

UNIVERSIDAD MIGUEL HERNÁNDEZ

FACULTAD DE MEDICINA

TRABAJO FIN DE GRADO EN TERAPIA OCUPACIONAL



**MANEJO DE LA ANSIEDAD EN PACIENTES CON TUMORES DIGESTIVOS
MEDIANTE EL MÉTODO MINDFULNESS-BASED STRESS (MBSR).
ESTUDIO PILOTO.**

Autor/a: MOLINA DÍAZ, MARIELA.

Tutor/a: SÁNCHEZ GUILLÉN, LUIS.

Departamento y Área: PATOLOGÍA Y CIRUGÍA.

Curso académico: 2023 - 2024.

Convocatoria: ORDINARIA, MAYO DE 2024.

ÍNDICE.

1. RESUMEN.....	3
1. ABSTRACT.....	4
2. INTRODUCCIÓN.....	5
1. EL CÁNCER Y SU INCIDENCIA ACTUAL.....	5
2. LA ANSIEDAD Y SU EFECTO EN PACIENTES QUIRÚRGICOS.....	8
3. EL ESTRÉS METABÓLICO Y LA REHABILITACIÓN MULTIMODAL.....	9
3.1 EDUCACIÓN O RECOMENDACIONES Y EJERCICIO FÍSICO.....	10
3.2 SUPLEMENTOS NUTRICIONALES.....	10
3.3 TERAPIA COGNITIVA A TRAVÉS DE MINDFULNESS BASED STRESS REDUCTION (MBSR).....	11
3. HIPÓTESIS Y OBJETIVOS.....	12
3.1. OBJETIVO PRINCIPAL.....	12
3.2. OBJETIVOS SECUNDARIOS.....	13
4. MATERIAL Y MÉTODOS.....	13
4.1. DISEÑO DEL ESTUDIO.....	13
4.1.1 PERSONAL QUE PARTICIPARÁ EN EL ESTUDIO.....	14
4.1.2 INSTALACIONES E INSTRUMENTACIÓN.....	14
4.2. POBLACIÓN DE ESTUDIO.....	14
4.2.1. CRITERIOS DE SELECCIÓN DE PACIENTES.....	15
4.3. RECOGIDA Y TRATAMIENTO DE LOS DATOS.....	16
4.3.1 DESCRIPCIÓN DE LA INTERVENCIÓN.....	17
4.3.2 ESTRATEGIA DE ANÁLISIS ESTADÍSTICO.....	17
4.4. VARIABLES DE ESTUDIO.....	18
5. RESULTADOS.....	19
5.1 DATOS DEMOGRÁFICOS.....	19
5.2. VALORACIÓN DE LA CALIDAD DE VIDA.....	20
5.3 VALORACIÓN DE LA ANSIEDAD.....	22
5.4 VALORACIÓN ANSIEDAD Y DEPRESIÓN HOSPITALARIA.....	24
6. DISCUSIÓN.....	26
7. CONCLUSIONES.....	29
8. REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS.....	30
9. ANEXOS.....	36
ANEXO 1. CONSENTIMIENTO INFORMADO.....	36
ANEXO 2. CUESTIONARIO DE ANSIEDAD ESTADO-RASGO.....	41
ANEXO 3. CUESTIONARIO DE SALUD SF-36.....	45
ANEXO 4. LA ESCALA HOSPITALARIA DE ANSIEDAD Y DEPRESIÓN.....	56
ANEXO 5. SESIONES MBSR.....	59

1. RESUMEN.

Introducción: La ansiedad y el estrés suele estar en pacientes prequirúrgicos con tumores digestivos, esto puede afectar en su recuperación post-cirugía y en la calidad de vida.

El Método Mindfulness-Based Stress (MBSR) se ha dado como una posible intervención para ayudar a los pacientes con el manejo del estrés y la ansiedad. El objetivo principal es investigar el impacto del MBSR en la calidad de vida y los niveles de ansiedad de pacientes prequirúrgicos con tumores digestivos.

Materiales y Método: La intervención del estudio piloto se realizó en el Hospital General de Elche. Participaron cuatro pacientes que cumplían los criterios de inclusión. Se realizaron evaluaciones pre-post de la calidad de vida y ansiedad con el Cuestionario SF-36, Cuestionario de Ansiedad Estado-Rasgo (STAI) y la Escala Hospitalaria de Ansiedad y Depresión (HADS). El programa de MBSR consistió en 4 sesiones de 60 minutos distribuidas en 4 semanas.

Resultados: Los resultados determinaron mejoras significativas en los niveles de ansiedad. En la calidad de vida indicaron mejoras pero no en todos los ítems de la escala SF-36.

Discusión: El estudio tiene limitaciones como el tamaño de la muestra o la ausencia de un grupo control. Sin embargo, los resultados apoyan la efectividad del MBSR como intervención en el programa de prehabilitación para mejorar la ansiedad y la calidad de vida de estos pacientes.

Conclusión: En conclusión, el MSBR es aplicable en personas con tumores digestivos y mejora los niveles de ansiedad y calidad de vida.

Palabras clave: Mindfulness-based stress reduction (MBSR), Tumor digestivo, Rehabilitación Multimodal.

1. ABSTRACT.

Introduction: Anxiety and stress are usually present in pre-surgical patients with digestive tumors, this can affect their post-surgery recovery and quality of life.

The Mindfulness-Based Stress Method (MBSR) has been given as a possible intervention to help patients with stress and anxiety management. The main objective is to investigate the impact of MBSR on the quality of life and anxiety levels of pre-surgical patients with digestive tumors.

Materials and Method: The pilot study intervention was carried out at the General Hospital of Elche. Four patients who met the inclusion criteria participated. Pre-post evaluations of quality of life and anxiety were carried out with the SF-36 Questionnaire, State-Trait Anxiety Questionnaire (STAI) and the Hospital Anxiety and Depression Scale (HADS). The MBSR program consisted of 4 60-minute sessions spread over 4 weeks.

Results: The results determined significant improvements in anxiety levels. They indicated improvements in quality of life but not in all items of the SF-36 scale.

Discussion: The study has limitations such as the sample size or the absence of a control group. However, the results support the effectiveness of MBSR as an intervention in the prehabilitation program to improve anxiety and quality of life in these patients.

Conclusion: In conclusion, MSBR is applicable in people with digestive tumors and improves anxiety levels and quality of life.

Keywords: Mindfulness-based stress reduction (MBSR), Digestive tumor, Multimodal Rehabilitation.

2. INTRODUCCIÓN.

1. EL CÁNCER Y SU INCIDENCIA ACTUAL.

El cáncer abarca diferentes enfermedades pero todas caracterizadas por la división, crecimiento y propagación incontrolada de células anormales en cualquier parte del cuerpo.

Estas tienen un proceso diferente a las normales, porque pierden la capacidad de apoptosis, por eso se multiplican sin límite hasta formar unas masas llamadas “tumores” o “neoplasias”, que pueden llegar a destruir tejidos normales (1).

El cáncer es la segunda causa principal de muerte a nivel mundial y en 2022 causó aproximadamente 10 millones de muertes. Los tipos de cáncer más comunes son el de pulmón (12,4%), mama (11,5%), colon y recto (9,6%) y de próstata (7,3%) (2). **(Figura 1.**

Incidencia mundial del cáncer).

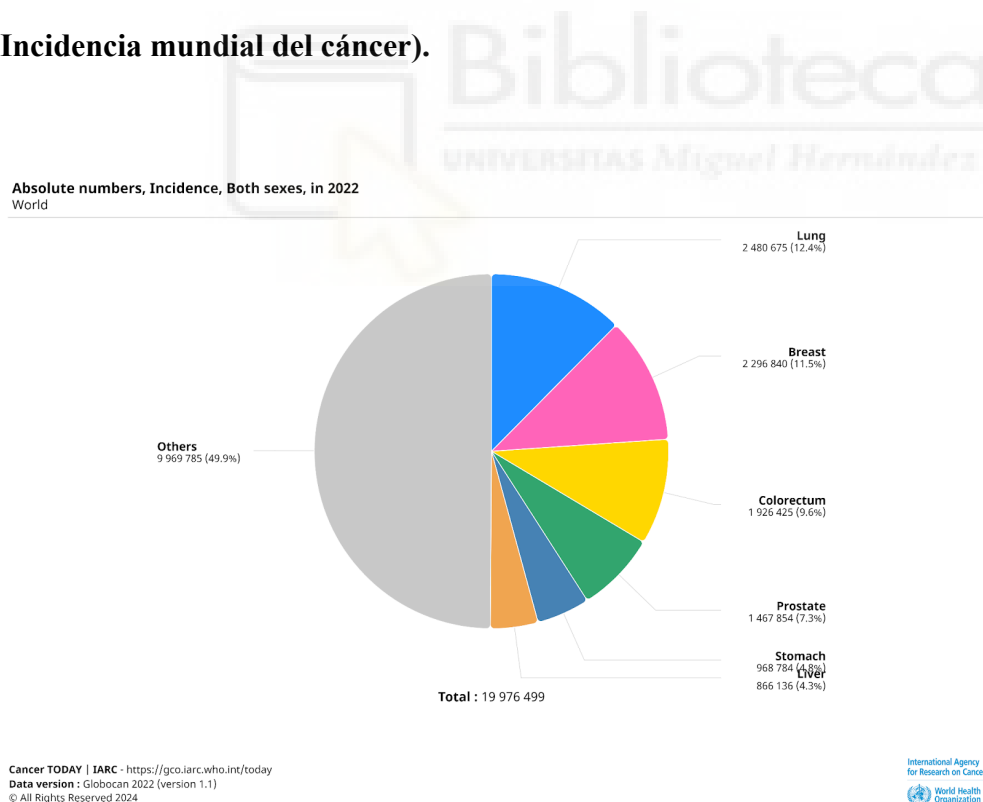


Figura 1. Incidencia mundial del cáncer. Disponible en: https://gco.iarc.fr/today/en/dataviz/pie?mode=cancer&group_populations=1&populations=900&types=0

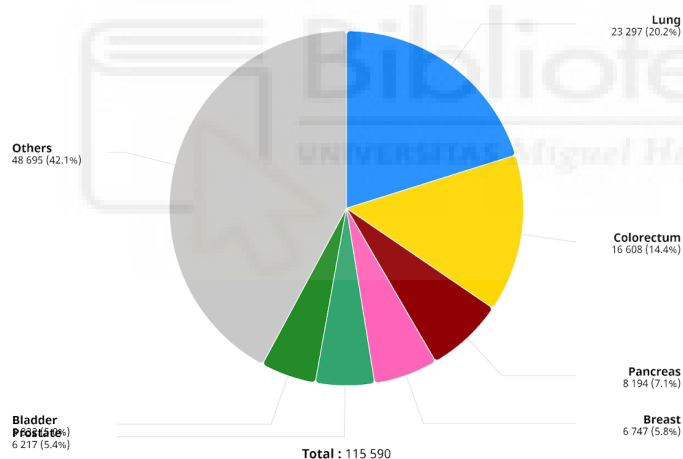
Se ha evidenciado que alrededor de un tercio de estas muertes se han producido por el alto índice de masa corporal, el tabaco, mala alimentación y falta de actividad física. (3)

La carga del cáncer a nivel mundial continúa aumentando y creando gran tensión física, emocional y económica sobre los pacientes, familiares y sobre los propios sistemas de salud.

En España, al igual que otros países occidentales, el cáncer se posiciona como la segunda causa de muerte, detrás de las enfermedades cardiovasculares.

