

INTERVENCIÓN ENFERMERA A TRAVÉS DEL MINDFULNESS EN PACIENTES DIAGNOSTICADOS DE TRASTORNO LÍMITE DE LA PERSONALIDAD

Autora: Sheila Fernández Pérez
Tutor: Pedro Fernández de Velasco
Unidad Docente: UDM Hospital San Juan de Dios

INTRODUCCIÓN

En la última década, la frecuencia en la asistencia a pacientes diagnosticados de trastornos de la personalidad en los Servicios de Salud Mental de la Comunidad de Madrid ha aumentado considerablemente.

Ello va en paralelo al incremento, en lo que va de siglo y a final del pasado, de las publicaciones por parte de la comunidad científica, de numerosos trabajos sobre diversos aspectos de estos trastornos. (1)

El Trastorno Límite de Personalidad (TLP) —también llamado “Trastorno *Borderline*” — es el que más acusa esta tendencia. Se estima que entre el 30 y el 60% de los pacientes con trastorno de la personalidad tiene TLP. Se estima que entre el 1 y el 2% de la población general lo sufre y entre el 18 y el 32% de los pacientes hospitalizados en unidades psiquiátricas. Es más frecuente en mujeres que en hombres con una proporción de 3:1 y se suele detectar entre los 19 y 34 años. (2)

Los trastornos de personalidad constituyen patologías complejas y difíciles de abordar y que suponen un gran sufrimiento y una disfunción importante en el rumbo vital de la persona que lo sufre.

Además, hay que destacar la importancia de las conductas impulsivas que ponen en riesgo la vida de estos pacientes, pues se estima que entre el 8 -10% de estos, cometen el suicidio (una frecuencia hasta 50 veces mayor que en la población general) y el porcentaje de comorbilidad con otras condiciones clínicas como la depresión y el abuso de sustancias, es muy alto (3).

La personalidad *borderline* o límite es probablemente uno de los constructos más heterogéneos, con mayor co-morbilidad y de más difícil diagnóstico diferencial de la psiquiatría clínica contemporánea (3,4).

El término estados límite (*borderline*) de la locura fue introducido en 1884 por Hughes quien se refería a estos pacientes como “personas que pasaron toda su vida a uno u otro lado de la línea” (3,5). Pero es Stern, en 1938, el que describió estos estados limítrofes entre la psicosis y la neurosis definiendo un patrón clínico diferente para su diagnóstico, en dicho patrón incluyó las siguientes características: sensibilidad extrema a los estímulos interpersonales que genera una “hemorragia mental”

entendida como una intolerable vivencia de dolor subjetivo producida por mecanismos proyectivos en sujetos con excesivo celo narcisístico y sentimientos de minusvalía acompañados de intensas crisis de ansiedad pudiendo llegar a afectarse el criterio de realidad (6). A partir de este momento empiezan a surgir diferentes definiciones sobre la clínica del trastorno a lo largo de las siguientes décadas.

El DSM III fue la primera nosografía que incluyó el trastorno *borderline* como categoría particular. Los rasgos principales que se indicaron para definir su diagnóstico en esa clasificación fueron: inestabilidad emocional, labilidad afectiva, impulsividad, amenazas de suicidio y trastornos de la identidad (7). En las siguientes revisiones esos criterios no fueron modificados (8).

En la actualidad, existe una gran polémica en la definición y clasificación de los trastornos de personalidad. Con motivo de la publicación del DSM V, se revisaron los problemas existentes en la fiabilidad y validez de estos diagnósticos. Este se define como un patrón permanente de inestabilidad emocional, en las relaciones interpersonales, afecto, autoimagen y escaso control de impulsos. Además deben cumplir cinco o más criterios según el DSM-IV-TR: esfuerzos frenéticos por evitar el abandono real o imaginado. Patrón de relaciones interpersonales intensas e inestables caracterizado por la alternancia de idealización y devaluación, alteración de la identidad; autoimagen inestable, impulsividad potencialmente dañina para sí misma (consumo de drogas, conducción temeraria, atracones de comida, conducta sexual, etc.), intentos o amenazas suicidas recurrentes o automutilación, inestabilidad afectiva debida a una notable reactividad del estado de ánimo, sentimientos crónicos de vacío, ira inapropiada o intensa con dificultad para controlarla, ideación paranoide transitoria relacionada con el estrés o síntomas disociativos graves.

En la CIE 9 no se menciona la personalidad *borderline*. Pero ya en la CIE 10 aparece bajo la denominación de personalidades emocionalmente lábiles compartiendo con el tipo impulsivo los rasgos descriptivos a los que se agregan la inestabilidad en los vínculos afectivos, el trastorno de identidad y las tendencias suicidas (3,9).

Su pronóstico suele ser inestable y con numerosas reagudizaciones manifestadas por crisis con una serie de síntomas como autolesiones, intentos de suicidio, comportamientos impulsivos, abuso de sustancias, síntomas psicóticos transitorios, entre otros, todo ello con gran carga afectiva.

Entre la etiología se barajan diferentes teorías: vulnerabilidad genética, alteración de los neurotransmisores y disfunción neurobiológica de la regulación emocional y el estrés, factores psicosociales como la negligencia o la falta de implicación emocional por parte del cuidador.

La revisión del DSM-V sugiere caracterizar los TP como “fracasos en la adaptación”, con deterioro de la identidad propia y fracaso de las relaciones interpersonales: estas características, como ya vimos, son centrales en el TLP.

Se propone una reducción de tipos, agrupando los rasgos que suelen aparecer conjuntamente en dominios, para evitar confusiones en el diagnóstico; así, según esta

reagrupación de rasgos sintomáticos, el Trastorno Límite de Personalidad se caracterizaría en la nueva formulación del DSM-V por presentar rasgos que se corresponden con los dominios de la emocionalidad negativa (labilidad, autolesiones, inseguridad de separación, ansiedad, baja autoestima y tendencia a la depresión), del antagonismo (hostilidad, agresión), la desinhibición (impulsividad) y la esquizotipia (propensión a la disociación) (10).

Es por todo lo anterior, por lo que considero, que es necesario abordar este tipo de patologías desde el ámbito de la enfermería, a través de nuevos métodos como son las terapias de 3ª generación, en concreto el Mindfulness, el cual es abalado por su eficacia en múltiples estudios como veremos más adelante.

Es el fin de este trabajo desarrollar un plan de cuidados enfermeros a través de la construcción de un proyecto de educación para la salud, que ayude a mejorar la calidad de vida de este tipo de pacientes.

PAPEL DE ENFERMERÍA EN EL ABORDAJE DEL TRASTORNO LÍMITE DE LA PERSONALIDAD (TLP):

La Enfermera de Salud Mental tiene como misión principal proporcionar los cuidados necesarios y de máxima calidad, para satisfacer las necesidades bio-psico-sociales-espirituales del paciente, garantizando tanto su participación, autonomía y dignidad, como su derecho a la intimidad y confidencialidad.

Dicha prestación de cuidados se realizará a través de una valoración previa del estado de salud o enfermedad, del paciente, basándonos en los patrones funcionales de Marjory Gordon.

Esta valoración se realizará a través de una entrevista de enfermería en la que se realizará una batería de preguntas sobre los 11 patrones funcionales de M.Gordon. (Anexo 1: valoración de enfermería).

Es frecuente encontrar en el paciente con TLP alteraciones en varios de los patrones funcionales como (26, 27):

Patrón 1 Percepción / Mantenimiento de la salud

- Escasa conciencia de enfermedad
- Rechazan cualquier intento de ayuda
- Incumplimiento terapéutico
- Uso de sustancias tóxicas (drogas)

Patrón 6 Cognitivo / Perceptivo

- Déficit de conocimientos sobre su problema, actitud y comportamientos mismo

Patrón 7 Autopercepción / Autoconcepto

- Dudas respecto a su autoimagen
- Sentimiento crónico de vacío
- Inestabilidad anímica

Patrón 9 Sexualidad/ Reproducción.

- Conductas sexuales inapropiadas
- Riesgo de embarazos no deseados
- Riesgo de padecer ETS

Patrón 8 Rol / Relaciones

- Inestabilidad de las relaciones interpersonales

- Anomalías en la comunicación en su relación con los demás
- Alteraciones conductuales que derivan en disfunción familiar

Patrón 10 Adaptación / Tolerancia al estrés

- Explosiones de ira
- Rotura de objetos o amenazas
- Pequeñas agresiones a los cuidadores
- Actos autolesivos, desde pequeñas heridas a intentos de autolisis repetidos
- Habilidades sociales deficientes
- Falta de control sobre la situación actual
- Patrones de conducta discordantes con expectativas

En este proyecto me centraré en el patrón 10 de: adaptación/tolerancia al estrés, ya que el control de la ira, la ansiedad y las emociones están muy ligadas a los beneficios de la práctica de mindfulness según recoge la bibliografía.

Es nuestra responsabilidad como Enfermeras realizar las intervenciones necesarias para mejorar la problemática que se registra en los patrones anteriormente citados. Dichas intervenciones se harán a través de la práctica de Mindfulness, adaptando las actividades de exposición teórica y práctica de meditación a las características del grupo. Las intervenciones Mindfulness se pondrán en práctica con una previa formación del personal de enfermería que las realizará, sobre teoría y práctica de la materia a trabajar.

MARCO TEÓRICO

Dada la gravedad y la complejidad del trastorno límite de personalidad, se han desarrollado distintos métodos para abordarlo, entre ellos, el que más destaca por su probada efectividad es la Terapia dialéctico conductual (TDC), la cual pertenece a las llamadas terapias de tercera generación o tercera “ola” de terapias de conducta.

Exponen los autores que la terapia conductual dialéctica o TDC está diseñada para individuos severamente disfuncionales, suicidas crónicos, y la orientación teórica de este tratamiento es una mezcla de tres posiciones: la orientación conductual, la filosofía dialéctica y la práctica Zen. Dentro de estas teorías tan distintas, la orientación conductual es contrarrestada por la aceptación del paciente extraída del Zen y la práctica contemplativa de Occidente, y el equilibrio de esos dos polos se resuelve por lo que denominan el marco dialéctico, es decir, un tener en cuenta orientaciones que aparecen como contradictorias entre sí y la búsqueda de una síntesis entre ambas (13).

