



UNIVERSIDAD DE JAÉN
Centro de Estudios de Postgrado



UNIVERSIDAD INTERNACIONAL DE
ANDALUCÍA
Oficina de Postgrado

Trabajo Fin de Máster

APLICACIÓN DE LA TERAPIA ASISTIDA CON ANIMALES EN UN PROGRAMA DE MINDFULNESS PARA MEJORAR LA REGULACIÓN EMOCIONAL EN ANOREXIA NERVIOSA

Alumna: Ortega Benítez, Rita

Tutora: Prof. Dña. Silvia Moreno Domínguez

Mayo, 2017

ÍNDICE

1. Resumen - Abstract	3
2. Fundamentación teórica	4
2.1 ¿Qué son los TCA? ¿Qué es la Anorexia Nerviosa?	4
2.1.1 Epidemiología	5
2.1.2 Factores influyentes en los TCA	5
2.1.3 Evolución, complicaciones y consecuencias	8
2.1.4 Tratamiento de la Anorexia Nerviosa	9
2.2 ¿Qué es el Mindfulness?.....	10
2.3 ¿Qué es la Terapia Asistida con Animales?	14
2.4 Justificación del programa	20
3. Objetivos	22
4. Metodología	22
4.1 Participantes	22
4.2 Recursos humanos, materiales y animales	22
4.2.1 Equipo de intervención	22
4.2.2 Materiales	23
4.3 Instrumentos de evaluación	23
4.4 Selección y bienestar animal	24
5. Implementación	25
5.1 Fase previa	25
5.2 Fase de intervención	25
5.2.1 Desarrollo de las sesiones	26
5.3 Fase de finalización	30
6. Viabilidad del programa	31
7. Resultados esperados	31
8. Referencias bibliográficas	32
Anexos	39

RESUMEN

En el presente trabajo se plantea el reto de desarrollar un programa que aúne la terapia basada en Mindfulness -la cual ha reportado grandes resultados en el tratamiento de los trastornos alimentarios- y la Terapia Asistida con Animales. Específicamente se ha diseñado una intervención que se realizará con perro, para la mejora de la regulación emocional en personas con Anorexia Nerviosa (AN). Los participantes a los que va dirigido el programa son pacientes de la Unidad de Salud Mental diagnosticados de AN y, que se encuentren en régimen ambulatorio. El programa consta de 13 sesiones de las cuales 8 será individuales y 5 grupales. Como técnicas se integran pautas y elementos del programa de reducción del estrés de Kabat-Zinn (1990) junto a la aceptación, la exposición y la inhibición de respuesta, presentes en la práctica del Mindfulness. Para la evaluación del programa se utilizará la observación directa, y varias escalas y cuestionarios para medir la satisfacción, el estrés percibido, la autoestima, la ansiedad y la metacognición emocional. Por la seguridad de los participantes y del personal relacionado con este programa, así como del perro colaborador, todo el trabajo se regirá por un protocolo de bienestar animal, en el que se incluyen las medidas higiénico-sanitarias tomadas para minimizar los riesgos que se puedan derivar de la interacción con el animal.

ABSTRACT

The challenge of this project is to develop a program that combines therapy based on the Mindfulness - which has reported remarkable results regarding eating disorders- and Animal assisted therapy with dogs to improve the emotional regulation for people suffering from anorexia nervosa. The target participants are patients from the Mental Health Unit diagnosed with Anorexia nervosa and that are on an outpatient basis. The program consists of 13 sessions, eight of them would be individual and the rest would be in groups. The techniques used are some guidelines taken from the Kabat-Zinn stress reduction program as well as the acceptance, exposition and the inhibition response from the Mindfulness program. The program evaluation would be by direct observation, satisfaction surveys, scales for anxiety symptoms and fully attention, perceived exertion, the self-esteem, the anxiety and the trait meta mood. For safety reasons, this program will follow the protocol on the welfare of animals including hygienic-sanitary

measures in order to minimize any risks that might occur due to interaction with the animal.

Palabras clave: Anorexia Nerviosa, Terapia Asistida con Animales y Mindfulness.

Keywords: Anorexia Nervosa, Assisted-Animals Therapy and Mindfulness

2. FUNDAMENTACIÓN TEÓRICA

2.1 ¿Qué son los TCA? ¿Qué es la anorexia nerviosa?

Los trastornos de la conducta alimentaria (TCA) son trastornos psiquiátricos graves que se caracterizan por comportamientos y unas actitudes patológicas relacionadas con la comida, con el control del peso y la forma del cuerpo. El DSM-5 distingue las siguientes categorías diagnósticas: Trastorno de Evitación/Restricción de la ingestión de alimentos, Anorexia Nerviosa (AN), Bulimia Nerviosa, Trastornos de Atracones y, Otro Trastorno Alimentario o de la ingestión de alimentos especificado o no especificado. Sin duda, los más conocidos son la AN y la bulimia nerviosa.

En la actualidad, los TCA son un problema en alza, constituyen la tercera enfermedad crónica entre las mujeres adolescentes y jóvenes de las sociedades desarrolladas y occidentales, suponen un daño considerable para la salud individual y pública ya que se asocia con una baja calidad de vida, altas tasas de comorbilidad y mortalidad. Además, los pacientes con TCA ofrecen una gran resistencia al tratamiento y presentan un elevado riesgo de recaída. Resulta especialmente problemático el caso de la AN cuyo riesgo de mortalidad es mayor y presenta un reducido porcentaje de recuperación. El culto a la imagen y la moda por la delgadez son elementos determinantes en la expansión de estos problemas. No obstante, son múltiples las causas que inciden en su inicio y posterior mantenimiento, incluyendo además de los factores socioculturales, aspectos biológicos, psicológicos y familiares.

A día de hoy y tal como queda recogido en el DSM-5, la AN se caracteriza por una restricción de la ingesta calórica en relación con las necesidades, lo que conlleva a un peso corporal significativamente bajo para la edad, el sexo, el desarrollo y la salud física. Esa restricción energética deriva del miedo intenso a ganar peso o a engordar y

de la imagen corporal distorsionada que tienen de su propio cuerpo. Dentro de este cuadro diagnóstico se distinguen dos tipos: el restrictivo, si la pérdida de peso es debida sobre todo a la dieta, el ayuno y/o el ejercicio excesivo; y tipo con atracones y/o purgas, si la pérdida de peso es debida al vómito auto-provocado, uso abusivo de laxantes, diuréticos o enemas. Asimismo, la negación de la enfermedad a pesar de los síntomas claramente visibles es una característica de los pacientes con AN lo que conlleva falta de interés y resistencia al tratamiento.

2.1.1 Epidemiología

Las cifras de incidencia y prevalencia de los TCA son muy variables debido a las diferentes metodologías empleadas para su estudio. Aún así, es bien sabido que en los últimos años, en España, se ha producido un aumento de la prevalencia y la incidencia de estos trastornos. Se calcula que, antes de los 60 se encontraban entre el 0,4 casos por 10.000 habitantes/año, y después de los 60 pasó a 1,6 casos por 10.000 habitantes/año. Actualmente, se habla que entre un 1% y un 6% de las mujeres jóvenes presentan algún tipo de TCA, siendo con más frecuencia la bulimia nerviosa que la AN. Según Marga Serra, en el año 2011 afectaba a más de un 6% de la población femenina entre los 12 y los 21 años. En el caso de los hombres la cifra se situaba entorno al 0,3%. La prevalencia de vida de la AN en los adolescentes es del 0,3% al 2,2%, los síndromes parciales pueden hallarse en cifras de 5-10%. (Suárez, 2003) Son escasos los datos de prevalencia en hombres, el 90-95% de los pacientes son mujeres, aunque cada vez es más frecuente encontrar a pacientes del sexo masculino.

En resumen, las adolescentes del sexo femenino y adultas jóvenes occidentales y de raza caucásica son las más afectas por los TCA. Dada la magnitud de los cambios asociados del paso a la etapa adulta, la adolescencia media y tardía es el período de la vida en el que hay un mayor riesgo de sufrir estos trastornos. Sin embargo, es importante señalar que la aparición de AN puede ocurrir en niños y niñas muy pequeños.

2.1.2 Factores influyentes en los TCA

Así como se ha llegado a un acuerdo para definir qué es la AN, qué características tiene como trastorno: la pérdida deliberada de peso, el rechazo a los

alimentos, la distorsión de la imagen corporal, la incapacidad para reconocer estados internos, etc. no es posible llegar a un consenso a la hora de delimitar la etología del trastorno, no se conoce ni el porqué ni qué factores predisponen o desencadenan la enfermedad. En la actualidad, las teorías multifactoriales son las más aceptadas, se asume que es una interacción entre los factores socio-culturales, psicológicos, familiares, endocrinos y genéticos.

Respecto a los factores socioculturales, parece evidente. El deseo por estar delgado se ha convertido en uno de las principales metas de la cultura occidental, existe una idea mitificada alrededor de la delgadez y la belleza. Y es que se transmite la idea de que sin un cuerpo esbelto no hay belleza y, sin belleza no se puede alcanzar el éxito ni tener seguridad. De hecho, la influencia que tiene la cultura en el desarrollo de la enfermedad es tan importante que los TCA están dejando de ser exclusivos de los países occidentales y de la raza caucásica, la globalización lleva consigo la expansión de la cultura de la delgadez a otras poblaciones no occidentales y a otros grupos étnicos. Por ejemplo, se estudió la repercusión de exponer a las adolescente y mujeres jóvenes en las islas Fiji a imágenes televisivas que difundían el estilo de vida y los ideales de belleza occidentales, como resultado de esta exposición las jóvenes Fiji veían la delgadez como una forma de conseguir trabajo (Gordon, 2004).

Por su lado, el entorno familiar también ha sido objeto de estudio en su relación con la AN, con relativa frecuencia aparecen trastornos como la depresión, abuso de alcohol, obesidad y conductas alimentarias inadecuadas en otros miembros de la familia. Asimismo, está demostrado que las críticas y las burlas que pueden hacer las familias sobre el peso de los adolescentes son devastadoras. Éstas pueden incrementar las inseguridades y propiciar un nivel de autoestima bajo y agravar la insatisfacción con su imagen corporal, aumentando el riesgo de compulsión alimentaria, conductas inadecuadas relacionadas con los alimentos y comportamientos inadecuados para controlar el peso, precipitando la adquisición de un TCA. En este sentido, Mellor et al. (2009) señalan a los padres como el mayor factor de riesgo con influencia en la insatisfacción con el cuerpo y de la obsesión con la pérdida de peso, por encima de los amigos y los medios de comunicación. En cambio, Shroff y Thompson (2006) defienden la idea contraria, la presión del grupo de iguales por mantenerse delgado tiene más influencia en las niñas. También se ha sugerido que la actitud del grupo de iguales

hacia el aspecto físico influye en el nivel de satisfacción con la imagen corporal de cada uno de ellos, es más, se ha determinado como factor de riesgo de comportamientos relacionados con TCA el hecho de que en el grupo de iguales haya alguna persona realizando una dieta.

Los rasgos psicológicos también se han estudiado concienzudamente. Se han observado mayor inestabilidad emocional y más rasgos de introversión en las personas con anorexia nerviosa que en el resto de la población. Godart, Flament, Perdereau y Jeammet (2003) destacan la importancia y la frecuencia con la que las personas con AN tienen conductas de evitación social y trastornos de ansiedad, incluso pudiendo desarrollar una fobia social, consecuencia de la ansiedad que les produce la comida, las situaciones relacionadas con ella y las críticas respecto a su figura. Además de la falta de autoestima y la confianza en sí mismos centrada en la visión de su propio cuerpo, así como la dependencia, inseguridad, perfeccionismo, los rasgos obsesivos, temores a la pérdida de control, introversión, desconfianza interpersonal, problemas de identidad y búsqueda constante de aprobación en los demás son los rasgos de personalidad más característicos en esta patología. En otras palabras, tanto el malestar que genera la insatisfacción con la imagen corporal que tienen de sí mismas, el miedo a la crítica y a no estar a la altura de las expectativas de los demás les conduce al aislamiento social, a los trastornos de ansiedad y a los trastornos depresivos. Todo esto deriva en una pérdida de interés o de satisfacción generalizada que acaba provocando un aplanamiento emocional y conductual, los afectados por AN parecen tener anestesiados los sentidos, incluso para las sensaciones más primaria como las de hambre y saciedad, parecen estar adormecidos emocionalmente, la capacidad para sentir placer está limitada, es decir, sufren de alexitimia y anhedonia. La primera hace referencia a la incapacidad para identificar, describir y distinguir sentimientos y sensaciones corporales, favoreciendo un estilo cognitivo dirigido hacia lo externo y concreto, con restricción de la capacidad de fantasear, predominando las respuestas fisiológicas y conductuales, con un menoscabo en la regulación emocional (Taylor y Bagby, 2000). Según Speranza (2007) los pacientes con alexitimia tendrán peor pronóstico de evolución a largo plazo (Speranza et al., 2003; Speranza, et al., 2007).

Por otra parte, las pruebas neuropsicológicas han revelado que las personas con TCA tienen afectadas, en general, las habilidades visoconstructivas y visoespaciales; la

atención selectiva; la memoria visual; la capacidad de aprendizaje y las funciones ejecutivas (Camacho et al., 2008; Tchanturia et al., 2012). En lo que respecta a las funciones ejecutivas, diversos autores (Tapajóz et al., 2013; Tchanturia et al., 2012) han observado en las personas con TCA dificultades en la planificación, viéndose comprometida la anticipación, organización e integración de la información para resolver problemas; consecuentemente se ve alterado la resolución de problemas; en la capacidad de abstracción, en la memoria de trabajo, en las respuestas de inhibición y en la flexibilidad de pensamiento habiendo una incapacidad para cambiar los patrones de pensamiento y el mantenimiento de las conductas repetitivas (Alvarado y Silva, 2014; Camacho et al., 2008; Tchanturia et al., 2012). Estos hallazgos neuropsicológicos no pueden atribuirse a los niveles de desnutrición y deshidratación, ya que tras la recuperación nutricional las dificultades continúan existiendo, tampoco son causa del curso con otros trastornos como los depresivos. Se podría considerar como un rasgo familiar, puesto que se ha encontrado que personas con TCA y familiares sanos presentan similares dificultades en la planeación y en la flexibilidad de pensamiento (Sánchez, 2014).

Respecto a los factores biológicos, no existen marcadores fiables que permitan evidenciar mecanismos fisiopatológicos que expliquen los trastornos alimenticios. Con relativa frecuencia se habla de una disfunción hipotalámica como causante de la AN, sin embargo, hoy en día no existen datos concluyentes que puedan demostrar si es causa o consecuencia de la enfermedad ya que esta alteración también se encuentra en otros casos de desnutrición.

2.1.3 Evolución, complicaciones y consecuencias

Los estudios apuntan que un 44% de las pacientes con AN se recuperan, el 28% mejoran, el 23% se cronifica la enfermedad y el 5% fallecen, en este sentido se ha contrastado que la mortalidad en jóvenes con AN es 12 veces superior a la población general y el doble respecto de jóvenes que presentan otros trastornos mentales (Miján, 2004). El subtipo purgativo de la AN es especialmente problemático en este aspecto, ya que presentan con relativa frecuencia conductas autolíticas e intentos de suicidio.

La evolución tiene una gran variabilidad, puede darse desde el caso de sufrir un único episodio con recuperación total hasta el otro extremo, un continuo agravamiento de los síntomas hasta llegar a la muerte. Pasando por la recuperación con recaídas o el cambio a la BN.

Como se ha ido viendo, las complicaciones psicológicas graves derivadas de la enfermedad son frecuentes tales como depresión, irritabilidad, culpabilidad patológica, concentración pobre y rumiaciones obsesivas. El 74,1% de los pacientes anoréxicos cumplen criterios de episodio depresivo mayor (Montenegro, 2012).

2.1.4 Tratamiento de la anorexia nerviosa

El abordaje de la AN ha de implicar a un equipo multidisciplinar, colaborando psiquiatras, psicólogos, médicos de atención primaria, enfermería, nutricionistas, etc. En el tratamiento lo primordial es restituir el estado nutricional y el trabajo de los problemas psicológicos asociados. Por ello los objetivos terapéuticos que se proponen en cualquier intervención son:

- Restauración del peso saludable dependiendo de la edad y la constitución del paciente.
- Tratamiento de las complicaciones orgánicas sobrevenidas.
- Trabajo motivacional para que aumente la implicación en el tratamiento.
- Restablecimiento de patrones alimentarios y nutricionales sanos a través de la educación nutricional.
- Diagnóstico y tratamiento de los problemas psicológicos y socio-familiares.
- Prevención de recaídas.

A día de hoy, la educación y rehabilitación nutricional es básica para el tratamiento, siendo el más extendido y mejor establecido. El objetivo de éste ha de ser, aparte de restablecer el peso y el estado nutricional mínimo, educar sobre los peligros de los equívocos patrones alimentarios que se mantienen en el TCA, y cambiar éstos por unos más saludables, también adquirir las señales adecuadas de saciedad y hambre (Saldaña, 2001). Asimismo, la rehabilitación tendrá en cuenta los miedos y los pensamientos negativos ante la ganancia de peso y los cambios en la imagen corporal. Para ello, desde la psicología se ha abordado los TCA desde multitud de escuelas -sistémica, conductual,

humanista, cognitivo-conductual, etc.- sin embargo, actualmente la terapia cognitivo-conductual es la que obtiene mayor apoyo empírico (Celis, 2011) junto con la exposición con prevención de respuesta. La primera, trata de modificar el sistema erróneo de creencias, la distorsión de la imagen y el perfeccionismo extremo (Hernando, 2000). La exposición con prevención de respuesta consiste en exponer a las pacientes a los estímulos que provocan ansiedad y que conducen a los atracones, vómitos, evitar la ingesta, etc.

Sea cual sea la corriente desde la que se hace el tratamiento, las terapias psicológicas han de estar dirigidas a factores como: la maduración psicosexual, la aceptación del papel adulto, la mejoría de las disfunciones familiares, al desarrollo de habilidades sociales y al aprendizaje de nuevas respuestas ante el estrés (Hernando, 2000). Así pues, los objetivos del tratamiento psicológico se enfocan a ayudar al paciente a entender la necesidad de tratamiento, también de motivar cara al mismo; ayudar a la comprensión y facilitar el cambio de las conductas y actitudes disfuncionales que mantienen el trastorno; proveer de herramientas para una mejora en la identificación y expresión de emociones y su posterior regulación, favoreciendo una mejora en el funcionamiento interpersonal por el impacto que aquellas tienen sobre las relaciones sociales. En resumen, están encaminadas a restablecer una adecuada imagen mental del cuerpo, a disminuir la ansiedad, a mejorar la afectividad y reducir la alexitimia y anhedonia. Actualmente, en relación con el trabajo emocional en el tratamiento de la AN se están incorporando nuevas terapias conductuales denominadas de tercera generación, muchas de ellas basadas en prácticas antiquísimas como la meditación debido a la influencia que tiene sobre los procesos de activación fisiológicos y neurovegetativos en las respuestas emocionales. Este es el caso, por ejemplo, del Mindfulness.

2.2. *¿Qué es el Mindfulness?*

Para la total comprensión de la utilidad y aplicación en el campo de la psicología, es crucial un breve repaso a las raíces del Mindfulness. La atención plena tiene su origen en el Budismo Teheravada fundado por el Buda Siddharta Gautama, en la India hace 2500 años. A grandes rasgos, se puede decir que esta doctrina filosófica se centra en la mente, pues una mente bien formada está tranquila y no divaga (Coutiño, 2012). Uno

de los textos fundamentales de la práctica del Mindfulness es el Satipatthana Sutta. La palabra Satipatthana deriva del término sati y del vocablo upatthana, el significado del primero es conciencia, atención y recuerdo (Siegel, 2009), en inglés se ha traducido como Mindfulness y en español como atención plena (Miró, 2012), upatthana significa "atender con Mindfulness" (Analayo, 2003).

