



**Universidad**  
Zaragoza

## Trabajo Fin de Grado

MUMIND, un Programa de Intervención con  
Musicoterapia y Mindfulness para refugiados sirios con  
síntomas de TEPT.

*Autor/es*

Alba Nicolás Agustín

*Director/es*

Antonio Lucas Alba

Grado en Psicología

2019



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

**Universidad Zaragoza**

## **Resumen**

La población de origen sirio está en riesgo de sufrir trastornos mentales, y uno de los más frecuentes es el trastorno de estrés postraumático cuya prevalencia oscila entre un 34 % y un 52 %. Sus síntomas son re-experimentación, evitación conductual/cognitiva, alteraciones cognitivas/estado de ánimo negativo y aumento de la activación (APA, 2013). Este trabajo aborda la problemática del estrés postraumático partiendo de la teoría Polivagal (Porges, 2011) que sitúa la base del problema en las disfunciones producidas en el sistema de conexión social y en la incapacidad de inhibir los sistemas defensivos. Este programa plantea reconducir el estado fisiológico hacia un nivel más adecuado de la regulación vagal, logrando en el individuo un estado de seguridad para aumentar la eficacia del tratamiento terapéutico, obteniendo mejoras en el comportamiento social y regulación emocional. El programa propone la combinación de técnicas de musicoterapia, en concreto, el uso del Safe and Sound Protocol para generar un estado de seguridad, y emplear técnicas de Mindfulness como método terapéutico en refugiados sirios.

Palabras clave: refugiados de guerra, estrés postraumático, Teoría Polivagal, Musicoterapia, Mindfulness.

## **Abstract**

The population of Syrian origin is at risk of suffering from mental disorders, and one of the most frequent is post-traumatic stress disorder whose prevalence ranges from 34% to 52%. Its symptoms are re-experimentation, behavioral / cognitive avoidance, cognitive alterations / negative mood and increased activation (APA, 2013). This work approaches the problem of post-traumatic stress starting from the Polyvagal theory (Porges, 2011) that situates the base of the problem in the dysfunctions produced in the social connection system and in the inability to inhibit the defensive systems. This program aims to redirect the physiological state to a more adequate level of vagal regulation, achieving in the individual a state of safety to increase the effectiveness of therapeutic treatment, obtaining improvements in social behavior and emotional regulation. The program proposes the combination of music therapy techniques, in particular, the use of the Safe and Sound Protocol to generate a state of safety, and employing Mindfulness techniques as a therapeutic method in Syrian refugees.

Keywords: war refugees, posttraumatic stress, Polyvagal Theory, Music Therapy, Mindfulness.

## Índice

Introducción.....	4
Fundamentación.....	4
Objetivos.....	9
Beneficiarios.....	9
Metodología.....	10
Participantes.....	10
Instrumentos.....	10
Procedimiento.....	11
Sesiones.....	12
Recursos.....	17
Evaluación.....	18
Resultados esperados.....	19
Conclusiones.....	19
Referencias.....	20
Anexo 1.....	23
Anexo 2.....	28
Anexo 3.....	30
Anexo 4.....	34
Anexo 5.....	36
Anexo 6.....	37

## **Introducción**

Desde que comenzó la guerra de Siria en el año 2011, 5,6 millones de sirios se han tenido que desplazar a otros países (MAE, 2018). En España ha aumentado el número de solicitantes de protección internacional de origen sirio, pasando de 1.681 solicitudes en el año 2014 (Dirección General de Política Interior., 2014) a un total de 18.250 personas hasta el 2019 (CEAR, 2019).

Según indica el Comité Español de Ayuda al Refugiado,

“Siria sufre la crisis más grave de personas refugiadas desde el fin de la Segunda Guerra Mundial, en 1945. Según Unicef, durante 2017 la guerra civil causó la muerte del mayor número de niños desde su inicio en 2011. Y, según Amnistía Internacional, en diciembre del año pasado el conflicto ya había causado más de 400.000 muertes y desplazado a más de 11 millones de personas dentro y fuera de sus fronteras. A fecha de junio de 2017, Naciones Unidas estimaba en 540.000 el número de personas que vivían en zonas asediadas por la violencia. A principios de 2018, se calculaba que en este país hasta 13 millones de personas tenía algún tipo de necesidad humanitaria” (CEAR 2018, p. 21).

El proceso migratorio de los refugiados sirios implica dejar completamente sus vidas anteriores para iniciar una nueva vida en otro país. Muchos de ellos han dejado en Siria a personas importantes como familiares y amigos, sus trabajos o estudios, vivienda, forma de vida, etc., generando diversos problemas, “no es difícil imaginar que estos sentimientos, así como las experiencias vividas antes y durante el desplazamiento tienen un impacto grave sobre su bienestar psicosocial y su salud mental” (CEAR, 2018, p. 111).

En España existen diferentes programas que ofrecen protección internacional a aquellas personas que la solicitan por diversas causas (por ej., la fundación Cepaim, Cruz Roja, la fundación Apip-Acam, etc.). Estos servicios suelen durar entre 6 y 18 meses y están estructurados por varias fases en las que el grado de independencia del refugiado respecto a las fundaciones se va aumentando de manera gradual. Estos proyectos incluyen ayuda psicológica de acompañamiento en este proceso de adaptación, ya sea por problemas de salud mental por el proceso migratorio, contribuyendo en la organización, gestión económica y recursos para encontrar trabajo (idioma, habilidades socio-laborales, etc.).

## **Fundamentación**

Diferentes estudios revelan que los refugiados sirios son una población en riesgo de sufrir trastornos mentales (Cengiz, Ergün y Çakici, 2019). Un reciente informe del Colegio Federal de Psicoterapeutas de Alemania (Bundes Psychotherapeuten Kammer, BPtK, 2014) indica que la mitad de las personas refugiadas padecían un trastorno mental, habiendo intentado o planteado suicidarse un 40 % de ellos, y que también que son especialmente frecuentes los trastornos mentales en niños debido a experiencias traumáticas. Algunas de las causas más comunes son la exposición a eventos potencialmente traumáticos, especialmente la violencia interpersonal y el estrés post migración (Tinghög et al., 2017). El trastorno de estrés postraumático (TEPT) es uno de los trastornos mentales más frecuentes en este colectivo, teniendo una prevalencia del 34 % al 52 % (Alpak et al., 2015; Chung, AlQarni, Al Muhairi y Mitchell, 2017). Es, además, muy frecuente la comorbilidad del TEPT con depresión (Kalmanowitz y Ho, 2016) y el desarrollo de síntomas de disociación causados por la exposición al trauma (Serrano et al., 2016).

El *Manual Diagnóstico y Estadístico de los Trastornos Mentales* (APA, 2013) recoge una serie de criterios diagnósticos respecto al TEPT que los refugiados sirios tienen altas probabilidades de cumplir, tales como “exposición a la muerte, lesión grave o violencia sexual, ya sea real o amenaza”, “presencia de uno (o más) de los síntomas de intrusión asociados al suceso(s) traumático(s)”, “evitación persistente de estímulos asociados al suceso(s) traumático(s), que comienza tras el suceso(s) traumático(s)”, “alteraciones negativas cognitivas y del estado de ánimo asociada(s) al suceso(s) traumático(s), que comienzan o empeoran después del suceso(s) traumático(s)”, “alteración importante de alerta y reactividad asociada al suceso(s) traumático(s), que comienza o empeora después del suceso(s) traumático(s)” (pp. 162-164).

Existen diferentes maneras de abordar el TEPT en población refugiada. Frecuentemente son empleadas las terapias cognitivas conductuales, en concreto la terapia de exposición narrativa (NET de *Narrative Exposure Therapy*) y la desensibilización y reprocesamiento por movimientos oculares (o EMDR, de *eye movement desensitization and reprocessing*). En NET la idea es que el refugiado elabore, junto con el/la terapeuta, su historia de manera cronológica con el fin de habituarse a aquellas reacciones emocionales generadas por los sucesos traumáticos experimentados (Neuner, Schauer, Klaschik, Elbert y Karunakara, 2004). La EMDR consiste en la reexperimentación de los recuerdos traumáticos enfocándose en aquellas imágenes, sensaciones físicas, pensamientos y sentimientos angustiantes de sus memorias, a la vez que el terapeuta guía mediante movimientos oculares, con el objetivo de reprocesar esos recuerdos

traumáticos disociados (Christopher, Andrew y Neil, 2018). Estas terapias abordan el TEPT desde una perspectiva que se va a centrar en la manipulación psicológica con diferentes técnicas en función de la corriente terapéutica, para regular la conducta y los procesos psicológicos.

El presente trabajo propone fundamentar el tratamiento del TEPT en la perspectiva polivagal (Porges, 2018), que plantea que determinados estados neurofisiológicos son mediadores de los síntomas del TEPT y que éstos van a favorecer, o a perjudicar, la eficacia de la terapia. La teoría polivagal se basa en un conocimiento profundo de la anatomía y funciones del nervio vago (complejo vagal) que amplía la visión tradicional del funcionamiento del Sistema Nervioso Autónomo (SNA) en la que los sistemas simpático y parasimpático son básicamente antagónicos. A la luz de sus investigaciones, Porges prefiere plantear el funcionamiento del SNA como un conjunto jerárquico, producto de la evolución específica en los mamíferos, cuyo máximo exponente es la capacidad de co-regulación. Según esto, el nervio vago recoge sensaciones y facilita la activación del conjunto por fases: si la co-regulación es exitosa y la persona se siente segura en su situación, la activación depende de la zona mielínica supra-diafragmática en la vía parasimpática del nervio vago. En este contexto, se regula la motricidad fina ligada a la actividad facial, gestual, prosódica y auditiva, que regula el tono emocional y es necesaria para una interacción sutil entre semejantes, esto es, una co-regulación exitosa. La actividad del nervio vago generará entonces una variabilidad cardíaca fina, capaz de ajustar los ritmos al contexto social experimentado.