Dentro de la TDC se incluyen las prácticas de mindfulness, donde cobra un sentido especial por su capacidad para aliviar el sufrimiento y encontrar sentido a la realidad, además de ayudar al aprendizaje de la regulación de las emociones, algo muy deficitario en estos trastornos.

Si bien el término Mindfulness ha emergido recientemente en occidente, se trata de un concepto promovido por técnicas meditativas orientales milenarias. Desde los años sesenta, ésta técnica meditativa se está abriendo hueco en la psicoterapia a pasos agigantados.

Mindfulness es un término inglés que se ha traducido al castellano como: atención o consciencia plena. Jon Kabat-Zinn considerado el padre de Mindfulness lo define como “prestar atención intencionadamente, en el momento presente y sin juzgar” (11). Vicente Simón, autor que ha incorporado la atención plena al ámbito de la salud mental, da otra definición más amplia: “La capacidad humana universal y básica de ser conscientes de los contenidos de la mente momento a momento” (12).

Con el fin de profundizar en la técnica Mindfulness, definiremos los conceptos básicos sobre los que se sustenta (12,31):

Atención al momento presente: Consiste en centrarse en el momento presente, en lugar de estar pendiente del pasado (rumiaciones) o del futuro (expectativas y temores).

Apertura a la experiencia: Capacidad de observar la experiencia sin interponer el filtro de las propias creencias. Observar lo que ocurre con curiosidad.

Aceptación: No juzgar los pensamientos y sentimientos que surgen en la vida cotidiana.

Dejar pasar: Prestar atención en no dejarse atrapar por ningún pensamiento, sentimiento o sensación. Tomar conciencia de los pensamientos y emociones desde una perspectiva descentrada.

Intención: Se refiere a lo que cada persona persigue cuando practica la conciencia plena.

Los mecanismos de acción de la atención plena, se entienden como las variables que hacen posible que el resultado del entrenamiento de la conciencia plena. Los describimos a continuación:

Exposición: Experimentar emociones de forma más objetiva y menos reactiva. Con esto logramos que poco a poco se incremente la tolerancia de estados emocionales que normalmente catalogamos como negativos, extinguiéndose la respuesta evitativa.

Cambios cognitivos: La práctica de Mindfulness se asocia con mejoras en la atención sostenida y en la capacidad para cambiar el foco de atención.

Autocontrol/ autorregulación: Pudiendo mejorar el reconocimiento de las señales como el dolor o la saciedad, favoreciendo la elección de respuestas consistentes en lugar de automatismos.

Integración de aspectos disociados del “self”: Como consecuencia de esta disociación, se deja de ser conscientes una parte de las emociones. Mediante la práctica de la atención plena esto disminuye.

Clarificación de valores y espiritualidad: Este enfoque meditativo incluye un conjunto de ejercicios específicos para ayudar a la persona a identificar sus valores en relación con la familia, el trabajo, la espiritualidad, etc.

Relajación: El resultado de la práctica Mindfulness a largo plazo suele ser un es-

tado de mayor relajación física y mental. Pero, a veces los fenómenos mentales que aparecen durante la práctica pueden ser aversivos.

Diversos estudios demuestran que la práctica meditativa ayuda en el tratamiento de distintas enfermedades mentales como: trastornos psicósomáticos, ansiosos y de la conducta alimentaria, ayudando a reducir las la sintomatología ansioso-depresiva.

Se ha podido constatar a través de técnicas de neuroimagen, la producción de cambios estructurales en el cerebro (neuroplasticidad), tras la práctica de la atención plena. Todo esto nos lleva a la conclusión de que, con un adecuado entrenamiento en Mindfulness, podemos ayudar a que se produzcan cambios en las estructuras y funciones de cerebrales, favoreciendo el desarrollo de nuevas neuronas y de las conexiones que hay entre ellas (32).

Uno de los estudios encontrados, realizado por el doctor Richard Davidson, del Laboratorio para la Neurociencia Efectiva (Universidad de Wisconsin), parte de la base de que las personas que suelen estar desasosegadas presentan una mayor actividad en la zona prefrontal derecha. Esto se observa de forma clara en personas ansiosas, deprimidas o en estado de hiperalerta continua. Por el contrario, las personas contentas y relajadas habitualmente, presentan mayor actividad en la zona prefrontal izquierda (32).

En el estudio ejecutado por Davidson junto con Jon Kabat-Zinn, revelaron que el grupo que había practicado Mindfulness comunicó mejoría en su estado anímico además de presentar un incremento notable de activación en la zona prefrontal izquierda. Estos cambios en la estructura y función cerebral apoyan que la práctica de la atención plena cambia el funcionamiento de nuestra mente y la percepción de la vida, mejorando la sensación de bienestar, calma, equilibrio y la capacidad de afrontar la vida de forma satisfactoria (32).

Las principales aportaciones de la práctica meditativa Mindfulness a nivel psicológico para mejorar la sintomatología ansiosa son, según Siegel (33):

- Desarrollo de la habilidad de “descentramiento”. Abre la posibilidad de ampliar las conductas habituales explorando abordajes alternativos a las situaciones cotidianas estresantes, relacionándonos con la experiencia de una manera nueva y más sana.
- Validación y aceptación de la propia experiencia, lo que facilita la detección temprana de señales físicas, emocionales y mentales del estrés.
- Desarrollo de la capacidad de autorregulación emocional. Permite a la persona responder ante los estresores de una manera más ajustada.
- Disminución de la tendencia a la “rumiación”. Mediante la práctica de la atención plena se devuelve la atención presente, lo que tiene un efecto positivo en la disminución de patrones automáticos vinculados a la ansiedad y estrés.

Respecto al uso de la TDC en el TLP, me centraré en el modelo dialéctico conductual de Marsha Linehan, la cual basa su modelo en las siguientes bases teóricas:

Bases filosóficas: la dialéctica (13).

Los autores utilizan el término “dialéctica” aplicado a la terapia con dos sentidos. Por un lado como una visión del mundo o posición filosófica, de donde parte el desarrollo de las hipótesis teóricas que explican los problemas del paciente y el tratamiento. Por otro lado como método de diálogo y de relación, de donde se derivan las estrategias usadas por el terapeuta para obtener el cambio.

La dialéctica como visión del mundo quiere decir que se enfatiza el conjunto, la interrelación y el proceso (o cambio) como características fundamentales de la realidad. Se ve el conjunto no como la mera suma de partes, ya que para analizar cada parte ha de ponérsela en relación con el todo. Por otro lado, aunque la visión enfoca el todo lo reconoce como complejo. Resalta la polaridad inherente a cada cosa o sistema, que está representada por fuerzas polares llamadas “tesis” y “antítesis”, y el proceso de cambio lleva a la “síntesis” que es el resultado de esas fuerzas. La tensión entre esas fuerzas existentes en cada sistema es lo que mueve al cambio, pero el nuevo estado no está libre tampoco de nuevas contradicciones. Por tanto el cambio es considerado continuo y esencial en la vida. Los autores toman así el término dialéctica en el sentido Hegeliano clásico.

En cuanto a la dialéctica como persuasión, dentro la relación y el diálogo entre dos personas, se refiere al uso de la persuasión para producir el cambio, basándose para ello en las oposiciones inherentes a la relación terapéutica entre el paciente y el terapeuta. Partiendo de dos posiciones contradictorias, tanto el paciente como el terapeuta pueden llegar a nuevos significados. La filosofía básica es no aceptar nunca una proposición como verdad final o indiscutible.

La aplicación de estos principios a la hora de concebir el caso lleva a los autores a pensar en éste en términos que podríamos ver como cercanos a la teoría del pensamiento complejo de Morín (14). En primer lugar conciben el caso como una *disfunción sistémica*, la cual se caracteriza porque se ve una continuidad entre la salud y la enfermedad, y ésta se ve como resultado de causas múltiples, más que de causas simples. De este modo, no hay un único factor que lleve al trastorno sino toda una gama, desde los factores constitucionales hasta los que resultan de la interacción con el entorno.

Otra suposición de la que parte esta aproximación dialéctica es que la relación entre individuo y entorno es de influencia recíproca. Siguiendo el ejemplo ofrecido en el trabajo, un niño que haya tenido un accidente puede requerir un grado de atención y dedicación por parte de sus padres que lleve al extremo los recursos que ellos puedan aportar, tras lo cual estos padres pueden llegar a invalidar o culpar al niño. Por tanto no tiene porqué ser un fallo del sistema de padres exclusivamente, sino de éstos ante una situación que los desborda. Para los autores esta visión de los hechos tiene la ventaja de no culpabilizar al poder explicar el punto de vista de cada una de las partes.

Por último, en la concepción dialéctica *la noción de conducta es más amplia que en la teoría conductista general*. Se señala que la teoría conductista divide la conducta en

verbal, motora y psicológica, y a su vez cada una de estas puede ser pública o privada. Para estos autores, estos tipos de conducta, aunque son distintos están muy interrelacionados y superpuestos. Y para ellos, además, no hay un modelo de conducta que sea intrínsecamente más importante que otro (no es necesariamente más importante la conducta motora visible, pública, que la conducta psicológica –que conlleva la vivencia fenoménica).

Teoría biosocial: la disregulación emocional (13).

Para Linehan, la autora que ha desarrollado este enfoque terapéutico, el trastorno límite consiste principalmente en *una disfunción del sistema de regulación de la emoción*, y a partir de esto, lo cual considera el núcleo de la patología y no sólo lo más sintomático o manifiesto, se dan el resto de los síntomas conductuales típicos del cuadro.

Esta disfunción a la hora de regular las emociones tiene por un lado *causas biológicas* que tienen que ver con la vulnerabilidad inicial del sujeto, por la cual es muy sensible a los estímulos emocionales. Este déficit produce dificultades en la inhibición del estado de ánimo cuando se ha de organizar una conducta independientemente de aquél, déficit para incrementar o bajar la excitación fisiológica cuando se necesita, déficit para distraer la atención de estímulos que evocan emociones no deseadas, y para experimentar emociones sin poder inhibirlas inmediatamente, o bien produciendo una emoción secundaria negativa extrema.