Cada año se diagnostica un significativo número de personas, en 2022 se registraron 115.590 fallecimientos a causa de esta enfermedad (4). **(Figura 2. Mortalidad en España por cáncer)**

Absolute numbers, Mortality, Both sexes, in 2022
Spain



Cancer TODAY | IARC - <https://gco.iarc.who.int/today>
Data version : Globocan 2022 (version 1.1)
© All Rights Reserved 2024

International Agency
for Research on Cancer
World Health
Organization

Figura 2. Mortalidad en España por cáncer Disponible en:
https://gco.iarc.fr/today/en/dataviz/pie?mode=cancer&group_populations=1&populations=724&types=1

En nuestro país, la prevalencia e incidencia de los diferentes tipos de cáncer, incluidos los tumores digestivos, cumplen cifras preocupantes. Se estima que los cánceres que más frecuentemente se diagnosticarán en 2025, en ambos sexos, serán los de colon y recto (44.294 nuevos casos), mama (36.395 nuevos casos) y pulmón (32.768 nuevos casos) (5).

Entre ellos, los tumores digestivos suceden como un desafío particular en el campo de la medicina, afectando a todos los órganos del sistema digestivo, incluyendo el esófago, estómago, hígado, páncreas, intestino delgado y el colon y recto, entre otros. Estos tumores pueden ser benignos o malignos, su prevalencia e incidencia oscilan según la región, los factores genéticos, los hábitos de vida y otros factores de riesgo. Su complejidad se refleja en la variedad entre diagnósticos, su clínica y sus desafíos terapéuticos (6).

El cáncer colorrectal, es el más común a nivel mundial, cumpliendo con casi el 10% de casos diagnosticados de cáncer. Afecta en más a personas mayores de 50 años y sus causas principales son el bajo consumo de fruta y verdura, alto consumo de carnes procesadas, sedentarismo, obesidad, tabaquismo, consumo de alcohol, la presencia del *Helicobacter Pylori*, etc. (6).

2. LA ANSIEDAD Y SU EFECTO EN PACIENTES QUIRÚRGICOS.

La ansiedad se puede definir como una respuesta compleja ante situaciones o estímulos, percibidos potencialmente o subjetivamente como amenazantes (7).

Para abordar este concepto en el ámbito hospitalario, es crucial considerar al paciente de manera integral, teniendo en cuenta factores como su estado físico, mental, social y espiritual (8) ya que estos pueden influir como mediadores o como protectores para la ansiedad. Esto es

importante porque algunos estudios han encontrado altos niveles de ansiedad en pacientes prequirúrgicos. (9)

A pesar de los avances médicos en los procedimientos quirúrgicos, las intervenciones quirúrgicas siguen siendo momentos de incertidumbre y preocupación para muchos pacientes.

Antes, durante y después de la cirugía, experimentan diferentes emociones como preocupaciones sobre la anestesia, riesgo de complicaciones, dolor, recuperación, repercusiones familiares y financieras. Esto se manifiesta en respuestas que generan síntomas de ansiedad a niveles significativos, lo que se denomina como ansiedad prequirúrgica. (10)

La intensidad de la ansiedad ante una cirugía se ve influenciada por varios factores, como la gravedad de la enfermedad o como la urgencia de la cirugía, que pueden provocar crisis de ansiedad, síntomas somáticos y neurovegetativos.

Las experiencias familiares suelen ser relevantes y la capacidad del paciente para enfrentarse a la ansiedad es clave y, a menudo se subestima. (11)

3. EL ESTRÉS METABÓLICO Y LA REHABILITACIÓN MULTIMODAL.

El impacto de un trauma grave, como una cirugía, desencadena un estrés metabólico que activa respuestas para preservar energía en órganos vitales, regular el sistema inmune y retardar el crecimiento celular (12). Este estrés metabólico es la respuesta que el cuerpo desarrolla frente a cualquier tipo de daño, implicando la redistribución de recursos energéticos y estructurales para contrarrestar las alteraciones ocasionadas. Esta respuesta es desencadenada por diversos estímulos dolorosos, la lesión tisular, la falta de oxígeno en los

tejidos y su adecuada circulación, así como por los cambios en el flujo sanguíneo que experimentan estos pacientes (13).

Un programa e intervención previa a una cirugía es necesario para controlar la conducta y mejorar las respuestas metabólicas a la cirugía, así como los pensamientos sobre la enfermedad, favoreciendo la recuperación y la calidad de vida postoperatoria.

La Rehabilitación Multimodal en Cirugía es esencial para conseguir una recuperación eficaz y completa que persigue una plena incorporación a las actividades diarias, según el documento de la Vía Clínica RICA del Grupo Español de Rehabilitación Multimodal (GERM) del 2021.

Los Programas de Recuperación Intensificada (ERAS) incluyen técnicas basadas en la evidencia para minimizar el traumatismo quirúrgico, el dolor postoperatorio, las complicaciones y la estancia hospitalaria mientras aceleran la recuperación postoperatoria del paciente (14).

Actualmente, el modelo se basa en la prehabilitación trimodal, que combina la terapia física, suplementos nutricionales y terapia cognitiva, para disminuir la depresión y ansiedad asociados al proceso (15).

3.1 EDUCACIÓN O RECOMENDACIONES Y EJERCICIO FÍSICO.

Este programa incluye sesiones educativas sobre ejercicio físico y pautas saludables.

El consumo de tabaco y el abuso del alcohol repercuten negativamente en la recuperación postoperatoria asociados a complicaciones respiratorias, metabólicas, infecciosas y hemorrágicas (16). Se evalúa el consumo y se proporcionan pautas para abandonar estos hábitos.

Se realiza una valoración física del paciente, con el fin de abordar un programa de ejercicio físico personalizado que deberán realizar al menos 4 semanas antes de la intervención. Aunque no existe un claro acuerdo en cuanto a los ejercicios a realizar, se sabe que cada programa debe constar de entrenamiento de resistencia, de fuerza muscular y de musculatura inspiratoria. (17-18)

3.2 SUPLEMENTOS NUTRICIONALES.

La desnutrición preoperatoria se asocia con un aumento de la morbimortalidad postoperatoria y prolonga la estancia hospitalaria del paciente (19). Por ello, es imprescindible realizar un cribado nutricional de forma ambulatoria a los pacientes que van a ser sometidos a cirugía mayor programada.

Tras esto se administra un soporte nutricional (oral, enteral, parenteral) en pacientes con desnutrición o riesgo nutricional severo durante al menos 7-10 días antes de la cirugía (20-21).

3.3 TERAPIA COGNITIVA A TRAVÉS DE MINDFULNESS BASED STRESS REDUCTION (MBSR).

El Programa de Reducción del Estrés Basado en la Atención Plena (MBSR, por sus siglas en inglés) desarrollada por Jon Kabat-Zinn a principios de los años 1980 (22).

La "atención plena" se refiere a la capacidad de observar sin juzgar las sensaciones, pensamientos, emociones y entorno, mientras se fomenta la apertura, la curiosidad y la aceptación.

En 1979, el Centro Médico de la Universidad de Massachusetts desarrolló el programa MBSR para cultivar esta habilidad como una forma de reducir el estrés y enfrentar enfermedades (22). Los participantes incluyen personas con dolor crónico (23), enfermedades

como el cáncer (24) o condiciones de salud mental como ansiedad (25), fibromialgia (26), etc. Además, el programa se ha adaptado para su uso en poblaciones no clínicas, como estudiantes, terapeutas y personas en prisión (22).

La intervención estándar de este método se basa en un programa grupal de 8 semanas con sesiones semanales de 2 horas a 2,30 horas. Se pueden ofrecer sesiones de 30 a 90 minutos como alternativa. (26) Estas, consisten en ejercicios de atención plena física y mental como elementos centrales.

Gran parte del contenido se enfoca en aprender a estar plenamente consciente de las sensaciones corporales, utilizando diversas meditaciones mente-cuerpo como los ejercicios centrados en la respiración y los escaneos corporales. Durante las clases en grupo se promueve la discusión sobre cómo integrar estas prácticas conscientes en la vida diaria, con el fin último de poder manejar mejor los factores estresantes (22).

El objetivo del programa es promover una mayor percepción de los acontecimientos en el momento presente mediante una actitud de aceptación. MBSR está diseñado para asistir en la evitación de pensamientos, emociones y patrones de comportamiento negativos habituales (26).

3. HIPÓTESIS Y OBJETIVOS.

La ansiedad es un factor presente en el paciente quirúrgico; desde los síntomas, el diagnóstico, preintervención, intervención y postintervención. El método MBSR ha demostrado generar resultados positivos en pacientes que sufren de dolor crónico y otras condiciones médicas incluyendo tumores.

La hipótesis del presente trabajo es que la realización de una intervención mediante el método MBSR disminuye los niveles de ansiedad en pacientes con tumores digestivos así como facilita que adquieran herramientas para mejorar estos niveles.

3.1. OBJETIVO PRINCIPAL.

Evaluar la eficacia de un programa MBSR dirigido a pacientes diagnosticados de tumores digestivos del Hospital General de Elche para disminuir los niveles de ansiedad.

3.2. OBJETIVOS SECUNDARIOS.

- Conocer el nivel de ansiedad pre-post intervención con un programa MBSR de las pacientes diagnosticadas de tumores digestivos mediante el Cuestionario de Ansiedad Estado-Rasgo (STAI) (27).
- Conocer la calidad de vida pre y post intervención relacionada con la salud de las pacientes diagnosticadas de tumores digestivos mediante el Cuestionario de Salud SF-36 (28).
- Conocer el estado de depresión y ansiedad debido a la hospitalización mediante la Escala Hospitalaria de Ansiedad y Depresión (HADS) (29).
- Ofrecer a la población de tumores digestivos estrategias de prevención de la salud mental mediante un programa de MBSR.

4. MATERIAL Y MÉTODOS.

4.1. DISEÑO DEL ESTUDIO.

Estudio piloto de implementación de un protocolo sobre el impacto del método MBSR. El estudio se realizó en el Hospital General de Elche a los pacientes que van a ser intervenidos por tumores digestivos en el Servicio de Cirugía General y Aparato Digestivo del mismo Hospital General de Elche. El estudio se realizó en el primer trimestre de 2024, por lo que los pacientes debían ser intervenidos en este periodo y que por ende, están en una situación de ansiedad prequirúrgica.

El estudio ha sido admitido por la Oficina de Investigación Responsable de la Universidad Miguel Hernández de Elche con el COIR para TFGs: TFG.GTO.LSG.MMD.231218.

Previo al estudio se ha revisado la información reciente relacionada con nuestro estudio, obtenida en las bases de datos PubMed y Scopus.

El programa de intervención del presente estudio se desarrolla durante 4 semanas, con una sesión por semana. La evaluación de los cuestionarios se realizó de manera pre y post intervención, dentro de la Consulta de Enfermería de Prehabilitación.

4.1.1 PERSONAL QUE PARTICIPARÁ EN EL ESTUDIO.

El personal médico y de enfermería de la Unidad de Prehabilitación y Aparato Digestivo colaboró en la recogida de datos y la selección de los sujetos.

La persona que realiza el TFG y con ayuda de una terapeuta ocupacional realizaron la intervención.

Personal del equipo de investigación estadístico (FISABIO).

4.1.2 INSTALACIONES E INSTRUMENTACIÓN.

Se necesita permiso a la historia del paciente, un despacho, ordenador, material de papelería (folios DIN-A4, bolígrafos, grapadora, grapas e impresora), sala con capacidad para 20 personas, sillas, proyector y equipos de sonido.

4.2. POBLACIÓN DE ESTUDIO.

Para comenzar a aplicar el Método MBSR en el Hospital General de Elche, razonamos que todos los pacientes se podrían beneficiar de este, sin embargo, los pacientes como grupo de estudio óptimo serían aquellos que están participando en el programa de prehabilitación basado en la VIA RICA, dónde se brinda a los pacientes atención física, nutricional y cognitiva. Sin embargo, en la parte cognitiva solamente se aportaban pautas para hacer en el domicilio, pero una atención más directa y personalizada crearía más adherencia a estas.

