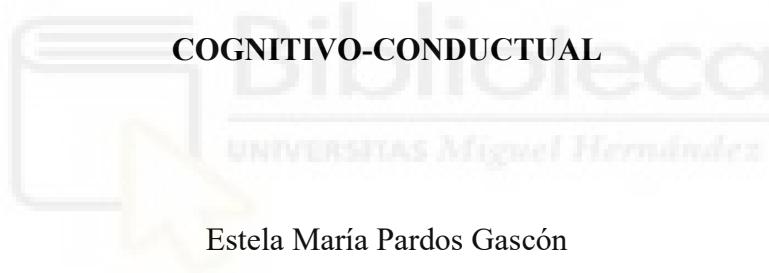




Programa de Doctorado en Deporte y Salud

**TERAPIA COGNITIVA BASADA EN MINDFULNESS PARA DOLOR CRÓNICO:
REVISIÓN SISTEMÁTICA Y EFICACIA DIFERENCIAL CON TERAPIA
COGNITIVO-CONDUCTUAL**



Estela María Pardos Gascón

Director/a de la Tesis:

Carlos J. van-der Hofstadt Román

Codirector:

Cesar Leal Costa

UNIVERSIDAD MIGUEL HERNÁNDEZ DE ELCHE

La presente Tesis Doctoral, titulada “Terapia Cognitiva basada en Mindfulness para Dolor Crónico: revisión sistemática y eficacia diferencial con Terapia Cognitivo-Conductual” se presenta bajo la modalidad de **tesis por compendio** de las siguientes **publicaciones**:

Pardos-Gascón, E.M., Narambuena, L., Leal-Costa, C., y van-der Hofstadt Román, C.J. (2021). Differential efficacy between cognitive-behavioral therapy and mindfulness-based therapies for chronic pain: Systematic review. *International Journal Of Clinical And Health Psychology*, 21, 100-117. <https://doi.org/10.1016/j.ijchp.2020.08.001>

Journal Citation Reports (JCR) Q1

Pardos-Gascón, E.M., Narambuena, L., Leal-Costa, C., Ramos-Morcillo, A.J., Ruzafa-Martínez, M., y van-der Hofstadt Román, C. J. (2021). Effects of Mindfulness-Based Cognitive Therapy for Chronic Pain: A Multicenter Study. *International Journal of Environmental Research and Public Health*, 18 (13),6951.

<https://doi.org/10.3390/ijerph18136951>

Journal Citation Reports (JCR) Q1

Pardos-Gascón, E.M., Narambuena, L., Leal-Costa, C., Ramos-Morcillo, A. J., Ruzafa-Martínez, M., y van-der Hofstadt Román, C.J. (2021). Psychological therapy in chronic pain: differential efficacy between mindfulness-based cognitive therapy and cognitive behavioral therapy. *Journal of Clinical Medicine*, 10 (16), 3544.

<https://doi.org/10.3390/jcm10163544>

Journal Citation Reports (JCR) Q1





Los doctores **D. Carlos J. van-der Hofstadt-Román** y **D. César Leal-Costa**, director y codirector respectivamente de la tesis titulada “Terapia Cognitiva Basada en Mindfulness Para Dolor Crónico: revisión sistemática y eficacia diferencial con Terapia Cognitivo-Conductual”.

INFORMAN:

Que Dña. Estela María Pardos Gascón ha realizado bajo nuestra supervisión el trabajo titulado: “Terapia Cognitiva Basada en Mindfulness para Dolor Crónico: revisión sistemática y eficacia diferencial con Terapia Cognitivo-Conductual” conforme a los términos y condiciones definidos en su Plan de Investigación y de acuerdo con el Código de Buenas Prácticas de la Universidad Miguel Hernández de Elche, cumpliendo los objetivos previstos de forma satisfactoria para su defensa pública como tesis doctoral.

Lo que firmamos para los efectos oportunos,

en a de de 2022

Fdo.: Dr. Carlos J. van-der Hofstadt-
Román. Director.

Fdo.: Dr. César Leal-Costa. Codirector.





El Dr. Francisco Javier Moreno Hernández, Coordinador/a del Programa de Doctorado en Deporte y Salud.

INFORMA:

Que Dña. Estela María Pardos Gascón ha realizado bajo la supervisión de nuestro Programa de Doctorado el trabajo titulado:

“Terapia Cognitiva Basada en Mindfulness Para Dolor Crónico: revisión sistemática y eficacia diferencial con Terapia Cognitivo-Conductual” conforme a los términos y condiciones definidos en su Plan de Investigación y de acuerdo al Código de Buenas Prácticas de la Universidad Miguel Hernández de Elche, cumpliendo los objetivos previstos de forma satisfactoria para su defensa pública como tesis doctoral.

Lo que firmo para los efectos oportunos, en a de de 2022

Fdo. Prof. Francisco Javier Moreno Hernández

Coordinador/a del Programa de Doctorado en Deporte y Salud

A Nacho, a mi familia y a Guillermo





ÍNDICE

RESUMEN	12
ABSTRACT.....	14
PRESENTACIÓN.....	16
TERAPIA COGNITIVA BASADA EN MINDFULNESS PARA DOLOR CRÓNICO:REVISIÓN SISTEMÁTICA Y EFICACIA DIFERENCIAL CON TERAPIA COGNITIVO-CONDUCTUAL	19
EPIDEMIOLOGÍA	22
Prevalencia.....	22
Impacto Del Dolor Crónico	25
Consecuencias y Comorbilidades.....	25
Costes Económicos.....	26
DEL DOLOR AGUDO AL DOLOR CRÓNICO	27
Bases Neurobiológicas y Teorías Explicativas.....	27
Variables Psicológicas Relacionadas Con La Modulación Del Dolor Crónico	30
Factores Psicológicos de Riesgo en la Cronificación Del Dolor.....	30
Factores Psicológicos como Mediadores en la Cronificación Del Dolor	32
TERAPIAS PSICOLÓGICAS EN EL TRATAMIENTO DEL DOLOR CRÓNICO.....	35
Terapia Cognitivo-Conductual para el Dolor Crónico	36
Terapia de Aceptación y Compromiso	37
Intervenciones Basadas En Mindfulness	38
Terapia Cognitiva Basada En Mindfulness Para Dolor Crónico	40
Resultados ensayos clínicos MBCT-CP y mecanismos de acción.....	41
Aportaciones MBCT-CP: ¿por qué aplicar MBCT-CP?	44
OBJETIVOS Y METODOLOGÍA.....	44
OBJETIVOS	44
METODOLOGÍA.....	45
Objetivo 1. Estudio 1. Differential Efficacy Between Cognitive-Behavioral Therapy and Mindfulness-Based Therapies For Chronic Pain: Systematic Review.....	45
Eficacia Diferencial entre Terapia Cognitivo-Conductual y Terapias Basadas en Mindfulness para Dolor Crónico: Revisión Sistemática.....	45
Criterios de selección de estudios.....	45
Fuentes de información y estrategias de búsqueda.....	46
Evaluación del riesgo de sesgo.....	47
Análisis y síntesis de datos.....	47
Objetivo 2. Estudio 2. Effects of Mindfulness-Based Cognitive Therapy for Chronic... Pain: A Multicenter Study	48
Efectos de la Terapia Cognitiva Basada en Mindfulness para Dolor Crónico: estudio multicéntrico.....	48

Diseño	48
Participantes.....	48
Instrumentos.....	48
Procedimiento.	51
Confidencialidad.....	51
Análisis de los datos.....	52
Objetivo 3. Estudio 3. Psychological Therapy in Chronic Pain: Differential Efficacy between Mindfulness-Based Cognitive Therapy and Cognitive Behavioral Therapy	52
Terapia psicológica para el Dolor Crónico: Eficacia diferencial entre Terapia Cognitiva Basada en Mindfulness y Terapia Cognitivo-Conductual.....	52
Diseño.	52
Participantes.....	52
Instrumentos.....	53
Procedimiento	55
Confidencialidad.....	55
Análisis de datos	56
DISCUSIÓN	56
RESULTADOS PRINCIPALES POR OBJETIVOS Y LIMITACIONES	56
Objetivo 1. Estudio 1.....	56
Objetivo 2. Estudio 2.....	59
Objetivo 3. Estudio 3.....	62
CONCLUSIONES Y FUTURAS LÍNEAS DE INVESTIGACIÓN	66
REFERENCIAS.....	69
ANEXOS	100
ANEXO 1. MANUAL DEL TERAPEUTA.	102
ANEXO 2. MEDITACIONES	180
ANEXO 3. MANUAL DEL PACIENTE	204
ANEXO 4. ESTUDIO 1.....	242
ANEXO 5. ESTUDIO 2.....	260
ANEXO 6. ESTUDIO 3.....	274
AGRADECIMIENTOS	288

RESUMEN

Diversos estudios a lo largo del mundo estiman una prevalencia del dolor crónico en torno a un tercio de la población. En nuestro país su coste anual se ha llegado a estimar en torno al 2 y 2,8% del PIB. Asimismo, se asocia frecuentemente con problemas de salud mental común (síntomatología mixta), abuso de opioides y suicidio. En este contexto, el carácter subjetivo de la experiencia y la influencia de los factores psicológicos sobre la modulación del dolor abrió la puerta al abordaje psicológico como terapia coadyuvante. En la actualidad el tratamiento bien establecido en este campo es la Terapia Cognitivo-Conductual (TCC) si bien literatura previa destaca el papel de las intervenciones basadas en Mindfulness. La presente tesis tiene como objetivo evaluar la eficacia de la Terapia Cognitiva Basada en Mindfulness para el Dolor Crónico (*Mindfulness Based Cognitive Therapy fo Chronic Pain*, MBCT-CP) mediante un estudio multicéntrico, para posteriormente analizar la eficacia diferencial con la Terapia Cognitivo-Conductual. Asimismo, como paso previo, se realizó una revisión sistemática de los estudios de eficacia diferencial teniendo en cuenta estas dos terapias, y observando las diferencias entre las principales condiciones médicas que implicaban al dolor crónico. Para ello, se desarrollaron 3 estudios. **Estudio 1.** Una revisión sistemática de los estudios que comparan TCC e intervenciones Mindfulness, diferenciando entre estudios con personas con fibromialgia, con lumbalgia y con dolor de cabeza tensional/migraña, de aquellos estudios que sólo indican dolor crónico no especificado. 18 estudios cumplieron criterios de inclusión (fibromialgia, n = 5; lumbalgia, n = 5; cefalea/migraña, n = 4; dolor crónico no especificado, n = 4). En fibromialgia, la terapia basada en mindfulness para la reducción del estrés (MBSR, por sus siglas en inglés) fue superior a tratamiento habitual y Fibroqol en impacto y sintomatología. En lumbalgia, MBSR fue superior a tratamiento habitual, pero no frente a TCC, en funcionalidad física e intensidad del dolor. No se encontraron estudios de eficacia diferencial entre mindfulness y TCC en cefalea y dolor crónico no especificado, pero las

intervenciones mindfulness fueron superiores a tratamiento habitual en estos síndromes. Se concluyó que las intervenciones mindfulness son superiores al tratamiento habitual en todos los diagnósticos, pero no es posible concluir su superioridad sobre la TCC. Son escasas las comparaciones entre intervenciones mindfulness, siendo MBSR la más estudiada. En síndromes de sensibilización central tienden a mejorar variables asociadas al dolor. **Estudio 2.** Diseño cuasiexperimental de medidas repetidas pre-post de carácter multicéntrico ($n=57$), en tres hospitales de la provincia de Alicante en los que se aplicó la MBCT-CP. La prueba T de medidas repetidas indicó diferencias significativas en intensidad del momento presente, calidad de vida mental, y depresión, así como en autoeficacia (tamaños del efecto medios). También se observó una mejoría significativa en problemas y cantidad de sueño (tamaño del efecto grandes). La terapia es significativa para reducir los síntomas de dolor y asociados en pacientes con dolor crónico, aunque es necesario investigar su mantenimiento a largo plazo. **Estudio 3.** El objetivo de este estudio es evaluar la eficacia diferencial entre la MBCT-CP y la TCC. Se realizó un diseño cuasiexperimental de medidas repetidas con pre-post ($n=57$) y grupo de control no equivalente ($n=105$) de una cohorte anterior a la que se había aplicado TCC. La prueba T reveló mejorías significativas comunes a ambos grupos, si bien diferencialmente la calidad de vida mejoró significativamente en el grupo de MBCT-CP, mientras que la cantidad, adecuación y la variable “óptimo” del sueño mejoró más en el grupo de TCC. A pesar de las variables en común que mejoraron, se observó una ligera tendencia a encontrar tamaños del efecto grandes para el grupo MBCT-CP. Asimismo, se concluyó que la TCC se relacionaba con la mejora de variables relacionadas con el sueño, mientras la MBCT-CP se asociaba a la mejora en dolor y calidad de vida.

