.

Entre los beneficios que se le atribuyen a la escalada según el Servicio Nacional de Salud Pública de Reino Unido destacan la resolución de problemas, la tendencia natural a fijarse desafíos y nuevos retos y la interacción social (Cortes,2017).



La psicoterapia de la escalada, también conocida como psicoterapia de Boulder (BPT) se materializa con María Stelzer, precursora de este tipo de programas en los que se integran la psicoterapia de grupo y la escalada, su grupo de trabajo introdujo un novedoso estudio basado en un protocolo de 8 semanas en los que los participantes pasaron de presentar una depresión moderada a una leve (Luttenberger et al., 2015). Este tipo de programas son una combinación de escalada y psicoterapia, una de las propuestas más recientes es la desarrollada por Karg, Dorscht, Komhuber y Luttenberger (2020), consta de una fase de introducción, una fase de acción y una fase cierre. La psicoterapia que se utiliza está basada en ejercicios de mindfulness, ejercicios psicoeducativos, ejercicios Boulder, los cuales están relacionados con la temática que se va a llevar a cabo, además se producen intercambios de vivencias personales entre los participantes y transferencia a la vida diaria. Lo que se pretende con los ejercicios Boulder es trasladar al presente emociones que se encuentran de forma latente, y poder así establecer los patrones conductuales característicos que se repiten en los participantes, además de proponer nuevos retos a los participantes con experiencias novedosas (Karg et al., 2020).

Diversos estudios han demostrado evidencia de cómo la escalada ha resultado beneficiosa en múltiples patologías como son el dolor crónico (Engbert y Weber, 2011; Kim y Seo, 2015), la esclerosis múltiple (Steimer y Weissert, 2017; Velikonja et al., 2010), parálisis cerebral (Schram Christensen et al., 2017), hemofilia (Stemberger et al., 2014), TDHA (Lee y Song, 2015; Veser et al., 2009; Wallner, 2010), trastornos de ansiedad (Wallner, 2010) y trastornos alimenticios (Wallner, 2010; Wermuth, 2007).

En esta misma línea en la actualidad se ha podido demostrar como la práctica de la escalada se relaciona con mejoras en diversas áreas relacionadas con el desencadenamiento y mantenimiento de la depresión. Entre ellas estarían las capacidades cognitivas (Schnitzler, 2009; Wallner, 2010), la autoconfianza, la autoestima, la autoeficacia (Wallner, 2010; Mazzoni, Southward, Rhoads y Temple, 2009) y las relaciones sociales (Schnitzler, 2009; Wallner, 2010). Por último la investigación que más se ha realizado dentro de la escalada y de la que versa la presente propuesta, ha sido los efectos positivos que la práctica de la misma repercute en la depresión, los estudios que se han llevado a cabo evidencian dichos efectos



positivos en la depresión y en la mejoría de la sintomatología inherente a la misma (Karg, Dorscht, Komhuber y Luttenberger, 2020; Schwarz et al. 2019; Stelzer et al. 2018; Luttenberger et al., 2015).

## Objetivos e hipótesis

### Objetivo general:

El objetivo de este programa es implementar un programa de escalada en organizaciones con trabajadores que presenten sintomatología depresiva leve, como programa preventivo en el desarrollo y curso de la patología. Ya que la práctica de escalada ha mostrado efectos positivos en la reducción de la sintomatología depresiva en la práctica clínica.

### Objetivos específicos:

- Reducir la sintomatología depresiva leve, con el objetivo de restablecer la salud mental del trabajador
- Incrementar la satisfacción laboral
- Coadyuvar a la mejora de la condición física

## Material y método

### a) Participantes

El número de participantes constará de 10 personas y la intervención se realizará en formato grupal, el sexo de los participantes es aleatorio, según se inscriban en la participación del proyecto, al igual que la edad (siempre y cuando sean mayores de 18 años), también se realizará de forma aleatoria entre los trabajadores de la empresa, no van a ser variables objeto de estudio en el programa.

Esta propuesta de intervención está pensada para cualquier empresa/organización de la localidad de Teruel que quiera colaborar con este programa para lograr un adecuado bienestar psicosocial de sus trabajadores.

La selección de los participantes se llevará a cabo de forma aleatoria entre aquellos que quieran participar en el programa, a través de la inscripción voluntaria en el mismo, se seleccionaran por orden los 10 primeros que se hayan inscrito en el programa, si alguno de los 10 primeros inscritos no cumple los criterios de inclusión, se pasará al siguiente de la lista, siempre siguiendo el orden de la misma.

Criterios de inclusión:

- Ser mayor de edad y querer colaborar de forma voluntaria en el programa.
- Al ser un programa destinado a paliar el curso de la depresión incipiente los participantes deberán presentar sintomatología depresiva leve.
- Estar en situación de trabajador activo dentro de la empresa.
- Deberán cumplimentar y firmar el consentimiento informado para adherirse al programa.

Criterios de exclusión:

- Padecer depresión moderada o grave.
- Encontrarse en situación de baja laboral .
- Presentar un reconocimiento médico no apto tras la valoración de un profesional sanitario, en el que se exprese alguna contraindicación en la práctica de ejercicio físico.

b) Instrumentos:

- Beck Depression Inventory-II (BDI-II) versión española, es un instrumento diseñado para medir la intensidad de la depresión durante las dos últimas semanas, consta de 21 ítems cada uno de los cuales puntúa del 0 al 3 para un total de 63 potenciales puntos. La clasificación y puntos de corte que se establecen en la versión utilizada son los siguientes: 1-10, altibajos normales; 11-16, leve perturbación del estado de ánimo;

17-20, estados de depresión intermitentes; 21-30, depresión moderada; 31-40, depresión grave; más de 40, depresión extrema.

- Escala de Maslach Burnout Inventory (MBI) , consta de 22 ítems en formato de afirmaciones sobre los sentimientos y actitudes profesionales, su función es medir el desgaste profesional. Consta de 3 subescalas, la primera agotamiento o cansancio emocional (9), la segunda despersonalización, actitudes de frialdad y distanciamiento emocional (5), y la tercera realización personal, sentimientos de autoeficacia y realización personal en el trabajo (8). Puntuación máxima de 48 y rangos de la escala que va desde 0 (nunca) a 6 (todos los días).

- Batería de test adaptada de la *International Rock Climbing Research Association* (IRCRA) versión 1.6 de 2015, mide la fuerza y la resistencia muscular, variables antropométricas y evaluación de la composición corporal.

c) Procedimiento:

Los participantes serán seleccionados aleatoriamente por orden de inscripción en el programa que se realizará de forma voluntaria entre aquellos trabajadores que quieran participar en el mismo. Se irán seleccionando por orden de inscripción, una vez sean llamados se procederá a pasar el cuestionario de depresión de Beck (BDI-II), la elección de este cuestionario es porque es una forma muy operativa de obtener información realista del estado emocional de los aspirantes en relación con la sintomatología depresiva, para poder participar en el programa los aspirantes deben obtener una puntuación de no más de 11-16 puntos, que se corresponde con leve perturbación del estado de ánimo, ya que el programa está diseñado para aquellos participantes que presenten sintomatología depresiva leve, este cuestionario se pasará tanto al inicio como al final de la intervención ya que va a ser una medida pre-test y post-test dentro de la evaluación, posteriormente se procederá a hacer un reconocimiento médico que nos indique que la condición física es óptima ya que se requiere de buenas condiciones físicas para realizar actividades de escalada. Por último los aspirantes que hayan superado la fase de selección se les procederá a pasar la escala de burnout que utilizaremos como medida de satisfacción laboral pre test y post

test dentro de la intervención y como medida de creación de la psicoterapia que estará enfocada en mejorar los aspectos laborales que se encuentran desestructurados y que llevan al trabajador a tener sentimientos de desesperanza e incurren directamente con la aparición de la sintomatología depresiva, enfoque y objetivo principal de la presente propuesta.

#### d) Componentes

El programa está pensado que tenga una duración de 8 sesiones, de 3h de duración total entre los contenidos de la psicoterapia y los contenidos técnicos de escalada. Se empezará por la parte de la psicoterapia para que logren una asimilación mayor de los contenidos, y de esta forma, dejamos la parte de la escalada en el segundo bloque donde la carga de la intervención se torna más distendida.

Entre la sesión de psicoterapia y la sesión de escalada dejaremos 40 min de descanso.

Todas las sesiones se empezaran con 10 min de calentamiento y se finalizaran con otros 10 min de estiramiento de todos los grupos musculares que se hayan trabajado.

Se llevará a cabo una vez por semana, a poder ser en horario de mañanas, en un rocódromo de la ciudad de Teruel.

