



Universidad
Zaragoza

Trabajo Fin de Grado

Programa de salud orientado a pacientes oncológicos avanzados para la autogestión de sus síntomas mediante Mindfulness.

Health Program focused on advanced cancer patients to achieve self-management of their symptoms by using Mindfulness.

Autor/es

Irene Pérez de Ciriza Galarza

Director/es

Marisa de la Rica Escuín

Facultad de Ciencias de la Salud

2019

Repositorio de la Universidad de Zaragoza – Zaguán

<http://zaguan.unizar.es>

ÍNDICE

RESUMEN	3
ABSTRACT	4
INTRODUCCIÓN.....	5
OBJETIVOS	9
METODOLOGÍA	9
DESARROLLO	13
1) OBJETIVOS DEL PROGRAMA DE SALUD.....	13
2) POBLACIÓN DIANA.....	13
CRITERIOS DE INCLUSIÓN.....	13
CAPTACIÓN DE LOS PACIENTES.....	14
3) DIAGNÓSTICO	14
4) PLANIFICACIÓN	16
ESTRATEGIA.....	16
RECURSOS.....	16
ACTIVIDADES.....	17
CRONOGRAMA.....	20
5)EVALUACIÓN	21
CONCLUSIONES.....	21
LÍNEAS FUTURAS.....	22
BIBLIOGRAFÍA.....	23
ANEXOS.....	27

RESUMEN

Introducción: El paciente con enfermedad oncológica avanzada es un enfermo plurisintomático, con clínica muy variable y de gran vulnerabilidad. Entre las manifestaciones de esta patología se encuentran el dolor, la ansiedad y el insomnio, las cuales se retroalimentan entre sí y empeoran otros síntomas. Para su tratamiento se emplean diferentes fármacos, a los que a menudo se asocian psicoterapias como Mindfulness. Esta terapia se basa en la atención plena en el momento presente, con aceptación y evitando posibles juicios. Actualmente, ya ha mostrado eficacia -además de en diversas enfermedades- en el control de estos tres síntomas tan comunes en el paciente oncológico.

Objetivo: Diseñar un programa de salud dirigido a pacientes con enfermedad oncológica avanzada y pronóstico de vida limitado ingresados en el Hospital Universitario Miguel Servet de Zaragoza que les forme en la utilización del mindfulness para la autogestión de sus síntomas al alta.

Metodología: Consiste en una revisión bibliográfica, en diferentes bases de datos, libros y metabuscadores, de literatura relacionada con pacientes oncológicos y mindfulness.

Conclusión: La formación en técnicas de mindfulness por parte del profesional de enfermería aumentaría la capacidad de estos pacientes de manejar el dolor, la ansiedad y el insomnio y, en consecuencia, mejoraría su calidad de vida.

Palabras clave: cáncer, paciente oncológico avanzado, mindfulness, dolor, ansiedad, insomnio.

ABSTRACT

Introduction: Patients with advanced oncological disease are plurisymptomatic, show a very variable clinic and therefore, tend to be highly vulnerable. The most common manifestations associated with this disease include pain, anxiety and insomnia, which feed off each other and aggravate other symptoms. Nowadays, different drugs are being used for their treatment, besides innovating psychotherapies such as Mindfulness. This therapy seeks to set full attention on the present moment, with acceptance and without judgement. Until now it has shown efficacy -as well as in diverse diseases- in the control of the three symptoms mentioned and commonly encountered in oncological patients.

Objective: To design a health program which instructs patients with advanced oncological disease and limited life prognosis, hospitalized in "Hospital Universitario Miguel Servet" in Zaragoza, on how to use mindfulness for self-managing their symptoms.

Methods: Literature review based on multiple databases, books and meta-searchers and which has provided noticeable information on oncological patients and mindfulness techniques.

Conclusion: Mindfulness programs promoted by nursing professionals would successfully increase the ability of these patients to manage pain, anxiety and insomnia and consequently, improve their quality of life.

Keywords: cancer, advanced oncology patient, mindfulness, pain, anxiety, insomnia.

INTRODUCCIÓN

Según la Organización Mundial de la Salud (OMS), “los cuidados paliativos (CP) constituyen un planteamiento que mejora la calidad de vida de los pacientes (adultos y niños) y sus allegados cuando afrontan problemas inherentes a una enfermedad potencialmente mortal. Previenen y alivian el sufrimiento a través de la identificación temprana, la evaluación y el tratamiento correctos del dolor y otros problemas, sean estos de orden físico, psicosocial o espiritual” (1).

Partiendo de la definición de la OMS podemos considerar la atención paliativa como una atención multidisciplinar, individualizada y holística que afirma la vida y comprende la muerte como una parte más de ella (2-4).

Un estudio realizado en 2014 por la Worldwide Palliative Care Alliance (WPCA) declara que los CP son imprescindibles en el 37% de todas las muertes del mundo. Esta cifra irá en aumento ya que estudios afirman que en el año 2040 la necesidad de cuidados paliativos se habrá incrementado entre un 25% y un 47%. Dicho ascenso continuo se debe al aumento de diversos elementos como la esperanza de vida, la población envejecida, las enfermedades no transmisibles (ENT) -las cuales generan un 93% de la atención paliativa- y otras enfermedades crónicas e infecciosas (5,6).

Actualmente los cuidados paliativos son de aplicabilidad en gran variedad de patologías crónicas. Sin embargo, estos solían estar enfocados únicamente al paciente oncológico, ya que se estima que el 70% de estos pacientes requieren en algún momento CP (7).

Con el objetivo de conseguir una adecuada identificación de las personas en situación de enfermedad crónica avanzada y garantizarles una atención paliativa de calidad, en 2011 se desarrolló el instrumento NECPAL CCOMS-ICO. Además de una valoración integral y decisiones previas del paciente y familia, este instrumento determina que el enfermo oncológico precisa atención paliativa si cumple uno de estos criterios:

1. Presentar diagnóstico de cáncer metastásico (estadío IV) y en algunos casos también en estadío III, con escasa respuesta o contraindicación de tratamiento específico, brote evolutivo en transcurso de tratamiento o afectación metastásica de órganos vitales;

2. Sufrir deterioro funcional significativo (con un Palliative Performance Status < 50%);
3. Padecer síntomas persistentes mal controlados o refractarios, a pesar de optimizar tratamiento específico (8).

La última condición suele ser habitual en el enfermo oncológico avanzado, ya que estos pacientes son especialmente vulnerables al ser plurisintomáticos y estar sujetos a una clínica en constante cambio. Según un estudio llevado a cabo por Twycross, este tipo de enfermos presentan una media de 10 síntomas, siendo el dolor, el estreñimiento, la astenia y la anorexia aquellos con más prevalencia, afectando a un 70% de los casos. También son muy comunes otras manifestaciones como insomnio, mucositis, deshidratación, disnea, ansiedad, tos, náuseas y vómitos, depresión, confusión y problemas familiares, afectando todas ellas a la normal actividad y a la calidad de vida de individuos y familia (7,9,10).

En ocasiones, dichos síntomas son de difícil control, pudiendo llegar a ser refractarios y obligar al ingreso hospitalario del paciente. Los reingresos continuos constituyen una situación de gran estrés tanto para el paciente como para la familia, porque aumentan el riesgo de contraer infecciones nosocomiales, obstaculizan la participación y el acompañamiento del entorno familiar y dificultan el sentimiento de intimidad y comodidad en el enfermo. Además, a nivel económico, suponen un elevado coste para el sistema sanitario (7,9,11-14).

Por estas razones, la reducción del número de hospitalizaciones o el distanciamiento en el tiempo entre éstas mejoraría la calidad de vida de estos pacientes y disminuiría el gasto sanitario (15). Esto podría lograrse proporcionando al usuario y/o a la familia las herramientas adecuadas que permitiesen alcanzar una estabilidad de la sintomatología (12,14).

Como se ha comentado, el dolor es, sin lugar a dudas, la manifestación más habitual en el enfermo oncológico avanzado pudiendo estar presente hasta en un 80% de los casos. Su umbral se ve disminuido por factores como el insomnio, el cansancio, la ansiedad o la tristeza, que harán que el paciente experimente más dolor (10,16).