Cuando las circunstancias se evalúan como inseguras (por ej., ante una fuerte discusión, o una amenaza en ciernes), el control pasa a manos del sistema simpático, precursor de la conocida respuesta de lucha/huida ante daño o amenaza. Bajo estas circunstancias, la persona se prepara para, y tal vez ejecuta, una actividad intensa. Finalmente, si la amenaza o daño son extremos (por ej., peligro de muerte, en un accidente, en un conflicto), puede entrar en funcionamiento la vía amielínica parasimpática del nervio vago, resultando en inmovilización (bradicardia del miedo), pérdida de la consciencia o un patrón mental disociativo (Porges, 2011; 2018). La respuesta de inmovilización “debido a la gran necesidad de oxígeno de los mamíferos, se trata de una respuesta potencialmente letal” (p. 69) y, aunque nuestro organismo está preparado para acceder a ese estado, a la hora de volver al estado habitual es cuando aparecen los problemas con los síntomas del TEPT y el estado de alerta perpetua generado.

Porges añade un concepto importante en este contexto, la neurocepción, que habría que distinguir de la cognición. No somos conscientes (en el sentido de las representaciones que llegan a nuestra memoria de trabajo) de toda aquella información relevante sobre el entorno que procesamos. Una parte de esa información (ciertos ruidos, vibraciones, olores, etc.) incide en nuestros órganos internos, que informan de tales sensaciones (el 80% de las vías vagales son aferentes), pero se nos ha socializado para pasarla por alto. Sin embargo, esa información llega a nuestro cerebro, efectuando cambios en el estado autónomo, generando dos tipos de estado: el de seguridad y el de alerta. Un estado de seguridad, da lugar a la activación de un sistema de conexión social que favorece la expresión de comportamientos sociales apropiados y una regulación emocional positiva. Así mismo, promueve la variabilidad de la frecuencia cardíaca en forma de patrones irregulares, adaptables, de arritmia sinusal respiratoria (ralentización del ritmo cardíaco durante la espiración y aceleración en la inspiración). Es relevante destacar que el estado de seguridad genera un tono muscular particular en el oído medio (que tensa el tímpano), lo cual facilita el procesamiento de frecuencias altas de la voz, típica de una interacción positiva entre humanos. Al preparar así al oído medio se aumenta la probabilidad de emitir conductas que favorecen la sociabilización, regulando la vocalización, la entonación, las expresiones faciales y los gestos. A su vez, afectará la percepción de las conductas/intenciones de los otros, minimizando la distancia psicológica entre las personas, reduciendo la distancia física, afectando de manera positiva al comportamiento social y la regulación emocional.

En cambio, el estado de alerta está relacionado con un proceso de hipersensibilidad auditiva, que genera una falta de expresión facial, una prosodia vocal deficiente y un control vagal reducido. Los músculos del oído medio, en este estado, pierden tono para así relajar el tímpano, preparándolo para recibir frecuencias bajas (típicas de peligros potenciales, por ej., un depredador). El individuo queda así adaptado ante un caso extremo de supervivencia, pero deja de estarlo para la co-regulación con sus semejantes (por ejemplo, distingue peor las terminaciones en las palabras). Bajo este estado, los individuos se sienten agobiados en lugares abiertos, con mucho ruido y no se sienten cómodos interaccionando con los demás, por lo que su sistema de conexión social no está funcionando correctamente.

Como vemos, un elemento clave es la disposición del oído medio a procesar frecuencias bajas o altas. El individuo con TEPT presenta una disposición permanente a atender y procesar frecuencias bajas, lo que impide su vuelta al sistema de co-regulación segura. La alternativa es

reeducar al oído medio, tonificando los músculos que tensan el tímpano y permiten priorizar unas frecuencias (altas) sobre otras (bajas). Por eso, este proyecto propone emplear la musicoterapia como técnica para reconducir este sistema de defensa, generando un estado de seguridad en la persona y facilitando el abandono del estado neurofisiológico propio del TEPT.

La musicoterapia ha demostrado que es capaz de reducir síntomas de TEPT: provocando efectos en las emociones, un mayor placer, logrando un estado de calma y relajación (Beck et al., 2018; Landis-Shack, Heinz y Bonn-Miller, 2017; Odendaal, Kankkunen, Nikkanen y Vakeva, 2014). En esta línea, el equipo de Porges creó un programa de musicoterapia, el “Safe and Sound Protocol” (SSP), centrado en la audición de frecuencias vocales altas manipuladas mediante un algoritmo informático. La idea es “forzar” al oído a captar registros de frecuencia alta para generar una resensibilización del mismo a la expresión de la voz humana circundante, cambiando el estado fisiológico del individuo y, a su vez, activando el sistema de conexión social. Con ello, lo que se propicia en el oyente es la vuelta a un estado de seguridad.

Siguiendo esta línea, y una vez promovido ese estado de seguridad, se plantea aplicar técnicas de Mindfulness. El punto de partida es la relación positiva constatada entre la atención plena y la variabilidad cardíaca (Mankus, Aldao, Kerns, Wright y Mennin, 2013). El objetivo es aumentar la conciencia y la atención plena en el aquí y ahora “de seguridad” para poder responder de manera adaptativa a los procesos mentales y conductuales que contribuyen al mantenimiento del TEPT. El Mindfulness promueve variaciones cardíacas (activación e inhibición vagal) que dirigen a una transformación en el estado fisiológico de calma (Lucas, Klepin, Porges y Rejeski, 2018). Estas sesiones serán apoyadas con el empleo de técnicas de yoga, en particular por las técnicas de respiración (“pranayama”) que en la línea de otras estrategias (por ej., cantar en grupo, tocar instrumentos de viento) que facilitan y requieren en particular el control de la espiración (favoreciendo los patrones variables de arritmia sinusal), utilizan la focalización de la atención en el cuerpo para lograr iniciarse, de una manera más sencilla, en la meditación del aquí y ahora (Porges, 2018). Se espera así abordar y reconducir los síntomas de TEPT descritos en el manual DSM-5: intrusión, evitación experiencial, alteraciones negativas cognitivas y del estado de ánimo, alteración y reactividad asociada a sucesos traumáticos (Bränström, Kvillemo, y Moskowitz, 2011; King et. al., 2013; Niles et. al., 2012).

Dado que, como advierte Porges (2018), el “sistema de conexión social y la capacidad de inhibir los sistemas defensivos no están garantizados para aquellas personas que padecen síntomas de TEPT” (p. 80), el presente trabajo pretende abordar la recuperación del estado fisiológico, en búsqueda de un nivel más adecuado de la regulación vagal, logrando en el individuo un estado de seguridad para aumentar la eficacia del tratamiento terapéutico, obteniendo mejoras en el comportamiento social y regulación emocional. En definitiva, la propuesta de intervención que se presenta con este trabajo es, bajo la perspectiva de la Teoría Polivagal, generar ese estado de seguridad mediante el uso del SSP y emplear técnicas de Mindfulness y control respiratorio como método terapéutico en refugiados sirios.

## **Objetivos**

El objetivo general de este programa es lograr reducir los síntomas de TEPT en refugiados sirios con una mayor rapidez y eficacia mediante el uso del SSP. Planteamos, además, un uso heurístico de la intervención para explorar la eficacia alternativa en la reducción de síntomas de TEPT A) del SSP, B) del SSP en combinación con Mindfulness, C) solo Mindfulness. Así mismo, el objetivo es crear un programa, sencillo y fácil de aplicar, dirigido a poblaciones refugiadas que presentan TEPT, para mejorar su calidad de vida frente a los problemas acaecidos en sus países y procesos migratorios y facilitar su adaptación (entre otros, el aprendizaje y comprensión del español, en su nuevo contexto de acogida). Se espera conseguir los siguientes objetivos específicos:

- Lograr una mayor sensación subjetiva (auto-informada) de seguridad.
- Lograr una mayor sensación objetiva de seguridad (patrones de variabilidad cardíaca).
- Aumentar la capacidad auditiva para escuchar sonidos de alta frecuencia (pruebas de mejora en la recepción de frecuencias agudas).
- Promover conductas que faciliten la socialización (disminución de estrés social).
- Reducir los síntomas asociados al trastorno de estrés postraumático (reexperimentación, evitación cognitiva/conductual, alteraciones cognitivas y del estado de ánimo y el estado de alerta y activación).
- Una mejor adaptación a nuestro país (aprendizaje y comprensión del español).