Por otra parte, como el nombre “biosocial” indica, para Linehan no es suficiente que se dé en el sujeto esta vulnerabilidad inicial sino que, además, éste ha de estar expuesto a un “entorno invalidante”. Las características de este entorno consisten en que niega o responde de modo no adecuado a las experiencias privadas de los sujetos. No se toman sus reacciones emocionales como válidas ante los hechos que las provocan, sino que se las trivializa, se las desprecia, se las desatiende o, incluso, se las castiga.

El resultado de todo esto es la exacerbación de la vulnerabilidad emocional del individuo, lo cual, a su vez, influye recíprocamente en el entorno invalidante. De ahí resulta la persona con TLP, que no sabe cómo etiquetar y cómo regular su excitación emocional, ni confía en sus respuestas emocionales para interpretar y juzgar los hechos.

El sujeto desconfía de sus propios estados internos, lo que le lleva a una sobredependencia de los otros, y esto a su vez impide el desarrollo de un sentido del self cohesionado. Estos tres factores, las relaciones con los demás, la capacidad para regular las propias emociones y el sentido del self estable y cohesionado, influyen recíprocamente entre sí y, por tanto quedan todos alterados.

Por último, para Linehan las conductas autolesivas de los sujetos límite se interpretan como intentos de regular el afecto, y además tienen un importante papel comunicativo en tanto que provocan conductas de ayuda en un entorno que en sí no responde empáticamente hacia ellos .

Linehan describe los modelos conductuales de los pacientes como una serie de dilemas dialécticos. Un dilema dialéctico es una dimensión bipolar en la cual el terapeuta tiene la labor de encontrar una posición más equilibrada (síntesis) que supere las anteriores oposiciones (tesis y antítesis). Estos dilemas están representados por un lado por la dimensión “factores-biológicos”, y por otro por la dimensión “entorno-invalidante” (algo que tiene mucho que ver con las series complementarias freudianas).

La autora propone tres dimensiones de conductas definidas por polos opuestos. En una primera dimensión, un paciente TLP puede oscilar entre invalidarse y culparse a sí mismo por su sufrimiento emocional, o bien culpar al resto del mundo por tratarlo injustamente. Así, la conducta suicida puede explicarse tanto como agresión a sí mismo como conducta de petición desesperada de ayuda (13).

Una segunda dimensión consiste en uno de sus polos en la tendencia biológica a la “pasividad activa”, en la cual el paciente se acerca a los demás para que le den soluciones, y en el otro polo estaría la conducta del paciente que aparenta más competencia de la que realmente tiene, porque su entorno invalidante ha exigido de él en demasía. El propio terapeuta tiende, dependiendo de la posición en que se ubique el paciente, a subestimar o bien a sobreestimar sus capacidades.

Por último, la tercera dimensión tiene en el polo biológico la tendencia del paciente a experimentar la vida como una serie interminable de crisis, y en el otro polo estaría la conducta provocada por el entorno de “aflicción inhibida” (lo que nosotros llamaríamos disociación) por la que el paciente no puede experimentar las emociones asociadas a traumas o pérdidas significativos. Como dijimos, el terapeuta trabaja en la dirección de buscar el equilibrio y la síntesis de los opuestos existentes en el sujeto.

La Terapia Dialéctico-Conductual (TDC) trabaja para mejorar 5 áreas, que por otra parte son comunes a todo tratamiento exitoso: 1) mejorar la capacidad de afrontamiento, 2) mejorar la motivación para los cambios, 3) mejorar la generalización de los cambios realizados en un área a otros aspectos de la vida cotidiana, o aquellas modificaciones realizadas en las prácticas grupales a situaciones de la vida real, 4) mejorar la capacidad y la motivación del terapeuta, 5) re-estructurar el entorno para apoyar el progreso clínico (15).

La TDC fue la primera terapia específica para el TLP sobre la que se publicaron estudios de eficacia (16). Se mostró que la TDC, en comparación con el tratamiento habitual (farmacoterapia, *counselling* y atención en urgencias), reducía de forma efectiva las conductas autolesivas, la ira, el ajuste social, las hospitalizaciones y las visitas al servicio de urgencias, y aumentaba la adherencia al tratamiento. Esta reducción de conductas autolesivas era tanto en frecuencia como en el riesgo de estas. Además los datos mostraron que los logros obtenidos en los estudios continuaban un año después de la finalización del tratamiento. (17). En este estudio, sin embargo, no hubo diferencias con el tratamiento habitual en la reducción del afecto negativo o las ideas de desesperanza. Estos datos se confirmaron en tres trabajos posteriores, que tuvieron, no obstante, mayores tasas de abandono que el trabajo original (18,19,20).

Los resultados de eficacia han sido replicados recientemente por la investigadora Marsha Linehan y colaboradores (21) en un diseño de seguimiento de dos años, donde muestra que la TDC es más eficaz que una terapia no conductual aplicada por psicoterapeutas expertos para reducir los intentos de suicidio, las automutilaciones, las visitas a urgencias y el número de hospitalizaciones de estos pacientes.

Recientemente, algunos estudios muestran que versiones abreviadas de la TDC pueden resultar efectivas en la reducción de síntomas (22,23).

Otro trabajo de comparación de la TDC con el tratamiento habitual halló que ésta era más eficaz para reducir la frecuencia y la gravedad de los actos violentos de un grupo de pacientes adultos internos con trastorno límite de personalidad y además demostró una disminución en las puntuaciones de ira y hostilidad física y verbal (24).

También se realizó un estudio de comparación de la TDC y la Terapia Centrada en el Cliente en el cual se obtuvieron mejores resultados en la TDC, en la reducción de las conductas autolesivas e impulsivas, así como en las medidas de ideación suicida, ira, inestabilidad emocional, depresión y ansiedad en pacientes con trastorno límite de personalidad (25).

A pesar de los resultados prometedores, aún son necesarios estudios de seguimiento a largo plazo, que comparen la TDC con otras terapias estructuradas y específicas para el TLP (26).

HIPÓTESIS Y OBJETIVOS DEL ESTUDIO

HIPÓTESIS:

Los pacientes que participan en el proyecto de educación para la salud a través del Mindfulness, reducen sus puntuaciones en las escalas STAI y STAXI-2 al finalizar el mismo, disminuyendo las alteraciones que presentan en el patrón funcional 10 de adaptación/tolerancia al estrés.

OBJETIVO PRINCIPAL:

- Comprobar si existe correlación entre la instrucción en Mindfulness mediante el proyecto de educación para la salud y la disminución de las alteraciones presentes en el patrón funcional 10 (adaptación/tolerancia al estrés) en los pacientes que participan en el mismo.

OBJETIVOS SECUNDARIOS:

- Corroborar si existe correlación entre la práctica de Mindfulness y la reducción de los niveles de ansiedad a través de la escala STAI al finalizar el proyecto educativo.
- Evidenciar si existe correlación entre la práctica de Mindfulness y la disminución del sentimiento, expresión verbal y expresión física de la ira a través de la

escala STAXI-2 al finalizar el proyecto educativo.

- Demostrar mediante la verbalización de los pacientes y a través del cuestionario FFMQ, que han aprendido a observar sus emociones e identificarlas, mejorando así su capacidad de auto-indagación, durante las sesiones de EpS y al finalizar el proyecto educativo.
- Probar a través de la verbalización de los pacientes que han adquirido habilidades para realizar las diferentes técnicas de meditación Mindfulness, al finalizar el proyecto educativo, mediante herramientas de medida subjetiva y el cuestionario FFMQ

METODOLOGIA

DISEÑO:

Se trata de un estudio cuasi-experimental, longitudinal, prospectivo, con intervención y valoración pre y post test. El grupo a estudio o grupo experimental, realizará la función de grupo control en el estudio pre test.

El muestreo será no probabilístico por conveniencia, ya que se seleccionará la muestra por parte del personal sanitario en las diferentes unidades ambulatorias de hospital de día.

Se realizará en unidades ambulatorias de hospital de día, ya que se trata de dispositivos en los que se realizan tratamientos intensivos de duración mínima de 6 meses y máxima 2 años, lo cual nos garantiza que el paciente permanezca en la totalidad de la duración del proyecto. Además, la finalidad de este tipo de dispositivos es ofrecer tratamientos rehabilitadores desde un equipo multidisciplinar, que ayude al paciente a recuperar las capacidades y habilidades necesarias que les permitan integrarse en la comunidad con un funcionamiento lo mas normalizado posible. Es por esto que lo considero el medio ideal para llevar a cabo el proyecto, ofreciendo a los pacientes un espacio grupal dirigido por enfermería, que contribuya junto al tratamiento multidisciplinar, en la mejora de la calidad de vida de estos pacientes.

Los grupos estarán formados entre 8-10 pacientes en los que se realizará el programa de educación para la salud (EpS) basado en la TDC mediante las técnicas Mindfulness.

POBLACIÓN DIANA

Todos los pacientes diagnosticados de trastorno límite de la personalidad y que acuden para su tratamiento rehabilitador a unidades ambulatorias de hospital de día en la Comunidad de Madrid. Los datos para los criterios de inclusión y exclusión se recogerán a partir de los datos de las historias clínicas, incluyendo la entrevista de valoración de enfermería.

CRITERIOS DE INCLUSIÓN

- o Hombres y mujeres diagnosticados de trastorno límite de la personalidad.
- o Edad: 18-65 años
- o Que se comprometan a acudir al menos al 80% de las sesiones.
- o Ser usuarios de dispositivos rehabilitadores de hospital de día.
- o Firmar el consentimiento informado de la participación en el estudio.
- o Saber leer y escribir.
- o Tener alteración del patrón 10 adaptación/tolerancia al estrés.

CRITERIOS DE EXCLUSIÓN:

- o Aquellas personas que estén recibiendo otra psicoterapia de TDC.
- o Haber participado en otro estudio de TDC previo a los últimos 3 meses.
- o Haber iniciado el tratamiento en hospital de día en un periodo de tiempo inferior a 3 meses.
- o Consumo activo de tóxicos.
- o Descompensación psicopatológica.
- o Intentos autolíticos o actos autolesivos en los 3 últimos meses.