El insomnio afecta hasta al 69% de estos pacientes y está ligado al aumento de la fatiga, la disminución de la tolerancia al dolor y la debilitación del sistema inmunitario; además de afectar negativamente a nivel emocional. Entre sus causas se encuentran la ansiedad, la depresión o el tratamiento incorrecto de otros síntomas como el dolor o la disnea. (10,16,17).

En cuanto a la ansiedad, la sufren entre el 13% y el 79% de los enfermos oncológicos y tiene una gran repercusión en su calidad de vida y supervivencia. También se ha observado una asociación entre la ansiedad y el aumento en la intensidad de algunos síntomas físicos, como anorexia, dolor, disnea o astenia (17–20).

La Guía de Práctica Clínica sobre Cuidados Paliativos del Ministerio de Sanidad y Consumo es una de las principales referencias en la atención paliativa. Describe métodos para el control de los síntomas más relevantes y entre sus recomendaciones justifica la utilización de terapias complementarias, como la meditación, para el control del dolor y la ansiedad. De todos modos, ésta destaca que su uso debe ser complementario al tratamiento farmacológico y nunca una alternativa (10). Asimismo, la Sociedad Española de Oncología Médica (SEOM) también aconseja técnicas psicológicas o de relajación en el manejo del dolor y el insomnio (21).

En la actualidad, los modelos más utilizados para el tratamiento del dolor son la Escalera Analgésica de la OMS y el concepto más actual de “ascensor analgésico”. En ambos modelos se presentan varios escalones o pisos según el grado de dolor, cada uno de ellos con un tipo de analgésico diferente. En todos los niveles se recomienda, junto a los fármacos analgésicos, el uso de coadyuvantes que ayudan a reducir el dolor a pesar de no tener función analgésica como tal. Dentro de este grupo existen tratamientos no farmacológicos, como las psicoterapias, que potencian de la misma manera la acción de los fármacos principales y entre las que se encuentran el mindfulness, la hipnosis o la visualización (10,22–24).

Las terapias complementarias poseen la ventaja de ser económicas, producir insignificantes efectos adversos y poder ser realizadas por los pacientes de manera independiente (25,26). Entre estas técnicas se encuentra el mindfulness, que se traduce como “atención o conciencia plena” y refleja un

estado de la mente en el que la persona está en el momento presente, con aceptación y sin juzgar. A dicho estado se suele llegar mediante la meditación. Se empezó a emplear como intervención terapéutica por Jon Kabat-Zinn en los años 70 mediante el Mindfulness-Based Stress Reduction (MBSR) y desde entonces se ha ido desarrollando a gran velocidad. A pesar de que sus orígenes datan de hace miles de años de tradiciones orientales, sobre todo, budistas (27,28).

Hoy en día, la utilidad del mindfulness para el control de síntomas en pacientes oncológicos está respaldada por numerosos estudios (ANEXO I), que demuestran los beneficios que supone tanto en la mejora de la salud mental, la calidad de vida y la calidad del sueño, como en la reducción de la fatiga, el estrés, la ansiedad, el dolor y los cambios de humor (27,29–33). Sin embargo, estos pacientes constituyen un reto para el empleo de la técnica de conciencia plena, ya que generalmente su capacidad de atención está disminuida, al igual que sus niveles de energía. En consecuencia, la aplicación del mindfulness en estos individuos debería estar adaptada a sus características y posibilidades (31).

En concreto, este trabajo se centrará en la aplicación de mindfulness en el control de tres síntomas en el paciente oncológico avanzado: el dolor, la ansiedad y el insomnio, ya que suelen retroalimentarse entre ellos e intensificar otros síntomas (29).

El profesional de enfermería de la planta de oncología supone la figura idónea para dirigir la tarea de formar a los pacientes oncológicos en la técnica del mindfulness y facilitarles herramientas para la autogestión de sus síntomas. Debido a la confianza que estos pacientes han depositado en el sanitario tras haberlos cuidado día a día y el conocimiento que posee el enfermero o enfermera sobre los síntomas y particularidades del paciente. Dicho profesional de enfermería debería tener un cierto grado de conocimientos de mindfulness para que el programa de salud resultase exitoso.

OBJETIVOS

OBJETIVO GENERAL

Diseñar un programa de salud dirigido a pacientes con enfermedad oncológica avanzada y pronóstico de vida limitado que les forme en la utilización del mindfulness para la autogestión de sus síntomas.

OBJETIVO ESPECÍFICO

Realizar una revisión bibliográfica de la evidencia científica actual sobre la eficacia del uso de mindfulness para el control del dolor, la ansiedad y el insomnio en el enfermo oncológico avanzado.

METODOLOGÍA

Se realizó una búsqueda bibliográfica sobre cuidados paliativos, enfermo oncológico avanzado y mindfulness en las principales bases de datos biomédicas PUBMED, Dialnet, Scielo, y Science direct y también, en el metabuscador Google Académico. Para ello se emplearon diferentes palabras clave, términos MeSH y DeCS y se establecieron criterios de inclusión y de exclusión basados en el año de publicación, tipo de documento, idioma y acceso abierto. Dichos criterios y la estrategia de búsqueda realizada están incluidos en las tablas 1 y 2.

Tras la obtención de los artículos se inició el proceso selección y descarte con los siguientes criterios: artículos repetidos en varias bases de datos, artículos demasiado generales o enfocados a temas diferentes a los del programa.

A partir de la primera búsqueda se llevó a cabo otra búsqueda indirecta, consultando las referencias bibliográficas de los artículos revisados, y se obtuvieron tres artículos (tabla 3).

El material empleado tiene una fecha de publicación entre los años 2000 y 2018.

Por otra parte, se consultaron las páginas web de la Organización Mundial de la Salud (OMS), la Sociedad Española de Oncología Médica (SEOM), la Asociación Europea de Cuidados Paliativos (EAPC), la Sociedad Aragonesa de Cuidados Paliativos (CUSIRAR), la Sociedad Española de Cuidados Paliativos

(SECPAL), la Asociación Española de Enfermería en Cuidados Paliativos (AECPAL), la página web del Ministerio de Sanidad, Consumo y Bienestar del Gobierno de España y 'www.cuidarypaliar.es' de La Consejería de Sanidad de Murcia (tabla 4).

La información se complementó con el libro de "Mindfulness: curiosidad y aceptación" de Javier García Campayo, empleado para el diseño de las sesiones, y los libros NANDA, NIC y NOC, utilizados para el análisis de la situación (tabla 5).

Tabla 1. Búsqueda bibliográfica mediante bases de datos.

BASE DE DATOS	DETALLES DE BÚSQUEDA	ARTÍCULOS ENCONTRADOS	ARTÍCULOS REVISADOS	ARTÍCULOS SELECCIONADOS	LIMITACIONES
PUBMED	Cuidados paliativos AND desarrollo	5	1	1	5 years, free full text
	Advanced cancer[Title] AND (symptoms[Title] OR symptom[Title])	55	8	3	2004-2019
	((Oncology[Title] OR cancer[Title]) AND "hospitalization"[MeSH Terms]) AND "neoplasms"[MeSH Terms] AND "palliative care"[MeSH Terms]	69	10	4	10 years, free full text
	(cancer patients[Title]) AND association AND (anxiety OR pain)	102	4	1	10 years Free full text
	((oncology[Title] OR cancer[Title]) AND (Hospitalization[Title] OR Hospital[Title] OR admission[Title] OR readmissions[Title])) AND (Problems[Title] OR risks[Title] OR consequences[Title])	31	4	1	10 years, Free full text

PUBMED (PMC)	((Mindfulness[Title] OR mindful[Title]) OR therapies[Title]) AND (symptoms[Abstract] OR distress[Abstract] OR anxiety[Abstract] OR insomnia[Abstract] OR stress[Abstract] OR pain[Abstract]) AND (palliative[Title] OR cancer[Title] OR oncology[Title])	76	11	5	2005-2019 Open access
DIALNET	Sufrimiento AND paciente oncológico	58	3	1	
	Síntomas AND paciente oncológico AND ansiedad	37	2	1	Artículos de revista
	Mindfulness AND paciente oncológico	8	4	1	
SCIELO	Manejo AND dolor oncológico	19	3	2	Español, artículo
	Control de síntomas ESAS	9	3	1	Español
SCIENCEDIRECT	Cuidados paliativos, dolor, cáncer	56	3	1	2010-2019 Open Access, research article
	Insomnia, cancer, MBSR	43	4	1	2010-2019 Research article

Tabla 2. Búsqueda bibliográfica mediante metabuscador.