#### Cronograma de Psicoterapia de escalada

<b>Nº Sesión</b>	<b>Contenido Psicoterapia</b>	<b>Contenido Técnico Escalada</b>	<b>Duración</b>
Sesión 1	Presentación del grupo e introducción teórica del mindfulness	Familiarizándonos con la escalada	Estiramiento inicial:10' Parte Psicoterapia:1h30' Parte escalada:1h 30' Estiramiento final:10'
Sesión 2	Movimientos con atención plena	Acostumbrándonos a la verticalidad "trabajo con poleas"	Estiramiento inicial:10' Parte Psicoterapia: 1h 30' Parte escalada:1h 30' Estiramiento final:10'

Sesión 3	Identificando patrones de pensamiento	Introducción a la técnica gestual	Estiramiento inicial:10' Parte Psicoterapia: 1h 30' Parte escalada:1h 30' Estiramiento final:10'
Sesión 4	¿Cuándo dejaste de disfrutar ?	Escalada de 1ºde cordada	Estiramiento inicial:10' Parte Psicoterapia: 1h 30' Parte escalada:1h 30' Estiramiento final:10'
Sesión 5	Volver al aquí y al ahora	Técnica gestual y porteo en travesías y Boulder	Estiramiento inicial:10' Parte Psicoterapia: 1h 30' Parte escalada:1h 30' Estiramiento final:10'
Sesión 6	El poder del agradecimiento	Entrenamiento en Vías	Estiramiento inicial:10' Parte Psicoterapia: 1h 30' Parte escalada:1h 30' Estiramiento final:10'
Sesión 7	Retomando metas	Circuito de Boulder	Estiramiento inicial:10' Parte Psicoterapia: 1h 30' Parte escalada:1h 30' Estiramiento final:10'
Sesión 8	Realización personal	Proyectos personales	Estiramiento inicial:10' Parte Psicoterapia: 1h 30' Parte escalada:1h 30' Estiramiento final:10'

(\*)Desarrolladas en Anexo I

Al inicio de todas las sesiones empezaremos con un calentamiento de (10') para movilizar las articulaciones y finalizaremos las sesiones con estiramientos de todos los grupos musculares que hemos trabajado (10'). La parte principal de la actividad se

divide en dos partes, primero realizaremos la parte de psicoterapia basada en mindfulness (1h 30'), y después seguiremos con la parte técnica de escalada (1h 30') dedicada a la escalada propiamente dicha.

#### e) Recursos

##### Recursos humanos

Técnicos deportivos en escalada se encargaran del diseño de la intervención, se necesitaran 2 técnicos deportivos para un ratio de 2:10 (1 técnico por cada 5 alumnos), 2 psicólogos clínicos los cuales recibirán previa formación en escalada, serán los encargados de la valoración inicial y post intervención de los participantes además estarán presentes durante toda la intervención para preservar el estado emocional de los participantes durante todo el proceso que dure el programa y se encargarán de la elaboración de la psicoterapia que vamos a utilizar en el programa, 1 fisioterapeuta encargado del reconocimiento médico inicial y como profesionales de apoyo para cualquier requerimiento que pudiera surgir en torno a la salud física de los participantes.

##### Recursos materiales

###### Instalaciones:

- Rocódromo

###### Material necesario para el desarrollo de la actividad

•Es recomendable llevar ropa cómoda además de calzado adecuado para la realización de este deporte en concreto pies de gato.

- Magnesio
- Poleas
- Cintas
- Esterilla
- Esterilla
- Cuerda
- Arnés
- Grigri

Con respecto a la psicoterapia que vamos a utilizar en nuestro programa de intervención va a estar en la línea del tipo de psicoterapia que se utiliza en otros

programas de escalada en los que suelen ser las terapias de tercera generación el tipo de terapia de elección, en este caso se ha utilizado como base para la creación de las mismas la terapia cognitiva basada en mindfulness (MBCT), pero adaptando los módulos de trabajo a la temática en la que vamos a incidir, que es lograr que los participantes sientan una mayor satisfacción laboral, ya que dicha satisfacción laboral es la clave para lograr que posteriormente no se desarrollen sentimientos de desesperanza que deriven en el núcleo central de la presente propuesta, que es la depresión.

Es importante destacar que la escalada al ser un deporte en el que la ayuda mutua dentro de los escaladores es muy notoria, se crean lazos muy estrechos entre las personas que la practican, con lo que la mejora de las relaciones sociales va a ser una de las áreas reforzadas dentro del programa.

### Resultados esperados

Las intervenciones basadas en la escalada, se han asociado con disminuciones en los parámetros de depresión y sintomatología depresiva asociada a la misma, además de mejoras en el estado cognitivo, emocional y físico de la persona.

Variables principales:

1. Intensidad de la depresión, utilizando como medida pre-test y post-test el Inventario de depresión de Beck (BDI-2) que mide el nivel de sintomatología depresiva, se espera encontrar una disminución media de dicha sintomatología en los participantes.

2. Evaluación de la satisfacción laboral, para ello se utilizará como medida pre-test y post-test la Escala de Maslach Burnout Inventory (MBI), se espera que se produzca un aumento de la satisfacción laboral y de los sentimientos positivos hacia el mismo.

VARIABLES SECUNDARIAS:

3. Evaluación de la condición física utilizando como medida pre-test y post-test la batería de test adaptada de la *International Rock Climbing Research Association* (IRCRA), se espera encontrar un aumento de la condición física de los participantes tras la intervención activa.

Para respaldar estos resultados esperados anteriormente citados paso a relatar la bibliografía que da soporte a ello:

Los primeros trabajos que se hicieron al respecto sobre la escalada terapéutica y la depresión fueron sobre todo informes de casos y estudios observacionales en los que ya se vislumbraron los efectos paliativos que la práctica de esta modalidad tiene sobre la sintomatología depresiva (Mehl y Wolf, 2008; Schnitzler, 2009; Wallner, 2010; Buechter y Fechterpeter, 2011; Mollenhauer et al., 2011).

La bibliografía más reciente de los últimos 3 años corrobora la tendencia de considerar la escalada como una buena opción para el tratamiento de la sintomatología depresiva dado los buenos resultados que se están obteniendo al respecto.

El estudio más reciente que se ha llevado a cabo es un estudio de intervención controlado aleatorio multicéntrico, en el que se quería comprobar la superioridad de la psicoterapia de Boulder para el tratamiento de la depresión frente a la mera práctica de ejercicio físico, los resultados que se obtuvieron fueron que como era de esperar la sintomatología depresiva se redujo en ambos casos durante la intervención activa de ambos procedimientos. Los hallazgos innovadores y prometedores que este estudio ha encontrado tienen que ver con que el efecto de la psicoterapia de Boulder parece ir más allá de la mera realización de ejercicio físico, se pudo comprobar cómo los beneficios de la escalada terapéutica excedieron a los de la práctica de ejercicio físico de forma aislada, lo que produjo una clara superioridad de la psicoterapia de Boulder frente a un programa de entrenamiento (Karg, Dorscht, Komhuber y Luttenberger, 2020).



En un reciente estudio piloto controlado aleatorio se demostró como la BPT (terapia de Boulder) fue efectiva en la reducción de dicha sintomatología en comparación con el grupo de control en lista de espera, además los efectos de la terapia se mantuvieron más allá de la intervención activa en concreto en un seguimiento de 12 meses, lo que nos indica un beneficio de la BPT a corto y largo plazo en la reducción de los síntomas asociados a la depresión (Schwarz et al., 2019).

En un ensayo controlado aleatorio en el que se quería comprobar la efectividad de la Psicoterapia de Boulder en la reducción de los síntomas depresivos controlando la actividad física en general, los resultados fueron de una reducción de 6,74 puntos en la escala de depresión SCL-90-R y en 8,26 puntos en el BDI-II para el grupo de intervención, es decir se consiguió pasar de un puntaje crítico a uno relativamente estable, estos resultados siguieron otorgando superioridad a la BPT aún cuando se controlaba la actividad física general (PA), mientras que el grupo de la lista de espera mejoró sólo 1,75 punto en el SCL-90-R y 2,92 en BDI-II. A todo lo anteriormente expuesto hay que añadir que el grupo de intervención mostró mejorías adicionales en otras escalas como ansiedad fóbica, afrontamiento activo y pasivo y sensibilidad interpersonal en contraste con el grupo control. También es reseñable que la BPT entre sus beneficios se encuentra que su práctica centra a la persona en el momento presente, la pericia en esta atención sostenida otorgan sentimientos de autoeficacia y control interno. Los resultados se mantuvieron estables tras el periodo de seguimiento que comprendió de 8 a 16 semanas (Stelzer et al., 2018).

En un ensayo piloto controlado en el que se quería demostrar si la escalada en roca tenía efectos en la regulación emocional en pacientes hospitalizados con diagnóstico de depresión mayor, se comprobó que la escalada en roca mostraba un efecto regulador positivo en la depresión en contraste con una intervención centrada en la relajación ( Kleinstauber, Reuter, Doll y Fallgatter, 2018) los hallazgos que se produjeron en este ensayo están en sintonía con otro ensayo piloto que se centró en el efecto terapéutico que la escalada tenía en la sintomatología depresiva (Luttenberger et al., 2015) .

En un estudio piloto controlado en un programa BPT de 8 semanas para personas con depresión no hospitalizadas, se lograron tras la intervención con BPT durante las 8 semanas de duración, una mejora en el puntaje BDI-II de 6,47 puntos en el grupo de intervención en comparación con el grupo de lista de espera que sólo lo hizo en 1,4 puntos. Se realizaron dos seguimientos post intervención el primero después de 8 semanas y el segundo a las 16 semanas, los resultados se seguían manteniendo en el tiempo mostrando una efectividad sobre la sintomatología depresiva más allá del periodo de intervención activa (Luttenberger et al., 2015).