Estudiamos a un grupo pequeño, de 4 pacientes, donde todos los integrantes cumplen con los criterios de inclusión.

Todos aceptaron la participación en el estudio y dieron su consentimiento informado (**ANEXO 1. CONSENTIMIENTO INFORMADO**) por escrito antes de poner en marcha el estudio, pudiendo retirar su consentimiento en cualquier momento.

Los datos han sido seudononimizados, asignando un código identificativo a cada sujeto, de manera que la identificación posterior por parte del investigador principal es posible (mediante numeración).

Por otro lado, todos los datos han sido recogidos de manera presencial u online.

4.2.1. CRITERIOS DE SELECCIÓN DE PACIENTES.

Criterios de inclusión:

- Pacientes que hayan sido diagnosticadas de cualquier tipo de tumor digestivo en el Hospital General de Elche en las fechas comprendidas entre el 1 de enero y el 1 de marzo de 2024.
- Pacientes que vayan a ser intervenidos por el servicio de Cirugía Digestiva.
- Pacientes que participen en el Programa de Prehabilitación de la Unidad de Prehabilitación y el Servicio del Aparato Digestivo.
- Pacientes que hayan cumplido la mayoría de edad (18 años).
- Pacientes con voluntariedad y compromiso a la realización del programa y que hayan firmado el consentimiento informado.

Criterios de exclusión:

- Se descartarán aquellos casos en los que hayan realizado o realicen algún tipo de meditación.
- Se excluirán aquellas personas que estén en tratamiento psicofarmacológico por trastornos mentales graves.

4.3. RECOGIDA Y TRATAMIENTO DE LOS DATOS.

En la primera visita (consulta prequirúrgica) de la Consulta de Prehabilitación se ofreció la participación en el estudio a todo paciente que cumplía con los criterios de inclusión y se obtuvo el consentimiento informado (Anexo 1. Consentimiento informado).

También se cumplimentaron los siguientes cuestionarios pre-intervención: El Cuestionario de Ansiedad Estado-Rasgo (STAI), El Cuestionario de Salud SF-36 y Escala Hospitalaria de Ansiedad y Depresión (HADS). (Anexo 3. Cuestionario de Ansiedad Estado-Rasgo

(STAI), **Anexo 4. Cuestionario de Salud SF-36 y Anexo 5. Escala Hospitalaria de Ansiedad y Depresión (HADS)**). Pasadas 2 semanas de la finalización del programa, se volvieron a realizar los cuestionarios vía online.

4.3.1 DESCRIPCIÓN DE LA INTERVENCIÓN.

El estudio se desarrolló en la Unidad de Cirugía del Hospital General de Elche y estuvo dirigido a un grupo intervención. Los participantes tenían cumplimentado el consentimiento informado antes del inicio de la intervención.

La intervención de MBSR se llevó a cabo durante las 4 semanas de marzo en una sala acondicionada del mismo hospital, con una sesión semanal de una duración de 60 minutos cada una. Estas contarían, como máximo, con 15 personas.

La primera semana se realizó una introducción sobre qué es el MBSR y se ofrecieron pautas sencillas para adentrar a los pacientes en la dinámica.

En las demás, se realizó un ejercicio inicial y después dos actividades más.

Tras cada ejercicio se comentaban las sensaciones donde los participantes se ayudaban mutuamente y se aconsejaban. Aquí expresan sus preocupaciones y proyectan sus miedos y a cambio reciben palabras de aliento de sus iguales y de los profesionales. Después de esto se recordaba la importancia del método para gestionar las emociones que impiden participar en las actividades de la vida diaria.

Al acabar, se mandan tareas para el domicilio, estas consisten en repetir la actividad principal realizada en el día, al menos dos días a la semana, y registrar lo que han sentido u observado en el cuerpo. **(ANEXO 5. SESIONES MBSR.)**

4.3.2 ESTRATEGIA DE ANÁLISIS ESTADÍSTICO: TEST Y PROCEDIMIENTOS.

Las variables se describirán mediante la metodología habitual en ciencias de la salud (medias y desviaciones estándar). Las diferencias en las respuestas se evaluaron mediante la prueba exacta de Fisher de 2 caras para las variables categóricas, utilizando el programa R version 4.3.1 (2023-06-16 ucrt).

4.4. VARIABLES DE ESTUDIO.

Edad: cuantitativa discreta, medida en años.

Nivel de estudios: cualitativa nominal, definida como sin estudios (0), básicos (1), medios (2) o superiores (3).

Peso: cuantitativa continua, en kg.

Altura: cuantitativa continua, en cm.

Antecedentes familiares de tumores digestivos: cualitativa nominal dicotómica, Si (0), No (1).

Estadio: cualitativa nominal, I (0), II (1), III (2), IV (3)

Agentes antineoplásicos administrados: cualitativa nominal dicotómica, Si (0), No (1).

Necesidad de antieméticos orales: cualitativa nominal dicotómica, Si (0), No (1).

Calidad de Vida: Medida a través del Cuestionario de Salud SF-36.

Ansiedad y Depresión tras hospitalización: medida a través de la Escala Hospitalaria de Ansiedad y Depresión (HADS).

Ansiedad Estado-Rasgo: medida a través del Cuestionario de Ansiedad Estado-Rasgo (STAI).

5. RESULTADOS.

Dada la limitación temporal de la intervención, se obtuvo una muestra de 4 pacientes, los cuales cumplían los criterios de inclusión. Estos se encuentran entre 61 y 76 años de edad.

5.1 DATOS DEMOGRÁFICOS.

Los datos demográficos de los pacientes se resumen en la **Tabla 1. Datos demográficos de los pacientes.**

DATOS DEMOGRÁFICOS DE LOS PACIENTES								
PACIENTES (PX)	SEXO	EDAD	PESO	ALTURA	ANTECEDENTES	ESTADIO	AGENTES ANTINEOPLÁSICOS	ANTIE-MÉTICOS ORALES
P1	F	76	61,6 kg	153 cm	NO	III	NO	NO
P2	F	61	42,2 kg	155 cm	NO	III	SÍ	NO
P3	M	69	72 kg	171 cm	SÍ	II	SÍ	NO
P4	M	63	81 kg	170 cm	NO	0	NO	NO

Tabla 1. Datos demográficos de los pacientes. Elaboración propia.

El grupo de sujetos está formado por 4 pacientes, dos de ellas son mujeres y dos son hombres, con edades comprendidas entre 61 y 76 años, siendo la media de 67,25 años y la desviación estándar de 5,85 años.

Si hablamos del peso, este oscila entre 42,2 y 81 kg, la media del peso de los pacientes es de 64.20 y la desviación estándar de 14.44 kg.

En la altura, 153 cm es la mínima y 171 cm es la máxima, calculando una media de 162,25 cm y una desviación estándar de 8,29 cm.

De los 4 pacientes, encontramos solamente uno con antecedentes familiares de tumor digestivo, por lo que un 25% de la población estudiada cuenta con ello.

En cuanto al estadio de los tumores que presentaban, dos se encontraban en un estadio 3, uno de ellos en estadio 2 y otro en 0. Lo que significa que sólo uno presenta un tumor “in situ”, no se ha movido del sitio en el que se originó, no obstante en los otros tres pacientes, el tumor ha crecido más profundamente en los tejidos adyacentes pero no existe la posibilidad de que haya pasado a otras partes del cuerpo.

Si hablamos de los agentes antineoplásicos administrados, la mitad de ellos sí los han recibido, pero ninguno ha necesitado antieméticos orales para suprimir las náuseas o vómitos.

5.2. VALORACIÓN DE LA CALIDAD DE VIDA.

Se evaluó mediante el cuestionario SF-36, para conocer la calidad de vida del paciente antes y después del programa (**Figura 3. Resultados generales del Cuestionario SF-36.**), con el fin de valorar si existen cambios favorables en su Calidad de Vida. Cada paciente respondió las 36 preguntas que contiene el cuestionario. Con esto, evaluamos 8 dimensiones que son: *funcionamiento físico, rol físico, dolor corporal, salud general, vitalidad, función social, rol emocional y salud mental.*

La puntuación de estas, están ordenadas de manera que a mayor puntuación, mejor es el estado de salud (28).

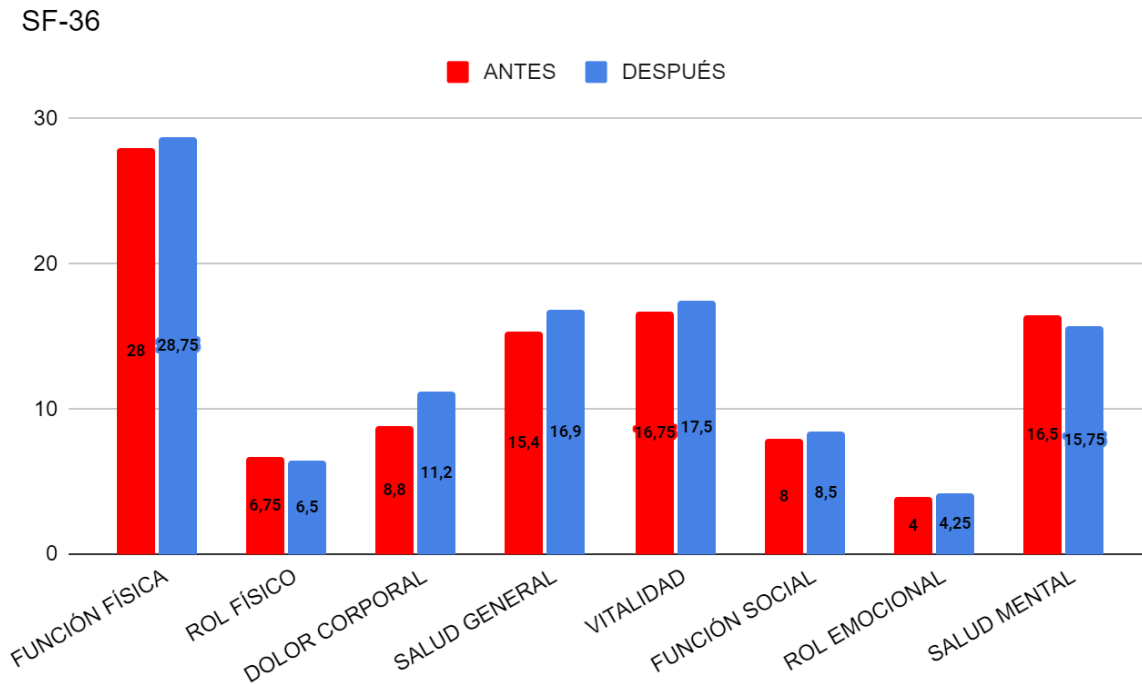


Figura 3. Resultados generales del Cuestionario SF-36. Elaboración propia.

Los resultados del SF-36, exponen que generalmente hubo leves mejoras en 6 de las 8 dimensiones después del programa.

En concreto, el dolor corporal fue la dimensión con mayor mejora percibida, con un aumento de la media de 8.8 a 11.2, indicando una reducción del dolor. Esto se ve respaldado por la desviación típica, ya que disminuye de 3.2 a 0.8, lo que sugiere una mayor consistencia en las respuestas de los participantes.

En cuanto a la función física, salud general, vitalidad, función social y rol emocional se observaron mejoras en las medias tras el programa, aunque no fueron tan acentuadas como en el dolor corporal, también indican un impacto positivo en los pacientes. Sin embargo, salud mental y rol físico disminuyeron tras la intervención, esto sugiere el programa puede no haber influido positivamente en estas dimensiones.

5.3 VALORACIÓN DE LA ANSIEDAD.

El Cuestionario de Ansiedad Estado-Rasgo (STAI) está diseñado específicamente para evaluar los niveles de ansiedad. Comprende dos escalas de autoevaluación destinadas a medir dos aspectos independientes de la ansiedad: estado y rasgo. Por un lado, la ansiedad estado se describe como una condición emocional temporal del individuo, caracterizada por sentimientos subjetivos de tensión y aprensión. Por otro lado, la ansiedad rasgo se define como una propensión ansiosa estable que hace percibir a las personas y las situaciones como amenazadoras, elevando así la ansiedad.