Los principios y fundamentos más importantes de la tradición budista con influencia en la psicología occidental han sido descritos por Mañas et al. (2009). Según estos autores existen dos tipos de prácticas de meditación: por un lado, está la concentración (samatha) cuyo objetivo es dirigir el foco atencional a un objeto clave, esto es un único estímulo ya sea externo o interno, que puede ser la respiración, una frase, una imagen o un cualquier objeto. A este tipo de entrenamiento también se le ha dado el nombre de meditación formal y consiste en permanecer atento a todo aquello que pasa por la mente durante un mínimo de media hora. Cuando un pensamiento, sensación o emoción captura la atención con amabilidad, sin críticas ni juicios, se redirige al objeto clave. En este tipo de práctica la respiración adquiere una gran relevancia, sobre todo en los inicios, ya que sirve de vínculo entre la mente y el cuerpo, su importancia radica en que la atención centrada en la respiración produce una sensación de calma y serenidad en el individuo. Sin embargo, la finalidad no es reproducir un estado de relajación sino crear un espacio donde estar atento a cada uno de los fenómenos mentales que surgen en el flujo de la conciencia, siendo la respiración el ancla atencional para reconducir la focalización. Por otro lado, se encuentra el Mindfulness (vipassana), a través de él el foco atencional puede desplazarse de un estímulo a otro. Sería lo que otros autores han bautizado como la práctica informal, el foco atencional se dirige a una actividad de la vida diaria como por ejemplo caminar o comer, siendo conscientes de todo lo necesario para el desarrollo de la actividad. Esto es, se trata de ir realizando cualquier acto de modo pausado, centrándose en aspectos que de otra forma pasarían inadvertidos, por ejemplo en el acto de comer, en primer lugar habría que fijar la atención en el alimento y sus características organolépticas (su forma, color, tacto, olor, etc.). Con la práctica continua se consiguen momentos de plena claridad mental, lo que se ha denominado insights (Mañas, 2009).

Además de la distinción entre las dos prácticas, Mañas (2009) señala unos atributos de la condición humana o características de la existencia: no-permanencia, sufrimiento y

No-Yo, las cuales están distorsionadas por los pensamientos y los sentidos. La vida está en continuo cambio, nada es permanente ni duradero, así los pensamientos, sentimientos y emociones son variables, transitorios y no definitivos, este es el principio de la no-permanencia. Gran parte de las respuestas emocionales son adaptativas para la especie pues permiten responder a peligros de manera inmediata, pero otras reacciones automáticas no responden a una amenaza real, es entonces cuando las respuestas emocionales son desadaptativas creando en el individuo un sufrimiento mayor. La capacidad de entender el sufrimiento como componente de la existencia es parte de la enseñanza de la práctica de Mindfulness, la tradición budista postula que la liberación del sufrimiento llega cuando se aceptan los pensamientos y las emociones negativas como parte necesaria de la vivencia. Y se entiende que el sufrimiento viene generado por el deseo de conservar lo agradable y librarse de lo desagradable. En otras palabras, el sufrimiento deriva de la resistencia a la experiencia de las emociones perturbadoras. Hoge (2013) subraya que la respuesta habitual ante las emociones negativas o dolorosas es la supresión o evitación de la emoción o, por el contrario, la sobre-implicación, lo que conlleva al sufrimiento dando lugar a conductas inapropiadas o problemas en las relaciones personales. Por ello, la práctica de la atención plena permite que tengan lugar todas las experiencias emocionales, incluidas las negativas y perturbadoras (Alonso, 2012), permitiendo al individuo percatarse de la tendencia de respuesta vinculada a cada estado emocional, siendo capaz de permanecer ante la misma pero sin emitir la respuesta habitual, lo que podría implicar un cambio de tendencia de respuesta. El tercer atributo que destacan es No-Yo, el Mindfulness busca la desconexión entre la identificación como persona y los objetos mentales. No es adaptativo sentir como parte integrante de la persona los pensamientos, sentimientos o emociones que se han generado en respuesta a unos estímulos determinados.

A pesar de ser una práctica extendida en Asia y con buenos resultados en cuanto a regulación emocional se refiere, no es hasta hace poco más de tres décadas cuando la psicología contemporánea se fija en el Mindfulness y lo incorpora como técnica gracias a la contribución de Kabat-Zinn. Dentro del contexto terapéutico, Mindfulness se ha definido como la conciencia que emerge al prestar atención intencionadamente al momento presente, a cada fenómeno interno que surge en el campo de la atención sin emitir ningún juicio al respecto (Kabat-Zinn, 2003). En resumen, se han establecido tres componentes fundamentales del Mindfulness o atención plena. En primer lugar está

el proceso atencional, se orienta de manera voluntaria la atención hacia lo que ocurre en el momento presente, por tanto, se trata de ser conscientes de dónde está la atención a cada momento y poder reorientarla si se distrae. El segundo componente es la orientación a la experiencia, conectar con el aquí y el ahora, sintiendo las sensaciones del propio cuerpo. El tercer componente es el no enjuiciamiento de lo que ocurre, es lo que algunos autores denominan amabilidad o bondad, haciendo referencia a la capacidad de centrarse en el presente sin evaluarlo evitando emitir valoraciones sobre él. Es importante resaltar la actitud de bondad o amistad hacia nosotros mismos y hacia nuestras experiencias internas, ya que la autorregulación de la atención por sí sola no es terapéutica, es más podría convertirse en un problema si se centra la atención en las obsesiones y rumiaciones de los pacientes. Trabajando sobre estos tres componentes, el Mindfulness constituye una técnica terapéutica efectiva para desarrollar mecanismos de regulación emocional.

A través de esta técnica, la persona puede desconectar el "piloto automático" y disfrutar de momentos de insight. Sin embargo, la realidad es que el cerebro no funciona así, sino que para ahorrar energía y recursos la mayor parte de las actividades que realiza una persona son automáticas, se crean patrones de respuesta repetitivos e inconscientes íntimamente ligados a la interpretación realizada sobre los estímulos que se presentan. Engel, Fries y Singer (2001), consideran que el procesamiento sensorial es activo y sigue una comunicación de "arriba - abajo", esto es, los centros corticales además de recibir información y procesarla, también ejercen su control sobre todo el organismo a través de la vía nerviosa y endocrina. Esta influencia modifica las redes tálamo-corticales, creando predicciones acerca de los eventos sensoriales próximos en base a la experiencia vital previa de cada sujeto. La práctica de Mindfulness requiere una desconexión temporal de dichos patrones, con el fin de dar paso a una interpretación no mediada por la experiencia vital de la persona. El objetivo es crear nuevas vías para la interpretación o comprensión de los eventos estresantes, prestando siempre atención al momento presente.

Son muchos los autores que han descrito los beneficios de la práctica del Mindfulness. Como se ha podido ver, a grandes rasgos se puede otorgar la capacidad de mejorar los procesos atencionales, la interocepción y la regulación emocional. La mayoría de autores sostiene que sus beneficios se derivan de esta última puesto que

facilita la identificación y desvinculación progresiva de objetos mentales como pensamientos, sentimientos y sensaciones corporales (Parra-Delgado, 2012; Martín-Asuero, 2007). Lykins y Baer (2009) descubrieron que la atención plena se relaciona de manera negativa con la alexitimia, las dificultades en la regulación emocional y el miedo a las emociones. En el mismo sentido, Arias (2010) encontró que tras el entrenamiento en Mindfulness los sujetos mejoraban en la variable de habilidades sociales y reducían sus puntuaciones en las medidas de alexitimia. Tanto los estudios Hayes y Feldman en 2004 como Baer et al. en 2006 relacionan la práctica de Mindfulness con la mejora en las habilidades de regulación emocional. Desde la neurociencia sostienen que estos efectos son consecuencia del control que ejerce la corteza prefrontal ventromedial (vmPFC), ayudada por el hipocampo, sobre la amígdala (Hölzel, 2013). Esta modulación puede ser fruto de la acción de dos mecanismos neuropsicológicos, uno de ellos sería la re-evaluación del estímulo y, el otro la exposición al estímulo y la evitación de respuesta. Como se puede ver, desde la neurociencia se están aportando datos que apoyan estos beneficios del Mindfulness y sobre el moldeamiento cerebral derivado de la práctica. Uno de los estudios pioneros y más relevantes en este campo de estudio fue el trabajo de Lazar (2005) en el cual comprobó cómo tras un entrenamiento de 8 semanas en Mindfulness se producían cambios en la corteza prefrontal, el entrenamiento estimulaba un engrosamiento de las regiones del cerebro dedicadas a la atención, la interocepción y el procesamiento sensorial. En la misma línea, Hölzel (2011) encontró que la concentración de sustancia gris en el hipocampo derecho y en la ínsula anterior derecha era significativamente mayor en el grupo de practicantes de Mindfulness.

2.3. ¿Qué es la Terapia Asistida con Animales?

El tercer constructo de este programa es la Terapia Asistida con Animales (TAA), la cual se engloba dentro del término general Intervención Asistida con Animales (IAA). Aunque en los últimos años constituyen un campo en auge la relación entre los seres humanos y otros animales es tan antigua como el hombre, sin embargo las relaciones han sido muy variadas. A lo largo de la historia los animales han adquirido distintos roles: en un principio la domesticación, que se inició hace 15.000 años, de los animales era buscando la utilidad como alimento, como compañeros de caza, en el mantenimiento

de la temperatura corporal y como protección. Sin embargo, la domesticación pudo tener otro objetivo como la de satisfacer necesidades psicológicas y de salud. Actualmente, esta visión ha ganado fuerza por el aumento de los animales de compañía, es más, se ha sugerido que cubren importantes necesidades humanas ya que de no haber sido así no habría superado el paso de los años y las revoluciones tecnológicas y culturales.

Por parte de las personas que conviven con animales de compañía, éste es considerado como un miembro más de la familia y es que se establece una relación física, emocional, motivacional especial entre las personas y los animales. Por ello las personas que interaccionan con un animal pueden nombrar multitud de beneficios que obtienen. Ya apuntaba John Locke en 1669 que los animales cumplían una función socializadora, los niños que interaccionaban con animales, como perros, pájaros y ardillas, mostraban sentimientos de afiliación y tenían un sentido de la responsabilidad hacia otros más desarrollado (Serpell, 2006). Sin embargo, no ha sido hasta las últimas décadas cuando se ha comenzado a estudiar de forma sistemática los efectos de esta relación. El sociólogo Bossard (1944) fue el primero en estudiar el impacto en la vida familiar de convivir con animales, en su artículo "The mental hygiene of owning a dog" se describe de la influencia del animal de compañía sobre la salud mental de la familia y en el desarrollo de los niños. En el famoso artículo se define al animal como fuente de amor incondicional, como un facilitador social y fuente de compañía.

Otros autores como Hutton (1982) han puntualizado algunas de las características de los animales de compañía por las que se establece el vínculo entre persona y animal, son las siguientes:

1. Establecen relaciones rápidamente.
2. Establecen un tipo de comunicación (no verbal) eficaz.
3. Transmiten la sensación de aceptación incondicional.
4. Permiten experimentar la sensación de que alguien se preocupa por la persona.
5. Se convierten en un elemento socializador, se puede hablar con ellos, incluso, a menudo se les hace confidencias que a nadie más se les confía.
6. Están siempre dispuestos a complacer a la persona.
7. Hacen el papel de amigo, confidente y compañero.
8. Tienen roles poco definidos, los que le proporciona la oportunidad de encajar en casi cualquier situación.

9. Tiene un efecto catártico, permite que la gente se desahogue y libere las emociones reprimidas.

10. Son sensibles a las emociones de la gente.

Beck (2003) postuló cuatro principios que describen el porqué del vínculo humano-animal: seguridad, intimidad, afinidad y constancia. La compañía de un animal nos aporta seguridad, no sólo por el hecho de la protección que puede ofrecer el animal sino porque la presencia de la mascota tranquiliza al dueño y mejora la percepción de las relaciones sociales, la persona que va acompañada por su mascota se percibe como buena, accesible, amable y menos peligrosa. En cuanto a intimidad se refiere al contacto con el animal este ocurre de manera espontánea, el hombre decide cuándo, cómo y durante cuánto tiempo acaricia al animal, le habla, juega con él, etc. y el animal siempre está receptivo a la interacción con el hombre, en cambio, con las personas esto depende de la voluntad mutua. Esta facultad resulta de gran ayuda a su eficacia terapéutica en la TAA, puesto que esta intimidad se da más rápida entre animales y personas que entre paciente y terapeuta. La relación de parentesco o afinidad se establece fácilmente entre hombre y animal, la mayoría de personas que comparten su tiempo y su espacio con animales consideran a estos como parte de su familia, como un hijo o como un amigo especial. Por último, el principio de constancia es lo que mejor diferencia las relaciones persona-persona y de las relaciones persona-animal. El animal puede ser reemplazado por otro similar ya que puede desempeñar el papel del anterior. Además, los comportamientos de los animales son poco variables dentro de cada especie.

Las Intervenciones Asistidas con Animales (IAA) se basan en este vínculo que se crea entre las personas y los animales, trasladando éste a contextos terapéuticos, educativos y, en ocasiones, lúdicos. Por tanto, la IAA se podría definir como aquella intervención que usando el vínculo persona-animal busca beneficios en los ámbitos de la salud, la educación y lo social, para tal fin los animales que participan deben estar especialmente seleccionados y entrenados. Esta definición englobaría a la Terapia Asistida con Animales, la Educación Asistida con Animales y la Actividad Asistida con Animales. El presente trabajo se enfocará a la TAA, ésta se trata de una intervención basada en la interacción y el vínculo que se establece entre la persona y el animal, siendo éste debidamente seleccionado y entrenado para tal fin; estará determinada por

los objetivos terapéuticos fijados por profesionales del ámbito de la salud y perseguirá el fin de obtener beneficios físicos, sociales, emocionales y cognitivos (Alonso, 2000).

En la actualidad, la TAA está en auge sin embargo su historia se remonta siglos atrás, así hay constancia que los egipcios atribuían capacidades curativas a los animales y los griegos montaban a caballo para elevar la autoestima de personas con enfermedades incurables. En el siglo XVII, existían programas con caballos para el tratamiento y rehabilitación de personas con diversas discapacidades, o se incorporaba al gato para tranquilizar a pacientes internados. Uno de los hitos más importantes descrito consta del año 1796, lo constituye el Retreat de York, en Inglaterra, donde el pionero en el tratamiento de la enfermedad mental sin métodos coercitivos William Tuke introdujo animales para el tratamiento de los enfermos con la intención de que aquellos les dotarán de mayor autocontrol mediante refuerzo positivo. Otro hito que ha marcado la historia de la TAA viene de la mano de Florence Nightingale, en 1860 escribió *“Un pequeño animal de compañía es, a menudo, una excelente terapia contra la enfermedad, y especialmente para las enfermedades hospitalarias de larga duración. Un pájaro en su jaula es, con frecuencia, el único placer para una persona que está inválida durante años en la misma habitación. Poder alimentarle y limpiarle, le ayuda a recobrar la autoestima y le anima a hacer otras cosas”*. En 1897, los animales de compañía intervinieron en el tratamiento de epilépticos en Bethel, en Alemania, hoy en día el centro trata a personas con trastornos físicos y mentales donde varios tipo de animales forman parte del tratamiento. En Estados Unidos, desde la Segunda Guerra Mundial, también incluyeron programas donde el animal tenía un papel fundamental para la rehabilitación de los combatientes y sus familias. En 1948, con la intención de reeducar a niños y jóvenes con trastornos del comportamiento se fundó en las cercanías de Nueva York una granja donde el trabajo con animales ayudaba a la rehabilitación. Kerlikowoski consiguió que los niños ingresados fuesen menos introvertidos y menos deprimidos, mejorando la autoestima con la introducción de pájaros, conejos y hámsteres en el pabellón pediátrico en 1954. Erling Stordahl, fundó en el año 1966 un centro en Noruega donde se llevó a cabo un programa para la rehabilitación de personas con discapacidades físicas donde perros y caballos intervenían para motivar a los pacientes a realizar ejercicio físico, normalizando de esta manera la vida de estas personas. (Elipe, 2013).

A pesar de haber introducido al animal como colaborador en programas de terapéuticos durante siglos, los investigadores no centran su interés en la TAA hasta la publicación del Dr. Levinson donde habla de la “Pet Therapy” en la década de los sesenta. Se puede agradecer a la intervención espontánea de Jingles y a las observaciones que hizo Levinson al respecto el hecho de que hoy se pueda aplicar la TAA con rigor científico. El descubrimiento del poder como “coterapeuta” fue casual, Jingles se encontró fortuitamente con un niño, con problemas de comunicación al que el Dr. Levinson trataba sin éxito durante un periodo de tiempo prolongado, y comenzaron a interactuar espontáneamente. Tras esto, Levinson mantuvo a Jingles en todas las sesiones con el niño consiguiendo a través de los juegos con el perro que el niño terminara abriéndose al terapeuta y la rehabilitación fuese posible. Tal fue el éxito que decidió incorporarlo a las sesiones con el resto de pacientes, documentando los hallazgos de cada una de ellas y dando a conocer sus descubrimientos a la comunidad científica. Formuló las bases de la TAA y propuso a los animales como "coterapeutas" con publicaciones como *The dog as a co-therapist* (1962) o *Pet oriented child psychotherapy* (1969). En estos textos describe los aportaciones de Jingles a las sesiones con niños, jóvenes y adultos. Detalla los beneficios terapéuticos del contacto con los animales tanto en pacientes ambulatorios como hospitalizados y con diversos trastornos como autismo, obsesivos-compulsivos, discapacidades mentales y/o físicas, esquizofrenia, etc. Por ello, se conoce a Levinson como el padre de la Terapia Asistida con Animales. (Fine, 2006).

Animados por el éxito de Levinson, muchos autores han seguido sus pasos, por ejemplo Samuel y Elisabeth Corson, realizaron un programa para evaluar la viabilidad de las TAA en un entorno hospitalario. Los resultados que obtuvieron fue un aumento en la comunicación y la autoestima, además de conseguir mayor independencia y capacidad para asumir responsabilidades en cuanto al cuidado de animales en pacientes psiquiátricos (Beck, 2003). David Lee introdujo en la unidad de enfermos mentales peligrosos del Hospital Estatal de Lima en animales los cuales actuaron de catalizadores de interacciones sociales entre el personal y los pacientes y entre los mismos pacientes (Estivill, 1999). Erika Friedmann (2000), comprobó los beneficios terapéuticos de la compañía de un animal en pacientes cardíacos. Bardill y Hutchinson (1997) introdujeron un perro en una unidad psiquiátrica y observaron los efectos de la TAA entre 30 adolescentes con diagnósticos diversos, por citar algunos: trastornos de

déficit de atención, depresión, trastornos alimentarios y esquizofrenia. Comprobaron que el perro influyó positivamente en la unidad, proporcionó seguridad y comodidad a muchos de los pacientes, aumentaron las interacciones positivas y apropiadas, sirvió de catalizador para la enseñanza y actuó como confidente de algunos pacientes que sentían miedo al hablar con otros pacientes (Bardill y Hutchinson, 1997). Así mismo, hay evidencias científicas sobre la reducción de la ansiedad en pacientes con distintos desórdenes, siendo esta reducción dos veces mayor en los grupos a los que se aplicaba la TAA que en los grupos a los que se les aplicaba una terapia convencional (Barker and Dawson, 1998). También ha resultado eficaz los programas de TAA en adultos con depresión, disminuyendo el número de suicidios y el tiempo de ingreso en las unidades psiquiátricas (Estivill, 1999). Igualmente, la TAA se ha llevado a cabo con víctimas de abuso sexual en la infancia, demostrando que con este colectivo la introducción de un animal en la terapia reduce la aparición de problemas de conducta habituales como déficit de atención, hiperactividad, trastorno negativista desafiante y otros problemas de conducta (Eggiman, 2006;). En el estudio realizado por Dietz et al. en 2012 se obtuvo un descenso de los síntomas asociados al trauma, incluyendo ansiedad, depresión, ira, trastorno de estrés post-traumático, disociación y conflictos sexuales en los niños participantes en TAA. A nivel fisiológico se han seguido demostrando el impacto positivo que tiene el contacto con un animal en el ritmo cardíaco y la presión arterial (Friedmann et al., 2010). Friedmann et al. llevaron a cabo una investigación sobre la utilidad de la TAA en las entrevistas forenses con niños y adolescentes víctimas de abuso sexual, concluyendo que la TAA reduce las respuestas fisiológicas de ansiedad, frecuencia cardíaca y niveles salivales de Alfa-amilasa e Inmuglobina (Friedmann, 2014).