## **Beneficiarios**

MUMIND va dirigido a personas refugiadas de origen sirio atendidas en la fundación Apip-Acam, pues estos programas son los que reciben a solicitantes de protección internacional y refugiados, por tanto, serán los que efectúen este tipo de sesiones terapéuticas dirigidas a esta población, en concreto a aquellos que presenten síntomas de TEPT. Está enfocado a edades iguales o superiores a 18 años, puesto que se ha considerado que las obligaciones difieren en función de ser mayor o menor de edad: la necesidad de trabajar, la carga familiar que muchos de ellos tendrán al ser padres/madres de familia, la barrera de la no asistencia a la escuela que limita la posibilidad de contacto con personas que hablen castellano sumando que, en la adultez temprana, hay mayor dificultad para adquirir una segunda lengua (Kralova, 2016). Por lo que se ha considerado que su adaptación a esta nueva vida será más costosa para los mayores de edad.

## **Metodología**

### *Participantes*

En este programa participarán sesenta personas refugiadas de origen sirio, usuarias de la fundación Apip-Acam de Zaragoza, que tengan síntomas de TEPT, de ambos sexos, con edades superiores o iguales a 18 años, con capacidad de audición normal, y que de manera informada y voluntaria quieran participar en la intervención. Serán asignados de manera aleatoria a tres grupos:

- Grupo experimental 1: recibirá las cinco sesiones iniciales de una hora de audición del SSP (según lo estipulado por Porges, 2018) y recibirán sesiones de Mindfulness.
- Grupo experimental 2: sólo recibirán las 5 sesiones de una hora de SSP.
- Grupo experimental 3: únicamente recibirá sesiones de Mindfulness.

### *Instrumentos*

Hoja de consentimiento informado que todos los posibles participantes, con y sin síntomas de TEPT, que quieran formar parte del proyecto deberán leer y firmar para que puedan participar (véase Anexo 2).

La Escala de Gravedad de Síntomas Revisada (EGS-R) (Anexo 1) para discernir entre aquellos que padecen malestar emocional causado por las adversidades vividas y aquellas personas que presentan propiamente un TEPT. Ésta se basa en los criterios diagnósticos del DSM-5 y contiene 21 ítems compuestos por los cuatro grupos de síntomas: reexperimentación,

evitación conductual/cognitiva, alteraciones cognitivas/estado de ánimo negativo y aumento de la activación (Echeburúa, et. al., 2016).

El cuestionario de acontecimientos (Anexo 3) para recoger información asociada a los sucesos experimentados durante el proceso migratorio y su situación en España. También se evaluará el sueño mediante el índice de calidad de sueño de Pittsburgh (Anexo 4).

Para evocar el estado de seguridad en los participantes del grupo experimental se va a utilizar el SSP. Se trata de un programa individual que utiliza música vocal que irá aumentando y disminuyendo en frecuencia a lo largo de la audición. Estos audios son emitidos a través de un mp4 unidos a unos auriculares cerrados. Para valorar el funcionamiento de los músculos del oído medio se empleará el dispositivo “MESAS” (Porges y Lewis, 2001), evaluando de manera objetiva el procesamiento auditivo.

### *Procedimiento*

El desarrollo del programa MUMIND se llevará a cabo en la fundación Apip-Acam, con la que se contactaría para solicitar su colaboración. Se informará tanto a los trabajadores del centro como a los usuarios del centro, inscribiéndose los interesados.

Para la selección de los participantes, siempre que cumplan los criterios generales de inclusión (tener más de 18 años, ser refugiado de procedencia siria y ser usuarios de la fundación), se les pasará a todos una hoja de consentimiento informado y el cuestionario EGS-R, seleccionando de esta muestra inicial, a sesenta usuarios con síntomas de TEPT. Posteriormente estos usuarios serán asignados aleatoriamente en los tres grupos. La figura 1 muestra el desarrollo en sus tres fases (pretest, aplicación de los tratamientos, postest).

Figura 1. *Cronograma de las fases.*

<i>Grupo</i>	<i>Fase pretest</i>	<i>Fase tratamientos</i>		<i>Fase postest</i>
1	-Cuestionario acontecimientos	Sesiones SSP	Sesiones Mindfulness	-EGS-R
2	-MESAS	Sesiones SSP		-Cuestionario acontecimientos (preguntas 17-24)
	-Índice de calidad de sueño de Pittsburgh			-MESAS
3			Sesiones Mindfulness	-Índice de calidad de sueño de Pittsburgh

Las actividades desarrolladas serán realizadas siempre en la misma sala, escogiendo unos horarios que no coincidan con el desarrollo de actividades potencialmente ruidosas (como clases

de español, cursos, etc.) de las estancias colindantes . A su vez, es importante remarcar que, tanto la psicóloga como la traductora, van a realizar todas las sesiones con un tono de voz bajo, tranquilo, prosódico y con variación en el tono.

### *Sesiones*

La estructura del programa se divide en tres fases, haciendo un total de 13 sesiones y una duración total de 14 horas y media. Comenzará con la fase pretest, que cuenta con dos partes; la primera será la selección de los sesenta participantes con síntomas de TEPT y en la segunda, a aquellos con altas puntuaciones en EGS-R, se les pasará una batería de cuestionarios y pruebas, así mismo será la primera toma de contacto. Después, se procederá a la fase de tratamiento, la cual empezará con las cinco sesiones de SSP de una hora y media de duración; seguido de las seis sesiones de Mindfulness que, en función de la actividad, variará el tiempo estimado. Finalizando con la fase posttest, que será el momento de reevaluar y observar los cambios obtenidos tras el empleo del/los tratamiento/s empleado/s, en función del grupo. En la figura 2 se muestra la estructura de las sesiones, de los grupos que participarán encada sesión, los temas y contenidos.

Figura 2. *Cronograma de las sesiones.*

<i>Fases</i>	<i>Sesiones</i>	<i>Tipo</i>	<i>Grupos</i>	<i>Temas</i>	<i>Duración</i>	<i>Contenidos</i>
Pretest	1ª sesión	Individual	1, 2 y 3	Presentación e instrumentos de medida	30 min.	<ul style="list-style-type: none"> <li>– Cuestionario acontecimientos</li> <li>– MESAS</li> <li>– Índice de calidad de sueño de Pittsburgh</li> </ul>
Tratamientos	2ª sesión	Indiv.	1 y 2	1ª audición SSP	1h y 30min.	<ul style="list-style-type: none"> <li>– Presentación individual</li> <li>– Cuestionarios/pruebas</li> <li>– Primera audición del SSP</li> </ul>
	3ª sesión	Indiv.	1 y 2	2ª aud. SSP	1h y 30min.	<ul style="list-style-type: none"> <li>– Segunda audición del SSP</li> </ul>
	4ª sesión	Indiv.	1 y 2	3ª aud. SSP	1h y 30min.	<ul style="list-style-type: none"> <li>– Tercera audición del SSP</li> </ul>

5ª sesión	Indiv.	1 y 2	4ª aud. SSP	1h y 30min.	– Cuarta audición del SSP
6ª sesión	Indiv.	1 y 2	5ª aud. SSP	1h y 30min.	– Quinta audición del SSP
7ª sesión	Grupal	1 y 3	Presentación e iniciación al Mindfulness	1h y 30min.	– Presentación teórica – Meditación – Presentación grupal
8ª sesión	Grupal	1 y 3	Yoga	1h y 30min.	– Asanas – Pranayama – Mantras – Atención plena
9ª sesión	Grupal	1 y 3	La conciencia del movimiento	1h y 40min.	– Explicación de la práctica – Ejercicios estimulación corporal – Ejercicios de movimiento y desplazamiento – Atención plena
10ª ses.	Grupal	1 y 3	Yoga	1h y 45min.	– Igual que la sesión 7
11ª ses.	Grupal	1 y 3	Meditación de sonidos y pensamientos	1h y 30min.	– Comentarios – Meditación de sonidos – Meditación de pensamientos – Atención plena
12ª ses.	Grupal	1 y 3	Plena presencia	1h y 20min.	– Atención plena – Compartir vivencias – Post-test – Despedida grupal
Postest	13ª ses.	Indiv.	1, 2 y 3	Instrumentos de medida	40 min. – EGS-R – Cuestionario acontecimientos (preguntas 17-24). – MESAS – Índice de calidad de sueño de Pittsburgh

### Sesión 1. Pretest y presentación individual

Por un lado, se hará una presentación personal y acerca del programa y sus objetivos. Por otro lado, se les pasará el cuestionario acontecimientos, el programa MESAS y el test de Pittsburgh.

*Objetivos:* ofrecer una buena impresión del programa al usuario , obtener información acerca de los acontecimientos experimentados en el proceso migratorio (en el país de origen, durante el trayecto y su situación actual en España) y una línea base acerca de los síntomas de TEPT, la capacidad auditiva y la calidad del sueño los participantes del programa.

### **Sesiones 2-6. Audiciones SSP**

En el comienzo siempre se les preguntará sobre de las diferencias observadas tras las sesiones de SSP y cuestiones relativas a su situación en Zaragoza. Después se les pasará las audiciones del SSP (verAnexo 5).

*Objetivos:* por un lado, conocimiento de la experimentación subjetiva de los usuarios posterior al primer contacto del SSP, así como de otros datos que los participantes vean relevantes de su nueva vida en Zaragoza, resolución de cuestiones que tengan, etc. Por otro lado, tonificar los músculos del oído medio y priorizar la atención a frecuencias de sonido altas, abandonando así el estado neurofisiológico propio del TEPT sustituyéndolo por un estado de seguridad.