Cada una de las subescalas tiene 20 ítems, con cuatro opciones de respuesta (de 0 a 3), donde una mayor puntuación indica mayor nivel de ansiedad (27).

Los datos de la evaluación de los pacientes se muestran a continuación en la **Tabla 3**.

Resultados del Cuestionario STAI de los pacientes.

RESULTADOS DEL CUESTIONARIO STAI DE LOS PACIENTES				
	STAI ANTES		STAI DESPUÉS	
PACIENTES	ANSIEDAD-ESTADO	ANSIEDAD-RASGO	ANSIEDAD-ESTADO	ANSIEDAD-RASGO
PACIENTE 1	28	19	19	22
PACIENTE 2	16	14	15	12
PACIENTE 3	33	22	7	16
PACIENTE 4	37	35	22	13

Tabla 3. Resultados del Cuestionario STAI de los pacientes. Elaboración propia.

Como resultados en la escala STAI (**Figura 4. Resultados generales del Cuestionario STAI.**) se obtiene que en la escala Ansiedad-Estado, antes del programa de MBSR, los niveles de ansiedad eran mucho mayores que tras el programa, ya que la media de la puntuación inicial es de 28,5 y final de 15,75, siendo el paciente 3 el segundo que más ansiedad presentaba antes (33) y el que menos presentaba al final (7). En el resto también han surgido cambios significativos.

La escala Ansiedad-Rasgo, indica descenso del nivel de ansiedad general, donde la media disminuye de 22,5 a 15,75, disminuyendo también la desviación típica.

Sin embargo, en el paciente 1, la puntuación ha incrementado ligeramente 3 puntos, pudiendo llegar a ser insignificante.

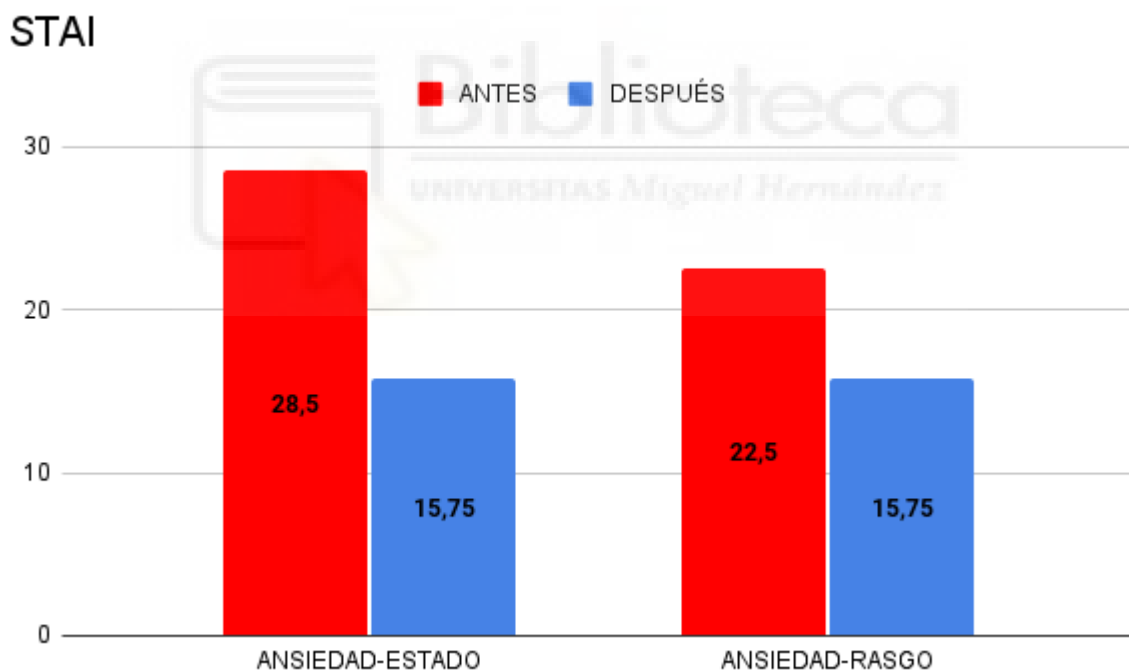


Figura 4. Resultados generales del Cuestionario STAI. Elaboración propia.

5.4 VALORACIÓN ANSIEDAD Y DEPRESIÓN HOSPITALARIA.

La HADS es un instrumento autoaplicable de 14 ítems que consta de una subescala de depresión y una subescala de ansiedad con ítems intercalados. La anhedonia es el punto central de la valoración de la subescala de depresión ya que es uno de los síntomas primarios para diferenciar la depresión de la ansiedad. Los ítems se califican en una escala de frecuencia Likert de 4 puntos (0-3) con un puntaje total que varía de 0 a 21 en cada subescala, en donde un mayor puntaje es indicativo de mayor gravedad de los síntomas (29).

Los datos de la evaluación de los pacientes se muestran a continuación en la **Tabla 4**.

Resultados de la escala HADS de los pacientes.

RESULTADOS DE LA ESCALA HADS DE LOS PACIENTES				
PACIENTES	HADS ANTES		HADS DESPUÉS	
	ANSIEDAD	DEPRESIÓN	ANSIEDAD	DEPRESIÓN
PACIENTE 1	9	3	6	3
PACIENTE 2	7	0	5	0
PACIENTE 3	12	5	8	4
PACIENTE 4	7	7	4	3

Tabla 4. Resultados de la escala HADS de los pacientes. Elaboración propia.

Como resultados de la escala HADS (**Figura 5. Resultados generales de la escala HADS.**), hemos obtenido que en la subescala de ansiedad la media de la valoración pre es de 8,75 y acaba siendo de 5,75, ha descendido la puntuación, lo que significa que existe un progreso en este aspecto. En la subescala de depresión apenas encontramos cambios significativos, en

todos los pacientes mejora esta dimensión pero no de manera significativa. La media pasa de 3,75 a 2,5. En el paciente 1 no existe ningún cambio en esta.

Se observa que aunque existan mejoras en ambos, la ansiedad sigue siendo mayor que la depresión en esta población.

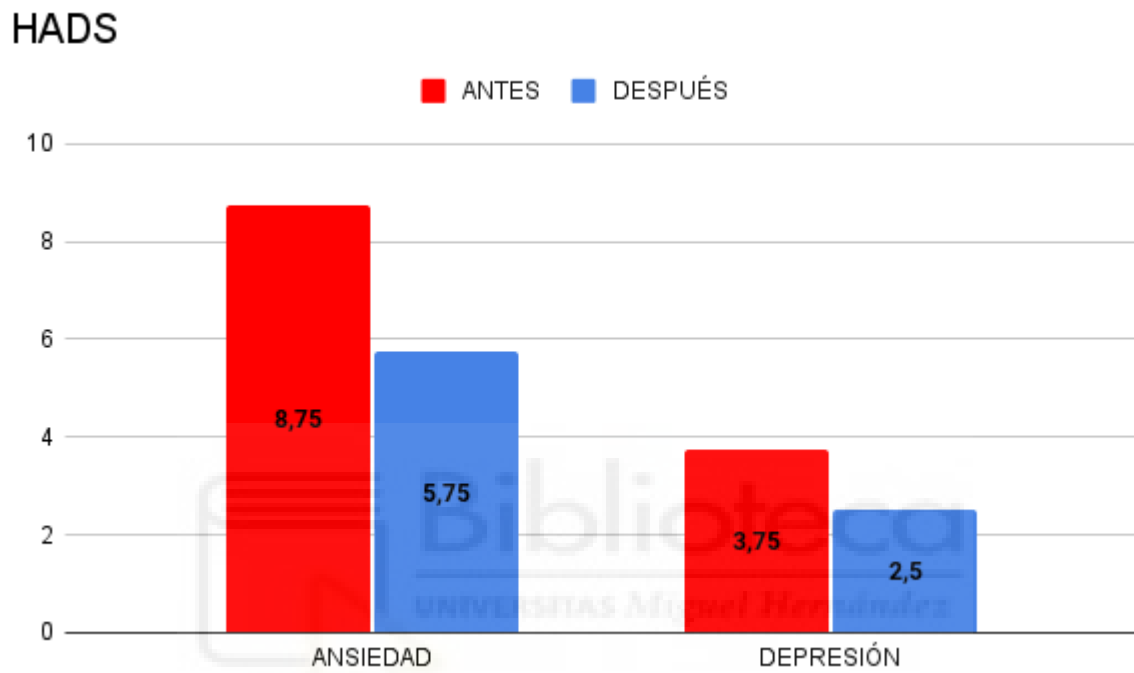


Figura 5. Resultados generales de la escala HADS. Elaboración propia.

6. DISCUSIÓN.

El presente protocolo y estudio demuestra la efectividad de la terapia mindfulness dentro de los programas de prehabilitación en tumores digestivos así como la importancia de la intervención de los terapeutas ocupacionales en dicho proceso. La evaluación de la calidad de vida a través del SF-36 indicó mejoras en la mayoría de las dimensiones, especialmente en dolor corporal, el STAI mostró una reducción significativa en los niveles de ansiedad de los pacientes en ambas subescalas, siendo más significativas en la ansiedad-estado, y la escala HADS mostró una ligera mejora en cuanto a depresión y mayor reducción de ansiedad.

Al estudiar los datos, podemos determinar diferentes patrones que ofrecen claves sobre la relación entre las variables estudiadas como la relación entre la edad y la calidad de vida, aunque no se ha estudiado esto, intuimos dicha correlación ya que la calidad de vida suele estar afectada por bienestar físico y mental y puede verse influido por la edad.

A pesar de la validez del estudio, dado que se trata de un estudio piloto y con una duración temporal corta, posee unas importantes limitaciones para interpretar los resultados con precaución. La principal limitación es el tamaño de la muestra, 4 pacientes que reduce la validez externa y la generalización de los resultados. La muestra puede no representar a la población general de pacientes con tumores. Sin embargo, no es motivo suficiente para desestimar los resultados ya que hay estudios donde el tamaño también es inferior a 30 participantes (30) y nos hemos basado en un protocolo de intervención. Además, la selección de los pacientes puede haber sesgado los resultados, porque la participación es voluntaria y estos pacientes pueden ser personas con más predisposición, actitud, involucración, manera de afrontar las adversidades, etc. Podríamos atribuir parte de los resultados a un efecto placebo o a la expectativa de que las sesiones ayudarán a mejorar su dolor y síntomas de

ansiedad. También es necesario destacar que la intervención de MBSR únicamente ha contado con 4 sesiones por falta de tiempo. Este dato puede ser influyente, aunque sí se ha formado a los pacientes en las diferentes técnicas del “aquí y ahora”, apoyándonos en el protocolo. Otra limitación, es la ausencia de un grupo de control, esto dificulta la atribución de los resultados exclusivamente al programa de MBSR. Esto nos ayudaría a comprobar los sesgos anteriormente mencionados. Realizar estudios longitudinales para seguir a los pacientes a largo plazo permitiría evaluar la durabilidad de los efectos y el impacto a lo largo del tiempo. La última limitación a tener en cuenta es la forma de realizar las evaluaciones, autoadministradas, la interpretación subjetiva de los pacientes es lo que puede sesgar, ante todo, el estudio se centró en las indicaciones del protocolo de intervención.

