



**Universidad
Zaragoza**

TRABAJO FIN DE GRADO

Programa de intervención basado en mindfulness y autocompasión para
pacientes con dolor crónico

FINAL DEGREE PROJECT

Intervention programme based on mindfulness and compassion for chronic
pain patients

Alumna:

Yaiza Montesinos Payá

Director:

Andrés Sebastián Lombas Fouletier

Grado en Psicología

Facultad de Ciencias Sociales y Humanas

Universidad de Zaragoza

Curso 2017-2018

ÍNDICE

1. Justificación teórica.....	2
2. Objetivos.....	6
3. Beneficiarios.....	6
4. Localización.....	7
5. Metodología.....	7
5.1. Participantes.....	7
5.2. Instrumentos.....	8
5.3. Procedimiento y diseño.....	10
5.4. Sesiones.....	11
6. Recursos.....	16
7. Evaluación.....	17
8. Resultados esperados.....	17
9. Conclusiones.....	18
10. Referencias.....	19
11. Anexos.....	24

RESUMEN

El dolor crónico es una patología frecuente en atención primaria con componentes físicos, psicológicos y sociales, la cual exigen de un tratamiento integral. Existen estudios que demuestran que el mindfulness y la autocompasión reducen la sintomatología asociada al dolor crónico y que ayudan a las personas a mejorar su calidad de vida. El objetivo de este trabajo es: 1) diseñar un programa basado en mindfulness y compasión para reducir la sintomatología física y psicológica, y 2) evaluar su eficacia.

Palabras clave: dolor crónico, mindfulness, compasión.

ABSTRACT

The chronic pain is a frequent pathology in primary attention with physical, psychological and social components, which require an integral treatment. There are many studies that demonstrate that mindfulness and self-compassion reduce the symptomatology associated to the chronic pain and help people to improve their quality of life. The objective of this project is: 1) to design a programme based on mindfulness and compassion in order to reduce the physic and psychological symptomatology, and 2) to evaluate its effectiveness.

Keywords: chronic pain, mindfulness, compassion.

1. Justificación teórica

El dolor crónico es una enfermedad que se caracteriza por un dolor continuo o intermitente que persiste durante más de tres meses y que puede tener un impacto en el bienestar físico y emocional de los pacientes (Siddall y Cousins, 2004). Bajo la calificación de dolor crónico se suelen englobar diversas patologías como lumbalgia, fibromialgia, artrosis y cefaleas (Casado, Moix y Vidal, 2008). De acuerdo con los datos del último estudio “Pain in Europe”, la prevalencia afecta a 1 de cada 5 europeos (19%) y en España se sitúa en un 11% de la población.

En los últimos años, el dolor crónico se ha convertido en un problema de salud de primer orden que afecta a las esferas biológica, psicológica y social del paciente, causando, en la mayoría de los casos, un fuerte impacto vital, familiar, laboral, social y en el sistema sanitario. Se trata de una patología con una alta frecuencia, lo que supone un elevado consumo de recursos sanitarios (Wolfe et al., 1997). Además, de acuerdo con la sociedad española del dolor, solo un 40% de clínicas que abordan el dolor crónico lo hacen desde una perspectiva multidisciplinar, es decir, desde un abordaje en el que se colaboran conjuntamente médicos, fisioterapeutas y psicólogos. Estas cifras son alarmantes si se tiene en cuenta las repercusiones psicológicas. Se ha comprobado que en nuestro país hay un porcentaje elevado de personas con dolor crónico que sufren depresión, concretamente el 29% (Breivik, Collett, Ventafridda, Cohen y Gallacher, 2006). Además, la depresión, la ansiedad y la ira también son emociones frecuentes en el dolor crónico. Esta escasa aplicación de tratamientos psicológicos a personas aquejadas con dolor crónico resulta paradójica si tenemos en cuenta que estos tratamientos están demostrando ser eficaces para el tratamiento de esta patología.

La aplicación del mindfulness con pacientes con dolor crónico se basa en la idea de que puede ayudarles a aceptar el dolor, a reducir la evitación, y a tener más control sobre sus procesos atencionales, los cuales están tan ligados a la percepción del dolor. En línea con esta idea, un estudio correlacional ha encontrado que las personas que puntúan alto en mindfulness sienten menos dolor, presentan una mayor calidad de vida y sufren menos emociones negativas (McCracken y Velleman, 2010). A nivel experimental, ha sido Jon Kabat-Zinn el primer investigador en aplicar el mindfulness en pacientes con dolor crónico (Grossman, Niemann, Schmidt y Walach, 2004).

Se considera que el mindfulness es un concepto central en la psicología budista (Kabat-Zinn, 2007). Hace referencia a un estado de conciencia que implica prestar atención a la experiencia del momento (Brown y Ryan, 2003). Este estado se cultiva y se desarrolla mediante la práctica de la meditación, que ofrece un método por el cual nos volvemos menos reactivos a los que nos ocurre en el momento actual. Es una manera de relacionarnos con la totalidad de la experiencia ya sea positiva, negativa o neutra, y que nos ayuda a reducir nuestro nivel general de sufrimiento y aumentar el nivel de bienestar (Germer, Siegel y Fulton, 2005).

Diferentes autores se han interesado en el estudio y la práctica del mindfulness, lo que ha dado lugar a distintas definiciones del concepto de mindfulness. Cada una de estas definiciones pone el énfasis en distintos aspectos del mindfulness. A continuación, se presentan algunas de las más destacadas. Para Kabat-Zinn (1990) mindfulness es la capacidad de “prestar atención de un modo particular: a propósito, en el momento presente y sin establecer juicios de valor. Germer (2005) define el mindfulness como la “conciencia de la experiencia presente con aceptación”. Para Bishop et al. (2004) el término mindfulness hace referencia a “una forma de conciencia centrada en el presente, no juzgadora en la que cada pensamiento, sentimiento o sensación que surge en el campo atencional es reconocida y aceptada tal y como es”. Por otro lado, Baer (2003) afirma que mindfulness es “la observación no enjuiciadora de la continua corriente de estímulos internos y externos tal y como surgen”. Por último, Vicente Simón lo define como “una capacidad humana universal y básica, que consiste en la posibilidad de ser conscientes de los contenidos de la mente momento a momento.

De acuerdo con Labrador (2011), los **componentes** del mindfulness son los siguientes:

- **Atención al momento presente:** Se trata de centrarse y sentir las cosas tal y como suceden, sin buscar su control. Supone dejar que cada experiencia sea vivida en su momento. Implica no perder la experiencia presente en su sustitución por lo que tendría que suceder o lo que sucedió y se vivió.
- **Apertura mental a experiencias y hechos:** El centrarse en lo que sucede y se siente en el momento presente permite poner por delante los aspectos emocionales y estimulares frente a su interpretación. Las interferencias verbales

(prejuicios), o el “estar en otro sitio”, solo contribuyen a adulterar la experiencia.

- **Aceptación radical, no valorativa, de la experiencia:** Consiste en centrarse en el momento actual sin hacer ningún tipo de valoración y aceptando la experiencia como tal. El esfuerzo por no evaluarlas y aceptarlas permite no rechazarlas; el malestar, el enfado, la contrariedad no es algo de lo que se tenga que huir, sino que forman parte de una experiencia humana que es preciso vivir.
- **Elección de la experiencia:** El hecho de centrarse en la experiencia vivida, no quiere decir que ésta no pueda ser elegida. Pero una vez que una experiencia es elegida debe vivirse y experimentarse tal y como es, de forma activa, aceptando todo lo que se dé.

Por otro lado, existe un nuevo enfoque dentro del mindfulness centrado en la habilidad de autocompasión, que busca el cultivo de una mente compasiva. La aplicación de la autocompasión con pacientes con dolor crónico se basa en la idea de que puede ayudarles a amortiguar las estrategias negativas de afrontamiento al dolor debido a su perspectiva de que la condición de dolor es una experiencia humana compartida, lo que conlleva una disminución en la escala de catastrofización. Además, las personas que puntúan alto en autocompasión tienden a tener una mayor aceptación al dolor y un mejor funcionamiento psicológico (Wren et al, 2012). Por otro lado, existe evidencia creciente de que ayudar a las personas a desarrollar la compasión hacia sí mismos y hacia los demás reduce los afectos negativos y promueve los afectos positivos (Neff, Kirkpatrick y Rude, 2007).

La palabra compasión deriva de las raíces latinas y griegas *patiri* y *pashkein* (sufrir) y de la raíz latina *com* (con), de manera que compasión significa “sufrir con” otra persona. Es un sentimiento profundo hacia el individuo que sufre, que da lugar a un deseo y un esfuerzo de alivio y consuelo. La compasión posee dos elementos clave: (1) el emocionarse por el sufrimiento y (2) el deseo de aliviarlo. Cuando la compasión va dirigida a uno mismo, entonces se habla de autocompasión. La autocompasión implica tratarnos a nosotros mismos con la misma amabilidad y comprensión con la que trataríamos a alguien a quien verdaderamente amamos o a alguien por quien sentimos compasión genuina (Germer y Simón, 2017).

Neff fue la primera en definir el concepto y desarrolló la primera escala de autocompasión (denominada Self Compassion Scale; SCS) que se utiliza en la mayoría de las investigaciones (Neff, 2003). Ella fue la primera que definió la autocompasión como la sinergia de tres elementos principales (Germer y Neff, 2013):

- **La bondad hacia uno mismo versus criticarse.** Consiste en ser afable y alentador cuando las cosas van mal en nuestra vida, en lugar de fustigarnos. Es la capacidad de tratarse con suavidad a uno mismo sin enjuiciarse en momentos de dolor o sufrimiento. Con la bondad hacia uno mismo, uno es capaz de calmarse y nutrirse cuando tiene que confrontar el dolor.
- **La humanidad compartida versus el aislamiento.** Es la comprensión de que el dolor y el sufrimiento forman parte de la experiencia humana.
- **El mindfulness frente a la sobreidentificación.** Hace referencia a la capacidad de abrirse a la experiencia de forma consciente, no reactiva y equilibrada.

Hay mucha evidencia científica de los beneficios de la autocompasión. Así, por ejemplo, se ha encontrado que la autocompasión se relaciona con el bienestar, la inteligencia emocional, la conexión social, la satisfacción vital, los sentimientos de competencia, la felicidad, el optimismo y la sabiduría (Neff, 2011). De acuerdo con Paul Gilbert, el investigador más destacado de la autocompasión en el Reino Unido, cuando somos compasivos y cuando nos sentimos amenazados, se activan subsistemas diferentes del sistema nervioso. Cuando se activa el sistema de amenaza, particularmente por situaciones desafiantes como la tristeza, el enfado y el miedo, es probable que nos ataquemos a nosotros mismos, nos abandonemos o nos atasquemos en la cavilación ansiosa. Cuando se activa el sistema de la compasión o de seguridad, nos relacionamos con nosotros mismos consolándonos y animándonos. La investigación de Gilbert ha mostrado que se activan diferentes áreas cerebrales cuando somos autocríticos y cuando somos reconfortantes (Longe et al., 2010).

Sintetizando todo lo expuesto, se puede expresar los mecanismos de acción de la autocompasión en los puntos siguientes:

1. Conduce a una mayor satisfacción vital y a mejorar la relación con el propio self, cambiando el tono y el contenido del diálogo interno.