METABUSCADOR	PALABRAS CLAVE	ARTÍCULOS ENCONTRADOS	ARTÍCULOS REVISADOS	ARTÍCULOS UTILIZADOS	LIMITACIONES
GOOGLE SCHOLAR	"Psicoterapia como coadyuvante para dolor en cáncer"	674	6	1	2010-2019, sólo páginas en español

Tabla 3. Búsqueda bibliográfica indirecta.

ARTÍCULO PRIMARIO	ARTÍCULO EXTRAÍDO
Symptoms in advanced cancer patients in a greek hospital: a descriptive study. (9)	Translating the World Health Organization definition of palliative care into scientific practice. (4)
Mindfulness para la reducción del malestar emocional en pacientes oncológicos. estudio comparativo con una intervención psicoeducativa estándar.(27)	A Randomized, Wait-List Controlled Clinical Trial: The Effect of a Mindfulness Meditation-Based Stress Reduction Program on Mood and Symptoms of Stress in Cancer Outpatients. (32)
Distress Reduction for Palliative Care Patients and Families With 5-Minute Mindful Breathing: A Pilot Study. (31)	Effectiveness of Mindfulness-based Therapy for Reducing Anxiety and Depression in Patients With Cancer. (33)

Tabla 4. Búsqueda bibliográfica en páginas web.

PÁGINAS WEB DE INTERÉS
www.cuidarypaliar.es
https://www.who.int/es/news-room/fact-sheets/detail/palliative-care
https://www.mscbs.gob.es/
https://seom.org/
https://www.eapcnet.eu/
https://www.secpal.com/
https://aecpal.secpal.com/
http://www.cusirar.org/

Tabla 5. Búsqueda en libros.

LIBROS EMPLEADOS
<p>"Mindfulness: curiosidad y aceptación" de Javier García Campayo</p> <p>Diagnósticos enfermeros. Definiciones y clasificación 2015-2017 (NANDA).</p> <p>Clasificación de los Resultados de enfermería (NOC).</p> <p>Clasificación de Intervenciones de enfermería (NIC).</p>

DESARROLLO

1) OBJETIVOS DEL PROGRAMA DE SALUD

OBJETIVO PRINCIPAL DEL PROGRAMA:

Enseñar a pacientes oncológicos avanzados con pronóstico de vida limitado estrategias de mindfulness para la autogestión de sus síntomas al alta hospitalaria.

OBJETIVOS ESPECÍFICOS DEL PROGRAMA:

1. Instruir a los pacientes en conceptos básicos de mindfulness y en las principales técnicas de manera sencilla y práctica.
2. Aumentar en el paciente el sentimiento de control de la enfermedad y la capacidad de manejo del dolor, la ansiedad y el insomnio.
3. Mejorar la calidad de vida y el bienestar de los participantes tras el programa de salud.

2) POBLACIÓN DIANA

Este programa de salud va dirigido a pacientes con enfermedad oncológica avanzada y pronóstico de vida limitado ingresados en la planta de oncología del Hospital Universitario Miguel Servet (HUMS) de Zaragoza, con alta prevista en un periodo de tres días y confirmada por parte del equipo médico.

CRITERIOS DE INCLUSIÓN

Para comprender y realizar de manera adecuada las técnicas de mindfulness y obtener los resultados deseados, es necesario un grado mínimo de capacidad cognitiva, concentración y bienestar, además de motivación para participar (12). Debido a esto, los pacientes que formen parte de este programa de salud deberán cumplir los requisitos de la siguiente tabla.

Tabla 6. Criterios de inclusión del Programa de Salud.

Criterios de inclusión para el Programa de Salud:
Ser considerado persona en situación de enfermedad oncológica avanzada según el instrumento NECPAL CCOMS-ICO.
Estar ingresado en la planta de oncología del Hospital Universitario Miguel Servet de Zaragoza.

Tener el alta prevista en un periodo de tres días.
Índice de Barthel > 61.
Escala de ESAS (Edmonton Symptom Assessment System) = 0 – 2. Esta escala mide la intensidad de diferentes síntomas en un periodo de tiempo y es empleada en pacientes oncológicos y paliativos. Se considera que el control de los síntomas es adecuado cuando las puntuaciones son iguales o menores a 4 puntos. Sin embargo, para entrar en este programa se requerirá una puntuación igual o menor a 2, ya que se necesita una gran concentración que de otra manera no podría alcanzarse.(34)
Pfeiffer entre 0 – 2.
Escala de Karnofsky > 80. Mide la capacidad de un enfermo oncológico de realizar tareas rutinarias.

CAPTACIÓN DE LOS PACIENTES

El profesional de enfermería de la planta de oncología que dirigirá el programa será el encargado de captar a los pacientes. Explicará a los pacientes los objetivos del programa de salud y los beneficios que pueden suponerle en relación a su situación particular, animándolos a involucrarse en el proyecto.

3) DIAGNÓSTICO

Para realizar un análisis de la situación sobre la que se va a trabajar y planificar una correcta actuación, se seleccionaron cuatro diagnósticos enfermeros y se desarrolló un plan de cuidados mediante los resultados e intervenciones convenientes (tabla 7). Las actividades para cada intervención serán las llevadas a cabo en las sesiones (35–37).

Tabla 7. Diagnósticos enfermeros, resultados e intervenciones.

NANDA	NOC	Indicadores	NIC
000162 Disposición para mejorar la gestión de la propia salud r/c déficit de conocimientos	1813 Conocimiento: régimen terapéutico	181312 Ejecución del procedimiento terapéutico	5240 Asesoramiento 5510 Educación sanitaria
	01608 Control del síntoma	160811 Refiere control de los síntomas	5606: Enseñanza: individual
00095 Deterioro del patrón de sueño r/c enfermedad m/p insatisfacción con el sueño	0004 Sueño	000405 Eficiencia de sueño	1400 Manejo del dolor 5880 Técnica de relajación 5230 Aumentar el afrontamiento
00133 Dolor crónico r/c enfermedad m/p informes verbales de dolor	1605 Control del dolor	160504 Utiliza medidas de alivio no analgésicas	1400 Manejo del dolor 6040 Terapia de relajación simple
00146 Ansiedad r/c estado de salud m/p inquietud.	1300 Aceptación estado de salud	130001 Tranquilidad	5240 Asesoramiento 5230 Aumentar el afrontamiento
	1402 Autocontrol de la ansiedad	140207 Utiliza técnicas de relajación para reducir la ansiedad 140208 Refiere disminución de la duración de episodios	6040 Terapia de relajación simple

4) PLANIFICACIÓN

ESTRATEGIA

El programa constará de dos sesiones de 2 horas de duración realizadas en los dos días previos al alta del paciente. Se elige ese momento porque será cuando tengan los síntomas más estabilizados y estén más dispuestos a participar.

Dichas reuniones se llevarán a cabo en el turno de tarde tras la merienda, entre las 17:30 y las 19:30h, ya que los médicos no suelen pasar visita sobre esa hora y los pacientes se encontrarán relajados tras la siesta. En ellas se explicarán los conceptos básicos de mindfulness y algunas de las técnicas más sencillas y útiles, siempre adaptadas a los pacientes. Se intentará que participe más de un paciente en cada una, con un máximo de 5 personas. Si esto no fuese posible por no coincidir el día de alta o por otras circunstancias, podrían realizarse sesiones individuales.

El proyecto se ejecutaría de manera continua durante los meses de septiembre y octubre de 2019, según las altas que se vayan dando; y se plantearía como una intervención piloto. Así, con los resultados de la evaluación se valoraría la idoneidad de llevarlo a cabo de forma integrada en la práctica habitual.