A pesar de ello, podemos considerar, que los resultados van en la misma línea que otros trabajos que han mostrado mayor eficacia del MBSR, y podemos pensar que el MBSR debería ser la técnica de elección. Sin embargo, hay que ser cuidadosos, ya que aunque los datos sugieren que los pacientes se benefician de la técnica, ésta necesita mucha implicación y dedicación de los usuarios y es difícil de conseguir, sobre todo en la fase previa a la cirugía, con las limitaciones y problemas que suele conllevar ya que al menos en el momento del diagnóstico, el porcentaje de pacientes que desearían recibir atención psicooncológica es inferior al 30% (31).

El MBSR relacionado con el cáncer es el programa de intervención más estudiado, aunque se necesitan más investigaciones para poder concluir sobre su ayuda potencial.

Varios estudios previos han investigado el efecto de programas de MBSR en la calidad de vida de pacientes con cáncer. Algunos han encontrado resultados similares, como Concha León et al. (32), que encuentran mejoras en el malestar emocional y la calidad de vida en pacientes con diagnóstico de cáncer. En mujeres con cáncer de mama, Shapiro et al. (33)

indicaron que el MBSR parecía ser una intervención prometedora para mejorar la calidad del sueño por problemas de manejo del estrés; Carlson et al. (35) demostraron también los beneficios del programa en el aumento de la calidad de vida y la reducción del estrés; se ha propuesto, como ayuda para mejorar la calidad de vida (35).

La literatura existente también ha examinado el efecto de MBSR en la reducción de la ansiedad y la depresión en pacientes con cáncer. Algunos estudios han encontrado resultados como los de este estudio, mostrando una disminución en los niveles de ansiedad y depresión. Speca et al. (36) comprobaron que mejoraba las alteraciones del estado de ánimo y los síntomas de estrés y Ernst Bohlmeijer et al. (37) realizaron un estudio de 90 pacientes con un grupo control y un grupo experimental donde, el grupo experimental tuvo puntuaciones significativamente más bajas en depresión y ansiedad.

Todo esto ayuda a reafirmar la idea de que, aun con las limitaciones metodológicas del estudio, el MBSR parece ser un tipo de intervención eficaz.

La importancia de este estudio es el objetivo de valorar las implicaciones del MBSR para el manejo de la ansiedad y estrés en el contexto de pacientes que van a ser intervenidos quirúrgicamente y los resultados del estudio realizado se pueden llevar a cabo en implicaciones prácticas y ser relevantes en el campo del manejo de la ansiedad prequirúrgica en tumores.

Los resultados pueden informarnos sobre los beneficios del programa en cuanto a la ansiedad y estrés de los pacientes con tumores digestivos, pudiendo ser complementarios a los tratamientos médicos convencionales para mejorar las variables estudiadas, sin abandonar ni cambiar los tratamientos médicos. Estos resaltan la importancia de las terapias cognitivas-conductuales, como el mindfulness.

También, la importancia de contar con la salud mental en el abordaje de cualquier tumor. Podría generar la necesidad de establecer programas de MBSR en diferentes ámbitos

hospitalarios y sanitarios, así como la necesidad de Terapeutas Ocupacionales formados en mindfulness que los impartan.

7. CONCLUSIONES.

El Método Mindfulness-Based Stress Reduction es aplicable en pacientes con tumores digestivo y mejora la calidad de vida, disminuye los niveles de ansiedad y de depresión. Los terapeutas ocupacionales pueden ofrecer estrategias y pautas a los pacientes prequirúrgicos para que gestionen y mejoren el estrés, la ansiedad y, por ende, la calidad de vida.



8. REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS.

1. Puente J, De Velasco G. ¿Qué es el cáncer y cómo se desarrolla? [Internet]. Seom.org. 2019 [citado el 19 de abril de 2024]. Disponible en: <https://seom.org/informacion-sobre-el-cancer/que-es-el-cancer-y-como-se-desarrolla?showall=1&start=0>
2. Bray F, Laversanne M, Sung H, Ferlay J, Siegel RL, Soerjomataram I, et al. Global cancer statistics 2022: GLOBOCAN estimates of incidence and mortality worldwide for 36 cancers in 185 countries. CA Cancer J Clin [Internet]. 2024 [citado el 19 de abril de 2024]; Disponible en: <http://dx.doi.org/10.3322/caac.21834>
3. Idrugo C, Pilar M. Estilos de vida y cáncer en usuarios atendidos en el servicio de diagnóstico precoz y prevención de cáncer del Hospital Regional Docente de Cajamarca. [Internet]. 2019 [citado el 24 de marzo de 2024].
4. Ferlay J, Ervik M, Lam F, Laversanne M, Colombet M, Mery L, Piñeros M, Znaor A, Soerjomataram I, Bray F. Global cancer burden growing, amidst mounting need for services. Who.int [Internet]. 2024 [citado el 19 de abril de 2024]. Disponible en: <https://www.who.int/news/item/01-02-2024-global-cancer-burden-growing--amidst-mounting-need-for-services>
5. Las cifras de cáncer en España 2024. Sociedad Española de Oncología Médica [Internet]. 2023 [Citado el 19 de abril de 2024]. Disponible en: <https://www.seom.org/publicaciones/el-cancer-en-espanyacom>
6. González CA, Agudo A. Carcinogenesis, prevention and early detection of gastric cancer: Where we are and where we should go. Int J Cancer [Internet]. 2012 [citado el 24 de marzo de 2024];130(4):745–53. Disponible en: <http://dx.doi.org/10.1002/ijc.26430>

7. Barrilero JA, Casero JA, Cebrián F, Córdoba CA, García F, Gregorio E. Ansiedad y cirugía. Repercusiones en el paciente sometido a cirugía programada. *Rev Enfermería* [Internet]. 1998 [citado el 24 de marzo de 2024].
8. Marín I, Martínez P, Ponsich J, Pubill M. Ansiedad en pacientes intervenidos de rodilla (Prótesis total rodilla). *Enferm Global* [Internet]. 2004 [citado el 24 de marzo de 2024];4:1–11.
9. Simoes Flório MC, Galván CM. Cirugía Ambulatorial: Identificáo dos diagnósticos de enfermagem no período perioperatório. *Rev Latino-am enfermagem* [Internet]. 2003 [citado el 24 de marzo de 2024];11:630–7.
10. Chemes R. Estrés en Pacientes Prequirúrgicos, la relación con sus características y la evolución postoperatoria, en un Hospital público de la ciudad de San Miguel de Tucumán. *Rev Paraninfo Digital* [Internet]. 2015 [citado el 28 de marzo de 2024];22.
11. Gordillo León F, Arana Martínez JM, Mestas Hernández L. Tratamiento de la ansiedad en pacientes prequirúrgicos. *Rev clín med fam* [Internet]. 2011 [citado el 24 de marzo de 2024];4(3):228–33. Disponible en: <http://dx.doi.org/10.4321/s1699-695x2011000300008>
12. Gibson SC, Hartman DA, Schenck JM. The endocrine response to critical illness: update and implications for emergency medicine. *Emerg Med Clin North Am* [Internet]. 2005 [citado el 24 de marzo de 2024];23(3):909–29, xi. Disponible en: <http://dx.doi.org/10.1016/j.emc.2005.03.015>
13. Ramírez S, Gutiérrez I, Domínguez A, Barba C. Respuesta Metabólica al Trauma. *Medicrit* [Internet]. 2008 [citado el 28 de marzo de 2024]; 5(4):130-3.
14. Hughes MJ, Hackney RJ, Lamb PJ, Wigmore SJ, Christopher Deans DA, Skipworth RJE. Prehabilitation Before Major Abdominal Surgery: A Systematic Review and

- Meta-analysis. *World J Surg* [Internet]. 2019 [citado el 30 de marzo de 2024];43(7):1661-68.
15. Luther A, Gabriel J, Watson RP, Francis NK. The Impact of Total Body Prehabilitation on Post-Operative Outcomes After Major Abdominal Surgery: A Systematic Review. *World J Surg* [Internet]. 2018 [citado el 30 de marzo de 2024]; 42(9): 2781-91.
 16. Gaskill CE, Kling CE, Varghese TK Jr, et al. Financial benefit of a smoking cessation program prior to elective colorectal surgery. *J Surg Res* [Internet]. 2017 [citado el 30 de marzo de 2024]; 215:183-189.
 17. Milder DA, Pillinger NL, Kam PCA. The role of prehabilitation in frail surgical patients: A systematic review. *Acta Anaesthesiol Scand* [Internet]. 2018 [citado el 30 de marzo de 2024]; 62(10):1356-66.
 18. Boden I, Skinner EH, Browning L, Reeve J, Anderson L, Hill C, et al. Preoperative physiotherapy for the prevention of respiratory complications after upper abdominal surgery: pragmatic, double blinded, multicentre randomised controlled trial. *BMJ* [Internet]. 2018 [citado el 5 de abril de 2024]; 24: 360: j5916.
 19. Arends J, Bachmann P, Baracos V, Barthelemy N, Hartmut B, Bozzetti F, et al. ESPEN guidelines on nutrition in cancer patients. *Clin Nutr* [Internet]. 2017 [citado el 5 de abril de 2024]; 36:11-48.
 20. Jie B, Jiang ZM, Nolan MT, Zhu SN, Yu K, Kondrup J. Impact of preoperative nutritional support on clinical outcome in abdominal surgical patients at nutritional risk. *Nutrition* [Internet]. 2012 [citado el 5 de abril de 2024]; 28:1022-7.
 21. Waitzberg DL, Saito H, Plank LD, Jamieson GG, Jagannath P, Hwang TL, et al. Postsurgical infections are reduced with specialized nutrition support. *World J Surg* [Internet]. 2006 [citado el 5 de abril de 2024]; 30:15921604.

22. Kabat-Zinn J. Four-year follow-up of meditation based program for the selfregulation of chronic pain: Treatment outcomes and compliance. *Clin J Pain* [Internet]. 1987 [citado el 5 de abril de 2024];2:159–73.
23. Speca M, Carlson L, Goodey E, Angen M. A randomized, waitlist controlled clinical trial: The effect of a Mindfulness-Based Stress Reduction program on mood and symptoms of stress in cancer outpatients. *Psychosom Med* [Internet]. 2000 [citado el 17 de abril de 2024];62:613–22.
24. Kabat-Zinn J, Massion AO, Kristeller J, Peterson LG, Fletcher KE, Pbert L, et al. Effectiveness of a meditation-based stress reduction program in the treatment of anxiety disorders. *Am J Psychiatry* [Internet]. 1992 [citado el 17 de abril de 2024];149(7):936–43. Disponible en: <http://dx.doi.org/10.1176/ajp.149.7.936>
25. Kaplan KH, Goldenberg DL, Galvin-Nadeau M. The impact of a meditation-based stress reduction program on fibromyalgia. *Gen Hosp Psychiatry* [Internet]. 1993 [citado el 17 de abril de 2024];15(5):284–9. Disponible en: [http://dx.doi.org/10.1016/0163-8343\(93\)90020-o](http://dx.doi.org/10.1016/0163-8343(93)90020-o)
26. Kabat-Zinn J. Un programa ambulatorio de medicina conductual para pacientes con dolor crónico basado en la práctica de la meditación de atención plena: consideraciones teóricas y resultados preliminares. *Psiquiatría Gen Hosp* [Internet]. 1982 [citado el 15 de abril de 2024];4(1):33–47. Disponible en: [http://dx.doi.org/10.1016/0163-8343\(82\)90026-3](http://dx.doi.org/10.1016/0163-8343(82)90026-3)
27. Del Río Olvera FJ, Cabello Santamaría F, Cabello García MA, Aragón Vela J. Cuestionario de Ansiedad Estado Rasgo (STAI): análisis psicométrico y funcionamiento en una muestra de drogodependientes y controles. *Univ Psychol* [Internet]. 2018 [citado el 17 de abril de 2024];17(1):1–10. Disponible en: <http://dx.doi.org/10.11144/javeriana.upsy17-1.caer>