2. Produce una mayor auto-aceptación, validación y reconocimiento de uno mismo y de sus experiencias, lo cual ayuda a eliminar esquemas autocríticos y vergonzantes.
3. Aumenta la resiliencia emocional ejerciendo una influencia protectora sobre los estresores y las adversidades de la vida.
4. Desmonta paulatinamente procesamientos cognitivos no adaptativos como la rumiación y el pensamiento obsesivo, provocando reducciones en los niveles de preocupación, ansiedad y afectos negativos.
5. Desmonta progresivamente la sensación de aislamiento, los sentimientos de anormalidad, desconexión y sinsentido de la vida, lo que se traduce en una mayor conexión social y mayores conductas de autocuidado.

A la luz de los datos presentados, parece razonable llevar a cabo un programa de intervención basado en las técnicas de meditación mindfulness y la autocompasión puesto que, podría ayudar en el abordaje del dolor crónico.

2. Objetivos

Los objetivos generales que se esperan conseguir con el programa, son los siguientes:

- Mejorar la calidad de vida de las personas que sufren dolor crónico, así como su funcionamiento físico, emocional y social.
- Evaluar la eficacia en la reducción de la sintomatología del dolor crónico (tanto física como psicológica) por medio del desarrollo del mindfulness y la autocompasión.

3. Beneficiarios

Este programa se dirige a hombres y mujeres que padecen dolor crónico. Los beneficiarios directos serán todos aquellos participantes que sean diagnosticados de

dolor crónico. Y los beneficiarios indirectos serán aquellos sujetos que están en relación con los beneficiarios directos como pueden ser los familiares, amigos cercanos y todos aquellos que se sitúen en su red de apoyo.

4. Localización

El presente programa de intervención se desarrollará en la ciudad de Zaragoza, en el Hospital Universitario Miguel Servet, el cuál concederá su salón de actos, la sala de juntas y varias instalaciones del mismo para el desarrollo de cada una de las sesiones propuestas para este programa.

5. Metodología

5.1 Participantes

Los usuarios elegibles de este estudio se obtendrán del Hospital Miguel Servet de Zaragoza, los cuales serán derivados por su médico de cabecera. Dentro de estos, se seleccionarán algunos de ellos en base a unos criterios de inclusión y de exclusión. Los criterios de inclusión son: (a) disponer un diagnóstico de dolor crónico de acuerdo con los criterios de la asociación internacional para el estudio del dolor (IASP); (b) tener entre 24 y 65 años; (c) hablar y comprender el castellano; (d) poder asistir al 85% de las sesiones; y (e) no practicar mindfulness o compasión. Los criterios de exclusión son: (a) disponer un diagnóstico de enfermedades degenerativas, problemas vestibulares, problemas cardiovasculares, alteraciones neurológicas, abuso de drogas o dependencia de sustancias, y alto riesgo de suicidio; y (b) recibir tratamiento farmacológico con morfina oral diaria. La muestra total será de 90 participantes.

5.2 Instrumentos

Cuestionario sociodemográfico e historial clínico. Recogerá datos sobre aspectos sociodemográficos (edad, sexo, estado civil, nivel educativo, etc...), así como sobre la historia de la enfermedad (inicio, duración, los tratamientos recibidos hasta el momento, los antecedentes psicopatológicos y el estado psicológico actual).

Escala Visual Analógica (Visual Analogue Scale; VAS; Huskisson, 1974; Validada al español por González, Stewart, Ritter y Lorig, 1995). Consiste en una línea horizontal recta, limitada por dos extremos bien definidos, que se acompaña de las leyendas 0 (“Ningún dolor”) a la izquierda y 10 (“Máximo dolor”) a la derecha de la misma. Al paciente se le pide que indique sobre la línea continua la intensidad de su dolor referido al día de “hoy” en relación a los dos extremos de la escala. Su principal ventaja es la simplicidad y no requiere habilidades verbales o de lectura. Presenta una consistencia interna aceptable (alfa de Cronbach = 0,98-0,99).

Escala de catastrofización del dolor. (Pain Catastrophizing Scale; PCS; Sullivan et al., 1995; Versión española adaptada por Campayo, Rodero, Alda, Sobradie, Montero, y Moreno, 2008). Esta escala consta de 13 ítems que evalúan, en una escala Likert de 0 (“Nada en absoluto”) a 4 (“Todo el tiempo”), aspectos específicos de la catastrofización ante el dolor: Rumiación, Magnificación y Desesperanza. Los valores del alfa de Cronbach tanto para la puntuación global como para las puntuaciones de las subescalas fueron mayores de 0,70.

Cuestionario de Afrontamiento al Dolor crónico reducido (CAD-R; Soriano y Monsalve, 2004). El CAD-R es un instrumento de medida de fácil aplicación que valora las estrategias de afrontamiento utilizadas ante el dolor crónico. Consta de 24 ítems relacionados con lo que el sujeto hace cuando tiene dolor valorados en una escala de 1 (“Nunca”) a 5 (“Siempre”). Los valores del alfa de Cronbach para cada uno de los factores son: Religión (0,94), Catarsis (0,84), Distracción (0,75), Autocontrol mental (0,80), Autoafirmación (0,77) y Búsqueda de información (0,74).

Cuestionario Cinco Facetas de Mindfulness (Five Facet Mindfulness Questionnaire; FFMQ; Baer y cols. 2006; Adaptado por Cebolla, García-Palacios, Soler, Guillen, Baños y Botella, 2012). Este cuestionario mide mindfulness como un rasgo a partir de cinco factores que se denominan facetas mindfulness: Observación,

Capacidad de describir, Actuar con conciencia, Ausencia de juicio ante las experiencias y Ausencia de reactividad. El sujeto ha de valorar su nivel de conformidad en 39 ítems según una escala de 1 (“Nunca o muy raramente”) a 5 (“Muy a menudo o siempre”). Los niveles de consistencia interna de las habilidades de mindfulness oscilan entre 0,80 y 0,91.

Escala de auto-compasión (Self-compassion Scale; SCS; Neff, 2003). Se administrará la versión en español de la escala de auto-compasión, creada por Neff (2003). Consta de 6 subescalas formadas por un total de 26 ítems, los cuales son: Auto-amabilidad (5 ítems, e.g., “Trato de ser comprensivo con los rasgos de mi personalidad que no me gustan”), Aislamiento (4 ítems, e.g., “Cuando pienso en mis defectos, suelo sentirme separado del resto de la gente”), Mindfulness (4 ítems, e.g., “cuando sucede algo doloroso, intento tener una visión equilibrada de la situación”), Auto-juicio (5 ítems, e.g., “Me desapruero y critico por mis fallos y limitaciones”) Humanidad compartida (4 ítems, e.g., “Trato de ver mis defectos como parte normal de la condición humana”), y Sobre-identificación (4 ítems, e.g., “Cuando me siento mal, tiendo a obsesionarme y a fijarme en todo lo negativo”). Los participantes indicaban sus respuestas mediante una escala de 5 puntos, siendo 1 (“casi nunca”) y 5 (“casi siempre”). Respuestas más altas indican mayor auto-compasión. Esta escala ha demostrado una fiabilidad excelente, con un alfa de Cronbach de 0,93

Positive Affect and Negative Affect Schedule (PANAS; Watson, Clark, y Tellegen, 1988). Desde su creación, el PANAS ha sido utilizado en la investigación de la afectividad, particularmente en la medición de activación emocional, estrategias de afrontamiento y reactividad cardiaca ante episodios emocionales. En el contexto clínico, ha mostrado ser efectivo en la discriminación de cuadros depresivos y ansiosos, siendo el afecto positivo un buen predictor de ansiedad, en tanto que afecto positivo y afecto negativo predicen significativamente la depresión (Dyck, Jolly, y Krammer, 1994). Los pacientes indican el grado de su afecto positivo y negativo (e.g., emocionado, angustiado, asustado, inspirado) mediante una escala de 5 puntos, siendo 1 (“Muy ligeramente”) y 5 (“Extremadamente”). Una puntuación alta en afecto positivo refleja entusiasmo y energía, mientras que una puntuación alta en afecto negativo refleja angustia y estados de ánimo negativos. Se observan altas estimaciones de consistencia interna que varían de 0,84 a 0,90.

El *cuestionario SF-36*: (Short form health survey; SF-36; Ware y Sherbourne, 1992; Versión española adaptada por Alonso, Prieto, y Antó, 1995). El SF-36 es un instrumento que se diseñó como indicador genérico del nivel de salud. Este cuestionario está constituido por 36 ítems que exploran 8 dimensiones del estado de salud percibido: Función Física, Rol Físico, Rol Emocional, Función Social, Salud Mental, Salud General, Dolor Corporal y Vitalidad. Uno de los ítems, no incluido en estas ocho categorías, explora los cambios experimentados en el estado de salud del último año. El rango de las puntuaciones para cada una de las 8 dimensiones oscila entre 0 y 100, por lo que 0 indica el peor estado de salud y 100 el mejor estado de salud. El alfa de Cronbach es superior a 0,7 en todas las dimensiones (con un rango de 0,71 a 0,94, excepto en la dimensión de relación social con un alfa de Cronbach de 0,45).

5.3 Procedimiento

En primer lugar, se solicitará la aprobación del Comité Ético de Investigación Clínica de Aragón para poder llevar a cabo el programa y también se pedirá permiso al Hospital Miguel Servet para poder llevar a cabo el desarrollo de la intervención en alguna de sus salas. Una vez obtenido la aprobación por el mencionado comité de ética y el permiso del Hospital Miguel Servet, se contactará con los centros de salud de Zaragoza para explicar en qué consiste el programa de intervención a los médicos de familia. Los participantes serán reclutados, por los médicos de familia participantes en el estudio, entre los pacientes que cumplan los criterios de inclusión, a los que se les explicarán las características del programa. Además, se procederá, por una parte, a anunciar la puesta en marcha del programa en los medios de comunicación locales (periódicos, radios, etc.) así como en las redes sociales on-line profesionales (p.e., Likedin) y no profesionales (p.e., Facebook). Una vez captados todos los participantes necesarios para el estudio, se contactará con ellos para informarles más detalladamente sobre el estudio y se les solicitará que firmen el consentimiento informado, indicándoles la confidencialidad de sus datos.

El diseño del estudio es un diseño experimental aleatorizado con un grupo control de lista de espera con medidas pretest y posttest. Así, en un primer momento, todos los participantes recibirán la batería de cuestionarios del pretest. A continuación, la mitad de los participantes serán asignados aleatoriamente al grupo experimental y la

otra mitad al grupo control. El grupo experimental recibirá el programa, pero no así los del grupo control. Más tarde, tras la finalización del programa en el grupo experimental, todos los participantes recibirán la batería de cuestionarios del postest.

5.4 Sesiones

Existen diferentes tipos de intervenciones basadas en mindfulness, la intervención que se va a llevar a cabo se basa en el programa Mindfulness Based Stress Reduction (MBSR) desarrollado por Kabat-Zinn. Además, se va a combinar junto con ejercicios de auto-compasión basados en el programa Mindful Self compassion (MSC) desarrollado por Christopher Germer y Kristin Neff (2003).

El programa consta de 8 sesiones semanales, de 1 hora de duración, en las cuales se trabajan el mindfulness y la autocompasión a nivel práctico.

SESIÓN 0: Presentación

Objetivos: Conocer el programa y su propósito, facilitar el conocimiento entre los participantes y con el/la psicólogo/a, crear un clima que favorezca la confianza, la participación y la comunicación, así como la cohesión del grupo.

