



Universidad
Católica
de Valencia
San Vicente Mártir

Facultad de Psicología

Grado en Psicología

Trabajo de Fin de Grado

**Intervención psicológica en víctimas de violencia
de género a través de la terapia de aceptación y
compromiso y atención plena**

Presentado por: Nadisha Daryanani

Tutor/a: José Gil Martínez

Valencia, a 26 de junio de 2019

NÓ SOY LO QUE ME HA PASADO.

SOY LO QUE DECIDO SER.

CARL JUNG

Resumen

La violencia de género es una problemática grave en la sociedad actual, en la cual la mujer sufre física y psicológicamente. Como consecuencia, aparece una variedad sintomatológica (estrés, ansiedad, depresión, etc.) que se interpone en la vida de estas mujeres repercutiendo negativamente en su autoconcepto y regulación emocional. Las víctimas tienden a llevar a cabo la evitación experiencial por lo que los pensamientos, sensaciones y emociones ligados a experiencia traumática, se convierten en un ciclo vicioso del cual necesitan ayuda psicológica para salir.

Así pues, este proyecto pretende llevar a cabo una intervención psicológica mediante terapias denominadas de tercera generación: psicoeducación, terapia de aceptación y compromiso (ACT) y *Mindfulness* basado en la reducción de estrés (MBSR). El tratamiento está dirigido a mujeres, entre los 18 y 40 años, víctimas de la violencia de género que sufren un Trastorno de estrés postraumático (TEPT). Durante seis meses se llevarán a cabo dos sesiones semanales grupales, con las cuales se pretende que las pacientes aprendan a vivir con el sufrimiento que conlleva su pasado, aprender a canalizarlo y aceptarlo sin juzgar lo ocurrido. Consecuentemente, conseguirán vivir el presente, en el «aquí y ahora».

Con la combinación de estas terapias, las pacientes conseguirán establecer metas realistas y seguir llevando a cabo ejercicios a lo largo de sus vidas. Conseguirán beneficiarse y salir reforzadas del programa de intervención, puesto que observarán que sus niveles de sufrimiento se habrán reducido y sus niveles de bienestar habrán aumentado.

Palabras clave: “violencia de género”, “estrés postraumático”, “terapia de aceptación y compromiso” “mindfulness basado en la reducción de estrés”.

Abstract

Gender violence is a serious problem in today's society, in which women suffer physically and psychologically. Consequently, there are a variety of symptoms (stress, anxiety, depression, etc.) within the lives of these women which have negative repercussions on their identities and emotional stability. The victims tend to avoid thinking of their confrontations, so their thoughts, feelings and emotions, which are linked to their traumatic experience, become a vicious circle from which they need psychological help to overcome.

Therefore, this project aims to carry out a psychological intervention through therapies known as third wave cognitive behavioural therapy: psychoeducation, Acceptance and Commitment Therapy (ACT) and Mindfulness Based on Stress Reduction (MBSR). The treatment is aimed at women between the ages of 18 and 40, victims of gender violence who suffer from Post-traumatic Stress Disorder. For six months biweekly group sessions will be carried out, which aim to teach them to learn to channel and accept their past without judgement. Consequently, they will achieve how to live in the present, in the "here and now".

With a combination of these therapies, the patients will be able to establish realistic goals and continue these exercises/therapies for the rest of their lives. They will continue to benefit and emerge stronger from the intervention programme once they observe that their levels of well-being have increased.

Key words: "gender violence", "post-traumatic stress", "acceptance and commitment therapy", "mindfulness based on stress reduction".

Tabla de contenido

Marco teórico.....	1
La violencia de género	1
Tipos de violencia de género.....	1
El estrés postraumático	2
Relación entre la violencia de género y el estrés postraumático	3
Intervención	4
Principios de la intervención.....	4
Tipos de intervención.....	5
Justificación	12
Descripción del programa de intervención	14
Ámbito de aplicación	14
Objetivos	14
Objetivo general.....	14
Objetivos específicos.....	14
Destinatarios.....	15
Fases en la elaboración del programa.....	16
Descripción del programa	18
Instrumentos de evaluación.....	18
Tabla de programación.....	18
Programación.....	19
Evaluación: instrumentos de evaluación continua y final.....	36
Delimitación de recursos.....	36
Análisis de viabilidad.....	37
Conclusiones.....	38
Referencias bibliográficas.....	40
Anexos	44

Marco teórico

La violencia de género

Según la Ley Orgánica 1/2004, de 28 de diciembre, la violencia de género en parejas “comprende todo acto de violencia física y psicológica, incluidas las agresiones a la libertad sexual, las amenazas, las coacciones o la privación arbitraria de libertad”, manifestando desigualdad en una relación en la que el hombre posee el poder sobre la mujer, estando en una relación íntima, aunque no haya convivencia. A finales del año 2018, el Gobierno de España contabilizó un total de 529.762 casos de violencia de género, ya sean de alto o bajo riesgo, activos o inactivos.

Tipos de violencia de género

En 2003, Galtung teorizó una triple dimensión, interactuando entre sí, entorno a la violencia de género en pareja, conocida como el triángulo de la violencia.

La violencia directa es aquella visible que se manifiesta física, verbal y psicológicamente; mientras que la violencia estructural es generada por los sistemas sociales y el Gobierno. Finalmente, la violencia cultural o simbólica implica los valores culturales tradicionales.

La violencia de género se puede dar en una diversidad de contextos; familiar, educativo, laboral e institucional (Frías, 2014). Cuando se da en el contexto familiar, y está presente en una pareja, puede coexistir más de un tipo de violencia dentro de la relación, independientemente del lugar en el que se sufre, pudiendo ser uno o más contextos. Además, terceras personas pueden resultar afectadas indirectamente como, por ejemplo, el círculo más cercano de la víctima. La violencia sexual es definida como situaciones en las que la víctima es forzada a mantener actividades sexuales en contra de su voluntad. La violencia económica se pone de manifiesto en el momento en que el hombre priva, o reduce, los recursos económicos de su pareja, de modo que esta tiene que depender económicamente de su agresor. La violencia patrimonial aparece cuando el agresor destruye objetos materiales de su pareja con el fin de imponer su poder sobre ella. Por otro lado, la violencia social implica el control social, así como la limitación de relacionarse con otros, e incluso el aislamiento de la víctima. Por último, la violencia vicaria, no solo repercute directamente en la mujer, sino en los hijos de la pareja, de manera que el agresor amenaza, agrede y, en determinados casos, llega a matar a los hijos con el fin de hacer sufrir a la pareja (Pérez & Montalvo, 2010).

El grado de afectación de la víctima puede variar desde presentar problemas a nivel de salud mental y/o física, y/o recibir un abuso psicológico, hasta agresiones que pueden causar la discapacidad en la víctima, incluso la muerte (Bermudez, Benjamin, Saunders, Porter, Saunders, Myers & Dutton, 2013).

El estrés postraumático

Según Navas en 2004, la relación dinámica entre la persona y el ambiente, así como la manera de interpretar una situación y valoración de los recursos de uno mismo, determinará cómo se percibe la experiencia, pudiendo desencadenar una respuesta de estrés. A su vez, Arellano (2002) incide en que el estrés es una respuesta subjetiva hacia un estímulo externo debido a un estado mental interno, creando así “un conjunto de reacciones fisiológicas y psicológicas que experimenta un organismo cuando se lo somete a fuertes demandas” (Melgosa, 1995).

Así pues, el afrontamiento fue definido como los esfuerzos cognitivos, conductuales y emocionales, que permiten manejar determinadas demandas que experimenta un individuo que pueden ser desbordantes ante sus propios recursos (Lazarus & Folkman, 1996; Lazarus, 2000).

Cuando estas situaciones superan al individuo, en cualquiera de sus formas, puede repercutir en un estrés. Cada persona sufre al menos un evento traumático a lo largo de su vida, es decir, una “situación en la que alguien tiene una experiencia, confrontación o exposición a un evento o eventos que dan lugar a una amenaza de muerte, o herida, o amenaza hacia la integridad física de uno o terceras personas” (Kabat - Zinn, 2009).

Hay personas, que son capaces de adaptarse al estrés que viven para poder sobrevivir. El “síndrome de adaptación general” descrito por Hans Selye (Gómez & Escobar, 2002) mantiene que independientemente del estresor, cada individuo presentará las mismas reacciones fisiológicas, el cual se divide en tres fases: alarma, adaptación y agotamiento. Si el estrés afecta negativamente al individuo, durante un tiempo prolongado —término conocido como «distress»— el aumento de secreción hormonal puede provocar una serie de reacciones corporales, como el aumento del ritmo cardíaco o sudoración (Mason, 1968), que a largo plazo puede resultar en la debilidad del sistema inmunológico, de manera que aparecen numerosas enfermedades (Schneiderman, 2001).

El estrés es un concepto subjetivo por lo que supone una ventaja dado que puede ser visto desde diferentes puntos de vista. Así pues, aunque no tengamos un control inmediato sobre él en algunos casos, podemos cambiar nuestra forma de percibirlo y consecuentemente manipularlo para que juegue a nuestro favor (Kabat - Zinn, 2003).

Según el DSM - V, una persona que sufre un Trastorno de Estrés Postraumático (TEPT) (*anexo 1*) puede haber sufrido un episodio de manera directa o haber sido amenazado. Como consecuencia de esto, tratará de evitar aquellos estímulos intrusivos que le recuerden al suceso traumático, presentando alteraciones cognitivas negativas, además de emociones y sentimientos, asociados a la ocurrencia debido al estado de alerta y reactividad asociado al estresor.

Asimismo, la duración de la alteración es superior a un mes y causa malestar clínicamente significativo o deterioro en lo social, laboral u otras áreas importantes del funcionamiento. Además, no se puede atribuir a los efectos fisiológicos de una sustancia o a otra afección médica.

Relación entre la violencia de género y el estrés postraumático

La violencia de género puede desencadenar en una experiencia traumática, de manera que obliga al paciente a permanecer en un estado de alerta relacionado con la supervivencia, creando a su vez una gran ansiedad. Aparecen recuerdos acompañados de emociones, pensamientos y sensaciones negativos asociados al trauma, así como otros síntomas asociados al estrés postraumático, ansiedad, y/o depresión (Germer & Siegel, 2012).

Tras un suceso así, es común que la víctima tienda a evitar todo tipo de pensamiento, emoción y recuerdo relacionado con lo ocurrido, culpándose a sí misma, y llevando a cabo un comportamiento que afecte tanto a la víctima como a su círculo más cercano (Germer & Siegel, 2012).

Todo ello, puede conllevar a una serie de consecuencias en la víctima de manera indirecta: Pérdida de la dignidad, seguridad y confianza en sí misma y en la sociedad. Pueden aparecer sentimientos de desesperación e impotencia, sensación de que no es capaz de controlar su entorno, así como una baja autoestima, pérdida de la motivación, etc. que pueden repercutir en los diferentes ámbitos de su vida, ya sea social, familiar o laboral (Pérez-Martínez & Hernández Marín, 2009).

Aun así, son muchas las mujeres que deciden no denunciar a sus parejas por miedo a represalias, es decir, a los posibles problemas económicos que puede acarrear, la falta de afecto y/o dependencia, etc. entre las que también destaca la desinformación legal (Deusdad-Ayala, Moya & Chávez-Baray, 2012).

Los síntomas del TEPT se relacionan con el temor a volver a ser agredidas, por lo que es fundamental proporcionarles una protección adecuada en las que ellas se sientan seguras. De no ser así, es difícil que funcione un tratamiento a pesar de facilitar estrategias y recursos adaptados a las necesidades de cada individuo (Aguirre *et al.*, 2010).

Intervención

Principios de la intervención.

Según Romero (2010), para que la intervención dirigida por un equipo multidisciplinar sea eficaz, tanto el psicólogo como los demás profesionales deben conocer la conceptualización de la violencia de género, cuáles son los estereotipos acerca del hombre y la mujer dentro de la cultura y estructura social, así como la inconsciencia de la mujer al sufrir de la violencia de género, juntamente con las secuelas encubiertas o no hasta el momento. Debe tenerse en cuenta también el marco íntegro de la víctima, es decir, la fase que atraviesa y las circunstancias que la han conducido a dicha situación. Por ello, el terapeuta ha de apoyar a la víctima para mejorar la seguridad en sí misma en los diferentes entornos sociales.

En los casos que haya hijos en común, y aunque no hayan sufrido el maltrato en primera persona, ha de considerarse que han estado expuestos directamente al mismo, y por lo tanto sufrirán una serie de consecuencias negativas, tales como problemas de socialización, de integración, concentración y atención, síntomas de estrés postraumático, conductas regresivas, síntomas depresivos, dificultades en el manejo de emociones, etc. (Romero, 2010).

Romero (2010) incide en la necesidad de tener en cuenta la actitud de la paciente a lo largo del tratamiento, ya que se verá reflejado el modo en el que ella ha percibido que la sociedad se ha dirigido a ella. Así pues, el terapeuta deberá detectar dicha actitud e intervenir del modo más adecuado, con un programa u otro, personalizando cada intervención. Es fundamental tener en cuenta que las víctimas no siempre están dispuestas a hablar de lo ocurrido o intentan evitar ciertos temas por miedo a revivir el trauma.

Por otro lado, es importante considerar que una vez que es sabido que la persona ha sufrido malos tratos, en la mayoría de las ocasiones tienen que pasar por una variedad de instituciones que requieren que relate su experiencia repetidas veces, por lo que podría, una vez más, influir negativamente. Es determinante conocer y valorar el riesgo en el que pueda estar la víctima (Romero, 2010).

Tipos de intervención.

Para llevar a cabo una intervención en un caso de violencia de género Veronen y Kilpatrick (1987) destacan la importancia de trabajar dos tipos de culpabilidad que aparecen en las víctimas: La autoinculpación conductual y caracterológica. El primer tipo de autoinculpación implica que la víctima piense que la violencia de género que sufre es fruto de una acción que ha llevado a cabo o, por el contrario, que no ha llevado a cabo. De manera contraria, la autoinculpación caracterológica aparece cuando la víctima piensa que lo que le ocurre se debe a su personalidad.

Meichenbaum (1987) creó el programa de inoculación del estrés, el cual se divide en dos fases: La fase educativa, y la fase de adquisición y aplicación de habilidades de afrontamiento. La primera, pretende llevar a cabo sesiones de psicoeducación para que la víctima conozca tanto el programa aplicado como lo que le ocurre y el origen de sus temores, es decir, de las emociones, pensamientos, reacciones fisiológicas y conductas que persisten en su vida tras sufrir violencia de género. Así pues, se le plantea a la víctima una variedad de habilidades de afrontamiento que se pueden aplicar para poder elegir, y con el apoyo del terapeuta, los que mejor se adapten a ella y a la situación vivida.

A lo largo de la fase de adquisición de las habilidades de afrontamiento, debe elegirse una habilidad para cada aspecto en el que se manifiesta dicho temor. Para controlar el temor desde el aspecto conductual se aplican técnicas de *role - playing* (aprendizaje de conductas nuevas con el fin de poder practicar previamente al hecho) y modelado encubierto (parecido al *role - playing* pero se lleva a cabo en la imaginación y con situaciones que provocan el temor objetivo de la terapia) , para las reacciones fisiológicas se puede aplicar la relajación muscular (tensión - relajación de Jackobson, 1983), el control de la respiración (costal - diafragmática), y para los pensamientos y emociones se puede aplicar las habilidades de detención del pensamiento de Wolpe, 1958 (eliminación de pensamientos obsesivos y/o rumiantes) y el autodiálogo guiado (siendo la habilidad con más peso, se enseña a centrarse e identificar el diálogo interior

perjudicial, sustituyéndolo por un diálogo racional) con el fin de contrarrestar el temor desde el aspecto cognitivo. Dichas habilidades de afrontamiento se aplican, en primer lugar, con un temor que no tiene que ver con el objeto del tratamiento para poder llevar a cabo una explicación detallada de la técnica, así como del mecanismo y aplicación, demostración y aplicación. Una vez conseguido esto, se pasa a trabajar del mismo modo, pero con el objeto del tratamiento.

A su vez, en 2016, Matud también subraya la necesidad de trabajar desde la psicoeducación para mejorar la independencia emocional y prevenir recaídas, previamente a las estrategias y técnicas terapéuticas, así como mejorar la comunicación, habilidades sociales y las soluciones de problemas.

De tal modo, durante la fase de la psicoeducación (Matud, 2016) considera que la víctima de violencia de género debe adquirir los conocimientos y las consecuencias necesarias acerca de lo que le ha ocurrido, para poder hacer frente a su sintomatología. Por otro lado, debe conocer cuales son las medidas de seguridad que debe tomar, o que puede tomar, en caso de que vuelva a encontrarse con una situación igual o parecida. Finalmente, se instruye a la paciente acerca de la visión de los roles desde la socialización tradicional, así como las actitudes sexistas con las que convivimos, la forma en la que estas nos limitan y, se generan y se mantienen en la sociedad.

Posteriormente se introducen las estrategias y técnicas necesarias con el objetivo de reducir y/o eliminar la sintomatología de la paciente. Para ello, se trabaja desde la reestructuración cognitiva (Aaron Beck, 1960), dotando a la víctima de habilidades para la resolución de problemas y se implementan técnicas de autocontrol para disminuir el nivel de activación de los pacientes. Se pretende, además, aumentar la autoestima y mejorar el autoconcepto de uno mismo, con el fin de que las víctimas se sientan más seguras de sí mismas. Finalmente, Matud pretende mejorar las habilidades de comunicación y sociales.

Ambos programas mencionados previamente, de Meichenbaum (1987) y de Matud (2016), de segunda generación, están enfocados hacia terapias cognitivas, por lo que buscan reducir la sintomatología presente en la víctima a partir de la búsqueda de alternativas más positivas. En cambio, la *Terapia de aceptación y compromiso* (ACT, Hayes, Strosahl y Wilson, 2015; Wilson y Luciano, 2002) y el programa *Mindfulness basado en la reducción de estrés* (MSBR, Kabat - Zinn, 1979), llamadas terapias de la

tercera generación, pretenden enseñar a sus usuarios que a lo largo de la vida está presente el sufrimiento de manera inevitable, y que por lo tanto se debe aprender a vivir con ello, a aceptarlo y a seguir adelante para salir reforzados y hacer frente a la vida.

La ACT intenta enseñar a las víctimas como convivir con el dolor mediante un programa (Robinson, Wicksell & Olsson, 2004), dividido en seis fases con el objetivo de lidiar con el dolor crónico. En primer lugar, se lleva a cabo la “desesperanza creativa”, durante el cual, el terapeuta hace ver al paciente la inutilidad de las estrategias utilizadas hasta el momento, además de presentarle un abanico de alternativas para responder a su dolor. Seguidamente, durante la fase “el control como problema”, el profesional debe ayudar a su paciente a comprender que eliminar el dolor no es efectivo, por lo que además debe enseñarle “la relación entre control y sufrimiento”. La fase “alterar el papel del lenguaje” permitirá al paciente ser un observador externo de sus propios pensamientos y sentimientos, de manera que pueda explicar su comportamiento frente a ellos. La cuarta fase, “El *self* como contexto” ayuda al paciente a separarse a sí mismo de su mente, de manera que se encuentre en un lugar más cómodo y seguro para vivir con el dolor. Posteriormente, se trabaja desde los “valores”, enseñando al paciente a resaltar los valores con los que convive, sacando de ellos la motivación para continuar con la vida, a pesar de que el dolor no haya desaparecido. Finalmente, la fase de los “patrones de acción y compromiso” permitirá que la víctima cambie su forma de vida a partir de conductas sanas.

Las personas con un trastorno de estrés postraumático que siguen un tratamiento basado en la ACT mejoran significativamente, reduciendo la gravedad del trastorno, así como los síntomas de ansiedad y la mejora de control de emociones, mejorando globalmente la salud mental, ya que aprenden a evitar los recuerdos, emociones y pensamientos a través de la aceptación y estrategias de regulación emocional (Mañas & Sánchez, 2009; Spidel, Lecomte, Kealy & Daigneault, 2017).

Combinar la ACT con el MBSR ayudará a la paciente a conseguir la regulación emocional y la expresión de las emociones, a no juzgarse a sí misma y a aceptar todas experiencias en ese mismo momento (emociones, pensamientos y sensaciones) (Rodríguez Vega & Palao Tarrero, 2012).

El objetivo del programa MBSR es que el paciente entrene la capacidad de observación ante una situación estresante que ha vivido previamente, sin la necesidad de

juzgar, ya sea de forma positiva o negativa, desvinculándose del estrés progresivamente y, como cita Kabat - Zinn (2003), reduciendo niveles de hiperexcitación. Así pues, aprenderá a modificar la visión cognitiva y afectiva sin eliminar el elemento estresor, pudiendo vivir con él y consiguiendo disminuir el sufrimiento emocional, y las inferencias que puedan aparecer en las actividades diarias a nivel atencional (Rodríguez Vega & Palao Tarrero, 2012).

Ante una vivencia traumática Rodríguez Vega y Palao Tarrero (2012) hacen referencia al programa de *Mindfulness* de Janet dividido en tres fases. En un primer momento se debe conseguir que el paciente vuelva a sentir el control de sus experiencias emocionales tras haber experimentado la indefensión emocional durante y después del hecho traumático, logrando de tal modo una estabilización y reducción de la sintomatología. De tal modo, estará consiguiendo responder frente al estresor en vez de reaccionar, reduciendo la fuerza del estrés y su efecto sobre nosotros, lo cual debe ponerse en práctica mediante la práctica formal de atención plena, es decir, un entrenamiento dirigido con el fin de responder de manera equilibrada e imaginativa (Kabat - Zinn, 2003). Durante la fase de tratamiento de memorias traumáticas el paciente trabaja su propia seguridad desde la experiencia traumática para conseguir visitarla sin la necesidad de volver a vivirla. Finalmente, la reintegración y rehabilitación tratará de que la paciente consiga vivir con la experiencia aceptando lo ocurrido, y poder vivir el presente sin permitir que forme parte de su vida.

A lo largo del programa es de gran utilidad, como indican Germer & Siegel (2012), centrarse en la respiración costo - diafragmática, aumentando los períodos progresivamente, durante la aparición de sentimientos y pensamientos relacionados con el momento traumático, evitando juzgarlos positiva o negativamente. La respiración se considera fundamental para la relajación y estabilidad de la paciente para hacer frente al propio momento, consiguiendo posteriormente practicar la atención plena, es decir, centrarse en el presente. La calma y tranquilidad aportada tras la relajación permitirá contemplar una respuesta adecuada en respuesta a las emociones y sentimientos surgidos (Kabat - Zinn, 2003).

Además, durante la intervención psicológica Rodríguez Vega & Palao Tarrero (2012), sugieren provocar emociones intensas en los pacientes sin llegar al desbordamiento, aprendiendo a su vez a regular las emociones. Necesariamente se debe

entrenar la conciencia del estado mental en cada momento, de manera que la paciente sea capaz de reconocer la aparición del trauma, cuando aparecen emociones positivas, neutras etc. Será indispensable que la paciente aprenda a confiar y amarse a sí misma y a los demás, a mantenerse en un estado emocional y sentimental neutro ante situaciones incómodas, intentando reencontrarse con la versión mejorada de sí misma.

La compasión, que forma parte del programa de *Mindfulness*, permitirá que los pacientes sientan empatía, simpatía, amor y altruismo por los demás. En caso de no poder llevar a cabo la compasión el paciente puede durante las prácticas recurrir a un ser querido cercano o figura religiosa. La autocompasión, que también forma parte del *Mindfulness*, trata de que uno aprenda a ser amable consigo mismo, así como con sus emociones, pensamientos y sensaciones que recorren la mente y el cuerpo; y comprender que el sufrimiento forma parte de la vida. (Simón, 2011).