En España, la Fundación Affinity (antigua Fundación Purina) impulsa desde 1987 la implantación de programas de TAA, dirigidos principalmente a personas ancianas, a población reclusa, personas con discapacidades, con enfermedades mentales o al ámbito hospitalario; así como promueve la investigación en esta materia. La Fundación Bocalan, conocida internacionalmente y con un largo bagaje profesional, implanta programas de IAA dedicados a la integración de personas con discapacidades. Actualmente se está avanzando en ambos campos de trabajo, aunque todavía resultan escasos los estudios que se han llevado a cabo con exhaustivo rigor científico, así como una de las limitaciones con las que se encuentran frecuentemente es la escasez

población muestral para realizar estudios más fiables, la heterogeneidad de los participantes en TAA también es un factor a tener en cuenta. Uno de los estudios pioneros fue realizado en el Hospital Psiquiátrico San Juan de Dios de Barcelona con pacientes diagnosticados de esquizofrenia de larga duración y en el que obtuvieron mejoras significativas en competencia social interpersonal, síntomas positivos y negativos y en la calidad de vida (Villalta-Gil, 2009). Dos años más tarde, se pone en marcha en el Complejo Hospitalario San Luis de Palencia de las Hermanas Hospitalarias un programa con pacientes esquizofrénicos obteniendo como resultado mejoras en el autocontrol de la ansiedad, la autoestima y las habilidades de interacción social. Otros estudios, en distintos ámbitos, han llegado a conclusiones similares, la TAA resulta beneficiosa para mejorar las relaciones sociales, aumentar las demostraciones de afecto tanto hacia la mascota como hacia otras personas, reducir el estrés y la ansiedad, paliar los efectos del aislamiento social, aumentar la atención, concentración y motivación hacia la tarea, incentivar un estado afectivo positivo, aumentar la autoestima, favorecer la independencia y aumentar el sentimiento de logro entre otros aspectos psicológicos, cognitivos y funcionales (Zamarra, 2002; Fine, 2006); Gutiérrez, 2007; Abellán, 2009; Ávila, 2013).

En definitiva, la TAA constituye una terapia eficaz pero está claro que no es una panacea, no viene a ser el sustituto a ninguna terapia o tratamiento convencional sino que constituye una terapia complementaria que ha demostrado ser eficaz en el tratamiento de distintos trastornos y problemas psicológicos, lo que no le exime de la obligación de continuar con la investigación para afianzar su efectividad.

2.4 Justificación del programa

En base a todo lo descrito en los párrafos anteriores se pretende en este trabajo desarrollar un programa de intervención sobre la anorexia a través del Mindfulness con la colaboración de un perro de terapia. El Mindfulness ha resultado ser una terapia por sí sola altamente eficaz en los trastornos alimentarios como la anorexia (Guardiola-Wanden-Berghe et al., 2011; Kristeller y Hallett, 1999). Así pues, Lavender, Gratz y Tull (2011) comprobaron que la toma de conciencia, la inactividad, el no juzgar y la descripción tenían más poder sobre el TCA que los propios síntomas depresivos o

ansiosos. Con el trabajo en Mindfulness se pretende que tomen distancia de los pensamientos rumiantes, obsesivos y negativos en los que se ven sumidos los pacientes de TCA, pensamientos sobre su persona y su físico tan abrumadores que llegan a provocar el bloqueo del momento presente, del mismo modo se trata de redirigir los problemas de perfeccionismo, rigidez, control, depresión y ansiedad a través de la mejora de las habilidades de regulación emocional (Hamilton, Kitzman y Guyotte, 2006). A su vez, la práctica le permitirá el contacto con sus emociones negativas sin responder ante ella lo que provocará un aumento de la tolerancia hacia éstas, y reducirá la intensidad y duración de las mismas (Thayer, Friedmann y Borkovec, 1996). Así mismo, la práctica del Mindfulness se ha asociado a una mejora en la propiocepción de las señales corporales, lo que ayudará a los pacientes a distinguir entre las sensaciones de hambre y saciedad, la excitación emocional y la detección de señales externas. (Alberts et al., 2012).

A pesar de no contar con investigaciones que utilicen la TAA en la anorexia, se ha considerado interesante la introducción de un animal de terapia en este programa por todos los beneficios que aportan y que han sido contrastados en diversas investigaciones realizadas tanto en población psiquiátrica como en población general. Para este proyecto se ha elegido al perro como animal de intervención, por tener más tendencia a la afinidad con las personas, además de por cuestiones de bienestar animal, espacio, necesidades higiénicas y de accesibilidad. De este modo, se asume que la incursión de un perro actuará de elemento motivador, siendo un estímulo innovador dentro de las sesiones, precisamente se pretende eliminar la gran resistencia al cambio que ofrecen los pacientes con TCA, puesto que la presencia del animal disminuirá el inicial rechazo al tratamiento, así como, también aumentará la adhesión al mismo, reduciendo el abandono del programa antes de tiempo. A su vez, se espera que, como en las referencias bibliográficas sobre TAA, la interacción con el animal consiga: 1. Reducir los niveles de ansiedad, depresión y aislamiento social; 2. Mejorar la autoestima y reducir el sentimiento de ineficacia; y 3. Centrar en el momento presente.

3. Objetivos

Objetivo general

Mejorar la regulación emocional en personas con trastorno de la anorexia a través de un programa de Mindfulness asistido con perro.

Objetivos específicos

- Enseñar la práctica de Mindfulness para aplicarla en el día a día
- Mejorar el reconocimiento y expresión emocional
- Aprender nuevos patrones de conducta
- Disminuir los niveles de ansiedad

4. Metodología

4.1 Participantes

El programa está dirigido a usuarios de la Unidad de Salud Mental del Complejo Hospitalario de Jaén diagnosticados de AN y, se encuentren en régimen ambulatorio. Los terapeutas encargados de la unidad serán los responsables de ofertar el programa y será el usuario quien escoja libremente realizarlo. Se tendrá en cuenta para la no inclusión en el programa si el paciente presenta alergias a los perros y/o animadversión hacia los mismos y/o pacientes inmunodeprimidos.

Se estima en esta primera puesta en marcha del programa se atenderán a 8 pacientes de edades comprendidas entre los 14 y 21 años.

4.2 Recursos materiales, humanos y animales

4.2.1 Equipo de intervención (ver Anexo I)

El equipo para llevar a cabo el programa se compondrá de:

- Una psicóloga clínica perteneciente a la Unidad de Salud Mental y se centrará en tareas de observación. En momentos puntuales y si lo demanda la situación podrá dar apoyo en la sesión.

- Una psicóloga experta en Intervención Asistida con Animales, dirigirá las sesiones y hará las funciones de Técnico en Intervención Asistida.

- Perro de intervención (PI) seleccionado y entrenado específicamente para IAA. Al ser un proyecto de larga duración, se considera necesario introducir un segundo perro suplente para que en caso de baja por accidente, lesión o enfermedad del animal de intervención el programa no tenga que posponerse o cancelarse.

4.2.2 Materiales

Para un listado detallado de los materiales ver Anexo II

4.3 Instrumentos de evaluación

Escala de autoestima de Rosenberg (Rosenberg, 1965, adaptada por Martín-Albo, Núñez, Navarro y Grijalva, 2007). Evalúa la autoestima global. Está conformada por 10 ítems de tipo Likert de cuatro alternativas con un rango entre 1 y 4, donde 1 corresponde a "Muy de acuerdo" y 4 "Muy en desacuerdo". Las puntuaciones pueden oscilar entre 10 y 40 puntos. Coeficiente de consistencia interna de 0,85 (ver anexo III).

Escala de estrés percibido (EEP) (Cohen Kamarkc y Mermelstein, 1983, adaptada por Remor y Carroble, 2001). Instrumento de autoinforme que evalúa el nivel de estrés percibido durante el último mes. Está conformada por 14 ítems de tipo Likert de cinco alternativas con un rango entre 0 y 4, donde 0 corresponde a "Nunca" y 4 "Muy a menudo". Las puntuaciones pueden oscilar entre 0 y 56, indicando mayor estrés cuanto mayor es la puntuación. Coeficiente de consistencia interna de entre 0,83 y 0,86 (ver anexo III).

Escala rasgo de metaconocimiento emocional - 24 (TMMS-24) (Salovey, Mayer, Goldman, Turvey y Palfai, 1995, adaptada por Fernández-Berrocal, Extremera y Ramos, 2004). Evalúa las destrezas con las que ser conscientes de las propias

emociones y la capacidad para regularla mediante 48 ítems de tipo Likert de cinco alternativas, donde 1 corresponde a "Nada de acuerdo" y 5 "Totalmente de acuerdo". Contiene tres dimensiones claves de la inteligencia emocional, con 8 ítems cada una de ellas: atención emocional, claridad de sentimientos y reparación emocional. Coeficiente de consistencia interna para la atención de 0,87; para la claridad de 0,81 y para la reparación de 0,76 (ver anexo III).

Inventario de Ansiedad Estado-Rasgo (STAI): Evalúa el nivel de ansiedad y la predisposición de la persona a responder al estrés. Consta de 40 ítems de tipo Likert de cuatro alternativas, donde 0 significa "Nada" y 3 "Mucho". Coeficiente de consistencia interna de entre 0,90-0,93 (ver anexo III).

Cuestionario de satisfacción: Evalúa el grado de satisfacción con el programa. Con una escala tipo Likert de 0 a 4, donde 0 significa "Nada" y 4 "Muy satisfecho" (ver anexo III).

4.4 Selección y bienestar animal

La selección de los animales de terapia es fundamental para el buen desarrollo de los programas de IAA. Asimismo, los perros colaboradores en este programa fueron seleccionados y entrenados correctamente para su introducción en TAA. En su selección se tuvieron en cuenta que cumplieran los siguientes criterios: ser un perro sociable tanto con personas como con otros animales, es decir, se eligió aquel que buscaba libremente la interacción con las personas y otros animales; ser manipulable y manejable, que reaccione bien ante las caricias, abrazos, etc.; fácilmente entrenable; estable a nivel emocional; previsible; con buena salud física; fiable y eficiente. Estos aspectos fueron evaluados con distintas pruebas como el certificado en obediencia COBS, el Ethotest (Lucidi, 2005) y una adaptación del certificado Canine Good Citizen (CGC) (Fontalba, 2015) (ver Anexo IV), las tres pruebas están destinados a evaluar las capacidades y habilidades como animal de terapia. A la hora del entrenamiento se tuvieron en cuenta las necesidades y características propias de los participantes, de los objetivos del programa y del ámbito donde se iba a realizar el trabajo.

Pero no sólo es importante la selección y el entrenamiento del perro para el desarrollo adecuado de la IAA, también es de vital importancia tener en cuenta el

bienestar del animal en todo momento, tanto fuera como dentro de sesión, para tal fin se ha desarrollado un protocolo de bienestar que se puede consultar en el Anexo V.

5. Implementación

El programa se desarrollará en tres fases: una fase previa donde se realizarán las sesiones informativas al centro y se extraerá la información necesaria para la elaboración del programa. También se incluyen en este apartado, las visitas previas a la terapia, para facilitar la habituación del PI al entorno. Una fase de intervención, que se corresponde con el desarrollo de las sesiones terapéuticas. En esta segunda fase, se realizará una evaluación pre-intervención en la primera sesión del programa y una post-intervención en la última sesión planteada. Estos datos se procesarán en la fase final, donde se recogen los datos obtenidos con el desarrollo del programa, entregando una memoria al centro sobre los resultados del mismo.

La temporalización completa del programa se puede consultar en el Anexo VI.

5.1 Fase previa

En primera instancia, se realizarán una serie de reuniones con el equipo multidisciplinar del centro, la primera tendrá como objetivo dar a conocer la terapia que se va a llevar a cabo a todo el equipo, posteriormente se concretará otra reunión para determinar los objetivos que se van a trabajar en el programa, así como se obtendrán datos de los aspectos más destacables de los beneficiarios del programa. En segundo lugar, se concertará una reunión con el resto de personal para dar información sobre el programa y donde se va a llevar a cabo con el fin de evitar posibles conflictos por el acceso de animal al hospital, también para favorecer el desarrollo del trabajo y evitar posibles interrupciones durante las sesiones. Por otro lado, esta fase previa incluirá visitas al centro con los perros de intervención y, sobre todo al aula, donde se van a realizar las sesiones para que se habitúen a los estímulos procedentes del mismo.

5.2 Fase de intervención

El programa constará de un total de 13 sesiones, de las cuales 8 sesiones serán individuales y 5 sesiones grupales, distribuidas entre los meses de Abril y Junio. Las

sesiones individuales tendrán una duración de 45 minutos aproximadamente, y se realizarán dos sesiones por día - siendo los participantes distintos en cada sesión- de Lunes a Jueves. Mientras que las sesiones grupales serán de 60 minutos aproximadamente y se realizarán viernes alternos. Las sesiones grupales, se aprovecharán para fomentar el contacto social entre los participantes. Para aumentar la efectividad de la práctica de Mindfulness se les solicitará a los participantes que realicen en casa un ejercicio de exploración corporal (BodyScan) de 10 minutos, y al menos, una vez a la semana realicen una de las actividades de la vida diaria con conciencia plena - para facilitar su ejecución, estas tareas se les pedirán una vez se hayan realizado en sesión (Sesión 2 y 3). Además, cada participante deberá completar una hoja de autorregistro en la que diariamente anoten sus prácticas.

Las sesiones del programa se clasifican en función de su finalidad en:

Sesiones iniciales: Son la primera toma de contacto con el equipo de intervención, en ellas se favorece la creación del vínculo entre los usuarios y el PI sobre el que se fundamenta el programa. Igualmente, estas sesiones iniciales están orientadas a comprobar si los objetivos se adecuan a los usuarios y, si fuese necesario, se reajustarán.

Sesiones de intervención: Es el bloque mayoritario del programa, se concentran las actividades que se realizarán para alcanzar los objetivos propuestos.

Sesiones de finalización: Tiene como objetivo amortiguar el impacto de la desvinculación con el perro. Ha de efectuarse de manera progresiva y positiva para evitar problemas de apego o dependencia.

Por su parte, cada sesión está dividida en tres momentos que marcan el ritmo de la misma. Tanto las individuales como las grupales están diseñadas con esta misma estructura lógica: 1. Saludo; 2. Intervención; 3. Despedida.

Dentro de la fase de intervención, se hará una reunión con el equipo multidisciplinar a cargo de los participantes para comentar como está transcurriendo el programa.

5.2.1 Desarrollo de las sesiones

Como se ha mencionado anteriormente, el programa se divide en 13 sesiones: 8 sesiones individuales y 5 grupales. Las tres primeras sesiones son iniciales, servirán para crear el vínculo con el PI; de la cuarta a la undécima sesión son de intervención, en

ellas se profundizará en el tratamiento; y las dos últimas son sesiones de finalización, donde se realizará la desvinculación del animal.

Se irá profundizando en el trabajo de Mindfulness según avancen el número de sesiones, el trabajo de la Experta en Intervención Asistida (EIAA) será ir reduciendo la cantidad de apoyo que ofrece en las meditaciones, es decir, al principio las prácticas serán guiadas en su totalidad por la EIAA hasta conseguir que su participación sea mínima. Las sesiones individuales tendrán lugar una vez por semana, citando a dos participantes en el mismo día pero a diferentes horas. Los ocho participantes asistirán a las reuniones grupales que se realizarán una vez cada quince días.

Se dará comienzo con una sesión grupal, donde conocerá al equipo de intervención y el trabajo que estos van a realizar en el centro. Asimismo, esta primera sesión servirá para realizar una evaluación inicial de los participantes en autoestima, estrés percibido, ansiedad y metacognición emocional. Se introducirá a los asistentes en la práctica del Mindfulness con una meditación guiada centrando la atención en la respiración propia.

La segunda sesión, que será la primera sesión individual, tendrá como objetivo fortalecer el vínculo entre el PI y el usuario y será una sesión introductoria al Mindfulness. Esta sesión estará compuesta de dos actividades, la primera será una práctica informal y la segunda una práctica formal. Con la intención de desarrollar el vínculo con el PI se aumentará el tiempo de contacto con el perro, de este modo, se utilizará como excusa el lavado de éste para introducir la primera actividad, consistirá en un lavado en seco con una espuma inocua para el can y preparada para tal fin. El participante será el encargado de echar la espuma, y masajear el cuerpo del perro, pero ha de realizar esta actividad lo más lentamente posible para tomar conciencia de todos los estímulos que está percibiendo -desde el movimiento de sus dedos, la resistencia de la musculatura del animal, etc.- Acabada esta práctica informal se charlará sobre las sensaciones y limitaciones que ha tenido mientras lavaba al PI con atención plena. Seguidamente, se realizará un BodyScan, es decir, un repaso a todo el cuerpo buscando las tensiones que puede haber en él. La práctica continuada de la atención plena es importante para la consecución de los objetivos, por lo que se considera que los participantes deben practicar en casa, para ello se les facilitará un lápiz de memoria con cinco audios que irán trabajando según se les indique. En esta segunda sesión, se les

manda meditar con el audio número 1 que coincide con el BodyScan que han trabajado en la sesión. Además, se les pedirá un llevar un autorregistro semanal de sus prácticas.

La tercera sesión se tratará de activar los sentidos a través del contacto con el PI, con la finalidad de agudizar el resto de sentidos, se pide al sujeto que cierre los ojos y permanezca así durante la actividad. La EIAA realizará un recorrido por alguno de los sentidos focalizando la atención en las sensaciones físicas que transmite el PI. En casa deberá practicar la meditación guiada con anclaje en la respiración durante 15 minutos, técnica que ya se trabajó en la primera sesión grupal. Igualmente, deberá seguir rellenando el autorregistro semanal.

La sesión número 4 tiene como objetivo aprender a diferenciar lo que es una reacción y una respuesta no automática. Se elaboran dos actividades para esta sesión, la primera consiste en un debate sobre reaccionar y responder, con la ayuda del PI se entregarán unas fichas -las cuales describen situaciones con las que se pueden sentir identificados- cada participante ha de describir la ficha que le ha tocado y ver cuál sería la reacción y cuál la respuesta no automática, hará una pequeña defensa de su argumentación y el resto de los compañeros opinarán al respeto. Finalizada la actividad se realizará una meditación guiada. Como trabajo para casa se les pide pongan en práctica lo aprendido en esta sesión sobre reaccionar y responder.