La escalada terapéutica también ha demostrado su efecto en la mejora de las áreas cognitivo, emocional y física de la persona algo que nos interesa de forma notable en lo que versa el presente programa, en esta misma línea la escalada ayuda a romper con las barreras y los límites mentales en una expansión que lleva a la persona a experimentar sensaciones de logro, debido al efecto gradual que supone esta disciplina, ya que las metas progresivas que se va poniendo el escalador van reforzando este avance, lo que lleva a la persona a experimentar dichas sensaciones positivas y resilientes, (Lukowsky, 2017), asimismo se produce un incremento de la autoestima (Wallner, 2010).

Para entender los mecanismos subyacentes en la escalada he querido añadir un estudio que investigaba acerca de las motivaciones que llevan a las personas a la elección de la escalada como práctica de deporte, los resultados ponen de manifiesto la importancia del contacto con la naturaleza, reto personal, establecer relaciones sociales y contacto con otras personas, desconexión de la vida cotidiana y evasión, además de diversión, búsqueda de situaciones nuevas y desafíos (López et al., 2013). La relevancia de incluir este estudio versa en que todas estas motivaciones que he expuesto anteriormente son motivaciones intrínsecas de las personas, con lo que la práctica de la escalada es una buena elección para aquellas personas que han perdido dicha motivación y pueden recuperarla con el entrenamiento que esta disciplina nos brinda.

## Conclusiones

Los puntos más importantes del trabajo son que se ha utilizado una bibliografía muy actualizada para dar soporte al mismo (últimos 3 años), los estudios que se han incluido son diseños controlados aleatorizados, además la gran mayoría de ellos incluye seguimiento que va más allá del periodo de intervención activa, casi todos con un seguimiento entre los 8 y los 12 meses, y que ha demostrado los efectos positivos a largo plazo de la escalada en la sintomatología de la depresión.

Otro de los puntos fuertes de mi trabajo es la introducción de la escalada deportiva en combinación con la escalada tipo Boulder, en la mayoría de los programas de intervención se utiliza la escalada tipo Boulder en la parte técnica de escalada, dado los beneficios que considero que tiene la escalada deportiva, que suele estar dirigida a la consecución de una meta (en este caso sería llegar a la cima de la pared), cuando el escalador lo consigue, la sensación que se produce en el mismo, son sentimientos de dominio y de logro, por tanto, se produce un incremento de la motivación, la autoeficacia, y la seguridad en uno mismo, tan importantes y deteriorados en la depresión, por estos motivos me parecía muy interesante crear una parte técnica de escalada con los dos tipos de modalidades, tanto el Boulder como la escalada deportiva.

El punto débil y a la vez innovador de mi programa de intervención, es encontrar bibliografía de protocolos similares que ya se hayan implementado en las organizaciones y vayan dirigidos a trabajadores que presenten sintomatología depresiva, este tipo de protocolos en los que se utiliza la práctica de la escalada se ha implementado sobre todo en la práctica clínica, en la que se ha demostrado la efectividad de esta terapia en la mejora de pacientes que presentaban depresión. Por este motivo me parecía muy interesante crear un protocolo de intervención basado en la escalada destinado a otros ámbitos de actuación mas allá de la práctica clínica, que pudieran servir como fuente de detección e intervención temprana para las organizaciones.

## Futuras intervenciones

En la línea de esta propuesta me parece interesante la introducción de la escalada en otro tipo de programas de intervención destinado a otra población y patologías, ya que se está demostrando los múltiples beneficios que la práctica de escalada puede ofrecer a diversos trastornos.

También me parece interesante hacer más estudios que fueran en la línea de cómo la práctica de escalada "engancha" a las personas para seguir practicándola, aun cuando finalizan los programas de intervención activa, es decir, se podrían realizar estudios longitudinales de seguimiento para comprobar cuantas personas de las que participaron en un estudio sobre escalada, actualmente han incorporado en su vida esta práctica de ejercicio como un estilo de vida.

## Referencias

American Psychiatric Association (APA). *Manual Diagnóstico y Estadístico de los Trastornos Mentales DSM-IV-TR*. (2002). Barcelona, España: Masson.

Cortés, N. (2017a, junio 25). Cuando la escalada se convierte en una terapia de salud mental. Redacción médica. Recuperado de <http://www.redaccionmedica.com>

Engbert, K., & Weber, M. (2011). The effects of therapeutic climbing in patients with chronic low back pain: a randomized controlled study. *Spine Journal*, 36, 842-849. <https://doi.org/10.1097/BRS.0b013e3181e23cd1>.

Gil Monte, P. R. (2005). *El síndrome de quemarse por el trabajo (burnout). Una enfermedad laboral en la sociedad del bienestar*. Madrid, España: Ediciones Pirámide.

Gordon, B.R., McDowell, C.P, Hallgren, M., Meyer, J.D., Lyons, M., & Herring, M.P. (2018). Association of Efficacy of Resistance Exercise Training With Depressive Symptoms. *JAMA Psychiatry*, 75(6), 566-576. <https://doi.org/10.1001/jamapsychiatry.2018.0572>.

IRCRA. Test Manual - Version 1.6. 2015.

Karg, N. (2020a, marzo 12). Boulderling psychotherapy is more effective in the treatment of depression than physical exercise alone: results of a multicentre randomised controlled intervention study. *BMC Psychiatry*. Recuperado de <https://bmcp psychiatry.biomedcentral.com>

Kim, S.H., & Seo, D.Y. (2015). Effects of a therapeutic climbing program on muscle activation and SF-36 scores of patients with lower back pain. *Journal of Physical Therapy Science*, 27(3), 743-746. <https://doi.org/10.1589/jpts.27.743>

Kleinstäuber, M., Reuter, M., Doll, N., & Fallgatter, A. (2017). Rock climbing and acute emotion regulation in patients with major depressive disorder in the context of a psychological inpatient treatment: a controlled pilot trial. *Psychology Research and Behavior Management*, Volume 10, 277-281. <https://doi.org/10.2147/prbm.s143830>

Lee, H.S., & Song, C.S. (2015). Effects of therapeutic climbing activities wearing a weighted vest on a child with attention deficit hyperactivity disorder: a case study. *Journal of Physical Therapy Science*, 27(10), 3337-3339.

<https://doi.org/10.1589/jpts.27.3337>

Luttenberger, K., Stelzer, E.M., Först, S., Schopper, M., Kornhuber, J., & Book, S. (2015). Indoor rock climbing (bouldering) as a new treatment for depression: study design of a waitlist-controlled randomized group pilot study and the first results. *BMC Psychiatry*, 15(1), 201. <https://doi.org/10.1186/s12888-015-0585-8>

Maslach, C., Jackson, S.E.(1981).MBI(Inventario de burnout de Maslach). Recuperado de <https://angelrazo.files.wordpress.com/2013/01/mbi-inventario-de-burnout-de-maslach.pdf>

Mazzoni, E., Purves, P., Southward, J., Rhodes, R., & Temple, V. (2009). Effect of Indoor Wall Climbing on Self-Efficacy and Self-Perceptions of Children With Special Needs. *Adapt Phys Activ Q*, 26(3), 259-273. <https://doi.org/10.1123/apaq.26.3.259>.

Mehl, K., & Wolf, M. (2007). Erfahrungsorientiertes Lernen in der Psychotherapie. *Psychotherapeut*, 53(1), 35-42. <https://doi.org/10.1007/s00278-007-0569-3>

Mollenhauer A., Doll N., Renz P., Luntz J. (2011). Therapeutic climbing in acute psychiatry. *Pflegewissenschaft*, 9, 453-461.

Organización Mundial de la Salud. Salud Mental en el lugar de trabajo. [Internet]. Nota descriptiva. 2019 [cited.2019 May]. Available from:

[https://www.who.int/mental\\_health/in\\_the\\_workplace/es/](https://www.who.int/mental_health/in_the_workplace/es/)

Organización Mundial de la Salud. Depresión [Internet]. Nota descriptiva. 2020 [cited. 2020 Ene 30]. Available from: <https://www.who.int/es/news-room/fact-sheets/detail/depression>

Osca, A., Palací, F., Topa, G., Moriano, J., & Lisbona, A. (2016). *Psicología de las organizaciones*. Madrid, España: Sanz y Torres.

Petruzzello, S. J., Landers, D. M., Hatfield, B. D., Kubitz, K. A., & Salazar, W. (1991). A Meta-Analysis on the Anxiety-Reducing Effects of Acute and Chronic Exercise. *Sports Medicine*, 11(3), 143-182. <https://doi.org/10.2165/00007256-199111030-00002>

Ramírez, W., Vinaccia, S., Suarez, G.M. (2004) .El impacto de la actividad física y el deporte sobre la salud, la cognición, la socialización y el rendimiento académico: una revisión teórica. *Estudios Sociales*,18,67-75.

Sanz J. Adaptación española del Inventario para la psicométricas en pacientes con trastornos psicológicos. Spanish adaptation of the Beck. *Clin y Salud*. 2003;14(3):249-80.