A la hora de llevar a cabo el programa de *Mindfulness* se deberá tener en cuenta que los tiempos de meditación deben ser cortos para conseguir una adherencia a la terapia por parte de las pacientes. Toda práctica durante las sesiones se llevará a cabo de manera formal (*anexo 2*) a menos de que se indique lo contrario, por lo que se trataría de una práctica informal (*anexo 3*). Con esta práctica continuada se consigue tranquilizar la mente y ver la vida con claridad. La meditación consigue que los pacientes observen, y mantengan su atención y consciencia en un objeto, ya sea interno o externo, durante un periodo de tiempo en el presente. Además, desarrollarán la capacidad para empatizar consigo mismos y con los demás emocionalmente. Esto se logrará mediante la práctica diaria tanto en las sesiones como en casa (Alonso, 2012).

Se pondrá en práctica doce prácticas de meditación (Alonso, 2012): el ejercicio de “meditación formal corta” permitirá que los pacientes se centren en su propia respiración, pensamientos, emociones y sensaciones, así como en el cuerpo en el momento presente. El “ejercicio de la uva/pasa” (práctica informal) permitirá que los pacientes centren sus cinco sentidos, es decir, toda su atención en un estímulo durante un tiempo determinado. La “meditación del ahora” permitirá que las pacientes se sitúen en el momento presente durante la sesión, dejando de lado el pasado y el futuro. Seguidamente, se llevará a cabo la “práctica de la respiración focalizando en la espiración” de manera que se emplee como anclaje para conectar con uno mismo y el momento presente. La espiración, siempre por la nariz, permitirá deshacerse de todo

aquello a lo que se aferran los pacientes. Este ejercicio se puede utilizar al comienzo de las demás prácticas para lograr centrar la atención en el momento presente. Durante la “meditación formal caminando adaptada a los trastornos de ansiedad” se explicará a los pacientes que se puede llevar a cabo durante momentos de sintomatología ansiosa o estresante aguda. Los pacientes pueden comenzar la práctica con una marcha acelerada y disminuirla conforme va apareciendo la serenidad con ayuda de la atención plena en el movimiento de caminar. Durante la práctica se les pide que centren la atención en las plantas de los pies, empeine, pantorrillas, muslos caderas, etc. progresivamente. El próximo ejercicio a poner en práctica será el “paseo meditativo informal”, sigue los mismos pasos que la meditación anterior, pero esta vez se puede llevar a cabo en cualquier lugar, preferiblemente en un entorno natural con el objetivo de que los pacientes, aparte de centrar su atención en sus sensaciones corporales, dediquen la atención plena al entorno en el que están en el momento presente, sin juzgar absolutamente nada, simplemente aceptarlo. En cuanto a la “práctica del barrido corporal”, permitirá que los pacientes sean conscientes de cada parte de su cuerpo y cómo interactúa con las reacciones fisiológicas, emociones, pensamientos y sensaciones. Esta meditación se llevará a cabo teniendo en cuenta, en primer lugar, las partes del cuerpo más calmadas, para posteriormente trabajar las que perciben la sintomatología ansiosa y/o estresante. La siguiente práctica que se le enseña a los pacientes es la “práctica para pensamientos de preocupación y temor”, la cual se llevará a cabo cada vez que aparezcan pensamientos negativos junto con preocupación excesiva mediante la “defusión cognitiva” (*anexo 4*) y la “desliteralización” (*anexo 5*). Así pues, se intentará que el paciente al final de la práctica logre un estado de quietud a la vez que es consciente de que sus pensamientos no tienen por qué reflejar la realidad, consiguiendo que tengan una mentalidad más abierta y libre. La “práctica de compasión para sentirse a salvo” o “práctica de Tonglen”, de origen tibetano, permitirá que aflore la bondad, la amabilidad, el amor, la permisividad, etc. en los pacientes a raíz de las emociones, pensamientos y sensaciones que vayan surgiendo durante la práctica, aceptándolas y sin la necesidad de juzgar. Primero se llevará a cabo la compasión con los demás y posteriormente con uno mismo, es decir, la autocompasión. La “meditación de compasión de las emociones: acoger y acunar las emociones” permitirá que los pacientes observen sus propias emociones, las revivan y las acepten, pudiendo así poner también en práctica la autocompasión tanto con las emociones como consigo mismas. La “práctica de exposición *mindful* interoceptiva: caminando hacia el miedo” se llevará a cabo cuando las pacientes presenten pensamientos

negativos y evitativos ante la sintomatología ansiosa. Para ello, durante la práctica deberán detectar aquella sintomatología y las sensaciones corporales que conlleva. Se intentará intensificar la sintomatología hasta un punto soportable para los pacientes, centrando la atención en ella con el fin de aceptar que forma parte de uno mismo. Este proceso se repite hasta que resulta difícil intensificar los síntomas y resulta más fácil aquietar la mente. Finalmente, la “práctica breve de compasión” se llevará a cabo con el objetivo de que los pacientes recuerden que deben ser amables, abiertos y permitir que entren y acoger las emociones, pensamientos y sensaciones aceptándolas y sin la necesidad de juzgarlas, logrando así vivir en el momento presente.

Así pues, el MBSR permitirá integrar las fases y combinar las estrategias en la vida de la paciente con el objetivo de centrarse en el momento presente, el aquí y el ahora, dándose cuenta de todo lo que ocurre mientras ocurre (Kabat - Zinn, 2003). La atención plena permitirá responder en el «aquí y ahora», incluso pudiendo a veces “detener la reacción al estrés y convertirla en respuesta”, es decir, permitir que aparezcan pensamientos sin la necesidad de reaccionar ante ellos (Dutton, Bermudez, Matas, Majid & Myers, 2013).

Con el MBSR las pacientes conseguirán sobretodo reducir la sintomatología negativa a consecuencia reaccionar frente al estresor en vez de responder, así como una mejorar en distintos aspectos de su vida: su actitud tanto conductual como cognitiva, autodeterminación, autoconcepto, autoconfianza y autoestima, junto a la mejora de la habilidad de la asertividad y relajación. Conseguirán crecer personalmente, siendo incluso más permisivas consigo mismas. Aprenderán a su vez a mejorar su capacidad de escucha, de comunicación y de controlar los impulsos; aprenderán a ser más tolerable y a tener más paciencia; aprenderán a no culpabilizarse por lo ocurrido y, consecuentemente, perdonarse a sí mismas, reduciendo el estrés negativo o «distress» que sufren. A su vez aprenderán a vivir con más calma, y menos ansiedad y sintomatología depresiva. Mejorará la calidad de sueño, y volverán a reencontrar su lugar en la sociedad (Dutton *et al.*, 2013). En definitiva, desarrollarán un autoconcepto mejorado y centrado en el presente.

Justificación

Debido a la alta prevalencia y como se ha justificado anteriormente, se considera importante trabajar e intentar mejorar la calidad de vida de las víctimas de la violencia de género. Para ello, existen múltiples estudios focalizados en la intervención de un trastorno postraumático en las víctimas tras la violencia de género en las que las mujeres sufren una serie de sintomatología, ya mencionada previamente, que podría de trabajarse combinando varias terapias.

Se considera de suma importancia abordar los pensamientos negativos y la forma de enfrentarse a estos, ya que el patrón comportamental de las víctimas se caracteriza, preferentemente, por la evitación del afrontamiento. Esto conlleva la no aceptación de lo ocurrido, sentimientos de culpabilidad, bloqueo emocional, deterioro de la autoestima e incompreensión de su propio comportamiento. Debido a esto, entran en un círculo vicioso de indefensión que no les permite continuar con sus vidas y se quedan completamente bloqueadas y dependientes de la experiencia que vivieron. Así pues, la ACT, permite con el uso de las metáforas facilitar a través de las analogías, la comprensión y aceptación de las circunstancias, situaciones y estados emocionales que se derivan de estas. Una vez aceptadas, ayuda a fijar metas y objetivos de vida y comprometerse con los mismos. El proceso terapéutico va a estar lleno de altibajos, dudas, sentimientos encontrados y presiones. Su aceptación, por parte de la mujer, como algo inherente al camino que acaba de emprender va a facilitar que no se centre en su lucha contra ellos (pensamientos), sino en la búsqueda de soluciones (acciones) (Mañas & Sánchez, 2009).

Así mismo, se aplicará el programa MBSR permitiendo a los pacientes situarse y vivir el presente, el aquí y el ahora. Además, el aprendizaje de esta técnica se puede extrapolar a una gran variedad de problemas y trastornos que puedan surgir a lo largo de la vida del paciente. El programa no pretende eliminar la sintomatología física ni emocional, sino a aprender a lidiar con ellas para evitar que dominen la vida de la víctima, lo que permitirá tener una visión más nítida de lo que hacer en dichas situaciones y cómo responder adecuadamente, dependiendo de la gravedad de la situación y de cómo afecta a la persona.

Aún así, es prácticamente imposible responder ante cada factor estresante que se presente a lo largo de la vida, aunque poniendo en práctica la combinación de ambas

técnicas, se puede conseguir una visión más clara ante cada estresor, siendo así más fácil responder y no reaccionar (Kabat - Zinn, 2003).

Este proyecto no busca eliminar la sintomatología ni el sufrimiento de una mujer, víctima de la violencia de género, sino enseñarle a aceptar lo ocurrido y a comprometerse con su presente y futuro con la técnica ACT de Hayes. A la vez, el *Mindfulness* (MBSR, Kabat - Zinn, 1979) le hará comprender que a pesar del sufrimiento que haya experimentado, o siga experimentando, debe aprender a vivir con él, aceptarlo y seguir adelante con su vida hasta que la herida cicatrice (Rodríguez Vega & Palao Tarrero, 2012; Wilson & Luciano, 2002).

Para ello, el programa diseñado incluye un periodo de psicoeducación, ya que es importante que la persona en cuestión sea consciente y comprenda lo que le ha ocurrido y sus consecuencias (la sintomatología) para poder solucionarlo de manera efectiva (Matud, 2006).

Descripción del programa de intervención

Ámbito de aplicación

El programa de intervención psicológico clínico especializado en cuadros de estrés postraumático, en mujeres tras la violencia de género, se llevará a cabo por una psicóloga clínica en un centro especializado en estos casos. La psicóloga clínica deberá estar especializada en las competencias de evaluación y diagnóstico, así como en el tratamiento psicológico necesario para esta población.

Objetivos

Objetivo general.

La violencia de género se puede derivar en una variedad sintomatológica que puede repercutir negativamente en la vida de la víctima. Debido a ello, y a la alta prevalencia de violencia de género y la gravedad de la situación que viven estas víctimas, se propone diseñar un programa para personas que padecen un TEPT (DSM - V, 2014) tras una experiencia de violencia de género, con la finalidad de aprender a vivir con el sufrimiento, aprender a canalizarlo y aceptarlo sin la necesidad de juzgar lo que ocurrió, para poder seguir adelante con su vida, es decir, para poder vivir el presente, el «aquí y ahora», incorporando una intervención psicológica con terapias denominadas de tercera generación: la ACT y el MBSR, junto a la psicoeducación.

Objetivos específicos.

Objetivos a conseguir con la Psicoeducación

- Comprender las bases de la violencia de género.
- Conocer la sintomatología experimentada, así como el porqué de esta.
- Mejorar la independencia y estabilidad emocional.
- Comprender que una misma no es culpable, sino responsable.
- Mejorar la seguridad propia, comprender la importancia de tomar medidas ante la posibilidad de encontrarse con una experiencia igual o parecida.
- Mejorar la autoestima y aceptar el diagnóstico.

Objetivos a conseguir con la Terapia de Aceptación y Compromiso

- Reducir la sintomatología del estrés, así como la asociada.
- Reducir el malestar emocional debido al uso de estrategias negativas para responder al dolor.

- Sustituir las conductas que afectan negativamente por conductas sanas.
- Favorecer el mantenimiento de los logros adquiridos desde los valores de la paciente.
- Ser capaz de reconducir y regular valores ante posibles recaídas.
- Aceptar las vivencias pasadas traumáticas.
- Comprender que el control que tenga la paciente sobre sus propios pensamientos, sentimientos y emociones, es lo que le permitirá seguir adelante.

Objetivos a conseguir con el Mindfulness Basado en la Reducción de Estrés

- Reducir la sintomatología del estrés, así como la asociada.
- Potenciar la atención y concentración.
- Aumentar la conciencia de las conductas de una misma, así como las decisiones tomadas como respuesta a un factor externo.
- Aprender a gestionar las emociones de manera que se logre evitar el juicio y aceptar los hechos.
- Aprender a mantener la tranquilidad y la calma a partir de la respiración y relajación.
- Desarrollar la capacidad de resolución de problemas.
- Mejorar la salud mental, el bienestar, la autoestima, etc.

Destinatarios

La población diana, a la que se dirige el programa de intervención son mujeres de entre 18 y 40 años, con un diagnóstico de Trastorno de Estrés Postraumático según los criterios del DSM - V (2014) tras sufrir de la violencia de género.

En caso de estar recibiendo algún tratamiento farmacológico, debido a la sintomatología como consecuencia de la violencia de género, deberá ser avisado previamente.

Como criterio de inclusión de los participantes en el programa, deberán mostrar la sintomatología presente en el TEPT, repercutiendo en los diferentes ámbitos de sus vidas, y consecuentemente, dificultando su funcionamiento social.

Respecto a los criterios de exclusión, no se aplicará a aquellas mujeres que presenten algún trastorno de la personalidad y/o deterioro cognitivo, debido a las

complicaciones que puedan surgir a la hora de aplicar las distintas fases del programa. Para estas, se recomienda un programa individualizado y personalizado. También se excluirán a aquellas víctimas con hijos, dado que se necesitará ampliar el programa para poder asegurar una mejor protección del menor.

Fases en la elaboración del programa

La intervención en casos de TEPT en mujeres, víctimas de violencia de género, deberá llevarse a cabo por profesionales especializados en la materia (preferiblemente una terapeuta), conocedores de las distintas terapias aplicadas.

El programa se ofrecerá a grupos de diez mujeres como máximo, con el fin de poder prestar una atención individual y personalizada en la mayor medida posible.

La intervención psicológica se llevará a cabo durante dos sesiones semanales de 45 minutos cada una, los lunes y los jueves de 10:30h a 11:15h de la mañana, con un periodo aproximado de 6 meses. Las dos sesiones iniciales se dedicarán a la administración de las pruebas pertinentes para detectar a las candidatas idóneas para el programa. Las dos siguientes sesiones estarán dirigidas a la psicoeducación de la violencia de género y al estrés postraumático. A partir de la tercera semana, se irá alternando una sesión focalizada en la ACT, y otra en el MBSR, de manera que se puedan complementar entre sí, teniendo un total de 49 sesiones repartidas de equitativamente. Finalmente, se llevará a cabo una sesión final para la reevaluación de la sintomatología, proceso que se repetirá al mes, a los 6 y a los 12 meses para la supervisión, y valoración de la efectividad del tratamiento en la vida de la paciente y su alta.

Para la valoración previa a la intervención psicológica, se administrarán las siguientes pruebas de manera individual: Inventario Clínico Multiaxial de Millon IV (MCMI-IV, Millon *et al.*, 2018), con el fin de evaluar la personalidad y psicopatología; y el Symptom Checklist 90 Revised (SCL - 90 - R, Derogatis, 1992) para evaluar los síntomas psicológicos y psicopatológicos, además de determinar la intensidad. Una vez seleccionadas las pacientes al inicio del tratamiento, también se administrarán las siguientes pruebas: Evaluación Global del Estrés Postraumático (EGEP-5, Crespo, Gómez & Soberón, 2017), para evaluar la intensidad de los síntomas relacionados con el trastorno en cuestión; Cognitive and Affective Mindfulness Scale - Revised (CAMS - R, Feldman, Hayes, Kumar, Greeson, Laurenceau, 2006) para valorar la capacidad de atención plena de los pacientes; y, finalmente, el Acceptance and Action Questionnaire

(AAQ - II, Bond, Hayes, Carpenter, Guenole, Orcutt, Waltz & Zettle, 2011) con el fin de medir la evitación experiencial. Tras la finalización del programa y la reevaluación psicológica de los pacientes, se registrarán las puntuaciones y se compararán los datos y registros de ambos momentos para valorar la eficacia del programa en la vida de la paciente.

Para trabajar el estrés postraumático desde la ACT se llevará a cabo una sesión semanalmente durante aproximadamente 6 meses. Durante el tratamiento, se aplicarán una serie de metáforas (Hayes, Strosahl & Wilson, 1999; Wilson & Luciano, 2002) relacionadas con experiencias comunes a las víctimas respecto a la violencia de género, junto con ejercicios prácticos con el objetivo de visualizar de manera más clara lo que les ocurre, así como sus pensamientos, sensaciones y emociones. Se les enseñará a evitar estrategias no efectivas para paliar con el dolor crónico, así como comprender que eliminarlos no es funcional. A su vez, aprenderán a observarse a sí mismas, entender y explicar cómo se sienten y a sentirse más seguras. Posteriormente, aprenderán la importancia de seguir adelante con sus vidas, y a comprometerse con ello mediante conductas sanas (Robinson, Wicksell & Olsson, 2004).

Igualmente, para trabajar desde el *Mindfulness* se llevará a cabo una sesión semanal, durante aproximadamente 6 meses. Desde esta técnica se aplicarán ejercicios de respiración, relajación, conciencia y barridos corporales, desde las prácticas formales, e informales (anexo X), para mantener la calma en situaciones complejas para la paciente. Posteriormente, se enseñará a aceptar y controlar aquellos pensamientos, sensaciones y emociones sin la necesidad de retenerlos consigo mismas ni juzgarlos como algo positivo o negativo, logrando así dejar el pasado atrás, sin olvidar, y vivir el «aquí y ahora». Durante las sesiones de atención plena, las pacientes aprenderán a aceptar sus emociones, para posteriormente trabajar su autoestima y seguridad en caso de visitar la experiencia sin volver a vivirla. Aprenderán a aceptar el pasado y la importancia de vivir en el presente. Con el fin de ayudar a vivir en el presente, se les pedirá a las pacientes que lleven a cabo una sesión de práctica de *Mindfulness* cada vez que aparezca un pico de tensión. Junto a todo esto, se trabajará tanto la compasión por los demás como la autocompasión por uno mismo. Las prácticas que se lleven a cabo durante las sesiones serán repartidas a todas las pacientes en USB, o por correo electrónico, de manera que pueda ser accesible en cualquier momento que necesiten poner en práctica la atención plena. Asimismo, se les pedirá que rellenen un formulario a lo largo de la semana que

será comentado, si quiere cada paciente, al comienzo de las sesiones (Alonso, 2012). Una vez finalice la meditación, las pacientes volverán a poner en común aquellas experiencias vividas durante la práctica de *Mindfulness* de esa sesión.

Descripción del programa

Instrumentos de evaluación.

Los pacientes serán sometidos a pruebas de evaluación para valorar la posible psicopatología, además de sintomatología de estrés postraumático, la evitación experiencial y la capacidad de atención plena:

- Inventario Clínico Multiaxial de Millon (MCMI-IV, Millon *et al.*, 2018) (*anexo 6*).
- Symptom Checklist 90 Revised (SCL - 90 - R, Derogatis, 1992) (*anexo 7*).
- Evaluación Global del Estrés Postraumático (EGEP-5, Crespo, *et al.*, 2017) (*anexo 8*).
- Cognitive and Affective Mindfulness Scale - Revised (CAMS - R, Feldman, *et al.*, 2006) (*anexo 9*).
- Acceptance and Action Questionnaire - II (AAQ - II, Bond *et al.*, 2011) (*anexo 10*).

Tabla de programación.

	Semana 1	Semana 2	Semana 3	Semana 4
Mes 1	Sesión 1: Proceso de selección de candidatas	Sesión 2: Evaluación inicial Sesión 3: Psicoeducación (I)	Sesión 4: Psicoeducación (II) Sesión 5: ACT. Met. del hoyo	Sesión 6: MBSR. Ejercicio de meditación formal corto Sesión 7: ACT. Met. del funeral
Mes 2	Sesión 8: MBSR. Ejercicio de meditación formal corto Sesión 9: ACT. Met. del granjero y la mula	Sesión 10: MBSR. Ejercicio de la uva/pasa Sesión 11: ACT. Met. del vecino indeseable	Sesión 12: MBSR. Meditación del Ahora Sesión 13: ACT. Met. de la pantalla	Sesión 14: MBSR. Práctica de la respiración focalizando en la espiración Sesión 15: ACT. Met. de las nubes grises
Mes 3	Sesión 16: MBSR. Práctica de la respiración	Sesión 18: MBSR. Práctica de la respiración	Sesión 20: MBSR. Meditación formal caminando	Sesión 22: MBSR. Paseo meditativo informal

	focalizando en la espiración Sesión 17: ACT. Met. del polígrafo	focalizando en la espiración Sesión 19: ACT. Met. del malestar limpio y sucio	Sesión 21: ACT. Ejercicio del lugar concurrido	Sesión 23: ACT. Ejercicio de repetición
Mes 4	Sesión 24: MBSR. Ejercicio del barrido corporal clásico Sesión 25: ACT. Met. de los pasajeros en el autobús	Sesión 26: MBSR. Ejercicio del barrido corporal clásico Sesión 27: ACT. Ejercicio de la observación como flujo de la vida privada	Sesión 28: MBSR. Ejercicio del barrido corporal clásico Sesión 29: ACT. Met. del tablero de ajedrez	Sesión 30: MBSR. Práctica para pensamientos de preocupación y temor Sesión 31: ACT. Met. de la casa y los muebles
Mes 5	Sesión 32: MBSR. Práctica para pensamientos de preocupación y temor Sesión 33: ACT. Ejercicio del observador de sí mismo	Sesión 34: MBSR. Práctica de Tonglen Sesión 35: ACT. Ejercicio escoge una identidad	Sesión 36: MBSR. Práctica de Tonglen Sesión 37: ACT. Met. de las calles con tiendas	Sesión 38: MBSR. Práctica de Tonglen Sesión 39: ACT. Met. del jardín
Mes 6	Sesión 40: MBSR. Meditación de compasión de las emociones: acoger y acunar las emociones Sesión 41: ACT. Met. de las dos montañas	Sesión 42: MBSR. Meditación de compasión de las emociones: acoger y acunar las emociones Sesión 43: ACT. Met. de montar en bicicleta	Sesión 44: MBSR. Práctica caminando hacia el miedo Sesión 45: ACT. Met. del punto de vista en el horizonte	Sesión 46: MBSR. Práctica caminando hacia el miedo Sesión 47: ACT. Met. de las olas de la playa
Mes 7	Sesión 48: MBSR. Práctica breve de compasión Sesión 49: ACT. Met. de la ciénaga	Sesión 50: Evaluación final		

Programación.

Semana 1. Valoración inicial (I)

Sesión 1: Selección de candidatas

- **Actividad:** Se administrarán las pruebas MCMI - IV (Millon *et al.*, 2018), SCL - 90 (Derogatis, 1992) y EGEP - 5 (Crespo *et al.*, 2017) a todas las posibles candidatas aptas para el programa. Aquellas candidatas aptas serán informadas para continuar con el proceso. Las demás, serán dirigidas a otros programas que

cumplan con sus necesidades. Es posible que esta sesión tenga que ser alargada, o añadir una sesión más para poder cumplimentar los tests.

- **Objetivo:** Averiguar qué candidatas son aptas para un tratamiento en grupo. Estas serán reagrupadas en grupos de diez personas para comenzar el tratamiento, y las demás serán reubicadas en otros programas, ya sean grupales o individuales, dependiendo de las necesidades de cada una de ellas.