Contenido: En primer lugar, se presentará el terapeuta que impartirá las sesiones y los participantes del grupo. El terapeuta explicará el contenido temático de la intervención, haciendo hincapié en la importancia de la asistencia, puntualidad, compromiso de confidencialidad, así como realizar las tareas para casa. Los participantes podrán tumbarse en el suelo o estar sentados en la silla o de pie, si su dolor físico así lo requiere. Además, al finalizar cada sesión se les dará por escrito un resumen de lo explicado y se les facilitará un CD de clase con los audios de todas las sesiones para que puedan realizarlas en casa.

Durante las sesiones se dedicará la mayor parte del tiempo a que los participantes del grupo expongan su situación, resaltando el método de afrontamiento que han utilizado hasta el momento para afrontar su dolor físico. También, se realizará una explicación sobre el dolor crónico y, se valorarán las expectativas y metas de los participantes hacia el tratamiento.

Para finalizar, se expondrán hábitos de estilos de vida: dieta, ejercicio, sueño y algunas de las actitudes descritas en el libro de Kabat-Zinn titulado “Vivir con plenitud las crisis” y se introducirá la práctica de la respiración consciente, explicada en el Anexo II.

Recursos: CD narrado por el monitor de clase, sillas, colchonetas, esterillas, ordenador, proyector, proyector de pantalla, psicólogo/a, folios.

SESIÓN 1: Exposición del concepto de mindfulness, entrenamiento en meditación mindfulness ,

Objetivo: Llevar a cabo la práctica de mindfulness

Contenido: La sesión comienza con un saludo y una pregunta general sobre cómo han ido desde la última sesión. Después, el terapeuta planteará los contenidos en los que se trabajarán. Éstos, se centrarán, sobre todo, en: qué es mindfulness; prejuicios hacia el mindfulness; el problema de la inatención y los beneficios del mindfulness. También se darán algunas recomendaciones básicas para la práctica de mindfulness y se realizará el ejercicio de la uva pasa explicada en el Anexo II. Por otro lado, se realizará una diferenciación entre los conceptos aceptación vs resignación, y relajación vs meditación. Al finalizar la sesión se pedirá a los pacientes que realicen las siguientes tareas: leer el resumen que se les facilitará a cada uno, elegir una comida al día para practicar el ejercicio de la uva pasa mientras ingieren ese alimento (p.e., una manzana).

Para finalizar, se les recordará que es adecuado elegir un momento y espacio adecuado para realizar cualquier práctica de mindfulness.

Recursos: ordenador, proyector, proyector de pantalla, uvas pasa y folios.

SESIÓN 2: Diferenciación entre práctica formal e informal.

Objetivo: Diferenciar entre práctica formal e informal, y aprender a realizarlas.

Contenido: Se empezará adoptando la postura de meditación en la cual los participantes se sientan más cómodos y se realizarán varias respiraciones para centrar la atención en el momento presente. Primeramente, se explicará de forma teórica la práctica formal, aquella que realizamos cuando seleccionamos un lugar y un tiempo específico para meditar, e informal, que se realiza en cualquier momento del día, cuando las personas están realizando sus actividades. Después, se pasará a la práctica.

En la práctica, se realizará la práctica de los 3 minutos. Esta práctica es una práctica informal ya que consiste en hacer un parón en las actividades diarias para dedicar 3 minutos a la práctica del mindfulness. Luego, se creará un debate al grupo para exponer las emociones y sensaciones experimentadas. Seguidamente, se realizará la práctica de caminar con consciencia plena, en la cual los participantes se centrarán en las sensaciones al caminar. Esta práctica puede ser una práctica informal si la aplicamos en nuestro día a día cada vez que nos desplazamos de un lugar a otro.

Recursos: Ordenador, proyector, proyector de pantalla, sillas.

SESIÓN 3: Entrenamiento en el reconocimiento de nuestras propias emociones y de la conexión existente entre nuestro cuerpo y nuestra mente (Body Scan).

Objetivo: Por un lado, aprender a manejar los pensamientos, aprender la práctica del escaneo corporal (Body Scan). Por otro lado, diferenciar la importancia de los valores en nuestra vida diaria y mantener la práctica habitual de mindfulness.

Contenido. En primer lugar, se comentará si los participantes han realizado alguna práctica informal durante la semana, o si han practicado los ejercicios vistos hasta ahora. Seguidamente se explicará que es el sufrimiento primario, que es la sensación física corporal real en un momento dado (p.e., dolor de espalda, dolor de piernas, etc.), producido por una enfermedad o algún otro suceso estresante de la vida y el sufrimiento secundario, que sería el generado por nuestras reacciones ante la experiencia (p.e., por nuestros pensamientos) y que son la causa de desarrollar la

ansiedad, la depresión y/o el miedo. Tras esto, se propondrán estrategias para manejar los pensamientos, sin intentar evitarlos, viéndolos simplemente como un evento mental. Luego, se realizará la práctica de “escaneo corporal”. En esta práctica se animará a los pacientes a observar lo que ocurre emocionalmente, así como la intensidad y la cualidad del dolor cuando escanean la parte o partes del cuerpo que les duele. Se les animará a ver si hay una tendencia a amputarlas mentalmente o a ignorarlas.

Al finalizar la práctica, se organizarán debates para exponer a los compañeros del grupo que emociones han sentido, como han experimentado el dolor, si han podido realizar la práctica, etc. Por último, los pacientes identificarán en un cuestionario, que rellenarán durante la semana, cuales son los valores más importantes para ellos

Recursos: ordenador, proyector de pantalla, cuestionario, esterillas, sillas.

SESIÓN 4: Realización de prácticas de yoga, alternadas con exploración corporal.

Objetivos: Hacer un repaso de los conceptos aprendidos anteriormente y llevar a cabo prácticas de yoga alternadas con exploración corporal.

Contenido: Se promoverá un debate sobre lo aprendido hasta ahora y se preguntará por las tareas propuestas para casa y comentarlas en grupo. A continuación, se practicarán ejercicios basados en *Hatha Yoga* y se animará a los participantes a confiar en su juicio sobre lo que pueden hacer o no. Los ejercicios quedan ilustrados en el Anexo II. Para finalizar la sesión, se realizarán algunas meditaciones y se les propondrá que practiquen posiciones de meditación en las que estén cómodos, teniendo en cuenta sus dolores.

En estas meditaciones se animará a los participantes a visualizar el dolor para hacerlo disminuir. Por ejemplo, pueden visualizar el dolor como un bloque de hielo al que prestan toda su atención y que empiezan a observar que se derrite. Para esta sesión se utilizarán las pistas de meditación de lago y la montaña de Kabat Zinn.

Recursos: esterillas para realizar los ejercicios, ordenador, proyector de pantalla, equipo de música, CD con pistas de música para la meditación lago.

SESIÓN 5: Encontrando nuestra voz compasiva

Objetivos: Sustituir la autocrítica por la auto-compasión, obteniendo una relación más cariñosa hacia sí mismos.

Contenido: Se empezará la práctica explicando que es la compasión y la auto-compasión. Seguidamente, los pacientes realizarán la práctica de la figura de apego seguro. En esta práctica los pacientes desarrollarán una figura de apego que en algunas ocasiones pueden llegar a ser ellos mismos. Es importante que el individuo cree su figura compasiva ideal para proyectar en esa imagen lo que hace que una figura sea compasiva para ella. Por ejemplo, protección, validación de sus sentimientos, comprensión, cuidado. Al finalizar la práctica se realizará un debate para exponer al grupo como se han sentido, si han encontrado su figura de apego, que emociones han experimentado, etc. Después, se volverá a retomar el temario y se explicará la autocrítica y para qué sirve. En esta sesión se busca reconocer el sistema que apoya el autocrítico, y se buscará hacer presente las voces compasivas. Por último, se realizará la práctica de sustituir la voz crítica por la voz compasiva.

Recursos: ordenador, proyector de pantalla.

SESIÓN 6: Trabajando sobre nosotros mismos

Objetivos: Incrementar el afecto hacia uno mismo y hacia los demás.

Contenido: En esta semana se seguirá trabajando la compasión. La sesión comenzará, como cada semana, con un recordatorio de lo visto en la semana anterior y se comentarán las tareas encomendadas. En esta sesión se procederá a describir la importancia del afecto o compasión hacia uno mismo y hacia los otros y se pondrán en práctica los conceptos aprendidos a través de las prácticas: dar afecto a nosotros mismos y dar afecto a amigos e indiferentes. Posteriormente, se explicarán los modelos de apego y los pacientes reconocerán cuál es el modelo de apego que más encaja con cada uno tras explicar que, para cambiar nuestro modelo de apego inseguro a uno seguro (o para reforzar más nuestro modelo seguro), debemos ser conscientes de que lo que diferencia a un modelo con otro es la relación que tenemos con nosotros mismos y con los otros.

Recursos: ordenador, proyector de pantalla, sillas.

SESIÓN 7: Manejando las emociones difíciles.

Objetivos: Fomentar la aceptación de aquellos aspectos que no son posibles de modificar.

Contenido: En esta sesión se busca poder trabajar desde la aceptación las emociones difíciles personales asociadas al dolor crónico y desde este punto, poder aprender a relacionarnos con esas emociones de un modo más compasivo. Para ello, se realizarán prácticas de meditación que contribuyan a desarrollar una actitud amable y compasiva con uno mismo ante las emociones conflictivas. También se explicará que, el modo más sencillo consiste en abandonar todo intento de que las cosas sean diferentes. Pues, aceptar la experiencia significa dejar espacio para aquello que está sucediendo, en vez de intentar crear algún otro estado. De esta manera, a través de la aceptación simplemente se observará cualquier cosa que se encuentre presente.

Recursos: ordenador, proyector de pantalla, sillas.

SESIÓN 8: Final del programa

Objetivos: Obtener la valoración del programa por parte de los participantes y resolución de dudas.

Contenido: En esta última sesión, el/la psicólogo/a realizará un resumen de los contenidos más importantes trabajados en el programa, resolverá dudas que surjan y posibles sugerencias para mejorar el programa. Además, los participantes comentarán su experiencia durante el programa, en el que se valorarán los contenidos, el procedimiento, el grado de cumplimiento de las expectativas y posibles sugerencias.

Recursos: ordenador, protector de pantalla, cuestionarios.

6. Recursos

Por un lado, y en cuanto a los recursos humanos, serán necesarios, los médicos de cabecera del hospital universitario Miguel Servet para seleccionar a las personas que cumplan con el perfil que busca el programa. Por otro lado, para el reclutamiento de pacientes y dar las citas para hacer una primera entrevista se contará con una secretaria

para el reclutamiento de pacientes. Para la implementación del programa se necesitará un psicólogo/a, el cual se encargará de impartir las sesiones. Para la sesión en la que se realizarán ejercicios de Hatha Yoga se requerirá la presencia de un instructor de Yoga.

Por otro lado, y en cuanto a los recursos materiales, el Hospital Miguel Servet ofrecerá una sala, mesas, sillas, colchonetas o esterillas necesarias para la realización del programa. Además, proporciona también un ordenador, equipo de música, altavoces y un proyector de pantalla para la visualización del PowerPoint explicativo. Asimismo, el centro también proporciona el material de oficina suficiente (folios, bolígrafos, rotuladores, impresora, post-it, cuadernos etc.) para la realización de cada una de las sesiones.