Dado el grado de perfeccionismo que tienen las personas que padecen de AN, se considera oportuno introducir actividades donde se trabajen las autoinstrucciones, así la quinta sesión del presente programa tiene como objetivo reducir las autoinstrucciones críticas realizando un cambio de voz, en vez de ser la voz crítica de su interior, se les pide que imaginen que esas frases críticas se las dice el PI, el cual no juzga ni critica, por lo que adquieren otro tono, están formuladas con mayor amabilidad. En casa realizarán una meditación guiada sobre autoinstrucciones.

En la cuarta semana tendrá lugar la sesión número 6, estará centrada en enseñar como los recuerdos, el continuo revivir del pasado, puede provocar cambios fisiológicos en el presente y afectar al estado anímico actual. Para ello se ha elaborado una actividad donde se realiza una meditación guiada sirviendo de anclaje el calor que transmite el cuerpo del PI. Se seguirá trabajando en casa con los audios del pen-drive.

La sesión número 7, nuevamente será una sesión grupal, donde la expresión de pensamientos y sentimientos será el tema fundamental que se trabaje. Para el desarrollo de esta sesión se plantean dos ejercicios: en primer lugar, se dispondrán unas fotografías de perros en distintas situaciones por la sala, los usuarios tendrán que visualizar cada una de ellas y elegir una en función de los sentimientos que le provoque. Seguidamente, se juntarán las personas que coincidan en la misma fotografía y tratarán de transmitir la emoción al resto. A continuación, se trabajará el flujo de pensamiento, la EIAA guiará en el ejercicio mental de observar el flujo de pensamiento sin obcecarse en ninguno de ellos. La tarea semanal será registrar aquellas situaciones en las que se ven controlados por sus emociones o pensamientos.

Se integra una nueva técnica en la octava sesión, el Mindful-eating, este consiste en comer de manera consciente, desde la elección del alimento hasta su ingesta. Como objetivos en esta sesión se plantean el incrementar los conocimientos nutricionales correctos, establecer una relación saludable con los alimentos, comer de manera consciente. La actividad de esta sesión está enfocada a reducir los niveles de ansiedad ante determinados alimentos. Así, se producen pequeñas aproximaciones del alimento a la boca, comenzando por explorar la forma, el color, el tacto, el olor, etc. hasta la introducción en la boca donde se degustará lentamente. Para finalizar se realizará un ejercicio donde se convine la relajación y el agradecimiento por el esfuerzo. Para continuar el trabajo fuera de sesión se le invita a trabajar con el audio número 4 del pen-drive en el cual se trabaja la atención plena durante la comida.

En la sesión novena, la cual se ha titulado la mirada en el espejo, se trata de trabajar sobre la distorsión de la imagen a través de la técnica de la silueta. De este modo, la EIAA realizará una meditación guiada que recorrerá el cuerpo, centrando la atención en emociones y pensamientos que surgen en esta exploración con cada una de las partes. A continuación, dibujará la silueta que cree tener y rellenará con colores las partes del cuerpo, explicando su elección. Se volverá a realizar la meditación guiada, centrándose en las áreas de mayor conflicto pero sólo observando las emociones y pensamientos.

La décima sesión, se ha dividido en tres actividades: una primera de meditación no guiada con anclaje en el PI; una actividad de puesta en común y resolución de los

problemas surgidos en la meditación no guiada y; una última actividad de meditación guiada con anclaje en la respiración de la persona. La finalidad de esta sesión es conseguir mayor autonomía en la meditación y solventar los posibles conflictos que puedan surgir.

De paseo es el título de la sesión número once, en esta ocasión, se traslada el trabajo al exterior, donde se caminará junto al PI de distintos modos -de manera natural, rápida, lenta, muy lentamente, tomando conciencia de lo que hay alrededor, etc.- La intención es llevar a la vida diaria las prácticas de Mindfulness.

Uno de los elementos fundamentales del Mindfulness es la autocompasión, por lo que la sesión doce se dedica a cuidar del niño interior de cada uno. Realizando la EIAA una meditación guiada con anclaje a la respiración personal y se centrará en la interacción con la imagen de su niño interior. Se solicitará la realización de una redacción para la siguiente sesión.

Por último, se realiza una sesión grupal para extraer conclusiones del grupo general sobre el programa, leerán las redacciones al resto de sus compañeros, quienes deben prestar plena atención. Finalmente, se evaluará nuevamente la ansiedad, el estrés percibido, la autoestima y la metacognición emocional. También se pasarán los cuestionarios de satisfacción tanto a terapeutas como a participantes.

El desarrollo completo de las 13 sesiones se puede consultar en el anexo VII.

5.3 Fase de finalización

Al término de la fase de intervención, se convocarán dos reuniones. Una entre el equipo de intervención y el equipo multidisciplinar responsable de la Unidad de Salud Mental. El objetivo de esta primera reunión será poner en común los datos que se han recogido a lo largo de todo el programa, evaluar si se han cumplido los objetivos y las expectativas, y corroborar el grado de satisfacción con el mismo por parte del cuerpo facultativo. Para esto último, se pasará un cuestionario de satisfacción que permitirá la reevaluación del programa y su modificación, en caso de que fuese necesario. Al ser

una institución pública, se hace necesario convocar otra reunión entre el equipo de intervención, un responsable de la Unidad y la gerencia del hospital, para trasladar los resultados conseguidos con el programa, tanto a nivel objetivo como a nivel subjetivo de participantes y terapeutas.

6. Viabilidad del programa

Se estima un coste global de 1529,38€ tal y como está planteado, es decir, con dos psicólogos especialistas, sin embargo, el sueldo del psicólogo clínico lo aporta el Servicio Andaluz de Salud (SAS), al igual que los gastos de la sala y, todos los gastos derivados de su uso como la electricidad y algún material ya incluido en la sala. Se estima que el gasto para el SAS será de 547,55€. En consecuencia, la cuantía resultante tras las aportaciones del SAS sería de 981,82€. Para un análisis más detallado ver Anexo VIII.

7. Resultados esperados

Con la implantación de este programa se pretende mejorar en las estrategias de regulación emocional cognitiva, lo que se espera que derive en una mejora de la sintomatología depresiva y ansiosa, a través de la superación de los siguientes objetivos específicos:

- Mejorar en el reconocimiento y expresión emocional
- Dotar de una mayor capacidad para resolver los conflictos de la vida diaria
- Mejorar el afecto positivo
- Reducir la tendencia a culparse a sí mismos de los errores de la vida diaria
- Disminuir la reactividad impulsiva ante las emociones y los pensamientos automáticos
- Fomentar la búsqueda de contacto físico y apoyo social

Por otro lado, se espera que el programa planteado finalice con éxito y esto incentive el desarrollo y la puesta en marcha de más proyectos en Terapia Asistida con Animales, tanto dentro del ámbito hospitalario como fuera de él. Asimismo, se desea que la proliferación de programas de TAA estimule la investigación dentro de este ámbito, consiguiendo un marco teórico sólido en la que basar los proyectos futuros.

8. Referencias bibliográficas

- Abellán, R. M. (2009). Atención a la diversidad y terapia asistida por animales. Programas y experiencias en el medio penitenciario. *Revista de Educación Inclusiva*, 2(3), 111-133.
- Alberts, H. J., Thewissen, R., y Raes, L. (2012). Dealing with problematic eating behaviour. The effects of a mindfulness-based intervention on eating behaviour, food cravings, dichotomous thinking and body image concern. *Appetite*, 58(3), 847-851.
- Alonso, Y. (2000). ¿Los animales fomentan la salud mental? Un análisis preliminar. *Revista de Psicología General y Aplicada*, 53(4), 693-700.
- Alonso, M. (2012). Mindfulness en el tratamiento de los trastornos de ansiedad. *Mindfulness en la práctica clínica. Bilbao*, 5, 81-140.
- Alvarado, N., y Silva, C. (2014). Funciones ejecutivas y sintomatología asociada con los trastornos de la conducta alimentaria. *Revista Latinoamericana de Psicología*, 46(3), 189-197.
- Anālayo. (2003). *Satipaṭṭhāna: The direct path to realization*. Birmingham, UK. Windhorse Publications.
- Arias, M. D. L. F., Justo, C. F., y Granados, M. S. (2010). Efectos de un programa de meditación (mindfulness) en la medida de la alexitimia y las habilidades sociales. *Psicothema*, 22(3), 369-375.
- Ávila Álvarez, A., Torres Tobio, G., Villazala Roca, O., López-Cortón Facal, A., Viana Moldes, I., Saavedra García, M., y Pérez Taboada, L. (2013). Efectos de la terapia asistida con animales en personas con daño cerebral o lesión medular. *Trauma*, 24(2), 109-116.
- Baer, R. A., Smith, G. T., Hopkins, J., Krietemeyer, J., y Toney, L. (2006). Using self-report assessment methods to explore facets of mindfulness. *Assessment*, 13(1), 27-45.
- Bardill, N., y Hutchinson, S. (1997). Animal-Assisted Therapy With Hospitalized Adolescents. *Journal of Child and Adolescent Psychiatric Nursing*, 10(1), 17-24.
- Barker, S. B., y Dawson, K. S. (1998). The effects of animal-assisted therapy on anxiety ratings of hospitalized psychiatric patients. *Psychiatric services*, 49(6), 797-801.
- Beck, A. M., y Katcher, A. H. (2003). Future directions in human-animal bond research. *American Behavioral Scientist*, 47(1), 79-93.

- Bossard, J. H. (1944). The mental hygiene of owning a dog. *Mental hygiene*, 28, 408-413.
- Camacho Ruiz, E. J., Escoto Ponce de León, M. D. C., y Mancilla Díaz, J. M. (2008). Neuropsychological evaluation in patients with eating disorders. *Salud mental*, 31(6), 441-446.
- Celis Ekstrand, A., y Roca Villanueva, E. (2011). Terapia cognitivo-conductual para los trastornos de la conducta alimentaria según la visión transdiagnóstica. *Acción psicológica*, 8 (1), 21-33.
- Coutiño, A. M. (2012). Terapias cognitivo-conductuales de tercera generación (TTG): la atención plena/mindfulness. *Revista Internacional de Psicología*, 12(01).
- Dietz, T. J., Davis, D., y Pennings, J. (2012). Evaluating animal-assisted therapy in group treatment for child sexual abuse. *Journal of child sexual abuse*, 21(6), 665-683.
- Eggiman, J. (2006). Cognitive-behavioral therapy: A case report--animal-assisted therapy. *Topics in Advanced Practice Nursing eJournal*, 6(3), 1-7.
- Elipe, I. (2013). La terapia asistida con animales: una nueva dimensión en la rehabilitación neuropsicológica. Recuperado a día 20/06/2017 de: <http://www.aepccc.es/blog/item/la-terapia-asistida-con-animales-una-nuevadimension-en-la-rehabilitacion-neuropsicologica.html>
- Engel, A. K., Fries, P., y Singer, W. (2001). Dynamic predictions: oscillations and synchrony in top-down processing. *Nature Reviews Neuroscience*, 2(10), 704-716.
- Estivill, S. (1999). *La terapia con animales de compañía*. Barcelona, España. Tikal Ediciones.
- Fernández-Jorge, M. T., Roldán-Gacimartín, M. I., de Gómez-Alfageme, M. G., Vargas, M. L., y Lahera-Corteza, G. (2013). Aplicabilidad y efectividad de la terapia asistida con animales en personas con trastorno mental grave y duradero: Un ensayo piloto aleatorizado. *Rehabilitacion Psicosocial*, 10, 18-24.
- Fine, A. H. (2006). Incorporating animal-assisted therapy into psychotherapy: Guidelines and suggestions for therapists. *Handbook on animal-assisted therapy: Theoretical foundations and guidelines for practice*, 2, 167-206.

- Friedmann, E., Son, H., y Tsai, C. (2000). The animal-human bond: Health and wellness. *Handbook on animal-assisted therapy: Theoretical foundations and guidelines for practice*, 41-58.
- Fontalba, J.L., 2015. *Evaluación de la influencia de la Terapia Asistida por Animales en Salud Mental*. Recuperado a día 20/06/2017 de la web http://riuma.uma.es/xmlui/bitstream/handle/10630/12752/TD_FONTALBA_NAVAS_Jose_Luis.pdf?sequence=1
- Godart, N. T., Flament, M. F., Curt, F., Perdereau, F., Lang, F., Venisse, J. L., y Jeammet, P. (2003). Anxiety disorders in subjects seeking treatment for eating disorders: a DSM-IV controlled study. *Psychiatry research*, 117(3), 245-258.
- Gordon, R.A. (2004). Commentary: Towards a Clinical Ethnography. *Culture, Medicine and Psychiatry*, 28, 603-606.
- Guardiola-Wanden-Berghe, R., Gil-Pérez, J. D., Sanz-Valero, J., y Wanden-Berghe, C. (2011). Evaluating the quality of websites relating to diet and eating disorders. *Health Information & Libraries Journal*, 28(4), 294-301.
- Gutiérrez, G., Granados, D., y Piar, N. (2007). Interacciones humano-animal: características e implicaciones para el bienestar de los humanos. *Revista colombiana de psicología*, 16, 163.
- Hamilton, N. A., Kitzman, H., y Guyotte, S. (2006). Enhancing health and emotion: Mindfulness as a missing link between cognitive therapy and positive psychology. *Journal of Cognitive Psychotherapy*, 20(2), 123-134.
- Hayes, A. M., y Feldman, G. (2004). Clarifying the construct of mindfulness in the context of emotion regulation and the process of change in therapy. *Clinical Psychology: science and practice*, 11(3), 255-262.
- Hernando, B. (2000). Tratamiento de los trastornos de la conducta alimentaria: Anorexia y Bulimia. *Inf Ter Sist Nac Salud*, 24, 44-50.
- Hoge, E. A., Hölzel, B. K., Marques, L., Metcalf, C. A., Brach, N., Lazar, S. W., y Simon, N. M. (2013). Mindfulness and self-compassion in generalized anxiety disorder: Examining predictors of disability. *Evidence-Based Complementary and Alternative Medicine*, 2013.
- Hölzel, B. K., Carmody, J., Vangel, M., Congleton, C., Yerramsetti, S. M., Gard, T., y Lazar, S. W. (2011). Mindfulness practice leads to increases in regional brain gray matter density. *Psychiatry Research: Neuroimaging*, 191(1), 36-43.

- Hölzel, B. K., Hoge, E. A., Greve, D. N., Gard, T., Creswell, J. D., Brown, K. W., y Lazar, S. W. (2013). Neural mechanisms of symptom improvements in generalized anxiety disorder following mindfulness training. *NeuroImage: Clinical*, 2, 448-458.
- Hutton, R. C. M., y Wood-Gush, D. G. M. (1982). The development of social behaviour in piglets. *Applied Animal Ethology*, 9(1), 86-87.
- Jarne, R., y Javier, F. (2010). Imagen corporal y conducta alimentaria en una muestra de adolescentes de distintas culturas de Ceuta. Recuperado a día 20/06/2017 de <http://digibug.ugr.es/bitstream/10481/6620/1/18935801.pdf>
- Kabat-Zinn, J. (1990). *Vivir con plenitud las crisis*. Barcelona, España: Kairós.
- Kabat-Zinn, J. (2003). Mindfulness-based interventions in context: past, present, and future. *Clinical psychology: Science and practice*, 10(2), 144-156.
- Kristeller, J. L., y Hallett, C. B. (1999). An exploratory study of a meditation-based intervention for binge eating disorder. *Journal of health psychology*, 4(3), 357-363.
- Lavender, J. M., Gratz, K. L., y Tull, M. T. (2011). Exploring the relationship between facets of mindfulness and eating pathology in women. *Cognitive Behaviour Therapy*, 40(3), 174-182.
- Lazar, S. W. (2005). Mindfulness research. En Germer, C. K., Siegel, R. D., y Fulton, P.R. (Ed.), *Mindfulness and psychotherapy*, 220-238. Nueva York, Estados Unidos: The Guilford Press
- Lucidi, P., Bernabó, N., Panunzi, M., Dalla Villa, P. y Mattioli, M. (2005). Ethotest: A new model to identify (shelter) dogs' skills as service animals or adoptable pets. *Applied Animal Behaviour Science*, 95, 103-122.
- Lutz, A., Slagter, H. A., Dunne, J. D., y Davidson, R. J. (2008). Attention regulation and monitoring in meditation. *Trends in cognitive sciences*, 12(4), 163-169.
- Lykins, E. L., y Baer, R. A. (2009). Psychological functioning in a sample of long-term practitioners of mindfulness meditation. *Journal of Cognitive Psychotherapy*, 23(3), 226-241.
- Mañas, I. (2009). Mindfulness (Atención Plena): La meditación en psicología clínica. *Gaceta de psicología*, 50, 13-29.
- Martín-Asuero, A., y García de La Banda, G. (2007). Las ventajas de estar presente: desarrollando una conciencia plena para reducir el malestar

- psicológico. *International Journal of Clinical and Health Psychology*, 7(2), 369-384.
- Martín-Asuero, A. (2015). *Plena mente: Mindfulness o el arte de estar presente*. Barcelona, España: Grupo Planeta.
- Martínez Abellán, R. (2009). Atención a la diversidad y terapia asistida por animales. Programas y experiencias en el medio penitenciario. *Revista de educación inclusiva*, 2, 111-133.
- Mellor, D., McCabe, M., Ricciardelli, L., Yeow, J., Dalinza, N., y Hapidzal, N.F. (2009). Sociocultural influences on body dissatisfaction and body change behaviors among Malaysian adolescents. *Body Image*, 6(2), 121-128.
- Miján, A., De Mateo, B., y Pérez, A. M. (2004). *Nutrición y metabolismo en trastornos de la conducta alimentaria*. Barcelona, España: Glosa
- Miró, M. T., y Simón, V. (2012). *Mindfulness en la práctica clínica*. Bilbao, España: Desclée de Brouwer
- Montenegro, E., Blanco, A., Almengor, M., y Pereira, C. (2012). Trastornos alimenticios, ansiedad y depresión en una muestra de estudiantes de psicología de la Universidad de Costa Rica. *Wímb Lu*, 4 (1), 31-40.
- Moñivas, A., García-Diex, G., García-de-Silva, R. (2012). Mindfulness (Atención Plena): Concepto y teoría. *Postularia*, XII, 83-89
- Parra Delgado, M., Montañés Rodríguez, J., Montañés Sánchez, M., y Bartolomé Gutiérrez, R. (2012). Conociendo mindfulness [Knowing mindfulness]. *Ensayos. Revista de la Facultad de Educación de Albacete*, (27), 29-46.
- Pyszczynski, T., y Greenberg, J. (1987). Self-regulatory perseveration and the depressive Self-focusing style: A self-awareness theory of reactive depression. *Psychological Bulletin*, 102, 122– 138.
- Roenke, L., y Mulligan, S. (1998). The therapeutic value of the human-animal connection. *Occupational Therapy in Health Care*, 11(2), 27-43.
- Saldaña, C. (2001). Tratamientos psicológicos eficaces para trastornos del comportamiento alimentario. *Psicothema*, 13(3), 381-392.
- Sánchez, N. A., y Gutiérrez, C. S. (2014). Funciones ejecutivas y sintomatología asociada con los trastornos de la conducta alimentaria. *Revista Latinoamericana de Psicología*, 46(3), 189-197.