28. Arostegui Madriaga I, Nuñez Antón V. Aspectos estadísticos del cuestionario de calidad de vida relacionado con salud Short Form-36 (SF-36). *Estadística Española* [Internet]. 2008 [citado el 17 de abril de 2024]; 50:147–92
29. Yamamoto-Furusho JK, Sarmiento-Aguilar A, García-Alanis M, Gómez-García LE, Toledo-Mauriño J, Olivares-Guzmán L, et al. Escala de Ansiedad y Depresión Hospitalaria (HADS): Validación en pacientes mexicanos con enfermedad inflamatoria intestinal. *Gastroenterol Hepatol* [Internet]. 2018 [citado el 17 de abril de 2024];41(8):477–82. Disponible en: <http://dx.doi.org/10.1016/j.gastrohep.2018.05.009>
30. Campbell TS, Labelle LE, Bacon SL, Faris P, Carlson LE. Impact of Mindfulness-Based Stress Reduction (MBSR) on attention, rumination and resting blood pressure in women with cancer: A waitlist-controlled study. *J Behav Med* [Internet]. 2012 [citado el 17 de abril de 2024];35(3):262–71. Disponible en: <http://dx.doi.org/10.1007/s10865-011-9357-1>
31. Leon C, Jovell E, Mirapeix R, Arcusa A, Blasco T. Factores predictores de solicitud de ayuda psicológica en los meses inmediatos al diagnóstico oncológico. *Psicooncología* [Internet]. 2012 [citado el 17 de abril de 2024];9:289-98. Doi: 10.5209/rev_PSIC.2013.v9.n2-3.40898
32. León C, Mirapeix R, Blasco T, Jovell E, Arcusa À, Martín A, et al. Mindfulness para la reducción del malestar emocional en pacientes oncológicos. Estudio comparativo con una intervención psicoeducativa estándar. *Psicooncología (Pozuelo De Alarcon)* [Internet]. 2014 [citado el 17 de abril de 2024];10(2–3). Disponible en: http://dx.doi.org/10.5209/rev_psic.2013.v10.n2-3.43448
33. Shapiro SL, Bootzin RR, Figueredo AJ, López AM, Schwartz GE. La eficacia de la reducción del estrés basada en la atención plena en el tratamiento de los trastornos del

- sueño en mujeres con cáncer de mama: un estudio exploratorio. *J Psicosom Res* [Internet]. 2003 [citado el 17 de abril de 2024];54(1):85–91.
34. Carlson LE, Speca M, Faris P, Patel KD. Seguimiento de un año antes y después de la intervención de los resultados psicológicos, inmunológicos, endocrinos y de presión arterial de la reducción del estrés basada en la atención plena (MBSR) en pacientes ambulatorios con cáncer de mama y próstata. *Brain Behav Immun* [Internet]. 2007 [citado el 17 de abril de 2024];21(8):1038–49. Disponible en: <http://dx.doi.org/10.1016/j.bbi.2007.04.002>
35. Lengacher CA, Johnson-Mallard V, Post-White J, Moscoso MS, Jacobsen PB, Klein TW, et al. Ensayo controlado aleatorio de reducción del estrés basado en la atención plena (MBSR) para sobrevivientes de cáncer de mama. *Psicooncología* [Internet]. 2009 [citado el 17 de abril de 2024];18(12):1261–72. Disponible en: <http://dx.doi.org/10.1002/pon.1529>
36. Speca M, Carlson LE, Goodey E, Angen M. A randomized, wait-list controlled clinical trial: the effect of a mindfulness meditation-based stress reduction program on mood and symptoms of stress in cancer outpatients. *Psychosom Med* [Internet]. 2000 [citado el 20 de abril de 2024];62(5):613–22. Disponible en: <http://dx.doi.org/10.1097/00006842-200009000-00004>
37. Bohlmejeira E, Prenger R, Taal E. The effects of mindfulness-based stress reduction therapy on mental health of adults with a chronic medical disease: A meta-analysis. *Journal of Psychosomatic Research* [Internet]. 2010 [citado el 20 de abril de 2024];68:539–44.

9. ANEXOS.

ANEXO 1. CONSENTIMIENTO INFORMADO.

CONSENTIMIENTO INFORMADO PARA PARTICIPAR EN ESTUDIOS DE INVESTIGACIÓN.

ESTUDIO TITULADO: Manejo de la ansiedad en pacientes con tumores digestivos mediante el método Mindfulness-Based Stress Reduction (MBSR). Estudio piloto.

SERVICIO: Unidad de Cirugía Digestiva del Hospital General Universitario de Elche.

TELÉFONO DE CONTACTO:

El MINDFULNESS-BASED STRESS REDUCTION (MBSR) es una de las alternativas que puede influir positivamente en la percepción de la ansiedad y mejora de la calidad de vida para las pacientes con tumores digestivos como una opción como parte de su prehabilitación.

Usted va a participar en el proyecto de Mindfulness basado en la reducción del estrés y la ansiedad.

El objetivo del proyecto es ofrecer pautas para el manejo de la ansiedad y el estrés a pacientes con diferentes patologías del sistema digestivo y evaluar la eficacia de un programa basado en MBSR y analizar si surgen efectos positivos o mejoras en los síntomas. Para ello realizaremos una evaluación inicial y otra final, con el fin de poder objetivar estos cambios y/o mejoras. Todo ello contará con un total de 4 sesiones. Es importante que si quiere participar de manera voluntaria en este proyecto innovador, se comprometa a asistir a todas las sesiones.

OBJETIVO DEL ESTUDIO:

Analizar si el estrés y la ansiedad, que se produce de manera anterior a una intervención quirúrgica, puede mejorar tras la implantación de pautas de mindfulness.

DESCRIPCIÓN DEL PROCEDIMIENTO: Se administrará el Cuestionario de Salud SF-36, la escala Hospitalaria de Ansiedad y Depresión (HADACS) y el Cuestionario de Ansiedad Estado-Rasgo (STAI) en la cita previa con la enfermera. Así mismo también se recogerán una serie de variables socio-demográficas: edad, sexo, nivel de estudios, estado civil, situación laboral... También se recogerán otra serie de variables clínicas objeto de la investigación, tales como los años de evolución de la patología.

BENEFICIOS DEL PROCEDIMIENTO. Los resultados obtenidos podrían ayudarnos a implementar estas sesiones en el programa de prehabilitación y sumarlo a las pautas dadas anteriormente. Dichas sesiones podrían mejorar los síntomas físicos y psíquicos, así como la manera de afrontar las diferentes situaciones del proceso.

RIESGOS DEL PROCEDIMIENTO. Ninguno

CONFIDENCIALIDAD DE LOS DATOS: Los datos obtenidos serán codificados en una base de datos sin figurar información que permita la identificación del paciente. Sólo el Investigador principal podrá correlacionar las muestras con datos identificativos del paciente e información de su Historia Clínica. Los datos no serán desvelados a terceras personas ajenas al estudio, exceptuando aquellos casos exigidos por ley. (Ley 15/1999 del 13 de Diciembre). Este estudio cumple todos los requisitos en cuanto a privacidad de datos de carácter personal. Toda publicación de los resultados que se realice a posteriori, nunca mostrará datos personales del paciente.

Cesión de datos a países extranjeros: Siempre se exigirá el cumplimiento de la Normativa nacional en cuanto a cesión de los datos obtenidos del estudio.

CONSENTIMIENTO INFORMADO PARA PARTICIPAR EN ESTUDIOS DE INVESTIGACIÓN.

Nombre:

Apellidos:

Número de Historia Clínica:

El Servicio de Cirugía participa en el estudio/proyecto de investigación:

El MINDFULNESS-BASED STRESS REDUCTION (MBSR).

AUTORIZACIONES.

He sido informado sobre mis derechos en la privacidad de datos, en particular, y de mi derecho a solicitar información sobre mis datos almacenados en la base de datos anteriormente mencionada y quiero participar en el citado estudio:

Sí No

Doy mi consentimiento para que los datos confidenciales relacionados con mi diagnóstico sean incluidos en el estudio anteriormente mencionado y que puedan ser utilizados en la forma previamente descrita:

Sí No

Autorizo a recibir la información relevante derivada de la investigación:

Sí No

Autorizo a que contacten conmigo si necesitan más información o más muestras adicionales:

Sí No

La participación en este estudio es voluntaria y puede ser interrumpida en cualquier momento.

Por favor, informe al médico que le atiende si cambia de opinión. La negación para participar en el estudio no le causará ningún perjuicio. Si desea retirarse del estudio, sus datos no se seguirán almacenando y, si lo solicita, se eliminarán de la base de datos.

PANDEMIA DE COVID-19.

Le informamos que se han adoptado todas las medidas que actualmente son consideradas como las más apropiadas para evitar los contagios. Si en el curso de su tratamiento o intervención usted desarrolla la enfermedad COVID-19, debe usted saber que ello puede constituir un riesgo para su salud.

En estos momentos, se desconoce cuál va a ser la duración de la actual situación.

RIESGOS PERSONALIZADOS.

Este estudio no implica ningún riesgo añadido a la situación clínica por la que consulta el paciente.

SECRETO PROFESIONAL.

Le informamos de que el Hospital y quienes intervengan en cualquier fase del tratamiento de sus datos están obligados a guardar el debido secreto profesional (art. 5 de la Ley Orgánica 3/2018, de 5 de diciembre, de Protección de Datos Personales y garantía de los derechos digitales).

DECLARACIONES.

He comprendido las explicaciones que me han dado sobre este procedimiento y me han aclarado todas las dudas que he planteado. Declaro, además, que no he ocultado información esencial sobre mi caso, mis hábitos o regímenes de vida que puedan ser relevantes para los médicos que me atienden.

DOY MI CONSENTIMIENTO para que me realicen el citado procedimiento.

Firma del paciente

Elche, de de 20

REVOCO el consentimiento prestado en el presente documento y no deseo someterme al procedimiento propuesto.

Firma paciente

Elche, de de 20

ANEXO 2. CUESTIONARIO DE ANSIEDAD ESTADO-RASGO.

CUESTIONARIO DE ANSIEDAD ESTADO-RASGO (Marque una sola respuesta).

Ansiedad-estado.

Instrucciones: A continuación encontrará unas frases que se utilizan corrientemente para describirse uno a sí mismo. Lea cada frase y señale la puntuación de 0 a 3 que indique mejor cómo se siente usted ahora mismo, en este momento. No hay respuestas buenas ni malas. No emplee demasiado tiempo en cada frase y conteste señalando la respuesta que mejor describa su situación presente.

1. Me siento calmado

0. Nada 1. Algo 2. Bastante 3. Mucho

2. Me siento seguro

0. Nada 1. Algo 2. Bastante 3. Mucho

3. Estoy tenso

0. Nada 1. Algo 2. Bastante 3. Mucho

4. Estoy contrariado

0. Nada 1. Algo 2. Bastante 3. Mucho

5. Me siento cómodo (estoy a gusto)

0. Nada 1. Algo 2. Bastante 3. Mucho

6. Me siento alterado

0. Nada 1. Algo 2. Bastante 3. Mucho

7. Estoy preocupado ahora por posibles desgracias futuras

0. Nada 1. Algo 2. Bastante 3. Mucho

8. Me siento descansado

0. Nada 1. Algo 2. Bastante 3. Mucho

9. Me siento angustiado

0. Nada 1. Algo 2. Bastante 3. Mucho

10. Me siento confortable

0. Nada 1. Algo 2. Bastante 3. Mucho

11. Tengo confianza en mí mismo

0. Nada 1. Algo 2. Bastante 3. Mucho

12. Me siento nervioso

0. Nada 1. Algo 2. Bastante 3. Mucho

13. Estoy desasosegado

0. Nada 1. Algo 2. Bastante 3. Mucho

14. Me siento muy «atado» (como oprimido)

0. Nada 1. Algo 2. Bastante 3. Mucho

15. Estoy relajado

0. Nada 1. Algo 2. Bastante 3. Mucho

16. Me siento satisfecho

0. Nada 1. Algo 2. Bastante 3. Mucho

17. Estoy preocupado

0. Nada 1. Algo 2. Bastante 3. Mucho

18. Me siento aturdido y sobreexcitado

0. Nada 1. Algo 2. Bastante 3. Mucho

19. Me siento alegre

0. Nada 1. Algo 2. Bastante 3. Mucho

20. En este momento me siento bien

0. Nada 1. Algo 2. Bastante 3. Mucho

Ansiedad-rasgo.