### **Sesión 7. Presentación grupal e iniciación a Mindfulness (lunes)**

Se hará una presentación general, en la cual se explicarán los principios básicos de la meditación y de Mindfulness, seguido de sesiones de meditación, finalizando con una actividad de presentación de los miembros del programa. Las seis sesiones de Mindfulness aparecen explicadas en el Anexo 6.

*Objetivos:* por un lado, obtener un conocimiento de los principios básicos de la meditación y de Mindfulness. Por otro lado, fomentar la motivación hacia el programa de todos los participantes y un buen primer contacto grupal. Por último, promover la concentración a la hora de hacer los ejercicios, para obtener beneficios de relajación y consciencia del aquí y ahora.

### **Sesiones informales (martes y miércoles)**

Práctica diaria de meditación tipo “aquí y ahora” durante 10 minutos. El inicio en la práctica del Mindfulness comienza en las sesiones de la fundación, pero, si queremos que los participantes empleen estas técnicas en su día a día, necesitarán llevarlas a la práctica en sus hogares (y que ésta sea de manera individual). Si obtienen recompensa practicando Mindfulness en sus casas, la probabilidad de uso aumentará, favoreciendo el establecimiento de rutinas.

*Objetivos:* crear rutinas de la práctica de Mindfulness.

### **Sesión 8. Yoga (miércoles)**

Se realizarán asanas (ejercicios de postura corporal) y pranayamas (ejercicios de respiración). Finalizando con unos minutos de atención plena y acabará con la comunicación de las vivencias experimentadas entre todos.

*Objetivos:* por un lado, informar y dirigir las sensaciones físicas y mentales, promoviendo estados afectivos y fisiológicos positivos y respuestas de comportamiento prosocial. Por otro lado, se espera obtener un control respiratorio, realizando una respiración (espiración) de manera más amplia, facilitando la práctica de la consciencia aquí y ahora y reducir los niveles de ansiedad (Sullivan et al., 2018).

### **Sesiones informales (jueves y viernes)**

Práctica diaria de meditación durante 10 minutos en sus hogares (y que ésta sea de manera individual), si obtienen recompensa practicando Mindfulness en sus casas la probabilidad del empleo de éste aumentará, favoreciendo el establecimiento de rutinas. También se les pedirá que elijan una de sus rutinas diarias para que inicien la práctica de la consciencia plena en esa actividad, que perciban sus sensaciones (Williams y Penman, 2013).

*Objetivos:* crear rutinas de la práctica de Mindfulness.

### **Sesión 9. La consciencia del cuerpo (viernes)**

Se realizarán ejercicios de consciencia del estado corporal y de respiración que aparecen explicados en el artículo de Troya (2019) .

*Objetivos:* con el movimiento corporal y su consciencia, se espera generar un estado contrario a la respuesta de inmovilización, reduciendo los niveles de ansiedad (pp. 11-12).

### **Sesiones informales (sábado, domingo y lunes)**

Práctica diaria de meditación durante 10 minutos e intentar esforzarse en estar presentes en sus actividades cotidianas. A demás, este fin de semana se les propondrá ir a un lugar al aire libre para hacer prácticas de meditación, ya sea de manera individual o grupal.

*Objetivos:* generalizar la práctica de meditación a un lugar diferente a las clases de la fundación y a sus casas, para fomentar la práctica en su vida diaria y así será más sencillo crear rutinas.

### **Sesión 10. Yoga (lunes)**

La sesión será similar a la sesión 7 pero añadiendo y sustituyendo algunas asanas y mantras. Los objetivos, entonces, serán los mismos.

### **Sesiones informales (martes y miércoles)**

Realización de las mismas sesiones informales explicadas anteriormente, obteniendo entonces los mismos beneficios.

### **Sesión 11. Meditación de sonidos y pensamientos (miércoles)**

Es difícil controlar la meditación cuando hay ruido de fondo, por ello se propone esta actividad, en la cual se les invitará a estar presentes en aquellos sonidos que perciban durante la sesión. Seguido, pasarán a tomar conciencia de aquellos pensamientos que ocupen su conciencia.

*Objetivos:* facilitar el surgimiento de la compasión, de no juzgar y de aceptar tanto los pensamientos como los sonidos. Se espera aprender a habituarse y a convivir con su presencia, simplemente aceptándolos como lo que son, palabras y sonidos. Los sonidos, al ser una variable externa que no se puede controlar en muchas ocasiones, se espera acostumbrarse y aprender a practicar meditación con sonido de fondo.

### **Sesiones informales (jueves y viernes)**

Realización de las mismas sesiones informales explicadas anteriormente, obteniendo los mismos beneficios.

### **Sesión 12. Plena presencia (viernes)**

En esta última sesión será únicamente de meditación libre en la atención plena, durará más que las anteriores y se hará una charla en la cual psicóloga, traductora y participantes puedan conversar acerca de las vivencias experimentadas durante las sesiones, reflexiones creadas, etc., así como los aspectos a mejorar que consideren. Fomentando e incitando a la práctica diaria a partir de ahora en su día a día.

*Objetivos:* por un lado, se espera que en la última sesión se haya creado un hábito de la práctica de estar presentes aquí y ahora, habiendo elegido ellos las técnicas que más les favorezcan o se sientan más cómodos. Por otro lado, haber creado rutinas en cuanto a la meditación diaria y atención plena en algunas rutinas. Por último, haber obtenido variaciones cardíacas consiguiendo una transformación en el estado fisiológico de calma y obtener un control en la respiración. Logrando con todo ello, responder de manera adaptativa a los procesos mentales y conductuales que mantienen el TEPT, reduciendo sus síntomas.

### **Sesión 13. Postest**

Para finalizar se les volverá a pasar la batería de preguntas y programas iniciales a todos los participantes, independientemente del grupo al que pertenezcan. Se les pasará el cuestionario EGS-R, cuestionario acontecimientos (preguntas 17-21), el índice de calidad de sueño de Pittsburgh y el dispositivo MESAS.

*Objetivos:* recopilación de datos tras el tratamiento, comparar los resultados y sacar conclusiones.

### **Recursos**

#### *Recursos humanos:*

Para conseguir los objetivos de este proyecto será necesaria la participación de una psicóloga, que sea experta en la meditación Mindfulness y práctica del yoga, así mismo, será la especialista en transmitir la información y evaluar los cuestionarios y sistemas de medida. A su vez, participará una traductora de árabe-español también de la propia fundación.

#### *Recursos materiales:*

##### Instalaciones/mobiliario

- Aula (prestada por la fundación).
- Un sillón.
- Dos sillas.
- Una mesa.
- 42 esterillas.

##### Material informático

- Safe and Soul Protocol (SSP).
- Dispositivo MESAS.
- Ordenador.

#### *Recursos económicos:*

La figura 3 muestra un listado desglosado los precios estimados de los recursos de personal (basados en datos ofrecidos por el COPCV (2019) y según el artículo Tarifas de traducción & Interpretación (s.f.)), el material informático y de las instalaciones y mobiliario necesarios para la ejecución del programa. Cabe destacar que tanto el ordenador, el aula, el sillón y las dos sillas van a ser proporcionadas, de manera gratuita, por parte de la fundación.

Figura 3. *Precios totales*

	<i>Recursos</i>	<i>Nº horas</i>	<i>Nº uds.*</i>	<i>Precio</i>	<i>Total</i>
Humanos	Psicoterapeuta	17 horas y 30 min.	-	60 € / h	1050 €
	Traductora	16 horas	-	545 € / 8h	1090 €
Material informático	SSP	-	1	-	150 €
	MESAS	-	1	-	
	Ordenador	-	1	-	0 €
Instalaciones /mobiliario	Esterillas	-	42	2,59 €	108,78 €
	Aula	-	1	-	0 €
	Sillón	-	1	-	0 €
	Silla	-	2	-	0 €
<b>TOTAL</b>					<b>2398,78 €</b>

\*uds: unidades.

## **Evaluación**

Para la evaluación del programa MUMIND se necesitan llevar a cabo tres fases, que variarán en función del momento de la evaluación y de los objetivos de cada una de éstas. Las fases se explicarán a continuación:

*Antes:* se evaluará el estudio, el diseño y la planificación y metodologías elegidas mediante la revisión de la literatura científica acerca tanto de todas las variables implicadas en el proyecto como de los cuestionarios y programas elegidos para su desarrollo. Así mismo, se medirán todas las variables en todos los sujetos antes de comenzar la intervención para tener una línea base con la que comparar la eficacia, una vez se finalicen las sesiones.

*Durante:* evaluación por parte de la psicóloga si el programa se está llevando a cabo de manera correcta, comprobando si se cumplen los objetivos marcados en las sesiones. Así mismo, se conocerá el estado de los participantes debido al contacto casi diario con los mismos y se podrán ir comprobando, mediante la observación, los cambios en los participantes.

*Después:* una vez se hayan finalizado las fases, indistintamente de a qué grupo pertenezcan los sujetos, se procederá a volver a pasar los cuestionarios pasados al principio del programa, para poder evaluar así la evolución de los participantes y obtener una comparación entre los diferentes grupos.