Schinhan, M., Neubauer, B., Pieber, K., Gruber, M., Kainberger, F., Castellucci, C., Olischar, B., Maruna, A., Windhager, R., & Sabeti-Aschraf, M.(2016). Climbing has a positive impact on low Back pain: a prospective randomized controlled trial. *Clin J Sport Med* , 26(3),199-205.

Schnitzler, E.E. (2009). Letting go in order to move on clinical report : Therapeutic climbing in psychosomatic rehabilitation. *Rehabilitation*, 48(1) , 51-58.

Schram Christensen, M., Jensen, T., Voigt, C. B., Nielsen, J. B., & Lorentzen, J. (2017). To be active through indoor-climbing: an exploratory feasibility study in a group of children with cerebral palsy and typically developing children. *BMC Neurology*, 17(1), 112. <https://doi.org/10.1186/s12883-017-0889-z>

Shonfeld, I.S, Bianchi, R., & Palazzi, S. (2018). What is the difference between depression and burnout? An ongoing debate. *Riv Psichiatr*, 53(4),218-219 .

Steimer, J., & Weissert, R. (2017). Effects of Sport Climbing on Multiple Sclerosis. *Frontiers in Physiology*, 8, 10-21. <https://doi.org/10.3389/fphys.2017.01021>

Schmit, E., Czepa, D., Kurnik, K., Spannagl, M., & Stemberger, M. (2014). Climbing therapy under PK-tailored prophylaxis. *Hämostaseologie*, 34(S 01), S13-S16. <https://doi.org/10.5482/hamo-14-01-0003>

López, I., García, L., Garrido, F.J. Estudio sobre las motivaciones para la práctica de la escalada en roca. Facultad de ciencias de la educación. Málaga. Julio-septiembre 2013.

Velikonja, O., Čurić, K., Ožura, A., & Jazbec, S. Š. (2010). Influence of sports climbing and yoga on spasticity, cognitive function, mood and fatigue in patients with multiple sclerosis. *Clinical Neurology and Neurosurgery*, 112(7), 597-601.

<https://doi.org/10.1016/j.clineuro.2010.03.006>

Veser, S., Bady, M., Wiesner, M.(2009). Therapeutic climbing in a children with ADHD-attention by climbing . *Ergopraxis*, 2, 18–21.

Wallner S.(2010). Psychologisches Klettern: Klettern y Mittel klinisch- und gesundheitspsychologischen Handelns. *Psychologie Österreich*, 30 (5), 396–403.



## ANEXO I: DESARROLLO DEL PROGRAMA DE INTERVENCIÓN EN ESCALADA

### PARTE PSICOTERAPIA

#### **Sesión 1: Presentación del grupo e introducción teórica del mindfulness.**

Objetivo de la actividad: el objetivo de esta primera sesión es que los integrantes del grupo se presenten y establezcan primeros contactos entre ellos, ya que aunque provengan de una misma empresa/organización no tienen por qué tener un contacto estrecho o conocerse todos entre sí, además en muchas empresas, al no ser que sean pequeñas, hay diferentes secciones y áreas de trabajo. Dedicaremos a esta presentación unos 20 min y los 40 restantes los enfocaremos en introducirlos a los conceptos básicos del mindfulness.

Descripción: Dispondremos a los participantes alrededor de la sala formando un círculo para que se facilite en contacto y visualización entre ellos, se les animará en la presentación de cada uno, y en que comenten que esperan de la participación en este grupo de trabajo. Después se pasará a la presentación de la psicoterapia de mindfulness con la que vamos a trabajar y los objetivos que vamos a llevar a cabo en el programa.

Materiales: sala anexa dentro del rocódromo para trabajar la parte psicoemocional de la terapia, pantalla para la presentación del power point, esterillas .

Duración: 1h 30'

#### **Sesión 2: Movimientos con atención plena**

Objetivo de la actividad: a través de la meditación tibetana Vipassana o caminar consciente les introduciremos en la conciencia de atención plena, centrando su atención en los pies, esta introducción la llevaremos a la practica en la fase 2 durante la práctica de la escalada, ya que pediremos a los participantes que únicamente se

centren en la actividad que están realizando ,siendo conscientes de cada movimiento, toda su atención está centrada en la práctica consciente.

Descripción: Les pediremos que comiencen caminando alrededor de toda la sala, este tipo de meditación en movimiento lo que aporta es una consciencia plena del movimiento que estamos realizando en el momento presente, toda nuestra atención se centra en el ejercicio de caminar, en concreto en nuestros pies, al contrario que en otro tipo de meditaciones donde ponemos nuestra atención en la respiración o en otro estímulo primario, en este caso toda nuestra atención recae en el movimiento de los pies .

Ser conscientes de cada paso que doy, como mis pies se levantan y se vuelven a acomodar cuando vuelvo a pisar el suelo. No pasa nada si mi atención se desvía hacia otros estímulos externos durante el proceso, es completamente normal que esto suceda, retomaremos la atención en los pies de forma compasiva, sin juzgar y de manera consciente. El ritmo que se lleva en este tipo de meditación es más lento que el habitual que haríamos cuando caminamos en otro tipo de escenario, el objetivo es sentir cada paso, ser conscientes de cada paso que doy. Este tipo de meditaciones se pueden retomar y ser practicada en cualquier momento de nuestro día a día.

Materiales: aula de trabajo de psicoterapia.

Duración: 1h 30'

### **Sesión 3: Identificando patrones de pensamiento**

Objetivo de la actividad: el objetivo es tomar consciencia de los propios pensamientos, ¿qué me digo a mi mismo/a?, me hablo con respeto y aceptación?, ¿me digo cosas positivas?, la finalidad es aumentar la consciencia de los pensamientos propios poniendo en práctica la aceptación y no juzgar.

Descripción: lo que se pretende es crear espacio interno en una mente repleta y nutrida por un exceso de pensamientos. Cuando nuestra mente se llena de pensamientos y cada uno arrastra al siguiente se produce una cadena de

pensamientos, que es lo que se conoce como rumiación. Cuando la persona se encuentra inmersa en este estado rumiativo se produce un bloqueo de pensamientos nuevos. Con la meditación pretendemos ejercitar este tipo de pensamientos, dentro de una mente serena, sana y abierta.

Tenemos que tomar conciencia de cómo nos estamos hablando a nosotros mismo y cómo son y cómo me afectan la cadena de pensamientos constantes que pasan por mi mente. Cuando la persona entra en un estado de rumiación sus pensamientos suelen enfocarse en el pasado y en el futuro, la persona percibe estos pensamientos como amenazantes e incontrolables, pero, nosotros no somos nuestros pensamientos y tenemos que aprender a distanciarnos de ellos. Con esta actividad pretendemos que los participantes aprendan a identificar cuándo nos dejamos llevar por esta cadena de pensamientos y nos fusionamos con ellos, impidiéndonos parar y tomar conciencia plena de la situación para poder ser objetivos en torno a la misma. Por tanto, lo que se pretende es aprender a distanciarnos de nuestros pensamientos para poder tener un pensamiento atento y focalizado en el momento presente. Además de cultivar el valioso proceso de hablarnos bien a nosotros mismos, sin culpabilizarnos, y sin juzgarnos. Todo ello lo trabajaremos a través de la respiración y una meditación guiada en imaginación, en la que se introducirán los conceptos anteriormente expuestos. Para la parte de cómo nos hablamos a nosotros mismos la vamos a trabajar a través del ego, entendido como esa parte de nuestra mente crítica con nosotros mismos que no ha conocido el amor, para ello utilizaremos una meditación sobre cómo detectar el ego y disolverlo en el ser.

Al final de la sesión reflexionaremos sobre todo lo experimentado durante la sesión .

Materiales: esterilla, sala de trabajo, pizarra.

Duración: 1h 30'

#### **Sesión 4: ¿Cuándo dejaste de disfrutar?**

Objetivo de la actividad: el objetivo es que tomen conciencia de las cosas, actividades, personas que les producen felicidad, con el objetivo de experimentar nuevamente

emociones positivas. Dejarse ser, permitirse a uno/a mismo/a reexperimentar aquello que nos hace disfrutar, ser felices en el momento presente.

Descripción: esta sesión la vamos a dedicar a traer a la terapia todo lo que nos gusta, lo que nos hace disfrutar, dejaremos tiempo para que los pacientes se sitúen y traigan a su mente esos momentos en los que se han sentido en plenitud. Nos tumbaremos en la esterillas, en una posición relajada mientras escuchamos una música de fondo relajante que nos ayude a traer a nuestra mente esos recuerdos placenteros. Al terminar la relajación expondremos al resto del grupo las emociones que hemos sentido y los recuerdos por los que ha viajado nuestra mente. Tomar conciencia de lo que nos hace disfrutar, y que hemos relegado debido a una vida marcada por los tiempos, las responsabilidades, el trabajo, la familia.... para poder con ello retomar lo que nos hace felices y dedicarnos a nosotros mismos aunque sean 15 minutos de nuestro día, un tiempo para nosotros únicamente, es importante aprender cultivar nuestro autocuidado.

Materiales: sala de terapia, esterilla, ordenador, pizarra.