Semana 2. Valoración inicial (II) y psicoeducación (I)

Sesión 2: Evaluación inicial

- **Actividad:** Las candidatas aptas para el programa rellenarán los tests AAQ - II (Bond *et al.*, 2011) y CAMS - R (Feldman *et al.*, 2006), dirigidas a conocer la capacidad de aceptación y compromiso, y la capacidad de atención plena, respectivamente.
- **Objetivo:** Conocer el grado de evitación experiencial de cada paciente, así como las capacidades de atención, conciencia del pensamiento, aceptación y capacidad de estar centrado en el presente (Gil, Barreto & Montoya, 2010).

Sesión 3: Psicoeducación (I)

- **Actividad:** Presentación de la psicóloga clínica y de las pacientes. Seguidamente, se proporcionará una definición resumida del estrés postraumático, según el DSM - V, y de la violencia de género, así como la sintomatología común entre este grupo de la población.
- **Objetivo:** Que las pacientes se conozcan, y sean puntos de apoyo entre ellas.

Semana 3. Psicoeducación (II) y ACT

Sesión 4: Psicoeducación (II)

- **Actividad:** Se proporcionará unas medidas de seguridad (*anexo 11*) que deberán tomar las víctimas en caso de riesgo de reencontrarse con sus agresores, y se revisarán, comentarán y resolverán dudas, en caso de ser necesario.
- **Objetivo:** Conocer cómo pueden defenderse en caso de estar en peligro y darse cuenta de que están al límite de perderse sus vidas, y que a lo largo de la intervención se irán redescubriendo.

Sesión 5: ACT (fase I: desesperanza creativa)

- **Actividad:** A través de la “metáfora del hoyo” (*anexo 12*) se pretenderá que las pacientes vean que están alimentando un círculo vicioso del cual será más difícil salir con el paso del tiempo.
- **Objetivo:** Que las pacientes se den cuenta de lo que se están perdiendo por evitar lugares que formaban parte de sus vidas. Que aprendan que hay otras estrategias que son efectivas y que les permitirán seguir adelante con sus vidas.

Semana 4. MBSR y ACT

Sesión 6: MBSR (“ejercicio de meditación formal corto”)

- **Actividad:** Se explicará la diferencia entre la práctica formal e informal (*anexo 2* y *anexo 3*) y se resolverán las dudas que puedan surgir. Además, se explicará que las meditaciones que pondrán en práctica durante el programa psicológico no tratan de dejar la mente en blanco, eliminar las emociones ni escapar del dolor. Se llevará a cabo un “ejercicio de meditación formal corto” (*anexo 13*). Se pedirá a las pacientes que lleven a cabo este ejercicio al menos una vez al día, para lo que dispondrán de una grabación.
- **Objetivo:** Comprender la estructura del *Mindfulness*, así como su funcionalidad. Percibir que las prácticas son fáciles de llevar a cabo y entrenar la atención de manera progresiva.

Sesión 7: ACT (fase I: desesperanza creativa)

- **Actividad:** A través de la “metáfora del funeral” (*anexo 14*) y un vídeo “Tu propio funeral” (<https://www.youtube.com/watch?v=deXBgKbheG8&list=PL6ucvEwTBDs77EaLm94xDgIO45FHIgKab> minuto 00:00 - 01:50), las pacientes deberán entender que actualmente están inmersas en una vida que no es la que desean o habrían deseado antes de sufrir violencia de género. No pueden cambiar el pasado, pero sí retomar sus vidas.
- **Objetivo:** Experimentar la necesidad de establecer nuevas metas que cumplir en sus vidas. Para ello, se tendrán que eliminar las conductas de evitación y retroalimentación propia verbal negativa.

Semana 5. MBSR y ACT

Sesión 8: MBSR (“ejercicio de meditación formal corto”)

- **Actividad:** Se pondrán en común las experiencias y se resolverán dudas que hayan surgido durante la semana. Se seguirá motivando a las pacientes a seguir adelante con la meditación, y se les pedirá que vuelvan a llevar a cabo el mismo ejercicio de la semana anterior (*anexo 13*). Esta vez, se pedirá que se lleve a cabo al menos dos veces al día.
- **Objetivo:** Conseguir adherencia al tratamiento y tranquilizar a las pacientes que puedan tener más dificultades con los ejercicios.

Sesión 9: ACT (fase I: desesperanza creativa)

- **Actividad:** A través de la “metáfora del granjero y el asno” (*anexo 15*), las pacientes comprenderán que ellas tienen el control de sus vidas, que las estrategias que emplean para reducir la sintomatología no funcionan, y que por tanto, la forma en que les afecte algo, depende de ellas mismas.
- **Objetivo:** Las pacientes verán que no es la vivencia en sí lo que realmente no les deja seguir adelante con sus vidas, sino toda la evitación constante, ya sea de manera conductual o cognitiva.

Semana 6. MBSR y ACT

Sesión 10: MBSR (“ejercicio de la pasa”)

- **Actividad:** Se seguirá poniendo en común el trabajo semanal de las pacientes y resolviendo dudas. Para finalizar la sesión, se llevará a cabo una meditación informal, el “ejercicio de la uva/pasa” (*anexo 16*). Se les pedirá a las pacientes que lleven a cabo dos tareas en casa durante la semana. El ejercicio de la meditación formal que llevan haciendo desde que comenzaron el tratamiento, y un ejercicio informal con el primer bocado de su comida o cena.
- **Objetivo:** Seguir mejorando la adherencia al tratamiento, y comprender que la meditación se puede llevar a cabo en torno a distintas situaciones de la vida diaria.

Sesión 11: ACT (fase I: desesperanza creativa)

- **Actividad:** A través de la “metáfora del vecino indeseable” (*anexo 17*) se explicará a las pacientes que las estrategias que están empleando no funcionan, y que deben adquirir nuevas estrategias que no sean de evitación.

- **Ejercicio:** La evitación experiencial también se verá reflejada a través de un ejercicio (*anexo 18*), el cual implica maletas pequeñas, paquetes y/o objetos. La terapeuta explicará que los pensamientos no les permite avanzar hacia sus metas.
- **Objetivo:** Las pacientes observarán que la desesperanza que reside en ellas es consecuencia de la estrategia de evitación, no la vivencia.

Semana 7. MBSR y ACT

Sesión 12: MBSR (“meditación del Ahora”)

- **Actividad:** Se seguirá poniendo en común el trabajo semanal de las pacientes y resolviendo dudas. Se explica el concepto “estado de presencia” (*anexo 19*). Se pondrá en práctica la “meditación del Ahora” (*anexo 20*). En casa se comenzará a llevar a cabo esta misma práctica, la cual se repartirá por audio a las pacientes.
- **Objetivo:** No confundir el tiempo presente con el “espacio contenedor” del presente. Prestar atención a las percepciones que vienen y van mientras nosotros permanecemos en el presente. Aumentar el tiempo de las prácticas para mejorar la capacidad de atención.

Sesión 13: ACT (fase II: el control como el problema)

- **Actividad:** A través de la “metáfora de la pantalla” (*anexo 21*), las pacientes reflexionarán cómo responder a estímulos externos, para posteriormente explicarles que intentar controlar las cosas no es buena opción.
- **Objetivo:** Que las pacientes desconfíen de la estrategia que han estado empleando hasta el momento para alcanzar sus metas, el control.

Semana 8. MBSR y ACT

Sesión 14: MBSR (“práctica de la respiración focalizando en la espiración”)

- **Actividad:** Se seguirá poniendo en común el trabajo semanal de las pacientes y resolviendo dudas. En esta sesión se llevará a cabo la “práctica de la respiración focalizando en la espiración” (*anexo 22*). En esta sesión, se repartirá un “diario de sucesos agradables y desagradables” (*anexo 23*) (Kabat - Zinn, 2003) en el cual las pacientes puedan ir anotando esos momentos del día que más destaquen, ya sea por sus momentos buenos o malos. Una vez al día, en casa deberán poner en práctica la “meditación del ahora” (*anexo 20*) y la “práctica de la respiración focalizando en la espiración” (*anexo 22*). Esta última, se repartirá en formato de

audio. También se les pedirá que lleven a cabo un ejercicio de práctica informal al día. Se les permitirá elegir el momento del día en el que quieran hacerlo, y si quieren llevarlo a cabo todo a la vez o en diferentes momentos del día.

- **Objetivo:** Comenzar a trabajar la remisión de síntomas de ansiedad que surgen en las pacientes de manera individual.

Sesión 15: ACT (fase II: el control como el problema)

- **Actividad:** A través de la “metáfora de las nubes grises” (*anexo 24*), se pretende explicar que cuando se produce ansiedad en uno mismo por un evento, se convierte en un problema en el momento que se intenta controlar.
- **Objetivo:** Comprender que cuanto más control, más sufrimiento.

Semana 9. MBSR y ACT

Sesión 16: MBSR (“práctica de la respiración focalizando en la espiración”)

- **Actividad:** Se seguirá poniendo en común el trabajo semanal de las pacientes y resolviendo dudas. En esta sesión se volverá a llevar a cabo la “práctica de la respiración focalizando en la espiración” (*anexo 22*). También se pondrá en común el “diario de sucesos agradables y desagradables” (*anexo 23*) (Kabat - Zinn, 2003). En casa deberán llevar a cabo las mismas tareas de la semana anterior.
- **Objetivo:** Seguirán trabajando la remisión de síntomas de ansiedad que surgen en las pacientes de manera individual.

Sesión 17: ACT (fase II: el control como el problema)

- **Actividad:** A través de la “metáfora del polígrafo” (*anexo 25*) se instruirá a las pacientes que el miedo o el evento no es el problema, sino el querer estar en control.
- **Objetivo:** Observar que cuánto más intenten tener el control, el resultado será el contrario.

Semana 10. MBSR y ACT

Sesión 18: MBSR (“práctica de la respiración focalizando en la espiración”)

- **Actividad:** Se seguirá poniendo en común el trabajo semanal de las pacientes y resolviendo dudas. En esta sesión se volverá a llevar a cabo la “práctica de la

respiración focalizando en la espiración” (*anexo 22*). También se pondrá en común el “diario de sucesos agradables y desagradables” (Kabat - Zinn, 2003) (*anexo 23*). En casa deberán llevar a cabo las mismas tareas de la semana anterior.

- **Objetivo:** Seguir trabajando la remisión de síntomas de ansiedad que surgen en las pacientes de manera individual.

Sesión 19: ACT (fase II: el control como el problema)

- **Actividad:** A través de la “metáfora del malestar limpio y sucio” (*anexo 26*) se explicará a las pacientes que intentar estar en control de los problemas solo va a causar más malestar personal, de manera que, si dejan de estar en control de las cosas, conseguirán adquirir más tranquilidad en sus vidas.
- **Objetivo:** Que las pacientes vean que depende de ellas tener el control, sufrir o aceptar lo ocurrido, y seguir adelante.

Semana 11. MBSR y ACT

Sesión 20: MBSR (“meditación formal caminando”)

- **Actividad:** Se seguirá poniendo en común el trabajo semanal de las pacientes y resolviendo dudas. Se explica la diferencia entre aceptación y lucha y evitación. Con ello, se explicará la importancia de aceptar las sensaciones corporales que puedan surgir en los momentos más complicados. Posteriormente, se llevará a cabo la “meditación formal caminando” (*anexo 27*). Seguidamente, se explicará que esta actividad se puede llevar a cabo caminando a la velocidad que necesite la paciente, para así ralentizar el ritmo adquirido al principio, lo cual ocurrirá del mismo modo con sus sensaciones, emociones y pensamientos. En casa deberán seguir poniendo en práctica una meditación formal, y otra informal, además de seguir rellenando el diario. Asimismo, deberán poner en práctica esta tarea en los momentos más difíciles. Se repartirá la grabación de esta última práctica.
- **Objetivo:** Comprender la importancia de aceptar el presente, y aprender a llevar a cabo la meditación en situaciones que crean ansiedad/estrés en las pacientes.

Sesión 21: ACT (fase III: alterar el papel del lenguaje)

- **Actividad:** Esta sesión se llevará a cabo en dos partes. Primeramente, se propondrá a las pacientes acudir a un lugar concurrido, frecuentado por la sociedad como, por ejemplo, la Plaza del Ayuntamiento. Se les pedirá a las pacientes que vayan a

pasar media hora sentadas en un banco, sin previa explicación. Tras el ejercicio (*anexo 28*), se les pedirá que pongan en común aquellos pensamientos que hayan tenido cuando vuelvan al centro donde se llevan a cabo las sesiones.

- **Objetivo:** Caer en la cuenta de que las palabras son como las personas que no conocemos: las veremos, aceptaremos que hayan pasado por nuestra mente y las dejaremos ir (son insignificantes). Deben darse cuenta de que tienen que conseguir que los pensamientos negativos, que intentan controlar sus vidas, tienen que ser insignificantes.

Semana 12. MBSR y ACT

Sesión 22: MBSR (“paseo meditativo informal”)

- **Actividad:** Se seguirá poniendo en común el trabajo semanal de las pacientes y resolviendo dudas. Se llevará a cabo la misma meditación que la semana pasada pero esta vez se convertirá en un “paseo meditativo informal” (*anexo 27*). En sesión se llevará a cabo de la misma manera que la semana pasada. Como tarea de casa, las pacientes deberán llevar a cabo la práctica durante un paseo. Además, deberán llevar a cabo una práctica informal al día y seguir cumplimentando el “diario de sucesos agradables y desagradables”.
- **Objetivo:** Comprender la importancia de aceptar el presente y aprender a llevar a cabo la meditación en situaciones que creen ansiedad/estrés en las pacientes. Durante las meditaciones es probable que aparezcan inferencias desagradables, por lo que las pacientes deberán volver a la meditación, anclándose en la respiración y sensaciones corporales. Así pues, aprenderán a no juzgar y a vivir el presente, en el «aquí y ahora».

Sesión 23: ACT (fase III: alterar el papel del lenguaje)

- **Actividad:** La terapeuta le pedirá a las pacientes que repitan la palabra “dolor” de 2 a 5 minutos en voz alta. A través de la repetición de una misma palabra muchas veces, observarán que las palabras pueden llegar a ser simplemente un sonido sin que provoque pensamientos ni emociones.
- **Objetivo:** Entender que las palabras tan solo son palabras, pero el significado lo otorgan las pacientes.

Semana 13. MBSR y ACT

Sesión 24: MBSR (“ejercicio del barrido corporal clásico”)

- Actividad: Se seguirá poniendo en común el trabajo semanal de las pacientes y resolviendo dudas. Durante la sesión se llevará a cabo el “ejercicio del barrido corporal clásico” (*anexo 29*) durante diez minutos. Esta vez, se dejará más de lado la respiración y se centrarán más en las sensaciones corporales por partes del cuerpo. En casa deberán llevar a cabo una práctica informal, la de la sesión actual y rellenar el diario.
- Objetivo: Que las pacientes lleven a cabo la exposición interoceptiva, es decir, que conozcan su cuerpo en más profundidad, así como la sintomatología fisiológica y “lograr una percepción más objetiva y profunda sobre el propio cuerpo” (Alonso, 2012).

Sesión 25: ACT (fase III: alterar el papel del lenguaje)

- Actividad: A través de la “metáfora de los pasajeros en el autobús” (*anexo 30*), se explicará la importancia de aceptar eventos, tanto agradables como desagradables, para poder continuar con sus metas en la vida.
- Objetivo: Distanciarse de aquellos pensamientos que les impiden seguir adelante con sus vidas, comprender la insignificancia de las palabras.

Semana 14. MBSR y ACT

Sesión 26: MBSR (“ejercicio del barrido corporal clásico”)

- Actividad: Se seguirá poniendo en común el trabajo semanal de las pacientes y resolviendo dudas. Se volverá a llevar a cabo el “ejercicio del barrido corporal clásico” (*anexo 29*) durante al menos 15 minutos. Una vez más, las pacientes se centrarán más en las sensaciones corporales. En este caso, se practicará la atención plena en zonas del cuerpo donde más tranquilidad y calma perciban. En casa deberán seguir llevando a cabo una práctica informal y la de la sesión actual. Deben seguir rellenando el diario.
- Objetivo: Que las pacientes sigan llevando a cabo la exposición interoceptiva, es decir, que conozcan su cuerpo en más profundidad, así como la sintomatología fisiológica y “lograr una percepción más objetiva y profunda sobre el propio cuerpo” (Alonso, 2012).

Sesión 27: ACT (fase III: alterar el papel del lenguaje)

- **Actividad:** A través del “ejercicio de la observación como flujo de la vida privada” (*anexo 31*) se les pedirá a las pacientes que observen aquellos pensamientos que aparecen por sus mentes y que simplemente los dejen pasar.
- **Objetivo:** Entender que los pensamientos pueden surgir, pero somos nosotros quienes decidimos lo que nos afecta y lo que no.

Semana 15. MBSR y ACT

Sesión 28: MBSR (“ejercicio del barrido corporal clásico”)

- **Actividad:** Se seguirá poniendo en común el trabajo semanal de las pacientes y resolviendo dudas. Se volverá a llevar a cabo el “ejercicio del barrido corporal clásico” (*anexo 29*) durante al menos 15 minutos centrándose esta vez en una parte del cuerpo menos tranquilo, en el que las pacientes sientan sintomatología ansiosa. En casa deberán seguir llevando a cabo una práctica informal diaria, así como la práctica formal de la sesión anterior, además de cumplimentar el diario. En casos de experimentar síntomas ansiosos, para lograr la calma y prestar atención plena al presente, deberán acudir a la práctica realizada en esta sesión.
- **Objetivo:** Que las pacientes sigan llevando a cabo la exposición interoceptiva, y mejoren sus capacidades para lidiar con momentos de estrés centrándose en el «aquí y ahora».

Sesión 29: ACT (fase IV: el *self* como contexto)

- **Actividad:** A través de la “metáfora del tablero de ajedrez” (*anexo 32*), se hará hincapié en que los eventos privados de cada uno forman parte de la persona, pero no son ellos mismos en sí.
- **Objetivo:** Entender que, a pesar de vivir unas experiencias u otras, siguen siendo la misma persona que al comienzo: Cuando intentan hacer frente a los pensamientos, se olvidan de quienes son realmente y sus objetivos.

Semana 16. MBSR y ACT

Sesión 30: MBSR (“práctica para pensamientos de preocupación y temor”)

- **Actividad:** Se pondrá en común el trabajo semanal de las pacientes y se resolverán dudas. Se explica el concepto de “defusión cognitiva” (*anexo 4*) y “desliteralización” (*anexo 5*). Así pues, se lleva a cabo la “práctica para pensamientos de preocupación y temor” (*anexo 33*). En casa las pacientes deben

poner en práctica este ejercicio cuando identifiquen pensamientos negativos con preocupaciones. Además, deberán seguir llevando a cabo una práctica informal diariamente, sin olvidar apuntar sus vivencias en el diario.

- **Objetivo:** Reducir la evitación experiencial. Conseguir un estado mental de calma e intentar que no interfieran en él pensamientos, sensaciones y emociones. Ser conscientes que sus pensamientos no tienen porque reflejar la realidad.

Sesión 31: ACT (fase IV: el *self* como contexto)

- **Actividad:** Las pacientes realizarán un ejercicio en el que deberán ponerse distintas prendas de vestir (*anexo 34*), de manera que observarán que la ropa no determina quienes son, simplemente forman parte de ellas. Posteriormente, se recalcará mediante la “metáfora de la casa y los muebles” (*anexo 35*).
- **Objetivo:** Comprender que las experiencias vividas no determinan su identidad, sino la forma de responder ante las mismas.

Semana 17. MBSR y ACT

Sesión 32: MBSR (“práctica para pensamientos de preocupación y temor”)

- **Actividad:** Se pondrá en común el trabajo semanal de las pacientes y se resolverán dudas. Se volverá a llevar a cabo la “práctica para pensamientos de preocupación y temor” (*anexo 33*). En casa las pacientes deben seguir poniendo en práctica este ejercicio cuando identifiquen pensamientos negativos con preocupaciones. Además, deberán seguir llevando a cabo una práctica informal diariamente. Junto a ello, en casa también deben recordar la importancia de rellenar el diario.
- **Objetivo:** Reducir la evitación experiencial. Conseguir un estado mental de calma e intentar que no interfiera en él pensamientos, sensaciones y emociones. Ser conscientes que se sus pensamientos no tienen porque reflejar la realidad.

Sesión 33: ACT (fase IV: el *self* como contexto)

- **Actividad:** A través del “ejercicio del observador de sí mismo” (*anexo 36*) se enseñará al paciente a acceder al sentido trascendente del “yo”.
- **Objetivo:** Comprender que a pesar de que en la vida de uno experimenta cambios constantemente debido a unas circunstancias u otras, la esencia de la persona no cambia.

Semana 18. MBSR y ACT

Sesión 34: MBSR (“práctica de compasión para sentirse a salvo” / “práctica de Tonglen”)

- **Actividad:** Se pondrá en común el trabajo semanal de las pacientes y se resolverán dudas. Se explica el concepto “autocompasión” (*anexo 37*). Llevar a cabo un “plan personal de autocompasión” (*anexo 38*) (en este caso será grupal). Se llevará a cabo la “práctica de compasión para sentirse a salvo”, también conocida como la “práctica de Tonglen” (*anexo 39*). A partir de ahora, se pedirá a las pacientes que lleven a cabo la práctica de esta sesión, la cual se les proporciona en audio. Deben recordar rellenar el diario.
- **Objetivo:** Conocer cuáles son los valores que forman parte de su experiencia. Entender la importancia de quererse a uno mismo. Conocer la importancia de aceptar, no juzgar y prestar atención a su dolor, pudiendo así mejorar la flexibilidad cognitiva.

Sesión 35: ACT (fase IV: el *self* como contexto)

- **Actividad:** A través del “ejercicio escoge una identidad” (*anexo 40*) la terapeuta ayudará a las pacientes a verse desde perspectivas más positivas y menos negativas.
- **Objetivo:** Poder ver desde la perspectiva de otra persona que cualquiera vive situaciones que causan emociones, sensaciones y pensamientos adversos. Entender que la adversidad vive en uno mismo, que depende de esa misma persona ponerle solución para poder seguir adelante. Entender que la esencia de la persona no cambia: Es la misma persona, pero con emociones sensaciones y pensamientos adversos.

Semana 19. MBSR y ACT

Sesión 36: MBSR (“práctica de compasión para sentirse a salvo” / “práctica de Tonglen”)

- **Actividad:** Se pondrá en común el trabajo semanal de las pacientes y se resolverán dudas. Se revisará el “plan personal de autocompasión” (*anexo 38*) (en este caso, grupal). Se llevará a cabo la “práctica de compasión para sentirse a salvo”, también conocida como la “práctica de Tonglen” (*anexo 39*). Las pacientes seguirán llevando a cabo esta práctica en casa y cumplimentando el diario.

- **Objetivo:** Conocer cuáles son los valores forman parte de su experiencia. Entender la importancia de quererse a uno mismo. Conocer la importancia de aceptar, no juzgar y prestar atención a su dolor, pudiendo así mejorar la flexibilidad cognitiva.

Sesión 37: ACT (fase V: valores)

- **Actividad:** Se le pedirá a cada paciente que cuente su experiencia de manera que la terapeuta les haga ver a través de la “metáfora de las calles con tiendas” (*anexo 41*) que las malas experiencias no les permite ver más allá y las ha estancado.
- **Objetivo:** Que la terapeuta entienda la situación de cada paciente y que las pacientes se den cuenta de lo que se están perdiendo, y comiencen a plantearse objetivos que las hagan felices.