Palabras clave: *Dolor crónico, Terapia Cognitiva basada en Mindfulness para Dolor Crónico, eficacia diferencial, multicéntrico, Terapia Cognitivo-Conductual.*

ABSTRACT

Several studies throughout the world estimate a prevalence of chronic pain around a third of the population. In our country, its annual cost has been estimated at between 2 and 2.8% of GDP. It is also frequently associated with common mental health problems (mixed symptomatology), opioid abuse, and suicide. In this context, the subjective nature of the experience and the influence of psychological factors on pain modulation opened the door to a psychological approach as coadjuvant therapy. Currently, the well-established treatment in this field is Cognitive-Behavioral Therapy (CBT), although previous literature highlights the role of Mindfulness-based interventions. The objective of this thesis is to evaluate the efficacy of Mindfulness-Based Cognitive Therapy for Chronic Pain (MBCT-CP) through a multicenter study, to subsequently analyze the differential efficacy with Cognitive-Behavioral Therapy (CBT). Likewise, as a previous step, a systematic review of the differential efficacy studies was carried out, considering these two therapies, and observing the differences between the main medical conditions that involved chronic pain. For this, 3 studies are developed. **Study 1.** A systematic review of studies comparing CBT and mindfulness interventions, differentiating between studies with people with fibromyalgia, low back pain, and tension headache/migraine, from those studies that only indicate chronic pain not otherwise specified. Eighteen studies met the inclusion criteria (fibromyalgia, n = 5; low back pain, n = 5; headache/migraine, n = 4; unspecified chronic pain, n = 4). In fibromyalgia, mindfulness-based stress reduction therapy (MBSR) was superior to treatment as usual and Fibroqol in impact and symptomatology. In low back pain, MBSR was superior to usual treatment, but not to CBT, in physical functionality and pain intensity. No studies of differential efficacy between mindfulness and CBT in headache and unspecified chronic pain were found, but mindfulness interventions were superior to usual treatment in these syndromes. It was concluded that mindfulness interventions are superior to usual treatment in all diagnoses, but it is not possible

to conclude their superiority over CBT. There are few comparisons between mindfulness interventions, with MBSR being the most studied. In central sensitization syndromes, variables associated with pain tend to improve. **Study 2.** Quasi-experimental design of repeated pre-post measures of a multicenter nature (n=57), in three hospitals in the province of Alicante in which MBCT-CP is applied. Repeated-measures t-test indicated significant differences in present-moment intensity, mental quality of life, and depression, as well as in self-efficacy (mean effect sizes). A significant improvement in sleep problems and amount was also seen (large effect size). The therapy is significant in reducing pain and associated symptoms in patients with chronic pain, although its long-term maintenance needs to be investigated. **Study 3.** The objective of this study is to evaluate the differential efficacy between Mindfulness-Based Cognitive Therapy for Chronic Pain (MCBT-CP) and CBT. A quasi-experimental design of repeated measures was carried out with pre-post (n=57) and non-equivalent control group (n=105) from a previous cohort to which CBT had been applied. The T-test revealed significant improvements common to both groups, although differentially, quality of life improved significantly in the MBCT-CP group, while the amount, adequacy and the "optimal" variable of sleep improved more in the CBT group. Despite the variables in common that improved, a slight tendency to find large effect sizes was observed for the TCBM-DC group. Likewise, it was concluded that CBT was related to the improvement of variables related to sleep, while MBCT-CP was associated with improvement in pain and quality of life.

Keywords: Chronic pain, Mindfulness-based Cognitive Therapy for Chronic Pain, differential efficacy, multicenter, Cognitive-Behavioral Therapy.

PRESENTACIÓN

Cuando un paciente recibe la noticia de que su dolor tiene carácter crónico, se encuentra con la desolación de saber que tiene que convivir con él largo tiempo y enfrentarse a la posibilidad de que incluso empeore. Actualmente se estima que en torno a un tercio de la población se encuentra en esta situación, en la cual no sólo se consumen los recursos económicos de las familias y la sociedad, sino que también se ve afectada la salud mental. Adaptarse a una nueva vida con dolor permanente tiene un coste elevado a cualquier nivel.

Así desde la psicología, se han puesto en marcha diversas terapias de carácter grupal que pretenden mejorar la transición a este tipo de vida, y en la medida que se pueda mejorar el manejo y la calidad de vida. La Terapia Cognitivo-Conductual cuenta con una eficacia bien establecida en este campo, si bien se han hallado buenos resultados con intervenciones Mindfulness en los últimos años. Por este motivo, la presente tesis surge para valorar la eficacia diferencial entre la Terapia Cognitivo-Conductual y la Terapia Cognitiva basada en Mindfulness para el Dolor Crónico.

Esta tesis está formada por 3 artículos:

1. Artículo 1. Título: Eficacia diferencial entre la Terapia Cognitivo-Conductual y las terapias basadas en Mindfulness para el Dolor Crónico: revisión sistemática. Objetivo 1. Explorar la literatura científica sobre la eficacia diferencial de las terapias psicológicas basadas en Mindfulness y Terapia Cognitivo-Conductual, aplicadas a distintas condiciones médicas de dolor crónico.
2. Artículo 2. Título: Efectos de la Terapia Cognitiva basada en Mindfulness para dolor crónico: un estudio multicéntrico. Objetivo 2. Evaluar la eficacia del programa grupal de MBCT-CP en la reducción de la valoración cuantitativa del dolor, sintomatología ansioso-depresiva, en la valoración de su estado de salud, en la interferencia del dolor

en sueño y en la percepción de autoeficacia sobre el manejo del dolor, la habilidad Mindfulness y la aceptación del dolor.

3. Artículo 3. Terapia psicológica en Dolor Crónico: eficacia diferencial entre Terapia Cognitiva Basada en Mindfulness y Terapia Cognitivo-Conductual. Objetivo 3. Determinar la eficacia diferencial entre el programa grupal de MBCT-CP y la TCC grupal en dolor crónico, habitualmente llevada a cabo en la Unidad de Psicología Hospitalaria del Hospital General Universitario Dr. Balmis de Alicante, en cuanto a la valoración cuantitativa del dolor, sintomatología ansioso-depresiva, la valoración de su estado de salud, en la interferencia del dolor en sueño y en la percepción de autoeficacia sobre el manejo del dolor.

De esta manera, en las siguientes páginas se exponen los materiales, métodos, resultados y conclusiones obtenidas. De forma detallada cada parte de la tesis encuadra los siguientes contenidos:

1. Introducción. Se resumen los conceptos más importantes en torno al dolor crónico, cifras sobre su prevalencia y costes económicos, así como las consecuencias y comorbilidades más comunes. También se explica cómo se cronifica el dolor agudo, enlazando bases neurobiológicas y teorías explicativas. Finalmente se comentan las teorías psicológicas más empleadas en el dolor crónico.
2. Objetivos y metodología. En este apartado se detallan los objetivos y la metodología utilizados en cada artículo.
3. Discusión. Se incluyen las conclusiones principales de cada estudio y se realizan unas conclusiones generales.
4. Conclusiones y futuras líneas de investigación. En base a los hallazgos y la literatura científica se proponen nuevas vías que profundicen en este campo.

Finalmente, hemos incluido también los manuales del paciente y del terapeuta empleados en los grupos experimentales de los artículos 2 y 3, que son una adaptación del manual de Melissa Day “Mindfulness Based Cognitive Therapy for Chronic Pain” (2017) llevada a cabo por el equipo de la presente tesis y se pueden consultar en los anexos 1, 2 y 3. Asimismo, los anexos 4, 5 y 6 contienen los artículos originales publicados.



Terapia Cognitiva Basada En Mindfulness Para Dolor Crónico:

Revisión Sistemática y Eficacia Diferencial con Terapia Cognitivo-Conductual

En 2020, la Asociación Internacional para el Estudio del Dolor (*International Association for the Study of Pain*, IASP) actualizó su definición, entendiéndolo como: “una experiencia sensorial y emocional desagradable asociada con, o similar a la asociada, a un daño tisular real o potencial”. Incluyeron algunas notas que subrayan el carácter subjetivo del dolor, influenciado por diversos factores sociales, biológicos y psicológicos. De este modo, esta experiencia queda diferenciada de la mera nocicepción, entendiéndola como un constructo personal inferido de las experiencias vitales, que debe ser respetado tal cual es y que puede expresarse en forma de diversos comportamientos. En este sentido, destaca que la incapacidad para expresar verbalmente el dolor no implica necesariamente que no se esté sufriendo esta experiencia. Reconoce que, aunque generalmente el dolor cumpla una función adaptativa, puede generar efectos negativos sobre el funcionamiento y el bienestar social y psicológico de las personas (Raja et al., 2020).

Esta definición fue construida en 1979 por la IASP, basándose en la afirmación de Merskey (1979) y en estudios previos, como la Teoría de la Puerta de Control (Melzack y Wall, 1965). Anteriormente la intensidad del dolor se entendía proporcional al daño tisular, si bien esta conceptualización enfatizó el carácter subjetivo de la experiencia hasta el punto de no ser necesaria una lesión que justifique el dolor (Melzack y Katz, 2006). De hecho, Melzack y Casey (1968) señalaron la multidimensionalidad del dolor, con 3 dimensiones en las que se interrelacionan componentes psicológicos y físicos: la sensorial-discriminativa, la afectivo-emocional y la cognitivo-evaluativa. La nocicepción como tal, daría cuenta de la intensidad y localización del dolor siendo la parte más física de la experiencia y conformando la dimensión sensorial-discriminativa. Cuando esta experiencia es adjetivada como desagradable y nociva se está configurando la dimensión afectivo-emocional; y finalmente, cuando a la experiencia

física y a su valoración, el sujeto suma las creencias y los pensamientos sobre el dolor, se habla de la dimensión cognitivo-evaluativa. Así, esta visión holística ha gozado de amplia aceptación en la comunidad científica y ha permitido abrir el campo de intervención, favoreciendo nuevas aproximaciones beneficiosas para los pacientes.

Por otra parte, la diferenciación entre dolor agudo y crónico suele realizarse en base a la duración. Así, algunas aproximaciones entienden que el dolor agudo se resuelve en el periodo esperado, mientras el crónico persiste incluso cuando el daño tisular se ha resuelto (Bonica, 1953; Merskey, 1983). Sin embargo, como señala Treede et al. (2019), el criterio de “periodo esperado” sólo puede aplicarse en procesos postoperatorios, ya que es difícil de verificar en otras circunstancias médicas cuánto tiempo debería persistir un dolor. Por este motivo, en la práctica se acaba aplicando un criterio estrictamente temporal: el dolor que persiste más de 3 meses es crónico (Cohen et al., 2021; Treede et al., 2019), y para fines de investigación suele ampliarse por consenso a 6 meses (von Korff y Dunn, 2008).

Respecto a posibles taxonomías sobre todos aquellos diagnósticos que implican dolor crónico, existe la aproximación de la IASP, que fue implementada por la Clasificación Internacional de las Enfermedades en su onceava versión (World Health Organization, 2019). A grandes rasgos se entiende que hay un dolor crónico primario, que incluye síndromes bajo los que no subyace una condición médica que los justifique, en contraposición al dolor crónico secundario que incluiría síndromes que pueden basarse en alguna condición médica no dolorosa. Así, bajo la etiqueta de “dolor crónico” se incluyen 7 grupos diagnósticos atendiendo a criterios prioritariamente etiológicos, seguidos de mecanismos fisiopatológicos y en menor medida por la localización. Dichos grupos serían: dolor crónico primario, dolor crónico relacionado con el cáncer, dolor crónico postquirúrgico y postraumático, dolor crónico neuropático, dolor de cabeza secundario y dolor orofacial, dolor crónico secundario al dolor visceral y dolor musculoesquelético secundario. Si bien parece una clasificación sencilla, en la

práctica los límites son más difusos, las categorías acaban solapándose (ejemplo: dolor neuropático relacionado con un tratamiento oncológico) y, para recoger la idiosincrasia de la práctica, se acaban poniendo numerosas etiquetas que garanticen la exhaustividad de la clasificación (Treede et al., 2019). Como se puede intuir esta taxonomía responde más a necesidades de investigación y epidemiología que a la clínica, ya que en la práctica se atiende de manera conjunta a los pacientes que sufren dolor más allá de los 3 meses, quedando en un plano más bien secundario los diagnósticos médicos que pudieron en su origen relacionarse con el dolor.