Duración: 1h 30'

### **Sesión 5: Volver al aquí y al ahora.**

Objetivo de la actividad: se trata de producir una conexión entre la experiencia física, mental y emocional, trabajando la consciencia sobre los eventos internos que tienen lugar en un mismo momento.

Descripción: nos disponemos en una posición lo más cómoda posible da igual si estamos sentados o tumbados, lo importante es ponerse en una posición que nos resulte placentera con el cuerpo relajado. El objetivo es la apertura en el momento presente, la indicación que se les da es que se imaginen que se encuentran en un campo, en el mar o en aquel rincón favorito en el que se encuentran en paz, tranquilos, se les indica que de repente empieza a soplar una brisa, a medida que va pasando el tiempo esta brisa se hace más intensa pero nosotros seguimos centrados en el momento presente, en nuestro estado de paz y tranquilidad, no importa la

eventualidad externa que se esté produciendo. Podemos empezar a experimentar que surgen pensamientos, observamos como esos pensamientos se van transformando y se van sucediendo los unos a los otros. Nos centramos en lo que esos pensamientos nos están expresando, que sentimientos y carga emocional llevan consigo, nos hacemos conscientes de ellos y de las emociones que nos provocan ya sean positivas o negativas, esto no tiene que perturbarnos, no es más que la experiencia de hacernos conscientes de ellos, de traerlos a nuestro momento presente. Ahora nos centramos en nuestras sensaciones físicas que estamos experimentando, cómo se encuentra mi cuerpo, si está rígido, relajado, podemos introducir en este momento un escáner corporal que nos ayude a identificar esas posibles tensiones que están ocurriendo ante los pensamientos que nos están llegando a nuestra mente, observamos esas sensaciones desde la aceptación plena de las mismas. Ahora nos hacemos conscientes de como transcurren los pensamientos, las emociones y las sensaciones físicas, lo englobamos en un todo.

Al finalizar la sesión analizamos cómo nos hemos sentido, cómo ha sido ese proceso de darnos cuenta de cómo se suceden los eventos internos que tienen lugar en un mismo momento, cómo los hemos experimentado y los hemos integrado en un todo lleno de aceptación.

Materiales: sala de terapia, esterilla, ordenador.

Duración: 1h 30'

## **Sesión 6: El poder del agradecimiento**

Objetivo de la actividad: a través de la meditación guiada trabajaremos el agradecimiento. Tras la meditación reflexionaremos sobre todo lo que tenemos y a veces olvidamos o no tomamos conciencia de ello, la importancia de sentirse agradecido/a.

Descripción: Nos disponemos en posición sentada, con los brazos alineados con nuestras caderas, en una posición relajada, empezamos notando como fluye nuestra respiración nos centramos en ella. Ahora vamos a traer a nuestra mente esa persona, situación, sensación física o emocional, por la que estamos agradecidos, puede ser que traigas a tu mente esa persona a la que estás profundamente agradecida porque te ha ayudado a lo largo de tu camino, o puedes simplemente agradecer ese estado físico conectado con el plano emocional que nos transporta por ejemplo, sentirnos agradecidos por notar el calor del sol proyectándose en mi cuerpo, lo que me lleva a experimentar la sensación física de calor conectada con la sensación emocional de sentirme viva/o y agradecida/o de poder estar disfrutándola en el momento presente, puedes imaginar cualquier cosa que te haga sentir agradecido. A continuación vamos a disfrutar de este momento en el que le estamos dando las gracias por revivir ese momento y nos estamos nutriendo de esa gratitud nuevamente. Observamos la escena, si la interacción es con una persona, ¿qué le estamos diciendo?, ¿qué estoy sintiendo/que emociones brotan?, seguimos observando y centrándonos en ese momento .

Al finalizar la meditación agradecemos a esa persona, situación, sensación física o emocional, lo que sea que haya llegado a mi mente, le damos las gracias por haberme ayudado en un preciso momento de mi vida o durante toda ella, gracias, gracias, gracias.

Tras la meditación reflexionamos sobre cómo nos hemos sentido, cómo ese poder de agradecimiento me ha hecho sentir. El agradecimiento es una de las herramientas más valiosas que una persona puede aprender, por ello, dotamos a los participantes de más herramientas que versan sobre el agradecimiento para que puedan incorporarlas a su día a día, algo tan sencillo como dar las gracias por un nuevo día, levantarse con una sonrisa, escribir al finalizar el día en un cuaderno todas y cada una de las cosas que te han pasado en ese día por las que mereces estar agradecido, y agradecer también esos contratiempos que te han podido surgir, agradece todo lo bueno y lo malo, porque hasta de las cosas que nos inquietan o pueden torcernos el día estamos aprendiendo de ellas.

Hacerte consciente de todo por lo que tienes que dar gracias, te hace vivir más presente en el aquí y en el ahora, con una mayor serenidad, y valorando cada día que tenemos por delante.

Materiales: silla, sala de terapia, pizarra.

Duración: 1h 30'

### **Sesión 7: Retomando metas**

Objetivo de la actividad: lo que se pretende en esta sesión es que recuerden que les gustaba de su trabajo, por qué decidieron dedicarse a ello, qué metas tenían cuando empezaron a trabajar, a través de una meditación en imaginación, cada participante hará un viaje en el recorrido de su carrera profesional, al finalizar esta meditación reflexionaremos sobre ello y propondremos nuevas metas laborales.

Descripción: nos disponemos tumbados, en una posición cómoda. Cerramos los ojos , de fondo suena una música que induzca al momento de relajación, comenzamos respirando de forma acompasada, inhalamos, exhalamos.... inhalamos, exhalamos.... nos centramos en esta respiración durante unos minutos hasta que escuchamos la orden "empieza el viaje". El objetivo de este viaje es que las participantes comiencen un camino introspectivo hacia los comienzos de su carrera profesional, los remontamos a cuando decidimos elegir la carrera que elegimos, nos hacemos preguntas del tipo, ¿por qué decidí estudiar esa carrera, por qué no otra?, ¿qué metas tenía en ese momento, qué sentimientos o emociones sentía al respecto?. Avanzamos en ese viaje y nos situamos en ese primer trabajo, esa primera oportunidad que se me brindó, y volvemos a hacernos preguntas al respecto de ese momento de nuestra vida, ¿qué me aportó ese primer trabajo?, ¿sentía que estaba yendo por el camino que quería ir?, ¿había cumplido quizás alguna meta propuesta con anterioridad?, nos detenemos en ese momento durante unos minutos cuestionándome y reviviendo cómo me sentía en ese instante de mi vida. Proseguimos adentrándonos en ese viaje cada vez nos hayamos más cerca del momento actual, quizás en este laxo de tiempo se sucedieron otros trabajos, o quizás dedicaste más tiempo en tu formación... seguimos

adentrándonos en el proceso, cuestionando y observando todo lo que acontece. Ahora nos encontramos ya en el momento presente, ¿que siento?, ¿he llegado hasta donde quería llegar, estoy en la dirección que siempre proyecté? o por el contrario, estoy inmerso en un punto en el que no quiero estar, sigo observando y cuestionado, ¿soy feliz con mi trabajo?, ¿me siento motivado?, ¿sigue estando ahí ese chico o esa chica que hace unos cuantos años soñaba con estudiar esa carrera para dedicarse a lo que hoy te estás dedicando?, ¿el adulto/a que hoy eres, sigue teniendo sueños y metas que te impulsan dentro de tu trabajo?.

Al finalizar la introspección por nuestro viaje, nos incorporamos y nos sentamos en posición grupal, vamos a reflexionar sobre todo lo que hemos estado analizando durante esta sesión, es importante que tras esta sesión los participantes se tomen unos minutos para responderse de la forma más sincera posible dos cuestiones, ¿estoy en el lugar en el que quiero estar?, y si no es así, ¿que puedo hacer para acercarme a ese lugar en el que merezco estar?.

Como trabajo personal para realizar en otro momento distinto a la sesión, les pedimos que tras estas cuestiones planteen metas u objetivos a corto plazo .

Emplazamos a la siguiente sesión el ejercicio expuesto.

Materiales: esterilla, ordenador, sala de terapia, silla, cuaderno de trabajo.

Duración: 1h30'

### **Sesión 8:Realización personal**

Objetivo de la actividad: profundizar entre el distanciamiento existente entre dónde estoy y dónde quiero estar, a través de la "Metáfora del escalador" la que viene a explicar que todo lo aprendido durante este programa son herramientas que pueden ayudarte, son el camino, pero al final la montaña la tiene que subir cada uno/a, ser conscientes de donde estamos y avanzar hacia dónde queremos estar depende de nosotros/as mismos/as. Acabaremos la sesión con una meditación guiada.



Descripción: Empezaremos la sesión retomando las metas u objetivos que cada uno de los participantes trabajaron como tarea para realizar fuera de sesión, nos detendremos en este punto la mitad de la sesión, trayendo a la misma todas las inquietudes, propuestas, y reflexiones de los/as participantes.