- Serpell, J. A. (2006). Terapia asistida por animales y salud mental: conferencia inaugural. *Animales de compañía, fuente de salud: comunicaciones VI Congreso internacional* Fundación Affinity, 19-38.
- Serra, M. (2015). *Trastornos del comportamiento alimentario*. Barcelona, España: UOC.
- Shroff H., Thompson JK. (2006). The tripartite influence model of body image and eating disturbance: A replication with adolescent girls. *Body Image* 3, (1), 17-23.
- Siegel, R. D., Germer, C. K., y Olendzki, A. (2009). Mindfulness: What is it? Where did it come from?. En Kabat-Zinn, J. (Ed.), *Clinical handbook of mindfulness* (pp. 17-35). New York, Estados Unidos: Springer.
- Slyter, M. (2012). Treating Eating Disorders With the Buddhist Tradition of Mindfulness. *Ideas and Research You Can Use: VISTAS*, 32(1), 1-12.
- Suárez González, F., Vaz Leal, F., Guisado, J. A., & Gómez Lozano, L. (2003). Estudio de hábitos alimentarios en población femenina comparando grupos con patología y sin patología alimentaria. *Nutrición Hospitalaria*, 18(5), 259-263.
- Speranza, M., Stéphan, P., Corcos, M., Loas, G., Taieb, O., Guilbaud, O., et al. (2003). Relationships between alexithymia, depression and interpersonal dependency in addictive subjects. *Annales de Médecine Interne*, 154 (1), 65-75.
- Speranza, M., Loas, G., Wallier, J., y Corcos, M. (2007). Predictive value of alexitimia in patients with eating disorders: A 3-year prospective study. *Journal of Psychosomatic Research*, 63, 4, 365-71.
- Tapajóz, F., Soneira, S., Aulicino, A., Martese, G., Iturry, M., y Allegri, R. F. (2013). Theory of mind and central coherence in eating disorders: Two sides of the same coin? *Psychiatry Research*, 210 (3), 1116-1122.
- Taylor, G. J., y Bagby, R. M. (2000). An overview of the alexithymia construct. En Parker, James D. A. (Ed.), *The Handbook of emotional Intelligence: Theory, development, assesment, and application at home, school, and in the workplace* (pp. 40-67). San Francisco, Us: Jossey-Bass.
- Tchanturia, K., Davies, H., Roberts, M., Harrison, A., Nakazato, M., Schmidt, U., y Morris, R. (2012). Poor cognitive flexibility in eating disorders: examining the evidence using the Wisconsin Card Sorting Task. *PloS one*, 7(1), e28331.
- Thayer, J. F., Friedman, B. H., y Borkovec, T. D. (1996). Autonomic characteristics of generalized anxiety disorder and worry. *Biological psychiatry*, 39(4), 255-266.

- Villalta-Gil, V., Roca, M., Gonzalez, N., Domenec, E., Cuca, Escanilla, A., y Haro, J. M. (2009). Dog-assisted therapy in the treatment of chronic schizophrenia inpatients. *Anthrozoös*, 22(2), 149-159.
- Zamarra San Joaquín, M. P. (2002). Terapia asistida por animales de compañía: bienestar para el ser humano. *Centro de Salud*, 10(3), 143-149.

ANEXOS

ANEXO I - EQUIPO INTERVENCIÓN

	Funciones
	Psicóloga Experta en IAA Técnica en IAA Coordinadora del proyecto
Rita Ortega NºColegiada: AO-10074	Formación
	Licenciatura en Psicología Máster en Intervención Asistida con Animales Ciclo Superior en Dietética y Nutrición Experta en Mindfulness



NINA

Raza:
Bodeguero Andaluz

Nacimiento:
04/08/2014

Sexo: Hembra

Esterilizado: Sí

Color:
87% Blanco
11% Negra
02% Marrón

Peso:
9kg

ETHOTEST

Temperamento:
Puntuación obtenida: 4 Corte: 4

Comportamiento hacia otros animales con rol de asistencia:
Puntuación obtenida: 22 Corte: 11

Potencial de aprendizaje:
Puntuación obtenida: 47 Corte: 21

Historial de agresión

a) ¿Ha mostrado síntomas de agresión, gruñidos o ladridos hacia otras personas o animales? No

b) ¿Ha agredido alguna vez a otro perro o persona? Indicar en su caso afirmativo la situación. No

Historial de socialización

a) ¿Muestra reacciones de miedo altas como apartarse, agazaparse o huir ante situaciones nuevas? No

b) ¿Muestra reacciones de miedo altas como apartarse, agazaparse o huir ante personas desconocidas? No

Historial de aprendizaje

¿El perro ha recibido formación específica para las IAA?
Sí. Entrenamiento cognitivo-emocional.

Historial de enfermedades

¿Tiene alguna enfermedad crónica o congénita que pueda impedir su labor en la terapia? No

Otros datos de interés

Nina ha sido elegida como perra de intervención ya que se trata de una perra muy sociable con personas y otros animales, que habitualmente despierta el interés de las personas por su aspecto simpático.

Obtiene el COBS con una puntuación del 89%

Según el CGC Nina es APTA



Dexter

Raza:
X Malinois-Husky

Nacimiento:
13/06/2011

Sexo: Macho

Esterilizado: Sí

Color:
74% Marrón
20% Negro
06% Blanco

Peso:
28kg

ETHOTEST

Temperamento:
Puntuación obtenida: 4 Corte: 4

Comportamiento hacia otros animales con rol de asistencia:
Puntuación obtenida: 20 Corte: 11

Potencial de aprendizaje:
Puntuación obtenida: 49 Corte: 21

Historial de agresión

- a) ¿Ha mostrado síntomas de agresión, gruñidos o ladridos hacia otras personas o animales? No
- b) ¿Ha agredido alguna vez a otro perro o persona? Indicar en su caso afirmativo la situación. No

Historial de socialización

- a) ¿Muestra reacciones de miedo altas como apartarse, agazaparse o huir ante situaciones nuevas? No
- b) ¿Muestra reacciones de miedo altas como apartarse, agazaparse o huir ante personas desconocidas? No

Historial de aprendizaje

¿El perro ha recibido formación específica para las IAA?
Sí. Entrenamiento cognitivo-emocional.

Historial de enfermedades

¿Tiene alguna enfermedad crónica o congénita que pueda impedir su labor en la terapia? No

Otros datos de interés

Dexter ha sido elegido como perro de intervención ya que se trata de un perro muy sociable con personas y otros animales, que habitualmente despierta el interés de las personas por su aspecto simpático.

Obtiene el COBS con una puntuación del 92%

Según el CGC, Dexter es APTO

ANEXO II -- MATERIALES

Para el desarrollo de las sesiones se necesitará:

- Una sala para la atención individualizada y las sesiones grupales
- Estera de yoga (x10)
- Cuencos tibetanos
- Un espejo de cuerpo entero
- Fotografías de perros en distintas situaciones
- Paquete de folios A4
- Rotuladores velleda (x2)
- USB con grabaciones de meditación (x8)
- Arnés de trabajo del PI
- Correa larga que permita la movilidad del PI
- Caseta portátil del PI

ANEXO III INSTRUMENTOS DE EVALUACIÓN

ESCALA DE AUTOESTIMA DE ROSEMBERG

Instrucciones: Este test tiene por objeto evaluar el sentimiento de satisfacción que la persona tienen de sí misma. Por favor, marque con una X según su grado de acuerdo o desacuerdo con las siguientes frases.

	Muy de acuerdo	De acuerdo	En desacuerdo	Muy en desacuerdo
1. Siento que soy una persona digna de aprecio, al menos en igual medida que los demás				
2. Estoy convencido de que tengo cualidades buenas				
3. Soy capaz de hacer las cosas tan bien como la mayoría de la gente				
4. Tengo una actitud positiva hacia mi mismo/a				
5. Siento que no tengo mucho de lo que estar orgulloso/a				
6. En general, me inclino a pensar que soy un fracasado/a				
7. Me gustaría poder sentir más respeto por mí mismo				
8. Hay veces que realmente pienso que soy un inútil				
9. A veces creo que no soy buena persona				

ESCALA DE ESTRÉS PERCIBIDO

Instrucciones: Las preguntas en esta escala hacen referencia a sus sentimientos y pensamientos durante el **último mes**. En cada caso, por favor indique con una “X” cómo usted se ha sentido o ha pensado en cada situación.

	Nunca	Casi nunca	De vez en cuando	A menudo	Muy a menudo
1. En el último mes, ¿con qué frecuencia ha estado afectado por algo que ha ocurrido inesperadamente?	0	1	2	3	4
2. En el último mes, ¿con qué frecuencia se ha sentido incapaz de controlar las cosas importantes en su vida?	0	1	2	3	4
3. En el último mes, ¿con qué frecuencia se ha sentido nervioso o estresado?	0	1	2	3	4
4. En el último mes, ¿con qué frecuencia ha manejado con éxito los pequeños problemas irritantes de la vida?	0	1	2	3	4
5. En el último mes, ¿con qué frecuencia ha sentido que ha afrontado efectivamente los cambios importantes que han estado ocurriendo en su vida?	0	1	2	3	4
6. En el último mes, ¿con qué frecuencia ha estado seguro sobre su capacidad para manejar sus problemas personales?	0	1	2	3	4
7. En el último mes, ¿con qué frecuencia ha sentido que las cosas le van bien?	0	1	2	3	4
8. En el último mes, ¿con qué frecuencia ha sentido que no podía afrontar todas las cosas que tenía que hacer?	0	1	2	3	4
9. En el último mes, ¿con qué frecuencia ha podido controlar las dificultades de su vida?	0	1	2	3	4
10. En el último mes, ¿con qué frecuencia se ha sentido que tenía todo bajo control?	0	1	2	3	4
11. En el último mes, ¿con qué frecuencia ha estado enfadado porque las cosas que le han ocurrido estaban	0	1	2	3	4

fuera de su control?					
12. En el último mes, ¿con qué frecuencia ha pensado sobre las cosas que le quedan por hacer?	0	1	2	3	4
13. En el último mes, ¿con qué frecuencia ha podido controlar la forma de pasar el tiempo?	0	1	2	3	4
14. En el último mes, ¿con qué frecuencia ha sentido que las dificultades se acumulan tanto que no puede superarlas?	0	1	2	3	4

TMMS-24

Instrucciones: A continuación encontrará algunas afirmaciones sobre sus emociones y sentimientos. Lea atentamente cada frase e indique por favor el grado de acuerdo o desacuerdo con respecto a las mismas. Señale con una "X" la respuesta que más se aproxime a sus preferencias. No hay respuestas buenas ni malas. No emplee demasiado tiempo en cada frase.

	Nada de acuerdo	Algo de acuerdo	Bastante de acuerdo	Muy de acuerdo	Por completo de acuerdo
1. Presto mucha atención a los sentimientos	1	2	3	4	5
2. Normalmente me preocupo mucho por lo que siento	1	2	3	4	5
3. Normalmente dedico tiempo a pensar en mis emociones	1	2	3	4	5
4. Pienso que merece la pena prestar atención a mis emociones y estado de ánimo	1	2	3	4	5
5. Dejo que mis sentimientos afecten a mis pensamientos	1	2	3	4	5
6. Pienso en mi estado de ánimo constantemente	1	2	3	4	5
7. A menudo pienso en mis sentimientos	1	2	3	4	5
8. Presto mucha atención a cómo me siento	1	2	3	4	5
9. Tengo claros mis sentimientos	1	2	3	4	5
10. Frecuentemente puedo definir mis sentimientos	1	2	3	4	5
11. Casi siempre sé cómo me siento	1	2	3	4	5
12. Normalmente conozco mis sentimientos sobre las personas	1	2	3	4	5
13. A menudo me doy cuenta de mis sentimientos en diferentes situaciones	1	2	3	4	5
14. Siempre puedo decir cómo me siento	1	2	3	4	5
15. A veces puedo decir cuáles son mis emociones	1	2	3	4	5
16. Puedo llegar a comprender mis sentimientos	1	2	3	4	5
17. Aunque a veces me siento triste, suelo tener una visión optimista	1	2	3	4	5

18. Aunque me sienta mal, procuro pensar en cosas agradables	1	2	3	4	5
19. Cuando estoy triste, pienso en todos los placeres de la vida	1	2	3	4	5
20. Intento tener pensamientos positivos aunque me sienta mal	1	2	3	4	5
21. Si doy demasiadas vueltas a las cosas, complicándolas, trato de calmarme	1	2	3	4	5
22. Me preocupo por tener un buen estado de ánimo	1	2	3	4	5
23. Tengo mucha energía cuando me siento feliz	1	2	3	4	5
24. Cuando estoy enfadado intento cambiar mi estado de ánimo	1	2	3	4	5

STAI

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.

	Nada	Algo	Bastante	Mucho
1. Me siento calmado	0	1	2	3
2. Me siento seguro	0	1	2	3
3. Estoy tenso	0	1	2	3
4. Estoy contrariado	0	1	2	3
5. Me siento cómodo (estoy a gusto)	0	1	2	3
6. Me siento alterado	0	1	2	3
7. Estoy preocupado ahora por posibles desgracias futuras	0	1	2	3
8. Me siento descansado	0	1	2	3
9. Me siento angustiado	0	1	2	3
10. Me siento confortable	0	1	2	3
11. Tengo confianza en mí mismo	0	1	2	3
12. Me siento nervioso	0	1	2	3
13. Estoy desasosegado	0	1	2	3
14. Me siento muy "atado" (como oprimido)	0	1	2	3
15. Estoy relajado	0	1	2	3
16. Me siento satisfecho	0	1	2	3
17. Estoy preocupado	0	1	2	3
18. Me siento aturdido y sobreexcitado	0	1	2	3
19. Me siento alegre	0	1	2	3
20. En este momento me siento bien	0	1	2	3
21. Me siento bien	0	1	2	3
22. Me canso rápidamente	0	1	2	3
23. Siento ganas de llorar	0	1	2	3
24. Me gustaría ser tan feliz como otros	0	1	2	3
25. Pierdo oportunidades por no decidirme pronto	0	1	2	3

26. Me siento descansado	0	1	2	3
27. Soy una persona tranquila, serena y sosegada	0	1	2	3
28. Veo que las dificultades se amontonan y no puedo con ellas	0	1	2	3
29. Me preocupo demasiado por cosas sin importancia	0	1	2	3
30. Soy feliz	0	1	2	3
31. Suelto tomar las cosas demasiado seriamente	0	1	2	3
32. Me falta confianza en mi mismo	0	1	2	3
33. Me siento seguro	0	1	2	3
34. No suelo afrontar las crisis o dificultades	0	1	2	3
35. Me siento triste (melancólico)	0	1	2	3
36. Estoy satisfecho	0	1	2	3
37. Me rondan y molestan pensamientos sin importancia	0	1	2	3
38. Me afectan tanto los desengaños que no puedo olvidarlos	0	1	2	3
39. Soy una persona estable	0	1	2	3
40. Cuando pienso sobre asuntos y preocupaciones actuales me pongo tenso y agitado	0	1	2	3

CUESTIONARIOS DE SATISFACCIÓN PARTICIPANTES

La siguiente escala está pensada para evaluar su grado de satisfacción con el programa en el que ha participado. Rodee con un círculo la puntuación que considere está más acorde con su opinión.. Considerando que: 0=Totalmente en desacuerdo; 1=En desacuerdo; 2=De acuerdo;3= Algo de acuerdo; 4=Totalmente de acuerdo

	Totalmente en desacuerdo	En desacuerdo	De acuerdo	Algo de acuerdo	Totalmente de acuerdo
El programa ha cumplido mis objetivos	0	1	2	3	4
El programa me ha servido a mejorar mi día a día	0	1	2	3	4
El programa consiguió motivarme para seguir el tratamiento	0	1	2	3	4
Han aumentado mis relaciones sociales desde que estoy en el programa	0	1	2	3	4
En general, me encuentro más animada	0	1	2	3	4
Las técnicas utilizadas han sido de gran utilidad para mí	0	1	2	3	4
Las actividades que hemos realizado en clase me han parecido interesantes	0	1	2	3	4
Respecto a los recursos utilizados han sido los adecuados para las actividades	0	1	2	3	4
Los recursos que me han facilitado para las prácticas diarias eran sencillos y fáciles de aplicar	0	1	2	3	4
Las sesiones de grupo considero que han sido de utilidad	0	1	2	3	4
Saber que había un perro en la sala me ayudaba a seguir viniendo venir	0	1	2	3	4
El equipo de intervención han sido respetuosos en el trato	0	1	2	3	4
¿Aconsejaría esta terapia a otras personas?	0	1	2	3	4
En general, estoy bastante satisfecha con el	0	1	2	3	4

programa					
----------	--	--	--	--	--

CUESTIONARIOS DE SATISFACCIÓN PARTICIPANTES

La siguiente escala está pensada para evaluar su grado de satisfacción con el programa y la introducción de un animal en el complejo hospitalario. Rodee con un círculo la puntuación que considere está más acorde con su opinión.. Considerando que: 0=Totalmente en desacuerdo; 1=En desacuerdo; 2=De acuerdo;3= Algo de acuerdo; 4=Totalmente de acuerdo

	Totalmente en desacuerdo	En desacuerdo	De acuerdo	Algo de acuerdo	Totalmente de acuerdo
El programa ha cumplido los objetivos que se tenían fijados	0	1	2	3	4
El programa se ha realizado en las horas y fechas previstas	0	1	2	3	4
El programa ha servido para mejorar el día a día de los participantes	0	1	2	3	4
El programa ha conseguido aumentar la adherencia al tratamiento	0	1	2	3	4
Introducir al perro de intervención en el hospital ha sido una molestia para el correcto funcionamiento del centro	0	1	2	3	4
El perro de intervención ha incomodado a otros usuarios del hospital	0	1	2	3	4
El acceso del perro de intervención al centro se ha realizado correctamente, evitando zonas sensibles como comedores, zonas asépticas, etc.	0	1	2	3	4
El perro de intervención ha causado daños en materiales del centro	0	1	2	3	4
El perro de intervención ha causado daños físicos	0	1	2	3	4

a alguna persona					
El perro de intervención ha provocado situaciones descontroladas en el centro. Ej, se ha escapado, ha correteado libremente, etc.	0	1	2	3	4
El perro de intervención se notaba contento y dispuesto para desempeñar sus funciones	0	1	2	3	4
La coordinación entre el equipo de intervención y los terapeutas de la Unidad ha sido correcta	0	1	2	3	4
La actitud y trato del equipo de intervención hacia los participantes ha sido el adecuado	0	1	2	3	4
La actitud y trato del equipo de intervención hacia los terapeutas y el resto de personal del hospital ha sido el adecuado	0	1	2	3	4
En general, recomendaría volver a incluir este programa como parte del tratamiento	0	1	2	3	4

ANEXO IV - CGC

Adecuado manejo-adiestramiento del animal (Adaptado de CGC del AKC)

Instrucciones: A continuación encontrará unas frases descriptivas de distintas situaciones, marque con una "X" en la columna que proceda.

	Correcto	Incorrecto
1. Aceptar a un extraño que se aproxima con actitud amistosa		
2. Aceptar ser acariciado mientras se mantiene sentado		
3. Aceptar ser cepillado mientras se mantiene quieto		
4. Tolerar ser acariciado por varias personas a la vez		
5. Recibe una recompensa alimenticia cuidadosamente		
6. Caminar con correa a través de una multitud		
7. Sentado a la orden del guía		
8. Tumbado a la orden del guía		
9. Permanecer quieto hasta que se le ordene		
10. Concentración en el guía cuando se le demanda		
11. Reacción frente a distracciones		
12. Reacciones del perro frente a personas con conductas atípicas		
13. Aceptan ser paseados por cualquier persona		

COBS - Acceso al test en la web, recuperado a día 20/06/2017

<http://lealcan.com/wp-content/uploads//2016/11/cobs.pdf>

ANEXO V - PROTOCOLO BIENESTAR

“Las piedras caen, las plantas crecen, pero sólo los animales perciben, sienten y actúan. Los animales se comportan de modo distinto según las circunstancias externas y los estados emocionales internos que se encuentran”. - Concha Mateos.