De hecho, Cohen et al. (2021) señalaron una clasificación más sencilla que suele ayudar a los clínicos en la elección del tratamiento, entendiendo 3 categorías: dolor nociplástico, neuropático y nociceptivo. Cuando existió una lesión o enfermedad que afectó al sistema nervioso (ejemplo: se comprimieron nervios, se ingirió alguna toxina, hubo un traumatismo) quedando éste afectado de forma crónica, se habla de un dolor neuropático. Cuando se encuentran daños reales o potenciales a tejidos de cualquier sistema (ejemplo: procesos degenerativos, daños viscerales), se trata de un dolor nociceptivo en el que, debido al daño en el tejido, el sistema nervioso recibe constantemente una señal de dolor. Finalmente, cuando el problema reside en una mala adaptación que afecta al proceso de nocicepción, cuyo origen no implica un daño tisular sino más bien una sensibilización del sistema nervioso central, se trata de un dolor nociplástico (ejemplo: fibromialgia, síndrome del intestino irritable). El dolor nociceptivo sería el más común, mientras que neuropático incluiría al 15-25% de los pacientes con dolor crónico y el nociplástico es el que peor respondería a los tratamientos. Sin embargo, los autores estiman que el 50% de las situaciones con dolor crónico, suelen clasificarse en más de una categoría. En este sentido los expertos afirman que más que buscar clasificaciones estancas sería necesario hablar de un continuo, ya que realmente las vías nerviosas son las mismas en cualquier tipo de dolor.

Epidemiología

Prevalencia

Como indica Mills et al. (2019), estimar la prevalencia del dolor crónico es complicado ya que la población varía enormemente según los criterios aplicados. Así se pueden encontrar estudios sobre el dolor crónico según etiología (ejemplo: prevalencia de dolor crónico postquirúrgico), según países o por edades. Hacer referencia a la prevalencia de dolor crónico según el diagnóstico médico asociado es una tarea infinita ya que pueden hallarse tantos estudios como diagnósticos, sin ser una clasificación especialmente útil. Por este motivo se explicarán las prevalencias a nivel mundial, en países de referencia y en España (ver Tabla 1), teniendo en cuenta grupos de edad y sexo.

Tabla 1

Prevalencia del dolor por países y años

	Prevalencia	Referencia
Estado Unidos	20,5%	Yong et al., 2022
	20,5%	Zelaya et al., 2020
	40%	Dahlhamer et al., 2018
	9-12%	Califf et al., 2016
	18,4%	2011 (referencia en Pitcher et al., 2019)
Europa	25-35%	Breivik et al., 2013
	19%	Reid et al., 2011
	19%	Breivik et al., 2006
España	15%	Dueñas et al., 2015
	15%	Torralba et al., 2014
	17,25%	Langley et al., 2011
	17,64%	INE, 2008
	23,4%	Català et al., 2002

Así de forma global, se estima que entre el 10 y el 29% de los adultos de países desarrollados sufren dolor crónico. Concretamente, Sá et al. (2019) hallaron que el 42% de la población adulta sufría dolor de cabeza, el 34% dolor crónico inespecífico, el 25% dolor musculoesquelético y el 21% dolor de espalda.

En Estados Unidos, los datos más recientes (Yong et al., 2022; Zelaya et al., 2020) revelan que el 20,5% de los adultos sufren dolor crónico. Las estimaciones sobre la población estadounidense son las más abundantes y revelan cierta consistencia temporal: desde 2011 se ha estimado una prevalencia del 18,4% (Pitcher et al., 2019) (encuesta de 2011 del Centro Nacional de Estadísticas de Salud, *National Center For Health Statistics*, NHIS), en 2016 se señaló entre un 9 y un 12% (Califf et al. (2016), y dos años más tarde Dahlhamer et al. (2018) publican una la horquilla más amplia de hasta el 40%. Es posible que un 40% sea una sobrestimación, pero es plausible pensar que en torno al 20% de los estadounidenses puedan sufrir dolor crónico. Cifras similares se encuentran en Europa, con estudios que indican una prevalencia entre el 19% (Breivik et al., 2006; Reid et al., 2011) y el 25-35% (Breivik et al., 2013).

En España, se hallan datos desde 2002 con una prevalencia más o menos estable entre el 15 y el 23,4% (Català et al., 2002). En 2008, la Encuesta Nacional de Salud y Bienestar especificó un 17,64%, una cifra que se mantuvo estable hasta 2011, según Langley et al. (2011); y más adelante, entre 2014 y 2015, los estudios indicaron una prevalencia en torno al 15% (Dueñas et al., 2015; Torralba et al., 2014).

Los datos más recientes y específicos los aporta la Encuesta Europea de Salud realizada por el Instituto Nacional de Estadística en 2020 (INE, 2020). Los resultados fueron tomados en población mayor de 15 años revelando que, de las 6 enfermedades crónicas más frecuentes en 2020, 3 fueron de dolor crónico: el 14,4% de la población española mayor de 15 años sufre

artrosis (incluyendo artritis), seguido del 13,7% que sufre dolor crónico lumbar y el 11,3% dolor cervical crónico. Según el sexo, se observó que las mujeres estaban más afectadas en las 3 categorías (ver Tabla 2) y además eran notablemente más prevalentes en cualquier edad en los tres diagnósticos. Con una salvedad, de 15 a 24 años, hay más hombres que mujeres con un proceso de artrosis, concretamente el 0.36% de los casos de artrosis son hombres frente al 0.15% de las mujeres.

Tabla 2

Porcentaje de personas con dolor crónico en España según tipo de dolor y sexo.

Fuente: INE, 2020

	Hombres	Mujeres	Total
Artrosis (incluye artritis)	8,7%	19,7%	14,4%
Dolor lumbar crónico	10,1%	17,1%	13,7%
Dolor cervical crónico	7%	15,5%	11,3%

En otros grupos de edad más específicos, como niños y adolescentes (de 8 ó 10 años hasta los 18 años), Wager et al. (2019) indicaron que al menos un tercio (33%) sufren dolor crónico, siendo más prevalente en chicas (29%) que en chicos (16%). El análisis en 42 países realizado por Gobina et al. (2019), indica que el dolor crónico más prevalente en este grupo de edad es el dolor múltiple (localizado al menos en dos zonas) siendo del 20,6%, seguido del dolor de cabeza (11,3%), de espalda (7,7%) y de estómago (4,6%). Asimismo, los autores observan que el dolor es más prevalente conforme aumenta la edad en ambos sexos.

En los que respecta a jóvenes adultos (18-29 años), el metaanálisis Brown et al. (2021) señaló una prevalencia entre el 5 y el 30%; mientras el metaanálisis de Murray et al. (2021) concretó esta cifra en el 11,6%. Finalmente, las cifras se disparan en personas mayores de 60 años, con una prevalencia entre un 25 y un 85% de la población (Stompór et al., 2019), siendo

el más común el dolor de espalda (45%), dolor de rodillas (40%) y de cervicales (20%) (Domenichiello y Ramsden, 2019).

En general se puede observar que, la prevalencia del dolor crónico hasta los 65 años en cualquier país alcanza el tercio de la población en las estimaciones más generosas (Cohen et al., 2021), aumentando su presencia con la edad y siendo más frecuente entre las mujeres. Asimismo, el dolor de cabeza y de varios focos es más frecuente en la juventud, mientras que el dolor de espalda y de artrosis es más prevalente con la edad (Mills et al., 2019).

Impacto Del Dolor Crónico

Consecuencias y Comorbilidades. En función de las características del dolor, se alterará de una u otra forma la capacidad para realizar las actividades de la vida diaria (incluyendo el trabajo), el descanso nocturno y las interacciones sociales y familiares; y estos cambios propiciarán la aparición de afecciones comórbidas a nivel físico (por ejemplo: diabetes u obesidad) y psicológico (por ejemplo: ansiedad o depresión)(Cáceres-Matos et al., 2020; Dueñas et al., 2019).

Como explica Cáceres-Matos et al. (2020), las personas con dolor crónico tienden a evitar actividades de la vida diaria que les produzcan más dolor, de modo que acaban reduciendo su nivel de actividad y su nivel de implicación en las tareas diarias. Al desvincularse de algunas actividades se genera una incompreensión por parte de los demás y una percepción de minusvalía personal, de este modo la persona se siente más aislada y surge mayor catastrofismo ante el dolor.

Asimismo, diversos estudios (Jank et al., 2017; Mills et al., 2019) señalan la relación bidireccional entre el dolor crónico y el sueño, siendo el dolor el que dificulta el sueño y el insomnio el que acentúa el dolor. Por este motivo, se considera una condición indispensable que la intervención sobre el dolor crónico trabaje con los problemas del sueño asociados.

En este contexto, es frecuente encontrar la asociación del diagnóstico de Dolor Crónico con sintomatología ansioso-depresiva, alteraciones del sueño, abuso de sustancias e ideación suicida (Husak y Bair, 2020; Kleykamp et al., 2021; Velly y Mohit, 2018; Xu et al., 2020) y esta asociación conlleva mayor prescripción de opioides, su mal uso y el riesgo de muerte por sobredosis (Higgins et al., 2022; Owen-Smith et al., 2020; van Rijswijk et al., 2019).

Resultados similares muestra la revisión de Cáceres-Matos et al. (2019) sobre el impacto del dolor crónico en niños, apareciendo el insomnio, alteraciones de la capacidad funcional y sintomatología ansioso-depresiva. Se añade mayor aislamiento social y peor rendimiento académico, con un aumento considerable del gasto económico para las familias. Si bien, la revisión de Alsaggaf y Coyne (2020) apunta a que el dolor impacta sobre el funcionamiento social en los más jóvenes, con la edad este impacto se atenúa. Según un reciente estudio de Jagpal et al. (2021), parece que el impacto del dolor crónico sobre la funcionalidad, la calidad de vida y la ansiedad estaría relacionado más con el número de estresores (académicos, familiares, entre iguales, actividades) que acompañan al dolor crónico que con las características del dolor en si mismas. Concretamente, la presencia de estresores académicos predecía una menor capacidad funcional, mientras que cuando además de los estresores académicos, se unían los familiares y entre iguales, aparecía mayor ansiedad y peor calidad de vida.

Costes Económicos. Los costes económicos y sociales del dolor crónico se miden no solo por su gasto sanitario sino también por sus consecuencias laborales, derivadas del desempleo y la incapacidad temporal (Leadley et al., 2012). En España el reciente estudio de Sicras-Mainar et al. (2020), llevado a cabo con pacientes con osteoartritis en el sistema público de salud, indica que el coste de cada paciente durante un tratamiento de 3 años sería de unos 17.915 euros (aproximadamente 5000 al año) derivados principalmente de la pérdida de productividad (72,3%) y de la asistencia médica (27,7%). Asimismo, destaca que la reducción

del dolor con opioides parece moderada, mientras que el deterioro cognitivo y la dependencia en actividades de la vida diaria aumentaba. En la Comunidad Valenciana, la reciente tesis de Cabo-Meseguer (2019) indica que los pacientes con fibromialgia suponen 8.196,60 euros por paciente y año, siendo el coste global anual de 1.503.494.141 € en la Comunidad Valenciana y entre 9.158.618.549 € y 13.737.927.823 € en España. Así, no es de extrañar que el coste económico del dolor crónico en España en 2016 se estimara entre el 2 y el 2,8% del PIB (Álvarez-Caramés y Navarro-Ribero, 2016).

Del Dolor Agudo Al Dolor Crónico

Bases Neurobiológicas y Teorías Explicativas

Habitualmente cuando un tejido está dañado, el estímulo doloroso es recibido por los nociceptores periféricos (fibras A-delta y C) que hacen sinapsis en el asta dorsal de la médula espinal, de allí ascenderá hasta el tálamo y, finalmente, la señal llegará hasta el córtex somatosensorial, corteza cingulada e ínsula (Baller y Ross, 2017). De esta manera, percibimos la localización y la intensidad de este daño, lo cual es adaptativo en tanto podemos atenderlo y tomar medidas para repararlo.