Los encuentros tendrán lugar en la sala de estar de la planta de oncología, que permitirá un ambiente relajado e íntimo.

Los pacientes paliativos con sus cuidadores o familiares forman el binomio objeto de los CP y es por esto que ellos también quedarán invitados a las reuniones. Aprender estas técnicas les será útil tanto para su propio bienestar como para ayudar a su familiar a ponerlas en práctica.

RECURSOS

Tabla 8. Presupuesto del programa de salud por grupo.

	Artículo	Precio/Unidad	Unidades	Coste
Recursos materiales	Bolsa de pasas	1	1	1€
	Fotocopias con las técnicas explicadas	0,1	45	4,5€

	Esterillas	Prestadas por el gimnasio	6	0
Recursos humanos	Enfermero/a localizado (para cubrir al enfermero/a durante la sesión)	40€/hora	1	160
	Enfermero/a experto en mindfulness que dirige el programa	0	1	0
Infraestructura	Sala de estar de la planta de oncología del HUMS	Gratuita	1	0
	Total			164,5€

ACTIVIDADES

La misma mañana del comienzo de las sesiones se repartirá a los pacientes dos Escala ESAS modificadas; una para conocer su estado tanto físico como psicológico general durante el último mes y otra para conocer su estado en ese momento concreto. (ANEXO II)

Como ya se ha indicado en los criterios de inclusión, uno de los requisitos para participar en el programa es obtener una puntuación menor de 2 en la escala ESAS en el momento de inicio de la sesión. Si alguno de los pacientes obtuviese una puntuación mayor, se le citaría para realizar la sesión en otro momento en el que presentase un mayor control de los síntomas. Podría tratarse de una hora más tarde, al día siguiente o incluso realizar las dos sesiones de manera resumida y solapada en las horas previas al alta.

Tanto la primera como la segunda sesión están diseñadas con el fin de alcanzar los tres objetivos específicos del programa de salud.

Estas metas son indivisibles porque las sesiones cumplen de manera directa con el primer objetivo de formación en mindfulness, y al mismo tiempo, de manera indirecta, permiten un mayor control de los síntomas y una mejora en la calidad de vida. Asimismo, las actividades conducen igualmente al objetivo general, puesto que educan al individuo en estrategias de autogestión de síntomas.

1ª Sesión: "Conceptos clave de mindfulness y técnicas básicas"

En la primera sesión se explicará el concepto de mindfulness y los beneficios que supone su práctica, como la mejora del dolor crónico, la ansiedad, el insomnio o el malestar psicológico entre otros.

Se realizará la "Técnica de la uva pasa" para que los pacientes comprendan mediante la experiencia qué es el mindfulness (ANEXO III).

Tras esta introducción en el tema, se comenzarán a enseñar tres de las técnicas más comunes de meditación en mindfulness y se llevarán a la práctica para que cada paciente pueda escoger la o las que más se adapten a él. Dichas técnicas serán:

- "Mindfulness en la respiración" (ANEXO IV)
- "Body scan" (ANEXO V)
- "Práctica de los tres minutos" (ANEXO VI)

Los tres ejercicios son beneficiosos para el control del dolor, el insomnio y la ansiedad, aunque generalmente la técnica de body scan se emplea más para manejar el insomnio ya que se realiza en posición tumbada. En cuanto a las otras dos, son igualmente válidas para disminuir el resto de síntomas y varían según la persona.

2ª Sesión: "Reforzando técnicas aprendidas y descubriendo como manejar emociones"

Se comenzará la sesión realizando "la práctica de los tres minutos".

Una vez puestos en contexto, se pasará a explicar el método que ofrece el mindfulness para el manejo de las emociones mediante la herramienta de anclaje en las sensaciones. Se les pedirá a los pacientes que lo efectúen con las emociones que sientan en ese momento (ANEXO VII).

A continuación, se explicará brevemente la filosofía del mindfulness en cuanto a la aceptación de la realidad y del sufrimiento como parte de la vida.

Finalmente, se compartirán algunos consejos para introducir el mindfulness en nuestra vida diaria y la sesión terminará ejecutando la técnica de "body scan".

Una vez acabada la sesión se repartirá un cuestionario para que valoren la calidad de las reuniones (ANEXO VIII).

Por otro lado, se entregará a cada paciente las prácticas de mindfulness que se han realizado en formato papel y en formato CD o USB para que les sea más sencillo trabajarlas en casa. También se les facilitará un número de teléfono para contactar con la enfermera/o y poder resolver dudas que aparezcan sobre dichas prácticas y que de este modo no renuncien a realizarlas por falta de conocimiento.

Tabla 9. Carta descriptiva de las actividades.

SESIÓN	OBJETIVOS	METODOLOGÍA	RECURSOS	LUGAR Y DURACIÓN	EVALUACIÓN
Sesión 1: Conceptos clave de mindfulness y primeras técnicas"	-Instruir a los pacientes en conceptos básicos de mindfulness y en las principales técnicas. -Aumentar en el paciente el sentimiento de control	Presentación del grupo. Introducción al mindfulness y técnica de la uva pasa. Explicación y puesta en práctica de las técnicas: - Respiración - Body scan - Práctica de los 3 minutos	Enfermero/a del programa. Enfermero/a localizado Bolsa de pasas. Esterillas.	Sala de estar de la planta de oncología. 2 horas.	Observación por parte de la enfermera valorando si los pacientes comprenden y realizan correctamente las técnicas. Cuestionario.

Sesión 2: “Reforzando técnicas aprendidas y descubriendo como manejar emociones”	de la enfermedad y la capacidad de manejo de los síntomas.	Práctica de los 3 minutos Mindfulness y el manejo de las emociones. Mindfulness y la aceptación de la realidad y el sufrimiento.	Enfermero/a del programa. Enfermero/a localizado. Esterillas.	Sala de estar de la planta de oncología. 2 horas.	Observación por parte de la enfermera valorando si los pacientes comprenden y realizan correctamente las técnicas. Cuestionario.
	-Mejorar la calidad de vida y el bienestar de los pacientes.	Consejos para utilizar las técnicas diariamente. Body scan Cuestionarios			

CRONOGRAMA

Tabla 10. Cronograma de actividades del programa de salud.

	SEPTIEMBRE														OCTUBRE					
	1ª Semana							2ª Semana							3ª Sem.	4ª Sem.	1ª Sem.	2ª Sem.	3ª Sem.	4ª Sem.
	L	M	X	J	V	S	D	L	M	X	J	V	S	D						
CAPTACIÓN AL PROGRAMA		■							■											
1ª SESIÓN			■							■										
2ª SESIÓN				■							■									
ALTA					■							■								
EVALUACIÓN DE CALIDAD					■							■								
1ª EVALUACIÓN PROGRAMA															■	■				
2ª EVALUACIÓN																	■	■		

Primer grupo



Segundo grupo



5) EVALUACIÓN

Antes de comenzar el programa, los pacientes completarán un cuestionario valorando su estado general durante el último mes y otro valorando su situación justo antes de la reunión (ANEXO II). Al finalizar la última sesión recibirán un cuestionario para valorar como se sienten después de ella y otro evaluando la calidad de las sesiones (ANEXO VIII).

Para conocer si el programa ha sido efectivo a largo plazo y si los pacientes han continuado empleando las técnicas proporcionadas, se realizará un último cuestionario por vía telefónica 2 semanas y 5 semanas después del alta, que se comparará con el previo a la intervención (ANEXO IX). Si al realizar la encuesta telefónica nos dan la noticia de que el paciente ha fallecido -situación a tener en cuenta ya que los pacientes del programa tienen un pronóstico de vida limitado-, tras dar el pésame, preguntaremos a la familia si el paciente tuvo una muerte tranquila, sin sufrimiento, con los síntomas controlados y sin dolor.

CONCLUSIONES

Dado que el Mindfulness es un tema que se está incorporando actualmente a los cuidados paliativos, la evidencia al respecto es todavía escasa. A pesar de ello, existen suficientes estudios que respaldan su utilidad en este tipo de pacientes. Tras esta revisión, se ha visto que sería necesaria la publicación de más ensayos clínicos con intervenciones de Mindfulness de corta duración porque, a pesar de que se han encontrado estudios que respaldan la eficacia de intervenciones breves, la mayoría se centran en programas de 8 semanas, lo cual no es lo más conveniente para pacientes con pronóstico de vida limitado.