7. Evaluación

Para la evaluación de la eficacia de la intervención de este programa, se llevará a cabo un análisis de varianza con un factor Grupo (grupo experimental o grupo control) como variable independiente y la diferencia de las puntuaciones obtenidas en la cumplimentación de los cuestionarios pretest y posttest como variable dependiente.

Un efecto significativo en el factor Grupo una vez hecho el análisis de los resultados, indicaría un efecto de la intervención en los participantes que han sido beneficiados por ella.

8. Resultados esperados

Se espera encontrar mayores diferencias en las puntuaciones diferenciales entre los grupos en la capacidad de atención plena (mindfulness) medida con el FFMQ. Más concretamente, mayores incrementos en el grupo experimental en la observación la capacidad de describir, el actuar con conciencia, ausencia de juicio ante las experiencias y ausencia de reactividad. Siguiendo esta línea, se espera que el grupo experimental reporte mejores estilos de afrontamiento ante el dolor medidos con el CAD-R. Asimismo, se espera encontrar un mayor aumento en el grupo experimental en la capacidad de auto-compasión concretamente, mayores incrementos en auto-amabilidad, mindfulness y humanidad compartida y mayores decrementos en aislamiento, auto-juicio y sobre-identificación medidas con el MSC. También, es esperable que el grupo

experimental obtenga mayores incrementos en el afecto positivo y mayores decrementos en el afecto negativo medidos con el PANAS. Por otro lado, se espera encontrar decrementos en la catastrofización del dolor medido con la PCS como en la intensidad del dolor medida con la VAS. Finalmente, se espera un mayor aumento en el grupo experimental en calidad de vida relacionada con la salud medido con el SF-36.

Si se obtuviese este patrón de resultados esperados, los resultados ofrecerían evidencia de que el programa es capaz de alcanzar su objetivo principal de reducir la sintomatología asociada al dolor crónico (tanto física como psicológica) y aumentar la calidad de vida de los pacientes. En otras palabras, los resultados respaldarían la idea de que el presente programa puede favorecer la calidad de vida de los pacientes (SF-36) en términos de rol físico, salud general, vitalidad, funcionamiento social y salud mental. A su vez, este programa proporcionaría a los pacientes un amplio abanico de herramientas para hacer frente el dolor crónico con las que tienen que convivir, todo ello desde un aumento de la conciencia plena (mindfulness) y autocompasión.

9. Conclusiones

Si este programa resultara eficaz se conseguiría disminuir el impacto del dolor crónico en la mejora de las dimensiones sobre la percepción de la calidad de vida, así como en la reducción de la sintomatología asociada. Esto iría de la mano con un aumento de la capacidad para observar lo desagradable en el momento presente, así como el aumento de la capacidad de ser amables y bondadosos con uno mismo.

En base a estos resultados y conclusiones alcanzados en el presente estudio, se generan nuevos interrogantes que podrían ser abordados en futuros estudios, como por ejemplo: ¿se mantienen o amplían los efectos de la intervención tras un año de la intervención? ¿Qué efecto tendría una intervención como la realizada en una población con pacientes que además de sufrir dolor crónico presentan obesidad y un afecto negativo hacia sí mismos?

Referencias

- Allman, J. M., Hakeem, A., Erwin, J. M., Nimchinsky, E. y Hof, P. (2001). The anterior cingulate cortex. *Annals of the New York Academy of Sciences*, 935(1), 107-117.
- Alonso, J., Prieto, L. y Anto, J. M. (1995). The Spanish version of the SF-36 Health Survey (the SF-36 health questionnaire): an instrument for measuring clinical results. *Medicina clínica*, 104, 771-776.
- Alonso, J., Regidor, E., Barrio Anta, G., Prieto, L., Rodríguez, C. y Fuente de Hoz, L. D. L. (1998). Valores poblacionales de referencia de la versión española del Cuestionario de Salud SF-36. *Medicina clínica*, 111, 416-416.
- Baer, R. A., Smith, G. T., Lykins, E., Button, D., Krietemeyer, J., Sauer, S., et al. y Williams, J. M. G. (2008). Construct validity of the five facet mindfulness questionnaire in meditating and nonmeditating samples. *Assessment*, 15(3), 329-342.
- Bair, M. J., Robinson, R. L., Katon, W. y Kroenke, K. (2003). Depression and pain comorbidity: a literature review. *Archives of internal medicine*, 163(20), 2433-2445.
- Breivik, H., Collett, B., Ventafridda, V., Cohen, R. y Gallacher, D. (2006). Survey of chronic pain in Europe: prevalence, impact on daily life, and treatment. *European journal of pain*, 10, 287-333.
- Bishop, S. R., Lau, M., Shapiro, S., Carlson, L., Anderson, N. D., Carmody, J., et al. y Devins, G. (2004). Mindfulness: A proposed operational definition. *Clinical psychology: Science and practice*, 11(3), 230-241.
- Campayo, J. G. y Demarzo, M. (2015). *Mindfulness y compasión: la nueva revolución*. Barcelona: Siglantana.
- Campayo, J. G., Rodero, B., Alda, M., Sobradíel, N., Montero, J. y Moreno, S. (2008). Validación de la versión española de la escala de la catastrofización ante el dolor (Pain Catastrophizing Scale) en la fibromialgia. *Medicina clínica*, 131, 487-492.
- Carson, J. W., Keefe, F. J., Goli, V., Fras, A. M., Lynch, T. R., Thorp, S. R. y Buechler, J. L. (2005). Forgiveness and chronic low back pain: A preliminary study examining the relationship of forgiveness to pain, anger, and psychological distress. *Journal of pain*, 6, 84-91.
- Carson, J.W., Keefe F.J., Lynch, T.R., Carson K.M., Goli, V., Fras, A.M. y Thorp S.R. (2006). Loving-kindness meditation for chronic low back pain: Results from a pilot trial. *Pain*, 124, 286-294.

- Casado, M., Moix, J. y Vidal, J. (2008). Etiología, cronificación y tratamiento del dolor lumbar. *Clínica y Salud, 19*, 379-392.
- Cousins, M.J., Brennan, F. y Carr, D.B. (2004). Pain relief: A universal human right. *Pain, 112*, 1-4.
- Davidson, R. J., Kabat-Zinn, J., Schumacher, J., Rosenkranz, M., Muller, D., Santorelli, S. F. y Sheridan, J. F. (2003). Alterations in brain and immune function produced by mindfulness meditation. *Psychosomatic medicine, 65*, 564-570.
- Didonna, F. (2011). *Manual clínico de mindfulness*. Bilbao: Desclée de Brouwer.
- Dufey, M. y Fernandez, A. M. (2012). Validez y confiabilidad del Positive Affect and Negative Affect Schedule (PANAS) en estudiantes universitarios chilenos. *Revista Iberoamericana de Diagnóstico y Evaluación-e Avaliação Psicológica, 2*, 157-173.
- Fitzcharles, M.A., Costa, D.D. y Poyhia, R. (2003). A study of standard care in fibromyalgia syndrome: a favourable outcome. *The journal of Rheumatology, 30*, 154-9.
- Cebolla, A., Garcia-Palacios, A., Soler, J., Guillen, V., Baños, R. y Botella, C. (2012). Psychometric properties of the Spanish validation of the Five Facets of Mindfulness Questionnaire (FFMQ). *The European Journal of Psychiatry, 26*, 118-126.
- Gardner-Nix, J., Backman, S., Barbaty, J. y Grummitt, J. (2008). Evaluating Distance Education of a Mindfulness-based Meditation Programme for Chronic Pain Management. *Journal of Telemed and Telecare, 14*, 88-92.
- Germer, C. K. y Simón, V. (2017). Aprender a practicar mindfulness. En V. Simón y C.K. Germer. *Compasión y Autocompasión* (pp.131-148) Barcelona: Sello.
- Grossman, P., Niemann, L., Schmidt, S. y Walach, H. (2004). Mindfulness-based stress reduction and health benefits. A meta-analysis. *Journal of Psychosomatic Research, 57*, 35-43.
- Hayes, S. C., Strosahl, K. D. y Wilson, K. G. (1999). Acceptance and commitment therapy: An experiential approach to behavior change. Guilford Press.
- Hoffman, B.M., Papas, R.K., Chatkoff, D.K. y Kerns, R.D. (2007). Meta-analysis of psychological intervention for chronic low back pain. *Health Psychology, 26*, 1-9.
- Hölzel, B. K., Ott, U., Hempel, H., Hackl, A., Wolf, K., Stark, R. y Vaitl, D. (2007). Differential engagement of anterior cingulate and adjacent medial frontal cortex in adept meditators and non-meditators. *Neuroscience letters, 421*, 16-21.

- Jensen, M. P., Turner, J. A. y Romano, J. M. (1994). Correlates of improvement in multidisciplinary treatment of chronic pain. *Journal of consulting and clinical psychology*, 62, 172-179.
- Kabat-Zinn, J., Lipworth, L. y Burney R. (1985). The clinical use of mindfulness meditation for the self-regulation of chronic pain. *Journal of Behavioral Medicine*, 8, 163-190.
- Kabat-Zinn, J. (2003). Mindfulness based interventions in context: Past, present, and future. *Clinical Psychology: Science and Practice*, 10, 144-156.
- Kobasa, S. (1979). Stressful life events, personality and health: an inquiry into hardiness. *Journal of personality and Social Psychology*, 37, 1-11.
- Keogh, E., Hatton, K. y Ellery, D. (2000). Avoidance versus focused attention and the perception of pain: differential effects for men and women. *Pain*, 85, 225-230.
- Labrador Encinas, F. J. (2011). *Técnicas de Modificación de Conducta*. Madrid: Ediciones Pirámide.
- Leary, M.R., Tate, E.B., Adams, C.E., Allen, A.B. y Hancock, J. (2007). Self-compassion and reactions to unpleasant self-relevant events: The implications of treating on self kindly. *Journal of personality and social psychology*, 92, 887-904.
- León, J., Fernández, C., Grijalvo, F. y Núñez, J. L. (2013). Assessing mindfulness: The Spanish version of the Mindfulness Attention Awareness Scale. *Estudios de psicología*, 34, 175-184.
- Llorca, G. J., Muriel, C., González-Tablas, M. M. y Díez, M. A. (2007). Relación entre características del dolor crónico y los niveles de depresión. *Revista de la Sociedad Española del Dolor*, 14, 26-35.
- McCracken, L. M. y Keogh, E. (2009). Acceptance, mindfulness, and values-based action may counteract fear and avoidance of emotions in chronic pain: an analysis of anxiety sensitivity. *The Journal of Pain*, 10, 408-415.
- McCracken, L. M. y Velleman, S. C. (2010). Psychological flexibility in adults with chronic pain: a study of acceptance, mindfulness, and values-based action in primary care. *Pain*, 148, 141-147.
- Neff, K. y Germer, C. K. (2013). A pilot study and randomized controlled trial of the mindful self-compassion program. *Journal of Clinical Psychology*, 69, 28-44.
- Neff, K.D., Kirkpatrick, K. y Rude, S.S. (2007). Self-compassion and adaptive psychological functioning. *Journal of Research in Personality*, 41, 139-154.
- Robinson M.E., Riley, J.L.III., Myers C.D., Papas R.K., Wise, E.A., Waxenberg, L.B. y Fillingim, R.B. (2001). Gender role expectations of pain: Relationship to sex differences in pain. *Journal of Pain*, 2, 251-257.