De manera más detallada (Feizerfan y Sheh, 2015), con la lesión del tejido el cuerpo activa una respuesta inflamatoria para su reparación, enviando mediadores inflamatorios (adenosin-5-trifosfato, bradiquinina, prostaglandina E5, sodio, hidrógeno, potasio, histamina y serotonina) que interaccionan con los nociceptores del tejido y favorecen la despolarización de las fibras A-delta y C. Asimismo, también se envían macrófagos y sustancias proinflamatorias (interleucinas) que generan mayor activación de las fibras C, las cuales liberan la sustancia P, generándose una “inflamación neurógena” que retroalimenta a las fibras C, reduciendo así su umbral de excitación y generando mayor dolor. Igualmente, no solo aparece una respuesta inflamatoria local, sino también a nivel sistémico, activándose el sistema nervioso simpático y liberándose la consiguiente noradrenalina, la cual en si misma ya activa a los nociceptores.

La señal dolorosa entra en la médula espinal haciendo sinapsis con las neuronas de segundo orden en la materia gris del asta dorsal. Esta sustancia gris comprende varias láminas y se encuentran 3 grupos de neuronas de segundo orden: un primer grupo involucrado en la nocicepción, un segundo en la propiocepción y un tercero llamadas de “rango dinámico amplio” (WDR en inglés) latentes hasta que se produce la sensibilización. En esta sinapsis, se liberan sustancias como el glutamato (principal excitador del sistema nervioso) o la sustancia P.

En esta zona se ubica la Teoría de la Puerta de Control (Melzack y Wall, 1965), que describe un circuito paralelo descendente que modularía la señal del dolor, concretamente la puerta del dolor la formaría la sustancia gelatinosa del asta dorsal de la médula espinal. Tanto las fibras A-delta y C como las A-beta discurren a través de la sustancia gelatinosa y son las responsables de abrir o cerrar la puerta del dolor: la actividad en las fibras A-delta y C provocan una actividad prolongada en la médula espinal (abren la puerta), mientras la actividad en las fibras A-beta provocan un estallido en la actividad de la médula seguido de una inhibición (cierran la puerta) (Vázquez, 2012). Así se liberarían opioides endógenos y otras sustancias que favorecerían la amortiguación del dolor. Del balance entre las vías ascendentes y descendentes surgiría la experiencia nociceptiva.

Siguiendo la vía ascendente del dolor, la señal nociceptiva llegaría por la vía espinotalámica hasta la corteza somatosensorial y la matriz del dolor. Así, la teoría de la Puerta de Control se amplió con la Teoría de la Neuromatriz (Melzack, 1990, 1993), que hipotetiza la existencia de una neuromatriz capaz de recibir y enviar señales dolorosas. Concretamente, una neuromatriz es un enlace funcional entre diversas áreas somatosensoriales, límbicas y talamocorticales del encéfalo, que vendría dada genéticamente, pero tendría capacidad plástica. De este modo, la recepción de estímulos dolorosos va generando una “neurofirma” (en inglés: neurosignature): un patrón de los impulsos nerviosos que determina la sensación dolorosa,

configurado de forma idiosincrásica a partir de las experiencias nociceptivas, cogniciones y emociones relacionadas con el dolor, y que justifica el carácter subjetivo de la experiencia (Melzack, 1999). Actualmente se conoce que la matriz del dolor está formada por una red nociceptiva del córtex (corteza insular, parietal y cingulada) que se encargarían de la primera respuesta ante el dolor; mientras que la integración de las experiencias relacionadas con el dolor y su interpretación se daría en la matriz perceptiva de segundo orden (ínsula, córtex cingulado, córtex prefrontal, sustancia gris periacueductal y formación reticular).

Cuando se da una estimulación nociceptiva repetida, la respuesta inflamatoria periférica se mantiene a través de linfocitos e interleucinas, produciendo un aumento de la secreción de sustancia P, lo cual genera mayor sensibilización periférica. Asimismo, también se producen cambios en los receptores y canales iónicos de las neuronas del asta dorsal, favoreciendo la activación de un tipo de receptores neuronales hasta ahora inactivos: receptores NMDA. La activación de estos receptores a su vez activa las neuronas WDR (explicadas anteriormente) generando el efecto de alodinia (dolor ante estímulos que generalmente no lo son). Toda esta liberación de sustancias relacionadas con el dolor activa a las células gliales en el sistema nervioso central, las cuales liberan en el encéfalo las sustancias que antes se habían liberado en la médula (glutamato, sustancia P, interleucinas y prostaglandinas entre otros), que favorecen la excitabilidad, la regulación al alza de receptores implicados en la excitabilidad (NMDA) y la regulación a la baja de receptores GABA (principal inhibidor del sistema nervioso central). De este modo, se establece una situación de “sensibilización central” donde se reduce el umbral para recibir a los estímulos que provienen del asta dorsal. En todo este proceso, aspectos psicológicos, con la consiguiente transducción en liberación de neurotransmisores y regulaciones al alza va generando una neuromatriz sensibilizada al dolor, en la que se integran aspectos físicos, con cogniciones (especialmente catastróficas) y emociones (Arendt-Nielsen et al., 2011; Feizerfan y Sheh, 2015; Kuner y Kuner, 2021).

Variables Psicológicas Relacionadas Con La Modulación Del Dolor Crónico

Observaciones longitudinales han señalado la relación bidireccional entre trastornos del estado de ánimo y dolor crónico, siendo habitual que la persistencia del dolor genere alteraciones del estado de ánimo (depresión, ansiedad, distrés) y éstas sean fuertes predictores en la transición del dolor agudo al crónico (Edwards et al., 2011; Linton et al., 2011; Nicholas et al., 2011; Williams, 2013). Asimismo, recientes estudios (Kleinmann y Wolter, 2022) señalan que son los factores psicológicos y sociales los que se relacionan con el aumento del consumo de opioides, más que aspectos meramente somáticos como la intensidad del dolor.

En general, Meints y Edwards (2018) señalan que los estudios de las variables psicológicas relacionadas con el dolor se podrían diferenciar en dos: aquellos que estudian las variables previas al dolor, como factores de riesgo o vulnerabilidad a la cronificación del mismo, existiendo antes del dolor o que aparecieron como primera respuesta; y aquellos que estudian las variables psicológicas como mediadores de la respuesta a un tratamiento psicológico. Entre los estudios sobre factores de riesgo o vulnerabilidad, se han hallado variables como el afecto negativo, el trauma y factores sociales e interpersonales; mientras que las variables psicológicas mediadoras más investigadas serían las estrategias de afrontamiento del dolor, la catastrofización, la aceptación y la autoeficacia.

Factores Psicológicos de Riesgo en la Cronificación Del Dolor. En primer lugar, la depresión, ansiedad y distrés, habitualmente variables englobadas como afecto negativo, son un factor común en pacientes con dolor crónico. Los estudios indican que el afecto negativo representa un factor de riesgo para la aparición de condiciones de dolor crónico (Edwards, Dworkin, Sullivan et al., 2016; Turk et al., 2016), así como juega un papel importante en la cronificación de un dolor agudo (Shipton, 2011; Williams, 2013).

Asimismo, el trauma físico y psicológico se asocia fuertemente a la aparición de dolor crónico, especialmente cuando el trauma tuvo lugar a edades tempranas (Afari et al., 2014; Burke et al., 2017). En este marco, cobra especial interés la fuerte capacidad predictiva del Trastorno de Estrés Postraumático (Powers et al., 2014), cuya relación con el dolor crónico parece explicarse tanto por factores ambientales como genéticos, con mecanismos diversos y multifactoriales (Gasperi et al., 2021).

En este marco, el apoyo social es un amortiguador eficaz de los efectos del estrés (Helmhout et al., 2010; Turk et al., 2016; Wilson et al., 2022; Yang y D'Arcy, 2022), favoreciendo la mejoría tanto en el dolor como en el funcionamiento de los pacientes con dolor crónico, incluso de carácter oncológico (Novy y Aigner, 2014). Sin embargo, es necesario diferenciar entre el apoyo social percibido y el grado de atención a las demandas en respuesta al dolor, ya que este último se relaciona con mayor incapacidad (Jensen et al., 2011). En cuanto al mecanismo de acción, parece que el apoyo social se relaciona con la actitud mindfulness y esta a su vez con la disminución del distrés (Wilson et al., 2022).

Si bien se ha analizado la evidencia de cada uno de los factores descritos, en la realidad suelen combinarse. Por ejemplo, con el aislamiento durante la pandemia COVID-19, Serrano-Ibáñez et al. (2021) hallaron una correlación entre distrés emocional, sensibilización central e intensidad del dolor, siendo un fuerte predictor del distrés emocional la pérdida de apoyo social.

La situación de pandemia (Karos et al. (2020), exacerbó el aislamiento y la desconexión social, dificultó el acceso a los servicios de salud y acentuó la desigualdad social y los sentimientos de injusticia. Así, Hruschak et al. (2020) señalan que durante el aislamiento aumentó tanto la intensidad como la interferencia del dolor, especialmente significativo en mujeres, con nivel educativo bajo, con fibromialgia y con tendencia a la catastrofización. Según (Lacasse et al., 2021) en poco más de un mes, los pacientes con dolor crónico vieron afectados

sus tratamientos: el 38,3% de los pacientes que tenían tratamiento farmacológico cambiaron su pauta debido al aumento de la intensidad del mismo y a la falta de tratamiento físico y psicológico coadyuvante, así como a dificultades de acceso a farmacología o cancelación de su tratamiento.

De este modo, los factores se van combinando normalmente en una cascada que predispone a la cronificación e intensificación del dolor.

Factores Psicológicos como Mediadores en la Cronificación Del Dolor. Entre los factores mediadores más estudiados se encuentran las estrategias de afrontamiento del dolor, que incluyen una serie de técnicas de tipo cognitivo, emocional y conductual que utiliza el paciente para manejar su dolor (Lazarus y Folkman, 1984). La clasificación de estas estrategias es recogida por Meints y Edwards (2018) entendiéndose que se pueden agrupar en: cognitivas frente a conductuales, activas frente a pasivas, o individuales frente a globales. Asimismo, apuntan la coincidencia de los estudios en la relación entre las estrategias de afrontamiento y la intensidad del dolor, el funcionamiento físico y psicológico (Turner et al., 2000). En este sentido, las mejores estrategias de afrontamiento frente al dolor serían las estrategias de tipo activo (frente a las pasivas) y las orientadas a la resolución del problema (y no a las emociones). Concretamente, ambas mejoran el ajuste psicológico y la depresión, mientras que las estrategias pasivas u orientadas a la emoción se relacionan con el incremento del dolor (Du et al., 2018; Esteve et al., 2007; Stewart y Yuen, 2011).

Un factor facilitador de la utilización de estrategias activas, parece ser la percepción de autoeficacia en el manejo del dolor (Turner et al., 2006). Esta forma de autoeficacia se define como la creencia que tiene la persona sobre su capacidad para controlar el dolor (Turk et al., 2016), lo cual facilita la utilización de estrategias de afrontamiento más activas que mejoran la discapacidad y el funcionamiento, así como reducción en la sintomatología depresiva (Jackson et al., 2014; Miró et al., 2011).

Por otra parte, una de las estrategias de afrontamiento pasivas que más atención ha recibido en los últimos años es el factor mediacional de la catastrofización. En el contexto de dolor crónico, la catastrofización es una respuesta cognitiva y emocional que implica una orientación exagerada a un dolor actual o futuro con elementos de rumiación, magnificación y desesperanza sobre la propia capacidad para manejar el dolor (Chaves y Brown, 1987; Sullivan, 2012). Según Sullivan (2012) el estilo catastrofista no es del todo desadaptativo en el caso del dolor agudo, ya que moviliza al entorno y reduce las demandas pese a ser altamente estresante para el propio individuo; mientras que este balance, sostenido en el tiempo con la cronificación del dolor, es lo que realmente resulta perjudicial. El individuo asume que no puede hacer nada frente a un futuro devastador y estos pensamientos impiden que los controles inhibitorios difusos actúen (neuronas del asta dorsal que amortiguan la señal nociceptiva) (Weissman-Fogel et al., 2008), a la vez que activan la corteza cingulada e ínsula (áreas encefálicas de la matriz del dolor), favoreciendo la sensibilización central (Quartana et al., 2009) e incrementando la intensidad del dolor (Cano-García et al., 2021; Rizzo et al., 2021; Roudsari et al., 2022). Tanto es así que, recientes estudios (Parisi, Landicho, et al., 2022) han señalado como el abuso de opioides está más relacionado con el nivel de catastrofización que con la intensidad del dolor.