La implantación de un programa de formación en mindfulness dirigido por profesionales de enfermería brindaría a los pacientes la oportunidad de conocer técnicas no farmacológicas para el manejo de sus síntomas y de utilizarlas como un adyuvante a su tratamiento habitual.

Gracias a las dos sesiones se conseguirá que los pacientes finalicen el programa con las nociones básicas sobre Mindfulness y capacitados para emplear técnicas destinadas a controlar los síntomas y emociones.

La práctica constante de mindfulness en su día a día permitirá al paciente oncológico avanzado tener un mayor control sobre sus síntomas y sentirse protagonista en el proceso de su enfermedad y en la gestión de su salud.

El aumento de control de los síntomas y el entendimiento de la "conciencia plena", impulsarán al paciente hacia una mejor calidad de vida y un mayor sentimiento de bienestar.

LÍNEAS FUTURAS

Tras la vuelta a casa y ante la ausencia del equipo que les incentivaba y ayudaba a realizar las técnicas, es probable que muchos de los pacientes terminen por abandonar la práctica de mindfulness. Como respuesta a este posible abandono, en el momento del alta, el paciente recibirá el informe de alta de enfermería, en el cual se incluirán las técnicas de mindfulness en el apartado de cuidados enfermeros. Es decir, se gestionará de la misma manera que si se tratase de los cuidados enfermeros a realizar en una úlcera, colostomía, herido quirúrgico, etc.

De este modo se podrían coordinar los diferentes servicios, obteniendo como resultado que los profesionales de enfermería de atención primaria (AP) o del equipo de cuidados paliativos constituyan un apoyo para la continuidad del empleo de mindfulness por parte del paciente.

En el informe de cuidados de enfermería se explicarán de manera muy detallada las técnicas para que, incluso si el profesional de enfermería de AP o CP tiene conocimientos nulos de mindfulness, sea capaz de entenderlo y ayudar al paciente en su práctica.

Para concluir, sería interesante realizar estudios para avalar la existencia de una figura enfermera dirigida al adiestramiento de mindfulness y enfocarlo como una propuesta similar a la enfermera educadora de diabetes o de colostomías.

BIBLIOGRAFÍA

1. World Health Organization. WHO definition of palliative care. [Citado mayo 2019]. Disponible en <https://www.who.int/es/news-room/fact-sheets/detail/palliativecare>
2. Maté Méndez J. Sufrimiento en el paciente oncológico al final de la vida. 2014 [citado mayo 2019]; Disponible en: <https://ddd.uab.cat/record/127523>
3. Casula C. Clinical hypnosis, mindfulness and spirituality in palliative care. *Ann. palliat. med.* 2018;7(1):32–40.
4. Saunders C, Mount B, Europe I. Translating the World Health Organization definition of palliative care into scientific practice. *Palliative and Supportive Care.* 2019;(2011):1–2.
5. Connor SR, Sepulveda MC. Global Atlas of Palliative Care at the End of Life. Enero 2014. Full Edition. Ginebra Worldwide Palliative Care Alliance; 2014. Disponible en: https://www.who.int/nmh/Global_Atlas_of_Palliative_Care.pdf
6. Centeno C, Thomas S, De Lima L, Alsirafy S, Bruera E, Callaway M, et al. Documento de Posición Oficial sobre la Promoción Global de Cuidados Paliativos: Recomendaciones del Grupo Internacional Asesor PAL-LIFE de la Academia Pontificia de la Vida, Ciudad del Vaticano. *J. palliat. med.* 2018;21(10):1398–407.
7. Maritza VV. Cáncer: cuidado continuo y manejo paliativo. *Rev. méd. Clín. Las Condes.* 2013;24(4):668-676.
8. Gómez-Batiste X, Martínez-Muñoz M, Blay C, Amblàs J, Vila L, Costa X, Espauella J, Espinosa J, Figuerola M. Proyecto NECPAL CCOMS-ICO©: Instrumento para la identificación de personas en situación de enfermedad crónica avanzada y necesidades de atención paliativa en servicios de salud y social. Centro Colaborador de la OMS para Programas Públicos de Cuidados Paliativos. Institut Català d'Oncologia. [Citado mayo 2019]. Accesible en: <http://www.iconcologia.net>
9. Lavdaniti M, Fradelos EC, Troxoutsou K, Zioga E, Mitsi D, Alikari V, et al. Symptoms in Advanced Cancer Patients in a Greek Hospital : a Descriptive Study. *Asian Pac. j. cancer prev.* 2018;19(4):1047–52.
10. Grupo de Trabajo de la Guía de Práctica Clínica sobre Cuidados Paliativos. Guía de Práctica Clínica sobre Cuidados Paliativos. Madrid: Plan Nacional

para el SNS del MSC. Agencia de Evaluación de Tecnologías Sanitarias del País Vasco; 2008. Guías de Práctica Clínica en el SNS: OSTEBA N.º 2006/08.

11. Numico G, Cristofano A, Mozzicafreddo A, Cursio E, Franco P, Courthod G, et al. Hospital Admission of Cancer Patients: Avoidable Practice or Necessary Care? *PloS One*. 2015;10:e0120827.
12. Brooks GA, Abrams TA, Meyerhardt JA, Enzinger PC, Sommer K, Dalby CK, et al. Identification of Potentially Avoidable Hospitalizations in Patients With GI Cancer. *J Clin Oncol*. 2014;32(6):496-503.
13. Rocque BGB, Barnett AE, Illig LC, Eickhoff JC, Bailey HH, Campbell TC, et al. Inpatient Hospitalization of Oncology Patients: Are We Missing an Opportunity for End-of-Life Care? *J Oncol Pract*. 2013;9:51-54.
14. Barbera L, Taylor C, Dudgeon D. Why do patients with cancer visit the emergency department near the end of life? *CMAJ*. 2010;182(6):563– 8.
15. Soelver L, Oestergaard B, Rydahl-Hansen S, Wagner L. Advanced cancer patients' self-assessed physical and emotional problems on admission and discharge from hospital general ward - a questionnaire study. *Eur J Cancer Care (Engl)*. 2012;21(5):667–76.
16. Gómez Sancho M, Ojeda Martín M. Cuidados Paliativos Control De Síntomas. Unidad de Medicina Paliativa. Edición 2009. Hospital Universitario de Gran Canaria Dr. Negrín. 2009.
17. Maté J, Hollenstein MF, Gil FL. Insomnio, ansiedad y depresión en el paciente oncológico. *Psicooncología*. 2004;1(2-3):211–30.
18. Brown LF, Kroenke K, Theobald DE, Wu J, Tu W. The association of depression and anxiety with health-related quality of life in cancer patients with depression and / or pain. *Psychooncology*. 2010;19:734– 41.
19. Medical L, Taylor F, Hospice L. A prospective study to determine the association between physical symptoms and depression in patients with advanced cancer. *Palliat Med*. 2004;18(6):558–64.
20. Delgado-guay M, Parsons HA, Li Z, Palmer JL, Bruera E. Symptom distress in advanced cancer patients with anxiety and depression in the palliative care setting. *Support Care Cancer*. 2009;17(5):573–9.
21. Sociedad Española de Oncología Médica. Posicionamientos SEOM. [citado mayo 2019]. Disponible en: <https://seom.org/publicaciones/posicionamientos-seom>