### **Resultados esperados**

Si se confirma la eficacia de este programa, se espera que el grupo experimental 1 tenga mayor disminución de los síntomas de trastorno de estrés postraumático por la mayor eficacia en las sesiones de Mindfulness, dado que, según Porges, esta práctica requiere sentirse a salvo (p. 87). Esta eficacia se demostrará con los resultados de los post-test (de EGS-R, MESAS, el cuestionario de acontecimientos, preguntas 7-14, y el índice de calidad de sueño de Pittsburgh) comparándolos con los de los grupos 2 y 3. Por otra parte, habrá que comparar los resultados del grupo experimental 2, que sólo pasará por las sesiones auditivas de SSP, con el grupo 3, que sólo participará en la fase de Mindfulness. Para comprobar si, solamente con la utilización del SSP, es posible reducir los síntomas de TEPT en población refugiada. Por último, se evaluará los cambios a nivel individual de cada participante.

### **Conclusiones**

El número de refugiados procedentes de Siria ha aumentado a lo largo de los años, por lo que el hecho de crear un programa de intervención para ellos beneficia el avance del conocimiento sobre esta población, gracias al contacto directo que se crea. Promoviendo un fomento de este tipo de programas, se lograría una mejora de los tratamientos y una profundización del problema del refugiado, obteniendo así una mejora de sus condiciones.

Cabe destacar el choque cultural que ocurre entre la cultura árabe y la española, la adaptación al nuevo país por las diferencias de idioma, religión, hábitos o conductas. Por ello, el equipo de este programa cree conveniente el fomento de actitudes de respeto, por parte de la población del propio país como de aquellos nuevos residentes, para una buena adaptación e integración.

Pese a que este programa demostrara su eficacia, hay que destacar la limitación que supone la barrera del idioma, tanto para la alianza terapéutica como para las clases de Mindfulness. En cuanto al SSP no se encontraría dicho problema porque no es necesario el

lenguaje para su aplicación, por lo que, si se demuestra que es eficaz en la reducción de síntomas de TEPT, podría trasladarse a más ámbitos y lugares, como pueden ser los campos de refugiados o simplemente población refugiada en general en otros países.

Para finalizar, en relación al programa que aquí se ha descrito, se estima que cuando se lleve a cabo y se demuestre su efectividad, se habrá conseguido cumplir el objetivo principal de este trabajo, que es mejorar la calidad de vida de estas personas, y la facilitación de la adaptación al nuevo país de acogida.

## Referencias

- Alpak, G., Unal, A., Bulbul, F., Sagaltici, E., Bez, Y., Altindag, A., ... y Savas, H. A. (2015). Post-traumatic stress disorder among Syrian refugees in Turkey: a cross-sectional study. *International journal of psychiatry in clinical practice*, 19(1), 45-50.
- BundesPsychotherapeuten Kammer (16 de septiembre de 2015). *Psychische Erkrankungen bei Flüchtlingen* Recuperado de [https://www.bptk.de/wp-content/uploads/2019/01/20150916\\_bptk\\_standpunkt\\_psychische\\_erkrankungen\\_fluechtlinge.pdf](https://www.bptk.de/wp-content/uploads/2019/01/20150916_bptk_standpunkt_psychische_erkrankungen_fluechtlinge.pdf)
- Calle, R. A. (1999). *El gran libro de yoga*. Urano.
- Cengiz, I., Ergün, D., y Çakici, E. (2019). Posttraumatic stress disorder, posttraumatic growth and psychological resilience in Syrian refugees: Hatay, Turkey. *Anadolu Psikiyatri Dergisi*, 20(3), 269-276.
- Christopher T. Thompson, Andrew Vidgen, Neil P. Roberts, Psychological interventions for post-traumatic stress disorder in refugees and asylum seekers: A systematic review and meta-analysis. *Cpr* (2017), doi:10.1016/j.cpr.2018.06.006
- Chung, M. C., Al Qarni, N., Al Muhairi, S., y Mitchell, B. (2017). The relationship between trauma centrality, self-efficacy, posttraumatic stress and psychiatric co-morbidity among Syrian refugees: is gender a moderator? *Journal of psychiatric research*, 94, 107-115.
- Comisión Española de Ayuda al Refugiado. (2019, 15 de marzo). 8 escalofriantes datos tras 8 años de guerra en Siria. Recuperado de <https://www.cear.es/8-anos-guerra-en-siria/>

- Comité Español de Ayuda al Refugiado. (2018). Informe 2018: Las personas refugiadas en España y Europa. Recuperado de <https://www.cear.es/wp-content/uploads/2018/06/Informe-CEAR-2018.pdf>
- COPCV. (2019). Honorarios profesionales orientativos. Recuperado de <file:///C:/Users/Alba/Downloads/Honorarios%20oficiales%20psic%C3%B3logos.pdf>
- Dirección General de Política Interior. (2014). *Asilo en cifras 2014*. p. 10. Recuperado de [http://www.interior.gob.es/documents/642317/1201562/Asilo\\_en\\_cifras\\_2014\\_126150899.pdf/6e403416-82aa-482f-bcda-9a38e5a3a65c](http://www.interior.gob.es/documents/642317/1201562/Asilo_en_cifras_2014_126150899.pdf/6e403416-82aa-482f-bcda-9a38e5a3a65c)
- Dirección General de Política Interior. (2018). *AVANCE de datos de protección internacional, aplicación del Reglamento de Dublín I y reconocimiento del estatuto de apátrida*. Recuperado de [http://www.interior.gob.es/documents/642012/9639326/Avance\\_datos\\_proteccion\\_internacional\\_2018\\_12\\_31.pdf/e5eb6d13-6552-4269-b4b0-33f87a0ccf1c](http://www.interior.gob.es/documents/642012/9639326/Avance_datos_proteccion_internacional_2018_12_31.pdf/e5eb6d13-6552-4269-b4b0-33f87a0ccf1c)
- Echeburúa, E., Amor, P. J., Sarasua, B., Zubizarreta, I., Holgado-Tello, F. P., y Muñoz, J. M. (2016). Escala de Gravedad de Síntomas Revisada (EGS-R) del Trastorno de Estrés Postraumático según el DSM-5: propiedades psicométricas. *Terapia psicológica*, 34(2), 121.
- Falcón Rus, P. (2016). Eficacia de las intervenciones que integran Mindfulness en psicología clínica: una revisión de la literatura
- Jacobson, E. (1938). *Progressive relaxation*. Chicago: University of Chicago Press.
- Kalmanowitz, D., y Ho, R. T. (2016). Out of our mind. Art therapy and mindfulness with refugees, political violence and trauma. *The Arts in Psychotherapy*, 49, 57-65.
- Kralova, Z. (2016). Classification of factors of foreign language phonic competence.
- Landis-Shack, N., Heinz, AJ, y Bonn-Miller, MO (2017). La musicoterapia para el estrés postraumático en adultos: una revisión teórica. *Psicomusicología: música, mente y cerebro*, 27 (4), 334-342.
- Lucas, A. R., Klepin, H. D., Porges, S. W., y Rejeski, W. J. (2018). Mindfulness-based movement: a polyvagal perspective. *Integrative cancer therapies*, 17(1), 5-15.
- Mankus, A. M., Aldao, A., Kerns, C., Mayville, E. W., y Mennin, D. S. (2013). Mindfulness and heart rate variability in individuals with high and low generalized anxiety symptoms. *Behaviour Research and Therapy*, 51(7), 386-391.

- Ministerio de Asuntos Exteriores, Unión Europea y Cooperación. (2018). *Ficha país Siria*. p.2.  
Recuperado el 15 de mayo de 2019 de:  
[http://www.exteriores.gob.es/Documents/FichasPais/SIRIA\\_FICHA%20PAIS.pdf](http://www.exteriores.gob.es/Documents/FichasPais/SIRIA_FICHA%20PAIS.pdf)
- Neuner, F., Schauer, M., Klaschik, C., Karunakara, U., y Elbert, T. (2004). A comparison of narrative exposure therapy, supportive counseling, and psychoeducation for treating posttraumatic stress disorder in an african refugee settlement. *Journal of consulting and clinical psychology*, 72(4), 579.
- Odendaal, A., Kankkunen, O. T., Nikkanen, H. M., y Vakeva, L. (2014). What's with the K? Exploring the implications of Christopher Small's 'musicking' for general music education. *Music Education Research*, 16(2), 162-175.
- Porges, S. (s.f.). SSP (Safe and Sound Protocol). Recuperado en  
<https://www.traumaheilung.net/en/SSP-Safe-and-Sound-Protocol-en.pdf>
- Porges, S. (2013). Guía de bolsillo Teoría Polivagal.
- Serrano Ibáñez, E. R., López-Martínez, A. E., Ruiz Párraga, G. T., Esteve, R., Ramírez Maestre, C., González, H., y Sampedro, S. (2016). Relación entre las variables asociadas al trauma (disociación, culpa, evitación experiencial y síntomas de estrés postraumático) y su influencia en la salud percibida.
- Sullivan, MB, Erb, M., Schmalzl, L., Moonaz, S., Noggle Taylor, J., y Porges, S.W. (2018). Terapia de yoga y teoría polivagal: la convergencia de la sabiduría tradicional y la neurociencia contemporánea para la autorregulación y la resiliencia. *Fronteras en la neurociencia humana*, 12, 67.
- Tarifas de traducción. (s.f.). Recuperado el 18 de abril de 2019 de <http://www.dixit.es/tarifas-3/>
- Tinghög, P., Malm, A., Arwidson, C., Sigvardsdotter, E., Lundin, A., y Saboonchi, F. (2017). Prevalence of mental ill health, traumas and postmigration stress among refugees from Syria resettled in Sweden after 2011: a population-based survey. *BMJ open*, 7(12).
- Troya, M. (2019). *De la conciencia corporal a la meditación..* Recuperado el 15/06/2019 de:  
<http://www.aleces.com/Media/Default/AlecesArticle/AlecesArticleDocument/De%20la%20conciencia%20corporal%20a%20la%20meditaci%C3%B3n-1.pdf>
- Williams, M., & Penman, D. (2013). *Mindfulness: Guía práctica para encontrar la paz en un mundo frenético*. Barcelona: Paidós.