Por tanto, en los últimos años la catastrofización se ha consolidado como una variable objetivo en muchas terapias. Tanto en la Terapia Cognitivo-Conductual como en la Terapia de Aceptación y Compromiso (McCracken et al., 2015; McCracken y Vowles, 2014) e incluso en terapias de ejercicio físico (de Rooij, 2016), el resultado en la reducción del dolor siempre es mediado por una reducción en la catastrofización conseguido por vías diferentes según cada terapia. Asimismo, parece que no solo influye en la eficacia de la terapia sino también de la analgesia, considerándose un factor a controlar (Edwards, Dworkin, Turk et al., 2016).

Una variable relacionada estrechamente con la catastrofización, que da cuenta de su efecto sobre el dolor, es la evitación experiencial del dolor. Se ha observado que el dolor se

cronifica directamente por la evitación conductual de maniobras que impiden la aparición del dolor (Asmundson et al., 2012; Beebe et al., 2021; Hruschak y Cochran, 2018; Kroska, 2016; Philips, 1987). La catastrofización sería el mecanismo cognitivo que mantiene esta evitación experiencial, la cual se relaciona directamente con el dolor (Sturgeon, 2014; Velasco et al., 2022).

En contraposición a este circuito, estaría la aceptación del dolor: reconocer y acoger la experiencia sin juzgarla. Según McCracken y Vowles (2006) una conducta que se realiza con conciencia del dolor, sin intentar cambiar o amortiguar el dolor directamente, demostraría aceptación. La aceptación tiene dos componentes, el más cognitivo sería la apertura a la experiencia del dolor, mientras que la implicación en actividades de la vida diaria sería su componente conductual (McCracken et al., 2004). Los estudios indican que la aceptación del dolor disminuye la interferencia del mismo en las actividades de la vida diaria (McCracken y Zhao-O'Brien, 2010; Salamon et al., 2022), así se ha observado que, tras terapia psicológica, las mujeres mejoran más que los hombres en interferencia del dolor y ansiedad, precisamente gracias a que la aceptación por parte de ellas es mayor tras la terapia (Pester et al., 2022). Recientemente, Ferreira-Valente et al. (2021) señalan este efecto amortiguador de la aceptación sobre el dolor, como dos caras de la misma moneda: la aceptación y la catastrofización influirían sobre la intensidad del dolor y los estados emocionales derivados del mismo (ansiedad/depresión). Concretamente, los autores hallaron que la implicación en actividades era el componente de la aceptación que amortiguaba los efectos de la catastrofización sobre la depresión; mientras que la apertura a la experiencia del dolor influiría en el efecto de la catastrofización sobre la interferencia al dolor. Algunas terapias psicológicas, facilitan cambios en la neuromatriz del dolor que darían cuenta del sustrato biológico de los efectos amortiguadores descritos (Brown et al., 2022; Meier et al., 2021).

Otro factor que ha sido considerado como protector es la autoeficacia en el manejo del dolor, definida como la capacidad percibida por el paciente para controlar los síntomas del dolor y las dificultades derivadas en el funcionamiento diario (Turk et al., 2016). La autoeficacia disminuye el estrés, la severidad del dolor y la discapacidad (Jackson et al., 2014). Diversos estudios muestran que su efecto puede ser tanto directo como mediador, por ejemplo, Karasawa et al. (2019) destaca la relación directa entre aumento de la autoeficacia y la disminución de la discapacidad, independientemente de la disminución en la intensidad del dolor. Asimismo, Cheng et al. (2018) señala como la relación entre la intensidad del dolor y la depresión, habitualmente mediada de forma parcial por la catastrofización, podía verse modificada por la autoeficacia de dos formas: directamente el aumento de autoeficacia disminuía la depresión, e indirectamente moderando la catastrofización.

Terapias Psicológicas En El Tratamiento Del Dolor Crónico

Hace 40 años Engel (1980) propuso su modelo biopsicosocial, que sostiene que la salud y la enfermedad están determinados por factores biológicos, psicológicos y sociales. De esta manera, define una serie de macroprocesos (ejemplo: cultura, biosfera, apoyo social) que interaccionan con microprocesos (ejemplo: sistema nervioso, alteraciones bioquímicas) dando lugar a un estado de salud. En la actualidad cualquier guía de práctica clínica y sociedades de dolor crónico recomiendan un abordaje multidisciplinar del dolor crónico (Williams et al., 2012).

Como señalan (Rodríguez-Marín et al., 2021), las intervenciones psicológicas se pueden clasificar siguiendo diversos criterios, así a grandes rasgos podemos diferenciar los criterios de formato de los criterios de contenido. Los criterios de formato hacen referencia a las clasificaciones sobre el recurso institucional donde se lleva a cabo la terapia (atención primaria o atención especializada) y el número de participantes (individual o grupal); mientras que los criterios de contenido hacen referencia al tipo de terapia psicológica o técnicas

aplicadas. Siguiendo un recorrido histórico de los tipos de terapias, se puede observar que la mayoría de las terapias predominantes en su tiempo y que se mantienen en la actualidad, se han interesado por el dolor crónico, desde las terapias psicodinámicas hasta las de tercera generación, cada una con objetivos diferentes según su idea de cómo se ha originado o como se mantiene el dolor. Sin ser objeto del presente apartado una revisión pormenorizada de los tipos de intervenciones psicológicas, se abordarán las terapias que mayor evidencia han recibido en los últimos años: terapia cognitivo-conductual, terapia de aceptación y compromiso, y programas basados en mindfulness (Majeed y Sudak, 2019).

Terapia Cognitivo-Conductual para el Dolor Crónico

La Terapia Cognitivo-Conductual (TCC) es la más empleada y la que más ampliamente ha demostrado su eficacia en los últimos años (Boschen et al., 2016; Eccleston et al., 2015; Inoue et al., 2014; McCracken, 2012). Los protocolos se basan en la aplicación combinada de técnicas cognitivas y conductuales, con el objetivo de modificar los patrones de comportamiento disfuncionales y los pensamientos irracionales asociados al dolor que interfieren en la vida diaria. Dichas técnicas incluyen entre otras la relajación, la respiración, las autoinstrucciones, la reestructuración cognitiva o la planificación de actividades agradables.

Sin embargo, pese a que la evidencia es abundante, el tamaño del efecto asociado a este tipo de intervenciones es pequeño y sus mecanismos de acción todavía son desconocidos (Moix y Casado, 2011). Algunos autores sugieren que los beneficios podrían derivarse de cambios adaptativos más amplios en el afrontamiento de los pacientes, más que en técnicas concretas (Burns et al., 2015), como por ejemplo la aceptación del dolor que correlaciona con mejores resultados en tratamientos multidisciplinares de TCC (Åkerblom et al., 2015). De este modo, en los últimos años la TCC se ha enriquecido con otros enfoques apareciendo lo que se denomina Terapias de Tercera Generación, que en el contexto de dolor crónico incluyen

principalmente la Terapia de Aceptación y Compromiso y las terapias basadas en Mindfulness (Dimidjian et al., 2016).

Terapia de Aceptación y Compromiso

La Terapia de Aceptación y Compromiso (ACT) es en esencia una forma de TCC que tiene como objetivo mejorar la flexibilidad psicológica, entendiendo esta como una combinación de aceptación, atención plena y cambios en el comportamiento. Desde esta terapia se propone que el paciente tenga un objetivo y se comprometa con él, siendo consciente de las situaciones en las que se ve envuelto, sin resistirse o perderse en pensamientos sobre cómo deberían ser las cosas. Una de las diferencias con las terapias basadas en Mindfulness es que hunde sus raíces en la Terapia de Marcos Relacionales, por lo que se basa en trabajar con los aprendizajes asociativos que se han formado mientras se experimentaba el dolor. De esta manera, en la consecución de los objetivos, el terapeuta trabaja con las asociaciones etiquetadas ampliando su significado para permitir comportamientos más adaptativos, siendo central en este proceso trabajar la flexibilidad (Hayes et al., 2011).

Recientemente (McCracken et al., 2022) analizaron la evidencia sobre esta terapia a través de 25 ensayos clínicos publicados en los últimos 18 años, señalando su capacidad para reducir la interferencia del dolor en la vida diaria, el grado de discapacidad y la depresión, mejorando la calidad de vida. A través de los ensayos clínicos se confirmó el efecto mediacional de la flexibilidad cognitiva en estos resultados, si bien los autores apuntan a que los factores moderadores y predictores de la efectividad de la terapia siguen siendo una incógnita. En esta revisión también se justifica el balance coste-beneficio de la ACT, que recientes estudios han equiparado con la TCC (Witlox et al., 2022)

Intervenciones Basadas En Mindfulness

En las últimas décadas, las Intervenciones Basadas en Mindfulness (*Mindfulness-based interventions*, MBI) han irrumpido con fuerza en prácticamente todos los campos de intervención de la salud y del ámbito laboral, y creándose lo que algunos autores llaman la cultura del Mindfulness (Goldberg et al., 2021). Tanto se ha popularizado en la vida cotidiana, que Clarke et al. (2018) estiman que en Estados Unidos el número de adultos que meditan con regularidad ha pasado del 4,1% al 14,2% entre 2012 y 2017.

En la clínica, la investigación sobre las MBI ha aumentado drásticamente en los últimos años, prácticamente equiparándose en número a las investigaciones en TCC y aplicándose a múltiples trastornos físicos o mentales en cualquier rango de edad (Zhang et al., 2021). Clásicamente, las MBI partieron de la Terapia de Reducción del Estrés Basada en Mindfulness (*Mindfulness Based Stress Reduction*, MBSR) (Kabat-Zinn, 1990) que, aunque actualmente se aplica a múltiples trastornos, empezó con personas que sufrían dolor crónico, con el fin de ayudarlas a lidiar con el estrés que empeoraba su condición. Posteriormente, Segal et al. (2013) hablarían de la Terapia Cognitiva Basada en Mindfulness (*Mindfulness Based Cognitive Therapy*, MBCT) para trabajar con pacientes con depresión recurrente. A grandes rasgos, la MBSR partió de la meditación Vipassana de la tradición budista y la MBCT combinó estos principios con la TCC para un trastorno más específico.

Ambas terapias han acabado diversificando su campo de aplicación, tanto es así que la revisión de (Zhang et al., 2021) concluyó que había suficiente evidencia como para afirmar que las MBI (MBSR y MBCT) eran eficaces para tratar la depresión, la ansiedad, el insomnio, las adicciones, la psicosis, el dolor, la hipertensión, el sobrepeso y síntomas relacionados con procesos oncológico. Sin embargo, todavía no había evidencia suficiente para apoyar su aplicación en Trastorno de Estrés Postraumático, Trastorno de Déficit de Atención e Hiperactividad, Trastorno del Espectro Autista, Trastornos Alimentarios, enfermedades

cardiovasculares, diabetes o problemas respiratorios; así como el balance coste-beneficio necesitaba mayor investigación.

En el campo del dolor crónico, las MBI tienen como objetivo la aceptación del dolor, reducir la evitación, la fusión con los eventos mentales y la disminución del estado de hiperalerta hacia las sensaciones de dolor, a la par que fomenta el autocuidado y la disminución del sufrimiento (Tarrero et al., 2019). Aunque se pueden encontrar múltiples estudios, revisiones y metaanálisis sobre sus beneficios (Ball et al., 2017; Bawa et al., 2015; Hilton et al., 2016; Khoo et al., 2019; McClintock et al., 2019; Veehof et al., 2016), actualmente la Guía NICE (National Institute for Health and Care Excellence, 2021) reconoce sus bondades, si bien considera que no existe suficiente evidencia sobre su eficacia. Parte de las dificultades en la valoración de estos resultados, radica en que existen varios formatos de terapia y los estudios se aplican con muestras muy diversas, desde estudios con pacientes con patologías muy concretas hasta estudios que no llegan a diferenciar bien qué tipo de MBI están aplicando. Sobre este último aspecto, cabe destacar que ni la propia guía NICE ha diferenciado entre tipos de MBI al analizar el estudio. De manera que, generar un cuerpo de evidencia sobre una patología y terapia concreta, comparar formatos o hallar una eficacia diferencial es una tarea difícil. Asimismo, la mayor parte de las revisiones indican la escasa calidad de muchos de estos estudios y la falta de seguimiento de sus resultados.