La segunda parte de la sesión la dedicaremos a trabajar a través de la "Metáfora del escalador", el compromiso y la toma de conciencia que tienen que tener cada uno de los participantes de forma individual, para llegar a interiorizar y seguir adentrándose en ella, para integrarla y que se produzca una transferencia de todas las herramientas que se les han ido proporcionando a lo largo de la intervención, ya que la elección de nuestro camino en la vida forma parte de cada uno/a de nosotros/as mismos/as. Hay que felicitarles por haber completado el programa y por dar el paso de querer participar en el mismo, el cambio ya se está produciendo y seguir trabajando en él forma parte del compromiso que han ido adquiriendo a lo largo de estas semanas.

Terminaremos la sesión con una meditación tibetana Shamatha, ya que es una meditación especialmente adecuada para el cierre de la sesión, ya que induce sentimientos positivos de calma y paz, además de ayudarnos a expandir nuestras perspectivas. Centramos nuestra atención en la respiración.

Materiales: sala de terapia, silla, pizarra, cuaderno de trabajo.

Duración: 1h 30'

## PARTE ESCALADA

### **Sesión 1: Familiarizándonos con la escalada**

Objetivo de la actividad: el objetivo es que los participantes tengan un primer contacto con la escalada deportiva, para ello es importante dar la información de forma escalonada, muchos términos a la vez pueden saturar a los participantes. Empezaremos explicando los materiales que vamos a utilizar y su correcto manejo.

Descripción: esta sesión es muy necesaria ya que vamos a sentar las bases de la iniciación en la escalada, la dedicamos sobre todo a tocar el material, a probarlo y a familiarizarnos con él.

Materiales: pies de gato, arnés, casco, sistema de seguridad grigri, cuerda, aseguramiento porteo.

Duración: 1h 30'

### **Sesión 2: Acostumbrándonos a la verticalidad "trabajo con poleas"**

Objetivo de la actividad: esta sesión la vamos a dedicar a que los participantes se habitúen a la verticalidad mediante la escalada en polea.

Descripción: consiste en escalar en polea o de segundo, es decir con la cuerda pasada por la unión. De esta manera los alumnos podrán progresar por la vía minimizando el riesgo de una posible caída, así disfrutaran más y se familiarizaran con la altura y aspectos básicos de la técnica.

Materiales: cuerda, arnés, casco, pies de gato, grigri.

Duración: 1h 30'

### **Sesión 3: Introducción a la técnica gestual en boulder.**

Objetivo de la actividad: trabajamos aspectos como agrupación de manos y pies en una misma presa, asimismo como la diferenciación entre movimientos dinámicos y estáticos. También trabajaremos los cambios de peso y la forma correcta de caer a la colchoneta.

Descripción: montaremos bloques en los que los alumnos tengan que practicar diferentes movimientos de manos y pies para ir asimilando la técnica básica. Para ello les animaremos y les daremos feedback constante, haciendo que se fijen en los fallos de los compañeros y poder crear un clima de ayuda mutua, en el que sean ellos

mismos los que se den cuenta de los errores más frecuentes y corregirlos en su escalada.

Materiales: pies de gato, paneles de boulder, magnesio.

Duración: 1h 30'

#### **Sesión 4: Escalada de 1º de cordada.**

Objetivo de la actividad: conseguir que los alumnos sean capaces de abrir una vía, para ello deberán conocer la colocación correcta de las cintas y la cuerda (el escalador). Y el asegurador tendrá que saber dar cuerda a su compañero de cordada y cómo actuar en caso de caída.

Descripción: comenzaremos practicando los chapajes (cuando abres una vía, pasar la cuerda por el mosquetón) en el suelo con ambas manos para que se habitúen a su ejecución, practicaremos hasta que este gesto empiece a salir de forma automática, esto les va a facilitar mucho cuando estén escalando. Una vez que lo hayan automatizado vamos a pasar a ponerlo en práctica en una vía de nivel muy sencilla, para que solamente se preocupen del chapaje, más que de la escalada en sí misma.

Materiales: panel de vías, cintas exprés, cuerda, arnés, grigri, magnesio.

Duración: 1h 30'

#### **Sesión 5: Técnica gestual y porteo en travesías y boulder**

Objetivo de la actividad: volvemos a la técnica gestual para afianzar las bases en esta técnica, e introduciremos la seguridad en este tipo de escalada con el porteo.

Descripción: empezaremos en un bloque pendiente de la sesión pasada en la que nos iniciamos en la técnica gestual y seguiremos trabajando en esta dinámica pero introduciendo el aspecto de la seguridad a través de la figura del porteo, al escalar sin cuerdas los compañeros están pendientes del escalador que está realizando el bloque, en el caso de que éste caiga, ellos acompañan la caída sujetándolo de las caderas, y

evitando que caiga de forma descontrolada, este gesto crea cohesión en el grupo, compañerismo y confianza.

Materiales: panel de bloque, pies de gato, colchonetas y magnesio.

Duración: 1h 30'

### **Sesión 6: Entrenamiento en Vías**

Objetivo de la actividad: escalar el máximo número de vías, regulando la intensidad.

Descripción: el técnico ofrece feedback, dando consejos para que los participantes alcancen una mayor eficiencia en todas las maniobras que envuelven a la escalada (instrucciones tales como dónde colocamos la cuerda, qué hacer mientras el compañero se separa, cómo resolver los movimientos...)

Materiales: panel de vías, grigri, arnés, cuerda, cintas, magnesio, pies de gato.

Duración: 1h 30'

### **Sesión 7: Circuito de boulder**

Objetivo de la actividad : el objetivo es que escalen el máximo número de bloques de forma segura.

Descripción : el técnico previamente equipara el panel de boulder con unos 10 bloques adaptados al nivel de los participantes, con la finalidad de que ellos mismos comiencen a escalar de forma más autónoma, se porteen entre ellos, siempre con la supervisión del técnico que estará en todo momento disponible dinamizando la sesión.

Materiales: panel de boulder, pies de gato, magnesio.

Duración: 1h 30'

## **Sesión 8: Proyectos personales**

Objetivo de la actividad : en esta última sesión y coincidiendo con el cierre del programa vamos a ofrecer libertad a los participantes para que realicen los bloques o las vías que ellos prefieran o hayan dejado en proyecto (sin escalar).

Descripción: como contamos con 2 técnicos, cada uno de los técnicos se situará en una de las salas Boulder y vías, para ofrecer ayuda o asesoramiento en todo momento y siempre que los participantes la necesiten. Cada uno de las participantes se dispondrá a escalar lo que más le apetezca con total autonomía y predilección.

Materiales: panel de boulder y panel de vías, arnés, grigri, cuerda, pies de gato y magnesio.

Duración: 1h 3

## ANEXOII CUESTIONARIOS DE EVALUACIÓN

### **Inventario de Depresión de Beck (BDI-2)**

Nombre:.....Estado Civil..... Edad:..... Sexo..... Ocupación  
..... Educación:.....Fecha:.....

Instrucciones: Este cuestionario consta de 21 grupos de afirmaciones. Por favor, lea con atención cada uno de ellos cuidadosamente. Luego elija uno de cada grupo, el que mejor describa el modo como se ha sentido las últimas dos semanas, incluyendo el día de hoy. Marque con un círculo el número correspondiente al enunciado elegido Si varios enunciados de un mismo grupo le parecen igualmente apropiados, marque el número más alto. Verifique que no haya elegido más de uno por grupo, incluyendo el ítem 16 (cambios en los hábitos de Sueño) y el ítem 18 (cambios en el apetito)

#### **1. Tristeza**

- 0 No me siento triste.
- 1 Me siento triste gran parte del tiempo
- 2 Me siento triste todo el tiempo.
- 3 Me siento tan triste o soy tan infeliz que no puedo soportarlo.

#### **2. Pesimismo**

- 0 No estoy desalentado respecto del mi futuro.
- 1 Me siento más desalentado respecto de mi futuro que lo que solía estarlo.
- 2 No espero que las cosas funcionen para mí.
- 3 Siento que no hay esperanza para mi futuro y que sólo puede empeorar.

#### **3. Fracaso**

- 0 No me siento como un fracasado.
- 1 He fracasado más de lo que hubiera debido.
- 2 Cuando miro hacia atrás, veo muchos fracasos.
- 3 Siento que como persona soy un fracaso total.

#### **4. Pérdida de Placer**

- 0 Obtengo tanto placer como siempre por las cosas de las que disfruto.
- 1 No disfruto tanto de las cosas como solía hacerlo.
- 2 Obtengo muy poco placer de las cosas que solía disfrutar.
- 3 No puedo obtener ningún placer de las cosas de las que solía disfrutar.

#### **5. Sentimientos de Culpa**

- 0 No me siento particularmente culpable.
- 1 Me siento culpable respecto de varias cosas que he hecho o que debería haber hecho.
- 2 Me siento bastante culpable la mayor parte del tiempo.
- 3 Me siento culpable todo el tiempo.

#### **6. Sentimientos de Castigo**

- 0 No siento que este siendo castigado
- 1 Siento que tal vez pueda ser castigado.
- 2 Espero ser castigado.
- 3 Siento que estoy siendo castigado.

#### **7. Disconformidad con uno mismo.**

- 0 Siento acerca de mí lo mismo que siempre.
- 1 He perdido la confianza en mí mismo.
- 2 Estoy decepcionado conmigo mismo.
- 3 No me gusta a mí mismo.