**Anexo 1**

**ESCALA DE GRAVEDAD DE SÍNTOMAS DEL  
TRASTORNO DE ESTRÉS POSTRAUMÁTICO-REVISADA (EGS-R)  
(Versión clínica)  
(Echeburúa, Amor, Sarasua, Zubizarreta, Holgado-Tello y Muñoz, 2016)**

Nº:	Fecha:	Sexo:	Edad:
Estado civil:	Profesión:	Situación laboral:	

**I. SUCESO TRAUMÁTICO**

Descripción: \_\_\_\_\_

Tipo de exposición al suceso traumático

<input type="checkbox"/>	Exposición directa
<input type="checkbox"/>	Testigo directo
<input type="checkbox"/>	Otras situaciones
<input type="checkbox"/>	Testigo por referencia (la víctima es una persona significativa para el sujeto)
<input type="checkbox"/>	Interviniente (profesional/particular que ha ayudado en las tareas de emergencias)

Frecuencia del suceso traumático

<input type="checkbox"/>	Episodio único
<input type="checkbox"/>	Episodios continuados (por ej., maltrato, abuso sexual)

¿Cuánto tiempo hace que ocurrió?: \_\_\_\_\_ (meses) / \_\_\_\_\_ (años)

¿Ocurre actualmente?  No  Sí (indíquese el tiempo transcurrido desde el último episodio): \_\_\_\_\_ (meses) / \_\_\_\_\_ (años)

¿Ha recibido algún tratamiento por el suceso sufrido?  No  Sí (especificar):

Tipo de tratamiento		Duración	¿Continúa en la actualidad?
<input type="checkbox"/>	Psicológico	_____ (meses) / _____ (años)	<input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/> Sí
<input type="checkbox"/>	Farmacológico	_____ (meses) / _____ (años)	<input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/> Sí

Exposición al suceso traumático en la infancia/adolescencia:  No  Sí

Revictimización a otro suceso traumático:  No  Sí

Secuelas físicas experimentadas:  No  Sí (especificar):

## 2. NUCLEOS SINTOMATICOS

Colóquese en cada sintoma la puntuación correspondiente de 0 a 3 según la duración e intensidad del sintoma.

0	1	2	3
Nada	Una vez por semana o menos/Poco	De 2 a 4 veces por semana/ Bastante	5 o más veces por semana/ Mucho

Reexperimentación	
Ítems	Valoración
1. ¿Experimenta recuerdos o imágenes desagradables y repetitivas del suceso de forma involuntaria?	0 1 2 3
2. ¿Tiene sueños desagradables y recurrentes sobre el suceso?	0 1 2 3
3. ¿Hay momentos en los que realiza conductas o experimenta sensaciones o emociones como si el suceso estuviera ocurriendo de nuevo?	0 1 2 3
4. ¿Sufre un malestar psicológico intenso o prolongado al exponerse a situaciones o pensamientos/ imágenes que le recuerdan algún aspecto del suceso?	0 1 2 3
5. ¿Siente reacciones fisiológicas intensas (sobresaltos, sudoración, mareos, etc.) al tener presentes pensamientos/imágenes o situaciones reales que le recuerdan algún aspecto del suceso?	0 1 2 3

Puntuación en reexperimentación: \_\_\_\_\_ (Rango: 0-15)

Evitación conductual/cognitiva	
Ítems	Valoración
6. ¿Suele evitar personas, lugares, situaciones o actividades que provocan recuerdos, pensamientos o sentimientos relacionados con el suceso porque le crea malestar emocional?	0 1 2 3
7. ¿Evita o hace esfuerzos para alejar de su mente recuerdos, pensamientos o sentimientos relacionados con el suceso porque le crea malestar emocional?	0 1 2 3
8. ¿Procura evitar hablar de determinados temas que provocan recuerdos, pensamientos o sentimientos relacionados con el suceso porque le crea malestar emocional?	0 1 2 3

Puntuación en evitación: \_\_\_\_\_ (Rango: 0-9)

Alteraciones cognitivas y estado de ánimo negativo	
Ítems	Valoración
9. ¿Muestra dificultades para recordar alguno de los aspectos importantes del suceso?	0 1 2 3
10. ¿Tiene creencias o expectativas negativas sobre sí mismo, sobre los demás o sobre el futuro?	0 1 2 3
11. ¿Suele culparse a sí mismo o culpar a otras personas sobre las causas o consecuencias del suceso traumático?	0 1 2 3
12. ¿Experimenta un estado de ánimo negativo de modo continuado en forma de terror, ira, culpa o vergüenza?	0 1 2 3
13. ¿Se ha reducido su interés por realizar o participar en actividades importantes de su vida cotidiana?	0 1 2 3
14. ¿Experimenta una sensación de distanciamiento o de extrañeza respecto a las personas que lo rodean?	0 1 2 3
15. ¿Se nota limitado para sentir o expresar emociones positivas (por ejemplo, alegría, satisfacción o sentimientos amorosos)?	0 1 2 3

Puntuación en alteraciones cognitivas/estado de ánimo negativo: \_\_\_\_\_ (Rango: 0-21)

Aumento de la activación y reactividad psicofisiológica	
Ítems	Valoración
16. ¿Suele estar irritable o tener explosiones de ira sin motivos aparentes que la justifiquen?	0 1 2 3
17. ¿Muestra conductas de riesgo (comida descontrolada, conducción peligrosa, conductas adictivas, etc.) o autodestructivas?	0 1 2 3
18. ¿Se encuentra en un estado de alerta permanente (por ejemplo, pararse de forma repentina para ver quién está a su alrededor, etc.) desde el suceso?	0 1 2 3
19. ¿Se sobresalta o se alarma más fácilmente desde el suceso?	0 1 2 3
20. ¿Tiene dificultades de concentración, por ejemplo, para seguir una conversación o al atender a sus obligaciones diarias?	0 1 2 3
21. ¿Muestra dificultades para conciliar o mantener el sueño o para tener un sueño reparador?	0 1 2 3

Puntuación en activación/reactividad psicofisiológica: \_\_\_\_\_ (Rango: 0-18)

Puntuación total de la gravedad del TEPT: \_\_\_\_\_ (Rango: 0-63)

3. INFORMACIÓN COMPLEMENTARIA	
Síntomas disociativos	
Ítems	Valoración
1. ¿Al mirarse en un espejo se siente como si realmente no fuera usted?	0 1 2 3
2. ¿Siente como si su cuerpo no le perteneciera?	0 1 2 3
3. ¿Siente que las cosas que le ocurren son una especie de fantasía o sueño?	0 1 2 3
4. ¿Percibe al resto de las personas como si no fueran reales?	0 1 2 3

Presencia de, al menos, dos síntomas disociativos:  Sí  No

Presentación demorada del cuadro clínico (al menos, 6 meses después del suceso)	<input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No
--	--

**4. DISFUNCIONALIDAD EN LA VIDA COTIDIANA RELACIONADA CON EL SUCESO TRAUMÁTICO**

Áreas afectadas por el suceso traumático	
<i>Áreas</i>	<i>Valoración</i>
1. Deterioro en la relación de pareja	0 1 2 3
2. Deterioro de la relación familiar	0 1 2 3
3. Interferencia negativa en la vida laboral/académica	0 1 2 3
4. Interferencia negativa en la vida social	0 1 2 3
5. Interferencia negativa en el tiempo de ocio	0 1 2 3
6. Disfuncionalidad global	0 1 2 3

*Puntuación en el grado de afectación del suceso: \_\_\_\_\_ (Rango: 0-18)*

## Anexo 2

### MODELO CONTENIDO CONSENTIMIENTO INFORMADO:

Usted va a incorporarse al programa MUMIN. Un proyecto diseñado para aquellas personas refugiadas que están actualmente residiendo en Zaragoza, con el objetivo de la mejora de su calidad de vida. Consiste en el empleo de una serie de técnicas y métodos que han sido elegidos de manera rigurosa y avalados por la evidencia empírica de éstos.

Investigador principal: Alba Nicolás Agustín  
Titulo proyecto Centro: Programa MUMIN

Nombre participante: \_\_\_\_\_

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

“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

**Anexo 3**

**CUESTIONARIO ACONTECIMIENTOS**

1. Edad \_\_\_\_\_

2. Género

Mujer

Hombre

\_\_\_\_\_

3. Estado civil

Soltero/a

Con pareja

Casado/a

Divorciado/a

Viudo/a

4. País de origen \_\_\_\_\_, \_\_\_\_\_ km hasta España.

5. Tiempo transcurrido en el viaje (desde el país de origen hasta España) \_\_\_\_\_.

6. Modo(s) de transporte empleados en el viaje \_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_

7. Religión \_\_\_\_\_

8. Familia/amigos (personas de apoyo) en su país

\_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_

9. ¿Ha venido solo/a o acompañado/a a España?