En este contexto tan amplio, surgen aplicaciones más específicas como la de Garland et al., (2019) y su programa Mindfulness-Oriented Recovery Enhancement (MORE) (sin traducción al español). Inicialmente, el programa MORE fue creado en 2006 para tratar las adicciones mediante mindfulness y en 2010 se aplicó para tratar los problemas de abuso de opioides en la población de dolor crónico, observándose que mejoraba también otros aspectos del dolor. Actualmente se investiga su aplicación en este campo, si bien se centra de forma

preferente (no exclusiva) sobre los aspectos del abuso de opioides, con buenos resultados (Parisi, Hanley, et al., 2022).

Finalmente, en 2017 aparece un programa diseñado especialmente para pacientes con dolor crónico y que es objeto de estudio de la presente investigación: la Terapia Cognitiva basada en Mindfulness para Dolor Crónico (*Mindfulness Based Cognitive Therapy for Chronic Pain*, MBCT-CT) (Day, 2017).

Terapia Cognitiva Basada En Mindfulness Para Dolor Crónico. El objetivo principal de esta terapia va a ser liberarse del dolor, no en el sentido de eliminarlo, sino de liberarse del “equipaje extra” que acarrea el dolor como pensamientos y emociones negativas. Esta liberación, supone una descarga a nivel cerebral en el procesamiento de la nocicepción y permite una nueva experiencia del dolor.

Como indica la autora, la estructura de la terapia recuerda a la MBCT clásica, aunque contextualizada al marco del dolor crónico. La terapia se introduce desde la clarificación del objetivo de la misma y se inicia con la práctica del Escáner Corporal que permanecerá las primeras sesiones y con las que se cerrará la terapia. Iniciar la terapia con esta práctica tiene el sentido de volver a conectar con el cuerpo y se cierra con ella, para volver al cuerpo tras los aprendizajes. Asimismo, como en todas las MBI se cuida la postura revisándola en cada sesión si bien cobra especial importancia cuando se trabaja con pacientes con dolor; y se invita a abandonar la etiquetación de la experiencia (ejem.: mala meditación, distracción, ...) aceptando cualquier resultado del proceso.

A nivel estructural, la terapia consta de 8 sesiones, de 1,5 horas cada una, con una frecuencia semanal. El tamaño del grupo depende de varios factores, entre ellos la disponibilidad de personas o los espacios del centro, considerándose un grupo óptimo entre 6-12 personas. Para la formación del grupo se recomienda realizar una entrevista previa,

excluyendo pacientes que tengan enfermedades psiquiátricas graves y encuadrando la intervención. Cada sesión sigue una estructura básica: revisar ejercicios de la semana anterior y compartir la experiencia de estos, encuadrar el tema de la sesión, practicar en la sesión nuevos ejercicios para la semana y asignar nuevas tareas para la semana siguiente. Los contenidos de la terapia se pueden observar en la Tabla 3, mientras que el manual del terapeuta y el del paciente adaptado por el equipo de investigación para la aplicación del tratamiento, queda recogido en los anexos 1 y 3 respectivamente, así como las meditaciones empleadas en el anexo 2.

Resultados ensayos clínicos MBCT-CP y mecanismos de acción. En 2014 (Day et al., 2014) realizan el primer estudio piloto con el protocolo en pacientes con dolor de cabeza, observándose mejoría en la autoeficacia, la aceptación, la interferencia del dolor y la catastrofización, si bien no se halló ningún efecto para la frecuencia de los dolores de cabeza. Posteriormente se replicó el estudio (Day y Thorn, 2017) añadiendo un seguimiento a largo plazo, evidenciándose el mantenimiento de estos efectos durante 6 meses.

Asimismo, se ha intentado estudiar el mecanismo de acción de esta terapia en pacientes con dolor de cabeza. Los resultados muestran que su efecto se debe a la mejora en la aceptación, concretamente en el componente de implicación en actividades (Day y Thorn, 2016). En pacientes con dolor de cabeza, sería el cambio en la aceptación la clave que promueve cambios cognitivos, como el nivel de catastrofización y el automanejo percibido. Por el contrario, en pacientes con dolor de espalda, los cambios en la catastrofización y el automanejo son directamente las variables que predicen el éxito de las terapias (Day et al., 2020).

Precisamente sobre pacientes con dolor de espalda, la autora ha estudiado la eficacia comparativa entre la MBCT-CP, las intervenciones Mindfulness y la Terapia Cognitiva. Sus resultados indican que no hay diferencias significativas en la eficacia de estas terapias sobre

Tabla 3*Sesiones y contenidos de la Terapia Cognitiva Basada en Mindfulness para Dolor Crónico*

<i>Terapia Cognitiva Basada en Mindfulness para Dolor Crónico</i>	
<i>Sesión</i>	<i>Contenido</i>
1. Abandonar los hábitos automáticos de dolor	Introducción al programa: bienvenida, presentación de participantes. Establecimiento de reglas, objetivos, roles y responsabilidades. Teoría de la puerta e introducción a prácticas de meditación más habituales.
2. Enfrentar los desafíos	Conexión pensamientos-emoción-comportamiento. Introducción modelo ABC. Termómetro estrés-dolor. Mindfulness de experiencias placenteras. Meditación enfocada en la respiración.
3. La respiración como ancla	Meditación basada en los sentidos. Respiración como ancla y meditación sentado. Trabajo con sensaciones físicas desagradables. Conciencia de experiencias estresantes. Revisión de dudas y dificultades.
4. Aprender a estar presentes	Meditación sentado: mindfulness de sonidos y pensamientos. Diario de experiencias estresantes y discusión sobre hábitos mentales inútiles. Espacio de respiración responsiva de 3 minutos. Mindfulness basado en el movimiento.
5. Aceptación activa	Meditación en silencio. El proceso de aceptación activa. Pensamientos automáticos, creencias intermedias y creencias centrales. Conciencia sobre patrones mentales. Meditación sentado.
6. Los pensamientos como sólo pensamientos	Tendencia hacia la interpretación. Ver los pensamientos como sólo pensamientos. Meditación sentado: trabajar con las dificultades. Relación entre el estado emocional y físico y los pensamientos. Herramienta para cambiar el punto de vista. Termómetro del dolor. Plan de mantenimiento de mindfulness.
7. Cuidar de mí mismo	Meditación sentado: trabajar con pensamientos difíciles, entrenamiento en aceptación sin juicio. Identificación de señales de alarma y planes para disminuir el estrés. Atención plena de actividades de la vida diaria. Intercambio de ideas sobre prácticas informales.
8. Mantenimiento en el manejo del dolor crónico	Escáner corporal. Identificación de banderas rojas de estrés y dolor, y utilización de opciones para hacerles frente. Feedback de participantes sobre su experiencia en el programa. Metáfora de "mochila de mindfulness" sobre herramientas aprendidas y cómo continuar con ellas. Plan de mantenimiento. Meditación de la concha.

aspectos como la intensidad del dolor informada o su interferencia, así como tampoco hay diferencias en aspectos comunes como la alianza terapéutica o la cohesión del grupo que puedan promover (Day et al., 2020). En un estudio cualitativo (Cattanach et al., 2021), observa como los pacientes atribuyen su mejoría a algunos aspectos específicos de cada terapia, pero realmente es aquello común en lo que coinciden en señalar como un aspecto significativo (ejm.: *rapport*). Como se señalaba anteriormente, la autora observa que la clave de las tres terapias es el cambio en el nivel de catastrofización y de automanejo del dolor, lo que denominan “metamecanismos”. Asimismo, a nivel de sustrato biológico también se observa esta comunalidad, en tanto que el estudio con electroencefalograma de 5 regiones implicadas en el dolor revela una disminución del arousal (ondas teta, betha y alpha) tras las tres terapias. Sin embargo, únicamente en MBCT-CT la disminución en betha se correlaciona con la disminución en la intensidad del dolor (Day et al., 2021).

Aportaciones MBCT-CP: ¿por qué aplicar MBCT-CP? Como se ha podido observar, la MBCT-CP se basa en un protocolo ampliamente aplicado y cuya eficacia se ha demostrado previamente (MBCT), lo cual aporta respaldo y evidencia. Sin embargo, es posible preguntarse por qué puede ser necesario aplicar MBCT-CP existiendo protocolos previos que, incluso la propia autora aporta evidencia de que tiene una eficacia similar y bajo los que subyacen los mismos mecanismos de acción a nivel biológico y psicológico. El aspecto clave y diferenciador es la especificidad de su material, y los aspectos comunes con otras terapias no hacen sino apoyar su utilización. Como se ha podido entrever en apartados previos, las condiciones de dolor crónico son en su mayoría difíciles de englobar, llegando a ser realmente idiosincrásicas, lo cual dificulta la comprensión del mismo incluso por parte de los profesionales. La mayoría de los terapeutas no han sufrido estas condiciones de dolor crónico y en la práctica los pacientes se ven inmersos en procesos de dolor y uso de opioides que dificulta la comprensión y la transferencia de la práctica al proceso particular. El protocolo de

MBCT-CP aporta ejemplos concretos para pacientes con dolor, explica al terapeuta las resistencias que puede encontrar en este tipo de pacientes en particular y lo guía en su práctica, así como propone ejercicios para los pacientes acordes con sus dificultades diarias. Estas adaptaciones son difíciles de realizar espontáneamente para los profesionales que lidian con un grupo de pacientes con condiciones muy individuales y más aún para los propios pacientes.

OBJETIVOS Y METODOLOGÍA

Objetivos

Teniendo en cuenta lo expresado previamente, la presente tesis tiene 3 objetivos principales:

1. Explorar la literatura científica sobre la eficacia diferencial de las terapias psicológicas basadas en Mindfulness y Terapia Cognitivo-Conductual, aplicadas a distintas condiciones médicas de dolor crónico.
2. Evaluar la eficacia del programa grupal de MBCT-CP en la reducción de la valoración cuantitativa del dolor, sintomatología ansioso-depresiva, en la valoración de su estado de salud, en la interferencia del dolor en sueño y en la percepción de autoeficacia sobre el manejo del dolor, la habilidad Mindfulness y la aceptación del dolor.
3. Determinar la eficacia diferencial entre el programa grupal de MBCT-CP y la TCC grupal en dolor crónico, habitualmente llevada a cabo en la Unidad de Psicología Hospitalaria del Hospital General Universitario Dr. Balmis de Alicante, en cuanto a la valoración cuantitativa del dolor, sintomatología ansioso-depresiva, la valoración de su estado de salud, en la interferencia del dolor en sueño y en la percepción de autoeficacia sobre el manejo del dolor

Metodología

Objetivo 1. Estudio 1. Differential Efficacy Between Cognitive-Behavioral Therapy and Mindfulness-Based Therapies For Chronic Pain: Systematic Review.

Eficacia Diferencial entre Terapia Cognitivo-Conductual y Terapias Basadas en Mindfulness para Dolor Crónico: Revisión Sistemática.

La revisión sistemática fue registrada con PROSPERO (número de registro: 176041) y en su elaboración se siguió la guía PRISMA (<http://www.prisma-statement.org/statement.htm>).

Criterios de selección de estudios. Siguiendo los criterios del formato PICOS (participantes-intervenciones/comparaciones-resultados-diseño de los estudios), los estudios elegidos están publicados en inglés y en español e incluyen participantes mayores de 18 años con dolor crónico moderado no oncológico y con un mínimo de evolución de 3 meses. Asimismo, la muestra engloba una amplia variedad de diagnósticos médicos relacionados con el dolor crónico (Ej.: dolor de espalda, artrosis, lumbalgia), de este modo la heterogeneidad de la muestra permite observar la eficacia de las intervenciones sobre distintos diagnósticos que implican Dolor Crónico.