Semana 20. MBSR y ACT

Sesión 38: MBSR (“práctica de compasión para sentirse a salvo” / “práctica de Tonglen”)

- **Actividad:** Se pondrá en común el trabajo semanal de las pacientes y se resolverán dudas. Se hará un breve recordatorio del “plan personal de autocompasión” (*anexo 38*) (en este caso, grupal). Se llevará a cabo la “práctica de compasión para sentirse a salvo”, también conocida como la “práctica de Tonglen” (*anexo 39*) durante un tiempo más prolongado. Las pacientes seguirán llevando a cabo esta práctica en casa y rellenando el diario.
- **Objetivo:** Conocer cuáles son los valores que forman parte de su experiencia. Entender la importancia de quererse a uno mismo. Conocer la importancia de aceptar, no juzgar y prestar atención a su dolor, pudiendo así mejorar la flexibilidad cognitiva.

Sesión 39: ACT (fase V: valores)

- **Actividad:** A través de la “metáfora del jardín” (*anexo 42*), se explicará que no permiten su crecimiento a nivel personal, ni disfrutar de la vida, porque solo han estado alimentando lo negativo, olvidando lo positivo.
- **Ejercicio** (*anexo 42*): Apuntar tres cosas que quiere cada una que recuerden los demás de ellas, y que consecuentemente tengan que cultivar en sus vidas. Pueden apuntárselo y pegarlo en sus neveras, guardarlo en sus carteras –donde quieran–, o en un lugar en el que cada vez que lo vean, se acuerden de ello.

- **Objetivo:** Que las pacientes comprendan y dediquen sus vidas a cuidar de las cosas buenas que forman parte de sus vidas y dejen de lado lo que no les beneficia.

Semana 21. MBSR y ACT

Sesión 40: MBSR (“meditación de compasión de las emociones: acoger y acunar las emociones”)

- **Actividad:** Se pondrá en común el trabajo semanal de las pacientes y se resolverán dudas. Debido a la importancia que tienen las emociones para conseguir aceptarlas tal y como vienen, es necesario trabajar la compasión de estas. Para ello, se llevará a cabo la práctica de la “meditación de compasión de las emociones: acoger y acunar las emociones” (*anexo 43*). Se les pedirá a las pacientes que realicen esta misma práctica cuando aparezcan estados emocionales desagradables, para lo que se les proporcionará el audio correspondiente. También deberán llevar a cabo una práctica informal al día. También es importante seguir registrando datos relevantes en el diario.
- **Objetivo:** Conseguir dejar que las emociones aparezcan, se desenvuelvan y desaparezcan sin la necesidad de controlar o evitarlas.

Sesión 41: ACT (fase V: valores)

- **Actividad:** A través de la “metáfora de las dos montañas” (*anexo 44*), se explicará a la paciente que mientras esta esté dirigiéndose hacia sus objetivos, puede haber alguien guiándole, pero con el único objetivo de proporcionarle una perspectiva justa.
- **Ejercicio** (*anexo 44*): Se les pedirá a las pacientes, de manera individual, que escriban una carta a sí mismas dentro de seis meses, con los objetivos que tienen en mente conseguir, para posteriormente guardársela en un cajón. Así pues, cada vez que necesiten volver a centrarse, podrán recurrir a la carta.
- **Objetivo:** Entender que pueden, y deben, tomar las decisiones por sí mismas, pero pueden ser ayudadas por los demás, siempre y cuando estas otras personas no tomen el control de la paciente.

Semana 22. MBSR y ACT

Sesión 42: MBSR (“meditación de compasión de las emociones: acoger y acunar las emociones”)

- **Actividad:** Se pondrá en común el trabajo semanal de las pacientes y se resolverán dudas. Debido a la importancia que tienen las emociones para conseguir aceptarlas tal y como vienen, es necesario trabajar la compasión de estas. Para ello, se llevará a cabo la práctica de la “meditación de compasión de las emociones: acoger y acunar las emociones” (*anexo 43*). Se les pedirá a las pacientes que realicen esta misma práctica cuando aparezcan estados emocionales desagradables, para lo que se les proporcionará el audio correspondiente. También deberán llevar a cabo una práctica de *Mindfulness* informal una vez al día. Deben seguir rellenando el diario.
- **Objetivo:** Conseguir dejar que las emociones aparezcan, se desenvuelvan y desaparezcan sin la necesidad de controlar o evitarlas.

Sesión 43: ACT (fase V: valores)

- **Actividad:** A través de la “metáfora de montar en bicicleta” (*anexo 45*), las pacientes recordarán que no hubo nada que no les dejara aprender a montar en bicicleta o a conducir un coche. Tuvieron que ser constantes y tener paciencia y perseverancia hasta lograr aprender, para lo que tuvieron que practicar mucho. Se les explicará que deben hacer lo mismo con la situación que viven actualmente. A través de la práctica conseguirán lograr sus objetivos y ser perseverantes en ellos.
- **Objetivo:** Que las pacientes sigan motivadas hacia sus objetivos a pesar de tener que invertir esfuerzo y tiempo. Que vean que todo se puede lograr a pesar de las adversidades.

Semana 23. MBSR y ACT

Sesión 44: MBSR (“práctica de exposición mindful interoceptiva: caminando hacia el miedo”)

- **Actividad:** Se pondrá en común el trabajo semanal de las pacientes y se resolverán dudas. Se explicará “la paradoja del *Mindfulness*” (*anexo 46*). Posteriormente se llevará a cabo una “práctica de exposición mindful interoceptiva: caminando hacia el miedo” (*anexo 47*) enfocada hacia pacientes con pensamientos evitativos constantes. Esta práctica puede resultar más costosa para algunas pacientes por lo que puede ser necesario estabilizarlas para poder continuar. Se integrará la autocompasión con el *Mindfulness*. En casa, las pacientes deberán llevar a cabo

esta misma meditación en el caso de que aparezcan momentos ansiosos y rellenar el diario.

- **Objetivo:** Superar el momento de ansiedad centrando la atención en el «aquí y ahora» de modo consciente.

Sesión 45: ACT (fase VI: patrones de acción y compromiso)

- **Actividad:** A través del “ejercicio elección vs. decisión” (*anexo 48*) y la “metáfora del punto de vista en el horizonte” (*anexo 49*), los pacientes comprenderán que tienen que comprometerse y mantener una dirección fija en sus vidas.
- **Objetivo:** Comprometerse con conseguir las metas propuestas a pesar de las dificultades que puedan obstaculizar el proceso: Caerse, levantarse y reincorporarse es parte del proceso.

Semana 24. MBSR y ACT

Sesión 46: MBSR (“práctica de exposición mindful interoceptiva: caminando hacia el miedo”)

- **Actividad:** Se pondrá en común el trabajo semanal de las pacientes y se resolverán dudas. Se llevará a cabo una “práctica de exposición mindful interoceptiva: caminando hacia el miedo” (*anexo 47*) enfocado hacia pacientes con pensamientos evitativos constantes. Esta práctica puede resultar más costosa para algunas pacientes por lo que puede ser necesario estabilizarlas para poder continuar. Se integrará la autocompasión con el *Mindfulness*. En casa, las pacientes deberán llevar a cabo esta misma meditación en el caso de que aparezcan momentos ansiosos además de cumplimentar el diario.
- **Objetivo:** Superar el momento de ansiedad centrando la atención en el «aquí y ahora» de modo consciente.

Sesión 47: ACT (fase VI: patrones de acción y compromiso)

- **Actividad:** A través de la “metáfora de las olas de la playa” (*anexo 50*), se explicará que lo único que permanece en nuestras vidas son los hechos que experimentamos. Los pensamientos, emociones y sensaciones desaparecerán con el tiempo, siempre que lo permitamos, aunque puedan asustarlas. Para ello, deberán centrarse y comprometerse con sus valores y objetivos.

- **Objetivo:** Comprender que nuestros pensamientos dependen de nosotros mismos a pesar de que lo que nos ocurra sea algo positivo o negativo. Aprender y concienciarse a observar sin juzgar aquello que le ocurre a uno a lo largo de su vida.

Semana 25. MBSR y ACT

Sesión 48: MBSR (“práctica breve de compasión”)

- **Actividad:** Se pedirá a las pacientes que elaboren objetivos de manera individualizada para seguir creciendo personalmente, con ayuda de la atención plena, la cual deberán seguir poniendo en práctica. Se les pedirá que expongan dudas por última vez. Para finalizar, se llevará a cabo una “práctica breve de compasión” (*anexo 51*).
- **Objetivo:** Que las pacientes se sientan seguras al finalizar la última sesión de *Mindfulness*. Además, deberán ser conscientes de que son capaces de seguir llevando a cabo las prácticas de maneras individual.

Sesión 49: ACT (fase VI: patrones de acción y compromiso)

- **Actividad:** A través de la “metáfora de la ciénaga” (*anexo 52*), se explicará a las pacientes que aparecerán obstáculos en la vida que intentarán trancar sus objetivos y que, a pesar de ello, deben reconducir su actitud para seguir encaminadas hacia sus metas.
- **Objetivo:** Las pacientes deben comprender que es fundamental aceptar que no todo es perfecto, que han de reconducir sus vidas para conseguir aquello que realmente les motiva sin dejar que nadie ni nada se interponga en sus caminos.

Semana 26. Evaluación final

Sesión 50: evaluación final

Para dar por concluido el programa de intervención se reevaluará a las pacientes mediante los tres instrumentos de evaluación inicial para conocer la evolución. Así pues, se valorará el nivel de estrés postraumático en cada paciente, así como el grado de evitación experiencial, y la capacidad de vivir en el presente, dejando de lado lo negativo y el pasado mediante los instrumentos de evaluación EGEP - G (Crespo *et al.*, 2017), AAQ - II (Bond *et al.*, 2011) y CAMS - R (Feldman *et al.*, 2006), respectivamente.

Evaluación: instrumentos de evaluación continua y final.

Para la valoración tras finalizar el programa, y al cabo del mes, de los 6 y 12 meses, se administrarán las tres pruebas que aportarán la información necesaria acerca de la evolución de las pacientes: EGEP-5 (Crespo *et al.*, 2017), CAMS - R (Feldman *et al.*, 2006); y, AAQ-II (Bond *et al.*, 2011). Tras la corrección, análisis y realización de los informes, se determinará la necesidad, o no, de nuevos objetivos para las pacientes. Asimismo, se les dará el alta desde el ámbito psicológico sí se considera pertinente.

Delimitación de recursos

El programa de intervención dirigido a mujeres víctimas de la violencia de género, se llevará a cabo en el *Centro Mujer 24 horas*. Concretamente, se dispondrá de una sala con capacidad de al menos 20 personas, aunque las sesiones permitan un máximo de 10 pacientes, con el fin de disponer de un lugar amplio, ordenado y cómodo para las pacientes. Además, se procurará que la luz y la temperatura sea la adecuada. La sala dispondrá de un maletín de primeros auxilios, agua y vasos para las pacientes.

Por otro lado, se requerirá que la sala cuente con una silla y mesa con cajones y/o un armario para la terapeuta. Un reloj de pared permitirá que la terapeuta pueda controlar el tiempo de manera más disimulada, ya que puede molestar a las pacientes. También sería interesante tener un teléfono accesible para ellas.

A nivel individual, se necesitará al menos 11 sillas con mesas incorporadas en ellas, un ordenador y proyector con acceso a internet, para lo que será fundamental que una pared de la consulta sea blanca y lisa. Se necesitará también fotocopias, y consecuentemente una impresora, para poder entregar los tests a cumplimentar por las pacientes en carpetas o fundas de plástico, junto con bolígrafos y posiblemente folios.

Para algunas las sesiones se necesitará el material especificado previamente. Durante la cuarta sesión, que tendrá lugar en la tercera semana del programa, se entregará a cada paciente una copia de medidas de seguridad a seguir (*anexo 11*).

Para las sesiones enfocadas hacia la ACT, se requieren varios recursos. Para la sesión 11 (tercera sesión de ACT de la fase I: desesperanza creativa) la terapeuta necesitará varios paquetes de diversos tamaños. Pueden ser cajas vacías envueltas en papel de periódico de manera que se busque economizar lo máximo posible. Para la sesión 17 (primera sesión de ACT de la fase III: alterar el papel del lenguaje), se necesitará

trasladar a las pacientes desde el *Centro Mujer 24 horas* hasta la Plaza del Ayuntamiento, ida y vuelta. Para ello, se contará con un bono para el autobús público de la ciudad, de manera que la trayectoria sea rápida y económica. Para la sesión 25 (primera sesión de la fase IV: el *self* como contexto) se procurará tener varias mudas de ropa de diversos tamaños, por sí algunas pacientes olvidan traer prendas de su casa. Para la sesión 34 (segunda sesión de la fase V, Valores) y la sesión 36 (tercera sesión de la fase V, valores) se necesitará un folio en blanco y un bolígrafo por paciente.

Para las sesiones enfocadas hacia el MBSR se necesitará una esterilla para cada paciente, que permita llevar a cabo las meditaciones adoptando una postura cómoda.

Análisis de viabilidad

Tras el diseño y análisis del programa psicológico, se puede decir que el programa puede resultar eficaz y de fácil aplicación dada una serie de razones. En primer lugar, el programa grupal permitirá un ahorro económico para la empresa que lo lleve a cabo. También habrá un efecto de aprendizaje común entre las pacientes, pudiéndose apoyar entre ellas. Con el programa de intervención, se conseguirá prevenir una cronificación de la sintomatología en las pacientes, y evitar la creación de dependencia de psicofármacos. Además, el programa está basado en el crecimiento personal, dado que tras una crisis como la que han vivido las pacientes pueden salir heridas o crecer. También cabe mencionar que el tratamiento no requiere un mayor gasto que el de una profesional y recursos materiales mínimos.

En cuanto a los recursos materiales necesarios para llevarlo a cabo, se puede decir que el programa sí es viable puesto que los gastos a corto plazo, es decir, para cada paciente son mínimos. Mientras tanto, los gastos a medio plazo como son el agua, la electricidad y el sueldo de la terapeuta, serán estables cada mes. Finalmente, los gastos a largo plazo, como son el mobiliario y material necesario para los ejercicios para llevar a cabo las sesiones, podrán ser utilizados por diferentes grupos de pacientes que acudan a la misma terapia psicológica en otro horario. Se estima que el programa rondará un precio aproximado de 40 euros por sesión y por paciente, por lo que los gastos se cubrirán sin problema. Cabe mencionar que los sistemas públicos (Seguridad Social y Ministerio de Sanidad) prestarán ayudas económicas a las pacientes, lo cual también facilitará la viabilidad del programa.

Conclusiones

Dicho proyecto se basa en la intervención psicológica en víctimas que padecen TEPT, a causa de la violencia de género, a partir de la ACT y el MBSR, terapias psicológicas denominadas de tercera generación.

La combinación de ambas terapias, junto a la psicoeducación, buscan que las pacientes que acudan a intervención psicológica sean capaces de dejar el pasado atrás y aceptarlo para, consecuentemente, ser capaces de vivir en el presente sin juzgar lo ocurrido, y buscando más fortalecidas que, al inicio del programa, nuevos objetivos en sus vidas. Así pues, indirectamente se reducirán los niveles de ansiedad y estrés.

Como limitaciones del programa en primer lugar, hay que destacar que se trata de un programa extenso de 49 sesiones a lo largo de 6 meses. Para probar la efectividad del programa, se propone rellenar una valoración (*anexo 53*) acerca de las metáforas y ejercicios más relevantes para las pacientes. Este proceso será necesario llevarlo a cabo con una cantidad de sujetos razonable, con el fin de obtener unos resultados ajustados y fiables. Tras el análisis apropiado de este, se descartarían aquellas metáforas y ejercicios menos relevantes según la opinión de las pacientes.

Además, está centrado en pacientes con un TEPT, lo cual deja de lado otra sintomatología comórbida importante, como es la depresión, el suicidio y la ansiedad. Para ello, se propone integrar técnicas con evidencia científica para su tratamiento.

El programa diseñado ha sido a nivel grupal, pese a que puedan encontrar apoyo las unas en las otras, sería fundamental llevar a cabo sesiones de control a nivel individual cada una o dos semanas, dado que cada paciente seguramente tenga necesidades específicas. Para lograr este objetivo, sería interesante valorar la posibilidad de incluir el Formulario de metas, acciones y barreras (Hayes *et al.*, 1999) (*anexo 54*).

Como propuesta para el futuro, sería interesante crear un programa de intervención para las víctimas indirectas más jóvenes de la violencia de género, los hijos de las víctimas ya que el programa de este proyecto no se les tiene en cuenta. Aunque no todas las víctimas, algunas de ellas, seguramente tengan una familia que también habrá sufrido las consecuencias de la violencia de género.

Por otro lado, algunos autores consideran que la práctica del yoga puede ser complementaria a la mejora de la paciente con estrés postraumático que participa en el MBSR, ya que combina el movimiento físico con ejercicios de respiración y relajación, mejorando la regulación emocional, la ansiedad y la depresión, así como a nivel físico en términos de salud. Aumenta el sentimiento de control sobre sus vidas, aceptación propia y mejora la introspección (West, Spinazzola & Liang, 2016).

Referencias bibliográficas

- Aguirre, P., Cova, F., Domarchi, M.P., Garrido, C., Mundaca, I., Rincón, P., Troncoso, V. & Vidal, P. (2010). Estrés postraumático en mujeres víctimas de violencia doméstica. *Revista chilena de neuropsiquiatría*, 48 (2), 114-122.
- Alonso, M. (2012). Mindfulness en el tratamiento de los trastornos de ansiedad. En M. T. Miró & V. Simón (Eds.). *Mindfulness en la práctica clínica*. Bilbao: Desclee De Brouwer.
- Asociación Americana de Psiquiatría, *Manual diagnóstico y estadístico de los trastornos mentales* (DSM - V), 5º Ed. Arlington, VA, Asociación Americana de Psiquiatría, 2014.
- Beck, A. & Clark, D. (2010). *Terapia cognitiva para trastornos de ansiedad* (6º E.d.). España: Desclee de Brouwer.
- Bermudez, D., Benjamin, M., Porter, S., Saunders, P., Myers, N., Dutton, M. (2013). A qualitative analysis of beginning mindfulness experiences for women with post-traumatic stress disorder and a history of intimate partner violence. *Complementary Therapies in Clinical Practice*, 19,104-108.
- Briere, J. (2012). Compassion and wisdom in psychotherapy. En Germer, C.K. & Siegel, R. D. *Compassion and mindfulness in Trauma Treatment*. New York: Guilford.
- Crespo, M., Gómez, M. M. & Soberón, C. (2017). EGEP-5. *Evaluación Global de Estrés Postraumático*. Madrid: TEA Ediciones.
- Derogatis, L. (1994). SCL-90-R. *Symptom Checklist-90-R. Administration, Scoring and Procedures Manual*. Minneapolis: National Computer System.
- Deusdad-Ayala, B., Moya, E. M. & Chávez-Baray, S. M. (2012). Violencia de género y mujeres migrantes en la frontera: El caso de El Paso, Texas. *Biblid*, XII-Extra, 13-21.
- Dutton, M. A., Bermudez, D., Matas, A., Majid, H. & Myers, N.L. (2013). Mindfulness-based stress reduction for low-income, predominantly African American women with PTSD and a history of intimate partner violence. *Cognitive and Behavioral Practice*, 20 (1), 23 - 32.

- Feldman, G., Hayes, A., Kumar, S., Greeson, J. & Laurenceau, J. P. (2006). Mindfulness and Emotion Regulation: The Development and Initial Validation of the Cognitive and Affective Mindfulness Scale - Revised (CAMS - R). *Journal Psychopathology Behavioral Assess*, 29, 177-190.
- Frías, S. N. (2014). Ámbitos y formas de violencia contra mujeres y niñas: Evidencias a partir de las encuestas. *Acta Sociología*, 65, 11-36.
- Gil Martínez, J., Barreto Martín, P. & Montoya Castilla, I. (2010). Mejora de las capacidades de “atención plena” y reducción de síntomas psicopatológicos con mindfulness. *Informació Psicológica*, 98, 42-54.
- Gómez González, B. & Escobar, A. (2002). Neuroanatomía del estrés. *Revista Mexicana de Neurociencia*, 3 (5), 273 - 282.
- Hayes, S.C., Strosahl, K.D., y Wilson, K.G. (1999). *Acceptance and commitment therapy: An experiential approach to behavior change*. Nueva York: The Guilford Press.
- Kabat - Zinn, J. (2009). *Clinical Handbook of Mindfulness*. New York: Springer
- Kabat - Zinn, J. (2003). *Vivir con plenitud las crisis*. Kairós: Barcelona
- Lazarus, R.S. (2000). *Estrés y emoción. Manejo e implicaciones en nuestra salud*. Bilbao: DDB.
- Lazarus, R.S. & Folkman S (1986). *Estrés y procesos cognitivos*. Barcelona: Martínez Roca.
- Ley Orgánica 1/2004, de 28 de diciembre, de Medidas de Protección Integral contra la Violencia de Género. Boletín Oficial del Estado, núm. 300, de 29 de diciembre de 2004, pp. 10, recuperado de <https://www.boe.es/buscar/pdf/2004/BOE-A-2004-21760-consolidado.pdf>.
- Mañas, I. & Sánchez, L. (2009). Mindfulness y violencia de género: Un estudio de caso. *Revista Ilustre Colegio Oficial de Psicólogos de Andalucía Oriental*, 21, 20-34.

- Mason, J. W. (1968). A review of psychoendocrine research on the sympathetic-adrenal medullary system. *Psychosomatic Medicine*, 30 (Suppl. 5), 631–653.
- Matud, M., Padilla, V., Medina, L. & Fortes, D. (2016) Eficacia de un programa de intervención para mujeres maltratadas por su pareja. *Terapia Psicológica*, 34 (3), 199 - 208.
- Melgosa, J. (1995). *Nuevo estilo de vida. ¡Sin estrés!* Madrid: Safeliz.
- Millon, Th., Grossman, S. & Millon, C. (2018). *Inventario clínico multiaxial de Millon - IV*. Madrid: Pearson.
- Naranjo Pereira, M.L. (2009). Una revisión teórica sobre el estrés y algunos aspectos relevantes de éste en el ámbito educativo. *Revista Educación*, 33 (2), 171-190.
- Patrón Espinosa, F. (2010). La evitación experimental y su medición por medio del AAQ - II. *Enseñanza e intervención en psicología*, 15 (1). 5-19.
- Pérez-Martínez & Hernández Marín, Y. (2012). La violencia psicológica de género, una forma encubierta de agresión. *Revista Cubana de Medicina General Integral*, 25, 2.
- Pérez, J.M. & Montalvo, A. (2010). *Violencia de género: análisis y aproximación a sus causas y consecuencias*. Violencia de género: prevención, detección y atención. Editorial Grupo.
- Robinson, P., Wicksell, R. K. y Olsson, G. L. (2004). ACT with Chronic pain patients. En S. C. Hayes & K. D. Stosahl (Eds.), *A practical guide to acceptance and commitment therapy*. New York: Springer.
- Rodríguez Vega, B. & Palao Tarrero, A. (2012). Atención plena (Mindfulness) en el tratamiento del dolor crónico y el trauma. En M. T. Miró & V. Simón (Eds.). *Mindfulness en la práctica clínica*. Bilbao: Desclée De Brouwer.
- Romero, I. (2010). Intervención en violencia de género. Consideraciones en torno al tratamiento. *Psychological Intervention*, 19 (2).

Schneiderman, N., Antoni, M. H., Saab, P. G. & Ironson, G. (2001). Health psychology: Psychosocial and biobehavioral aspects of chronic disease management. *Annual Psychology Review*, 52, 555-580.