JUSTIFICACIÓN DEL PROTOCOLO

Desde la antigüedad, el hombre se ha esforzado en poner normas de conducta en la relación que mantenemos entre los humanos y los animales no humanos. De hecho, existen diversos puntos de vista aportados desde diferentes culturas en distintas épocas sobre el papel de los animales, unos optan por buscar las semejanzas y otros buscan las diferencias entre especies, para unos hay que tener en consideración al animal y su bienestar mientras que para otros no son nada más que seres vivos puestos al servicio de la humanidad. Así, Pitágoras (580-500 a.C) pensaba que teníamos el mismo tipo de alma todos los animales y, por tanto, no debíamos comercializar con ellos. Por el contrario, la tradición judeocristiana dominante en Occidente, sitúa al hombre en el centro de la creación, creado por Dios a su imagen y semejanza, con la capacidad de dominar al resto de animales. Y es de esta manera como, bajo la influencia de éstas ideas de control absoluto sobre las demás especies, los seres humanos a lo largo de la historia hemos utilizado a los animales para cubrir nuestras necesidades sin preocuparnos de las suyas; el animal no era considerado más allá de la función que cumplía para el ser humano. Han sido muchas las maneras que se han usado para alejar a los animales no humanos de la ética y la moral, todas ellas giran en torno a la carencia de alguna característica particular, tal como la racionalidad (Aristóteles), la capacidad de comunicación oral (Descartes) o el pensamiento abstracto (Locke). Afortunadamente, también han surgido ideas defensoras de los derechos animales. El filósofo utilitarista Jeremy Bentham sería de los primeros en preocuparse por el sufrimiento animal alegando que estas exclusiones degradaban a los animales a simples objetos. Según este filósofo:

“Llegará el día en el que el resto de la creación animal adquiera esos derechos que nunca les hubieran podido ser arrebatados salvo por la mano de la tiranía. Al igual que los franceses han descubierto que el color negro de la piel no es una razón por la que un ser humano pueda ser abandonado sin remedio al capricho de un torturador. Quizás

llegue el día en el que se reconozca que el número de patas, la velloidad de la piel o si poseen una cola, son razones igualmente insuficientes para abandonar a ese mismo destino a un ser sensible. ¿Qué otra cosa debería trazar esta línea insuperable? ¿La facultad de razonar?, o quizá ¿la facultad del lenguaje? Pero un caballo o un perro adultos son sin comparación mucho más racionales, e incluso unos animales mucho más comunicativos que un niño de un día, de una semana, o incluso de un mes. Pero supóngase que las cosas fueran de otro modo, ¿qué cambiaría eso? La cuestión no es: ¿Pueden los animales razonar?, ni la de ¿Pueden hablar?, sino la de ¿Pueden sufrir?'' (J. Bentham, 1782).

Charles Darwin defendía que las facultades mentales de los hombres y los mamíferos superiores diferían en el grado y no en el tipo, lo que supone un cambio importantísimo en la visión del ser humano y de su puesto dentro del orden natural: deja de ser la creación de Dios para convertirse en una especie animal más.

Henry Salt, fue uno de los pioneros en la defensa de los derechos animales, en su libro *Animal Rights: Considered in Relation to Social Progress* (1894) donde se denuncia el modo en que los seres humanos utilizan a los animales, basándose en la idea de que infligir sufrimiento innecesario es un acto moralmente censurable.

Como bien dice Jeremy Bentham la pregunta no es si pueden razonar o si pueden hablar. La pregunta es ¿pueden sufrir? Esta pregunta ha ido calando en la sociedad y, poco a poco, han ido surgiendo movimientos sociales a favor de introducir en la comunidad ética a los animales no humanos. Pero fue a partir de la aparición del libro de Ruth Harrison "*Animal Machines*" (1964) cuando comenzó a calar en la sociedad la idea del cambio de actitud hacia los otros seres vivos. De este modo, surge el concepto de bienestar animal como expresión de las preocupaciones éticas acerca de la calidad de vida de los animales utilizados en la industria alimentaria, cuanto más ha crecido la industria más se ha mecanizado el trato hacia el animal, siendo desplazados el manejo tradicional y las condiciones más naturales en las que se mantenían a los animales de granja. La industrialización de las granjas trajo consigo el hacinamiento de los animales, sistemas de cría intensiva, inmovilidad total o parcial, etc. todo ello ha llevado a la eliminación del comportamiento natural del animal. Todo este movimiento social llevó al Gobierno del Reino Unido a crear el Comité Brambell, donde se señaló la necesidad de abordar los problemas del bienestar de los animales de producción y propuso las llamadas cinco libertades, como un paradigma de trabajo en tema de Bienestar Animal.

1. **Estar libres de hambre y sed** - teniendo acceso a agua fresca y una dieta que les aporte una salud plena y energía.
2. **Estar libres de incomodidad** - proporcionando un entorno adecuado incluyendo cobijo y una zona cómoda de descanso.
3. **Estar libres de dolor, lesiones y enfermedades** - mediante la prevención o el diagnóstico rápido y el tratamiento.
4. **La libertad de expresar un comportamiento normal** - proporcionando espacio suficiente, instalaciones adecuadas y la compañía de animales de la propia especie del animal.
5. **Estar libres de miedo y angustia** - asegurando las condiciones y trato que evitan el sufrimiento físico y mental.

En España, el Instituto de Investigación y Formación Agraria y Pesquera (IFAPA), asume que el bienestar:

- Depende de la relación del animal con el entorno.
- Depende de cada individuo.
- Es dinámico, cambiante.

Es importante resaltar la evolución del concepto puesto que hace unos años bienestar animal era equivalente a ausencia de enfermedad y tener alimentado al animal, sin embargo, el concepto de bienestar es mucho más amplio y engloba no sólo al estado de salud física, sino también al ámbito social y mental del animal, como bien se extrae de las Cinco Libertades y del concepto de Bienestar Animal del IFAPA. En resumen, **Bienestar Animal es aquel estado del animal que se encuentra en armonía con el medio(social), que tiene salud física y mental y cubiertas sus necesidades específicas.**

Por tanto, todas las personas que trabajamos junto animales tenemos obligaciones en relación con su bienestar. Dado que el animal de intervención no decide libremente colaborar en las intervenciones debemos tener en consideración que el animal también obtenga un beneficio del trabajo que va a desarrollar. Por lo que tomar medidas no sólo para reducir el estrés sino para aumentar la calidad de vida del animal es de vital

importancia para un correcto desarrollo de nuestra actividad y para cuidar de nuestro compañero de trabajo.

LEGISLACIÓN APLICABLE

En España, no existe una normativa específica para las Intervenciones Asistidas con Animales pero no por ello debemos trabajar sin unas normativas internas que aseguren el bienestar de nuestros animales de intervención.

Por tanto, nos basamos en leyes como la ley 11/2013, de 24 de Noviembre, de Protección de los Animales de la Comunidad de Andalucía que dispone:

- Título I: Establecimiento de las atenciones básicas que deben recibir todos los animales que viven en el entorno humano
- Título II: Regulación de los animales de compañía
 - Capítulo I. Establece las medidas sanitarias y la forma de proceder en el sacrificio de los mismos
 - Capítulo II. Normas relativas al mantenimiento, tratamiento y esparcimiento, estableciendo unas especiales obligaciones para los poseedores de perros, como pueden ser las limitaciones en circulación por espacios públicos
 - Capítulo III. Normas de identificación y registro
 - Capítulo IV. Condiciones que deben cumplir los centros veterinarios y centros para la venta, adiestramiento y cuidado temporal de los animales de compañía
 - Capítulo V. Condiciones necesarias para la realización de exposiciones y concursos
 - Capítulo VI. Define el concepto de animal abandonado y perdido, regulando las medidas de recogida.
- Título III. Trata de las asociaciones de protección y defensa de los animales.
- Título IV. Fija las medidas de intervención, inspección, vigilancia y cooperación que competen a las Administraciones autonómicas y locales.
- Título V. Tipifica las infracciones de lo dispuesto por la ley y las correspondientes sanciones aplicables.

Dentro de estas leyes destacamos:

- Art. 3. Obligaciones del propietario:

- Mantenerlo en buenas condiciones higiénico - sanitarias, realizando cualquier tratamiento que se declare obligatorio y suministrándole la asistencia veterinaria que requiera.
- Proporcionarle un alojamiento adecuado según la raza o especie a la que pertenezca.
- Facilitarle la alimentación necesaria para su normal desarrollo.
- Cuidar y proteger al animal de las agresiones, situaciones de peligro, incomodidades y molestias que otras personas o animales les puedan ocasionar.
- Evitar las agresiones del animal a las personas o a otros animales, así como la producción de otros daños.
- Denunciar la pérdida del animal.
- Obtener las autorizaciones, permisos o licencias necesarias en cada caso, para estar en posesión del animal de que se trate.
- Efectuar la inscripción del animal en los registros o censos que en cada caso correspondan, según lo dispuesto en esta ley y en la normativa vigente.
 - Art. 4. Prohibiciones, entre las que cabe destacar las siguiente:
 - Maltratar o agredir físicamente a los animales o someterlos a cualquier otra práctica que les irroque sufrimientos o daños injustificados.
 - Obligar a trabajar a animales de menos de seis meses de edad, enfermos, desnutridos, fatigados o desempeñar trabajos en los que el esfuerzo exigido supere su capacidad. Lo anterior es aplicable a las hembras preñadas.
 - Emplear animales en exhibiciones, circos, publicidad, fiestas populares y otras actividades, si ello supone para el animal sufrimiento, dolor u objeto de tratamientos antinaturales.
 - Art. 6. Transporte
 - En caso de desplazamientos, los animales deberán disponer de espacio suficiente en los medios de transporte.
 - Art. 8. Medidas sanitarias:
 - La vacunación antirrábica es obligatoria para todos los perros y gatos. Reglamentariamente se establecerá la periodicidad de la misma.
 - Los perros y gatos, sin perjuicio de aquellos otros animales que se determinen reglamentariamente deberán contar con una cartilla sanitaria expedida por veterinario.
 - Art. 11. Condiciones específica del bienestar de los perros

➤ Los perros dispondrán de un tiempo, no inferior a una hora diaria, durante el cual estarán libres de ataduras y fuera de los habitáculos o habitaciones donde habitualmente permanezcan.

○ Art. 17. Identificación

➤ Los perros y gatos, así como otros animales que reglamentariamente se determinen, deberán ser identificados individualmente mediante sistema de identificación electrónica normalizado, implantado por veterinario, dentro del plazo máximo de tres meses desde su nacimiento.

➤ La identificación se reflejarán en todos los documentos y archivos en los que conste el animal y será un requisito imprescindible para la inscripción registral del mismo.

PROTOCOLO

Al carecer de protocolos estandarizados nuestra entidad elabora el siguiente documento por el cual se rige para asegurar el Bienestar de nuestros perros de intervención. Todo el protocolo está centrado en cubrir las cuatro dimensiones del Bienestar Animal: social, emocional, física y mental.

El trabajo con nuestro perro empieza desde mucho antes de incorporarlo al trabajo, ya sea cachorro o un perro adulto, nuestro perro ha pasado una preselección en base al conocimiento de sus ascendientes, historial médico-veterinario, carácter y aptitudes. Para asegurarnos su equilibrio emocional y la correcta adaptación a las sesiones de intervención y éstas no le supongan un sufrimiento, hemos trabajado el vínculo con el guía y una correcta gestión emocional, así como la comunicación. Parte fundamental de este protocolo es que el perro conviva con su guía para fortalecer al máximo el vínculo, la confianza y la comunicación entre ambos. Ya que la emoción forma parte principal del sistema regulatorio del perro junto con la motivación, es por ello por lo que resulta esencial el establecimiento de una buena comunicación entre el perro y el guía, no sólo para el buen desarrollo de las intervenciones sino para que éstas se hagan en las mejores condiciones para el perro asegurando su bienestar. Por ello consideramos desde nuestra entidad que el guía y todos los que trabajamos en el entorno del perro deben saber interpretar los signos de estrés que manifiesta el perro puesto que éste puede mostrar algún signo de malestar emocional durante el desarrollo de las intervenciones. Para asegurarnos de que todos nuestros trabajadores interpretan bien las señales emitidas por

el perro ante el estrés se les exige que tengan cursos de formación en este ámbito para que sean capaces de identificarlas y poner soluciones antes de que la emoción sobrepase al animal.

En cuanto al estrés, distinguimos entre los siguientes tipos desadaptativos:

– *Activación excesiva de estrés*: Derivados de una mala habituación a la situación y al contexto de intervención (ruidos altos, suelos deslizantes, manejos bruscos, etc.), pueden dar lugar a comportamientos emocionalmente altos e inestables pudiendo causar miedo y/o angustia en el perro.

Medidas preventivas que llevamos a cabo para que esto no ocurra:

✓ **Selección del animal**: El perro es seleccionado la intervención en función de una serie de características:

- Sociable
- Manipulable y manejable
- Entrenable
- Estable a nivel emocional
- Resistente a nivel físico y emocional
- Fiable y eficiente

Esta selección es importante, porque el perro debe buscar de manera voluntaria la interacción con las personas y dejarse manipular por ellas tanto en ambientes conocidos como novedosos.

✓ **Entrenamiento**:

▪ El perro está entrenado en educación básica a través del modelo de aprendizaje Cognitivo-Emocional.

▪ El entrenamiento aplicado fomenta el refuerzo social en detrimento de el refuerzo individual como puede ser la comida. Esto supone, que el perro tiene menor nivel de estrés al no estar pendiente del refuerzo externo.

▪ Se entrena en diferentes técnicas de manejo como dirección con la correa y manipulación para evitar situaciones de estrés dentro de la terapia.

✓ **Habituación al entorno**:

▪ Se diseñan sesiones de entrenamiento con diferentes materiales de trabajo, superficies y personas facilitando la familiarización y la reducción del estrés.

- Se programan visitas al centro previas a la intervención, para dejar al perro acostumbrarse al entorno, familiarizarse con olores, ruidos, etc. y no le resulte novedoso cuando comience el trabajo.

- ✓ **Evaluación:** Si el animal supera la evaluación, nos indica que es apto para las intervenciones y que tiene una buena gestión emocional.

- Se hará a partir de los 18 meses,
- Ethotest (Lucidi, 2005): Evalúa temperamento, comportamiento hacia otros animales, potencial de aprendizaje.
- COBS (Certificado de Obediencia Básica y Social): Destinado a evaluar la obediencia a través de la ejecución de ejercicios prácticos que se puedan utilizar en el día a día en la convivencia con los perros.

- ✓ **Información** a los centros, usuarios y demás personas con las que pueda interactuar el perro: Se explicarán tanto al centro como a los usuarios y demás personas involucradas la manera correcta de interaccionar con el animal.

- Al llegar al centro, el perro irá directo al lugar donde se va a realizar la intervención evitando saludos, en la medida de lo posible, distracciones que puedan cansar al perro antes de la sesión.

- Evitar dar de comer al perro durante la sesión, a excepción del ejercicio que así lo requiera, que en esos casos se proporcionará al usuario la comida.

- Se instruirá en cómo saludar y tratar a un perro. Si es necesario, en la primera sesión se hará la aproximación con perros de peluche, para ver como interactuarían con el perro real.

- *Acumulación de estrés residual:* Trabajar durante varias sesiones seguidas sin descanso puede dar lugar a fatiga, tristeza e incluso depresión en nuestro animal.

Medidas preventivas que llevamos a cabo para que esto no ocurra:

- ✓ **Libertad:** Tanto previo a la sesión como post-sesión el perro dispone de una hora de esparcimiento libre de ataduras en un lugar seguro donde puede:

- Desarrollar su olfato: Es a través de la nariz como el perro obtiene la información relevante del entorno, dejar tiempo para reconocer el entorno a través del olfato aporta seguridad al perro.

- Relacionarse con otros congéneres, humanos y/u otras especies animales, si es de su agrado. Al ser el perro un animal social, fomentaremos que éste sociabilice con otros animales de la misma especie o diferente si es de su agrado.

- ✓ **Tiempo de juego:** Es importante dedicar tiempo al juego con el perro, a través de este, además de fortalecer el vínculo trabajamos distintas capacidades del perro. Como por ejemplo mediante juegos sencillos de olisqueo y búsqueda potenciaremos el uso del olfato. También juegos de propiocepción y equilibrio que dotarán al perro de mayor seguridad.

- ✓ **Masajes TTOUCH:** Que promueven la relajación del animal.

- ✓ **Tiempos de descanso:** Para promover el descanso del animal y su recuperación de las sesiones de intervención se establecen periodos libres de trabajo. Nuestro perro de intervención trabaja un máximo de 6-8 horas semanales, repartidas a lo largo de la semana, no excediendo de dos o dos horas y media diarias. Entre las sesiones establecemos un periodo de descanso de 10 minutos mínimo y máximo de 30 minutos, dependiendo del nivel de estrés que haya supuesto para el animal la sesión acabada y que valorará el Técnico de Intervención Asistida. Así, distinguimos entre 3 tipos de sesiones:

- *De alto impacto emocional (A):* Son actividades en los que el desgaste emocional del perro es máximo. Sólo estará expuesto a estas sesiones 1 ó 2 veces por semana, muy espaciadas entre sí y con una duración de sesión no mayor a 45 minutos (no siendo los 45 minutos de alta intensidad). Tras una sesión de alto impacto, el perro acaba su jornada laboral, no pudiendo volver al trabajo hasta pasadas 24 horas.

- *De impacto emocional medio (M):* Cuando la actividad tiene un impacto medio se podrán trabajar 4 sesiones máximo a la semana de una hora de duración. Podrán trabajar en dos sesiones diarias de impacto emocional medio cuando el tiempo de sesión no exceda los 45 - 50 minutos, y respetando los tiempos de descanso. Estas actividades se pueden combinar con sesiones de bajo impacto emocional, guardando el tiempo de esparcimiento para el perro entre sesiones. Las combinaciones posibles serán: B-M-B; M-B-B; M-M.

- *De bajo impacto emocional (B):* Podrán darse hasta 3 sesiones de 45 minutos cada una en el mismo día o 2 de una hora, respetando los periodos de relajación entre

las sesiones. Las de bajo impacto emocional se pueden combinar también con las de alto impacto emocional, ocurriendo primero siempre la de bajo impacto (B-A).

Durante las sesiones el perro no tendrá acceso al agua, sí podrá disponer de ella una vez acabada la sesión, antes y durante los descansos. Asimismo, el perro es libre de elegir permanecer en la sesión o retirarse de ella si así lo desea, al igual que si el experto o el técnico lo consideran apropiado retirarán al animal a un lugar habilitado para el descanso del perro.

– *Mala gestión del estrés:* Perros que no se enfrentan a situaciones de estrés es probable que tengan una respuesta emocionalmente intensa. Con todas las medidas preventivas anteriores, sobre todo con el entrenamiento y el vínculo que se establece con el TIA, deberían asegurar la correcta gestión del estrés.