- Rosengren, A., Hawken, S., Ounpuu, S., Sliwa, K., Zubaid, M., Almahmeed, W., Ngu Black-ett, K., Sitthi-amorn, C., Sato H. y Yusuf S. (2004). Association of psychosocial risk factors with risk acute myocardial infarction in 11 119 cases and 13 648 controls from 52 countries (the INTERHEART study): case-control study. *Lancet*, 364, 953-962.
- Sánchez, M. A. y Germer, C. K. (2016). Autocompasión en Psicoterapia y el Programa Mindful Self Compassion:¿ Hacia las Terapias de Cuarta Generación?. *Revista de psicoterapia*, 27, 169-185.
- Salgueiro, M., Buesa, I., Aira, Z., Montoya, P., Bilbao, J. y Azkue, J. J. (2009). Valoración de factores sociales y clínicos en el síndrome de fibromialgia. *Revista de la Sociedad Española del Dolor*, 16, 32-329.
- Sephton, S. E., Salmon, P., Weissbecker, I., Ulmer, C., Floyd, A., Hoover, K. y Studts, J. L. (2007). Mindfulness meditation alleviates depressive symptoms in women with fibromyalgia: results of a randomized clinical trial. *Arthritis Care y Research*, 57, 77-85.
- Siddall, P.J. y Cousins, M.J. (2004). Persistent pain as a disease entity:Implications for clinical management. *Anestesia and Analgesia*, 99, 510-520.
- Schofferman, J., Anderson, D., Hines, R., Smith, G. y Keane, G. (1993). Childhood psychological trauma and chronic refractory low-back pain. *Clinical Journal of Pain*, 4, 260-265.
- Simón, V. (2007). Mindfulness y neurobiología. *Revista de Psicoterapia*, 66/67, 5-30.
- Sullivan, M.J.L., Bishop, S.R. y Pivik J.(1995). The Pain Catastrophizing scale: Development and validation. *Psychological Assessment*, 7, 524-532.
- Soriano, J. y Monsalve, V. (2004). Validación del cuestionario de afrontamiento al dolor crónico reducido (CAD-R). *Revista de la Asociación Española del Dolor*, 11,407-414. Recuperado de <http://revista.sedolor.es/articulo.php?ID=120>
- Hayes, S. C. y Shenk, C. (2004). Operationalizing mindfulness without unnecessary attachments. *Clinical Psychology: Science and practice*, 11, 249-254.
- Shapiro, S.L., Astin J.A., Bishop, S.R. y Cordova, M. (2005). Mindfulness based stress reduction for health care professionals:Results from arandomised control train. *International Journal of Stress Management*, 12, 164-176.
- Turner, L., Shamseer, L., Altman, D. G., Weeks, L., Peters, J., Kober, T. y Moher, D. (2012). Consolidated standards of reporting trials (CONSORT) and the completeness of reporting of randomised controlled trials (RCTs) published in medical journals. *The Cochrane Library*.

- Turk, D. C. (2002). Clinical effectiveness and cost-effectiveness of treatments for patients with chronic pain. *The Clinical journal of pain, 18*, 355-365.
- Vilagut, G., Valderas, J.M., Ferrer, M., Garin, O., Lopez, E. y Alonso, J. (2008). Interpretación de los cuestionarios de salud SF-36 y SF-12 en España: Componentes físico y mental. *Medicina Clínica, 130*, 726-735.
- Zubieta, J.K., Heitzeg, M.M., Smith, Y.R., Bueller, J.A., Xu, K., Xu, Y., Koeppe, R.A., Stohler, C.S. y Golman D. (2003). COMT genotype affects u-opioid neurotransmitter responses to a pain stressor. *Science, 299*, 1240-1243.
- Wren, A. A., Somers, T. J., Wright, M. A., Goetz, M. C., Leary, M. R., Fras, A. M., Huh, B. K. Rogers, L.L. y Keefe, F. J. (2012). Self-compassion in patients with persistent musculoskeletal pain: relationship of self-compassion to adjustment to persistent pain. *Journal of Pain and Symptom Management, 43*, 759-770.

HOJA DE INFORMACIÓN AL PACIENTE.

TÍTULO DEL ESTUDIO: Programa de Intervención en mindfulness y autocompasión para pacientes con dolor crónico.

INTRODUCCIÓN

Nos dirigimos a usted para informarle sobre el programa de intervención al que se le invita a participar. Nuestra intención es tan solo que usted reciba la información correcta y suficiente para que pueda evaluar y decidir si quiere o no participar en este programa. Para ello, lea esta hoja informativa con atención y le aclararemos las dudas que le puedan surgir después de la lectura. Además, puede consultar antes de decidirse con todas las personas que considere oportuno.

PARTICIPACIÓN VOLUNTARIA

Su participación en este proyecto es completamente voluntaria y aunque ahora decida participar puede abandonarlo cuando quiera, sin tener que dar explicaciones, ni sufrir ninguna consecuencia.

DESCRIPCIÓN GENERAL DEL ESTUDIO

El objetivo principal de este programa es mejorar su calidad de vida y dotarle de estrategias para que aprenda a manejar, convivir y entender los síntomas que le impiden llevar una vida placentera. A través de la realización de un programa de intervención basado en mindfulness y autocompasión. La estructura que se compone se divide en ocho sesiones grupales de una hora cada una, con una sesión semanal.

BENEFICIOS Y RIESGOS DERIVADOS DE SU PARTICIPACIÓN EN EL ESTUDIO

Respecto a considerar participar en este programa, los beneficios que se le plantean son varios: aprender a desarrollar la capacidad de atención plena (mindfulness) y autocompasión, disminuir la sintomatología asociada al dolor crónico y mejorar la calidad de vida. Así mismo, se le exigirá una implicación en el mismo, que conlleva una participación y colaboración activa por su parte, así como el compromiso de que realizará las tareas que se le propongan. La participación en este programa no conlleva

ningún riesgo asociado. Además, este estudio ha sido evaluado y aprobado por el comité ético de investigación clínica de Aragón (CEIACA) cuya misión es evaluar que se cumplen todos los requerimientos que afectan a sus derechos y a su seguridad.

CONFIDENCIALIDAD

El tratamiento, la comunicación y la cesión de los datos de carácter personal de todos los sujetos participantes se ajustará a lo dispuesto en la Ley Orgánica 15/1999, de 13 de Diciembre de protección de datos de carácter personal. De acuerdo a lo que establece la legislación mencionada, usted puede ejercer los derechos de acceso, modificación, oposición y cancelación de datos, para lo cual deberá dirigirse por escrito a Yaiza Montesinos Payá (yaizamontesinos@gmail.com).

Los datos recogidos para el estudio estarán identificados mediante un código y solo el responsable del estudio y los colaboradores podrán relacionar dichos datos con usted. Estos datos en ningún caso contendrán información que le pueda identificar directamente, como nombre y apellidos, iniciales, dirección, nº de la seguridad social, etc. Por lo tanto, su identidad no será revelada a persona alguna. En caso de urgencia médica o requerimiento legal, será informado y con su consentimiento previo su identidad podría ser desvelada aunque, en caso de producirse, sería voluntaria e informada garantizando la confidencialidad y anonimato como mínimo con el nivel de protección de la legislación vigente en nuestro país.

FORMULARIO DE CONSENTIMIENTO INFORMADO

Título: Programa de intervención mindfulness y autocompasión en pacientes con dolor crónico.

Yo, _____

(Nombre y apellidos)

He leído la hoja de información que se me ha entregado.

He podido hacer preguntas sobre la intervención.

He recibido suficiente información sobre la intervención y una copia de la hoja de información.

He hablado con los responsables del estudio y/o personal del equipo investigador:

Comprendo que mi participación es voluntaria.

Comprendo que puedo abandonar el estudio:

1º Cuando quiera.

2º Sin tener que dar explicaciones.

3º Teniendo derecho a que no se utilicen (y a que se destruyan si lo deseo) los datos y registros obtenidos hasta ese momento.

Presto libremente mi conformidad para participar en el estudio y doy mi consentimiento para el acceso y utilización de mis datos en las condiciones detalladas en la hoja de información.

Firma del participante:

Firma del investigador:

Nombre y fecha:

Nombre y fecha:

A los efectos de lo dispuesto en la Ley Orgánica 15/1999, de 13 de diciembre, de Protección de Datos de Carácter Personal (en adelante LOPD), y el Real Decreto 994/1999, de 11 de junio, de Reglamento de Medidas de Seguridad de los Ficheros Automatizados que contengan Datos de Carácter Personal, el interviniente queda informado y expresamente consiente la incorporación de sus datos a los ficheros de carácter personal de los que sea responsable la Facultad de Psicología de la Universidad de Zaragoza. La Universidad de Zaragoza garantiza que todos los datos personales y/o de sus familiares representados facilitados por el titular serán tratados con la mayor confidencialidad y en la forma y con las limitaciones previstas en la LOPD y demás normativa aplicable. El presente consentimiento se otorga sin perjuicio de todos los derechos que le asisten en virtud de la normativa antes citada y especialmente de la posibilidad de ejercer gratuitamente los derechos de acceso a la información que nos haya facilitado y de la rectificación, cancelación y oposición en cualquier momento que lo desee, para ello deberá dirigirse por escrito a Yaiza Montesinos Payá.

CUESTIONARIO SOCIODEMOGRÁFICO

VARIABLES SOCIODEMOGRÁFICAS:

SEXO:

- Mujer
- Hombre

FECHA DE NACIMIENTO: (dd/mm/aaaa): __/__/__/

LUGAR DE RESIDENCIA: _____

ESTADO CIVIL:

- Casado/a o emparejado/a
- Soltero/a
- Separado/a Divorciado/a
- Viudo/a

CONVIVENCIA:

- Domicilio propio solo/a
- Domicilio propio con la pareja
- Domicilio propio con pareja y/o hijos
- Domicilio de familiares
- Domicilio de vecinos o amigos
- Otros (especificar):

NIVEL DE ESTUDIOS:

- No sabe leer ni escribir
- No cursado estudios pero sabe leer y escribir
- Graduado escolar
- Estudios secundarios (BUP, bachillerato superior, COU, PREU, FP II)
- Estudios universitarios
- Otros (especificar):

SITUACIÓN LABORAL:

- Estudiante
- Ama de casa
- Desempleado/a Con subsidio Sin subsidio
- Empleado/a
- Empleado/a pero está de baja laboral (ILT). Fecha inicio (dd/mm/aaaa): __/__/____
- Jubilado/a
- Incapacitado/a invalidez permanente
- Otros (especificar):

Tipo de contrato en el lugar de trabajo (Solamente Empleados):

- Funcionario/a
- Contrato indefinido
- Contrato temporal de menos de 6 meses
- Contrato temporal de más de 6 meses
- Contrato temporal sin especificar la duración (obra y servicio, o similar)
- Trabajador/a de una empresa de trabajo temporal (ETT)
- Trabaja sin contrato
- Trabaja por su cuenta (autónomos, empresarios, profesionales liberales)
- Otra relación contractual (especificar):

NIVEL DE INGRESOS:

- <SMI (600 euros)
- 1-2 SMI
- 2-4 SMI
- >4SMI

Escala visual analógica de dolor (eva)

Este cuestionario permite evaluar la intensidad del dolor que está usted padeciendo hoy. El extremo izquierdo de la raya representa la ausencia de dolor, es decir, aquella situación en la que no le duele absolutamente nada. El extremo derecho de la raya representa el peor dolor imaginable. Debe indicar la intensidad del dolor que está padeciendo hoy situando una cruz en el punto de la línea que usted piensa que describe mejor su dolor.