Sistema de seguimiento integral en los casos de violencia de género (Sistema VioGén) de diciembre 2018, pp. 4-5. Recuperado de <http://www.interior.gob.es/documents/642012/8312985/datos+estad%C3%ADsticos+diciembre+2018/0f0d3d11-535a-4982-9ec0-e13707f13255>

Simón, V. (2011). *Aprender a practicar Mindfulness*. Barcelona: Sello Editorial

Simón, V. (2012). Formación en mindfulness para psicoterapeutas. En M. T. Miró & V. Simón (Eds.). *Mindfulness en la práctica clínica*. Bilbao: Desclée De Brouwer.

Spidel, A., Lecomte, T., Kealy, D. & Daigneault, I. (2017). Acceptance and commitment therapy for psychosis and trauma: Improvement in psychiatric symptoms, emotion regulation, and treatment compliance following a brief group intervention. *Psychology and Psychotherapy Theory Research and Practice*, 91 (2), 248-261.

Stahl, B. & Goldestein, B. (2010). *Mindfulness para reducir el estrés: una guía práctica*. Barcelona: Kairós.

Veronen & Kilpatrick. (1987). Control del estrés en víctimas de violación. En D Meichenbaum & M. E. Jaremko (Eds.). *Prevención y reducción del estrés*. DDB:Bilbao

West, J., Spinazzola, J. & Liang, B. (2016). Trauma Sensitive Yoga as a Complementary Treatment for Posttraumatic Stress Disorder: A Qualitative Descriptive Analysis. *International Journal of Stress Management*, 24 (2), 173 - 195.

Wilson, K. G. & Luciano Soriano, M. C. (2002). *Terapia de Aceptación Y Compromiso (ACT). Un tratamiento conductual orientado a los valores*. Psicología. Madrid: Pirámide

Yugueros García, A. J. (2014). La violencia contra las mujeres: conceptos y causas. *Revista Castellano-Manchega de Ciencias Sociales*, 18, 147-159.

Anexos

Anexo 1. Criterios del Trastorno de Estrés Postraumático

CRITERIOS DIAGNÓSTICOS

A. Exposición a la muerte, lesión grave o violencia sexual, ya sea real o amenaza, en una (o más) de las formas siguientes:

1. Experiencia directa del suceso (s) traumático(s).
2. Presencia directa del suceso(s) ocurrido a otros.
3. Conocimientos de que el suceso(s) traumático(s) ha ocurrido a un familiar próximo o a un amigo íntimo. En los casos de amenaza o realidad de muerte de un familiar o amigo, el suceso(s) ha de haber sido violento o accidental.
4. Exposición repetida o extrema a detalles repulsivos del suceso(s) traumático(s) (p.ej., socorristas que recogen restos humanos; policías repetidamente expuestos a detalles del maltrato infantil).

NOTA: EL CRITERIO A4 NO SE APLICA A LA EXPOSICIÓN A TRAVÉS DE MEDIOS ELECTRÓNICOS, TELEVISIÓN PELÍCULAS O FOTOGRAFÍAS, A MENOS QUE ESTA EXPOSICIÓN ESTÉ RELACIONADA CON EL TRABAJO.

B. Presencia de uno (o más) de los síntomas de intrusión siguientes asociados al suceso(s) traumático(s), que comienza después del suceso(s) traumático(s):

1. Recuerdos angustiosos recurrentes, involuntarios e intrusivos del suceso(s) traumático(s).

NOTA: EN LOS NIÑOS MAYORES DE 6 AÑOS, SE PUEDEN PRODUCIR JUEGOS REPETITIVOS EN LOS QUE SE EXPRESAN TEMAS O ASPECTOS DEL SUCESO(S) TRAUMÁTICO(S).

2. Sueños angustiosos recurrentes en los que el contenido y/o el afecto del sueño está relacionado con el suceso(s) traumático(s).

NOTA: EN LOS NIÑOS, PUEDEN EXISTIR SUEÑOS ATERRADORES SIN CONTENIDO RECONOCIBLE.

3. Reacciones disociativas (p.ej., escenas retrospectivas) en las que el sujeto siente o actúa como si se repitiera el suceso(s) traumático(s). (Estas reacciones se pueden producir de forma continua, y la expresión más extrema es una pérdida completa de conciencia del entorno presente.)

NOTA: EN LOS NIÑOS, LA REPRESENTACIÓN ESPECÍFICA DEL TRAUMA PUEDE TENER LUGAR EN EL JUEGO.

4. Malestar psicológico intenso o prolongado al exponerse a factores internos o externos que simbolizan o se parecen a un aspecto del suceso(s) traumático(s).
5. Reacciones fisiológicas intensas a factores internos o externos que simbolizan o se parecen a un aspecto del suceso(s) traumático(s).

C. Evitación persistente de estímulos asociados al suceso(s) traumático(s), que empieza tras el suceso(s) traumático(s), como se pone de manifiesto por una o de las dos características siguientes:

1. Evitación o esfuerzos para evitar recuerdos, pensamientos o sentimientos angustiosos acerca o estrechamente asociados al suceso(s) traumático(s).
2. Evitación o esfuerzos para evitar recordatorios externos (personas, lugares, conversaciones, actividades, objetos, situaciones) que despiertan recuerdos, pensamientos o sentimientos angustiosos acerca o estrechamente asociados al suceso (s) traumático (s).

D. alteraciones negativas cognitivas y del estado de ánimo asociadas al suceso(s) traumático(s), que comienzan a empeorar después del suceso(s) traumático(s), como se pone de manifiesto por dos (o más) de las características siguientes:

1. Incapacidad de recordar un aspecto importante del suceso(s) traumático(s) (debido típicamente a amnesia disociativa y a otros factores como una lesión cerebral, alcohol o drogas).
2. Creencias o expectativas negativas persistentes y exageradas sobre uno mismo, los demás o el mundo (p. ej., “Estoy mal”, “No puedo confiar en nadie”, “El mundo es muy peligroso”, “Tengo los nervios destrozados”).
3. Percepción distorsionada persistente de la causa o las consecuencias del suceso(s) traumático(s) que hace que el individuo se acuse a sí mismo o a los demás.

4. Estado emocional negativo persistente (p.ej., miedo, temor, enfado, culpa o vergüenza).
5. Disminución importante del interés o la participación en actividades significativas.
6. Sentimiento de desapego o extrañamiento de los demás.
7. Incapacidad persistente de experimentar emociones positivas (p.ej., felicidad, satisfacción o sentimientos amorosos).

E. Alteración importante de la alerta y reactividad asociada al suceso(s) traumático(s), que comienza o empeora después del suceso(s) traumático(s), como se pone de manifiesto por dos (o más) de las características siguientes:

1. Comportamiento irritable y arrebatos de furia (con poca o ninguna provocación) que se expresan típicamente como agresión verbal o física contra personas u objetos.
2. Comportamiento imprudente o autodestructivo.
3. Hipervigilancia
4. Respuesta de sobresalto exagerada.
5. Problemas de concentración.
6. Alteración del sueño (p.ej., dificultad para conciliar o continuar el sueño, o sueño inquieto).

F. La duración de la alteración (Criterios B, C, D y E) es superior a un mes.

G. La alteración causa malestar clínicamente significativo o deterioro en lo social, laboral u otras áreas importantes del funcionamiento.

H. La alteración no se puede atribuir a los efectos fisiológicos de una sustancia (p.ej., medicamento, alcohol) o a otra afección médica.

Especificar si:

Con síntomas disociativos Los síntomas cumplen los criterios para el trastorno de estrés postraumático y, además, en respuesta al factor estrés, el individuo experimenta síntomas persistentes o recurrentes de una de las características siguientes:

1. ***Despersonalización*** Experiencia persistente o recurrente de un sentimiento de desapego y como si uno mismo fuera un observador externo del propio proceso mental o corporal (p.ej., como si se soñara; sentido de irrealidad de uno mismo o del propio cuerpo, o de que el tiempo pasa despacio).
2. ***Desrealización*** Experiencia persistente o recurrente de la irrealidad del entorno (p.ej., el mundo alrededor del individuo se experimenta como irrealidad del entorno (p.ej., el mundo alrededor del individuo se experimenta como irreal, como en un sueño, distante o distorsionado).

Especificar si:

Con expresión retardada Si la totalidad de los criterios diagnósticos no se cumplen hasta al menos seis meses después del acontecimiento (aunque el inicio y la expresión de algunos síntomas puedan ser inmediatos).

Anexo 2. Práctica formal

La práctica formal precisa una serie de requisitos para poderla llevar a cabo. La persona que practique una meditación formal adoptará una postura específica y cómoda en un lugar concreto, y durante un tiempo determinado, en el mismo momento del día siempre. Estas características permitirán que uno se centre en la meditación y no en factores externos innecesarios (Simón, 2011). Se puede llevar a cabo durante diferentes momentos del día, aunque no es recomendable en momentos de sueño y cansancio. Se llevará a cabo al menos dos veces al día y el tiempo de meditación irá aumentando progresivamente. Se trata de una meditación constante y continua (Simón, 2012).

Anexo 3. Práctica informal

La práctica informal, por otro lado, irá definiéndose conforme pasen las sesiones de *Mindfulness*, lo cual no quiere decir que no podamos ponerla en marcha desde un primer momento. Esta práctica se puede poner en marcha durante cualquier momento del día (Simón, 2011), mientras uno lleva a cabo sus actividades de la vida cotidiana. Para ello, se recomienda escoger al menos dos actividades diarias en las que somos conscientes de lo que estamos haciendo, de manera que será más fácil integrar la meditación (Simón, 2012).

Anexo 4. Defusión cognitiva

La fusión cognitiva aparece cuando uno no es capaz de distinguir entre sí mismo y sus experiencias de manera que las adquiere como parte de su personalidad. Con el fin de evitar que esto siga ocurriendo en vuestras vidas, se propone llevar a cabo la defusión cognitiva, es decir, tratar de distinguir entre uno mismo y sus experiencias internas.

Anexo 5. Desliteralización

La desliteralización se lleva a cabo con el fin de reducir la importancia que se le otorga a los pensamientos, sensaciones y emociones, de las experiencias internas, etiquetándolas como lo que son: simplemente sensaciones, pensamientos y emociones.

Anexo 6. Inventario Clínico Multiaxial de Millon (MCMI-IV, Millon, Grossman & Millon, 2018)

El MCMI – IV (Millon *et al.*, 2018) es un cuestionario psicométrico que pretende proveer al paciente información estandarizada, validada empíricamente, relevante y fiable que apoye el diagnóstico asignado. Está enfocado a pacientes adultos que muestren problemas emocionales, conductuales y cognitivos a nivel interpersonal.

La prueba consta de ítems de verdadero y falso que puede ser administrada en, aproximadamente, 25-30 minutos de manera individual. A lo largo del inventario se analizan 24 índices del MCMI III y una nueva que aparece en el MCMI - IV (escala Tempestuoso), que coinciden con las cuatro escalas clínicas divididas según la gravedad, patrones clínicos de la personalidad, patrones de la personalidad patológica, síndromes clínicos de gravedad moderada, y síndromes clínicos graves. También se evalúa la validez de la prueba junto con sus índices de ajuste.

A continuación, se describen los patrones clínicos de la personalidad:

1. Esquizoide: Son aquellos individuos que carecen de deseo e incapacidad para experimentar placer o dolor intenso. Tienden a ser apáticos, desganados, distancias, asociales; con emociones y necesidades afectivas mínimas; y funcionan como observadores pasivos.
2. Evitativo: Son sujetos que permanecen alerta, preparándose para anticipar experiencias dolorosas o negativamente reforzantes de la vida. Mantienen un control constante de sus impulsos y anhelos de afecto, con el fin de prevenir el dolor y la angustia que han experimentado con otras personas. Tienen deseos de relacionarse, pero prefieren mantener una distancia interpersonal para protegerse de esos sentimientos.
3. Depresivo o melancólico: Son comunes los patrones de tristeza, pesimismo, falta de alegría, incapacidad para experimentar placer y un aparente retardo motor. En el patrón de evitación existe una hipervigilancia hacia el dolor anticipado y, por lo tanto, una falta de atención hacia el disfrute y la alegría. En el patrón depresivo, hay una pérdida significativa, sensación de rendición, y pérdida de esperanza. No consideran que el placer sea posible. Algunos individuos se inclinan hacia el pesimismo y el desánimo.

4. Dependiente: Son aquellos individuos que no solo han aprendido a recurrir a los demás para obtener cuidados y seguridad, sino que pasivamente lo esperan. Se caracterizan por buscar relaciones en las que puedan apoyarse en el otro para conseguir afecto, seguridad y consejos. Su falta de experiencia suele ser, a menudo, consecuencia de la sobreprotección parental. Han aprendido que es más cómodo asumir el rol pasivo.
5. Histriónico: Recurren a los demás igual que los dependientes, aunque de una forma aparentemente menos pasiva. Muestran una insaciable búsqueda de estimulación y afecto. Dan la apariencia de confianza personal, pero bajo esta subyace un miedo a la autonomía genuina y una constante necesidad de señales de aceptación y aprobación.
6. Tempestuoso: Son personas alegres, animadas, apasionadas y entusiastas a pesar de aburrirse fácilmente y disponer de pocos recursos y regularidad para conseguir sus objetivos.
7. Narcisista o egoísta: Sus experiencias tempranas les han enseñado a sobrevalorarse. Arrogantes, que explotan a los demás en su propio beneficio, incluso sin pensarlo o pretenderlo conscientemente.
8. Antisocial: Son irresponsables e impulsivos, lo que justifican porque consideran poco fiables y deseables a los demás. Su insensibilidad y crueldad son sus medios para evitar el abuso y convertirse en víctimas.
9. Sádico o agresivo: Término suprimido del DSM-IV, aunque sigue formando parte del MCMI-III. Generalmente son hostiles, globalmente combativos, y parecen indiferentes, o incluso complacidos, por las consecuencias destructivas de sus comportamientos contenciosos, abusivos y brutales.
10. Compulsivo: Han sido intimidados y coaccionados para aceptar las demandas y los juicios impuestos por los demás. Actúan de forma prudente, controlada y perfeccionista, lo que deriva en un conflicto entre la hostilidad hacia los demás y el miedo a la desaprobación social. Son disciplinados, lo que les ayuda a controlar sus sentimientos de rebeldía, lo que da lugar a una pasividad abierta. Debajo de esto, hay sentimientos de ira.
11. Negativista: Sienten una pugna entre seguir las recompensas ofrecidas por otros, y aquellas que ellos mismos desean. Experimentan continuas discusiones y desengaños cuando vacilan entre la deferencia y el desafío, la obediencia y la

oposición agresiva. Tienen un comportamiento errático de ira explosiva, entremezclado con períodos de culpa y vergüenza.

12. Masoquista o autodestructivo: Se relacionan con otros de forma servil y auto sacrificada, llegando a alentar a los demás a explotarles o aprovecharse de ellos. Para intensificar sus déficits, se colocan en una posición inferior o despreciable.

Las escalas de trastornos de la personalidad más graves son:

1. Esquizotípico: Estos individuos prefieren el aislamiento social, se inclinan a comportarse forma autista o cognitivamente confusa, piensan tangencialmente, y a menudo parecen estar absortos en sí mismos y pensativos. Dependiendo de si su patrón básico es pasivo o activo, presentarán una cautela ansiosa e hipersensibilidad; o un aplanamiento emocional y deficiencia de afecto.
2. Límite: A menudo es la base de otros trastornos de personalidad menos graves. Cada variante límite tiene defectos estructurales y experimenta intensos estados de ánimo endógenos, con periodos de depresión y apatía, a menudo con rachas de ira, ansiedad o euforia. Se distingue de otros patrones graves por la falta de regulación del afecto. Muchos tienen pensamientos de automutilación y suicidio.
3. Paranoide: Esta personalidad muestra una vigilante desconfianza hacia los demás y una actitud defensiva tensa ante la anticipación de las críticas y engaños. A menudo expresan miedo a perder la independencia, lo que conlleva que se resistan al control externo. Se distinguen por la inmutabilidad de sus sentimientos y la inflexibilidad de su pensamiento.

Anexo 7. Symptom Checklist 90 Revised (SCL - 90 - R, Derogatis 1992)

Evalúa “una amplia gama de síntomas psicológicos y psicopatológicos” en adultos, a partir de una escala Likert –escala sumativa– que valora la ausencia total (0) hasta la intensidad máxima (4) en 10-12 minutos, aproximadamente, de manera individual. La prueba consta de tres índices globales, dimensiones somáticas primarias de salud mental y un nivel de síntomas discretos.

A continuación, le presentamos una lista de problemas que tiene la gente.

Lea cada uno de ellos y marque su respuesta con una cruz en la casilla correspondiente, pensando en cómo se sintió, en qué medida ese problema le ha preocupado o molestado durante la última semana (7 días).

Tiene cinco (5) posibilidades de respuesta:

NADA - MUY POCO - POCO – BASTANTE – MUCHO.

No hay respuestas buenas o malas: todas sirven. No deje frases sin responder.

	Nada	Muy poco	Poco	Bastante	Mucho
Dolores de cabeza.					
Nerviosismo.					
Pensamientos desagradables que no se iban de mi cabeza.					
Sensación de mareo o desmayo.					
Falta de interés en relaciones sexuales.					
Criticar a los demás.					
Sentir que otro puede controlar mis pensamientos.					
Sentir que otros son culpables de lo que me pasa.					
Tener dificultad para memorizar cosas.					
Estar preocupado/a por mi falta de ganas para hacer algo.					
Sentirme enojado/a, malhumorado/a.					
Dolores en el pecho.					
Miedo a los espacios abiertos o las calles.					
Sentirme con muy pocas energías.					
Pensar en quitarme la vida.					
Escuchar voces que otras personas no oyen.					
Temblores en mi cuerpo.					
Perder la confianza en la mayoría de las personas.					
No tener ganas de comer.					
Llorar por cualquier cosa.					
Sentirme incómodo/a con personas del otro sexo.					
Sentirme atrapada/o o encerrado/a.					
Asustarme de repente sin razón alguna.					

Explotar y no poder controlarme.
Tener miedo a salir solo/a de mi casa.
Sentirme culpable por cosas que ocurren.
Dolores en la espalda.
No poder terminar las cosas que empecé a hacer.
Sentirme solo/a.
Sentir que otro puede controlar mis pensamientos.
Sentir que otros son culpables de lo que me pasa.
Tener dificultad para memorizar cosas.
Estar preocupado/a por mi falta de ganas para hacer algo.
Sentirme enojado/a, malhumorado/a.
Dolores en el pecho.
Miedo a los espacios abiertos o las calles.
Sentirme con muy pocas energías.
Pensar en quitarme la vida.
Escuchar voces que otras personas no oyen.
Temblores en mi cuerpo.
Perder la confianza en la mayoría de las personas.
No tener ganas de comer.
Llorar por cualquier cosa.
Sentirme incómodo/a con personas del otro sexo.
Sentirme atrapada/o o encerrado/a.
Asustarme de repente sin razón alguna.
Explotar y no poder controlarme.
Tener miedo a salir solo/a de mi casa.
Sentirme culpable por cosas que ocurren.
Dolores en la espalda.
No poder terminar las cosas que empecé a hacer.
Sentirme solo/a.
Sentirme triste.
Preocuparme demasiado por todo lo que pasa.
No tener interés por nada.
Tener miedos.
Sentirme herido en mis sentimientos.
Creer que la gente sabe qué estoy pensando.
Sentir que no me comprenden.
Sentir que no caigo bien a la gente, que no les gusto.
Tener que hacer las cosas muy despacio para estar seguro/a de que están bien hechas.
Mi corazón late muy fuerte, se acelera.
Náuseas o dolor de estómago.
Sentirme inferior a los demás.
Calambres en manos, brazos o piernas.
Sentir que me vigilan o que hablan de mí.
Tener problemas para dormirme.
Tener que controlar una o más veces lo que hago.
Tener dificultades para tomar decisiones.
Tener miedo de viajar en tren, ómnibus o subterráneos.
Tener dificultades para respirar bien.

Ataques de frío o de calor.
Tener que evitar acercarme a algunos lugares o actividades porque me dan miedo.
Sentir que mi mente queda en blanco.
Hormigueos en alguna parte del cuerpo.
Tener un nudo en la garganta.
Perder las esperanzas en el futuro.
Dificultades para concentrarme en lo que estoy haciendo.
Sentir flojedad, debilidad, en partes de mi cuerpo.
Sentirme muy nervioso/a, agitado/a.
Sentir mis brazos y piernas muy pesados.
Pensar que me estoy por morir.
Comer demasiado.
Sentirme incómodo/a cuando me miran o hablan de mí.
Tener ideas, pensamientos que no son los míos.
Necesitar golpear o lastimar a alguien.
Despertarme muy temprano por la mañana sin necesidad.
Repetir muchas veces algo que hago: contar, lavarme, tocar cosas.
Dormir con problemas, muy inquieto/a.
Necesitar romper o destrozar cosas.
Tener ideas, pensamientos que los demás no entienden.
Estar muy pendiente de lo que los demás puedan pensar de mí.
Sentirme incómodo/a en lugares donde hay mucha gente.
Sentir que todo me cuesta mucho esfuerzo.
Tener ataques de mucho miedo o de pánico.
Sentirme mal si estoy comiendo o bebiendo en público.
Meterme muy seguido en discusiones.
Ponerme nervioso/a cuando estoy solo/a.
Sentir que los demás no me valoran como merezco.
Sentirme solo/a aún estando con gente.
Estar inquieto/a; no poder estar sentado/a sin moverme.
Sentirme un/a inútil.
Sentir que algo malo me va a pasar.
Gritar o tirar cosas.
Miedo a desmayarme en medio de la gente.
Sentir que se aprovechan de mí si los dejo.
Pensar cosas sobre el sexo que me molestan.
Sentir que debo ser castigado/a por mis pecados.
Tener imágenes y pensamientos que me dan miedo.
Sentir que algo anda mal en mi cuerpo.
Sentirme alejado/a de las demás personas.
Sentirme culpable.
Pensar que en mi cabeza hay algo que no funciona bien.

Anexo 8. Evaluación Global del Estrés Postraumático (EGEP-5, Crespo, Gómez & Soberón, 2017)

La EGEP - 5 se aplica en adultos de manera individual. La prueba está compuesta por 58 ítems de sí/no. Se cumplimenta en aproximadamente 30 minutos, y tiene el objetivo de determinar la existencia de “síntomatología postraumática y diagnóstico del trastorno de estrés postraumático (TEPT) en víctimas adultas de distintos acontecimientos traumáticos”. La prueba está dividida en tres secciones: acontecimientos; síntomas; y, funcionamiento. A su vez, se valora la gravedad sintomatológica y la historia experimental de cada individuo.

Sección 1. Acontecimientos

- Historia acontecimientos traumáticos (11 ítems)
- Selección y descripción acontecimientos que causa mayor malestar (1 ítem)
- Gravedad y momento de ocurrencia del acontecimiento (3 ítems)
- Reacción al acontecimiento (3 ítems)
- Implicaciones del acontecimiento (8 ítems)

Sección 2. Síntomas

- Intrusión (5 ítems)
- Evitación (2 ítems)
- Alteraciones cognitivas y del estado de ánimo (7 ítems)
- Alteraciones en la activación y la reactividad (6 ítems)
- Especificación TEPT: síntomas disociativos (3 ítems)
- Temporalidad síntomas (2 ítems)

Sección 3. Funcionamiento

- Áreas funcionamiento afectadas (7 ítems)

Anexo 9. Cognitive and Affective Mindfulness Scale - Revised (CAMS - R, Feldman, Hayes, Kumar, Greeson, Laurenceau, 2006)

El CAMS - R es una escala sumativa de 12 ítems, con una puntuación que oscila entre 1 y 12 puntos. Los ítems 2, 6 y 7 se puntúan de manera reversible. El objetivo de la prueba es valorar la capacidad de atención plena de los pacientes de manera individual. El tiempo de administración es aproximadamente entre 5 y 10 minutos. Las escalas principales a valorar son la atención, la capacidad de centrarse en el presente, la aceptación sin necesidad de juzgar, y el estado de conciencia. Aunque los constructos se puedan dividir en cuatro, la prueba puntúa de manera global, ya que los valores de consistencia interna son mayores que si se puntúa cada dominio de manera aislada.