Respecto a las intervenciones, los estudios elegidos incluyeron investigaciones que estudiaban la eficacia de la MBCT, MBSR, Mindfulness Intervention (MI), Mindfulness Brief Intervention (MBI), MBCT para dolor crónico y MORE, en comparación con otras intervenciones Mindfulness o con TCC, y en comparación con apoyo social o cuidados habituales. Los programas de intervención con Mindfulness debían tener un formato grupal y con un mínimo de 8 sesiones, de al menos 1 hora de duración, con frecuencia semanal. Así, se excluyeron los estudios que no cumplían los requisitos de formato y aquellos que no incluían intervenciones Mindfulness.

En cuanto a las características de los estudios, solo se incluyeron ensayos controlados aleatorizados y en cuanto a la descripción de los resultados, se siguieron las recomendaciones

de IMMPACT, eligiéndose estudios que incluyeran al menos unas medidas de resultado estandarizadas de dolor, funcionalidad física, funcionalidad emocional, calificaciones de los participantes en mejora global, síntomas y disposición de los participantes (adherencia y motivos de abandono).

Fuentes de información y estrategias de búsqueda. Los estudios fueron obtenidos a través de la revisión estructurada de las bases de datos disponibles en la plataforma ProQuest (PILOTS, PsycArticles, PsicoDoc, PsycInfo) y de las bases de Science Direct, Google Scholar, Pubmed y Embase. La estrategia de búsqueda consideró estudios en español y en inglés. Los principales términos de búsqueda fueron Mindfulness Based Cognitive Therapy, Mindfulness Based Stress Reduction, Mindfulness Interventions, Mindfulness Based Cognitive Therapy for Chronic Pain, Cognitive-Behavioural Therapy, Mindfulness-Oriented Recovery Enhancement, Mindfulness Brief Interventions y Chronic Pain, con diferentes combinaciones, aunque siempre se incluyó el término “chronic pain” con alguno de los anteriores. La búsqueda se realizó entre el 1 de septiembre de 2019 y el 31 de noviembre de 2019. También se examinaron las referencias citadas en los artículos seleccionados en la búsqueda para evitar que se perdieran estudios relevantes. La literatura gris encontrada no fue incluida.

Proceso de selección de los estudios. Los criterios de inclusión son los siguientes: (1) muestra formada por participantes humanos, (2) prueban los efectos de MBCT, MBSR, MI, MBCT para el dolor crónico, MORE y MBI, solos, en comparación entre intervenciones Mindfulness o en contraposición a TCC, apoyo social o cuidados habituales, (3) investigaban resultados sobre percepción del dolor, funcionalidad física, funcionalidad emocional y mejora global (recomendaciones IMMPACT), (4) ensayos clínicos aleatorizados e (5) intervenciones presenciales. Se excluyeron (1) aquellos artículos publicados en cualquier otra lengua que no fuera inglés o español, (2) no publicados, (3) aquellos que utilizaran cualquier otro tipo de

terapia psicológica, (4) estudios que no fueran ensayos clínicos aleatorizados, (5) pacientes con dolor de tipo oncológico, (6) intervenciones no presenciales, tipo telemáticas e (7) intervenciones sobre menores de edad. Cabe destacar que no se estipuló ningún tipo de restricción por año de publicación.

La selección de estudios fue llevada a cabo por 2 investigadores que trabajaron en duplicado de forma independiente, siguiendo los criterios de inclusión y exclusión mencionados. El primer cribado se llevó a cabo mediante la búsqueda de las palabras clave en el título y en el resumen. Cada investigador extrajo del artículo el tamaño de la muestra, terapias comparadas, variables dependientes medidas e instrumento de medición y principales resultados. Si había desacuerdo entre los investigadores se revisaba de nuevo el artículo hasta que se alcanzaba acuerdo.

Evaluación del riesgo de sesgo. Los investigadores han utilizado la herramienta de Cochrane Collaboration con la finalidad de controlar el riesgo (clasificado como alto, bajo o desconocido) en el sesgo de selección de la muestra (tanto de selección como de asignación), cegamiento, datos incompletos de los resultados e informe selectivo de los datos; y cualquier otro sesgo que se pueda percibir. Igualmente, si los investigadores no entraban en consenso se revisaba de nuevo hasta alcanzar un acuerdo.

Análisis y síntesis de datos. Se analizaron los resultados principales de los artículos elegidos, atendiendo al tipo de terapia utilizada y el diagnóstico de los pacientes. Asimismo, también se compararon entre si los ensayos clínicos de tres ramas. La mayoría de los estudios disponen de medidas cuantitativas continuas y se presentan sus resultados como diferencia de medias estandarizadas e indicadores del tamaño del efecto como d de Cohen con η^2 cuadrado (η^2).

Objetivo 2. Estudio 2. Effects of Mindfulness-Based Cognitive Therapy for Chronic

Pain: A Multicenter Study

Efectos de la Terapia Cognitiva Basada en Mindfulness para Dolor Crónico: estudio multicéntrico.

Diseño. Diseño cuasiexperimental de medidas repetidas pre y postest, con una comparación intragrupo de mediciones antes y después del programa de intervención.

Participantes. La muestra incluyó pacientes con diferentes diagnósticos médicos asociados al dolor crónico en la provincia de Alicante (España). Para ser incluidos los pacientes debían (1) tener más de 20 años, (2) dolor crónico no oncológico de más de 3 meses de duración y de intensidad moderada-grave diagnosticado por médicos de la Unidad del Dolor, (3) con interferencia del mismo en al menos en un área de funcionamiento cotidiano, (4) tener autonomía suficiente para rellenar las pruebas autoaplicadas y (5) la aceptación libre de participar en el estudio, con consentimiento informado por escrito. Se excluyeron sujetos (1) con capacidades disminuidas para dar su consentimiento informado y (2) con comorbilidad clínica grave o (3) psiquiátrica en fase aguda. La muestra fue obtenida mediante lista de espera de Psicología Clínica de las Unidades de Dolor del Hospital General Universitario (HGUA) Dr. Balmis de Alicante, Hospital Marina Baixa (HMB) y Hospital Vega Baja (HVB), entre junio de 2018 a enero de 2019.

Instrumentos. En la recogida de datos se confeccionó un cuestionario, que incluyó las siguientes medidas:

- Características sociodemográficas: edad, sexo, estado civil y ocupación.
- Valoración cuantitativa del dolor: el dolor en los tres últimos días se valoró mediante la Escala Visual Analógica (EVA)(Couper et al., 2006), cuya puntuación oscila con puntuaciones entre 0 (ausencia de dolor) y 10 (el peor dolor imaginable), siendo dolor leve una EVA <4, dolor moderado entre 4-6, y dolor severo una EVA >6. EVA tiene

una fiabilidad test-retest alta ($ICC = 0.71-0.99$), una validez convergente con ratios de 0.30 a 0.95, y una moderada validez concurrente (0.71 a 0.78) cuando se compara con una escala numérica (Currier, 1984; Enebo, 1998; Finch et al., 2002; Good et al., 2001). Asimismo, se utilizó una escala Likert de 5 puntos para valorar la intensidad del dolor en el momento presente, siendo 4 extremadamente intenso, 3 intenso, 2 moderado, 1 suave y 0 ninguno.

- **Sintomatología ansioso-depresiva:** se utilizó la Escala Hospitalaria de Ansiedad y Depresión (Hospital Anxiety and Depression Scale, HADS)(Zigmond y Snaith, 1983), validada en población española con dolor crónico (Cabrera et al., 2015). Cuestionario autoaplicado de catorce ítems, con una escala de respuesta tipo Likert de cuatro puntos. La puntuación global oscila entre 0 y 42, con un rango de 0-21 para cada subescala. En ambas subescalas, los puntos de corte son: 0-7 normal, 8-10 dudoso y ≥ 11 problema clínico. Su fiabilidad es adecuada (subescala de ansiedad: $\alpha = .83$; subescala de depresión: $\alpha = .87$) según Vallejo et al. (2012).
- **Percepción del estado de salud:** se empleó el Cuestionario SF-12 sobre el Estado de Salud (Short Form, SF-12) (Ware et al., 1996) en su adaptación española (Alonso et al., 1998). Consta de doce ítems de la escala SF-36, con opciones de respuesta tipo Likert entre tres y seis puntos. El resultado es una medida de sumario físico y otro mental, con puntuaciones de 0 (peor estado de salud posible) a 100 (mejor estado de salud posible), siendo la fiabilidad de ambas escalas adecuada (sumario físico: $\alpha = .85$; sumario mental: $\alpha = .78$)(Vilagut et al., 2008).
- **La interferencia del dolor sobre el sueño:** se midió a través del Medical Outcomes Study Sleep Scale (MOS Sleep Scale)(Hays et al., 2005), con 12 ítems que exploran el impacto de estímulos externos sobre los atributos de la arquitectura del sueño (idoneidad, sueño óptimo, cantidad, despertares bruscos, ronquidos, sueño alterado y

somnolencia). Asimismo, mediante 6 ó 9 ítems evalúa el índice global de interferencia del sueño, con un rango de respuesta entre 0 (ninguna interferencia o impacto) y 100 (máxima interferencia posible). Rejas et al. (2007) obtuvieron una fiabilidad entre .64 y .87 mediante Alfa de Cronbach en pacientes con dolor neuropático.

- Percepción de autoeficacia en el manejo del dolor: medida mediante la Escala de Percepción de Autoeficacia en Dolor Crónico (Chronic Pain Self-Efficacy Scale) de (Martín-Aragón et al., 1999), con una fiabilidad adecuada según los autores en las tres subescalas y en la puntuación total (subescala de control de síntomas: $\alpha = .85$, subescala de funcionamiento físico: $\alpha = .98$; subescala manejo del dolor: $\alpha = .72$, puntuación total en autoeficacia: $\alpha = .91$). Este cuestionario consta de 19 ítems con una escala de respuesta tipo Likert de 10 puntos, indicando mayor puntuación mayor grado de autoeficacia.
- Aceptación del dolor: se empleó el Cuestionario de Aceptación del Dolor Crónico (Chronic Pain Acceptance Questionnaire, CPAQ)(Vowles et al., 2009). Mediante 20 ítems se obtiene la puntuación total que evalúa el grado de aceptación del dolor crónico y dos subescalas: implicación en actividades (IA) y apertura al dolor (AD), ambas con buena fiabilidad (IA: $\alpha = .82$ y AD: $\alpha = .75$)(Menéndez et al., 2010).
- Estado Mindfulness: se mide utilizando mediante la Mindful Attention Scale Awareness Scale (MAAS)(Brown y Ryan, 2003). Validado en población española (Soler et al., 2012), se indica una buena fiabilidad ($\alpha = .89$). La puntuación final se obtiene a partir de la media aritmética de los 15 ítems y las puntuaciones más elevadas indican mayor estado Mindfulness.

Procedimiento. Los participantes que formaron parte de las listas de espera en cada Unidad del Dolor fueron convocados en grupos de terapia de 10 a 12 participantes. En la primera sesión se tomó un tiempo extra para la explicación de los cuestionarios y de la organización de las sesiones. Se aplicó la Terapia Cognitiva Basada en Mindfulness para Dolor Crónico (Day, 2017), que consta de 8 sesiones grupales de carácter semanal con una duración de hora y media. La intervención fue realizada por 6 residentes de 3er año de Psicología Clínica con experiencia previa en grupos de terapia, pero sin conocimientos específicos sobre Mindfulness. Se realizaron 4 grupos en el HGUA (n=23), 2 grupos en HMB (n=11) y 2 grupos HVB (n=23) entre septiembre de 2018 a junio de 2019. Los autores de la investigación realizaron la traducción y adaptación del material del paciente del Manual de Terapia Cognitiva Basada en Mindfulness para Dolor Crónico (Day, 2017) (anexo 1 y 2) que proporcionaron durante la terapia. Al final de la terapia los pacientes rellenaron los mismos cuestionarios que antes de iniciar la terapia.

Confidencialidad. La recogida, tratamiento y uso de los datos requeridos por este estudio se hizo de acuerdo con lo estipulado en la Ley Orgánica 15/1999 de protección de datos de carácter personal y su reglamento de desarrollo, en su caso (Real Decreto 1720/2007); así como el Reglamento 2016/679 del Parlamento Europeo y del Consejo, de 27 de abril de 2016, relativo al tratamiento de datos personales, así como cualquier norma y/o legislación que le sea de aplicación. Asimismo, el proyecto de investigación fue aprobado por el Comité de Ética para la Investigación con medicamentos (CEIm) del Departamento de Salud de Alicante-Hospital General (Ref.CEIm: PI2018/109 Ref.ISABIAL:180296).