Solo/a

Acompañado/a por \_\_\_\_\_.

10. Motivo de salida de su país \_\_\_\_\_

---

---

---

---

---

11. Circunstancias estresantes que podría describir en los últimos x meses \_\_\_\_\_

---

---

---

---

---

---

---

---

---

---

12. ¿Qué reacción tuvo cuando ocurrieron estos tipos de circunstancias? \_\_\_\_\_

---

---

---

---

---

---

---

---

---

---

13. ¿Cuánto tiempo lleva viviendo en España? \_\_\_\_\_.

14. ¿Cuánto tiempo lleva viviendo en Zaragoza? \_\_\_\_\_.

15. ¿Cuánto tiempo lleva visitando a la psicóloga en la fundación? \_\_\_\_\_.

16. ¿Está recibiendo o administrándose algún tipo de medicación?

Sí, estoy recibiendo/administrándome\_\_\_\_\_.

No estoy tomando medicamentos.

17. En términos generales, ¿se siente bien acogido/a en España? (marque con una X).

0. Siempre me siento bien acogido/a.	1. La mayor parte del tiempo me siento bien acogido.	2. Neutro	3. La mayor parte del tiempo no me siento bien acogido.	4. No me siento nada acogido.
--------------------------------------	--	-----------	---	-------------------------------

18. En términos generales, ¿se siente seguro/a en España? (marque con una X)

0. Siempre me siento seguro/a	1. La mayor parte del tiempo me siento seguro	2. Neutro	3. La mayor parte del tiempo no me siento seguro	4. No me siento nada seguro
-------------------------------	---	-----------	--	-----------------------------

19. Cuántos amigos ha hecho en España desde que llegó? amigos.

20. ¿Siente la necesidad de crear nuevos amigos?

Sí

No

No lo sé

21. ¿Cuántas veces en la última semana le ha sucedido que ha querido establecer una conversación con un desconocido –para pedir la dirección de una calle, o hablar con un camarero- pero se ha sentido inseguro y no lo ha hecho?\_\_\_\_\_veces.

22. ¿Cuántas veces salió a la calle en la última semana?\_\_\_\_\_veces.

23. ¿Cuántas de esas veces recuerda que no se sintió cómodo saliendo a la calle?\_\_\_\_\_veces.

24. Cuando hace buen tiempo, si va a un bar ¿prefiere estar en la terraza o dentro? (Marque con una X)

0. Siempre prefiero terraza	1. Casi siempre prefiero terraza	2. Neutro	3. Casi siempre prefiero dentro del bar	4. Siempre prefiero dentro del bar
-----------------------------	----------------------------------	-----------	---	------------------------------------

Anexo 4

**CUESTIONARIO**  
**Estudio Epidemiológico de Salud Integral en Lima Metropolitana y el Callao-Replicación 2012**

**INDICE DE CALIDAD DE SUEÑO DE PITTSBURGH**

1. **En las últimas 4 semanas**, normalmente ¿cuál ha sido su hora de irse a acostar? (utilice sistema de 24 horas)  
 Escriba la hora habitual en que se acuesta: / \_\_ / \_\_ /
2. **En las últimas 4 semanas**, normalmente ¿cuánto tiempo habrá tardado en dormirse (conciliar el sueño) en las noches? /  
 Escriba el tiempo en minutos: \_\_ / \_\_ / \_\_ /
3. **En las últimas 4 semanas**, habitualmente ¿A qué hora se levantó de la cama por la mañana y no ha vuelto a dormir? (Utilice sistema de 24 horas)  
 Escriba la hora habitual de levantarse: / \_\_ / \_\_ /
4. **En las últimas 4 semanas**, en promedio, ¿cuántas horas efectivas ha dormido por noche?  
 Escriba la hora que crea que durmió: / \_\_ / \_\_ /
5. **En las últimas 4 semanas**, ¿Cuántas veces ha tenido problemas para dormir a causa de:....

	0. NINGUNA VEZ EN LAS ÚLTIMAS 4 SEMANAS	1. MENOS DE UNA VEZ A LA SEMANA	2. UNO O DOS VECES A LA SEMANA	3. TRES O MAS VECES A LA SEMANA	NO RESPONDE
a. <i>No poder quedarse dormido(a) en la primera media hora?</i>					
b. <i>Despertarse durante la noche o la madrugada?</i>					
c. <i>Tener que levantarse temprano para ir al baño?</i>					
d. <i>No poder respirar bien?</i>					
e. <i>Toser o roncar ruidosamente?</i>					
f. <i>Sentir frío?</i>					
g. <i>Sentir demasiado calor?</i>					
h. <i>Tener pesadillas o "malos sueños"?</i>					
i. <i>Sufrir dolores?</i>					
j. <i>Otras razones: _____?</i> <small>(Especifique)</small>					

6. **En las últimas 4 semanas**, (marcar la opción más apropiada).

	0. NINGUNA VEZ EN LAS ÚLTIMAS 4 SEMANAS	1. MENOS DE UNA VEZ A LA SEMANA	2. UNO O DOS VECES A LA SEMANA	3. TRES O MAS VECES A LA SEMANA	NO RESPONDE
6.1 <i>¿Cuántas veces habrá tomado medicinas para dormir por su cuenta?</i>					
6.2 <i>¿Cuántas veces habrá tomado medicinas para dormir recetadas por el médico?</i>					

7. En las últimas 4 semanas (marcar la opción más apropiada)

	0. NINGUNA VEZ EN LAS ÚLTIMAS 4 SEMANAS	1. MENOS DE UNA VEZ A LA SEMANA	2. UNO O DOS VECES A LA SEMANA	3. TRES O MAS VECES A LA SEMANA	NO RESPONDE
7.1. ¿Cuántas veces ha sentido somnolencia (o mucho sueño), cuando conducía, comía o desarrollaba alguna otra actividad?					
7.2. ¿Ha representado para usted mucho problema el "mantenerse despierto(a)" cuando conducía, comía o desarrollaba alguna otra actividad?					

	0. NADA	1. POCO	2. REGULAR O MODERADO	3. MUCHO O BASTANTE
8. ¿Qué tanto problema ha tenido para mantenerse animado (a) o entusiasmado (a) al llevar a cabo sus tareas o actividades? (acepte una respuesta).				

	0. BASTANTE BUENO	1. BUENO	2. MALO	3. BASTANTE MALO
9. ¿cómo valoraría o calificaría la calidad de su sueño?				
Componente 1.	#9 puntuación			C1.....
Componente 2.	#2 puntuación (menos de 15 min: 0, 16-30 min: 1, 31-60 min: 2, más de 60 min: 3)+#5a puntuación ( si la suma es igual a =:0; 1-2:1; 3-4:2; 5-6:3)			C2.....
Componente 3.	#4 puntuación (más de 7:0, 6-7:1, 5-6:2, menos de 5:3)			C3.....
Componente 4	(total # de horas dormido) / (Total # de horas en cama) x100. Mas del 85%:0, 75-84%: 1, 65-74%:2, menos del 65%: 3			C4.....
Componente 5	#Suma de puntuaciones 5b a 5j (0: 0; 1-9:1; 10-18:2; 19-27: 3			C5.....
Componente 6	#6 puntuaciones			C6.....
Componente 7	#7 puntuaciones + #8 puntuaciones (0:0; 1-2:1; 3-4:2; 5-6:3)			C7.....
Sume las puntuaciones de los siete componentes.....				ICSP puntuación global.....

## **Anexo 5**

### **Sesiones del Safe and Soul Protocol (SPP)**

Estas cinco sesiones serán para los sujetos de los grupos experimentales 1 y 2. Se realizarán de manera individual y estarán presentes la psicóloga y la traductora de la fundación. Se estima que durará una hora y media cada sesión, debido a que cada audición del SSP es de una hora de duración y habrá que añadir treinta posibles minutos de comentarios por parte de la psicóloga y del usuario. El desarrollo de las sesiones el siguiente:

- Se le invitará al usuario a sentarse en una butaca, en la que podrán reclinarse o permanecer sentados, quedando en frente a la psicóloga y la traductora. Habrá una mesa como separación.
- Se creará una conversación acerca de aquellos aspectos que, tanto la psicóloga como el usuario, consideren pertinentes. En la que se les proporcionará una explicación de su estado actual y de las reacciones fisiológicas que han experimentado al vivir eventos traumáticos tanto en Siria como durante y después del proceso migratorio (Porges, 2013, pp. 86).
- Para finalizar se les pasará la primera audición del SSP, que será emitida mediante un dispositivo mp4 conectado a unos auriculares de orejera.
- Una vez finalizado la sesión, se les preguntará qué sensaciones o pensamientos han ido experimentando a lo largo del audio.

## Anexo 6

### Sesiones Mindfulness

En estas sesiones se reunirán los participantes del grupo experimental 1 y 3. Habrá repartidas 42 colchonetas por la sala: dos para la psicóloga y la traductora, que estarán en un extremo de la sala, y el resto para los usuarios. Tanto la psicóloga como la traductora estarán en una misma fila de esterillas y mirando de frente a los usuarios. Todos tendrán que descalzarse antes de colocarse en las colchonetas.