VARIABLES DEL ESTUDIO:

| VARIABLES | TIPO DE VARIABLE | ESCALA DE MEDIDA: | INSTRUMENTO DE MEDIDA: |
|----------------------------------------------------------------|----------------------|------------------------------|-----------------------------------------------------------|
| Programa EPS | Independiente | - | - |
| Nivel de ansiedad | Dependiente | Cuantitativa discreta | STAI |
| Adaptación/ tolerancia al estrés | Dependiente | Cuantitativa discreta | STAI |
| Expresión de la ira | Dependiente | Cuantitativa discreta | STAXI-2 |
| Control de la Ira | Dependiente | Cuantitativa discreta | STAXI-2 |
| Capacidad de auto-indagación | Dependiente | Cualitativa ordinal | Encuesta de satisfacción y guión observación. FFMQ |
| Habilidades en el manejo de las técnicas de Mindfulness | Dependiente | Cualitativa ordinal | Encuesta de satisfacción y guión observación. FFMQ |

| | | | |
|-----------------------------|-------------------------|----------------------------|-------------------------|
| Edad | Sociodemográfica | Cuantitativa discreta | Historia Clínica |
| Genero | Sociodemográfica | Cualitativa nominal | Historia Clínica |
| Estado civil | Sociodemográfica | Cualitativa nominal | Historia Clínica |
| Nivel de estudios | Sociodemográfica | Cualitativa ordinal | Historia Clínica |
| Nivel socioeconómico | Sociodemográfica | Cualitativa ordinal | Historia Clínica |
| Situación laboral | Sociodemográfica | Cualitativa nominal | Historia Clínica |
| Pais de origen | Sociodemográfica | Cualitativa nominal | Historia Clínica |

INSTRUMENTOS DE EVALUACIÓN:

En este proyecto se utilizarán una serie de herramientas para medir los resultados que queremos obtener a través del proceso educativo de Mindfulness. Estas herramientas son tres cuestionarios FFMQ, STAI y STAXI-2, un guion de observación y una encuesta de satisfacción, explicados en mayor profundidad en los siguientes apartados:

STAI:

La **escala de ansiedad/rasgo (STAI)**, es un cuestionario destinado a la evaluación del nivel actual de ansiedad y la predisposición de la persona a responder al estrés. Se evalúa:

- **La ansiedad estado (A/E):** se describe como un estado o condición emocional transitoria del ser humano que se caracteriza por sentimientos subjetivos de tensión y aprensión, así como hiperactividad del Sistema Nervioso Autónomo. Puede variar con el tiempo y fluctuar en intensidad.
- **La Ansiedad rasgo (A/R):** consiste en una propensión ansiosa relativamente estable que diferencia a los individuos en su tendencia a percibir las situaciones como amenazadoras y a elevar, consecuentemente, su ansiedad estado (A/E). la ansiedad rasgo es similar a los constructos llamados “motivos” o “disposiciones que permanecen latentes hasta que son activadas por algunos estímulos de la situación”, o bien “disposiciones comportamentales adquiridas”

La escala A/E se puede utilizar para medir los niveles de ansiedad provocados por procedimientos experimentales de inducción de ansiedad o como índice del nivel de “impulso”. También puede ser un indicador de los efectos de técnicas de relajación.

La variable A/R puede utilizarse en la investigación para seleccionar sujetos con diferente predisposición a responder al estrés psicológico con diferentes niveles de intensidad del estado. También puede ser útil para identificar a personas con riesgo de padecer trastornos de ansiedad.

El STAI fue diseñado para la auto aplicación y puede ser administrado de forma individual y colectiva. Las instrucciones necesarias para cada una de las partes están impresas en el Ejemplar. Conviene que el examinador lea en voz alta las instrucciones mientras los evaluados lo hacen en silencio.

Aunque los ítems se refieren claramente a ansiedad, es preferible no emplear este término y referirse al STA como “Cuestionario de autoevaluación”.

La validez del STAI se basa en que el evaluado entienda claramente las instrucciones referentes al Estado y reflejen sus impresiones sobre lo que siente “en ese momento”, mientras que la parte de Rasgo anote lo que siente “en general”.

Las puntuaciones de las dos escalas del STAI pueden variar desde 0 hasta 60 puntos. En la elaboración del STAI se han intercalado los ítems directos e inversos para evitar el efecto de aquiescencia.

El cuestionario consta de 40 ítems en los que el paciente contesta teniendo en cuenta que 0 = nada, 1 = algo y 2= bastante, 3= mucho.

STAXI-2

La escala STAXI-2 (*State-Trait Anger Expression Inventory*) o Inventario de Expresión de Ira Estado/Rasgo, de Spielberger es un autoinforme de aplicación individual o colectiva que tiene como objetivo la evaluación de la experiencia, la expresión y el control de la ira, en adolescentes y adultos.

Estado y Rasgo de Ira

Conceptualmente, la experiencia de la ira, tal como se mide en el STAXI-2 implica dos componentes principales: el estado de ira y el rasgo de ira. El estado de ira se define como una situación o condición emocional psicobiológica caracterizada por sentimientos subjetivos que pueden variar desde un moderado enfado o fastidio hasta una intensa furia o rabia.

La ira, en cuanto estado emocional psicobiológico, va unida generalmente a tensión muscular y a excitación de los sistemas neuroendocrino y nervioso autónomo. A lo largo del tiempo, la intensidad del estado de ira varía en función de la injusticia percibida, de los ataques o trato injusto por parte de los demás o de la frustración derivada de los obstáculos a la conducta pretendida.

El rasgo de ira se caracteriza por las diferencias individuales al percibir un amplio rango de situaciones como enojosas o frustrantes y por la tendencia a responder a tales situaciones con incremento del estado de ira. Los sujetos con altas puntuaciones en rasgo de ira experimentan estados de ira más frecuentes y con mayor intensidad que los sujetos con un rasgo de ira más bajo.

Expresión y Control de la ira

Se considera que en la expresión y el control de la ira, tal y como es conceptuali-

zada en el STAXI-2, se dan cuatro componentes principales. El primer componente, Expresión Externa de la Ira, implica la manifestación de la ira hacia otras personas u objetos del entorno. El segundo componente, Expresión Interna de la Ira, consiste en dirigir la ira hacia el interior (esto es, reprimiendo los sentimientos de ira). El tercer componente, Control Externo de la Ira, se basa en el control de los sentimientos de enfado evitando su manifestación ante otras personas u objetos circundantes. Finalmente, el cuarto componente, Control Interno de la Ira se relaciona con el control de los sentimientos de ira suprimidos mediante el sosiego y la moderación en las situaciones enojosas.

El STAXI-2 revisado, con 57 ítems, consta de seis escalas, cinco subescalas y un Índice de Expresión de la Ira que ofrece una medida general de la expresión y control de la Ira. No han sufrido variación tres de las cinco escalas del STAXI original: Rasgo de Ira (R), Expresión Externa de Ira (Exp/Ext) y Expresión Interna de Ira (Exp/Int). Tampoco se han modificado las dos subescalas de R: la de Temperamento de Ira (R/Temp) y Reacción de Ira (R/Reacc).

El Inventario STAXI-2 consta de seis escalas y cinco subescalas:

1. Estado de ira: Valora estos tres componentes:

- Sentimiento: Mide la intensidad de los sentimientos de ira experimentados por una persona en un momento determinado
- Expresión verbal: Mide la intensidad de los sentimientos actuales relacionados con la expresión verbal de la ira
- Expresión física: Mide la intensidad de los sentimientos actuales relacionados con este componente

2. Rasgo de Ira: Se valora la frecuencia con la que el sujeto experimenta sentimientos de ira a lo largo del tiempo, a través de estas dos escalas:

- Temperamento de ira: Mide la disposición a experimentar ira sin una provocación específica.
- Reacción de ira: Valora la frecuencia con la que el sujeto experimenta sentimientos de ira en situaciones que implican frustración o evaluaciones negativas.

3. Expresión externa de ira: Evalúa la frecuencia con que los sentimientos de ira son expresados verbalmente o mediante conductas agresivas físicas

4. Expresión interna de ira: Se centra en la frecuencia con la que los sentimientos de ira son experimentados pero no expresados.

5. Control externo de ira: Valora la frecuencia con la que la persona controla la expresión de los sentimientos de ira evitando su manifestación hacia personas u objetos del entorno

6. Control interno de ira: Registra la frecuencia con la que la persona intenta controlar sus sentimientos de ira mediante el sosiego y la moderación en las situaciones enojosas

El STAXI-2 también incluye un Índice de expresión de ira (IEI) al que se llega desde

24 ítems de las diferentes escalas.

El Inventario STAXI-2 consta de 49 ítems a los que se responde con cuatro alternativas de respuesta:

- No en absoluto / Casi nunca
- Algo / Algunas veces
- Moderadamente / A menudo
- Mucho / Casi siempre.

FFMQ (FIVE FACETS OF MINDFULNESS QUESTIONNAIRE):

Este cuestionario tiene como objetivo la evaluación de la capacidad del sujeto de estar atento y consciente de la experiencia del momento.

El Cuestionario FFMQ evalúa cinco facetas de mindfulness, a saber: Observación, descripción, actuando con consciencia, no juzgar y no reactividad a la experiencia interna.

GUIÓN DE OBSERVACIÓN:

Mediante este instrumento se evaluarán: los recursos estructurales; el manejo del tiempo y de los contenidos por parte del educador; técnicas educativas utilizadas; la participación y clima en la dinámica grupal.

Además se utilizará para el registro en las rondas grupales y durante la sesión de las frases y momentos significativos que surjan.

También servirá para la formulación de juicios y toma de decisiones para las siguientes sesiones (Anexo 2: Guía de Observación).

Para medir los resultados de proceso se utilizará en cada sesión, el control de asistencia y guión de observación.

ENCUESTA DE SATISFACCIÓN:

Por último para la medición de los resultados en la estructura, se utilizará esta encuesta en la que se realizara una batería de preguntas a los participantes para valorar su grado de satisfacción respecto al proyecto educativo y otros datos de interés para el investigador. (Anexo 3: Encuesta de Satisfacción).

RECURSOS HUMANOS Y MATERIALES:

- **Tiempo:** 1 hora y media semanal (1 sesión/semana).
La duración del proyecto de educación para la salud, es de trece sesiones, aproximadamente tres meses y medio.
- **Lugar:** sala de terapia acondicionada con sillas y colchonetas.