Las personas tienen una variedad de formas de relacionarse con sus pensamientos y sentimientos. Para cada uno de los elementos a continuación, califique los ítems que le corresponde cada una de estas formas.

1. Me resulta fácil concentrarme en lo que estoy haciendo.
2. Estoy preocupado por el futuro.
3. Puedo tolerar el dolor emocional.
4. Puedo aceptar las cosas que no puedo cambiar.
5. Normalmente soy capaz de describir cómo me siento en ese mismo momento con detalles suficientes.
6. Me distraigo fácilmente
7. Me preocupa el pasado,
8. Me resulta fácil distraerme de mis pensamientos y emociones.
9. Intento ser consciente de mis pensamientos sin juzgarlos.
10. Soy capaz de aceptar mis pensamientos y emociones.
11. Soy capaz de centrarme en el momento presente
12. Soy capaz de prestar atención a una cosa durante un periodo largo de tiempo.

Los ítems 2, 6 y 7 se puntúan de forma inversa.

Anexo 10. Acceptance and Action Questionnaire - II (AAQ - II, Bond, Hayes, Carpenter, Guenole, Orcutt, Waltz & Zettle, 2011)

La escala AAQ-II surge de la original AAQ de Hayes, Strosahl, Wilson *et al.* (2004) con el objetivo de medir el grado de evitación experimental o la flexibilidad psicológica. Dos años más tarde (Ruiz, Langer, Luciano, Cangas y Beltrán, 2013) se tradujo el AAQ-II al castellano. La prueba, compuesta por 10 ítems, y administrada en aproximadamente en 5-10 minutos de manera individual, se mide mediante la escala Likert –escala sumativa– que presenta siete opciones para responder, desde “completamente falso” a “completamente cierto”. La suma total puede oscilar entre 10 y 70 puntos.

Debajo encontrará una lista de afirmaciones. Por favor, puntúe en qué grado cada afirmación ES VERDAD PARA USTED haciendo un círculo en los números de al lado. Utilice la siguiente escala para hacer su elección.

1	2	3	4	5	6	7
Nunca es verdad	Muy raramente es verdad	Raramente es verdad	A veces es verdad	Frecuentemente es verdad	Casi siempre es verdad	Siempre es verdad

Mis experiencias y recuerdos dolorosos hacen que me sea difícil vivir la vida que querría.	1 2 3 4 5 6 7
Tengo miedo de mis sentimientos.	1 2 3 4 5 6 7
Me preocupa no ser capaz de controlar mis preocupaciones y sentimientos.	1 2 3 4 5 6 7
Mis recuerdos dolorosos me impiden llevar una vida plena.	1 2 3 4 5 6 7
Mis emociones interfieren en cómo me gustaría que fuera mi vida.	1 2 3 4 5 6 7
Parece que la mayoría de la gente lleva su vida mejor que yo.	1 2 3 4 5 6 7
Mis preocupaciones interfieren en el camino de lo que quiero conseguir.	1 2 3 4 5 6 7

Anexo 11. Medidas de seguridad

Fuente:<http://www.violenciagenero.igualdad.mpr.gob.es/informacionUtil/autoproteccion/home.htm>

MEDIDAS DE SEGURIDAD

A continuación, se proporcionan una serie de medidas de seguridad que podrían ser útiles:

Si estás fuera de casa:

- Lleva un móvil siempre contigo.
- Guarda números de emergencia en la marcación automática de tu móvil.
- Ten más cuidado en momentos del día que formen parte de tu rutina diaria.
- Cambia las cerraduras de tu casa y coche, aunque las posibilidades de que haya tenido acceso a las llaves sean mínimas.
- Evita lugares poco concurridos.
- Si cabe la posibilidad de coincidir con el agresor, pídele a alguien de confianza que te acompañe. Además, debes avisar la policía, ya que podrán poner alguna medida de protección, si lo consideran necesario.

Si estás en casa:

- Estate atenta a los alrededores de tu casa, cuando entres y salgas de ella.
- Recuerda mirar por la mirilla (y que la visibilidad sea buena) cada vez que llamen a la puerta. En caso de ser el agresor, no abras y pide auxilio inmediatamente.
- Cambia tu número de teléfono, de casa y de móvil, y asegúrate de que no queden registradas en guías accesibles.
- Haz saber a las personas más inmediatas a ti cual es tu situación. Tus vecinos podrán advertirte si ven al agresor cerca. Si se da el caso, adopta las medidas necesarias y llama a la policía. Acuerda con tu vecina una señal para que llame a la policía en tu lugar, si fuera necesario.
- Ten alguien de confianza, alguien a quien acudir en caso de emergencia. Puede ser una amiga, familiar o vecina.
- Ten preparada una bolsa con la documentación necesaria por si tienes que salir de casa de manera precipitada.

Si ves al agresor fuera de casa:

- Busca un lugar concurrido, seguidamente llama a la policía. Busca la ayuda de alguien que esté en la calle o en alguna casa cercana.
- Si estás en tu coche, sigue conduciendo y dirígete a un lugar seguro.
- Si ves al agresor estando en casa:
- Acude a una habitación segura, alejándote de habitaciones con objetos peligrosos, y llama a la policía.
- Si no tienes tiempo de encerrarte, ve a la ventana más cercana y pide auxilio.

Si crees que te va a agredir:

- Intenta escapar.
- Grita y pide auxilio.
- Intenta defenderte.
- Protege las partes más vulnerables de tu cuerpo: cara, cabeza, pecho y vientre.

Anexo 12. Metáfora del hoyo

Imaginad que estáis en un campo con una venda en los ojos y una bolsa llena de herramientas. Os echáis a correr y de repente, caéis en un hoyo del cual no podéis salir. Os quitáis la venda de los ojos y veis las herramientas que hay en la bolsa, escogéis la pala y os ponéis a excavar. Tras horas excavando, veis que solo conseguís hacer el agujero más grande. Entonces os dais cuenta de que vuestro plan no os va a ayudar porque no hacéis más que hundiros, y empezáis a daros cuenta de que tenéis que aceptar la situación y dejar el plan equivocado de lado.

Anexo 13. Ejercicio de meditación formal corto. Recuperado de Alonso, (2012)

Me aílo y centro en la atención de la respiración, focalizando en la espiración, aquí y ahora.

Observo mis pensamientos, emociones y sensaciones

O los que necesites: permite que tu atención se expanda por todo el cuerpo, especialmente allí donde sientas malestar, tensión o resistencia. Entonces lleva tu conciencia allí y envía allí tu respiración. Respira sobre esas sensaciones de tensión ablandándolas y abriéndolas con cada espiración. Durante la espiración te dirás a mi mismo: “sentirme de esta forma está bien, sea lo que sea”. Permítete sentirlo.

Anexo 14. Ejercicio del funeral

Primero se le enseñará un vídeo de unos individuos asistiendo a su propio funeral. Posteriormente se les pedirá que cierren los ojos:

Imaginad el día de vuestro funeral, al que acuden vuestros seres queridos y conocidos. Imaginad que podéis observar y atender vuestro funeral. Fijaos en las personas que han ido a despedirse de vosotros... vuestra familia, vuestros amigos, vuestros compañeros, etcétera. Imaginad que uno de ellos se levanta para decir unas palabras de vosotros.

Pensad, ¿Qué os gustaría que dijese de vosotros? ¿Qué os gustaría que recordasen de vosotras? (3 minutos de silencio).

Tras finalizar el ejercicio se pondrá en común las reflexiones de cada una de las pacientes.

Anexo 15. Metáfora del granjero y el asno

Un granjero tenía un asno que ya estaba mayor. Un día, paseando por el prado el asno cayó a un pozo muy profundo y de poca utilidad para el granjero. Teniendo en cuenta que de poco le servía el pozo y que el asno estaba viejo, decidió enterrarlo. Con una pala empezó a echar tierra sobre el asno, pero cuando este se dio cuenta de las intenciones del granjero, tomó una decisión. Cada vez que le tirarían tierra, el asno se sacudiría y se subiría al montón de tierra. Poco a poco, para sorpresa del granjero, el asno había conseguido subir y salir del pozo.

Anexo16. Ejercicio de la uva/pasa. Recuperado de: Kabat - Zinn, 2003

Voy a pasearme por la sala y darlos a cada una de vosotras algunos objetos.

Ahora, lo que me gustaría que vosotras hicierais es centraros en uno de los objetos y simplemente imaginar que nunca han visto nada parecido antes.

Imaginad que acaban de llegar de Marte en este momento y que nunca habéis visto nada parecido en vuestra vida.

Nota. realice una pausa de al menos diez segundos entre cada una de las frases. Las instrucciones se imparten de un modo natural, a un ritmo lento pero deliberado, pidiendo al grupo que haga lo siguiente:

Tomad cada uno de estos objetos y sostenedlo en la palma de la mano, o entre el índice y el pulgar. *(pausa)*

Presta atención mientras lo miras. *(pausa)*

Obsérvalo cuidadosamente, como si nunca hubieses visto el objeto anteriormente. *(pausa)*

Gíralo entre los dedos. *(pausa)*

Explora su textura entre los dedos. *(pausa)*

Examina los destellos donde brilla la luz... los huecos y pliegues más oscuros. *(pausa)*

Permite que los ojos exploren cada parte del objeto, como si nunca en tu vida hubiese visto algo semejante. *(pausa)*

Y sí, mientras haces lo anterior, llega a la mente cualquier pensamiento del tipo “Qué cosa más extraña estoy haciendo”, “¿Qué sentido tiene?”. O “No me gustan estos”, simplemente obsérvalos como pensamientos y trae de vuelta la consciencia sobre el objeto. *(pausa)*

Y ahora, huele el objeto, tómallo y ponlo bajo la nariz, y en cada inhalación, percatándote cuidadosamente de su olor. *(pausa)*

Y ahora míralo de nuevo. *(pausa)*

Y ahora lleva lentamente el objeto a la boca, dándote cuenta quizás de cómo la mano y el brazo saben exactamente donde ponerlo, tal vez observando cómo saliva la boca a medida que el objeto se acerca. *(pausa)*

Y después pon su suavemente el objeto en la boca, observando el modo en el que es “recibido”, sin morderlo, simplemente explorando las sensaciones derivadas de tenerlo en la boca. *(pausa)*

Y cuando estés preparada, dale un mordisco conscientemente y observa los sabores que se generan. *(pausa)*

Másticalo lentamente...sintiendo la saliva en la boca... el cambio en la consistencia del objeto. *(pausa)*

Después, cuando te sientas preparada para engullirlo, observa si puedes primero detectar la intención de tragar cuando ésta llega, de modo que se experimentes conscientemente, incluso, antes de que realmente lo tragues. *(pausa)*

Finalmente, nota si puedes seguir las sensaciones de la deglución, sintiendo cómo desciende hasta el estómago y observado, también, cómo tu cuerpo es ahora exactamente una uva pasa más pesado.

Anexo 17. Metáfora del vecino indeseable

Imaginad que habéis organizado una fiesta en vuestra casa y de repente, aparece ese vecino irritante que pretende aguar vuestra fiesta. Para evitarlo, os quedáis en la puerta para que no entre, lo cual significa que no podéis disfrutar de vuestra propia fiesta. Tras un tiempo, decidís dejar pasar al vecino para daros cuenta de que no era tan desagradable como parecía. Y aunque no os hace gracia que esté ahí, por fin podéis disfrutar de la fiesta, sin estar pendiente de la puerta.

Anexo 18. Ejercicio de las maletas

Se les pedirá a las pacientes que lleven consigo a la sesión una maleta vacía y pequeña. La terapeuta llevará objetos o paquetes innecesarios. Para el ejercicio se explicará a las pacientes que se imaginen que se van de viaje y que unos cuantos conocidos les pide que lleven un paquete a su destino. Se irá entregando a las pacientes una serie de objetos y/o paquetes para que vayan metiendo en la maleta. Llegará un punto en el que las pacientes se negarán a llevar nada más, pero la terapeuta ha de insistir, hasta que accedan. Entonces se darán cuenta de que lo que no les dejaba tranquilas eran sus pensamientos, no el hecho en sí mismo. Meter los paquetes en la maleta y conseguir cerrarla no supone un problema, ya que a la hora de viajar, no se acordarán de las cosas que llevan.

Anexo 19 Estado de presencia

El estado de presencia permite diferenciar entre un tiempo psicológico durante el cual uno mismo se imagina lo que va a ocurrir, en función de lo que está ocurriendo en ese mismo momento; mientras que el tiempo cronológico nos permite desconectar la percepción de lo que ocurre en el momento presente. El tiempo cronológico simplemente permite vivir el presente sin juzgar. Para ello, se tendrán que fijar en su respiración y sensaciones corporales.

Anexo 20. Meditación del ahora. Recuperado de:

www.mindfulnessvicentesimon.com/audios - Meditación del Ahora

Ante todo, situemos en la postura adecuada, procurando que no haya demasiadas tensiones en el cuerpo, pasamos revista brevemente a la cara, el cuello, los hombros, los brazos, la espalda, las caderas... y si encontramos alguna pequeña tensión simplemente aflojamos, soltamos, procuramos que cualquier esfuerzo o tensión innecesarias desaparezcan.

A continuación, situémonos mentalmente en la habitación en donde nos encontramos. Nos imaginamos las paredes, el sitio y a nosotras mismas en esa habitación.

Procuremos respirar de manera regular, sin esforzarnos ni cambiar la respiración. Simplemente relajados y tranquilos.

Y ahora llevamos la atención al momento presente. Es como si cerráramos la puerta de nuestra conciencia a toda información que no provenga del presente. Podemos imaginar que existe un portero de la conciencia y que deja entrar a unos y a otros los deja fuera. Pues bien, le damos instrucciones y le decimos que deje entrar tan solo a los huéspedes del momento presente. Y los que vengan del pasado o del futuro no les deja entrar.

El pasado simplemente no existe, no lo podemos cambiar. Y el futuro tampoco existe y además lo desconocemos totalmente.

Nos quedamos centrados plenamente en el presente y por tanto cualquier acontecimiento, cualquier pequeño estímulo que provenga del presente le damos la bienvenida y lo dejamos entrar en nuestra conciencia. Pueden ser sonidos del exterior, pequeños sonidos de la calle, de una habitación contigua, del piso de arriba... pueden ser sensaciones del cuerpo, la postura, algo que nos molesta, el ritmo del corazón, la respiración...

Cualquier cosa que suceda en este momento es bienvenida a nuestra conciencia, y todo lo que no provenga del presente lo descartamos y no lo dejamos entrar.

Saboreamos el paso del tiempo, instante tras instante, momento a momento, segundo a segundo.

Saboreemos pues, ese paso del tiempo, esa sensación de presencia en este momento, de existir, de ser, de percibir en el momento presente.

Y nos daremos cuenta de que al haber dejado fuera todas esas cavilaciones sobre el pasado, a todos esos planes sobre el futuro, al haber dejado fuera tantas cosas, sentimos una paz.

Ahora al estar solamente con lo que realmente pasa, nos damos cuenta de la tranquilidad que existe.

El presente es sencillo, puede ser rico en estímulos, pero es sencillo, en el no hay miedo ni tampoco hay esperanza. Simplemente saboreamos lo que pasa, lo que esta pasando, lo que sucede en cada instante.

Acentuad esa sensación del presente, del instante que vivimos, de este momento, no hay otro realmente.

Y ahora, cuando suene el gong, daremos por finalizada la meditación. Poco a poco sin prisas, volvemos a la realidad exterior, abrimos los ojos y tomamos contacto otra vez con el mundo externo y con la actividad normal.

Anexo 21. Metáfora de la pantalla

Imaginad que estáis frente a un ordenador y que en la pantalla comienzan a aparecer frases como, “Eres inútil”, “No solucionarás tu problema”, etc. Lo primero que intentaríais es eliminar dichas frases del ordenador, pero cada vez que le dais al botón de cerrar, vuelve a aparecer otro mensaje negativo respecto a vosotras. Estáis todo el rato pendiente de quitar esas frases, estáis pendientes de la pantalla, por lo que no podéis avanzar. Sin embargo, la persona que tenéis a vuestro lado ha decidido ignorar esos mensajes, no se esfuerza por eliminarlos por lo está aceptando la situación y continúa con su trabajo, enfocada hacia sus metas.

Anexo 22. Práctica de la respiración focalizando en la espiración. Recuperado de: Alonso, (2012)

Siéntate cómodamente en el cojín de meditación o en una silla, con la espalda recta y los brazos cruzados encima de las piernas. Cierra suavemente los ojos. Pon atención en el cuerpo, en primer lugar. Empieza percibiendo aquella parte del cuerpo que está en contacto con el suelo. Nota las sensaciones de presión al apoyar en el suelo las piernas, nota la temperatura y cualquier otra sensación que aparezca (hormigueo, movimiento, etc.).

Asciende con tu atención por la columna vertebral, visualizándola, desde el sacro hasta las cervicales. Lentamente y, a medida que lo haces, permite que la columna se vaya poniendo recta de forma natural. Al llegar a los hombros gíralos suavemente hacia atrás para terminar de colocar la espalda. Por último, centra la atención en el cráneo y orienta la coronilla hacia arriba. Para ello, el mentón entra ligeramente hacia dentro. Relaja la piel de la cara, dejando que descienda hacia abajo. Percibe unos instantes una totalidad de tu cuerpo como una unidad y observa, con amabilidad y apertura, cuantas sensaciones aparecen en estos momentos.

Utiliza los primeros momentos de tu tiempo de práctica para recordar y adoptar las actitudes que forman parte del *Mindfulness*: No enjuiciar la experiencia, suceda lo que suceda; aceptarla completamente; observar con mente de principiante; observar con curiosidad, apertura y amabilidad; sin poner objetivos concretos mientras estamos practicando; con confianza, paciencia y constancia.

Olvida cualquier plan de influir en el miedo, la ansiedad o en alguna otra cosa y no trates de forzar nada. No prefieras nada. No te aferres a lo agradable ni intentes evitar lo desagradable. Evoca la ecuanimidad de forma especialmente importante.

Al cabo de tres o cuatro minutos centrándose en la actitud, posa delicadamente la atención en la respiración, en aquella parte del cuerpo donde mejor percibamos la entrada y la salida del aire. Focaliza tu atención en aquel lugar de tu cuerpo en el que te resulta más fácil sentir el fluir de tu respiración (abdomen, pecho, nariz, boca). Deja que tu atención “descanse” en ese lugar.

Siente, acompaña y percibe completamente las sensaciones de inspiración y espiración en esa parte del cuerpo. Siente el ciclo completo de cada respiración e incluso las breves pausas entre inspiración y espiración. La quietud que hay entre una y otra.

Percibe las olas de la respiración por tu cuerpo. Deja que tu respiración sea como es, sin modificar nada aún. Inspira y espira sin interferir o tratar de ejercer algún tipo de control. No pienses sobre la respiración, siente la respiración.

Muy probablemente han empezado a aparecer contenidos en tu mente: pensamientos, imágenes, recuerdos, frases, sensaciones, emociones. No importa. Es completamente normal. Si tu atención se desvía, percibe a dónde se ha ido. Saluda a ese contenido, toma conciencia de qué es lo que te ha hecho perder el contacto con la respiración y luego dirige suavemente la atención al lugar de tu cuerpo en que concentras tu sensación respiratoria, es decir, vuelve al presente. Felicítate por haber advertido que tu atención se ha salido del presente.

A continuación, intensifica la atención especialmente en la espiración. Haz inspiraciones normales, y al espirar, alarga la salida del aire todo cuanto puedas, soltando todo el aire desde el abdomen, recorriendo el pecho, la garganta y las fosas nasales. Aborda cada espiración como si fuera la primera vez. En verdad cada espiración se produce una sola vez. Aflójate. Suéltate.

Nota si hay tirantez o tensión en el cuerpo. Distiende y relaja cuanto te sea posible al espirar, pero sin forzar nada. Sencillamente procura atender a la sensación de la espiración profundamente y con una conciencia permisiva. Respira sobre esas sensaciones de tensión ablandándolas y abriéndolas con cada espiración. Durante la espiración te dirás a mí mismo: “sentirme de esta forma está bien, sea lo que sea me permito soltarlo, es lo que hay en este momento, no pasa nada. Sea lo que sea ya está aquí. Voy a sentirlo. Suelto, suelto, suelto a medida que el aire sale”. Deja que las cosas sucedan,

Permanece con la atención centrada en la espiración de esta forma durante al menos 10 minutos. Respira con y a pesar de las interferencias.

Cuando notes un estado de calma mayor, o cuando decidas (no antes de 10 minutos), puedes volver a tus ciclos normales de respiración y respirar en ellos un par de minutos más.

Vuelve suavemente la atención a tu cuerpo. Nota las sensaciones corporales en este instante y poco a poco extiende la atención hacia el exterior (sonidos, olores, etc.). Cuando percibas que estás ya “fuera”, agradece la experiencia que acabas de experimentar y abre suavemente los ojos.

Puedes cambiar la postura despacio y estirarte. La práctica ha terminado.

Anexo 23. Diario de sucesos agradables y desagradables. Recuperado de: Kabat Zinn, 2003

Instrucciones: Cada día durante una semana, vivamos un suceso agradable al día siendo conscientes de él mientras está pasando. Después, y en un diario como el que hemos proporcionado aquí, hemos de anotar en qué consistió y cuál fue la experiencia que extrajimos de él. A la semana siguiente, cada día identificamos un suceso desagradable o estresante y trataremos de vivirlo con plena conciencia. Después haremos las anotaciones oportunas en nuestro diario.

¿Cuál fue tu experiencia?	¿Tuvimos conciencia de las sensaciones agradables (o desagradables) mientras se producían?	¿Cuáles fueron las sensaciones físicas durante la experiencia? Describámoslas.	¿Qué estado de ánimo, sensaciones e ideas acompañaron al suceso en aquel momento?	Ahora, al pensar en ese suceso, qué ideas se nos ocurren.
Lunes				
Martes				
Miércoles				
Jueves				
Viernes				
Sábado				
Domingo				

Anexo 24. Metáfora de las nubes grises

Al igual que afloran recuerdos en nuestra mente, aparecen nubes en el cielo sin darnos cuenta. Esas nubes oscurecen lo que está bajo su sombra. Imaginad que esas nubes no siguen su curso, ¿qué ocurriría? Estaríamos atrapados y pegados a esas nubes sin poder ver el cielo. Así pues, toda nuestra atención estaría fijada a estas, sin poder hacer lo que realmente queremos. No podríamos dirigirnos hacia nuestros objetivos.

En vez de dejar que esto ocurra con los recuerdos, podemos simplemente observarlos, verlos oscurecer, pero a su vez, verlos pasar, aunque descarguen tormentas en algunas ocasiones. Estas nubes vendrán y se irán varias veces, dejando entre tanto que salga el sol.

Lo que nosotras tenemos que hacer es seguir adelante con nuestras vidas, dejar que esos pensamientos y recuerdos vengan cuando tengan que venir, y dejar que se vayan.