Es importante destacar, que al igual que consideramos el perro no puede, ni debe, introducirse en una intervención asistida antes de los 2 años (aunque podrá ir de "prácticas" y visitas durante su formación), también consideramos importante establecer una edad de jubilación para el animal, ninguno de los animales que trabajan en nuestro centro trabajará después de los 9 - 10 años, esta norma se mantendrá siempre y cuando no aparezcan patologías ni dolencias, en esos casos la jubilación se anticipará. El animal jubilado seguirá en casa con su guía y disfrutará de todas las libertades que tenía anteriormente, sólo se elimina el trabajo en intervención asistida.

Por otro lado, custodiamos de la salud física de nuestro perro de intervención cuidando su alimentación, para evitar cualquier carencia alimentaria que pudiera poner en riesgo la salud de nuestro compañero; su estado físico general con revisiones periódicas veterinarias que se pueden consultar en el Anexo Protocolo Veterinario cada 6 meses, todo ello bajo el asesoramiento de nuestro veterinario de confianza.

Para evitar posibles peligros y molestias, el recorrido del perro por el centro será limitado, evitando zonas sensibles de comedores, cocinas, despensas, etc. Siempre irá junto al guía y con la correa puesta, mientras no esté en sesión.

Por último, se hace necesario indicar que la entidad cuenta con seguros de Responsabilidad Civil de los técnicos/guías/expertos y del perro de intervención, para garantizar la seguridad de todo el personal relacionado directa o indirectamente con la

intervención. También nuestros profesionales cuentan con el Certificado de Delitos de Naturaleza Sexual.

PROTOCOLO MÉDICO-VETERINARIO

1. Observación de la actitud en el suelo del animal:

- La actitud en reposo: no deben aparecer posturas anormales de la posición de la cabeza, tronco y miembros torácicos y pelvianos.
- La actitud en movimiento: asegurarnos la ausencia de cojeras, ataxia o resistencia al movimiento.
- La actitud en decúbito: se comprobará si tiene alguna dificultad para colocarse en una posición de decúbito o, por el contrario, si siempre está echado del mismo lado.

2. Observación del estado mental y el temperamento:

- Con el perro en el suelo se debe comprobar el estado mental: si está alerta, si es consciente del ambiente que lo rodea y si responde adecuadamente a los estímulos. Temperamento: Se registrarán posibles cambios en el temperamento, anotando como: Equilibrado (tranquilo); Linfático (escasa vivacidad); Nervioso: posible resistencia a la manipulación por miedo (asustadizo) o nerviosismo

3. Control de peso y condición corporal:

- Se comprobará que el perro mantiene un peso adecuado para su edad, tamaño y raza. No debe estar caquéctico ni con sobrepeso u obesidad.
- Examen de la cadera y codos del animal.

4. Valoración del grado de hidratación

Grado deshidratación	<5%	± 6%	± 8%	± 10%
Recuperación pliegue cutáneo interescapular	inmediato	1-3 seg	± 3 seg	> 3 seg
Globos oculares	normales	hundidos		
Córnea	brillante	mate		
Mucosa labial	húmeda	pegagosa	seca	

5. Exploración de la piel

- Libre de parásitos, dermatitis, sarna, alergias

6. Exploración dientes y encías
 - Dientes limpios y sanos
 - Encías libres de infecciones u otros problemas dentales
7. Exploración de la vista
 - Clara, funcional
 - Libre de enfermedad
8. Exploración de la audición:
 - Las orejas deben estar limpias
 - Presentar un olor normal
 - Libre de enfermedades congénitas
9. Exploración de los movimientos respiratorios:
 - Normal o profunda: se consigue ver, sin dificultad, los movimientos de la caja torácica
 - Costoabdominal: cuando el animal dilata el tórax y el abdomen simultáneamente
 - Se verificará que la duración de la inspiración y espiración es similar y que el intervalo entre dos respiraciones es siempre el mismo (respiración rítmica)
10. Exploración del abdomen y del sistema digestivo
 - Palpación superficial y profunda
 - Frecuencia de borborignos
 - Apetito normal
 - Sin presencia de vómitos
 - Ausencia de estreñimiento o diarreas
 - Flatulencia
 - Deglución normal
11. Control cardíaco
 - El pulso debe ser:
 - Bilateral
 - Simétrico

- Regular
- Rítmico
- Sincrónico
- Fuerte
- Sonidos normales
- Análisis previo para detectar problemas cardíacos

12. Exploración de los ganglios linfáticos

- Los normalmente palpables y los no palpables
- No debe presentar anomalías

13. Temperatura

- Se verificará el estado de la mucosa anal y perianal (tumores, heridas, úlceras, cuerpos extraños, etc.).
- Al retirar el termómetro se inspeccionará si hay heces adheridas al mismo, describiéndolas (consistencia, presencia de sangre o moco, endoparásitos, etc.).

14. Exploración de las mucosas:

- Labial:
 - Color: rosadas, pálidas, congestivas, ictericas o cianóticas
 - Humedad: húmedas o secas
 - Brillo: brillantes o mates
- Ocular, vaginal y peneana.

15. Análisis sanguíneo

- Libre de filaria y enfermedades sanguíneas

16. Control de vacunas y desparasitación interna

- Polivalente
- Rabia

17. Control de heces:

- Libre de parásitos intestinales y sangre.

ANEXO VI – TEMPORALIZACIÓN DEL PROGRAMA

[illegible]

ANEXO VII – SESIONES

Nº - Nombre Sesión	Clasificación según finalidad	Tipo	Fecha
1-Presentación del programa	Inicial	Grupal	20 de Abril, 2018
2-Conociendo a Mindfulness	Inicial	Individual	Del 23 al 26 de Abril, 2018
3-¿Qué estoy percibiendo?	Inicial	Individual	Del 07 de Mayo al 10 de Mayo, 2018
4-Reaccionar no es igual que responder	Intervención	Grupal	11 de Mayo, 2018
5-Bajando el volumen a mi yo crítico	Intervención	Individual	Del 14 al 18 de Mayo, 2018
6-El recuerdo me activa emocionalmente	Intervención	Individual	Del 21 al 24 de Mayo, 2018
7 -¿Qué te quiero decir?	Intervención	Grupal	25 de Mayo 2018
8-La comida como aliada	Intervención	Individual	Del 28 al 31 de Mayo, 2018
9–La mirada en el espejo	Intervención	Individual	Del 04 al 07 de Junio, 2018
10 – Observando a Nina	Intervención	Grupal	08 de Junio, 2018
11- De paseo	Intervención	Individual	Del 11 al 14 de Junio, 2018
12 – A mi niña/o interior	Final	Individual	Del 18 al 21 de Junio, 2018
13 - Despedida	Final	Grupal	22 de Junio, 2018

SESIÓN 1. PRESENTACIÓN DEL PROGRAMA A LOS BENEFICIARIOS

Objetivos: Establecer el vínculo entre el equipo de intervención y los usuarios. Analizar el punto de partida del programa y los beneficiarios. Establecer normas de trabajo. Realizar la primera evaluación.

Fase inicial (15-20 minutos)

En esta primera sesión las participantes se situarán sentadas en sillas formando un semicírculo, dejando espacio suficiente entre ellas para que la Unidad de Intervención (PI + TIAA) puedan transitar sin dificultades entre las sillas. Se procederá a la presentación de cada uno de los miembros que conforman el equipo interventor y de los usuarios a los que se le aplicará el programa. A continuación, el PI acompañado del TIAA pasarán a saludar individualmente a las alumnas comenzando por uno de los extremos del semicírculo. En esta sesión, mientras se produce el saludo, será el terapeuta de la Unidad de Salud Mental quien explique en qué va a consistir el programa. Acabado el saludo al PI, éste junto al TIAA volverán al centro del semicírculo, desde donde explicará las pautas de interacción con el animal, para salvaguardar su bienestar. Se continuará invitando a la persona a compartir su motivación por la que acude a esta terapia y qué espera de ella. Seguidamente, y antes de continuar con la fase de intervención, se pasarán los test STAI, TMMS-24, la escala de autoestima de Rosenberg y la escala de estrés percibido.

Fase de intervención.

Actividad 1. La respiración (20 min)

Para iniciar a los usuarios a la práctica de Mindfulness, se realizará una primera actividad centrada en la respiración. Para ello, se reducirá la iluminación, la EIAA instará a adoptar una posición cómoda en los asientos, y a cerrar los ojos. Para facilitar la entrada en la meditación se utilizará un cuenco tibetano que se hará sonar una vez, acto seguido procederá a guiar la meditación la EIAA (Anexo III). La actividad consistirá en centrar la atención en la respiración, cuando se produzca una distracción deberán reconducir la atención a la respiración sin juzgar y sin divagar sobre la causa de la distracción, así durante todo el ejercicio. Tras hacer sonar una vez más el cuenco, e invitar a los participantes a estirarse permitiéndoles levantarse de las sillas si así lo desearan, se dará por finalizada la actividad.

Actividad 2. Compartimos la experiencia (15 min)

La EIAA animará a los participantes a hablar sobre la experiencia.

Fase final (5 min)

Una vez terminadas las actividades, se hará un breve repaso a lo ocurrido durante la sesión. Tras lo que se procederá al refuerzo a través de la realización por parte del PI de alguna de sus habilidades. De manera ordenada y secuencial se levantarán y pedirán una habilidad al animal en el centro del semicírculo y se despedirán de él tras lo que volverán a su sitio.

Continuidad

Esta sesión no requiere continuidad en casa.

SESIÓN 2. CONOCIENDO EL MINDFULNESS

Esta sesión se repetirá con cada una de las participantes durante la primera semana del programa.

Objetivos: Fortalecer el vínculo entre el PI y el participante. Conocer la técnica de Mindfulness.

Fase inicial (5 min)

Se esperará a la participante en el exterior del aula, donde se le recibirá y saludará. Se le acompañará hasta el interior de la sala, la cual estará previamente preparada con todo el material necesario para la sesión. Una vez en la sala, se invitará a sentarse sobre la estera dispuesta para tal fin, con el PI sentado frente a la persona. La EIAA presentará las actividades de la sesión.

Fase intervención:

Actividad 1. ¿Qué es el Mindfulness? (20 - 25 min)

Desde esta postura, la EIAA pedirá ayuda para limpiar en seco al PI, con la finalidad de realizar esta actividad lo más lentamente posible, tomando conciencia del movimiento de todos los dedos, de la resistencia de la musculatura del PI, del calor que nos transmite, y todas las sensaciones que puede transmitir el perro para ello la EIAA

guiará informalmente esta actividad durante 10 minutos. Después, se iniciará una charla sobre cómo se ha sentido en esos 10 minutos, si se ha centrado en el masaje al PI, si ha sufrido distracciones, etc. También se puede preguntar por cómo se ha sentido el PI. Para finalizar, se hará una conexión entre lo descrito por el participante y los beneficios del Mindfulness y se hará un acercamiento a esta técnica. Durante esta parte de la actividad, se puede estar acariciando al PI.

Actividad 2. BodyScan (10 min)

Una de las técnicas más recurrentes en Mindfulness es el "Escaneo del cuerpo", con este se repasa cada parte del cuerpo, sintiendo cada sensación que transmite. Para facilitar la tarea para casa, se realiza esta primera toma de contacto. Para ello, se reducirá la iluminación, la EIAA solicitará adoptar una posición cómoda en la estera - bien acostados o sentados, como más le guste al participante-, y a cerrar los ojos. Para facilitar la entrada en la meditación se utilizará un cuenco tibetano que se hará sonar una vez, acto seguido procederá a guiar el BodyScan. La actividad consistirá en centrar la atención en distintas partes del cuerpo, cuando se produzca una distracción deberán reconducir la atención a la parte del cuerpo nuevamente sin juzgar y sin divagar sobre la causa de la distracción, así durante todo el ejercicio. Tras hacer sonar una vez más el cuenco, e invitar a los participantes a estirarse permitiéndoles levantarse de las sillas si así lo desearan, se dará por finalizada la actividad.

Fase final (5 min)

Una vez terminada la actividad, se sacarán conclusiones sobre la práctica realizada durante la sesión. Tras lo que se procederá al refuerzo a través de la realización por parte del PI de alguna de sus habilidades y despedida.

Continuidad

Se facilitará un audio con distintas meditaciones en las que se irán avanzando según progrese el programa. En esta ocasión se pide que trabajen sobre el audio 1 que es una meditación guiada de BodyScan, de una duración de 10 minutos. También se hará entrega de un autorregistro semanal de las prácticas en casa (ver Anexo IX).

SESIÓN 3. ¿QUÉ ESTOY PERCIBIENDO?

Esta sesión se repetirá con cada una de las participantes durante la segunda semana del programa.

Objetivos: Fortalecer el vínculo entre el PI y el participante. Estimular los sentidos. Centrar en el momento presente.

Fase inicial (5 min)

Se esperará a la participante en el exterior del aula, donde se le recibirá y saludará. Se le acompañará hasta el interior de la sala, la cual estará previamente preparada con todo el material necesario para la sesión. Una vez en la sala, se invitará al participante a tumbarse boca arriba -o en la posición más placentera para la persona- en la estera dispuesta para tal fin, con el PI acostado a su lado permitiendo el contacto entre ambos. La EIAA presentará las actividades de la sesión.

Fase intervención

Actividad 1. ¿Qué me transmites? (20 – 25 min)

La EIAA invitará a cerrar los ojos y, si es de su agrado, acariciar al perro. En esta ocasión, se centrará la atención en las sensaciones físicas que nos transmite el perro a través de cada uno de los sentidos. Para ello, la EIAA realizará una meditación guiada recorriendo los distintos sentidos empezando por el del tacto y haciendo hincapié en no rechazar ni desear ninguna sensación particular. Cuando se produzca una distracción, deberán redirigir su atención de nuevo a las sensaciones que le transmite el perro, sin valorar por qué ocurrió la distracción. Al término de la meditación guiada se dejará tiempo para que la participante vaya estirando su cuerpo, se vaya incorporando lentamente hasta permanecer sentada frente a la EIAA. Se invitará al usuario a compartir su experiencia con la EIAA, con la finalidad de detectar las limitaciones que tiene a la hora de meditar y así poder tomar medidas correctoras.

Fase final (5 min)

Una vez terminada la actividad, se sacarán conclusiones sobre la práctica realizada durante la sesión. Tras lo que se procederá al refuerzo a través de la realización por parte del PI de alguna de sus habilidades y despedida.

Continuidad

En casa deberán trabajar el audio nº 2 del pen-drive. Este consiste en una meditación guiada con anclaje en la respiración, duración 15 minutos. También se hará entrega del autorregistro semanal de las prácticas en casa.

SESIÓN 4. REACCIONAR NO ES IGUAL QUE RESPONDER

Objetivos: Aprender la diferencia entre una reacción y una respuesta no automática. Trabajar tiempos de espera, tolerancia hacia los demás, aumentar el control de impulsos.

Fase inicial (5-10 min)

En esta sesión grupal las participantes se situarán sentadas en sillas formando un semicírculo, dejando espacio suficiente entre ellas para que la Unidad de Intervención (PI + TIAA) puedan transitar sin dificultades entre las sillas. A continuación, el PI acompañado del TIAA pasarán a saludar individualmente a las alumnas comenzando por uno de los extremos del semicírculo. Tras el saludo, se explicará las actividades preparadas para la sesión.

Fase intervención

Actividad 1. Debate Reaccionar y Responder ¿es lo mismo? (20 min)

La EIAA planteará el tema de debate y lo guiará para que los participantes expongan sus opiniones, preguntando de uno en uno que significa para ellos reaccionar y responder. Seguidamente, la PI guiada por el TIAA pasará para que los participantes extraigan una ficha de uno de los bolsillos. Estas fichas contienen distintas situaciones en las que las personas con TCA se sienten identificadas con la respuesta dada ante las mismas. La participante expondrá al resto de los asistentes que hay en la tarjeta, cuál es la reacción y cuál podría ser la respuesta. Se deja libertad para que exprese todo lo que considere al respecto, a continuación, se pide opinión al resto de participantes, tanto de la situación como de la defensa que ha realizado el compañero. Se procederá así con cada una de los participantes hasta terminar con todas las fichas, se preparan 2 fichas por participante.

Actividad 2. Práctica 10 minutos meditación guiada

La EIAA les invitará a acomodarse en las sillas, o si así lo desean en las esteras de yoga, son libres de escoger la posición para la meditación. Una vez todos los participantes se hayan colocado, se les instará a cerrar los ojos si es de su grado y la EIAA guiará la meditación iniciando con un toque al cuenco tibetano. Al término, y tras hacer sonar una vez más el cuenco, se les animará a realizar unos estiramientos permitiéndoles levantarse de las sillas si así lo desearan, se dará por finalizada la actividad.

Fase final (5 min)

Una vez terminadas las actividades, se hará un breve repaso a lo ocurrido durante la sesión. Tras lo que se procederá al refuerzo a través de la realización por parte del PI de alguna de sus habilidades. De manera ordenada y secuencial se levantarán y pedirán una habilidad al animal en el centro del semicírculo y se despedirán de él tras lo que volverán a su sitio.

Continuidad

Se les pedirá a los participantes que practiquen en una situación real el tema abordado en la sesión. Reaccionar o responder, también han de reflejarlo en el autorregistro de las prácticas en casa.

SESIÓN 5. BAJANDO EL VOLUMEN A MI YO CRÍTICO

Esta sesión se repetirá con cada una de las participantes durante la tercera semana del programa.

Objetivos: Reducir las autoinstrucciones críticas. Redirigir las autoinstrucciones.

Fase inicial (5-10 min)

Se esperará a la participante en el exterior del aula, donde se le recibirá y saludará. Se le acompañará hasta el interior de la sala, la cual estará previamente preparada con todo el material necesario para la sesión. Una vez en la sala, se invitará a sentarse sobre la estera dispuesta para tal fin, con el PI sentado frente a la persona. La EIAA explicará las actividades preparadas para la sesión.

Fase intervención

Actividad 1. Mírame a los ojos (30 min)

La actividad comenzará con un breve BodyScan guiado, centrando la atención en la respiración propia. No es necesario cerrar los ojos, pero si así lo estima oportuno el usuario puede cerrarlos. Al finalizar con el repaso del cuerpo, la EIAA pedirá que piense en alguna autoexigencia que se ha propuesto: "hoy tengo que lograr esto" "tienes que cambiar tu forma de ser ¡ya!"; se mantiene la atención en esta exigencia, en las palabras que usa está voz interna, en su tono, en el volumen, etc. Se invitará a expresarlas verbalmente. Entonces, se dirigirá la atención a los sentimientos y pensamientos que trae asociado esas autoinstrucciones severas y cómo afectan éstas al estado de ánimo. Se permanecerá unos instantes en esta sensación incómoda.

A continuación, se pedirá que fije su mirada en los ojos del PI, e imagine cómo cambiarían las frases si esas instrucciones provinieran del PI como si éste fuese su voz interna. Se le instará a pronunciarlas en voz alta, para ello se ayudará al usuario a reconstruir las frases para que esa voz se dirija de un modo más compasivo, tolerante y amable, resulte más cálida y acogedora; y la perciba como una voz no crítica. Se permanecerá unos instantes en esta sensación agradable, sintiendo cómo afecta al estado anímico. Por último, la EIAA incitará al agradecimiento por dedicarse tiempo para el cultivo del bienestar propio.

Fase final (5 min)

Una vez terminada la actividad, se sacarán conclusiones sobre la práctica realizada durante la sesión. Tras lo que se procederá al refuerzo a través de la realización por parte del PI de alguna de sus habilidades y despedida.

Continuidad

En casa deberán trabajar el audio nº 3 del pen-drive. Este consiste en una meditación guiada para trabajar las autoinstrucciones, duración 10 minutos. También se hará entrega del autorregistro semanal de las prácticas en casa.