Instrucciones: A continuación encontrará unas frases que se utilizan corrientemente para describirse uno a sí mismo. Lea cada frase y señale la puntuación de 0 a 3 que indique mejor cómo se siente usted en general, en la mayoría de las ocasiones. No hay respuestas buenas ni malas. No emplee demasiado tiempo en cada frase y conteste señalando la respuesta que mejor describa cómo se siente usted generalmente.

21. Me siento bien

0. Casi nunca 1. A veces 2. A menudo 3. Casi siempre

22. Me canso rápidamente

0. Casi nunca 1. A veces 2. A menudo 3. Casi siempre

23. Siento ganas de llorar

0. Casi nunca 1. A veces 2. A menudo 3. Casi siempre

24. Me gustaría ser tan feliz como otros

0. Casi nunca 1. A veces 2. A menudo 3. Casi siempre

25. Pierdo oportunidades por no decidirme pronto

0. Casi nunca 1. A veces 2. A menudo 3. Casi siempre

26. Me siento descansado

0. Casi nunca 1. A veces 2. A menudo 3. Casi siempre

27. Soy una persona tranquila,serena y sosegada

0. Casi nunca 1. A veces 2. A menudo 3. Casi siempre

28. Veo que las dificultades se amontonan y no puedo con ellas

0. Casi nunca 1. A veces 2. A menudo 3. Casi siempre

29. Me preocupo demasiado por cosas sin importancia

0. Casi nunca 1. A veces 2. A menudo 3. Casi siempre

30. Soy feliz

0. Casi nunca 1. A veces 2. A menudo 3. Casi siempre

31. Suelo tomar las cosas demasiado seriamente

0. Casi nunca 1. A veces 2. A menudo 3. Casi siempre

32. Me falta confianza en mí mismo

0. Casi nunca 1. A veces 2. A menudo 3. Casi siempre

33. Me siento seguro

0. Casi nunca 1. A veces 2. A menudo 3. Casi siempre

34. No suelo afrontar las crisis o dificultades

0. Casi nunca 1. A veces 2. A menudo 3. Casi siempre

35. Me siento triste (melancólico)

0. Casi nunca 1. A veces 2. A menudo 3. Casi siempre

36. Estoy satisfecho

0. Casi nunca 1. A veces 2. A menudo 3. Casi siempre

37. Me rondan y molestan pensamientos sin importancia

0. Casi nunca 1. A veces 2. A menudo 3. Casi siempre

38. Me afectan tanto los desengaños que no puedo olvidarlos

0. Casi nunca 1. A veces 2. A menudo 3. Casi siempre

39. Soy una persona estable

0. Casi nunca 1. A veces 2. A menudo 3. Casi siempre

40. Cuando pienso sobre asuntos y preocupaciones actuales me pongo tenso y agitado

0. Casi nunca 1. A veces 2. A menudo 3. Casi siempre

ANEXO 3. CUESTIONARIO DE SALUD SF-36.

CUESTIONARIO DE SALUD SF-36 (Marque una sola respuesta).

El cuestionario SF-36 es un cuestionario de salud. Contiene 36 preguntas que abordan diferentes aspectos relacionados con la vida cotidiana de la persona que rellena el cuestionario. Se miden 8 dimensiones; funcionamiento físico, limitación por problemas físicos, dolor corporal, funcionamiento o rol social, salud mental, limitación por problemas emocionales, vitalidad, energía o fatiga, percepción general de la salud. Las puntuaciones oscilan entre los valores 0 y 100. Siendo 100 un resultado que indica una salud óptima y 0 reflejaría un estado de salud muy malo.

1. En general, usted diría que su salud es:

- a. Excelente
- b. Muy buena
- c. Buena
- d. Regular
- e. Mala

2. ¿Cómo diría que es su salud actual, comparada con la de hace un año?

- a. Mucho mejor ahora que hace un año
- b. Algo mejor ahora que hace un año
- c. Más o menos igual que hace un año
- d. Algo peor ahora que hace un año
- e. Mucho peor ahora que hace un año

Las siguientes preguntas se refieren a actividades o cosas que usted podría hacer en un día normal. Su salud actual, ¿le limita para hacer esas actividades o cosas? Si es así, ¿cuánto?

3. Su salud actual, ¿le limita para hacer esfuerzos intensos, tales como correr, levantar objetos pesados, o participar en deportes agotadores?

- a. Sí, me limita mucho
- b. Sí, me limita un poco
- c. No, no me limita nada

4. Su salud actual, ¿le limita para hacer esfuerzos moderados, como mover una mesa, pasar la aspiradora, jugar a los bolos o caminar más de una hora?

- a. Sí, me limita mucho
- b. Sí, me limita un poco
- c. No, no me limita nada



5. Su salud actual, ¿le limita para coger o llevar la bolsa de la compra?

- a. Sí, me limita mucho
- b. Sí, me limita un poco
- c. No, no me limita nada

6. Su salud actual, ¿le limita para subir varios pisos por la escalera?

- a. Sí, me limita mucho
- b. Sí, me limita un poco
- c. No, no me limita nada

7. Su salud actual, ¿le limita para subir un solo piso por la escalera?

- a. Sí, me limita mucho
- b. Sí, me limita un poco
- c. No, no me limita nada

8. Su salud actual, ¿le limita para agacharse o arrodillarse?

- a. Sí, me limita mucho
- b. Sí, me limita un poco
- c. No, no me limita nada

9. Su salud actual, ¿le limita para caminar un kilómetro o más?

- a. Sí, me limita mucho
- b. Sí, me limita un poco
- c. No, no me limita nada



10. Su salud actual, ¿le limita para caminar varias manzanas (varios centenares de metros)?

- a. Sí, me limita mucho
- b. Sí, me limita un poco
- c. No, no me limita nada

11. Su salud actual, ¿le limita para caminar una sola manzana (unos 100 metros)?

- a. Sí, me limita mucho
- b. Sí, me limita un poco
- c. No, no me limita nada

12. Su salud actual, ¿le limita para bañarse o vestirse por sí mismo?

- a. Sí, me limita mucho
- b. Sí, me limita un poco
- c. No, no me limita nada

Durante las 4 últimas semanas, ¿con qué frecuencia ha tenido alguno de los siguientes problemas en su trabajo o en sus actividades cotidianas a causa de su salud física?

13. ¿Tuvo que reducir el tiempo dedicado al trabajo o a sus actividades cotidianas a causa de su salud física?

- a. Siempre
- b. Casi siempre
- c. Algunas veces
- d. Sólo alguna vez
- e. Nunca



14. ¿Hizo menos de lo que hubiera querido hacer, a causa de su salud física?

- a. Siempre
- b. Casi siempre
- c. Algunas veces
- d. Sólo alguna vez
- e. Nunca

15. ¿Tuvo que dejar de hacer algunas tareas en su trabajo o en sus actividades cotidianas, a causa de su salud física?

- a. Siempre
- b. Casi siempre
- c. Algunas veces
- d. Sólo alguna vez
- e. Nunca

16. ¿Tuvo dificultad para hacer su trabajo o sus actividades cotidianas (por ejemplo, le costó más de lo normal), a causa de su salud física?

- a. Siempre
- b. Casi siempre
- c. Algunas veces
- d. Sólo alguna vez
- e. Nunca



Durante las 4 últimas semanas, ¿con qué frecuencia ha tenido alguno de los siguientes problemas en su trabajo o en sus actividades cotidianas, a causa de algún problema emocional (como estar triste, deprimido o nervioso)?

17. ¿Tuvo que reducir el tiempo dedicado al trabajo o a sus actividades cotidianas por algún problema emocional?

- a. Siempre
- b. Casi siempre
- c. Algunas veces
- d. Sólo alguna vez

e. Nunca

18. ¿Hizo menos de lo que hubiera querido por algún problema emocional?

a. Siempre

b. Casi siempre

c. Algunas veces

d. Sólo alguna vez

e. Nunca

19. ¿Hizo su trabajo o sus actividades cotidianas menos cuidadosamente que de costumbre, por algún problema emocional?

a. Siempre

b. Casi siempre

c. Algunas veces

d. Sólo alguna vez

e. Nunca



20. Durante las últimas 4 semanas, ¿hasta qué punto su salud física o los problemas emocionales han dificultado sus actividades sociales habituales con la familia, los amigos, los vecinos u otras personas?

a. Nada

b. Un poco

c. Regular

d. Bastante

e. Mucho

21. ¿Tuvo dolor en alguna parte del cuerpo durante las 4 últimas semanas?

- a. No, ninguno
- b. Sí, muy poco
- c. Sí, un poco
- d. Sí, moderado
- e. Si, mucho
- f. Sí, muchísimo

22. Durante las últimas 4 semanas, ¿hasta qué punto el dolor le ha dificultado su trabajo habitual (incluido el trabajo fuera de domicilio y las tareas domésticas)?

- a. Nada
- b. Un poco
- c. Regular
- d. Bastante
- e. Mucho



Las siguientes preguntas se refieren a cómo se ha sentido y cómo le han ido las cosas durante las 4 últimas semanas. En cada pregunta, responda lo que se parezca más a cómo se ha sentido usted.

23. Durante las 4 últimas semanas, ¿Cuánto tiempo se sintió lleno de vitalidad?

- a. Siempre
- b. Casi siempre
- c. Muchas veces
- d. Algunas veces
- e. Sólo alguna vez

f. Nunca

24. Durante las 4 últimas semanas, ¿Cuánto tiempo estuvo muy nervioso?

a. Siempre

b. Casi siempre

c. Muchas veces

d. Algunas veces

e. Sólo alguna vez

f. Nunca

25. Durante las 4 últimas semanas, ¿Cuánto tiempo se sintió tan bajo de moral que nada podía animarle?

a. Siempre

b. Casi siempre

c. Muchas veces

d. Algunas veces

e. Sólo alguna vez

f. Nunca

26. Durante las 4 últimas semanas, ¿Cuánto tiempo se sintió calmado y tranquilo?

a. Siempre

b. Casi siempre

c. Muchas veces

d. Algunas veces

e. Sólo alguna vez



f. Nunca

27. Durante las 4 últimas semanas, ¿Cuánto tiempo tuvo mucha energía?

- a. Siempre
- b. Casi siempre
- c. Muchas veces
- d. Algunas veces
- e. Sólo alguna vez
- f. Nunca

28. Durante las 4 últimas semanas, ¿Cuánto tiempo se sintió desanimado y triste?

- a. Siempre
- b. Casi siempre
- c. Muchas veces
- d. Algunas veces
- e. Sólo alguna vez
- f. Nunca



29. Durante las 4 últimas semanas, ¿Cuánto tiempo se sintió agotado?

- a. Siempre
- b. Casi siempre
- c. Muchas veces
- d. Algunas veces
- e. Sólo alguna vez
- f. Nunca

30. Durante las 4 últimas semanas, ¿Cuánto tiempo se sintió feliz?

- a. Siempre
- b. Casi siempre
- c. Muchas veces
- d. Algunas veces
- e. Sólo alguna vez
- f. Nunca

31. Durante las 4 últimas semanas, ¿Cuánto tiempo se sintió cansado?

- a. Siempre
- b. Casi siempre
- c. Muchas veces
- d. Algunas veces
- e. Sólo alguna vez
- f. Nunca



32. Durante las 4 últimas semanas, ¿con qué frecuencia la salud física o los problemas emocionales le han dificultado sus actividades sociales (como visitar a amigos o familiares)?