#### Sesión 6. Presentación grupal e iniciación a Mindfulness (lunes)

Su duración será de 1h y media, el orden de las actividades es el siguiente:

- Se invitará a los usuarios a sentarse en una de las esterillas que estarán repartidas por la sala.
- Presentación teórica que introducirá conceptos de meditación y de Mindfulness, durará alrededor de 40 minutos. Se hablará sobre principios básicos del Mindfulness, qué es, de dónde viene y qué lo hace distinto a otras técnicas de meditación.
- MEDITACIÓN:
  - 10 min. Ejercicios de respiración (Williams y Penman, 2013, pp. 88-91).
  - 10 min. Técnica de relajación de Jacobson (1938).
  - 10 min. Atención plena: no hay ejercicios marcados, simplemente se les invita (mientras están tumbados en las colchonetas) a que experimenten y tomen conciencia de aquellas sensaciones físicas y mentales que estén sintiendo tras la realización de los ejercicios.
- Actividad grupal de presentación de los participantes:
  - 20 min. Por parejas, deben presentarse los unos con los otros durante 5 minutos, describiendo cómo se consideran, cuáles son sus gustos, si tienen familia, etc. Así mismo comentarán qué esperan obtener con el programa. Una vez finalizados los cinco minutos, cada miembro de la pareja, explicará en alto la descripción de su compañero/a. Finalizando con la presentación mutua tanto de la psicóloga como de la traductora.

## **Sesiones informales.**

Se les ofrecerá realizar, de nuevo, una meditación de 10 minutos tipo “atención plena” (ver arriba) el lunes, martes y miércoles (antes de la sesión 7). Tendrán que elegir ellos mismos ese momento diario para que creen una rutina (por ejemplo, al despertarse, después de comer o antes de dormir).

## **Sesión 7. Yoga: asanas y pranayama (miércoles)**

Su duración será de 1h y media, el orden de las actividades es el siguiente:

- Se invitará a los usuarios a sentarse en una de las esterillas que estarán repartidas por la sala.
- Inicio de la sesión con 15 minutos de comentarios, tanto por parte de la psicóloga como por parte de aquellos participantes que deseen compartir sus sensaciones o vivencias obtenidas gracias a la sesión anterior y la práctica en sus casas.
- 30 minutos de práctica de asanas: breve explicación de qué son (Sullivan et al., 2018) y práctica de algunas posturas (Calle, 1999, pp. 47-68):
  - Saludo al sol.
  - Postura de la pinza.
  - Postura de extensión sobre la pierna.
  - Postura del triángulo invertido.
  - Postura de la cobra.
  - Postura del masaje renal.
  - Postura del arco.
  - Postura del camello.
- 30 minutos de ejercicios de pranayama: breve explicación de qué es y práctica de ejercicios de respiración (Calle, 1999, pp. 142-146):
  - Respiración alternada.
  - Respiración victoriosa.
  - Respiración solar.
- 15 minutos de atención plena: no hay ejercicios marcados. Los participantes estarán tumbados en las colchonetas y será un momento de experimentación, de aquellas sensaciones físicas y mentales que estén sintiendo tras la realización de estos ejercicios.

- Compartir vivencias experimentadas.

### **Sesiones informales (jueves y viernes)**

- Se les ofrecerá realizar una meditación de 10 minutos tipo “atención plena”.
- También, en base a Williams y Penman (2013), tendrán que elegir una de las siguientes actividades:
  - Cepillarse los dientes.
  - Caminar de una estancia a otra en casa o en la fundación.
  - Tomar té, café o zumo.
  - Tirar la basura.
  - Poner la lavadora.

Se les comentará que cada día, intenten prestar atención mientras la realizan. No es necesario que hagan las cosas más lentamente o que sea algo con lo que disfruten. Simplemente, haced las cosas con normalidad, pero con plena conciencia mientras las hacen.

Por ejemplo: *Cepillarse los dientes*: ¿Dónde está tu mente mientras te cepillas los dientes? Presta toda tu atención a todas las sensaciones: el cepillo, en contacto con los dientes, el sabor de tu dentífrico, la humedad en la boca, todos los movimientos necesarios para escupir, etc. (pp. 83-84).

### **Sesión 8. La conciencia del estado corporal (viernes)**

Su duración será de 1h y media, el orden de las actividades es el siguiente:

- Se invitará a los usuarios a sentarse en una de las esterillas que estarán repartidas por la sala.
- Inicio de la sesión con 15 minutos de comentarios, tanto por parte de la psicóloga como por parte de aquellos participantes que deseen compartir sus sensaciones o vivencias obtenidas gracias a la sesión anterior y la práctica en su día a día.
- 10 minutos de explicación de ésta práctica.
- 30 minutos de ejercicios de meditación basados en el artículo de Troya (s.f.) (pp. 11-12):
  - Conecta el cerebro con los pies y el suelo.
  - Conciencia de la respiración.

- Masajea el cuello trasero.
- Conecta con los dos hemisferios.
- Conciencia del cuerpo.
- Ejercicio de conciencia corporal exterior/interior
- 15 minutos de atención plena: no hay ejercicios marcados. Los participantes estarán tumbados en las colchonetas y será un momento de experimentación, de aquellas sensaciones físicas y mentales que estén sintiendo tras la realización de estos ejercicios.
- 15 minutos de compartir vivencias experimentadas.

### **Sesiones informales (sábado y domingo)**

Se les ofrecerá elegir un sitio de Zaragoza (como el parque del Agua o el parque Grande), en el cual se sientan cómodos para realizar meditación (ya sea respiración, yoga, pero con la finalidad de prestar atención plena a los pensamientos y sensaciones) durante 20 minutos. Podrán ir solos o en grupos. Además, se seguirá recomendando la práctica diaria de meditación de 10 minutos en sus casas, con la práctica de atención plena en algunas rutinas, el lunes se haría antes de la sesión 9.

### **Sesión 9. Yoga (lunes)**

Su duración será de 1h y 45 minutos, el orden de las actividades es el siguiente:

- Se invitará a los usuarios a sentarse en una de las esterillas que estarán repartidas por la sala.
- Inicio de la sesión con 15 minutos de comentarios, tanto por parte de la psicóloga como por parte de aquellos participantes que deseen compartir sus sensaciones o vivencias obtenidas gracias a la sesión anterior y la práctica en sus casas.
- 30 minutos de práctica de asanas: breve explicación de qué son y práctica de algunas posturas (Calle, 1999, pp. 47-88).
  - Saludo al sol.
  - Postura de la cobra.
  - Postura lateral.
  - Postura del triángulo.
  - Postura de la media luna.
  - Postura abdominal.

- Postura del ave.
- Postura de torsión.
- 30 minutos de ejercicios de pranayama: breve explicación de qué es y práctica (Calle, 1999, pp. 147-149).
  - Respiración del fuelle.
  - Respiración refrescante.
  - Respiración anuloma.
- 15 minutos de atención plena: no hay ejercicios marcados. Los participantes estarán tumbados en las colchonetas y será un momento de experimentación, de aquellas sensaciones físicas y mentales que estén sintiendo tras la realización de estos ejercicios.
- 15 minutos de compartir vivencias experimentadas.

### **Sesiones informales (martes y miércoles)**

Se repiten los mismos procedimientos y ejercicios de la sesión informal del jueves (vid supra).

### **Sesión 10. Meditación de sonidos y pensamientos (miércoles)**

Su duración será de 1h y media, el orden de las actividades es el siguiente:

- Se invitará a los usuarios a sentarse en una de las esterillas que estarán repartidas por la sala.
- Inicio de la sesión con 15 minutos de comentarios, tanto por parte de la psicóloga como por parte de aquellos participantes que deseen compartir sus sensaciones o vivencias obtenidas gracias a la sesión anterior y la práctica en sus casas.
- 30 minutos de meditación de sonidos y pensamientos en base a Williams y Penman (2013) (pp. 141-143):
  - Conectar con la respiración y el cuerpo.
  - Atención plena en sonidos.
  - Atención plena en pensamientos.
- 15 minutos de atención plena: no hay ejercicios marcados. Los participantes estarán tumbados en las colchonetas y será un momento de experimentación, de aquellas sensaciones físicas y mentales que estén sintiendo tras la realización de estos ejercicios.
- 15 minutos de compartir vivencias experimentadas.

### **Sesiones informales (martes y miércoles)**

Se repiten los mismos procedimientos y ejercicios de la sesión informal del jueves (vid supra).

### **Sesión 11. Finalización (viernes)**

Su duración será de 1h y 20 minutos, el orden de las actividades es el siguiente:

- Se invitará a los usuarios a sentarse en una de las esterillas que estarán repartidas por la sala.
- Inicio de la sesión con 15 minutos de comentarios, tanto por parte de la psicóloga como por parte de aquellos participantes que deseen compartir sus sensaciones o vivencias obtenidas gracias a la sesión anterior y la práctica en sus casas.
- 30 minutos de atención plena: no hay ejercicios marcados. Los participantes estarán tumbados en las colchonetas y será un momento de experimentación, de aquellas sensaciones físicas y mentales que estén sintiendo tras la realización de estos ejercicios.
- 20 minutos de compartir vivencias sobre todas las sesiones realizadas y cómo ha influido en su día a día.
- Despedida del programa y finalización.