SESIÓN 6. EL RECUERDO ME ACTIVA EMOCIONALMENTE

Esta sesión se repetirá con cada una de las participantes durante la cuarta semana del programa.

Objetivos: Mejora del reconocimiento emocional.

Fase inicial (5-10 min)

Se esperará a la participante en el exterior del aula, donde se le recibirá y saludará. Se le acompañará hasta el interior de la sala, la cual estará previamente preparada con todo el material necesario para la sesión. Una vez en la sala, se invitará a colocarse en la posición que le resulte más cómoda sobre la estera dispuesta para tal fin, con el PI acostado a su lado permitiendo el contacto entre ambos. La EIAA explicará las actividades preparadas para la sesión.

Fase intervención

Actividad 1. Mis recuerdos (25-30 min)

La EIAA comenzará con una meditación guiada centrando la atención en el calor que transmite el cuerpo del PI a través de los pies del participante. Se solicitará la evocación de un recuerdo estresante para la persona, lo que generará una serie de sensaciones negativas, se trabajará el mantenimiento en esas sensaciones perturbadoras, se etiquetará la emoción, se le da voz a la emoción, y se dirige la atención a la resistencia a esa sensación y a la tensión que ésta genera en el cuerpo; posteriormente se evocará la emoción nuevamente pero sin oponerse a ella, aceptando la misma. Se produce el distanciamiento de la emoción. Al conseguir una disminución de la emoción negativa o de la tensión que esta produce se vuelve a centrar la atención en el calor que transmite el PI y tras hacer sonar una vez más el cuenco, se invita al participante a estirarse permitiéndole incorporarse lentamente, se dará por finalizada la actividad.

Fase final (5 min)

Una vez terminada la actividad, se sacarán conclusiones sobre la práctica realizada durante la sesión. Tras lo que se procederá al refuerzo a través de la realización por parte del PI de alguna de sus habilidades y despedida.

Continuidad

En casa deberán trabajar el audio nº 1 y 2 del pen-drive. Duración total 25 minutos. También se hará entrega del autorregistro semanal de las prácticas en casa.

SESIÓN 7. ¿QUÉ TE QUIERO DECIR?

Objetivos: Mejorar habilidades de comunicación. Expresar pensamientos y sentimientos de manera saludable.

Fase inicial (5-10 min)

En esta sesión grupal las participantes se situarán sentadas en sillas formando un semicírculo, dejando espacio suficiente entre ellas para que la Unidad de Intervención (PI + TIAA) puedan transitar sin dificultades entre las sillas. A continuación, el PI acompañado del TIAA pasarán a saludar individualmente a las alumnas comenzando por uno de los extremos del semicírculo. Tras el saludo, se explicará las actividades preparadas para la sesión.

Fase intervención

Actividad 1. Conectando contigo (25-30 min)

En el interior de la sala se habrán colocado distintas fotografías sobre perros, la tarea consistirá en recorrer libremente la sala y situarse ante la fotografía que evoque alguna emoción, se mantendrá observando durante un tiempo, centrando su atención exclusivamente en la fotografía, redirigiendo la atención si ésta se desvía de su cometido. Cuando todos hayan elegido una fotografía, y transcurrido un tiempo para analizar la fotografía (aproximadamente 10 minutos en total). Se unirán por parejas en función de la fotografía elegida, es decir, si hay dos personas ante esa fotografía éstas formarán la pareja; en el caso de que sean más de dos personas las que se sitúen ante la fotografía se colocarán en tríos. Primero tendrán que permanecer en silencio mirando a los ojos a su compañera/o durante un minuto, después deberán transmitir –por turnos- la emoción a la persona que tienen enfrente. Ésta deberá realizar una escucha activa. Al finalizar todos las parejas su intercambio de emociones, volverán a sentarse en semicírculo y expondrán ante sus compañeras/os lo que les han transmitido así como su propias emociones en los momentos que hacía de oyente y de locutor.

Se realizará un resumen acerca de la importancia de la escucha activa, y la relación que guarda con el Mindfulness, haciendo hincapié en la importancia del estar presentes en el momento y la implicación en la recepción del mensaje.

Actividad 2. La habitación vacía (10 min)

La habitación vacía se trata de un ejercicio mental donde la EIAA deberá guiar a los participantes para que se visualicen en el centro de una habitación donde no hay ningún elemento, sólo dos ventanas enfrentadas y situadas una a cada uno de los lados del usuario, por una entrarán los pensamientos en forma de nubes y por otra se irán. La persona solo tiene que observar como vienen y van los pensamientos.

Fase final (5 min)

Una vez terminadas las actividades, se hará un breve repaso a lo ocurrido durante la sesión. Tras lo que se procederá al refuerzo a través de la realización por parte del PI de alguna de sus habilidades. De manera ordenada y secuencial se levantarán y pedirán una habilidad al animal en el centro del semicírculo y se despedirán de él tras lo que volverán a su sitio.

Continuidad

Se les animará a seguir con las prácticas de meditación guiada puestas a su disposición en el pen-drive. Y se les añade una tarea más para esta semana que consistirá en apuntar en el autorregistro una actividad donde se han visto manejados por las emociones.

SESIÓN 8. LA COMIDA COMO ALIADA

Objetivos: Incrementar conocimientos nutricionales adecuados. Establecer una relación saludable con los alimentos. Practicar el Mindful-eating.

Fase inicial (5-10 min)

Se esperará a la participante en el exterior del aula, donde se le recibirá y saludará. Se le acompañará hasta el interior de la sala, la cual estará previamente preparada con todo el material necesario para la sesión. Una vez en la sala, se invitará a sentarse ante una mesa vacía, el PI estará situado a su lado. La EIAA introducirá las actividades del día.

Fase intervención

Actividad 1. Mindful-eating (30min)

Se explicará la importancia de comer conscientemente, los beneficios que esto aporta para mantener un peso adecuado y no sentirse culpables con las comidas.

Tras la explicación se continuará con una relajación guiada de 5 minutos, seguidamente se colocará ante el participante un alimento que le genere un nivel de ansiedad bajo. Se focalizará la atención en todas las características organolépticas, acercando progresivamente el alimento a la boca para su ingesta. Comenzará fijándose primero en su forma, su color, el olor a distancia, su tacto, el olor cuando está cerca, su textura en las manos; siguiendo por su gusto y textura en el paladar. A continuación se le presentará un alimento que le genere un nivel de ansiedad medio y se procederá del mismo modo. Si el nivel de ansiedad no disminuye e impidiera el avance al siguiente acercamiento, se dirige el foco atencional al PI, se acariciará, se mirará a los ojos, y se permanecerá ahí hasta disminuir la ansiedad, volviendo una vez ha disminuido a retomar la actividad donde se había dejado. Por último, una vez superado este nivel, y si los terapeutas vieran preparado al participante se le expondría a un alimento que provoque una mayor respuesta de ansiedad. Procediendo de la misma manera que en los anteriores casos, pero sin forzar ninguno de los pasos, cualquier acercamiento es aceptable. Se terminará la actividad con un ejercicio de relajación, y de agradecimiento por el esfuerzo realizado en esta actividad (5 min).

Fase final (5 min)

Una vez terminada la actividad, se sacarán conclusiones sobre la práctica realizada durante la sesión. Tras lo que se procederá al refuerzo a través de la realización por parte del PI de alguna de sus habilidades y despedida.

Continuidad

En casa deberán trabajar el audio nº 4 del pen-drive. Este pone en práctica el Mindful-eating, duración 10 minutos. También se hará entrega del autorregistro semanal de las prácticas en casa.

SESIÓN 9. LA MIRADA EN EL ESPEJO

Objetivos: Trabajar la imagen distorsionada y la expresión emocional.

Fase inicial (5-10 min)

Se esperará a la participante en el exterior del aula, donde se le recibirá y saludará. Se le acompañará hasta el interior de la sala, la cual estará previamente preparada con todo el material necesario para la sesión. Una vez en la sala, se invitará a situarse frente al espejo situado en el centro de la sala, el PI se situará a su lado. La EIAA explicará las actividades preparadas para la sesión.

Fase intervención

Actividad 1. ¿Cómo me quiero? (25-30 min)

Situada frente al espejo, se invitará a centrarse en su imagen, y se permanecerá unos instantes aquí, la EIAA tendrá el papel de guiar en la exploración de la imagen que se refleja en el espejo, dirigiendo para sentir las emociones y pensamientos que se generan con cada parte del cuerpo. Seguidamente, se le facilitarán unos rotuladores de colores -velleda- para pintar su contorno en el espejo (el que creen tener), y rellenen con colores cada una de las partes que componen su cuerpo. Deberá explicar el porqué escoge un color determinado y no otro para esa zona, qué zona ha pintado primero, por qué ha elegido esa zona en primer lugar, etc. Se trabajará sobre las zonas que mayor aversión le produzca. Nuevamente se dirigirá la atención a una de esas zonas, y se focalizará en las afirmaciones que se realiza sobre ella. La tarea de la EIAA es reconducir el diálogo interno hacia la aceptación. El papel del PI, será permanecer al lado del usuario por si este desea acariciarle.

Fase final (5 min)

Una vez terminada la actividad, se sacarán conclusiones sobre la práctica realizada durante la sesión. Tras lo que se procederá al refuerzo a través de la realización por parte del PI de alguna de sus habilidades y despedida.

Continuidad

En casa deberán trabajar el audio nº 5 del pen-drive. En él se trabaja la aceptación y compasión hacia uno mismo, duración 20 minutos. También se hará entrega del autorregistro semanal de las prácticas en casa.

SESIÓN 10. OBSERVANDO A NINA

Objetivos: Conseguir autonomía en la meditación.

Fase inicial (5-10 min)

En esta sesión grupal las participantes se situarán sentadas en esteras formando un semicírculo, dejando espacio suficiente entre ellas para que la Unidad de Intervención (PI + TIAA) puedan transitar sin dificultades entre las mismas. A continuación, el PI acompañado del TIAA pasarán a saludar individualmente a las alumnas comenzando por uno de los extremos del semicírculo. Tras el saludo, se explicará las actividades preparadas para la sesión.

Fase intervención

Actividad 1. Shhh... Meditando (15-20 min)

En esta sesión se trabajará la meditación no guiada, y como punto de anclaje utilizarán al PI que debe encontrarse en un momento de máxima tranquilidad. Para el desarrollo de la actividad el PI se situará sentado o acostado – puede comenzar sentado, pero si lo desea puede acostarse - delante del semicírculo para facilitar la observación por parte de todos los integrantes del grupo. La EIAA indicará que deben comenzar con una meditación no guiada, en silencio, fijando la atención en la PI y si en algún momento se desvía la atención deberán reconducirla amablemente.

Actividad 2. ¿Problemas con la meditación? (10 min)

Transcurridos los 20 minutos de meditación no guiada, la EIAA cortará suavemente la práctica, una vez todos estén atentos a la EIAA, esta procederá a realizar preguntas sobre las dificultades de esta técnica, con el objetivo de resolver los problemas que se encuentran con esta práctica y que puedan aplicarla en su día a día. También realizará

cuestiones acerca de las sensaciones y emociones tanto positivas como negativas que le ha suscitado esta actividad.

Actividad 3. Siente el aire en tus pulmones (10-15 min)

Una vez resueltas todas las dudas y problemas sobre la meditación no guiada, se hará una última actividad de meditación con anclaje en la respiración de cada persona. En esta ocasión, la EIAA será la encargada de guiar la meditación como en sesiones anteriores.

Fase final (5 min)

Una vez terminadas las actividades, se hará un breve repaso a lo ocurrido durante la sesión. Tras lo que se procederá al refuerzo a través de la realización por parte del PI de alguna de sus habilidades. De manera ordenada y secuencial se levantarán y pedirán una habilidad al animal en el centro del semicírculo y se despedirán de él tras lo que volverán a su sitio.

Continuidad

Como tarea para casa se animará a realizar una meditación no guiada, sin hacer uso de los audios que se le han facilitado, durante un mínimo de 10 minutos. También se hará entrega del autorregistro semanal de las prácticas en casa.

SESIÓN 11. DE PASEO

Objetivos: Trabajar la atención plena, centrando la atención en uno de las actividades cotidianas.

Fase inicial (5-10 min)

Se esperará a la participante en el exterior del aula, donde se le recibirá y saludará. En esta ocasión, se le acompañará hasta el interior de la sala, aunque solo para recoger la estera y se dirigirá junto al equipo de intervención hacia el exterior del edificio, conduciéndole hasta una zona ajardinada del complejo hospitalario. Allí se colocará la estera. Se procederá a la explicación de las actividades del día.

Fase intervención

Actividad 1. Caminando por la vida (25-30 min)

Se pedirá a la usuaria que tome la correa del PI y se comenzará a dar un paseo. Tras el transcurso de un tiempo, se le pedirá volver al punto de partida –que será donde se dejó la estera al iniciar la sesión-. Una vez allí, se le pedirá que cierre los ojos y realice una descripción del entorno, de los posibles obstáculos con los que se ha encontrado en el camino, etc. La idea es que le resulte difícil describir el entorno, porque no habrá prestado la suficiente atención al recorrido. También se le pedirá que haga una reflexión sobre el estado de ánimo durante el paseo, los pensamientos y sensaciones que le ha transmitido.

A continuación, se le solicitará que camine todo lo despacio que pueda, tomando conciencia de sus músculos y articulaciones, de su respiración, de sus pensamientos, de los estímulos de su entorno, del PI, etc.

Fase final. (5 min)

Una vez terminada la actividad, se sacarán conclusiones sobre la práctica realizada durante la sesión. Tras lo que se procederá al refuerzo a través de la realización por parte del PI de alguna de sus habilidades y despedida.

Continuidad

Deberá realizar actividades de la vida diaria focalizando la atención en ella. También se hará entrega del autorregistro semanal de las prácticas en casa.

SESIÓN 12. A mi niña/o interior

Objetivos: Trabajar la autocompasión. Desvincular del PI.

Fase inicial (5-10 min)

Se esperará a la participante en el exterior del aula, donde se le recibirá y saludará. Se le acompañará hasta el interior de la sala, la cual estará previamente preparada con todo el material necesario para la sesión. Una vez en la sala, se invitará a colocarse en la posición que le resulte más cómoda sobre la estera dispuesta para tal fin, el PI

permanecerá acostado cerca del participante. La EIAA explicará las actividades preparadas para la sesión.

Fase intervención

Actividad 1. Abraza a tu niña/o interior (25-30 min)

La actividad trata de conectar al participante con su niño interior, representando este a su estado emocional y tratándolo con cariño y amabilidad. La EIAA guiará la meditación, comenzando por el anclaje de la atención en la respiración del participante, se mantendrá unos instantes en esa sensación, después la meditación se dirige hacia la búsqueda del niño interior en el cuerpo. Se focalizará la atención en el niño o la niña, se le animará a hablar internamente con el niño, a jugar con él, a darle todo lo que necesita para ser feliz, se observará su felicidad y se permanecerá en esa situación placentera durante unos momentos. Se finalizará, agradeciendo al niño su existencia, la felicidad que ha ofrecido en estos momentos y prometiéndole que se le visitará con asiduidad. Para acabar con la actividad, se volverá la atención hacia la respiración y se irá sacando de la meditación progresivamente al participante invitándolo a estirarse permitiéndole incorporarse lentamente.

Fase final (5 min)

Una vez terminada la actividad, se sacarán conclusiones sobre la práctica realizada durante la sesión. Tras lo que se procederá al refuerzo a través de la realización por parte del PI de alguna de sus habilidades y despedida.

Continuidad

Se animará a continuar con las prácticas de los cinco audios que se le han puesto a su disposición. Se hará entrega del último autorregistro semanal. También se pedirá como actividad para casa una redacción en la que expresen lo que ha supuesto el paso por el programa, centrando el desarrollo en emociones y pensamientos.

SESIÓN 13. DESPEDIDA

Objetivos: Evaluar la terapia. Fijar las técnicas aprendidas. Trabajar la atención plena y la escucha activa

Fase inicial (5-10 min)

En esta sesión grupal las participantes se situarán sentadas en sillas formando un semicírculo, dejando espacio suficiente entre ellas para que la Unidad de Intervención (PI + TIAA) puedan transitar sin dificultades entre las sillas. A continuación, el PI acompañado del TIAA pasarán a saludar individualmente a las alumnas comenzando por uno de los extremos del semicírculo. Tras el saludo, se explicará las actividades preparadas para la sesión.

Fase intervención

Actividad 1. Sacando conclusiones (25-30 min)

Para finalizar el programa se hará lectura de las redacciones que se les pedirán en la sesión número 12. Las demás participantes tendrán que esforzarse en escuchar cada una de las redacciones sin dejarse invadir por pensamientos y emociones ante la llegada de su exposición. Por ello la EIAA hará hincapié en este matiz.

Actividad 2. Cuestionarios (10-15 min)

Al término de las lecturas, se entregarán los cuestionarios de satisfacción y las escalas: de estrés percibido, la escala de autoestima de Rosenberg, STAI y el TMMS-24. Asimismo, también se pasarán los cuestionarios de satisfacción a los terapeutas.

Fase final (5 min)

Una vez todas hayan entregado los test y cuestionarios, se procederá a la despedida. Para lo cual de manera ordenada y secuencial se levantarán y pedirán una habilidad al animal en el centro del semicírculo y se despedirán de él. Se le hará entrega de un diploma de asistencia como recuerdo de su paso por el programa y podrá volver a su sitio.

Continuidad

No hay tarea para casa.

ANEXO VIII - PRESUPUESTO

PRESUPUESTO DESGLOSADO DEL PROGRAMA										
HONORARIOS €/h		IVA 21%		Totales	GASTOS POR SESIÓN		GASTO 12 SESIONES	APORTACIONES SAS	COSTE TOTAL PROGRAMA	
Profesional	Base									
Psicólogo I+D	31,6	38,236	40			40	480	480	480	
Psicólogo USM	23,7	28,677	30			30	360	360	0	
Técnico										
GASTOS FIJOS MENSUALES										
					Porcentaje asociado al programa (20%)					
					Base	Precio + IVA				
Telefonía	42,85	51,8485	51,8485		8,57	10,3697	10,3697			10,3697
Asesoría	53,2	64,372	64,372		10,64	12,8744	12,8744			12,8744
Gastos derivados de los animales	130,66	158,0986	158,0986		26,132	31,61972	31,61972			31,61972
Cuota autónomos	275		275		55	4,583333333	55			55
Seguros Responsabilidad Civil	15		15		3	0,25	3			3
Desplazamientos 0,19€/Km por 17,5Km	0,19		99,75			8,3125	99,75			99,75
GASTOS MENSUALES DE LOCAL										
Sala	150		150			12,5	150	150		0
Electricidad 0,12906 €/kWh	0,12906		9,0342			0,75285	9,0342	9,0342		0
GASTOS DE MATERIAL										
Esfera de yoga x10	16,2108	20,52	205,2			17,1	205,2			205,2
Espejo de cuerpo entero x 1	22,5308	28,52	28,52			2,376666667	28,52	28,52		0
USB personalizado x 8	7,1732	9,08	72,64			6,053333333	72,64			72,64
Caja 4 rotuladores velleda	4,2028	5,32	5,32			0,443333333	5,32			5,32
Material fungible										
Folios A4 (100)	2,449	3,1	3,1			0,258333333	3,1			3,1
Bolígrafos	2,3305	2,95	2,95			0,245833333	2,95			2,95
TOTALES		410,7221	1210,8333			127,4481683	1529,38			981,82

ANEXO IX - AUTORREGISTRO PRÁCTICA DIARIA

Observaciones							
Tiempo de práctica							
Técnica							
Día							