22. Araujo AM, Gómez M, Pascual J, Castañeda M, Pezonaga L, Borque JL. Tratamiento del dolor en el paciente oncológico Treatment of pain in the oncology patient. *Anales Sis San Navarra*. 2004;27:63–75.
23. Hernández Grosso JC. Uso de la psicoterapia como manejo coadyuvante del dolor y otros síntomas asociados al cáncer. *RevMedicaSanitas*. 2012;15(3):8–18.
24. Khosravi SP, Del Castillo R, Pérez MG. Manejo del dolor oncológico. *An Med Interna (Madrid)*. 2007;24:554–7.
25. Satija A, Bhatnagar S. Complementary Therapies for Symptom Management in Cancer Patients. *Indian j. palliat. care*. 2017;23(4): 468-479.
26. Elkins G, Fisher W, Johnson A. Mind – Body Therapies in Integrative Oncology. *Curr Treat Options Oncol*. 2010;11:128–40.
27. León C, Mirapeix R, Blasco T, et al. Mindfulness para la reducción del malestar emocional en pacientes oncológicos. Estudio comparativo con una intervención psicoeducativa estándar. *Psicooncología*. 2013;10(23):263–74.
28. Campayo García J, Demarzo M. Mindfulness, curiosidad y aceptación: manual práctico. Barcelona: Siglantana; 2015.
29. Garland SN, Carlson LE, Antle MC, Samuels C, Campbell T. I-CAN SLEEP : Rationale and design of a non-inferiority RCT of Mindfulnessbased Stress Reduction and Cognitive Behavioral Therapy for the treatment of Insomnia in CANcer survivors. *Contemp Clin Trials*. 2011;32(5):747–54.
30. Carlson LE, Garland SN. Impact of Mindfulness-Based Stress Reduction (MBSR) on Sleep , Mood , Stress and Fatigue Symptoms in Cancer Outpatients. *Int. J. Behav. Med*. 2005;12(4):278–85.
31. Beng TS, Ahmad F, Loong LC, Chin LE, Zainal NZ, Guan NC, et al. Distress Reduction for Palliative Care Patients and Families With 5Minute Mindful Breathing : A Pilot Study. *Am J Hosp Palliat Care*. 2016;33(6):555–60.
32. Speca M, Carlson LE, Goodey E, Angen M. A Randomized , Wait-List Controlled Clinical Trial: The Effect of a Mindfulness Meditation-Based Stress Reduction Program on Mood and Symptoms of Stress in Cancer Outpatients. *Psychosom Med*. 2000;622(12):613–22.

33. Zhang M-F, Wen Y-S, Liu W-Y, Peng L-F, Wu X-D, Liu Q-W. Effectiveness of Mindfulness-based Therapy for Reducing Anxiety and Depression in Patients With Cancer. *Medicine (Baltimore)*. 2015;94(45):1-9.
34. Verdú Masiá R, De Diego Aliques B, Jiménez A, Sanz Yagüe A, Soler López B. Symptoms control in terminally ill patients: Effectiveness of opioid treatment for breakthrough dyspnea. *Rev Soc Esp Dolor*. 2017;24(4):161-8
35. Herman T, S K. NANDA International. Diagnósticos Enfermeros. Definiciones y clasificación 2015-2017. España. Elsevier. 2015.
36. Moorhead S, Johnson M, Maas ML, Swanson E. Clasificación de los Resultados de enfermería (NOC). 5º ed. Barcelona: Elsevier; 2014.
37. Bulechek GM, Butcher HK, Dochterman J, Wagner CM. Clasificación de Intervenciones de enfermería (NIC). 6º ed. Barcelona: Elsevier; 2014.

ANEXOS

ANEXO I

AUTORES	AÑO	TÍTULO	REVISTA	TIPO DE ESTUDIO	MUESTRA Y CARACTERÍSTICAS	RESULTADOS
León C, Mirapeix R, Blasco T, Jovell E, Arcusa A, Martín A, Seguí MA	2013	Mindfulness para la reducción del malestar emocional en pacientes oncológicos. Estudio comparativo con una intervención psicoeducativa estándar.	Psicooncología	Exploratorio cuasiexperimental de comparación de dos grupos equivalentes	Grupo experimental de 20 personas y grupo control de 17 personas, todos diagnosticados de cáncer y mayores de 18 años. Grupo control con intervención psicoeducativa estándar y grupo experimental con intervención de Mindfulness (MBSR).	La intervención basada en Mindfulness (MBSR) en pacientes oncológicos es más eficaz que una intervención psicoeducativa estándar en cuanto a reducción de ansiedad y depresión y mejora de calidad de vida.
Garland SN, Carlson LE, Antle MC, Samuels C, Campbell T	2011	I-CAN SLEEP: Rationale and design of a non-inferiority RCT of Mindfulness-based Stress Reduction and Cognitive Behavioral Therapy for the treatment of Insomnia in CANcer survivors.	Contemp Clin Trials.	Ensayo controlado aleatorizado de no inferioridad	Grupo experimental de 55 personas y grupo control de 55 personas, todos pacientes con cáncer no metastásico mayores de 18 años. Grupo control sometido a tratamiento con terapia cognitivo conductual (TCC) y grupo experimental con tratamiento	Se ha visto mayor mejoría en el número de despertares nocturnos, el tiempo en la cama y el momento de despertar en pacientes que siguen la técnica de mindfulness en comparación con los pacientes que siguen TCC. Además, la MBSR aborda el distrés relacionado con el cáncer, que está estrechamente relacionado con el insomnio y, por lo tanto, también tendría efectos beneficiosos en este último.

					MBSR (Mindfulness-Based Stress Reduction)	
Carlson LE, Garland SN	2005	Impact of Mindfulness-Based Stress Reduction (MBSR) on Sleep, Mood, Stress and Fatigue Symptoms in Cancer Outpatients.	Int. J. Behav. Med	Estudio cuasiexperimental	Muestra heterogénea de 63 pacientes con cáncer.	Los participantes mostraron una mejora estadísticamente significativa en la calidad de su sueño tras la participación en el programa, con un sueño más largo y eficiente. También reportaron una disminución de alteración del humor, en los niveles de estrés y en la fatiga. Además, se confirmó que la disminución de alteraciones del sueño está relacionada de manera significativa con la disminución de síntomas de estrés.
Seng Beng T, Ahmad F, Chee Loong L, et al.	2016	Distress Reduction for Palliative Care Patients and Families With 5-Minute Mindful Breathing: A Pilot Study.	Am. J. Hosp. Palliat. Med	Ensayo clínico controlado aleatorizado	20 pacientes paliativos y sus cuidadores, tratados por el equipo de cuidados paliativos de "University Malaya Medical Centre". El grupo control estará formado por 3 pacientes y 7 cuidadores, que recibirán sesiones de respiración mindfulness, y el grupo control estará	5 minutos de respiración mindfulness reduce el distrés de los pacientes paliativos y sus cuidadores. La reducción del distrés en el grupo de Mindfulness es mayor tanto durante la sesión como después de ésta en comparación al grupo de escucha.

					compuesto por 6 pacientes y 4 cuidadores, que harán sesiones de escucha.	
Specia M, Carlson LE, Goodey E, Angen M.	2000	A Randomized, Wait-List Controlled Clinical Trial: The Effect of a Mindfulness Meditation-Based Stress Reduction Program on Mood and Symptoms of Stress in Cancer Outpatients.	Psychosom. Med	Ensayo clínico controlado aleatorizado	90 pacientes con cáncer, divididos en un grupo de intervención y grupo control (en lista de espera), aunque finalmente completaron el programa 53 pacientes.	Un programa breve de MBSR reduce de manera eficaz las alteraciones del humor, la fatiga y los síntomas relacionados con el estrés- Además, aquellos pacientes que asistieron más a las clases y meditaron con más frecuencia, obtuvieron mejores resultados.
Zhang MF, Wen YD, Liu WY, Peng LF, Wu XD, Liu QW.	2015	Effectiveness of Mindfulness-based Therapy for Reducing Anxiety and Depression in Patients With Cancer.	Medicine	Metaanálisis	En el metaanálisis se incluyeron 7 estudios, que involucraban a 469 participantes que recibieron una intervención de mindfulness (grupo experimental) y 419 participantes en grupos control.	Intervenciones basadas en Mindfulness alivian la ansiedad y la depresión en pacientes con cáncer. Existen algunas formas de Mindfulness menos efectivas que otras en el alivio de estos síntomas.