Dolor en la zona cervical

--	--	--	--	--	--	--	--	--	--

Ningún dolor **Máximo dolor**

Dolor en la zona dorsal

--	--	--	--	--	--	--	--	--	--

Ningún dolor **Máximo dolor**

Dolor en la zona lumbar

--	--	--	--	--	--	--	--	--	--

Ningún dolor **Máximo dolor**

Dolor en el brazo derecho

--	--	--	--	--	--	--	--	--	--

Ningún dolor **Máximo dolor**

Dolor en el brazo izquierdo

--	--	--	--	--	--	--	--	--	--

Ningún dolor **Máximo dolor**

Dolor en la pierna derecha

--	--	--	--	--	--	--	--	--	--

Ningún dolor **Máximo dolor**

Dolor en la pierna izquierda

--	--	--	--	--	--	--	--	--	--

Ningún dolor **Máximo dolor**

Escala de catastrofización ante el dolor

Nombre y apellidos:.....

Edad:..... **Sexo:**..... **Fecha:**.....

Todas las personas experimentamos situaciones de dolor en algún momento de nuestra vida. Tales experiencias pueden incluir dolor de cabeza, dolor de muelas, dolor muscular o de articulaciones. Las personas estamos a menudo expuestas a situaciones que pueden causar dolor como las enfermedades, las heridas, los tratamientos o las intervenciones quirúrgicas.

Estamos interesados en conocer el tipo de pensamientos y sentimientos que usted tiene cuando siente dolor. A continuación, se presenta una lista de 13 frases que describen distintos pensamientos y sentimientos que pueden estar asociados al dolor. Utilizando la siguiente escala, por favor, indique el grado en que usted tiene esos pensamientos y sentimientos cuando siente dolor.

0: Nada en absoluto 1: Un poco 2: Moderadamente 3: Mucho 4 : Todo el tiempo

1. Estoy preocupado todo el tiempo pensando en si el dolor desaparecerá___
2. Siento que ya no puedo más___
3. Es terrible y pienso que esto nunca va a mejorar___
4. Es horrible y siento que esto es más fuerte que yo___
5. Siento que no puedo soportarlo más___
6. Temo que el dolor empeore___
7. No dejo de pensar en otras situaciones en las que experimento dolor___
8. Deseo desesperadamente que desaparezca el dolor___
9. No puedo apartar el dolor de mi mente___
10. No dejo de pensar en lo mucho que me duele___
11. No dejo de pensar en lo mucho que deseo que desaparezca el dolor___
12. No hay nada que pueda hacer para aliviar la intensidad del dolor___
13. Me pregunto si me puede pasar algo grave___

Descripción de los 6 factores que componen el CAD-R

FACTORES	DESCRIPCIÓN GENERAL	NÚMERO DE ÍTEMS
<i>Religión</i>	Se refiere a la necesidad de rezar y emplear el uso de la religión para conseguir estabilidad y consuelo.	4
<i>Catarsis</i>	Se refiere a la búsqueda de apoyo emocional desde un punto del afrontamiento emocional.	4
<i>Distracción</i>	El individuo deja de prestar atención al dolor pensando en otra cosa o imaginando situaciones agradables.	4
<i>Autoafirmación</i>	Destaca la importancia que tiene en el paciente con dolor crónico el no rendirse ante el dolor constante, crónico dándose ánimos para hacer frente al mismo.	4
<i>Autocontrol mental</i>	Hace referencia a los esfuerzos mentales por controlar el dolor.	4
<i>Búsqueda de información (búsqueda de apoyo social instrumental)</i>	Supone perseguir la obtención de información para poder controlar y disminuir el dolor.	4

Cuestionario de mindfulness de cinco facetas

Puntué cada una de las siguientes afirmaciones con la escala que se indica. Escriba el número que, en su opinión, mejor describa, lo que por lo general resulta cierto en su caso: 1: Nunca o muy raramente 2: Rara vez 3: A veces 4: A menudo 5: Muy a menudo

- __1. Cuando estoy caminando, siento deliberadamente la sensación de mi cuerpo en movimiento.
- __2. No me cuesta encontrar palabras para describir mis sentimientos.
- __3. Me critico por tener emociones irracionales o inapropiadas.
- __4. Percibo mis sentimientos y mis emociones irracionales o inapropiadas.
- __5. Cuando hago algo, mi mente divaga y me distraigo con facilidad.
- __6. Cuando me baño o me ducho, permanezco alerta a la sensación del agua en mi cuerpo.
- __7. Tengo facilidad para expresar con palabras mis creencias, opiniones y expectativas.
- __8. No presto atención a lo que hago porque sueño despierto, estoy preocupado o distraído.
- __9. Observo mis sentimientos sin perderme en ellos.
- __10. Me digo a mi mismo que no debería sentirme como me siento.
- __11. Me doy cuenta de cómo la comida y la bebida afectan a mis pensamientos, sensaciones corporales y emociones.
- __12. Me cuesta encontrar palabras para describir lo que estoy pensando.
- __13. Me distraigo con facilidad.
- __14. Creo que algunos de mis pensamientos son anormales o malos y que no debería pensar así.
- __15. Presto atención a las sensaciones, como la del viento en mi pelo o el sol en mi cara.
- __16. Me cuesta pensar en las palabras adecuadas para expresar qué siento.
- __17. Elaboro juicios sobre si mis pensamientos son buenos o malos.
- __18. Me cuesta permanecer centrado en lo que está ocurriendo en el presente.
- __19. Cuando tengo pensamientos o imágenes angustiosas, me “distancio” y soy consciente del pensamiento o de la imagen sin dejar que se apodere de mí.

- __20. Presto atención a los sonidos, como el de las agujas de un reloj, el ritmo de los pájaros o los coches que pasan.
- __21. En situaciones difíciles puedo hacer una pausa sin reaccionar inmediatamente.
- __22. Cuando tengo una sensación en mi cuerpo, me resulta difícil describirla porque no encuentro las palabras adecuadas.
- __23. Parece que “funciono en piloto automático” sin demasiada consciencia de lo que estoy haciendo.
- __24. Cuando tengo pensamientos imágenes angustiosos, me siento tranquilo poco después.
- __25. Me digo a mi mismo que no debería pensar como pienso.
- __26. Siento los olores y los aromas de las cosas.
- __27. Incluso cuando estoy muy enfadado, encuentro la manera de expresarlo con palabras.
- __28. Hago muchas cosas rápidamente sin prestarles realmente atención.
- __29. Cuando tengo imágenes o pensamientos angustiosos, soy capaz de sentirlos solamente, sin reaccionar.
- __30. Creo que algunas de mis emociones son malas o inapropiadas.
- __31. Me doy cuenta de elementos visuales de arte o de la naturaleza, como los colores, las formas, las texturas o las luces y las sombras.
- __32. Mi tendencia natural es expresar las sensaciones con palabras.
- __33. Cuando tengo imágenes o pensamientos angustiosos , sólo lo veo y lo dejo ir.
- __34. Hago trabajos o tareas automáticamente, sin ser consciente de lo que hago.
- __35. Cuando tengo imágenes o pensamientos angustiosos, me juzgo a mi mismo como bueno o malo, dependiendo del pensamiento o la imagen en cuestión.
- __36. Presto atención a cómo mis emociones afectan a mis pensamientos y a mi comportamiento.
- __37. Normalmente puedo describir cómo me siento en cada momento con un nivel de detalle considerable.
- __38. Me encuentro haciendo cosas sin prestar atención
- __39. Me desapruedo cuando tengo ideas irracionales.

Cuestionario de autocompasión

Lee cada frase cuidadosamente antes de responder. En cada una, debes elegir la frecuencia con la que te comportas frente a esa situación, utilizando la siguiente escala:

1: Casi nunca 2: De vez en cuando 3: Cerca de la mitad de las veces 4: Casi siempre

- __1. Suelo estar desaprobando y criticando mis defectos y mis propias carencias.
- __2. Cuando me siento deprimido tiendo a obsesionarme y fijarme en todo lo que está mal.
- __3. Cuando las cosas me van mal, veo las dificultades como parte de la vida y pienso que a todo el mundo le pasa de vez en cuando.
- __4. Cuando pienso en mis insuficiencias, me siento separado y aislado del resto del mundo.
- __5. Trato de ser amigable conmigo mismo cuando siento algo de dolor emocional.
- __6. Cuando fallo en algo importante, me siento embargado por sentimientos de carencia.
- __7. Cuando estoy triste y abatido, me acuerdo que hay muchas otras personas en el mundo que sienten lo mismo que yo.
- __8. Cuando hay momentos complicados o duros, tiendo a ser severo conmigo mismo.
- __9. Cuando algo me molesta, lo trato con ecuanimidad y mantengo mis emociones en equilibrio.
- __10. Cuando me siento fuera de lugar, trato de recordarme que esos sentimientos de incomodidad son compartidos por mucha gente.
- __11. Soy intolerante e impaciente con aquellos aspectos de mi personalidad que no me gustan.
- __12. Cuando estoy pasando por un momento muy duro, me aporto el amor y la ternura que necesito.
- __14. Cuando me siento deprimido, tiendo a sentir que hay muchas personas con mayor felicidad.
- __15. Trato de ver mis defectos como parte de la naturaleza humana.
- __16. Cuando veo aspectos de mi persona que no me gustan, me hundo en la tristeza.
- __17. Cuando fallo en algo importante en mi vida trato de verlo desde una amplia perspectiva.

__18. Cuando estoy invirtiendo mucho esfuerzo en algo, tiendo a sentir que otras personas lo consiguen sin dificultad.

__19. Soy amable conmigo mismo cuando estoy experimentando cualquier tipo de sufrimiento.

__20. Cuando algo me molesta, siento que me arrastran y que me sobrepasan mis emociones.

__21. Cuando estoy experimentando algo de sufrimiento, puedo ser un poco insensible conmigo mismo.

__22. Cuando me siento deprimido, trato de acercarme a mis sentimientos con curiosidad y apertura.

__23. Soy tolerante con mis propios defectos y carencias.

__24. Cuando sucede algo doloroso, tiendo a magnificar el incidente de manera desproporcionada.

__25. Cuando fallo en algo que es importante en mi vida, tiendo a sentirme solo en mi fracaso.

__26. Trato de ser comprensivo y paciente hacia aquellos aspectos de mi personalidad que no me gustan.

Escala de Afectividad (PANAS) de Clark y Watson en adultos

Instrucciones: A continuación se presentan palabras que describen diferentes sentimientos y/o emociones. Indique en qué medida usted generalmente, se siente así utilizando la siguiente escala.

1 Nada	2 Muy poco	3 Algo	4 Bastante	5 Mucho
--------	------------	--------	------------	---------

__Interesado

__Irritado

__Dispuesto

__Tenso

__Animado

__Avergonzado

__Disgustado/enfadado

__Inspirado

__Enérgico

__Nervioso

__Culpable

__Decidido

__Temeroso

__Atento

__Enojado

__Intranquilo

__Entusiasmado

__Activo

__Orgullosa

__Asustado

Cuestionario sf-36

Descripción de las ocho dimensiones que componen el SF-36, del ítem de evolución declarada de la salud y de los dos componentes estandarizados.