- **Recursos materiales:** folios, bolígrafos, libretas, tijeras, pegamento, rotafolios, ordenador, proyector y equipo de música, colchonetas, mantas, sillas y mesas.
- **Recursos humanos:** 2 DUE's. Uno realizará el rol de educador y el otro de observador (cumplimentando el guion del observador), pudiendo alternarse.

Rol educador:

• **Funciones:** Preparar, antes de la sesión educativa y gestionar, en la propia sesión educativa:

- o La tarea (incluye las técnicas y actividades educativas aplicadas a cada contenido y adaptadas al grupo: lenguaje claro, ejemplos cotidianos...)
- o El tiempo.
- o El espacio (condiciones físicas en que se desarrolla el proceso educativo)
- o El clima en el grupo (como producto de las relaciones entre educador o educadora y educandos entre sí)
- o Los recursos.

• **Actitudes:** Se puede hablar de algunas actitudes básicas, generales, y de otras más concretas.

- o *Básicas:*
 - Congruencia (adecuación entre lo que sentimos, pensamos y expresamos)
 - Aceptación (no manipular a las otras personas, sino aceptar al otro tal como es)
 - Empatía (colocarnos en el lugar de otras personas y manifestar deseo de ayuda)
- o *Más concretas:* Suelen relacionarse con el clima que se crea en el grupo, que puede ser tolerante o defensivo, que facilita o no el aprendizaje.

Climas defensivos

Juicio
Control
Rigidez
Certeza
Distancia
Superioridad
Subordinación

Climas tolerantes

Descripción
Orientación
a los problemas
Espontaneidad
Problematicidad
Relación
Paridad
Autoridad de "servicio"

- **Habilidades:**

- o Generales:
 - Escucha activa.
 - Comprensión empática.
 - Asertividad.
 - Autocontrol emocional.
 - Manejo de conflictos.
 - Negociación.
- o Relacionadas con el manejo de grupos:
 - Resumir y devolver.
 - Ayudar a pensar.
 - Reforzar positivamente.
 - Manejo de discusiones.
 - Encauzar e impulsar la tarea.
 - Dar respuesta a las necesidades planteadas por los grupos.
- o Relacionadas con la tarea:
 - Manejo de las técnicas educativas y de recursos.

Técnicas de educación para la salud (29,30):

— **Técnicas de investigación en aula:** son útiles para expresar, reflexionar, organizar y compartir conocimientos, experiencias y sentimientos, sirviendo en general como punto de partida para trabajos posteriores de análisis, contrastar con otras informaciones, etc.

Utilizaremos esta técnica en la ronda grupal donde los pacientes expresaran como se han sentido durante las sesiones Mindfulness y durante la realización de ejercicios Mindfulness en casa.

Abordan sobre todo los objetivos y contenidos del área afectiva de la persona, aunque también la cognitiva y la de habilidades.

— **Técnicas expositivas:** son útiles para la transmisión, contraste y reorganización de conocimientos, informaciones, modelos, teorías o estudios. Aborda sobre todo los conocimientos, hechos y principios, dentro del área cognitiva, aunque también las habilidades cognitivas. Las técnicas expositivas deberían tener una duración máxima de 20 minutos.

- **Técnicas para el desarrollo de habilidades:** se utilizarán para entrenar habilidades concretas y desarrollar la capacidad de actuar, de comportarse en situaciones reales, etc.

Trabajan fundamentalmente el área de las habilidades o capacidades, sobre todo psicomotoras, personales y sociales, aunque también cognitivas.

Utilizaremos esta técnica cuando realicemos los ejercicios de meditación Mindfulness.

- **Otras técnicas fuera de aula:** ejercicios para realizar en casa. En cada sesión se entregarán tareas para casa de Mindfulness para que lo pacientes puedan practicar en su día a día y así desarrollar nuevas habilidades que les ofrezcan bienestar y mejoren su calidad de vida.

DESARROLLO DE LAS SESIONES:

El proyecto consta de 11 sesiones teórico-prácticas que abarcan todas las áreas relevantes de la técnica de meditación Mindfulness y que están divididas en 4 bloques (Anexo 4: guión de sesiones). Además se realizarán 2 sesiones extras pre-proyecto y post-proyecto para realizar los cuestionarios FFMQ, STAI y STAXI-2 y la encuesta de satisfacción.

En cada sesión: se utilizarán los primeros 5 minutos para realizar una ronda ¿Qué tal? (como se sienten aquí y ahora).

Los siguientes 15-20 minutos serán para dar espacio a hablar de la sesión previa y las posibles dudas que hayan tenido, así como compartir con el resto del grupo su experiencia durante la semana durante la realización del ejercicio semanal de Mindfulness.

A continuación durante 20-25 minutos, se dedicará a trabajar sobre la parte teórica del tema a tratar en la sesión, utilizando las diferentes técnicas descritas anteriormente y resolviendo las dudas que vayan surgiendo.

Después 30 minutos más para la práctica de la meditación formal.

Últimos 5 minutos otra ronda ¿Qué tal? (como se sienten aquí y ahora después de la sesión) y para finalizar 5 minutos para entregar y explicar los ejercicios Mindfulness que deberán realizar durante el resto de la semana.

Los ejercicios Mindfulness se basarán en meditaciones informales para poder realizarlas en el día a día y que estarán relacionadas con la base teórica de la sesión que se haya expuesto esa semana, como por ejemplo:

- Permanecer una vez al día en silencio observando la respiración, prestando atención a si hay algún cambio antes y después de hacerlo.
- Practicar la “ducha consciente”, centrando la atención en todos los elementos de la ducha (jabón, temperatura del agua, partes del cuerpo...).
- Practicar una “comida consciente”, atendiendo al sabor y textura de los alimentos., temperatura, olor...etc.
- Atender a las sensaciones corporales cuando se perciba algún dolor o molestia, observando las características del mismo, sin juzgarlo y aceptándolo.
- Dedicar unos minutos a permanecer en silencio y prestar atención a una emoción, poniendo en práctica el desarrollo de los siete peldaños del equilibrio emocional.

BLOQUE 1

SESION PRE-PROYECTO, 1ª Y 2ª SESION: INICIACION AL MINDFULNESS

Contenidos:

- Explicar en qué consiste el proyecto de EpS y entregar la información por escrito.
- Entrega y firma del consentimiento informado.
- Entregar y cumplimentar cuestionarios STAI y STAXI-2 y FFMQ.
- Realizar contrato formativo.
- Explicar los conceptos básicos de la definición de Mindfulness. (Técnica expositiva)
- Informar sobre la evidencia científica y los beneficios de la práctica de MF y los mecanismos de acción de la ansiedad y el estrés. (Técnica expositiva)
- Explicar los mecanismos de acción de la atención plena que se entienden como las variables que hacen posible el resultado del entrenamiento de la conciencia plena.
- Exponer la forma correcta de realizar la meditación y explicar los tipos de meditación formal e informal. (Técnica expositiva).
- Entregar ejercicios sobre mindfulness y trabajar sobre ellos en las sesiones.
- Iniciar la práctica con meditaciones sencillas (Técnicas del desarrollo de habilidades).

BLOQUE 2

3ª,4ª Y 5ª SESIONES: LA ACTITUD ADECUADA

Contenidos:

- Explicar cuales son las actitudes en las que se basa el Mindfulness. (Técnica expositiva)
- Informar de forma mas profunda mediante una técnica expositiva, cada una de las actitudes: aceptar, soltar, abstenerse a juzgar, curiosidad, amor y el presente, en las diferentes sesiones.(T. Expositiva).
- Trabajar sobre las diferentes actitudes mediante la practica de la meditación (Técnicas de desarrollo de habilidades).
- Trabajar sobre la actitud hacia el futuro y el pasado:¿Qué hacer ante las evocaciones que aparecen?. Realidad del pasado como una actividad mental que no es la realidad de lo que acontece en el ahora. (T.Expositiva)
- Trabajar sobre las rumiaciones ligadas a pensamientos pasados y futuros , como las anticipaciones a sucesos que aun no han ocurrido. (T.Expositiva)
- Entregar ejercicios sobre la práctica de mindfulness y trabajar sobre ellos teniendo en cuenta las experiencias de los pacientes al realizarlos. (Técnicas de investigación en aula)

BLOQUE 3

6ª, 7ª, 8ª y 9ª SESION: CONECTANDO CON UNO MISMO

Contenidos:

- Se abordarán conceptos sobre emociones, pensamientos y sentimientos que se vehiculizan a través del cuerpo como un sistema continuo mente-cuerpo. (T.Expositiva).
- Se trabajará a través de la meditación el chequeo corporal para aprender a conectar con las sensaciones corporales.
- Explicar en que consisten las emociones y su origen, basándonos en la evidencia científica. (Técnica expositiva)
- Exponer alternativas al manejo inadecuado de las emociones. (Técnica expositiva)
- Trabajar sobre la identificación de emociones. (Técnica expositiva)
- Profundizar en los conceptos de compasión y autocompasión ligado a los sentimientos de culpa. (Técnica expositiva)
- Explicar la evidencia científica sobre la inteligencia cardiaca. (T.Expositiva)
- Trabajar sobre la coherencia cerebro-corazón, ser coherente con lo que uno piensa y actuar en consecuencia. (T.Expositiva)
- Entregar ejercicios sobre la practica de mindfulness y trabajar sobre ellos teniendo en cuenta las experiencias de los pacientes al realizarlos. (Investigación en aula)
- Realizar meditaciones que trabajen sobre los contenidos teóricos. (T. Desarrollo de habilidades).

BLOQUE 4

10ª, 11ª Y SESION POST-PROYECTO: MEDITADOR AUTONOMO

Contenidos:

- Explicar en profundidad los conceptos de los símbolos de la luz y el espacio (Expositiva) y trabajar sobre ellos a través de la practica de la meditación (Desarrollo de habilidades).
- Exponer de forma teórica la experiencia de vivir el presente (T.Expositiva) y ponerlo en práctica a través de la meditación (T.Desarrollo de habilidades).
- Poner en práctica otras formas de meditación, como la meditación en movimiento. (T.Desarrollo de habilidades)
- Resumir en rasgos generales las sesiones realizadas.(T.Expositiva)
- Poner en común las vivencia de cada participante en el proyecto.(T.Investigacion en aula)
- Entrega de cuestionarios STAI, STAXI-2, FFMQ y encuesta de satisfacción.
- Cierre del grupo.