ANEXO II

MÍNIMO SÍNTOMA	INTENSIDAD	MÁXIMO SÍNTOMA
Sin dolor	0 1 2 3 4 5 6 7 8 9 10	Máximo dolor
Sin cansancio	0 1 2 3 4 5 6 7 8 9 10	Máximo cansancio
Sin depresión	0 1 2 3 4 5 6 7 8 9 10	Máxima depresión
Sin ansiedad	0 1 2 3 4 5 6 7 8 9 10	Máxima ansiedad
Sin somnolencia	0 1 2 3 4 5 6 7 8 9 10	Máxima somnolencia
Máximo bienestar	0 1 2 3 4 5 6 7 8 9 10	Máximo malestar
Sin dificultad para dormir	0 1 2 3 4 5 6 7 8 9 10	Máxima dificultad para dormir
Sin capacidad para controlar los síntomas	0 1 2 3 4 5 6 7 8 9 10	Máxima capacidad para controlar los síntomas

Tabla de creación propia basada en la Escala Edmonton Symptom Assessment System (ESAS).

ANEXO III

"Técnica de la uva pasa" (28)

El objetivo es comer una uva pasa en estado de conciencia normal y otra con atención plena para comprobar la diferencia entre un estado y otro. Para ello se ingieren tres pasas de forma secuencial:

→ PRIMERA PASA: Se puede comer como hacemos habitualmente. Una vez se ha ingerido, se reflexiona brevemente ante la experiencia.

→ SEGUNDA PASA: Intentamos mantener una atención plena hacia todo el proceso de su ingesta. Se puede imaginar que estamos ante un producto exótico de un país lejano, que es muy difícil de encontrar y por eso es muy caro. Lo más probable es que nunca podamos volver a probar este fruto otra vez.

1. Mantener:

- En primer lugar, sostén la uva pasa en la palma de la mano o entre los dedos índice y pulgar.
- Enfoca la atención en ella, imagina que acaba de venir de un país de lejano y que nunca has visto este objeto a lo largo de tu vida.

2. Ver

- Dedicar unos minutos a ver realmente el objeto, observa.

- Deja que tus ojos exploren cada parte de ella, examinando este objeto desconocido. ¿Dónde están las zonas de luz, las regiones oscuras, las arrugas y los pliegues? ¿Hay alguna asimetría? ¿Qué características tiene la pasa?

3. Tocar con los dedos

- Durante unos instantes, gira la pasa entre los dedos. ¿Qué textura tiene la pasa? ¿Es dura, suave? Cierra los ojos por un instante para que puedas aumentar el sentido del tacto.

4. Olor

- Pon la pasa debajo de la nariz. ¿Qué te hace sentir? ¿Qué aromas y fragancias aparecen? ¿Se está produciendo algún suceso interesante en tu boca o tu estómago?

5. Poner en los labios y boca.

- Ahora, lentamente, conduce la pasa a tus labios, nota también los movimientos de tu mano y brazo hasta los labios. Con suavidad, coloca la pasa en la boca sin masticarla todavía. Observa la forma en que se distribuye en la boca. Dedicar algún tiempo a explorar todas estas sensaciones, incluyendo la lengua.

6. Saboreando

- Cuando estés listo, comienza lentamente a masticar la pasa, sin tragarla todavía. El primer mordisco realízalo lentamente. ¿Qué sensaciones aparecen? Ten en cuenta las sensaciones sabor y textura en la boca y cómo cambian con el tiempo, a cada momento.

7. Tragar

- Cuando estés listo, comienza lentamente a tragar la pasa. ¿Qué notas cuando aparece la primera intención de tragarla? ¿Qué sensación experimentas antes de ingerir la pasa? Por último, mira si puedes experimentar las sensaciones durante el trayecto de la pasa hasta el estómago y observa también qué sensaciones aparecen en tu cuerpo después de finalizar la comida con atención plena.

8. Hacerse consciente de la interconexión de la pasa con el planeta y con todos los seres humanos

- Piensa en el desarrollo de esta pasa. Ha requerido tierra para crecer, lluvia y sol para madurar, el efecto del viento para germinar. Toda la naturaleza, todo el planeta, ha intervenido en su desarrollo. Piensa en cómo la pasa ha llegado hasta ti. Gracias al comerciante que la ha vendido, a la persona que la ha transportado, al agricultor que la ha cultivado. Y gracias a cientos de generaciones que han traspasado el arte de la agricultura hasta nuestros días. Una simple pasa, como cualquier objeto de este mundo, ha requerido la intervención de la naturaleza y de todo el planeta, y el esfuerzo de millones de seres humanos a través de múltiples generaciones para llegar hasta nosotros. Cualquier objeto de este mundo es, simplemente, un milagro. Nos quedamos unos segundos pensando en esto.

→ TERCERA PASA: La gente toma la tercera pasa con atención plena, pero sin estar dirigido por el instructor, a su propio ritmo. Cuando terminan, se pone en común la experiencia.

ANEXO IV

"Mindfulness en la respiración"(28)

Paso 1. Adopta una posición cómoda, sentada o acostada dejando que el cuerpo se estabilice, lentamente, en esa posición. Puedes hacer una o dos respiraciones más profundas para llevar la atención sobre el cuerpo y, poco a poco, empieza a notar las sensaciones del cuerpo en ese momento (el contacto del cuerpo con el suelo, con la esterilla o con la silla, la temperatura de la piel, sensaciones en general, etc.).

Paso 2. Poco a poco, empieza a tomar conciencia de tu respiración. Puedes llevar la atención hacia los movimientos del pecho y del abdomen durante la inspiración y la espiración, y/o hacia las sensaciones del paso del aire que entra y sale a través de las ventanas de la nariz durante la respiración. Posteriormente, se pueden contar las respiraciones (contando por ejemplo así: uno, dos, tres, etc., numerando cada ciclo de inspiración-espiración.) En

general, se recomienda contar hasta diez e iniciar nuevamente la cuenta desde el uno, evitando que contar se convierta en una distracción. Es importante seguir el flujo natural de la respiración, sin tratar de cambiarlo, solo observándolo y tomando conciencia de él.

Paso 3. Eventualmente, la mente va a divagar cuando surja alguna distracción, pensamiento, sentimiento o preocupación. En esas situaciones, uno puede ser amable y simplemente tomar conciencia de que la mente está divagando y dejar que las distracciones pasen, sin enfadarse o juzgarlas, de forma que lentamente se vuelva a dirigir la atención y la observación hacia la respiración.

Paso 4. Antes de cerrar la sesión, vuelve a llevar tu atención hacia las sensaciones de todo el cuerpo en ese momento y, poco a poco, pon fin a la práctica.

ANEXO V

"Body scan"(28)

→ Paso 1.

Una vez decidida la posición que vas a utilizar (puede ser sentado o tumbado), relaja tu cuerpo sobre la superficie sobre la que estás en contacto de la forma más cómoda posible. Puedes imaginar que el cuerpo está perfectamente soportado por el suelo o por el "planeta tierra", no siendo necesario aplicar ningún tipo de resistencia ante este hecho. Al acostarse, uno puede dejar que los brazos y las manos queden a lo largo del cuerpo, con las palmas hacia arriba. Las piernas también se estiran, con los pies cómodamente inclinados hacia un lado

→ Paso 2.

Antes de empezar con la técnica como tal, se puede realizar una breve práctica de mindfulness en la respiración, tomando conciencia, durante unos instantes, de los movimientos del pecho y del vientre.

→ Paso 3.

Ahora uno puede decidir si desea comenzar la práctica por la cabeza o por los pies, de acuerdo con la preferencia, la comodidad o la necesidad.

→ Paso 4.

Empezando por la cabeza, uno puede explorar las sensaciones en todo el cuero cabelludo, desde la base del cuello hasta la frente, observando, lenta y conscientemente, todas las sensaciones en esa parte del cuerpo (temperatura, contacto con el aire, con la ropa, con el suelo, con la esterilla, etc.), incluyendo las sensaciones agradables, pero también los posibles puntos de tensión, dolor o incomodidad. Del mismo modo, hay que desplazarse a través de toda la cabeza, incluyendo la frente, las cejas, los ojos, la nariz, los labios y la boca, las orejas, ambos lados de la cara y la mandíbula. Posteriormente, se explora alrededor del cuello, hacia delante y hacia atrás. Después, la atención se desplaza hacia los hombros y hacia otras partes del cuerpo: manos y brazos, pecho y abdomen, toda la longitud de la espalda, la cadera y, finalmente, las piernas y los pies. Si se empieza a partir de los pies, se comienza la exploración hacia las sensaciones de temperatura en los pies, preferentemente un pie cada vez, incluyendo los dedos. Del mismo modo, se continúa explorando las piernas y otras partes del cuerpo hasta el extremo de la cabeza.