- a. Siempre
- b. Casi siempre
- c. Muchas veces
- d. Algunas veces
- e. Sólo alguna vez
- f. Nunca

Por favor, diga si le parece cierta o falsa cada una de las siguientes frases:

33. Creo que me pongo enfermo más fácilmente que otras personas

- a. Totalmente cierta
- b. Bastante cierta
- c. No lo sé
- d. Bastante falsa
- e. Totalmente falsa

34. Estoy tan sano como cualquiera

- a. Totalmente cierta
- b. Bastante cierta
- c. No lo sé
- d. Bastante falsa
- e. Totalmente falsa



35. Creo que mi salud va a empeorar

- a. Totalmente cierta
- b. Bastante cierta
- c. No lo sé
- d. Bastante falsa
- e. Totalmente falsa

36. Mi salud es excelente

- a. Totalmente cierta
- b. Bastante cierta
- c. No lo sé
- d. Bastante falsa
- e. Totalmente falsa

ANEXO 4. LA ESCALA HOSPITALARIA DE ANSIEDAD Y DEPRESIÓN (HADS).

ESCALA HOSPITALARIA DE ANSIEDAD Y DEPRESIÓN. (Marque una sola respuesta).

La escala hospitalaria de ansiedad y depresión es un instrumento de evaluación sobre el malestar emocional. Consta de 14 ítems que está formado por una subescala de depresión y otra subescala de ansiedad, sus ítems son intercalados.

Se clasifican en una escala de frecuencia Likert de 4 puntos, es decir, de 0 a 3, dónde 0 es la ausencia o la mínima presencia y el 3 es la máxima presencia. Cada escala tiene una puntuación de 0 a 21 puntos.

A mayor puntuación, mayor gravedad de los síntomas. (1)

HADS-ANSIEDAD (7ítems).

1. Me siento tenso(a) o nervioso(a).

- 0 1 2 3 +

2. Tengo una sensación de miedo, como si algo horrible me fuera a suceder.

- 0 1 2 3 +

3. Tengo mi mente llena de preocupaciones.

- 0 1 2 3 +

4. Puedo estar sentado(a) tranquilamente y sentirme relajado(a).

- 0 1 2 3 +

5. Tengo una sensación extraña, como de “aleteo” en el estómago.

- 0 1 2 3 +

6. Me siento inquieto(a), como si no pudiera parar de moverme.

- 0 1 2 3 +

7. Me asaltan sentimientos repentinos de pánico.

- 0 1 2 3 +



HADS-DEPRESIÓN. (7ítems).

1. Todavía disfruto con todo lo que antes me gustaba.

- 0 1 2 3 +

2. Puedo reirme y ver el lado divertido de las cosas.

- 0 1 2 3 +

3. Me siento alegre.

- 0 1 2 3 +

4. Me siento como si cada vez estuviera más lento.

- 0 1 2 3 +

5. He perdido el interés en mi aspecto personal.

- 0 1 2 3 +

6. Me siento optimista respecto al futuro.

- 0 1 2 3 +

7. Me divierto con un buen libro, la radio, o un programa de televisión.

- 0 1 2 3 +



ANEXO 5. SESIONES MBSR.

SESIÓN 1.

1. POWER POINT.

- *Presentación de la persona que va a impartir el taller.*
- *¿Qué vamos a hacer?*

En sintonía al programa de prehabilitación vamos a ampliar las pautas de la parte cognitiva ofreciendo sesiones de Mindfulness mediante un método llamado MBSR.

- *Método MBSR.*

Es un tipo de relajación que se utiliza con el objetivo de reducir el estrés y la ansiedad que puede producir cualquier patología o simplemente el vivir deprisa. Se centra en aprender a prestar atención a las sensaciones corporales.

Existen muchos beneficios de esta práctica como por ejemplo:

- Fomenta la auto-reflexión y facilita los procesos de cambios.
 - Nos enseña a responder a los acontecimientos en vez de reaccionar sin pensar.
 - Nos brinda estrategias para manejar el estrés y la ansiedad.
 - Favorece la disminución de síntomas físicos y fisiológicos.
 - Ayuda a relajarnos y darnos más energía.
 - Y está comprobado científicamente que llevar esta práctica a la vida diaria y realizarla al menos 2 días a la semana nos ayuda a reducir el dolor y a lidiar con él.
- *Qué vamos a tratar.*

Este estado de estar vivo y completamente en el momento presente siempre está a nuestra disposición, pero por lo general se nos escapa, sobre todo en momentos difíciles y con presiones externas.

Es por ellos que vamos a dividirlo en 4 temas de 8 que realmente son.

2. DINÁMICA DE PRESENTACIÓN. “VIVENCIAS Y PERSONAS”

Cada persona escribe en una tarjeta una cualidad que le represente, una vivencia significativa y se coloca todo en una torre, al colocarlo deben explicar por qué han escogido esa cualidad o vivencia.

3. RESPIRACIÓN CONSCIENTE.

Esta actividad se basa en centrarnos en la respiración, pero es muy importante no cambiar tu ritmo de respiración, solo debemos centrarnos en cómo el aire entra y sale. Es normal que aparezcan pensamientos pero simplemente debemos dejarlos pasar.

4. RESOLVER DUDAS.

SESIÓN 2.

1. ACTIVIDAD DEL BOMBÓN.

Se trabaja el hecho de centrarnos en el aquí y ahora simplemente con el análisis de un bombón y su posterior ingesta saboreando cada parte de él.

2. ESCANEEO CORPORAL.

Se ha comprobado que el escaneo corporal es una práctica extremadamente poderosa y sanadora. Conlleva hacer un recorrido sistemático del cuerpo con la mente, llevando la atención con interés, afecto y apertura a todas sus partes. Movemos nuestra atención intencionalmente a lo largo del cuerpo, atendiendo a todas las sensaciones en las diferentes partes.

La mayoría de sensaciones las ignoramos normalmente porque es tan obvio, tan familiar que casi no nos damos cuenta de que está ahí o, mejor dicho, aquí.

No es raro que cuando practicamos el escaneo corporal las sensaciones en el cuerpo se noten de una manera más intensa, incluso sentimos más dolor, más intensidad de sensación en ciertas zonas.

Hablamos de sensaciones físicas que puedes notar cuando practiques el escaneo corporal, de reacciones emocionales que puedes notar y de pensamientos que pueden ocurrir.

3. STOP.

Una estrategia de pausa en momentos de estrés o ansiedad donde no necesitas más que un minuto y un espacio para respirar, es una buena estrategia para volver al momento presente.

Consiste en recordar la palabra “STOP”:

S – Stop, para y haz un inventario. Chequeando tu cabeza/corazón/cuerpo.

- ¿Cuál es mi experiencia en este momento? Pensamientos... (Qué estás diciéndote a ti mismo, qué imágenes vienen a tu mente.) Sentimientos... (¿qué siento ahora mismo?.) Sensaciones... (Sensaciones físicas, opresión, ligereza, etc.)

Reconoce y registra tu experiencia, aún si no es agradable.

T – “Toma” un respiro. Dirige tu atención a la respiración.

O – Observa y expande. Lleva tu atención al exterior, a tu cuerpo, postura, expresión... y después a lo que ocurre a tu alrededor como sonidos, vistas, olores...

P – Procede / nuevas posibilidades. Continúa sin esperar nada. Ahora lleva tu atención al mundo que te rodea, percibiendo como son las cosas justo en este momento.

4. ACTIVIDAD PARA DOMICILIO: ESCANEO CORPORAL 2-3 VECES/SEMANA.

SESIÓN 3.

Hasta ahora, en estas sesiones, cuando se presenta alguna dificultad durante la meditación, ya sea en forma de pensamiento, emoción o sensación física, simplemente la reconocemos y de manera “firme pero amable”, regresamos al objeto de atención (por ejemplo, a la respiración en la meditación sentados).

Hoy, presentamos una nueva manera de relacionarnos con las emociones difíciles o el dolor físico, denominada "Acercarse a", la cual implica explorar de forma deliberada la dificultad en vez de alejarnos de ella.

1. EJERCICIO DEL PUÑO.

Esta actividad consiste en pedirles sin explicación que cierren el puño con fuerza durante unos segundos, tras esto les pedimos que piensen en su respiración y seguidamente les preguntamos sobre su reacción en el puño, la respuesta normalmente es que ha aflojado la fuerza sin darse cuenta. Esto lo relacionamos mediante una reflexión grupal con el poder de la atención en la respiración, exponemos los beneficios de dejar de pensar en aquello que nos preocupa dándole paso al pensamiento en la respiración únicamente.

2. ACERCARSE AL DOLOR FÍSICO.

Se hace una exploración del malestar físico de forma deliberada.

Comenzamos con la toma de conciencia centrándonos en la respiración.

“Nos acercamos a lo difícil”.

1. Intenta ponerle nombre a la sensación que antes le llamábamos dolor en general, buscamos palabras que describan sus características, textura, forma...
2. Trata de analizar esta condición física y asociarla a un sentimiento que te produzca y trata de suavizarlo.

3. Intenta colocar la mano en el lugar concreto, afrontando esta experiencia con amabilidad, reconociendo que sería difícil o doloroso o un desafío para cualquiera, hazlo amablemente y con compasión.

“Buscamos lo agradable.”

1. Sin tratar de eliminar las sensaciones difíciles, escanea tu cuerpo en busca de una zona sin dolor, para ver si puedes encontrar sensaciones neutras o incluso placenteras, como si fueses un explorador en busca de un tesoro escondido.

“Ampliamos nuestra consciencia y nos abrimos al mundo exterior.”

1. Amplía tu consciencia, como una panorámica, que incluye áreas agradables y dolorosas. Sin alejar lo doloroso o aferrarte a lo agradable.
2. Trae a tu consciencia el espacio o zona en la que te encuentras.
3. Y cuando estés preparado, vuelve a las actividades de tu vida cotidiana.

3. PRÁCTICA PARA DOMICILIO: ACERCARSE AL DOLOR FÍSICO.

SESIÓN 4.

1. RESPIRACIÓN CONSCIENTE.

2. VÍDEO DE LA BONDAD. “Bondad amorosa en la calle”.

3. PRÁCTICA DE LA BONDAD AMOROSA.

La bondad hacia uno mismo puede que sea el componente más importante de MBSR -es el aceite que hace funcionar los engranajes de la conciencia plena-. Sin ella, las prácticas son estériles en el mejor de los casos y duras y contraproducentes en el peor.

1. Lleva ahora tu atención al corazón y nota lo que sientes.
2. Ahora trae a tu mente la imagen de alguien que quieres mucho, que te gusta tener a tu lado y que seguramente traiga a tu memoria sentimientos de calidez y de amor.
3. Ahora puedes desear a esta persona o mascota salud, bienestar, gozo, alegría, felicidad, tranquilidad... Dirígete de forma personal, de tú a tú, como si realmente estuviera delante de ti.
4. Ahora imagínate que esta persona se vuelve hacia ti y te dice lo mismo que tú le dijiste sabiendo que tiene tus deseos de bienestar en su corazón. Te desea bienestar a ti, que seas feliz, tengas tranquilidad, que estés libre de ansiedad y estrés...
5. Si notas que no lo puedes recibir imagínate que sí lo estás recibiendo y puedes pensar como te dices todo esto a ti mismo desde el corazón. Puedes preguntarte “qué necesito para ser feliz”. Deséate eso para ti desde tu corazón, ponle palabras, que resuenen en tu mente.

4. PRÁCTICA PARA DOMICILIO: BONDAD AMOROSA.

5. FEEDBACK DE LAS SESIONES Y ENVÍO DE CUESTIONARIOS PARA HACER EN EL DOMICILIO Y ENTREGAR POR EMAIL.