ASPECTOS ÉTICOS

Los objetivos del presente trabajo de investigación se darán a conocer al comité ético de dirección y de investigación de los hospitales de día, solicitando su autorización para poder llevar a cabo el proyecto y siguiendo los requisitos éticos generales de la declaración de Helsinki, de 1960.

Los participantes serán debidamente informados de antemano sobre el objetivo del estudio y cómo se desarrollará. También se explicará la implicación que se espera obtener de ellos.

Se explicará que todos los datos que el participante nos facilite o que el equipo profesional recabe de la investigación serán tratados de forma confidencial, guardando el anonimato en la publicación posterior de los resultados de la investigación. Ello se hará mediante la asignación de un número de identificación a cada participante, y un acceso restringido a las bases de datos de la investigación. De este modo respetaremos las normas internacionales de protección de datos y la legislación española vigente (Ley Orgánica 15/1999 del 13 de diciembre de Protección de Datos de Carácter Personal; el Real Decreto 1720/2007 del 21 de diciembre por la que se aprueba el Reglamento de Desarrollo de la Ley Orgánica 15/1999; y la Ley 41/2002 del 14 de noviembre, básica reguladora de la Autonomía del Paciente y de Derechos y Obligaciones en Materia de Información y Documentación Clínica).

Se informará a los participantes de los derechos de acceso, rectificación, cancelación y oposición a participar durante la duración de la recogida de datos.

La decisión de la participación en la investigación será voluntaria y libre, existiendo la posibilidad de abandonar tanto la investigación como la cumplimentación de los cuestionarios en el momento en que el participante lo decida, sin que su decisión afecte al trato que reciban.

Ante cualquier duda que surja, los participantes podrán ponerse en contacto con el coordinador del Trabajo de Investigación.

El anonimato se obtendrá siguiendo los siguientes puntos:

- ✓ Los datos personales se registrarán en un formulario a parte y se asignará un código que permitirá contrastar los datos.
- ✓ Dicho código permitirá acceder, rectificar y cancelar los datos en el momento que los participantes estimen conveniente.
- ✓ Los datos de identificación serán guardados en un lugar donde sólo pueda acceder el personal de la investigación.
- ✓ Los datos personales no serán guardados de manera informática, excepto aquellos que sean requeridos para la investigación.
- ✓ Los datos personales serán destruidos una vez se haya finalizado la investigación.
- ✓ Los participantes podrán acceder a los resultados generales de la investigación una vez finalizada esta, y nunca se aportarán datos individuales.

FUTURAS LÍNEAS DE INVESTIGACIÓN

- Comparación de los resultados obtenidos a través del proyecto educativo basado en Mindfulness con otras terapias como:
 - o Terapia Focalizada en la Transferencia (*Transference-Focused Psychotherapy*)
 - o Terapia Basada en la Mentalización (*Mentalization Based Therapy, MBT*).
 - o Terapia de Aceptación y Compromiso (ACT)
- Comprobar si los efectos positivos obtenidos de la práctica de Mindfulness perduran en el tiempo, una vez finalizado el proyecto educativo.

BIBLIOGRAFÍA

1. José Jaime Melendo Granados; Carolina Cabrera Ortega- Guía del Trastorno Límite de la Personalidad (guía del profesional).Consejería de Sanidad - D. G. de Coordinación de la Asistencia Sanitaria. Madrid, 2009.
2. Álvarez Tomás I. Guía de práctica clínica sobre trastorno límite de personalidad. Barcelona: Àgencia d'Informació, Avaluació i Qualitat en Salut;2011.
3. Roberto Aldo Conti y Juan Carlos Stagnaro. Personalidad limite. VERTEX Rev. Arg. de Psiquiat. 2004, Vol. XV: 267-273.
4. Lansier C, Olivier-Martin R. Personnalités pathologiques.Encycl Méd Chirurgicale, Psychiatrie, Elsevier, Paris.1993; 37-320-A-10.
5. Hughes C. Borderline psychiatric records. Prodromal symptoms of physical impairments. Alienist and Neurologist.1884, 5:85.
6. Stern A. Psychoanalytic investigation of therapy in the borderline neurosis. Psychoanal Quarterly, 1938, 7, 467.
7. DSM-III. Manual diagnóstico y estadístico de los trastornos mentales. American Psychiatric Association, Barcelona, 1983.
8. DSM IV TR. Manual diagnóstico y estadístico de los trastornos mentales. American Psychiatric Association, Barcelona, 1999.
9. OMS. Clasificación internacional de las enfermedades CIE-10. Madrid, 1995
10. American Psychiatric Association. DSM-5. Manual diagnóstico y estadístico de los trastornos mentales. Editorial Médica Panamericana. 2014.
11. Kabat-Zinn J. Wherever to go, there you are, Hyperion. New York. 1994
12. Simon, V. Aprende a practicar mindfulness. 5ªed. Barcelona. Sello Editorial, SL. 2011
13. Díaz Benjumea M.D. El enfoque terapéutico de Marsha Linehan en los trastornos borderline: Revista Aperturas Psicoanalíticas. 2003; N°13, www.aperturas.org.
14. Morin, E. Introducción al pensamiento complejo, Barcelona: Gedisa, 1997.2. 1990.

15. Nieto, M. O. (12 de JUNIO de 2015). *Fichas de Psicoterapia Manualizables*. Obtenido de CONSEJO GENERAL DE PSICOLOGIA DE ESPAÑA: <http://www.madrid.org/>
16. Linehan, M. M, Armstrong, H. E., Suarez, A., All- mon, D. y Heard, H. L. Cognitive-beha- vioral treatment of chronically parasuicidal bor- derline patients. archives of general psychiatry. 1991; 48(12), 1060-1064.
17. Linehan, M. M, Heard, H. L. y Armstrong, H. E. Naturalistic follow-up of a be- havioral treatment for chronically parasuicidal border- line patients. archives of general psychiatry. 1993; 50(12), 971-974.
18. Bohus, M., Haaf, B., Simms, T., Limberger, M. F., Schmahl, C., Unkel, C. y Linehan, M. M. Effectiveness of inpatient dialectical behavioral therapy for borderline personality disorder: a controlled trial. Behav Res Ther. 2004; 42(5), 487-499.
19. Koons, C. R., Robins, C. J., Lindsey Tweed, J., Lynch, T. R., Gonzalez, A. M., Morse, J. Q., et al. Ef cacy of dialectical behavior therapy in women veterans with bor- derline personality disorder. Behav Res Ther. 2001; 32(2), 371-390.
20. Verheul, R., Van Den Bosch, L. M. C., Koeter, M. W. J., De Ridder, M. A. J., Stijnen, T. y Van Den Brink, W. Dialectical behaviour therapy for women with borderline personality disor- der: 12-month, randomised clinical trial in The Netherlands. Brit J Psychiat: the journal of mental science. 2003;182, 135-140.
21. Linehan, M. M., Comtois, K. A., Murray, A. M., Brown, M. Z., Gallop, R. J., Heard, H. L., et al. Two-year randomized controlled trial and follow-up of dialectical be-havior therapy vs therapy by experts for suicidal behaviors and borderline personality disorder. Arch Gen Psychiat. 2006; 63(7), 757-766.
22. Pasieczny, N., y Connor, J. The effectiveness of dialectical behaviour therapy in routine public mental health settings: an Australian controlled trial. Behav Res Ther. 2011; 49(1), 4-10.
23. Stanley, B., Brodsky, B., Nelson, J. D. y Dulit, R. Brief Dialectical Behavior Thera- py (DBTB) for Suicidal Behavior and Non-Suicidal Self Injury. Arch Suicide Res. 2007;11(4), 337-341.
24. Evershed, S., Tennant, A., Boomer, D., Rees, A., Barkham, M., Watson, A. Prac- tice-based outcomes of dialectical behaviour therapy (DBT) targeting anger and violence, with male forensic patients: a pragmatic and non-contemporaneous comparison. CBMH. 2003;13, 198-213.
25. Ralph M. Turner. Naturalistic evaluation of dialectical behavior therapy-oriented treatment for borderline personality disorder. Cogn Behav Pract, Volume 7, Issue 4, Autumn 2000, Pages 413-419
26. Kliem, S., Kröger, C. y Kosfelder, J. Dialectical behavior therapy for borderline personality disorder: a meta-analysis using mixed-effects modeling. J Consult Clin Psychol. 2010; 78(6), 936-951.
27. Pilar Caminero Luna y Carmen Castelo Sardina. Manual de procedimientos de enfermería de Salud Mental Comunitaria en la Comunidad de Madrid. Planifica-

- ción estratégica. Obtenido de Consejería de Sanidad - D. G. de Coordinación de la Asistencia Sanitaria . <http://www.madrid.org/>.Madrid, 2011.
28. José Jaime Melendo Granados; Carolina Cabrera Ortega- Guía del Trastorno Límite de la Personalidad (guía del profesional).Consejería de Sanidad - D. G. de Coordinación de la Asistencia Sanitaria. Madrid, 2009.
 29. Sánchez Suárez JL, Benito Herranz L,Hernández Navarro A, López Palacios S, Soto Díaz S, Herrero Vanrell P, et al. Recomendaciones metodológicas básicas para elaborar un proyecto educativo. Madrid: Instituto Nacional de la Salud; 1999.
 30. Rochon A. Educación para la salud. Guía práctica para la realizar un educativo proyecto. Barcelona: Masson; 1991.
 31. Kabat-Zinn, J. Mindfulness para principiantes. 4º ed. Barcelona. Editorial Kairós. 2015.
 32. Davidson RJ, PhD, Kabat-Zinn J, et al. Richard J. Alterations in Brain and Immune Function Produced by Mindfulness Meditation. *Am J Psych.* 2003; 65:564-570.
 33. Siegel, D. Cerebro y mindfulness. Barcelona: Paidós; 2010.