→ Paso 5.

Se puede notar cierta tensión, incomodidad o dolor en alguna región específica del cuerpo durante la práctica. En ese caso, además de explorar de forma "más cercana" la naturaleza de esta tensión, incomodidad o dolor, uno también puede imaginar que se está suavizando la zona corporal alrededor de dicha sensación mientras lo explora y/o se puede imaginar que se está "respirando" con esas partes específicas del cuerpo, lo que puede llegar a disminuir un poco el malestar.

→ Paso 6.

Antes de acabar la práctica, se debe explorar por algún tiempo las sensaciones de todo el cuerpo en su conjunto. Después, se realizan algunas respiraciones más profundas y movimientos lentos de estiramiento de todo

el cuerpo, para ayudar en la fase de transición hasta que se da por finalizada totalmente la práctica.

ANEXO VI

"Práctica de los tres minutos"(28)

→ Paso o minuto 1: tomar conciencia del entorno, del cuerpo y de la experiencia interna.

Adopta una postura erguida y digna, acostado o sentado cierra los ojos. Después empieza lentamente a tomar conciencia primero del entorno/lugar en que estás (sonido, temperatura, etc.), y en seguida de tu cuerpo en ese momento. Nota las sensaciones de tu cuerpo como un todo, observa el contacto de tus piernas con la esterilla o con el suelo, el contacto de tu piel con el entorno, o alguna sensación agradable o desagradable que sientas en tu cuerpo en ese momento. Solo nota si están presentes y si cambian con el tiempo.

Expande ahora tu conciencia hacia toda tu experiencia interna. Pregúntate por algunos instantes: ¿cuál es mi experiencia ahora?, ¿qué pensamientos pasan por mi cabeza ahora?, ¿qué sentimientos o emociones se están produciendo?

Se consciente de tu experiencia en este momento de una forma global, observa todas las sensaciones y emociones que aparecen, sean agradables o desagradables, pero sin involucrarte en ellas, solo tomando nota de si están presentes y si cambian con el tiempo.

→ Paso o minuto 2: respiración.

Ahora, vuelve a dirigir la atención hacia tus sensaciones físicas y, lentamente, tráela hacia tu respiración. Mira de cerca la sensación de respirar en el área de tu abdomen, en tu tórax. Toma lentamente conciencia de todas las sensaciones de la respiración en ese momento.

Por algunos instantes sigue tu respiración a cada inhalación y exhalación. No intentes modificarla, solo obsérvala en ese momento presente. Si aparece algún pensamiento o emoción, déjalo pasar y vuelve a la respiración. Así una y otra vez.

→ Paso o minuto 3: expansión de la conciencia

Siente tu conciencia bajo la forma de una esfera transparente en el interior de tu cuerpo. Permanece así unos segundos. Siente que esa esfera, tu conciencia, va expandiéndose progresivamente incluyendo todo el cuerpo y, posteriormente, el entorno en el que estás. Se puede incluir también a todas las personas que se encuentran en esta ciudad. Me siento unido e identificado con ellas. Permanezco con esta sensación durante unos segundos. Poco a poco, expando mi conciencia hasta incluir este país y, progresivamente, a todo el planeta. Me siento unido a todas las personas que viven en nuestro planeta y a todo el cosmos. Permanezco en esta sensación durante unos segundos. Ahora dirige, progresivamente, tu campo de conciencia hacia tu cuerpo como un todo, incluyendo tu postura y tu expresión facial. Y lentamente, cuando quieras, vuelve a abrir los ojos.

ANEXO VII

"Herramienta de anclaje en las sensaciones"(28)

- Adopta la postura habitual de meditación. Realiza varias respiraciones conscientes y permanece unos segundos percibiendo las sensaciones corporales como en el body scan.

- Observa los contenidos mentales e intenta identificar alguna emoción. Si no se produce, genera una emoción de moderada intensidad, por ejemplo, acordándote de una situación de dificultad o frustración vivida recientemente. Analiza los diferentes aspectos que integran la emoción: percepciones corporales, pensamientos, sentimientos y deseo de realizar alguna conducta.

- Céntrate en las sensaciones corporales. Identifica qué cambios corporales se producen y en qué parte del cuerpo, como tensión muscular, palpitaciones o cambios respiratorios. Observa las zonas de tensión e intenta relajarlas.

- Puedes mandar sentimientos de compasión hacia esas zonas específicas. Permanecemos dos o tres minutos en esa práctica.
- Observamos ahora los pensamientos. Anclados en la respiración analizamos cómo se producen y los dejamos pasar, mientras volvemos a la respiración. Permanecemos dos o tres minutos en esta práctica.
- A continuación, observamos la emoción de forma global. Vemos que es un conjunto de partes (sensaciones, pensamientos, emociones y conducta) y que hace falta que se conjuguen todas para que aparezca. Por otro lado, como las emociones suelen producirse por problemas en la interacción personal, pensamos en la persona con la que hemos tenido el problema. Podemos aplicar la compasión hacia esa persona y sentir que, como nosotros, experimenta sufrimientos y alegrías, grandezas y miserias. Este pensamiento puede ayudar a mitigar la intensidad de la emoción.
- Por último, las emociones las vivimos como un daño a nuestro yo, a la imagen que tenemos de nosotros mismos. Observamos qué parte de nuestro yo queda herida por la circunstancia que desencadena la emoción. Pensamos también si el "yo observador" se identifica con esa parte del yo herida en la emoción, o puede ver el yo con descentramiento. Nos mantenemos ahí unos segundos.
- Poco a poco volvemos a la respiración, sentimos el cuerpo de forma global y podemos ir moviéndolo lentamente abriendo los ojos.

ANEXO VIII

CUESTIONARIO DE CALIDAD:

Conteste a las siguientes preguntas según su experiencia en el programa:

1. ¿Le ha parecido útil el contenido de las sesiones?

Sí Bastante A veces No

2. ¿Ha podido seguir las sesiones y estar atento con facilidad?

Sí	Bastante	A veces	No
----	----------	---------	----

3. ¿Cree que va a poner en práctica lo aprendido en las sesiones?

Sí	Probablemente	Alguna vez	No
----	---------------	------------	----

4. ¿Se ha sentido cómodo en el aula?

Sí	Bastante	A veces	No
----	----------	---------	----

5. ¿Considera que ha salido de la sesión más capacitado para controlar sus síntomas que como ha entrado?

Sí	Bastante	Un poco	No
----	----------	---------	----

6. ¿Tiene alguna recomendación o consejo para mejorar el programa?

ANEXO IX

Entrevista telefónica:

1. Siendo 0 nunca y 5 casi a diario, ¿con que frecuencia ha vuelto a utilizar las técnicas de mindfulness que le enseñaron?
2. Siendo 0 nada y 5 completamente ¿Cómo de capacitado se siente para controlar sus síntomas?
3. ¿Ha vuelto a ingresar en el hospital por la refractariedad de sus síntomas?
4. ¿Ha cambiado la pauta de los fármacos que empleaba en relación al insomnio, la ansiedad o el dolor?
5. Valore la intensidad del dolor que padece del 0 al 10, siendo 0 la mínima y 10 la máxima
6. Valore la intensidad de la ansiedad que padece del 0 al 10, siendo 0 la mínima y 10 la máxima.
7. Valore su dificultad para dormir del 0 al 10, siendo 0 ninguna dificultad y 10 máxima dificultad.
8. Valore su bienestar del 0 al 10, siendo 0 máximo malestar y 10 máximo bienestar.

9. Valore su capacidad para controlar los síntomas del 0 al 10, siendo 0 ninguna capacidad para controlarlos y 10 máxima capacidad para controlarlos.