DIMENSIONES	DESCRIPCIÓN GENERAL	Nº ÍTEMS
<i>Funcionamiento Físico</i>	Grado en el que la salud limita las actividades físicas tales como el autocuidado, caminar, subir escaleras, inclinarse, coger o llevar pesos y los esfuerzos moderados o intensos.	10
<i>Rol Físico</i>	Grado en el que la salud física interfiere en el trabajo y otras actividades diarias incluyendo rendimiento menor que el deseado, limitación en el tipo de actividades realizadas o dificultad en la realización de actividades.	4
<i>Dolor corporal</i>	Intensidad del dolor y su efecto en el trabajo habitual, tanto fuera de casa como en el hogar.	2
<i>Salud General</i>	Valoración personal de la salud que incluye la salud actual, las perspectivas de salud en el futuro y la resistencia a enfermar.	5
<i>Vitalidad</i>	Sentimiento de energía vitalidad, frente al sentimiento de cansancio y agotamiento.	4
<i>Función Social</i>	Grado en el que los problemas de salud física o emocional interfieren en la vida social habitual.	2
<i>Rol Emocional</i>	Grado en el que los problemas emocionales interfieren en el trabajo u otras actividades diarias.	3
<i>Salud Mental</i>	Salud mental en general, incluyendo depresión, ansiedad, control de la conducta o bienestar general.	5

<i>Evolución Salud</i>	Valoración de la salud actual comparada con la de un año antes.	1
<i>Componente Físico Normalizado</i>	Resumen de las puntuaciones referentes al estado de salud físico percibido.	
<i>Componente Mental Normalizado</i>	Resumen de las puntuaciones referentes al estado de salud mental percibido.	

ANEXO II

Práctica de la respiración consciente

La duración de esta práctica es de 10 o 15 minutos y su utilización es fundamental para estabilizar la atención y anclarla al momento presente. La respiración es un anclaje para volver la atención al interior y conectar con uno mismo en el presente.

Ejemplo de práctica de mindfulness: “Respiración consciente”

1. Sienta y realice toda la duración de una inspiración, una espiración y los espacios entre ambas.
2. Observe las sensaciones físicas de la respiración con un sentido de curiosidad y de atención amable, permitiendo que las sensaciones se desplieguen momento a momento, respiración a respiración observando lo mejor que pueda.
3. Observe si su atención está en la respiración en este momento y si no lo está, a dónde ha ido la mente. Quizás ha empezado a pensar, a contactar alguna especie de historia sobre su sensación, o analizando sólo observe esos pensamientos o juicios como meros acontecimientos en el campo de su propia conciencia.
4. Obsérvese la naturaleza pasajera de esos acontecimientos mentales mientras sigue surcando las olas ascendentes y descendentes de la inspiración y espiración, optando conscientemente por la inspiración y espiración u optando conscientemente por reconocer y dejar ir los pensamientos, sentimientos, sensaciones corporales o impulsos con la siguiente exhalación.
5. Acompañe cuidadosamente su atención de nuevo al enfoque en el momento presente utilizando las sensaciones de la respiración mientras se ancla en el mindfulness regresando a su experiencia directa de lo que está aquí en este preciso momento cuando lo desee.
6. Cuando esté listo, reorientese en la sala. Observe los puntos en los que su cuerpo entra en contacto con los muebles quizás puede estirarse suavemente y poco a poco abrir los ojos.

Práctica de la uva pasa

Este ejercicio es una práctica preliminar que se utiliza para ponernos en contacto con la experiencia de mindfulness. Consiste en comer una uva pasa (u otra comida de pequeño tamaño y de uso habitual) en tres ocasiones. En la primera se ingiere como lo haríamos habitualmente, por lo que, aparte de comerlo a gran velocidad y sin saborear, van a surgir los pensamientos estereotipados que tengamos respecto a ese alimento: no me gusta, solo es una pasa, etc.

En la segunda ocasión, se ingiere la pasa en un estado de mindfulness. Pero ¿Cómo podemos comer una pasa estando en el presente?, pues llevando la atención a los sentidos y al cuerpo, ya que así podremos ser más conscientes de las sensaciones que se producen durante el ejercicio.

También tenemos que hacerlo con curiosidad y aceptación, es decir sin dejarnos llevar por juicios automáticos. Por ejemplo, ¿Cómo te comerías un fruto que nunca hayas probado, que venga de un país exótico o que sea muy caro?

En lugar de ingerirlo de una vez, primero se huele y se observa detenidamente, se palpa, se percibe su textura y, finalmente, se paladea muy lentamente intentando impregnarse de todos los aspectos de su sabor. El objetivo de este ejercicio es comparar el proceso y conciencia habitual con la atención plena.

La tercera vez consiste en hacer lo mismo que en la segunda ocasión pero sin seguir las instrucciones que se presentan más adelante.

Práctica de los 3 minutos

Este ejercicio se basa en parar lo que estamos haciendo en un momento dado, preferiblemente cuando estemos solos, realizar varias respiraciones y practicar la meditación durante unos 3 minutos. Permite hacer un alto en nuestra rutina diaria, logrando que devolvamos la atención al presente, distanciándonos de nuestros pensamientos y sentimientos. Con este ejercicio se trabaja la atención plena en el cuerpo.

Paso 1: tomar conciencia del cuerpo y nuestra experiencia. Observando el contacto de nuestras piernas en la esterilla o con el suelo, el contacto de la piel con alguna sensación agradable etc.

Paso 2: focalizarse en la respiración y dirigir nuestra atención a las sensaciones físicas.

Paso 3: ampliar el campo de conciencia hacia todo el cuerpo y hacia el exterior. Podemos llegar a sentir a las personas que están cerca de nosotros. Tratamos de identificarnos con los sufrimientos y alegrías de las otras personas, ya que constituyen la base de la experiencia humana. Sentimos que su experiencia es igual a la nuestra y eso nos une. Lentamente volvemos a abrir los ojos.

Práctica de caminar con consciencia plena

Empezamos cultivando la postura correcta para estar de pie. En posición vertical, conocida como postura de montaña, la espalda está recta pero no rígida, los hombros y el torso están relajados, y la cabeza se encuentra alineada con la columna vertical, con los pies en paralelo. Las rodillas están relajadas y ligeramente flexionadas. Tome consciencia sobre la gravedad manteniéndose conectado a la tierra en cada momento.

Deje que los brazos y las manos descansen junto al cuerpo y mantenga las manos agarradas delante o detrás. Preste su atención a las sensaciones del cuerpo, en particular a la de las plantas de los pies. Sea consciente de como su peso se transfiere por las plantas de los pies hasta la tierra. Tome consciencia de todos sus movimientos que realiza con los pies y con su cuerpo para mantenerse en equilibrio. Observe el momento en el que se siente preparado para comenzar a andar. Para empezar, puede resultarle útil caminar lentamente, como si lo hiciera a cámara lenta.

Observe como el peso de su cuerpo está sobre la otra pierna y el otro pie y observe las sensaciones del pie que va por delante mientras se desplaza. Sea consciente del pie que empieza a elevarse del suelo de la misma manera que lo ha hecho el primero. Observe el momento en el que el pie reposa en el suelo de nuevo. Puede introducir variaciones mientras camina y observar cómo éstas aumentan o disminuyen. También puede optar por dar algunos pasos con los ojos cerrados. Si la mente divaga intente darse cuenta y en cuanto pueda haga todo lo posibles para devolverla suavemente al momento presente y a todas las sensaciones creadas. Experimente esas sensaciones en lugar de pensar en ellas.

Práctica de escaneo corporal (Body Scan)

El anclaje para mantener la atención en el momento presente son las sensaciones de cada parte del cuerpo analizadas al detalle manteniendo apertura y aceptación a todo lo que surge, se trata de escanear mentalmente todo el cuerpo con atención plena. Puede realizarse de cabeza a pies o viceversa aunque esta primera suele relajar más.

1º paso: una vez decidida la postura, colocar el cuerpo sobre la superficie sobre la que se está en contacto, de la forma más cómoda posible. Imaginar que el cuerpo está sostenido por el suelo, por la superficie de la tierra, sin aplicar ningún tipo de resistencia ante este hecho. Al acostarse se puede dejar que los brazos y las manos se extiendan a lo largo del cuerpo con las palmas de las manos hacia arriba, las piernas también se estiran con los pies inclinados mirando al techo.

2º paso: respiración, tomar consciencia de los movimientos del pecho y del vientre.

3º paso: elegir si comienzas por la cabeza o por los pies.

4º paso: empezar ya el Body Scan (en este caso empezaremos por la cabeza). La persona puede centrarse en las sensaciones (temperatura, contacto con el aire... y también los posibles puntos de dolor) desde el cuello hasta la frente. Pasar por toda las partes incluyendo frente, cejas, nariz, labios, orejas, mandíbula. Posteriormente, alrededor del cuello hacia adelante y hacia atrás, después hacia los hombros, brazos, manos, pecho y abdomen, toda la longitud de la espalda, la cadera y finalmente las piernas y los pies. Si se empieza por los pies hay que tener en cuenta las sensaciones de temperatura de estos y sus dedos recorriendo el cuerpo hasta la cabeza.

5º paso: dolor o tensión. En el caso de notarlo en alguna zona específica, además de explorarlo de forma más cercana, se puede imaginar que el dolor disminuye o que se está respirando con esa parte específica del cuerpo, lo que puede ayudar a atenuar el dolor.

6º paso: explorar las sensaciones de todo el cuerpo en su conjunto; después realizar respiraciones más tranquilas y pequeños movimientos de todo el cuerpo, para ayudar en la fase de transición, hasta que se da por finalizada la práctica abriendo poco a poco los ojos.

Cuestionario de valores

Para responder este Cuestionario tiene que preguntarse: “¿Qué Valores son más importantes para mí como principios que guían mi vida y qué Valores son menos importantes para mí?”. En las páginas siguientes encontrará una lista de Valores. Estos Valores proceden de diferentes culturas. En el paréntesis próximo a cada Valor hay una explicación que puede ayudarle a comprender su significado.

Su tarea consiste en evaluar la importancia que cada Valor tiene. En el espacio anterior a cada Valor, escriba el número (0, 1, 2, 3, 4, 5, 6, 7) que indique la importancia que tiene ese Valor para usted personalmente. Trate de distinguir todo lo posible entre los Valores usando todos los números.

Como principio guía en su vida. Utilice la escala siguiente:

“1”.- Utilícelo para indicar cualquier Valor opuesto a los principios que le guían.

“0”.- Significa que el Valor no es nada importante, que no es relevante como principio guía para usted.

“3”.- Significa que el Valor es importante para usted.

“6”.- Significa que el Valor es muy importante.

“7”.- Utilícelo para indicar un Valor de suprema importancia como principio guía en su vida.