Anexo 25. Metáfora del polígrafo

Imaginad que existe un polígrafo que detecta cualquier síntoma, por mínimo que sea. Imaginad que puede detectar cualquier activación que se de en vosotras, por lo que tenéis que manteneros tranquilas y relajadas. Además, la persona que está al mando del polígrafo os está apuntando con una pistola, la cual amenaza con disparar si detecta cualquier síntoma. ¿Creéis que podéis sobrevivir?

Cuando las pacientes abran los ojos, la terapeuta explicará que son aquellas experiencias del pasado que están disparándolas a cada una de ellas, por lo que tienen que aceptar, relajarse y luchar para conseguir sus objetivos.

Anexo 26. Metáfora del malestar limpio y el malestar sucio

Imaginad que el malestar limpio se refiere a todos los malos momentos que forman parte de la vida, mientras que el malestar sucio son aquellos pensamientos, emociones y sensaciones adversos que solo consiguen perturbaros, intentando controlar vuestros sentimientos. Cuando evitéis controlar el problema, el malestar sucio se irá reduciendo y se mantendrá el malestar limpio.

Anexo 27. Meditación formal caminando y Paseo meditativo informal Recuperado de: <https://www.youtube.com/watch?v=k3ku56GNpio>

Vamos a trabajar la meditación caminando. Empezamos de pie. Nos vamos a imaginar todo lo que nos rodea. La sala, solamente como si fueran colores, intentad ver, asociar colores. Para que vosotras no tengáis más sentido que el hecho de reconocer colores. Incluso formas. Nos hacemos eco de toda la sala, todo lo que nos envuelve.

Empezamos a fijarnos en nosotras, en nuestra posición, nuestras sensaciones. Empezamos a recolocarnos. Notamos nuestra respiración y cómo afecta esto a la posición, a la postura de nuestro cuerpo.

Mirad a ver si tenéis los pies bien asentados, más o menos a la altura de los hombros, que recoja de una manera muy estable vuestra posición.

Y vamos a fijarnos de una manera especial en las sensaciones que provienen de nuestra planta del pie. En principio sin movernos, solamente igual que hacemos en otras ocasiones, escaneando, sondeando cómo se reparte ese peso del cuerpo en nuestras plantas del pie.

Y ahora vamos a jugar un poco con nuestro movimiento. Vamos a intentar balancear, equilibrar, mover el peso muy despacio. Como si quisiéramos que otras personas que están frente a nosotras no se dieran cuenta de lo que estamos haciendo.

Cambiando el peso del cuerpo primero hacia un pie, por ejemplo, hacia nuestra parte derecha y de una manera lenta vamos buscando ese traspaso de peso hacia la otra pierna, hacia el otro pie.

Nos fijamos como se enganchan o no nuestros dedos, como se distribuye el peso en ese pie. Lo hacemos una vez más, pasamos por la zona media y vamos hacia el otro lado. Fijaos en las sensaciones asociadas en vuestras articulaciones, rodillas, caderas, hombros, brazos, codos, cabeza, una parte de la columna vertical. Percibimos esas sensaciones asociadas.

Y ahora lo que vamos a hacer es, una vez estemos en esa zona media, jugar hacia adelante y hacia atrás. Probamos hacia atrás, por ejemplo, notando esas sensaciones y esa distribución, ese balanceo del peso, esos límites, igual hacia delante.

Notad también otras sensaciones asociadas, no solo los pies, sino el resto del cuerpo. Vamos a probar con los ojos cerrados y ver otras sensaciones, o cómo varían esas sensaciones que pueden surgir, que pueden emerger sin la referencia visual.

Y probamos, por ejemplo, a pasar de nuestro talón derecho, concentrando ahí todo nuestro peso, hasta nuestros dedos del pie izquierdo.

Y también, justo al revés, de nuestro talón izquierdo hasta los dedos del pie derecho.

Anexo 28. Ejercicio del lugar concurrido

La terapeuta convocará a las pacientes una hora antes de la sesión. Se les pedirá que permanezcan en una calle concurrida, por la que pasea una cantidad razonable de gente. Pueden sentarse o mantenerse de pie. Pueden observar lo que hay a su alrededor, a las personas que pasan, etc.

El ejercicio se llevará a cabo sin dar más instrucciones ni explicando previamente el objetivo de este. Una vez acuden todas a sesión, se les pedirá que pongan en común aquello que hayan observado. Pocas pacientes comentarán detalles específicos acerca de las personas que han estado paseando por la calle donde estaban ellas. Así pues, se les explicará que las palabras son como las personas desconocidas, son pasajeras y no tienen porqué tener repercusión en sus vidas si ellas no les da importancia.

Terapeuta: imaginad que las personas son como palabras, son pasajeras, y que probablemente no vayáis a verlas otra vez, no os acordareis ni de la mitad de las personas que hayan pasado, ¿por qué? Porque han resultado insignificantes, y eso es precisamente lo que pretendemos lograr con esos pensamientos que intentan controlar nuestras vidas, que se conviertan en insignificantes.

Anexo 29. Meditación de barrido corporal clásico. Recuperado de: www.mindfulnessvicentesimon.com/audios - Meditación del cuerpo

Nos centramos en el momento presente, en la postura que hemos adoptado y nos relajamos, soltando la tensión si llegamos a percibir rigidez en alguna parte del cuerpo.

A continuación, suavemente llevamos la atención a la respiración. Y sin forzar ni cambiar nada, observamos como el aire entra, como el aire sale.

Conectamos con ese vaivén, con ese movimiento espontáneo y rítmico de la caja torácica y del abdomen.

Dejemos que la atención valla focalizándose cada vez con mayor precisión e intensidad en el ritmo respiratorio. Como un foco de luz que ilumina a un actor en medio del escenario.

Y nos fijamos con atención plena en todas las particularidades de ese movimiento. Nos daremos cuenta de que no se limita solo al tórax y al abdomen, sino que se extiende a todo el cuerpo. Como las sondas en un estanque se dispersan hasta alcanzar las orillas.

Así, percibimos cómo basculan los hombros, lo cual, a su vez, desplaza ligeramente a los brazos y como esa oscilación se hace perceptible hasta los dedos de las manos. Prestamos atención a ese movimiento y cualquier sensación que experimentemos en hombros y brazos. Sin dejar de tener bien presente en nuestra consciencia a la propia respiración. También notamos cómo se produce una suave ondulación en la columna vertebral, como una serpiente que se endereza y luego se retrae. Esa oscilación repercute también en el cuello y en la cabeza. Nos hacemos conscientes de ese movimiento y de cualquier sensación que percibamos en estas zonas.

Si ahora dirigimos la atención hacia abajo, percibiremos la contracción del diafragma, y como este, al inspirar, empuja hacia el abdomen, suavemente, dándole un leve masaje. Nos fijamos en todas esas regiones del vientre y estamos atentos a cualquier sensación que provenga de ahí. El calor, movimientos, alguna molestia, placidez.

Ahora pasamos a concentrarnos en la zona de la pelvis, en el bajo vientre, en los genitales y en las caderas. También hasta ahí, llega la suave ondulación de la respiración. La acompañamos con nuestra conciencia y estamos atentos igualmente a cualquier impresión que puedan hacer en esa región del cuerpo. Sea lo que sea, lo registramos, lo aceptamos

tal cual es, sin juzgar y sin pretender que las cosas sean diferentes a como son en este preciso momento.

A partir de las caderas extendemos hacia abajo nuestra atención y nos hacemos conscientes de los muslos con sus grandes masas musculares, de las rodillas con su relativa fragilidad y de la rótula flotando sobre la articulación. También de las pantorrillas, de los tobillos y de los pies. Notamos el contacto con la superficie que nos sustenta, variable según la postura en la que nos encontremos. Y también aquí advertimos las ligeras vibraciones que causa la respiración. Permanecemos abiertos a cualquier sensación de toda la zona de las piernas. Tacto, tensión, frío, calor, dolor, malestar, bienestar. Somos plenamente conscientes de las sensaciones y las aceptamos sin ponerles resistencia.

Ahora, tras haber pasado revista a las distintas partes de nuestro organismo, concibamos y sintamos el cuerpo como una unidad, como un todo. Notemos cómo la respiración se desplaza por él, notando esas ligeras vibraciones que lo mantienen vivo y sintiente. Descansemos la conciencia en esa totalidad viviente que es nuestro cuerpo, y permanezcamos unos minutos disfrutando de esa maravillosa sensación de la vida en cada una de las células del cuerpo, en cada tejido y en cada órgano. Segundo a segundo, momento a momento, latido a latido.

Si nos resulta placentero, podemos imaginar que al respirar inhalamos el aire por la coronilla y que, recorriendo todo el cuerpo hacia abajo, llega hasta las plantas de los pies para luego seguir el camino inverso y volver a salir por la cabeza. En cualquier caso, percibimos como la respiración, al extenderse por todo el cuerpo, lo tranquiliza y lo apacigua.

Podemos decir al inspirar: “mi cuerpo se calma”, al expirar: “mi cuerpo se calma”.

Nos hacemos conscientes de que, calmando la respiración, podemos cerrar a la vez la mente y el cuerpo.

Saboreemos ese efecto tranquilizador y permanezcamos en él hasta el final de la meditación.

Anexo 30. Metáfora de los pasajeros en el autobús

Imaginad que sois las conductoras de un autobús. Los pasajeros son las emociones, pensamientos y sentimientos, y os causan malestar. Al rato de estar conduciendo, algunos comienzan a daros indicaciones y os ordenan el camino, a lo que vosotras les hacéis caso de manera frecuente. Un día, os cansáis de escuchar y de hacer caso a todo lo que os dicen y decidís echarlos del autobús, pero vuelven a subir otros e intentan hacer lo mismo. Aprendéis a dejar que digan lo que quieran, ya que vosotras sois las que tenéis el mando y sabéis cómo llegar. Lo único que hacen estos pasajeros es emitir palabras que, si vosotras no se las permitís, no tendrán sentido.

Anexo 31. Ejercicio de la observación del flujo de la experiencia.

Se llevará a cabo una lectura del siguiente texto:

Una vez estés cómoda, quiero que cierres los ojos. Ahora, quiero que te centres en ti misma, que te observes estando en esta sala. Toma consciencia de tus brazos, de tus piernas, de la posición en la que estás, nota tus manos, de tus piernas. Quiero que te relajes. Nota los músculos de tu cara, tus ojos, tu boca, tu nariz. Nota tu respiración, fijate en la inspiración y la espiración. Nota como acompaña tu vientre a la respiración, cuando coges aire, expandes el vientre y cuando sueltas el aire, contraes el abdomen. Mantén la respiración, quiero que te concentres en ella.

Pasados 3 minutos

Ahora, quiero que observes las sensaciones de tu cuerpo, que es lo que notas. Piensa en los pensamientos, sensaciones, emociones que aparecen, imagínate que puedes verlos, como si estuvieras viendo una película. Aparecen y desaparecen, como las escenas. No intentes apartarlos de ti, deja que se vayan solos. Intenta no juzgarlos, no los critiques, no los analices, tan solo quiero que los notes, y que no es nada bueno ni malo. Simplemente nótalos y cuando quieran, que desaparezcan. Si no tienes ningún pensamiento, ningún sentimiento ni ninguna emoción, no pasa nada. Quiero que te centres en ti mismo durante unos minutos.

Pasados 5 minutos

Vuelve a tomar consciencia de tu cuerpo en la sala, en la posición en la que estás, y poco a poco, cuando quieras, abre los ojos.

Una vez todas tengan los ojos abiertos se pondrá en común aquellas sensaciones, pensamientos y emociones de las pacientes.

Anexo 32. Metáfora del tablero de ajedrez

Imaginad un tablero de ajedrez, las fichas negras contra las blancas. El tablero representa una experiencia. Las fichas negras son aquellas que representan los pensamientos, emociones y sensaciones negativos, mientras que las fichas blancas son las buenas. Obviamente, queremos que ganen las fichas blancas, luchamos contra sentimientos de ansiedad, angustia, tristeza, etc. desde el lomo del caballo blanco. Durante esta partida, os dais cuenta de que muchas partes de vuestras sensaciones forman parte de las fichas negras, pudiendo estar al mismo nivel que vosotras mismas. Cuanto más intentais luchar contra ellas, más os dominan e invaden vuestro espacio personal. Desgraciadamente no conseguís echarlas del tablero, por lo que vuestra única y última opción es aceptar el hecho como parte de vosotras mismas, para luchar con el fin de conseguir vuestras metas.

Anexo 33. Práctica para pensamientos de preocupación y temor. Recuperado de: www.mindfulnessvicentesimon.com/audios - Meditación de la mente que piensa

Como de costumbre, empezamos adoptando una postura de meditación adecuada y haciéndonos conscientes del cuerpo, de la postura y de nuestra presencia en esta habitación, aquí y ahora. A continuación, nos centramos en la respiración. Repetimos esa instrucción, empleada ya en una meditación anterior. La de dejar entrar en la conciencia, sólo a la respiración. Percibimos la rítmica cadencia de nuestra respiración y nos fijamos en ella. Momento a momento, respiración a respiración.

Al inspirar, soy consciente de la inspiración. Al espirar, soy consciente de la espiración.
(repetir dos veces)

Nos adentramos en la conciencia, en la respiración hasta que sentimos que la mente, el cuerpo y la respiración se encuentran en esa sintonía especial que nos produce paz y serenidad. Y en la que tanto la mente como el cuerpo se tranquilizan.

A continuación, vamos a darle un poco más de libertad a la mente. Cambiamos la instrucción inicial y le decimos: “A partir de ahora puedes dejar que afloren los pensamientos que se te ocurran en cada momento”. Es como si soltamos del collar a un perro que hemos sacado a pasear y le dejamos que corree por donde se le antoje. Observemos entonces que hace la mente. Cualquier cosa que haga estará bien. Pero lo importante es observarla y no perderse detalle.

A veces la mente, ante esa instrucción, puede quedarse quieta y, paradójicamente, tener dificultad para generar pensamientos, pero probablemente, no aguantará mucho el silencio inicial, y pronto comenzará a producir contenidos. Surgirán sensaciones y percepciones, recuerdos del pasado, planes para el futuro, fantasías, y algunos de esos procesos harán que aflore alguna u otra emoción. Quizás miedo o rabia, enfado, envidia, culpa.

Poco a poco se irá tejiendo esa tela de araña de la actividad mental ordinaria que nos hemos acostumbrado a soportar en nuestras cabezas durante tantas horas al día. Es como una secuencia de fotogramas que suceden unos a otros, y van componiendo una película que, a veces, no tiene demasiado sentido. Pero de lo que aquí se trata no es de luchar contra ese parloteo o esa película. De lo que se trata aquí es de observarla, contemplar atentamente como se desarrolla y evoluciona toda esa fascinante cháchara interna.

Puede resultarnos útil etiquetar cada uno de los elementos que componen el dialogo interior. Una vez identificados, podemos nombrarlos diciendo internamente, algo así como: “recuerdo”, “emoción”, “pensamiento”, etcétera. El etiquetado nos facilita el hacernos conscientes de la actividad mental y, simultáneamente, nos va distanciando de los propios contenidos mentales. Si observamos un pensamiento cualquiera, comprobaremos, que, como todos, tiene un principio, una duración y un final.

Procuremos detectar el inicio en un pensamiento concreto. Sigamos su trayectoria y veamos cómo se agota para acabar muriendo por inanición. Al poco comenzará a emerger otro pensamiento, que también desaparecerá a su debido tiempo, y así una y otra vez. Los pensamientos pueden compararse a las nubes. Por algún tiempo son capaces de ocultar el sol, pero siempre acaban marchándose, el cielo se despeja y brilla la claridad de la luz en el firmamento limpio de la conciencia pura. Los pensamientos, como todos los fenómenos de la naturaleza, son efímeros y caducos. Nacen, viven un cierto tiempo, y desaparecen. Comprobémoslo.

También es muy importante que caigamos en la cuenta de que los pensamientos no son la realidad. Nosotras, con frecuencia, nos confundimos con ella, y nos los creemos a pies juntillas. Nos creemos la película. Tranquiliza mucho darse cuenta de un hecho tan simple. La realidad es una cosa, los pensamientos, otra. Cada una puede recapacitar en su caso cuando suele confundir ambas cosas, y pensar en las consecuencias que esa confusión acarrea para su salud mental.

Quizás, lo más importante de esta meditación es que seamos capaces de contemplar con cierta distancia la película de la mente en acción, y de que comprendamos que esa retahíla inacabable de procesos mentales no somos nosotras. “Yo no soy la película, soy un espectador de la película, un observador claramente distinto a lo observado”. Recordemos la instrucción fundamental de *Mindfulness*. Aparezca lo que aparezca en la mente, obsérvalo.

Obsérvalo y distánciate. No te pierdas en lo observado, ni te apegues a ello. Lo observado no eres tú. Tú eres algo más. Eres la conciencia que observa.

Practica un rato con tus pensamientos, y recuerda esas dos cosas: que ellos no son la realidad, y que tú no eres la mente.

Abandona los pensamientos, déjalos ir, vuélvete a concentrar en la respiración, y enfrascado en su serena placidez, te vas acercando a la final de la meditación.

Anexo 34. Ejercicio de los muebles son como la ropa

Terapeuta: de igual manera que podéis cambiar los muebles de la casa, o vuestras emociones y pensamientos, también podéis representarlo mediante el hecho de cambiaros de ropa.

En la sesión anterior, se pedirá a las pacientes que traigan al menos tres camisas, blusas, jerséis, etc. para poder realizar la actividad de manera más práctica. La ropa representará las emociones mientras que ellas se representan a sí mismas, entendiendo que lo que sí que puede cambiar es la forma en la que reaccionar ante las experiencias vividas.

Anexo 35. Metáfora de la casa con muebles

Imaginad que vosotras sois una casa y los muebles son el contenido, los pensamientos y sensaciones que hay en vosotras. Son sólo una parte de la casa, están dentro, pero pueden cambiar, por lo que la casa en sí no cambia. Lo mismo ocurre con vosotras, vuestros pensamientos, emociones y sensaciones son una parte de vosotras mismas, pero no vuestra esencia, por lo que podéis cambiarlo.

Anexo 36. Ejercicio del “Observador de sí mismo”

Cerrad los ojos, quiero que os visualicéis a vosotras mismas en esta misma sala. Centraros en los pensamientos que se os pasan por las cabezas, las emociones que estáis experimentando. Quiero que os observéis. Que seáis conscientes de que sois observadoras de vosotras mismas. Ahora, centraros en un acontecimiento que formó parte de vuestras vidas hace un año. Cuando tengáis uno en mente, quiero que asistáis con la cabeza. Imaginad que estáis en ese momento de vuestras vidas, pero como observadoras. Ahora pensad en una situación de vuestra infancia, manteneos como observadoras y pensad, ¿seguís siendo la misma persona hoy?

Pensad en las emociones que estáis experimentando. Todas estas han cambiado con el tiempo. A pesar de ello, vuestra esencia sigue siendo la misma desde que erais pequeñas hasta hoy. Habéis cambiado emocional y físicamente, pero seguís siendo la misma persona. Debido al paso del tiempo, a situaciones de vuestras vidas os habéis olvidado de veros a vosotras mismas y solo tenéis en cuenta una pequeña parte, dependiendo prácticamente por completo de ella. Esas situaciones han hecho que dejéis de veros como una sola persona, esas partes son solo piezas. Luchando contra ellas, perdéis vuestra identidad, vuestra esencia. Abandonar esa lucha interna es una opción viable para vosotras, podéis volver a vivir y sentir vuestra propia esencia. Para ello, simplemente hay que aceptar aquello que nos gusta de nosotras mismas y aquello que nos gusta menos.

Anexo 37. Autocompasión

Poner en práctica la compasión va a permitir que sintáis empatía, simpatía, amor, altruismo, etc. por los demás. Una vez logrado esto, se trabajará la bondad hacia uno mismo, o autocompasión, es decir, que es “capaz de permanecer amoroso, abierto, sensible, delicado, solidario de forma incondicional, tanto ante uno mismo, como ante todos los contenidos y situaciones vitales” (Alonso, 2012), sin la necesidad de comparaciones de ningún tipo.

Anexo 38. Plan personal/grupal de autocompasión

Se trata de desarrollar objetivos específicos respecto a diferentes ámbitos de la vida en los que ha repercutido, en este caso, la violencia de género. Las áreas principales y sus objetivos son:

1. Área física: cuidar del cuerpo. No hacerse daño.
2. Área mental: Permitirse los pensamientos. No luchar. No juzgar.
3. Área emocional: Aceptar las emociones. Estar en paz con ellas sin residuos.
4. Área relacional: Conectar con los demás. No aislarse.
5. Área espiritual: Comprometerse con los valores. No ser egoísta.

**Anexo 39. Práctica de compasión para sentirse a salvo/práctica de Tonglen.
Recuperado de: www.mindfulnessvicentesimon.com/audios - Compasión: Tonglen
para una misma**

Centrémonos en el cuerpo, en el aquí y en el ahora.

Adoptamos la postura de meditación elegida y llevamos la atención a la respiración hasta que hayamos conectado con su ritmo y con la tranquilidad que nos otorga.

A continuación, nos imaginamos, en la mente, el espacio que nos rodea. Podemos pensarlo, si nos es conveniente, como si fuéramos astronautas flotando en un paseo espacial. Y dejamos pasar así un rato hasta que se afiance esa sensación de flotar en la inmensidad del espacio.

Ahora, delante de nosotras, imaginemos a esa persona que va a ser objeto de nuestra compasión. Esa persona que hemos escogido previamente, y que, en este caso, seremos nosotras mismas. Dejamos que esa imagen de una misma se afiance delante de nosotras. Es como si nos hubiéramos desdoblado en dos partes: nuestro yo ordinario, que es el que visualizamos delante; y, nuestro yo más fuerte y más puro, que es quien va a realizar la parte activa del ejercicio.

Pensamos en algún dolor corporal que padezcamos, o en algún sufrimiento moral que nos aflige. En las primeras sesiones de la práctica, es recomendable escoger una dolencia o sufrimiento no demasiado intensos. En el caso de un dolor físico, visualizamos la zona del cuerpo en donde se localiza. En el caso de un sufrimiento psicológico, podemos imaginarlo situándolo en la zona del corazón. Nos hacemos plenamente conscientes de la naturaleza del sufrimiento y del dolor que nos causa.

Y ahora, imaginamos que de ese dolor o sufrimiento emana una columna de humo negro, y que, al inspirar, nosotras inhalamos esa columna de humo negro. Al espirar, exhalamos un haz de luz blanca que contiene la felicidad, el bienestar, la alegría y dirigimos esa luz blanca a la zona del dolor físico o moral de la imagen que tenemos delante. Es decir, inhalamos dolor y sufrimiento y emitimos amor, bienestar y felicidad.

Si nos ayuda, podemos imaginar que nuestro corazón, y todo nuestro cuerpo, se ha convertido en una bola de fuego brillante, capaz de destruir todo el mal y sufrimiento que

inspiramos y transformarlo en el bienestar y felicidad que espiramos. Repetimos ese ciclo de inspiración del sufrimiento y exhalación de la felicidad, una y otra vez.

Transcurrido un tiempo, imaginamos que nuestra compasión ha sido capaz de disolver el sufrimiento, y que ahora nos encontramos libres de dolor y llenos de paz, de felicidad y de bienestar.

Y poco a poco, volvemos a contactar con el mundo exterior.