#### **8. Autocrítica**

- 0 No me critico ni me culpo más de lo habitual
- 1 Estoy más crítico conmigo mismo de lo que solía estarlo
- 2 Me critico a mí mismo por todos mis errores
- 3 Me culpo a mí mismo por todo lo malo que sucede.

### **9. Pensamientos o Deseos Suicidas**

- 0 No tengo ningún pensamiento de matarme.
- 1 He tenido pensamientos de matarme, pero no lo haría
- 2 Querría matarme
- 3 Me mataría si tuviera la oportunidad de hacerlo.

### **10. Llanto**

- 0 No lloro más de lo que solía hacerlo.
- 1 Lloro más de lo que solía hacerlo
- 2 Lloro por cualquier pequeñez.
- 3 Siento ganas de llorar pero no puedo.

### **11 Agitación**

- 0 No estoy más inquieto o tenso que lo habitual.
- 1 Me siento más inquieto o tenso que lo habitual.
- 2 Estoy tan inquieto o agitado que me es difícil quedarme quieto
- 3 Estoy tan inquieto o agitado que tengo que estar siempre en movimiento o haciendo algo.

### **12 Pérdida de Interés**

- 0 No he perdido el interés en otras actividades o personas.
- 1 Estoy menos interesado que antes en otras personas o cosas.
- 2 He perdido casi todo el interés en otras personas o cosas.
- 3. Me es difícil interesarme por algo.

### **13. Indecisión**

- 0 Tomo mis propias decisiones tan bien como siempre.
- 1 Me resulta más difícil que de costumbre tomar decisiones
- 2 Encuentro mucha más dificultad que antes para tomar decisiones.
- 3 Tengo problemas para tomar cualquier decisión.



#### **14. Desvalorización**

0 No siento que yo no sea valioso

1 No me considero a mi mismo tan valioso y útil como solía considerarme

2 Me siento menos valioso cuando me comparo con otros.

3 Siento que no valgo nada.

#### **15. Pérdida de Energía**

0 Tengo tanta energía como siempre.

1. Tengo menos energía que la que solía tener.

2. No tengo suficiente energía para hacer demasiado

3. No tengo energía suficiente para hacer nada.

#### **16. Cambios en los Hábitos de Sueño**

0 No he experimentado ningún cambio en mis hábitos de sueño.

1ª. Duermo un poco más que lo habitual.

1b. Duermo un poco menos que lo habitual.

2a Duermo mucho más que lo habitual.

2b. Duermo mucho menos que lo habitual

3ª. Duermo la mayor parte del día

3b. Me despierto 1-2 horas más temprano y no puedo volver a dormirme

#### **17. Irritabilidad**

0 No estoy tan irritable que lo habitual.

1 Estoy más irritable que lo habitual.

2 Estoy mucho más irritable que lo habitual.

3 Estoy irritable todo el tiempo.

#### **18. Cambios en el Apetito**

0 No he experimentado ningún cambio en mi apetito.

1ª. Mi apetito es un poco menor que lo habitual.

1b. Mi apetito es un poco mayor que lo habitual.

2a. Mi apetito es mucho menor que antes.

2b. Mi apetito es mucho mayor que lo habitual

3ª . No tengo apetito en absoluto.

3b. Quiero comer todo el día.

### **19. Dificultad de Concentración**

0 Puedo concentrarme tan bien como siempre.

1 No puedo concentrarme tan bien como habitualmente

2 Me es difícil mantener la mente en algo por mucho tiempo.

3 Encuentro que no puedo concentrarme en nada.

### **20. Cansancio o Fatiga**

0 No estoy más cansado o fatigado que lo habitual.

1 Me fatigo o me canso más fácilmente que lo habitual.

2 Estoy demasiado fatigado o cansado para hacer muchas de las cosas que solía hacer.

3 Estoy demasiado fatigado o cansado para hacer la mayoría de las cosas que solía

### **21. Pérdida de Interés en el Sexo**

0 No he notado ningún cambio reciente en mi interés por el sexo.

1 Estoy menos interesado en el sexo de lo que solía estarlo.

2 Estoy mucho menos interesado en el sexo.

3 He perdido completamente el interés en el sexo.

Puntaje Total:.....

### **MBI (Inventario de Burnout de Maslach)**

A continuación encontrará una serie de enunciados acerca de su trabajo y de sus sentimientos en él. Le pedimos su colaboración respondiendo a ellos como lo siente. No existen respuestas mejores o peores, la respuesta correcta es aquella que expresa verídicamente su propia existencia. Los resultados de este cuestionario son estrictamente confidenciales y en ningún caso accesibles a otras personas. Su objeto es contribuir al conocimiento de las condiciones de su trabajo y mejorar su nivel de satisfacción. A cada una de las frases debe responder expresando la frecuencia con que tiene ese sentimiento de la siguiente forma:

- (1) Nunca
- (2) Algunas veces al año
- (3) Algunas veces al mes
- (4) Algunas veces a la semana
- (5) Diariamente

Por favor señale el número que considere más adecuado

	ITEMS	1	2	3	4	5
A.E.	1. Me siento emocionalmente defraudado en mi trabajo					
A. E.	2. Cuando termino mi jornada de trabajo me siento agotado					
A. E.	3. Cuando me levanto por la mañana y me enfrento a otra jornada de trabajo me siento agotado					
R. P.	4. Siento que puedo entender fácilmente a las personas que tengo que atender					
D.	5. Siento que estoy tratando a algunos beneficiados de mí, como si fuesen objetos impersonales					
A. E.	6. Siento que trabajar todo el día con la gente me cansa					

R. P.	7. Siento que trato con mucha efectividad los problemas de las personas a las que tengo que atender					
A. E.	8. Siento que mi trabajo me está desgastando					
R. P.	9. Siento que estoy influyendo positivamente en las vidas de otras personas a través de mi trabajo					
D.	10. Siento que me he hecho más duro con la gente					
D.	11. Me preocupa que este trabajo me está endureciendo emocionalmente					
R. P.	12. Me siento muy enérgico en mi trabajo					
A. E.	13. Me siento frustrado por el trabajo					
A. E.	14. Siento que estoy demasiado tiempo en mi trabajo					
D.	15. Siento que realmente no me importa lo que les ocurra a las personas a las que tengo que atender profesionalmente					
A. E.	16. Siento que trabajar en contacto directo con la gente me cansa					
R. P.	17. Siento que puedo crear con facilidad un clima agradable en mi trabajo					
R. P.	18. Me siento estimulado después de haber trabajado íntimamente con quienes tengo que atender					
R. P.	19. Creo que consigo muchas cosas valiosas en este trabajo					
A. E.	20. Me siento como si estuviera al límite de mis posibilidades					
R. P.	21. Siento que en mi trabajo los problemas emocionales son tratados de forma adecuada					
D.	22. Me parece que los beneficiarios de mi trabajo me culpan de algunos problemas					

A. E. AGOTAMIENTO EMOCIONAL

D. DESPERSONALIZACIÓN

R. P. REALIZACIÓN PERSONAL

Los sujetos por encima del percentil 75 se incluyen en la categoría "alto", entre el percentil 75 y el 25 en la categoría "medio" y, por debajo del percentil 25, en la categoría "bajo". La subescala de agotamiento emocional ("emotional exhaustion") (AE) está formada por 9 ítems que describen sentimientos de estar abrumado y agotado emocionalmente por el trabajo; la subescala de despersonalización ("despersonalización") (D) está formada por 5 ítems que describen una respuesta impersonal y falta de sentimientos hacia los sujetos objeto de atención; La subescala de realización personal en el trabajo ("personal accomplishment") (RP) está compuesta por 8 ítems que describen sentimientos de competencia y realización exitosa en el trabajo hacia los demás. Mientras que en las subescalas de agotamiento emocional y despersonalización, puntuaciones altas corresponden a altos sentimientos de estar quemado, en la subescala de realización personal en el trabajo bajas puntuaciones corresponden a altos sentimientos de quemarse.

#### MÉTODOS PARA EVALUAR EL SÍNDROME BURNOUT.

Aspecto evaluado Respuesta a Sumar:

- Agotamiento Emocional 1,2,3,6,8,13,14,16,20
- Despersonalización 5,10,11,15,22
- Realización Personal 4,7,9,12,17,18,19,21

Las claves para la interpretación de este cuestionario son: ☐

Subescala de agotamiento emocional: valora la vivencia de estar exhausto emocionalmente por las demandas del trabajo. Puntuación máxima 54. ☐

Subescala de despersonalización: valora el grado en que cada uno reconoce actitudes de frialdad y distanciamiento. Puntuación máxima 30. <sup>2</sup>

Subescala de realización personal: evalúa los sentimientos de autoeficacia y realización personal en el trabajo. Puntuación máxima 48.

Estas tres escalas tienen una gran consistencia interna, considerándose el grado de agotamiento como una variable continua con diferentes grados de intensidad. Puntuaciones altas, en las dos primeras subescalas y baja en la tercera definen la presencia del síndrome.