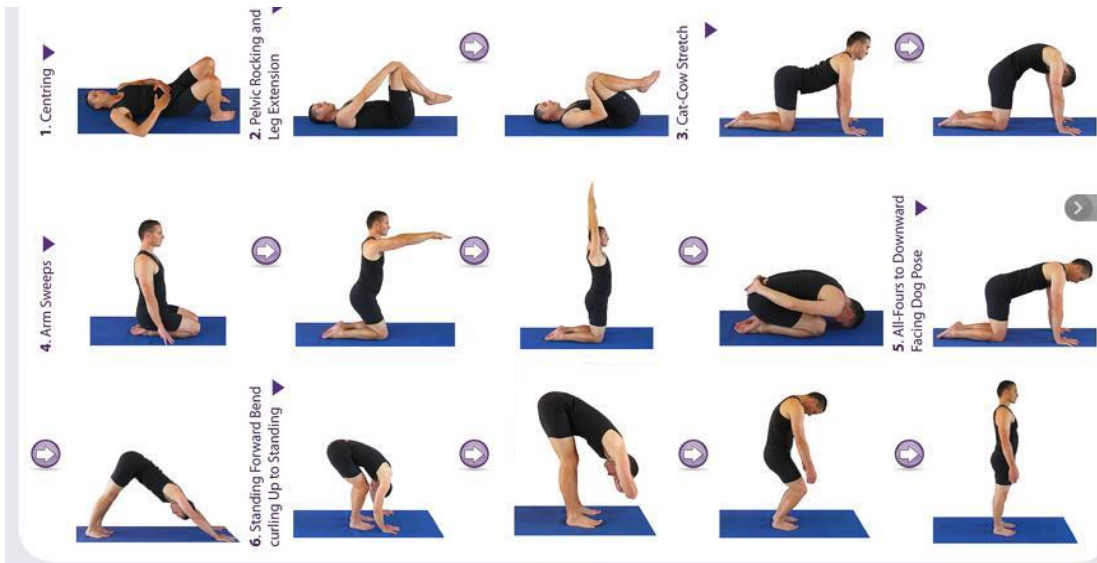
LISTA 1 de valores

1. () IGUALDAD (igualdad de oportunidades para todos).
2. () ARMONIA INTERNA (en paz conmigo mismo).
3. () PODER SOCIAL (control sobre otros, dominio).
4. () PLACER (satisfacción de deseos).
5. () LIBERTAD (libertad de acción y pensamiento).
6. () TRABAJO (ganarse dignamente la vida).
7. () UNA VIDA ESPIRITUAL (énfasis en aspectos espirituales, no materiales).
8. () SENTIMIENTO DE PERTENENCIA (sentimiento de que otros se preocupan por mí).
9. () ORDEN SOCIAL (estabilidad de la sociedad).
10. () UNA VIDA EXCITANTE (experiencias estimulantes).
11. () DAR SENTIDO A LA VIDA (tener una meta en la vida).

12. () BUENOS MODALES (cortesía, buenas maneras).
13. () RIQUEZA (posesiones materiales, dinero).
14. () SEGURIDAD NACIONAL (proteger mi nación del enemigo).
15. () AUTO-RESPECTO (creer en mi propia valía).
16. () RECIPROCIDAD DE FAVORES (evitar estar en deuda con los demás).
17. () CREATIVIDAD (originalidad, imaginación).
18. () UN MUNDO EN PAZ (libre de guerras y conflictos).
19. () RESPETO POR LA TRADICIÓN (mantener las costumbres conservadas a lo largo del tiempo).
20. () AMOR MADURO (relación profunda de intimidad emocional espiritual).
21. () AUTODISCIPLINA (autocontrol, resistencia a las tentaciones).
22. () DISTANCIAMIENTO (de las inquietudes mundanas).
23. () SEGURIDAD FAMILIAR (seguridad para los seres queridos).
24. () RECONOCIMIENTO SOCIAL (respeto, aprobación de los demás).
25. () UNIÓN CON LA NATURALEZA (integrarse con la naturaleza).
26. () IDENTIDAD NACIONAL (definición como pueblo).
27. () UNA VIDA VARIADA (llena de desafíos, novedad y cambio).
28. () SABIDURIA (comprensión madura de la vida).
29. () AUTORIDAD (el derecho a liderar o mandar).
30. () AMISTAD VERDADERA (amigos cercanos que me apoyen).
31. () UN MUNDO DE BELLEZA (belleza en la naturaleza y en las artes).
32. () JUSTICIA SOCIAL (corregir injusticias, preocuparse por los débiles).
33. () INDEPENDIENTE (confiado en mí mismo, autosuficiente).
34. () MODERADO (evitando los extremos en sentimientos y acciones).
35. () LEAL (fiel a mis amigos, a mi grupo).
36. () AMBICIOSO (trabajo duro, con altas aspiraciones).
37. () ABIERTO (tolerante con diferentes ideas y creencias).

- 38 () HUMILDE (modesto, paso desapercibido).
- 39 () ATREVIDO (busco aventuras y riesgos).
- 40 () PROTECTOR DEL MEDIO AMBIENTE (conservo la naturaleza).
- 41 () INFLUYENTE (con impacto sobre las personas y los acontecimientos).
- 42 () HONRO A LOS PADRES Y MAYORES (mostrándoles respeto).
- 43 () ELIJO MIS PROPIAS METAS (seleccionando mis objetivos).
- 44 () SANO (no enfermo física o mentalmente).
- 45 () CAPAZ (competente, efectivo, eficaz).
- 46 () ACEPTO MI PARTE EN LA VIDA (sometiéndome a sus circunstancias).
- 47 () HONESTO (genuino, sincero).
- 48 () CUIDO MI IMAGEN PUBLICA (protegiendo mi "imagen").
- 49 () OBEDIENTE (cumplidor de mis deberes y obligaciones).
- 50 () INTELIGENTE (lógico, que piensa).
- 51 () AYUDO (trabajando por el bienestar de los demás).
- 52 () DISFRUTO LA VIDA (disfrutar de la comida, el sexo, el ocio).
- 53 () DEVOTO (manteniendo creencias y fe religiosas).
- 54 () RESPONSABLE (digno de confianza, fiable).
- 55 () CURIOSO (interesado por todo, indagador).
- 56 () NO RENCOROSO (dispuesto a perdonar a los demás).
- 57 () LOGRO ÉXITOS (consiguiendo metas).
- 58 () LIMPIO (aseado, ordenado).
- 59 () AUTO-INDULGENTE (siendo autocondescendiente con los placeres).

Ejercicios Hatha Yoga



Imágenes extraídas de: [www.liveyogalife.com/products/vinyasa-hatha-beginners-complete-set-classes-1-to6/#foxyshop_gallery\[3200\]/2/](http://www.liveyogalife.com/products/vinyasa-hatha-beginners-complete-set-classes-1-to6/#foxyshop_gallery[3200]/2/)

Práctica: Convertirnos en nuestra propia figura de apego.

Adoptamos la postura de meditación que solemos utilizar habitualmente. Realizamos varias respiraciones y dejamos pasar las emociones y pensamientos previos.

PASO 1: Desarrollo de nosotros mismos como figura de apego.

Vamos a traer a nuestra mente la imagen de nosotros mismos como la máxima expresión de sabiduría y compasión que puedas imaginar. Pensamos en el aspecto físico con el que vamos a visualizarnos, como vamos vestidos, en que entorno estamos etc. Esa figura de apego que en este caso somos nosotros, se relaciona con gran afecto y compasión con uno mismo. Nuestra imagen nos transmite gratitud y compromiso, el deseo genuino de que seamos felices, no experimentamos ningún sufrimiento y estamos siempre bien. Nos quedamos durante unos segundos sintiendo estas características.

PASO 2: Usando nuestra figura de apego (nosotros mismos) en el presente.

Pensamos ahora en alguna situación que nos provoque malestar físico. Reconstruimos la escena de la forma más fiable posible y evocamos la emoción que sentimos. En ese momento de malestar sentimos que nuestra figura de apego, se acerca y nos consuela de forma amorosa. Podemos identificar aquello que haría para consolarnos y para hacer que nos sintiéramos mejor. Qué consejos nos transmitiría, qué aspectos positivos destacaría de la situación y qué nos diría de nosotros mismos. Nos quedamos unos segundos experimentando esa situación.

PASO 3: Usando nuestra figura de apego (nosotros mismos) en el pasado.

Pensamos por último en alguna situación negativa en la infancia en el periodo entre los 6 y 14 años. Reconstruimos la escena de la forma más fiable posible y evocamos la emoción que sentimos. En ese momento de malestar y soledad, sentimos que nuestra figura de apego (nosotros mismos) nos abraza y nos da el afecto que necesitamos.

Práctica: Sustituir la voz crítica por la voz compasiva.

PASO 1: Hacerse consciente.

La voz negativa forma parte de nuestra vida y estamos tan acostumbrados a ella que no somos conscientes. Por eso es más fácil identificar sentimientos negativos y posteriormente identificar el pensamiento positivo. Es importante identificar las palabras exactas que usa la voz crítica. Si por ejemplo nos cuesta levantarnos por la mañana la voz crítica puede decir: “Eres un perezoso de mierda” (insulto y desvalorizado). Es importante ver cómo se comporta esa voz.

PASO 2: Respondiendo con voz compasiva.

Lo que habitualmente hacemos ante estas voces críticas es negarlas, haciendo otras actividades para no sentir las (por ejemplo, comer, ver la televisión, etc.). La otra opción frecuente es responder airadamente. La respuesta debe surgir desde la compasión. Debemos preguntarnos ¿qué haría mi figura de apego o amigo compasivo? Podemos desarrollar una frase en lo que diría de nosotros un amigo que nos quiere bien.

PASO 3: Apoyarse en el gesto compasivo para desarrollar compasión.

Una vez que hemos desarrollado la voz compasiva debemos evocar sentimientos de compasión para reforzar el discurso.

Práctica : Dar afecto a amigos e indiferentes

Adoptamos la postura de meditación que solemos utilizar habitualmente. Dedicamos unos instantes a sentir el cuerpo y realizamos varias respiraciones profundas con atención para dejar pasar emociones y pensamientos. Poco a poco traemos a nuestra mente a alguna persona por la que concibamos afecto y con la que no tengamos ningún tipo de conflicto. Imaginamos que esa persona entra en la sala y se sienta a nuestro lado también en la postura meditativa. Sabemos de su biografía y conocemos sus momentos de sufrimiento como los de felicidad.

Podemos centrarnos en esos momentos de sufrimiento que ha tenido, igual que el resto de los seres humanos, igual que nosotros mismos. Al hacernos conscientes de su sufrimiento surge un afecto espontáneo, una compasión natural. Repetimos las frases de compasión: “Ojala puedas ser feliz”, “Ojala que alcances la paz”, “Ojala que todo te vaya bien”. Nos quedamos disfrutando y saboreando de estas sensaciones. Poco a poco, la imagen desaparece y volvemos a la respiración, dejando pasar las emociones y pensamientos que se han producido durante la práctica.

La meditación se repite pero con una persona la cual no tenemos ningún tipo de relación.

Práctica: Dar afecto a nosotros mismos.

Adoptamos la postura de meditación y dedicamos unos instantes a sentir el cuerpo y realizamos varias respiraciones profundas. Poco a poco tratamos de visualizarnos a nosotros mismos cuando éramos pequeños. Desde los primeros 2-3 años en base a los recuerdos que tengamos, vemos como pasaron los años y como fuimos creciendo. Nos centramos en las situaciones de alegría y felicidad, pero también en las de tristeza y soledad. Después han ido pasando los años y llegaron los 30, 40 o los 50 hasta llegar a nuestra edad actual. Nos centramos en unos minutos en nuestros episodios de felicidad y sufrimiento. Intentamos entender que siempre hemos buscado nuestra felicidad y la de nuestros seres queridos. Dedicamos unos instantes a darnos todo el afecto que sentimos que merecemos, podemos abrazarnos, tocarnos la mano, realizar algún gesto compasivo etc. Permanecemos unos minutos sintiendo como nos fundimos con este gesto compasivo y saboreamos y disfrutamos esa sensación de conexión con nosotros mismos. Dirigimos nuestra atención hacia el cuerpo y damos por finalizada la práctica.