Anexo 40. Ejercicio de escoger una identidad

Para esta actividad, una a una, vais a coger un papel de esta bolsa. Cada papel tiene escrita una frase que describe una identidad. Puede ser una frase que se haya dicho aquí (se procurará que sean frases que hayan dicho más de una persona) o no (características de personalidad generales). Vamos a hacer dos rondas. En cada una cogeréis un papel y leeréis su contenido en alto. Algunas puede que se apliquen a vosotras y otras no. No se trata de que os deis por aludidas. Tenéis que intentar meteros en esa personalidad y que os imaginéis ser esa persona, pensad en los pensamientos, sensaciones y emociones que pueden surgirles.

Durante esta actividad, a las pacientes les resultará mucho más fácil integrarse en una identidad negativa, frente a una positiva. De esta manera, la terapeuta les ayudará a construir un personaje positivo.

Anexo 41. Metáfora de las calles con tiendas

Imaginad que estáis paseando por las calles de una ciudad, la que queráis. A lo largo de cada calle hay tiendas con escaparates que os llaman la atención por los sonidos y colores que aparecen en cada una de ellas. Llamen tanto la atención que la gente se pararía a ver los escaparates y entrarían. Pero cuando una tiene una dirección clara, se olvida de lo que hay a su alrededor. Se centra en las tiendas o en los eventos privados de su vida, que lo único que consiguen es bloquearles, se centran en ellas y olvidan cuál era su dirección. Puede que vosotras os sintáis perdidas sin saber donde ir, y aquellos eventos o tiendas no os dejan avanzar, pero para ello, tenéis que parar y pensar. ¿Cuál es la dirección que quiero tomar?

Anexo 42. Metáfora del jardín y ejercicio de plantar vuestros objetivos

Imaginad que os dedicáis a la jardinería, vuestra pasión son las plantas. Habéis logrado obtener un terreno para plantar ese jardín tan ansiado. Habéis decidido distribuir el terreno en dos partes; dejando más espacio para las plantas que más os gustan, y menos para las plantas que menos os gustan. Una vez preparado el terreno y plantadas las semillas, cuidáis más las plantas que os gustan que las que no os gustan. Ahora, imaginad que cada planta representa un objetivo en la vida. Puede ser pasar más tiempo con la familia, reír más, simplemente ser felices. ¿Vuestro jardín está repleto de objetivos y valores o de experiencias que son menos agradables? ¿A qué le vais a hacer más caso y cuidareis más?

Quiero que cada una escribáis en una hoja, tres cosas que queréis que la gente recuerde de vosotras. Así tendréis tres plantas que cuidar y regar cada día. Esa hoja la llevaréis con vosotras en un sitio al que hagáis referencia frecuentemente, como puede ser el monedero, el bolso, la mesita de noche, etc.

Anexo 43. Meditación de compasión de las emociones: acoger y acunar las emociones. Recuperado de: www.mindfulnessvicentesimon.com/audios - Meditación de las emociones

Adoptamos la postura de meditación escogida, y procuramos desprendernos de cualquier tensión muscular de la que nos demos cuenta. Tomamos conciencia de donde estamos, y nos ubicamos mentalmente en nuestro cuerpo, en el aquí y en el momento presente.

Con suavidad, llevamos la atención a la respiración y nos hacemos conscientes de la entrada y de la salida del aire. De la inhalación y de la exhalación que tienen lugar en el momento presente. El único en el que estamos en contacto directo con la vida. Nos vamos identificando con el vaivén apaciguador de la respiración, y abandonamos todo otro pensamiento o preocupación.

A continuación, vamos a trabajar con una emoción concreta, por lo que tendremos que elegir algún episodio emocional reciente o antiguo, pero a ser posible que podamos recordarlo con facilidad, y que tenga cierta importancia en nuestra vida real. Por ejemplo, una situación en la que alguien dijo algo que provocó nuestro enfado o nuestra ira. También puede ser otra emoción cualquiera, como el miedo, la ansiedad, el asco.

Una vez elegido el episodio con el que vamos a trabajar, lo imaginamos y lo visualizamos tan vívidamente como seamos capaces de hacerlo. Recordamos el ambiente en el que tuvo lugar el episodio, el estímulo que lo desencadenó, nuestra situación emocional en aquel momento y los condicionantes personales que permiten explicar por qué reaccionamos de la forma en la que lo hicimos.

Tenemos que comprender que, si lo que alguien dijo, por ejemplo, nos resultó ofensivo, es porque esa opinión amenaza directamente una imagen de nosotras mismas al que le tenemos mucho aprecio, es decir, nos amenaza el ego. Como habitualmente nos encontramos identificados con el ego, cualquier cosa que parezca ponerlo en peligro, hace que nos sintamos personalmente amenazados. Una vez hayamos imaginado suficientemente ese episodio emocional, démosle un nombre a la emoción, y sigamos explorando. ¿Qué sensaciones corporales nos produce esa emoción? ¿Acaso sentimos opresión en el pecho? ¿Un nudo en la garganta? ¿Un malestar en el vientre? ¿Nos hierve la sangre? ¿Notamos que nos ha cambiado el ritmo de la respiración? Tomémonos algún

tiempo para identificar cualquier sensación que provenga del cuerpo, por mínima que sea.

¿A qué me impulsa esa emoción? ¿Qué haría si me dejara llevar por lo que la emoción me pide? Y después pensemos: ¿Qué consecuencias tendría en el mundo externo esa hipotética acción mía inspirada por la emoción? Esas consecuencias, ¿serían apropiadas o inapropiadas? ¿Me beneficiarían o me perjudicarían? Pensémoslo por unos minutos.

Con esto, tenemos ya una visión bastante aproximada de ese conjunto emocional que vivimos en el pasado y que ahora estamos reviviendo. Ahora, teniendo bien presentes en la conciencia todos esos aspectos rememorados de la emoción, tomemos conciencia, simultáneamente, de la respiración.

Soy consciente de que una emoción desagradable ha surgido en mí.

Al espirar, soy consciente de que una emoción desagradable ha surgido en mí. (repetir dos veces)

Nos mantenemos al mismo tiempo en presencia consciente de la emoción y de la respiración.

Y ahora cuidemos, especialmente, nuestra relación consciente con la emoción. Por un lado, me doy cuenta de que soy diferente a mi emoción. Me puedo distanciar de ella. Yo tengo la emoción, pero no soy esa emoción. Soy algo distinto a la emoción. Soy el observador de la emoción.

Por otro lado, mi actitud hacia la emoción es de cariño y de respeto. Aquí resulta muy apropiada la metáfora que emplea Thich Nhat Hanh, la de la madre que sostiene en sus brazos al niño que llora, y le transmite todo su afecto y su cariño. La madre quiere al niño y lo cuida hasta que se le pase el llanto. En este ejercicio que estamos haciendo, el niño es la emoción y nosotras, la madre. Yo cuido a mi emoción hasta que esta se calma, y lo hago con paciencia, con cariño y con comprensión. Permanecemos así un rato, siendo conscientes a la vez de la respiración, y de la emoción. Nos cuidamos de la emoción. Al cuidar de la emoción, cuido de mí misma y muestra compasión hacia mí mismo. Acepto el sufrimiento que la emoción me produce y precisamente porque lo reconozco, soy capaz de tratarme con compasión y con cariño. Al mecer y tranquilizar a ese niño que sufre, estoy queriéndome y tranquilizándome a mí misma.

Y cuando la calma se haya instalado de nuevo en nosotras, podemos dar por finalizada esta meditación.

Anexo 44. Metáfora de las dos montañas y ejercicio de escribir una carta

Imaginad que vais subiendo una montaña conmigo, vamos las dos solas. Esa montaña que estás subiendo es la montaña de tu vida. Mientras yo voy por mi camino, puedo ver como subes tu desde mi perspectiva. Desde tu perspectiva, puedes ver como asciendo yo por mi camino. Eso es lo que podemos ofrecernos la una a la otra. Un punto de vista externo a nosotras mismas, objetivo e independiente. Aunque nuestras perspectivas sean distintas, no significa que una tenga más razón que la otra, sino que cada una está en un punto distinto: de la montaña y de nuestras vidas. Lo que podemos hacer es ayudarnos la una a la otra, contarnos la perspectiva que tengamos cada una y a partir de ahí, llegar a donde queramos dirigir nuestras vidas.

Ahora, quiero que cada una os escribáis una carta a vuestra “yo dentro de seis meses”. Centraros en el presente y desde la perspectiva en la que estáis actualmente, imaginad dónde queréis estar dentro de seis meses, los objetivos que tengáis propuestos, la gente que queréis que os rodee y la situación en la que os gustaría estar viviendo. Acordaos de ser realistas.

Una vez hayáis acabado, quiero que al igual que la semana pasada, os guardáis esa hoja. Esta vez quiero que la guardéis en un lugar seguro, también puede ser un cajón. Cada vez que lo necesitéis, podéis recurrir a ella para acordaros del camino que queréis tomar.

Anexo 45. Metáfora de montar en bicicleta

Acordaros de cuando erais pequeñas. ¿Cómo aprendisteis a montar en bicicleta? Practicabais mucho, ¿verdad? Cuando empezasteis todas a montar en bicicleta resultaba muy fácil caerse. La única forma que teníais de aprender era caer y volver a levantaros, una vez tras otra.

A veces soplará el viento en vuestra contra y el esfuerzo que tengáis que hacer es mayor. Ese viento que sopla no se puede controlar. Pero sí que podéis controlar el volver a levantaros y seguir practicando, y mejorando por vosotras mismas para lograr vuestro objetivo y seguir en esa dirección que tanto ansiáis.

Anexo 46. Paradoja del *Mindfulness*. Recuperado de Simón (2012)

El aprendizaje del *Mindfulness* no puede forzarse; es un proceso de tolerancia, descubrimiento y revelación, que se abre a medida que lo practicamos.

La conciencia que uno va creando no intenta cambiar nada. Primero sucede la aceptación y el cambio llega más tarde como consecuencia de la primera, y es guiado por la conciencia.

Es muy probable que realices cambios significativos en la gestión del miedo, la ansiedad y el pánico, pero sólo lograrás una vez que hayas atravesado profundamente esas experiencias con conciencia plena y compasión.

La aceptación y la apertura a cuanto acontece en el momento presente sin controlar, sin evitar, sin aferrarse, sin zafarse de nada, de forma ecuánime es la clave que nos permite alcanzar el equilibrio emocional.

Anexo 47. Práctica de exposición *mindful* interoceptiva: caminando hacia el miedo

Comenzamos con cinco minutos de meditación formal con el anclaje de la respiración focalizada en la espiración.

Una vez hemos estabilizado la atención en el presente, descartando otros contenidos, comenzamos a escanear nuestro cuerpo como hacíamos con la práctica de barrido corporal para ver si podemos detectar cualquier sensación de ansiedad o tensión. Si no, se intentan generar dichas sensaciones de forma intencionada, pensando en alguna situación o pensamiento que nos provoca ansiedad, de la forma más vívida posible. Hacemos esto durante un par de minutos.

Una vez se ha localizado esa tensión en el cuerpo, vemos si la podemos intensificar. Quizá lo podemos hacer simplemente focalizando la atención en la señal fisiológica activada en el cuerpo. Si no, podemos recurrir a pensamientos o imágenes más atemorizantes. La idea es crear un fuerte pensamiento de ansiedad, de forma que podamos practicar al llegar a soportarlo mientras estamos centrados en el presente. Estamos así 3 o 4 minutos.

Ahora que hemos desarrollado una clara experiencia de ansiedad, tratamos de intensificarla voluntariamente aún más. La hacemos tan fuerte como podemos.

A continuación, nos quedamos con ella en actitud *mindful*, la acompañamos con la respiración, nos “abrimos” a ella con afecto y aceptación y mantenemos la ansiedad en ese nivel, al menos durante diez minutos. Si comienza a disminuir, la intensificamos de nuevo. Estamos así hasta que observamos cómo cada vez nos resulta más difícil intensificarla y como poco a poco se va aquietando.

Entonces podemos descansar simplemente en la respiración focalizada en la espiración, durante los cinco minutos finales y/o realizar alguna práctica de compasión (muy recomendable).

Anexo 48. Ejercicio de <<elección>> vs. <<decisión>>

Elección y decisión. Son dos palabras que parecen sinónimos, pero sí se analizan profundamente, una se da cuenta de que realmente no es así.

Decidir es escoger entre dos opciones, dos alternativas que más vayan con vuestra persona, y que a la vez os conviene más según el momento y las circunstancias en las que os encontráis.

Elegir implica el interés que tenéis en algo, independientemente de las circunstancias en las que os encontráis. Por lo tanto, es algo que no debería variar y que os acompaña durante vuestras vidas. Aun así, os comprometéis con las consecuencias ya sean positivas o negativas, y a la vez, las aceptáis. Sois responsables de ellas y os ayuda a luchar por lo que queréis.

Anexo 49. Metáfora del horizonte

Tomar una decisión en esta vida es como dirigiros hacia el Este. Por muy lejos que os vayáis, siempre seguirá habiendo un Este, por lo que da igual cuánto os intentéis alejar. Lo mismo pasa con los objetivos a largo plazo que os planteáis en vuestras vidas. Son como puntos en el horizonte, os van a ayudar a dirigiros hacia una meta fija. Rendirse no puede ser una opción para ninguna de vosotras, ni para nadie en esta vida, siempre va a haber algo más allá, siempre va a haber un Este, un horizonte al cual dirigirse. Seguiréis superando los obstáculos como lleváis haciendo hasta ahora, y si os caéis por el camino, independientemente de cuantas veces sean, seréis capaces de levantaros, aceptar lo que ocurre y seguir adelante.

Anexo 50. Metáfora de las olas de la playa

Imaginad que estáis frente a una playa enorme, está llena de arena y las olas rompen constantemente contra las rocas independientemente de su tamaño o fuerza.

Del mismo modo, cada una de vosotras sois una playa con olas grandes y fuertes. Si las intentáis coger y controlarlas no conseguiréis más que sigan rompiéndose, y además, haceros daño. En cambio, si dejáis que sigan su curso, cada una de vosotras podéis ir dedicando vuestro tiempo a cosas más importantes que realmente os hagan felices.

Anexo 51. Práctica breve de compasión. Recuperado de: www.mindfulnessvicentesimon.com/audios - Compasión: Metta hacia una misma

Nos concentramos en el cuerpo, en el aquí y en ahora. Adoptamos la postura de meditación elegida y llevamos la atención a la respiración hasta que hayamos conectado con su ritmo y con la tranquilidad que nos proporciona. Tratamos a si mismo de percibir los latidos y ritmo del corazón. Ese corazón que nutre y vivifica todas las células del cuerpo.

Y ahora, nos representamos nuestra propia imagen delante de nosotras, como si fuera en un espejo. Procuramos que esa imagen sea cada vez más nítida y más potente en el espacio interno de la imaginación, y dejamos que crezca en nuestro corazón un sentimiento de amor y de ternura que vamos orientando hacia la imagen que tenemos delante. La ternura y el cariño, fácilmente, pueden hacernos sentir una sensación de calor en el pecho. Pero al principio de la práctica es posible que no aparezca ni el sentimiento ni la sensación, o que estos sean muy débiles. Entonces basta que expresemos claramente la voluntad de desear la felicidad y el bienestar. Para ello, repetimos unas frases sencillas que expresan nuestro deseo de felicidad y de ausencia de sufrimiento. Deseos que dirigimos a esa persona cuya imagen tenemos delante y que, en este caso, somos nosotras mismas. Podemos decir así: “Que yo sea feliz”, “que tenga salud y fortaleza”, “que me vaya bien en la vida”, “que yo permanezca libre de desgracias y de sufrimientos”.

Si nos resulta conveniente, podemos también inventar otras frases que se adapten mejor a nuestra persona o a la persona objeto de la compasión. Al decirlas mentalmente, hemos de hacernos plenamente conscientes del significado de las palabras y de nuestra voluntad, de que realmente seamos felices y que quedemos libres de toda desgracia. Procuramos, asimismo, unir en nuestra mente el deseo de felicidad y de conciencia de la respiración, dejando que ambos procesos transcurran en paralelo.

Repetimos las frases varias veces haciéndonos bien conscientes de su significado: “que yo sea feliz”, “que tenga salud y fortaleza”, “que me vaya bien en la vida”, “que yo permanezca libre de desgracias y de sufrimientos”.

“Que yo sea feliz”, “que tenga salud y fortaleza”, “que me vaya bien en la vida”, “que yo permanezca libre de desgracias y de sufrimientos”.

Luego, hacemos extensivo nuestro deseo a otras personas: A nuestra familia, a nuestros amigos, a nuestros compañeros de trabajo. “Que ellos y yo seamos felices, “que tengamos salud y fortaleza”, “que nos vaya bien en la vida”, “que ellos y yo permanezcamos libres de desgracias y de sufrimientos”.

“Que ellos y yo seamos felices, “que tengamos salud y fortaleza”, “que nos vaya bien en la vida”, “que ellos y yo permanezcamos libres de desgracias y de sufrimientos”.

Por último, deseamos que todos los seres humanos, sin excepción, sean felices y queden libres de sufrimiento: “Que todos los seres humanos seamos felices”, “que todos tengamos salud y fortaleza”, “que a todos nos vaya bien en la vida”, “que todos permanezcamos libres de desgracias y de sufrimientos”.

“Que todos los seres humanos seamos felices”, “que todos tengamos salud y fortaleza”, “que a todos nos vaya bien en la vida”, “que todos permanezcamos libres de desgracias y de sufrimientos”.

Para finalizar, comprobamos nuestras sensaciones en la zona del pecho, visualizamos cómo en nuestro corazón emerge ese deseo universal de felicidad, de paz y de salud. Y permanecemos un tiempo sumergidos en la conciencia de la ternura y de la respiración.

Anexo 52. Metáfora de la ciénaga

Imaginad que vais a subir hacia la cima de una montaña, y conseguirlo supone un reto muy importante en vuestras vidas. Os preparáis todo para el viaje. Os habéis hecho con un mapa, un GPS, comida, bebida, objetos primordiales, cosas para montar una acampada y para la escalada.

Empezáis el viaje y todo sale como habíais provisto. Conforme os acercáis a la cima, vais viendo que estáis cada vez más cerca, os motiva a seguir escalando. Estando más cerca de la cima aparece una ciénaga. A su vez aparece un lodazal en todo el terreno que queda por subir. Huele mal, todo está sucio, hay barro y mosquitos.

Estáis frustradas, enfadadas con el mapa y el GPS que os han guiado por ese camino, pero sólo tenéis dos opciones:

Podéis dar media vuelta e ir os a casa, y volver a intentarlo otro día, por lo que estaréis dejando atrás algo muy valioso para vosotras. También podéis seguir, oler mal, mancharos hasta los pies o la cintura, dejando que os piquen los mosquitos... y no tenéis ninguna garantía de que llegareis a la cima. ¿Qué vais a hacer cada una de vosotras?

Anexo 53. Valoración de las pacientes a lo largo del programa

Valoración de las pacientes acerca del programa.

A continuación, se presentan las metáforas, ejercicios y meditaciones que se han trabajado en el último periodo de tiempo.

Valora en una escala del 1 al 4 para el apartado de “aceptación y compromiso”, y del 1 al 3 para los apartados de “atención plena” la relevancia y efecto que han tenido sobre ti, siendo el 1 el más relevante, y el 3 o 4 el que menos.

Aceptación y compromiso	Atención plena
Metáfora del hoyo	Ejercicio de meditación formal corto.
Metáfora del funeral y vídeo	Ejercicio de la uva/pasa
Metáfora del granjero y el asno	Meditación del Ahora
Metáfora del vecino indeseable y el ejercicio de la maleta	

Valoración de las pacientes acerca del programa.

A continuación, se presentan las metáforas, ejercicios y meditaciones que se han trabajado en el último periodo de tiempo.

Valora en una escala del 1 al 3 para el apartado de “aceptación y compromiso”, y del 1 al 2 para el apartado de “atención plena” la relevancia y efecto que han tenido sobre ti, siendo el 1 el más relevante, y el 2 o 3 el que menos.

Aceptación y compromiso	Atención plena
Metáfora de la pantalla Metáfora del polígrafo Metáfora del malestar limpio y malestar sucio	Práctica de la respiración focalizando en la espiración. Meditación formal caminando

Valoración de las pacientes acerca del programa.

A continuación, se presentan las metáforas, ejercicios y meditaciones que se han trabajado en el último periodo de tiempo.

Valora en una escala del 1 al 4 para el apartado de “aceptación y compromiso”, y del 1 al 2 para el apartado de “atención plena” la relevancia y efecto que han tenido sobre ti, siendo el 1 el más relevante, y el 2 o 4 el que menos.

Aceptación y compromiso	Atención plena
Ejercicio del lugar concurrido	Paseo meditativo informal
Ejercicio de repetición	Ejercicio del barrido corporal clásico
Metáfora de los pasajeros en el autobús	
Ejercicio de la observación del flujo de la experiencia	

Valoración de las pacientes acerca del programa.

A continuación, se presentan las metáforas, ejercicios y meditaciones que se han trabajado en el último periodo de tiempo.

Valora en una escala del 1 al 4 para el apartado de “aceptación y compromiso”, y del 1 al 2 para el apartado de “atención plena” la relevancia y efecto que han tenido sobre ti, siendo el 1 el más relevante, y el 2 o 4 el que menos.

Aceptación y compromiso	Atención plena
Metáfora del tablero como ajedrez	Práctica para pensamientos de preocupación y temor
Metáfora de la casa y los muebles y ejercicio de la ropa	Práctica de compasión para sentirse a salvo/Práctica de Tonglen
Ejercicio del observador de sí mismo	
Ejercicio de escoger una identidad	

Valoración de las pacientes acerca del programa.

A continuación, se presentan las metáforas, ejercicios y meditaciones que se han trabajado en el último periodo de tiempo.

Valora en una escala del 1 al 4 para el apartado de “aceptación y compromiso”, y del 1 al 3 para el apartado de “atención plena” la relevancia y efecto que han tenido sobre ti, siendo el 1 el más relevante, y el 3 o 4 el que menos.

Aceptación y compromiso	Atención plena
Metáfora de las calles con tiendas	Práctica de compasión para sentirse a salvo/Práctica de Tonglen
Metáfora del jardín y ejercicio de las 3 cosas a recordar	Meditación de compasión de las emociones: acoger y acunar las emociones
Metáfora de las dos montañas y ejercicio de escribir una carta	Práctica caminando hacia el miedo
Metáfora de montar en bicicleta	

Valoración de las pacientes acerca del programa.

A continuación, se presentan las metáforas, ejercicios y meditaciones que se han trabajado en el último periodo de tiempo.

Valora en una escala del 1 al 4 para el apartado de “aceptación y compromiso”, y del 1 al 2 para el apartado de “atención plena” la relevancia y efecto que han tenido sobre ti, siendo el 1 el más relevante, y el 2 o 4 el que menos.

Aceptación y compromiso	Atención plena
Ejercicio de “elección” y “decisión” y la Metáfora del punto de vista en el horizonte Metáfora de las olas en la playa Metáfora de la ciénaga	Práctica caminando hacia el miedo. Práctica breve de compasión.

Anexo 54. Formulario de metas, acciones y barreras (Hayes et al., 1999)

El Formulario de metas, acciones y barreras es un registro en el cual cada individuo que atiende el programa de intervención debe apuntar los objetivos y acciones que se propone a sí mismo. De tal manera se podrá observar y analizar las direcciones que quiere tomar cada paciente, así como las barreras que van apareciendo. De este modo será más fácil poder seguir en la dirección objetivo y aceptar las barreras.

ÁREAS	Dirección valiosa	Objetivos	Acciones	Barreras
Relaciones de pareja/íntimas				
Relaciones familiares				
Relaciones sociales				
Trabajo				
Educación/formación				
Ocio				
Espiritualidad				
Ciudadano				
Cuidado físico				