ANEXOS

Anexo 1: Valoración de enfermería por patrones funcionales de M.Gordon. (Pilar Caminero Luna y Carmen Castelo Sardina. Manual de procedimientos de enfermería de Salud Mental Comunitaria en la Comunidad de Madrid. Planificación estratégica)

1. PATRÓN DE PERCEPCIÓN-MANTENIMIENTO DE LA SALUD:

Alergias:

Antecedentes: Psíquico Físico

Signos vitales: TA: FC: FR: SatO2: % T^a

Hábitos tóxicos: Tabaco Alcohol Drogas

Aspecto general: Adecuado Descuidado Extravagante

Actitud frente a su enfermedad:

Aceptación Indiferencia Rechazo Sobrevaloración

Conoce su tratamiento: Sí No

Conciencia de enfermedad: Sí No Parcial

Adherencia al tratamiento: Sí No

Autonomía: Sí No

Tratamiento farmacológico:

2. PATRÓN NUTRICIONAL METABÓLICO:

Peso: Talla: IMC:

Dieta previa:

Intolerancia / alergia alimentaria: Tipo:

Apetito: Normal Aumentado Disminuido

Ingesta hídrica: Normal Aumentado Disminuido

Alteraciones en la nutrición: Si Tipo: Causas:

Estado de la piel: Normal Enrojecimiento Ictericia

3. PATRÓN DE ELIMINACIÓN:

Intestinal: Normal Estreñimiento Diarrea Otros

Vesical: Normal Incontinencia Nicturia Otros:

Sudoración Normal Aumentada Olor

Necesidad de medios auxiliares: Laxantes Otros:

4. PATRÓN DE ACTIVIDAD-EJERCICIO:

Nivel de dependencia: Independiente Dependencia: Parcial/Total

Actividad habitual: Sedentario Moderado Intenso Otros

SEP: Rigidez Temblor Disonía Estereotipia Otros

Comportamiento motor:

Sin alteración Inhibición Inquietud Agitación

Actividades de ocio y tiempo libre:

Tareas domésticas que realiza:

Observaciones:

5. PATRÓN DE SUEÑO-DESCANSO:

Insomnio: Insom. Global De conciliac. Despertar precoz

Fragmentado Somnolencia diurna Pesadillas

Horas de sueño: Otros descansos: Ayudas:

Observaciones:

6. PATRÓN COGNITIVO-PERCEPTIVO:

Nivel de conciencia: Sin alteración Somnolencia Confusión
 Hipervigilancia Desrealización Otros:

Orientación: Persona Tiempo Espacio

Alterac. perceptivas: Auditivas Visuales Olfativas
 Gustativas

Localización de la percepción: Interna Externa

Alteraciones de la memoria: Reciente Remota

Contenido del pensamiento: Coherente y organizado Delirante

Otros pensamientos:

Curso del pensamiento: Inhibición Aceleración Perseverancia
 Disgregación Incoherencia

Expresión del lenguaje:

— Velocidad (normal)

— Cantidad. (normal)

— Volumen. (normal)

Observaciones:

7. PATRÓN DE AUTOPERCEPCIÓN-AUTOCONCEPTO:

Reactividad emocional: Adecuada Pobreza de sentimientos
 Expansión afectiva

Percepción de la imagen corporal: Aceptada Rechazada

Percepción de sí mismo y sus capacidades:

Ajustada a la realidad Desajustada a la realidad Inferioridad

- Impotencia Rabia Inutilidad
 Tristeza Satisfacción Otros

Observaciones:

8. PATRÓN DE ROL-RELACIONES:

Persona más significativa:

- Convivencia: Solo Familia de origen Familia propia
 Otros:

- Relación familiar: Buena Mala Regular
 Inexistente Otros

Respuesta de la familia a la enfermedad del paciente:

- Culpa Desinterés Rabia Ansiedad Agresividad
 Preocupación Sobreprotección Apoyo eficaz

- Situación laboral: Activo Incapacidad temporal / permanente
 Jubilado Desempleado Estudiante

Cargo que ocupa:

Observaciones:

9. PATRÓN DE SEXUALIDAD-REPRODUCCIÓN:

Valoración de su actividad sexual: Satisfactoria Insatisfecho Indiferente

Cambios en el último año: Motivo: Estado físico

Problemas de diferenciación / identidad sexual: tipo:

F.U.R: Métodos anticonceptivos:

Menstruación:

Ciclo menstrual: Regular Irregular

Alteraciones: Amenorrea Dismenorrea Otras

Menopausia: Sí No Otros

Observaciones:

10. PATRÓN DE ADAPTACIÓN-TOLERANCIA AL ESTRÉS:

- Ansiedad:** No Leve Moderada Grave **Causa:**
Afrontamiento de la ansiedad/estrés: Adaptativo Desadaptativo
Estrategias de adaptación/control: Agresividad Hiperactividad
 Evitación Inhibición Alcohol Somatización
Conductas agresivas y otras alteraciones: Heteroagresividad
 Ideas de suicidio Autoagresividad Intentos autolíticos
 Otras
- Observaciones:**

11. PATRÓN DE VALORES-CREENCIAS:

CREENCIAS religiosas: **Importancia para su vida:**

Aspectos culturales / personales a tener en cuenta:

Observaciones:

Interacción durante la entrevista: Colabora No colabora Otros

ALERTAS:

- Riesgo de adherencia al ttº →
- Conciencia de enfermedad →
- Riesgo autolítico / autoagresividad →
- Riesgo heteroagresividad →
- Riesgo de caídas →
- Riesgo / Aislamiento social →
- Riesgo de fuga →
- Riesgo de Síndrome de Abstinencia →
- Riesgo social → en contacto con Servicios Sociales →
- Riesgo nutricional →
- Prótesis → Tipo:

CUIDADOS DE ENFERMERÍA INMEDIATOS:

- Vigilar alteraciones de la conducta →
- Vigilar nivel de ansiedad →
- Vigilar nivel de conciencia →
- Cuidados de Enfermería del protocolo de Contención Mecánica →
- Cuidados de Enfermería del protocolo de TCA →
- Baño / Higiene / Alimentación →
- Otros →

Observaciones:

ANEXO 2: GUÍA DE OBSERVACIÓN. (ELABORACIÓN PROPIA)**NÚMERO DE SESION:****FECHA:**

- **RECURSOS ESTRUCTURALES:** Sala (Iluminación, ventilación, etc; Visibilidad, la colocación de las sillas facilita la participación, etc.), Recursos materiales y educativos (Pizarra, retroproyector, video, etc.)
- **ROL DEL EDUCADOR / COORDINADOR:**
 - o CONTENIDOS/ OBJETIVOS: ¿Adecuados al nivel del grupo?, ¿De interés y comprensibles para el grupo?, etc.
 - o MANEJO DEL TIEMPO: ¿Adecuado?, ¿Sobra o falta?, etc.
- **TECNICAS EDUCATIVAS UTILIZADAS:** ¿Adecuadas?, ¿Difíciles para el grupo o para el educador?, ¿Necesitan aclaración?, ¿Relación con los objetivos? Etc.
- **DINAMICA GRUPAL:**
 - o PARTICIPACION: ¿Participan todos, la mayoría, nadie?, ¿Qué tipo de participación, de protesta, quejas, etc.? ¿Se facilita la participación? ¿El grupo quiere información, profundizar?, etc.
 - o CLIMA: ¿Existió clima tolerante?, ¿Participativo?, ¿Creativo?, ¿Defensivo?, ¿Comunicación y escucha grupal?
- **OTRAS OBSERVACIONES:** Frases y momentos significativos.
- **FORMULACION DE JUICIOS Y TOMA DE DECISIONES:** Tarea semanal ¿La han realizado?, etc. Modificaciones para las siguientes sesiones.

ANEXO 3: ENCUESTA DE SATISFACCIÓN. (ELABORACIÓN PROPIA)

1. ¿Cómo crees que ha sido tu grado de participación?
 - Nada
 - Poco
 - Bastante
 - Mucho

2. ¿Piensas que los contenidos han sido adecuados para ti?
 - Nada
 - Poco
 - Bastante
 - Mucho

3. ¿Consideras que has adquirido las habilidades necesarias para la realización de las meditaciones?
 - Nada
 - Poco
 - Bastante
 - Mucho

4. ¿Te ha resultado difícil realizar las partes prácticas de meditación?
 - Nada
 - Poco
 - Bastante
 - Mucho

5. Durante la meditación: ¿Consideras que has sido capaz de identificar tus emociones?
 - Nunca
 - En pocas ocasiones.
 - En bastante ocasiones.
 - En muchas ocasiones.
 - Siempre

6. La sala donde se ha hecho el taller ¿Ha sido?

- Inadecuada
- Poco adecuada
- Adecuada
- Muy adecuada

7. La duración del curso ¿Ha sido?

- Excesiva
- Adecuada
- Corta

8. La duración de las sesiones ¿Han sido?

- Excesiva
- Adecuada
- Corta

9. El horario ¿Ha sido?

- Inadecuado
- Poco adecuado
- Adecuado
- Muy adecuado

En relación a los educadores:

10. Han empleado un lenguaje...

- Claro
- Confuso

11. ¿Han favorecido la participación?

- Poco
- Bastante
- Mucho

12. La calidad de sus intervenciones le ha parecido...

- Mala
- Regular
- Buena
- Muy buena

13. En general, la actuación de los educadores ha sido...

- Inadecuado
- Poco adecuado
- Adecuado
- Muy adecuado

14. En general, ¿Qué le ha parecido el proyecto educativo de Mindfulness?

- Muy malo
- Malo
- Regular
- Bueno
- Muy bueno

15. ¿Recomendarías el realizar este proyecto a otra persona?

- Si
- No

SUGERENCIAS: ¿Cambiarías algo?, ¿Qué añadirías?

ANEXO 4: GUION DE SESIONES (ELABORACIÓN PROPIA)

Sesión pre-proyecto: se aplicarán las escalas FFMQ, STAI y STAXI-2. Además se realizará la entrega de la libreta individual para que puedan trabajar sobre ella y el díptico con el contenido de las sesiones. A continuación se procederá a realizar el contrato formativo donde se explicaran las normas a seguir durante las sesiones, la duración de las mismas, el día que se realizarán y la duración de todo el programa.

Primera sesión: ¿Qué es Mindfulness? ¿Cómo nos puede ayudar?