## IRCRA Climbing Performance Battery

Version 1.6

18 noviembre de 2015

La batería de rendimiento de escalada IRCRA está diseñada, en la medida de lo posible, para evaluar todos los aspectos del rendimiento de escalada a través de pruebas específicas. En la tabla 1 se proporciona una descripción general de las pruebas y los componentes de aptitud que evalúan, vale la pena señalar que los escaladores de menor grado no podrán mantener las pruebas de resistencia durante un periodo lo suficientemente largo como para evaluar realmente la resistencia ,y en su lugar evaluaran potencia o fuerza.

Permita cinco minutos entre cada prueba. Idealmente ,complete la prueba en pequeños grupos de 3-4 para producir naturalmente ese descanso.

**Tabla 1: IRCRA Batería y componentes de aptitud evaluados**

<b>Test</b>	<b>Potencia</b>	<b>Fuerza</b>	<b>Resistencia</b>
<b>Levantamiento de pie-cadera</b>			
Ejercicios de movilidad, flexibilidad para el pie (con rotación)		<b>X flexibilidad</b>	
Ejercicios de movilidad flexibilidad para el pie (sin rotación)		<b>X flexibilidad</b>	
<b>Flexores del antebrazo</b>			
Fuerza máxima de dedos suspensiones		<b>X</b> *	<b>X</b>
<b>Cintura escapular/ parte superior del brazo</b>			
Fuerza de contacto	<b>X</b>		
Bloqueos ( dos brazos)			<b>X</b>
Bloqueos (un brazo)		*	<b>X</b>
Dominadas	*		<b>X</b>
<b>Abdominales/tensión corporal</b>			
Plancha		*	<b>X</b>
Levantamiento de piernas dobladas 90°		*	<b>X</b>

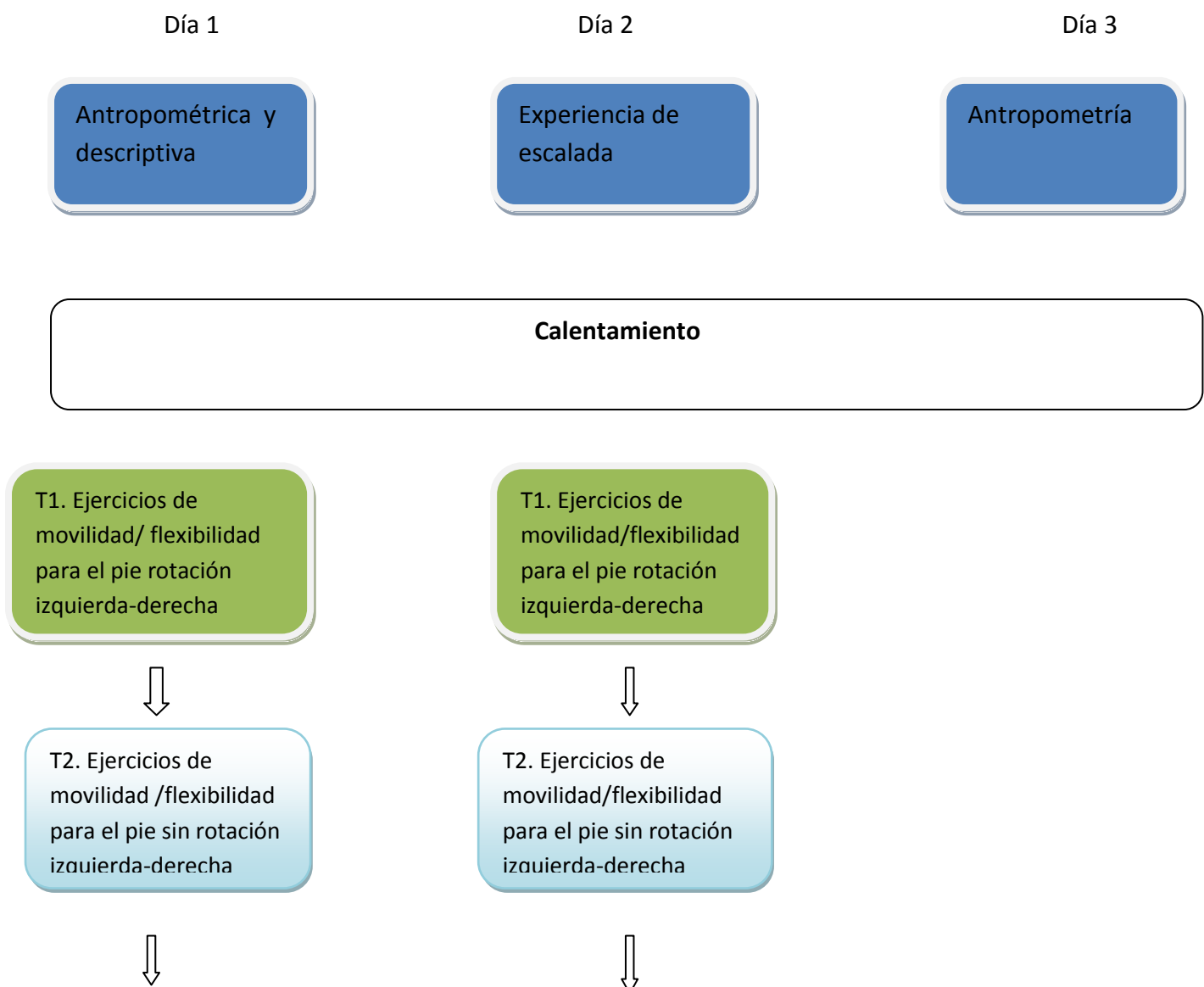
**X-para la mayoría** \*-para algunos/escaladores de menor grado

Las pruebas prescritas deben realizarse en el orden establecido en la Tabla 1 y en la Figura1.

Mantenga la rutina de entrenamiento normal y el día de descanso antes de la realización de la prueba:

Para asegurarnos de que los participantes se encuentran en el mismo estado antes de cada una de las tres sesiones de la que consta la prueba, deben mantener su rutina de entrenamiento normal hasta el penúltimo día anterior a la prueba y descansar completamente el día anterior a la prueba.

**Figure 1: Orden de la batería de la prueba IRCRA**





T5. Fuerza de contacto



T3. Estiramiento de dedos

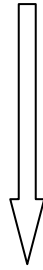
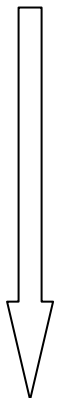


T7. Bloqueos brazos izquierda-derecha (1º brazo dominante)

15 min. descanso



T6. Bloqueo de brazos (los dos brazos)



T5. Fuerza de contacto



T3. Estiramiento de dedos



T7. Bloqueos brazos izquierda-derecha (1º brazo dominante)

15 min. descanso



T6. Bloqueo de brazos (los dos brazos)

15 min. de descanso



T4. Suspensiones (los dos brazos)



T4. Suspensiones (los dos brazos)

15 min. de descanso

T8. Abdominales



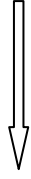
T8. Abdominales



15 min. de descanso



T9. Plancha



T10. Levantamiento  
piernas dobladas 90°



T9. Plancha

**MODELO CONTENIDO CONSENTIMIENTO INFORMADO:**

**Datos del estudio para el que se otorga el consentimiento**

Investigador principal:

Título proyecto:

Centro:□□□

Datos del participante/paciente:

Nombre:

Persona que proporciona la información y la hoja de consentimiento

Nombre:

1. Declaro que he leído y la Hoja de Información al Participante sobre el estudio citado.
2. Se me ha entregado una copia de la Hoja de Información al Participante y una copia de este Consentimiento Informado, fechado y firmado. Se me han explicado las características y el objetivo del estudio, así como los posibles beneficios y riesgos del mismo.
3. He contado con el tiempo y la oportunidad para realizar preguntas y plantear las dudas que poseía. Todas las preguntas fueron respondidas a mi entera satisfacción.
4. Se me ha asegurado que se mantendrá la confidencialidad de mis datos.
5. El consentimiento lo otorgo de manera voluntaria y sé que soy libre de retirarme del estudio en cualquier momento del mismo, por cualquier razón y sin que tenga ningún efecto sobre mi tratamiento médico futuro.

DOY

NO DOY

Mi consentimiento para la participación en el estudio propuesto

Firmo por duplicado, quedándome con una copia

Fecha: Firma del participante/paciente

Fecha: Firma del asentimiento del menor

“Hago constar que he explicado las características y el objetivo del estudio y sus riesgos y beneficios potenciales a la persona cuyo nombre aparece escrito más arriba. Esta persona otorga su consentimiento por medio de su firma fechada en este documento”.

Fecha

Firma del Investigador o la persona que proporciona la información y la hoja de consentimiento

**Cuando el sujeto participante sea un menor de edad:**

“Hago constar que he explicado las características y el objetivo del estudio, sus riesgos y beneficios potenciales a la persona responsable legal del menor, que el menor ha sido informado de acuerdo a sus capacidades y que no hay oposición por su parte”. El responsable legal otorga su consentimiento por medio de su firma fechada en este documento. (El menor firmará su asentimiento cuando por su edad y madurez sea posible).

Fecha

Firma del Investigador o la persona que proporciona la información y la hoja de consentimiento.