- Ronda ¿Qué tal?.
- En esta primera sesión se abordaran conceptos básicos sobre los que se sustenta el Mindfulness, tales como son: Atención al momento presente, apertura a la experiencia, aceptación, dejar pasar e intención. Además se trabajara sobre los mecanismos de acción de la atención plena que se entienden como las variables que hacen posible el resultado del entrenamiento de la conciencia plena: exposición, cambios cognitivos, relajación, integración de aspectos disociados del “self”, clarificación de valores y espiritualidad y autocontrol/ autorregulación.
También se hablará sobre la evidencia científica de los beneficios de Mindfulness y sobre los mecanismos de acción de la ansiedad y el estrés. Se recogerán dudas surgidas.
- Como última parte de la sesión se hará una práctica de meditación mindfulness (Meditación del sonido y el silencio).
- Ronda ¿Qué tal?
- Al finalizar se entregaran ejercicios para realizar sobre mindfulness.

Todo lo anterior se desarrollará en base a las técnicas educativas citadas con anterioridad.

Segunda sesión: Empezando a practicar la atención plena.

- Ronda ¿Qué tal?
- Seguidamente se hará una puesta en común grupal sobre las sensaciones, emociones y sentimientos surgidos y se iniciará la sesión con una recapitulación de los conceptos tratados en la sesión anterior.
- A continuación se realizará la parte teórica en la que se abordarán conceptos básicos sobre la práctica Mindfulness como: lugar adecuado para la meditación, posición idónea, momento oportuno, duración de la meditación.
También se trabajarán las diferencias entre la práctica formal y la informal.
Meditación formal: aquella que se realiza de manera reglada, adoptando una postura específica y reservando un tiempo concreto del día para llevarla a cabo.

Meditación informal: aquella que puede llevarse a cabo en todo momento, mientras estamos realizando una actividad cualquiera de la vida cotidiana.

Después se abordará en que consiste la instrucción fundamental es decir, las instrucciones que es necesario darle a nuestra mente sobre lo que tiene que hacer durante la meditación. Esto se basa en: ¿Qué puede observarse? (información de los 5 sentidos), ¿Cuándo se produce la observación? (momento presente), ¿Qué sucede cuando la mente observa su propia actividad? (observador-testigo de nuestra vida), identificación y desidentificación (el Yo y su conciencia en las emociones y automatismos).

- Una vez finalizada la parte teórica, se recogerán las dudas surgidas y se procederá a realizar la parte práctica de meditación (Meditación del cuerpo).
- Ronda ¿Qué tal?.
- Por último se entregaran los ejercicios MF.

Tercera sesión: Actitudes Mindfulness (parte I).

- Ronda ¿Qué tal?
- Se dará comienzo de la sesión con una ronda grupal en la que se expondrán las emociones surgidas en la sesión anterior y los ejercicios sobre MF. Recordatorio de la sesión anterior.
- Se comenzara con la parte teórica en la que se trabajaran dos de las actitudes MF. Se hablará de lo que se llama habitualmente la actitud adecuada para meditar
 - Aceptación: como la capacidad de reconocer la realidad que ya existe en el presente sin oponer resistencia al fluir de la vida. Se explicara la diferencia entre resignación y aceptación y el significado de no oponer resistencia. También se trabajará sobre el proceso de aceptación: Aversión, curiosidad, tolerancia, consentimiento y reconciliación.
 - Soltar: permitir que las cosas sean tal cual son. La conciencia egoica y como desprenderse del propio ego.
- A continuación se procederá a recoger dudas y se iniciara la parte práctica de MF (Meditación de la respiración).
- Ronda ¿Qué tal?.
- Entrega de ejercicios MF.

Cuarta sesión: Actitudes Mindfulness (parte II):

- Ronda ¿Qué tal?
- Se dará comienzo a la sesión siguiendo los mismos patrones de las anteriores sesiones. (Ronda grupal, recordatorio de la sesión anterior..)
- Se trabajará la parte teórica sobre las actitudes de MF de:
 - Abstenerse a jugar: concepto de dualismo (bueno-malo, feo-bello). Abstención del juicio durante la meditación, omitiendo opiniones sobre lo que vemos, oímos o pensamos. Percibir la realidad sin juzgarla.

- Curiosidad o mente de principiante: liberarse de la experiencia que ha quedado impresa en la memoria provocando una apertura a la novedad, llenándonos de curiosidad y respeto por la realidad que se nos revela.
- Recogida de dudas y comienzo de la parte práctica (Meditación Actitudes).
- Ronda ¿Qué tal?
- Entrega de ejercicios MF.

Quinta sesión: Actitudes Mindfulness (parte III)

- Ronda ¿Qué tal?
- Seguimos el mismo patrón de las anteriores sesiones. Recordatorio sesión anterior. Experiencia durante la semana al realizar los ejercicios MF.
- Parte teórica: se trabajará las dos últimas actitudes Mindfulness:
 - Amor: actitud amorosa hacia el objeto de nuestra atención. Tratarnos bien y con cariño. Cambiar las actitudes de crítica hacia nosotros mismos evitando la autodestrucción repetida (Se complementará con la sesión de la autocompasión).
 - El regalo del presente: prestar atención aquí y ahora disfrutando del momento presente.
También trabajaremos sobre:
La actitud hacia el pasado: ¿Qué hacer ante las evocaciones que aparecen?.
Realidad del pasado como una actividad mental que no es la realidad de lo que acontece en el ahora.
Actitud hacia el futuro:
- Parte práctica: Meditación de la bondad amorosa.
- Ronda ¿Qué tal?
- Entrega de ejercicios MF.

Sexta sesión: Aprender a escuchar mi cuerpo

- Ronda ¿Qué tal?
- Se dará comienzo a la sesión siguiendo los mismos patrones de las anteriores sesiones. (Ronda grupal, recordatorio de la sesión anterior.)
- Exposición del tema teórico: “Aprendo a escuchar mi cuerpo”. Se abordarán conceptos sobre emociones, pensamientos y sentimientos que se vehiculizan a través del cuerpo como un sistema continuo mente-cuerpo. Se hace hincapié sobre la influencia de Mindfulness en el aprendizaje cuerpo-mente.
- Parte práctica: meditación Mindfulness del chequeo corporal, poniendo atención a las sensaciones que se perciben en cada parte del cuerpo.
- Ronda ¿Qué tal?
- Entrega de ejercicios MF.

Séptima sesión: Aprender a observar mis emociones.

- Ronda ¿Qué tal?.
- Recordatorio sesión anterior. Experiencia con ejercicios MF. Dudas.
- Parte teórica: en esta sesión se abordara:
 - El origen y los aspectos básicos de las emociones. Vías neuro-anatómicas de las emociones.
 - ¿Cómo afrontar las emociones difíciles? Los 7 peldaños del equilibrio emocional: pararse, respirar hondo y serenarse, tomar conciencia de la emoción, aceptar la experiencia permitiendo la emoción, darnos cariño (autocompasión), soltar la emoción dejándose ir y actuar o no, según las circunstancias.
- Recogida de dudas y comienzo de la parte práctica (Meditación de las emociones).
- Ronda ¿Qué tal?
- Entrega ejercicios MF.

Octava sesión: Compasión y autocompasión.

- Ronda ¿Qué tal?
- Se dará comienzo a la sesión siguiendo los mismos patrones de las anteriores sesiones. (Ronda grupal, recordatorio de la sesión anterior.)
- Parte teórica: en esta parte de la sesión profundizaremos sobre el concepto de la compasión y autocompasión:
 - ¿Qué es la compasión? Definición de compasión. Diferencias entre compasión, empatía, simpatía, amor, altruismo y lastima.
 - ¿Qué es la autocompasión? Definición de autocompasión.
 - Caminos que conducen a la autocompasión: Físico, mental, emocional, relacional y espiritual.
- Recogida de dudas.
- Parte práctica: Meditación de inspirar y espirar compasión.
- Ronda ¿Qué tal?
- Entrega de ejercicios MF.

Novena sesión: La inteligencia del corazón. Coherencia cardíaca.

- Ronda ¿Qué tal?
- Experiencia MF. Recogida de dudas y resolución.
- Parte teórica: Se trabaja la evidencia científica acerca de la inteligencia del corazón. Influencia de Mindfulness en la sincronía cerebro-corazón. Como poner en práctica la coherencia cerebro-corazón.
- Parte práctica: se realizará una meditación en movimiento (Danza del corazón).

- Recogida de dudas.
- Ronda ¿Qué tal?
- Entrega ejercicios MF.

Décima sesión: La presencia.

- Ronda ¿Qué tal?
- Experiencia MF. Dudas.
- Parte teórica:
 - ¿Qué es la presencia?
 - El símbolo del espacio. Tenzin Wangyal (2008) “El espacio tiene las siguientes cualidades: es infinito, es inconmensurable, no se contrae, es inmenso, eterno e inmutable- está más allá de las palabras, de los conceptos, de la filosofía”.
 - El símbolo de la luz
- Parte práctica: Meditación del espacio y de la luz.
- Dudas.
- Ronda ¿Qué tal?
- Entrega de los ejercicios MF.

Onceava sesión: recomendaciones finales y resumen general.

- Ronda ¿Qué tal?
- Experiencia MF. Dudas y resolución.
- Parte teórica de la sesión. Se trabajará sobre:
 - La meditación andando.
 - La meditación informal.
 - Los obstáculos.
 - Las lecturas.
- Dudas. Práctica MF.
- Ronda ¿Qué tal? Despedida. Emociones surgidas durante la experiencia de las 10 sesiones.

Sesión post-proyecto: se aplicarán las escalas FFMQ, STAI y STAXI-2.

AGRADECIMIENTOS

Quería agradecer a todas las personas que me han acompañado en este camino, en especial a mi familia y pareja que siempre han estado brindándome su ayuda y apoyo incondicional.

También a aquellos que me ofrecieron su ayuda sin pedir nada a cambio y que sin ellos no habría sido posible realizar este trabajo.

Por último y no por ello menos importante, al increíble equipo con quien realicé el primer proyecto de educación para la salud a través del Mindfulness y que son quienes me introdujeron en este maravilloso mundo de las terapias de 3ª generación.

AGRADECIMIENTOS A:

ORDEN HOSPITALARIA SAN JUAN DE DIOS

PEDRO FERNÁNDEZ VELASCO

JULIO CÉSAR DE LA TORRE MONTERO

GRACIA KATIA CAÑIZARES POZO

ELVIRA RODRÍGUEZ LOZANO

ELENA IGLESIAS LÓPEZ

BEATRIZ ALONSO GARCÍA