Análisis de los datos. Mediante SPSS 24 se analizaron los estadísticos descriptivos según naturaleza de las variables, así como la prueba T de muestras relacionadas, previa comprobación de los supuestos de normalidad (Kolmogorov-Smirnov) y homocedasticidad (prueba de Levene). Complementariamente, se analizó el tamaño del efecto mediante d de

Cohen, considerando una d entre 0,2 y 0,49 como un tamaño "pequeño", la d entre 0,5 y 0,79 como tamaño "medio" y d mayores de 0,8 como "grandes"(Cohen, 1988).

Objetivo 3. Estudio 3. Psychological Therapy in Chronic Pain: Differential Efficacy between Mindfulness-Based Cognitive Therapy and Cognitive Behavioral Therapy

Terapia psicológica para el Dolor Crónico: Eficacia diferencial entre Terapia Cognitiva Basada en Mindfulness y Terapia Cognitivo-Conductual

Diseño. Diseño cuasiexperimental de medidas repetidas pre y postest ($n=57$), con un grupo de control no equivalente de una cohorte anterior.

Participantes. Entre junio de 2018 y enero de 2019 se obtuvo una muestra de participantes ($n=57$) por muestreo no aleatorio de tipo incidental, a partir de los pacientes en lista de espera de las 3 unidades de Dolor Crónico de los siguientes hospitales de la provincia de Alicante: Hospital General Universitario Dr. Balmis de Alicante (HGUA), Hospital Marina Baixa (HMB) y Hospital Vega Baja (HVB). El mismo método de muestreo se había empleado en la Unidad de Dolor Crónico del HGUA para implementar la Terapia Cognitivo-Conductual entre marzo de 2011 y febrero de 2015. Esta muestra constituyó el grupo de control no equivalente de una cohorte anterior ($n=105$).

Los criterios de inclusión de ambos grupos fueron: (1) ser mayor de 20 años, sin límite superior de edad, (2) tener un dolor crónico no oncológico durante al menos 3 meses con una intensidad de moderada a severa y diagnosticado por médicos de las unidades del dolor, (3) que este dolor interfiera en al menos un área de la vida del paciente, (4) tener la autonomía necesaria para rellenar un cuestionario autoaplicado, y (5) aceptar libremente la participación en el estudio con un consentimiento informado por escrito. Por el contrario, no se incluyeron a pacientes (1) que no pudieran entender y firmar el consentimiento mencionado, (2) aquellos con una patología comórbida (ejem.: desorden de personalidad, depresión mayor) o (3) que estuvieran en la fase aguda de una comorbilidad clínica.

Instrumentos. En la recogida de datos se confeccionó un cuestionario, que incluyó las siguientes medidas:

- Características sociodemográficas: edad, sexo, estado civil y ocupación.
- Valoración cuantitativa del dolor: el dolor en los tres últimos días se valoró mediante la Escala Visual Analógica (EVA)(Couper et al., 2006), cuya puntuación oscila con puntuaciones entre 0 (ausencia de dolor) y 10 (el peor dolor imaginable), siendo dolor leve una EVA <4, dolor moderado entre 4-6, y dolor severo una EVA >6. EVA tiene una fiabilidad test-retest alta (ICC = 0.71–0.99), una validez convergente con ratios de 0.30 a 0.95, y una moderada validez concurrente (0.71 a 0.78) cuando se compara con una escala numérica (Currier, 1984; Enebo, 1998; Finch et al., 2002; Good et al., 2001). Asimismo, se utilizó una escala Likert de 5 puntos para valorar la intensidad del dolor en el momento presente, siendo 4 extremadamente intenso, 3 intenso, 2 moderado, 1 suave y 0 ninguno.
- Sintomatología ansioso-depresiva: se utilizó la Escala Hospitalaria de Ansiedad y Depresión (Hospital Anxiety and Depression Scale, HADS)(Zigmond y Snaith, 1983), validada en población española con dolor crónico (Cabrera et al., 2015). Cuestionario autoaplicado de catorce ítems, con una escala de respuesta tipo Likert de cuatro puntos. La puntuación global oscila entre 0 y 42, con un rango de 0-21 para cada subescala. En ambas subescalas, los puntos de corte son: 0-7 normal, 8-10 dudoso y ≥ 11 problema clínico. Su fiabilidad es adecuada (subescala de ansiedad: $\alpha = .83$; subescala de depresión: $\alpha = .87$) según Vallejo et al. (2012).
- Percepción del estado de salud: se empleó el Cuestionario SF-12 sobre el Estado de Salud (Short Form, SF-12) (Ware et al., 1996) en su adaptación española (Alonso et al., 1998). Consta de doce ítems de la escala SF-36, con opciones de respuesta tipo Likert entre tres y seis puntos. El resultado es una medida de sumario físico y otra mental, con

puntuaciones de 0 (peor estado de salud posible) a 100 (mejor estado de salud posible), siendo la fiabilidad de ambas escalas adecuada (sumario físico: $\alpha = .85$; sumario mental: $\alpha = .78$)(Vilagut et al., 2008).

- La interferencia del dolor sobre el sueño: se midió el sueño a través del Medical Outcomes Study Sleep Scale (MOS Sleep Scale)(Hays et al., 2005), con 12 ítems que exploran el impacto de estímulos externos sobre los atributos de la arquitectura del sueño (idoneidad, sueño óptimo, cantidad, despertares bruscos, ronquidos, sueño alterado y somnolencia). Asimismo, mediante 6 ó 9 ítems evalúa el índice global de interferencia del sueño, con un rango de respuesta entre 0 (ninguna interferencia o impacto) y 100 (máxima interferencia posible). Rejas et al. (2007) obtuvieron una fiabilidad entre .64 y .87 mediante Alfa de Cronbach en pacientes con dolor neuropático.
- Percepción de autoeficacia en el manejo del dolor: medida mediante la Escala de Percepción de Autoeficacia en Dolor Crónico (Chronic Pain Self-Efficacy Scale) de (Martín-Aragón et al., 1999), con una fiabilidad adecuada según los autores en las tres subescalas y en la puntuación total (subescala de control de síntomas: $\alpha = .85$, subescala de funcionamiento físico: $\alpha = .98$; subescala manejo del dolor: $\alpha = .72$, puntuación total en autoeficacia: $\alpha = .91$). Este cuestionario consta de 19 ítems con una escala de respuesta tipo Likert de 10 puntos, indicando mayor puntuación mayor grado de autoeficacia.
- Aceptación del dolor: se empleó el Cuestionario de Aceptación del Dolor Crónico (Chronic Pain Acceptance Questionnaire, CPAQ)(Vowles et al., 2009). Mediante 20 ítems se obtiene la puntuación total que evalúa el grado de aceptación del dolor crónico y dos subescalas: implicación en actividades (IA) y apertura al dolor (AD), ambas con buena fiabilidad (IA: $\alpha = .82$ y AD: $\alpha = .75$)(Menéndez et al., 2010).

- Estado Mindfulness: se mide utilizando mediante la Mindful Attention Scale Awareness Scale (MAAS)(Brown y Ryan, 2003). Validado en población española (Soler et al., 2012), se indica una buena fiabilidad ($\alpha = .89$). La puntuación final se obtiene a partir de la media aritmética de los 15 ítems y las puntuaciones más elevadas indican mayor estado Mindfulness.

Procedimiento. El grupo experimental recibió 8 sesiones semanales de hora y media de Terapia Cognitiva Basada en Mindfulness para Dolor Crónico (Day, 2016) en la Unidad de Psicología Hospitalaria del Hospital General Universitario Dr. Balmis de Alicante (HGUA)(4 grupos, n=23), en el HMB(2 grupos, n=11) y en el HVB (2 grupos, n=23); los datos del grupo control se obtuvieron de la base de datos del estudio ya publicado de van-der Hofstadt Román et al. (2017) sobre la Terapia Cognitivo-Conductual hasta ahora aplicada. En el grupo control se había aplicado el Tratamiento Cognitivo-Conductual con 8 sesiones semanales de hora y media.

Ambas intervenciones fueron llevadas a cabo por residentes de Psicología Clínica, con experiencia en terapia grupal, pero sin formación específica sobre Mindfulness o Terapia Cognitivo-Conductual para Dolor Crónico. Finalmente, el grupo experimental fue llevado a cabo por 6 residentes, mientras que el grupo de control lo realizaron 4 residentes.

Confidencialidad. La recogida, tratamiento y uso de los datos requeridos por este estudio se hará de acuerdo a lo estipulado en la Ley Orgánica 15/1999 de protección de datos de carácter personal y su reglamento de desarrollo, en su caso (Real Decreto 1720/2007); así como el Reglamento 2016/679 del Parlamento Europeo y del Consejo, de 27 de abril de 2016, relativo al tratamiento de datos personales, así como cualquier norma y/o legislación que le sea de aplicación.

El proyecto de investigación que incluyó el grupo de Terapia Cognitiva Basado en Mindfulness cuenta con la aceptación del Comité Ético de Investigación con medicamentos del

Hospital General Universitario de Alicante (Ref. CEIm: PI2018/109 Ref.ISABIAL:180296), y la investigación que fue llevada a cabo con el grupo de Terapia Cognitivo-Conductual fue aprobado por el Comité Ético del mismo hospital (CEIC PI2011/51).

Análisis de datos. Los datos fueron analizados mediante SPSS 24.00, los estadísticos descriptivos se aplicaron según la naturaleza de las variables, así como se empleó la prueba T de Student para muestras relacionadas y para muestras independientes, tras la comprobación de los supuestos de normalidad (Kolmogorov-Smirnov) y homocedasticidad (Levene). Complementariamente, se analizó el tamaño del efecto mediante d de Cohen, considerando una d entre 0,2 y 0,49 como un tamaño "pequeño", la d entre 0,5 y 0,79 como tamaño "medio" y d mayores de 0,8 como "grandes"(Cohen, 1988).

DISCUSIÓN

Resultados Principales por Objetivos y Limitaciones

Objetivo 1. Estudio 1.

Con el objetivo de explorar la literatura existente sobre las diferentes terapias aplicadas a las condiciones médicas de dolor crónico, se realizó una revisión sistemática de los estudios que comparaban la eficacia de terapias basadas en Mindfulness y en Terapia Cognitivo-Conductual. Asimismo, el análisis se realizó separándolos por condiciones médicas, diferenciándose evidencia para fibromialgia, dolor lumbar, migraña/dolor de cabeza y dolor crónico no especificado.

Los principales resultados muestran que:

- Como indicaban revisiones previas, la terapia con mayor respaldo de la literatura científica para la fibromialgia ($n=5$) es la MBSR (Crowe et al., 2016). De forma específica, en esta revisión se ha hallado una sólida evidencia de la MBSR en la reducción de la sintomatología de fibromialgia con mantenimiento al año, en

comparación al tratamiento habitual y al protocolo de tratamiento Cognitivo-Conductual (FibroQol). Estos resultados contradicen el estudio de Lauche et al. (2013), si bien esta discrepancia se puede explicar porque en la presente revisión se han incluido 3 ensayos clínicos más que tuvieron lugar después de 2013 y porque en el estudio de Lauche se incluyeron algunos estudios no aleatorizados.

- Sobre el dolor lumbar (n=5), los resultados pueden ser más cuestionados debido a que la heterogeneidad de las escalas dificulta la comparación y a que en su mayoría eran estudios de alto riesgo. Sin embargo, se observó la superioridad de la terapia MBSR frente al tratamiento habitual (no frente a otras terapias psicológicas) aunque sus efectos eran principalmente a corto plazo, coincidiendo con los estudios previos de Anheyer et al. (2017) y Chou et al. (2017). Concretamente, estos resultados respaldan las conclusiones de Anheyer en mejora de funcionalidad física e intensidad del dolor con MBSR frente al tratamiento habitual. Frente a la comparación con Terapia Cognitivo-Conductual no se puede apreciar una superioridad de una terapia sobre otra.
- En lo que respecta a la migraña/dolor de cabeza (n=4), los estudios son realmente limitados y nuevamente las mediciones son heterogéneas, solo se pudo concluir que en general ambos formatos de intervención Mindfulness (MBSR, MBCT) obtenían buenos resultados frente al tratamiento habitual especialmente en autoeficacia (ya que se habían empleado las mismas escalas de medición), si bien se desconoce la eficacia diferencial con la Terapia Cognitivo-Conductual debido a que no se encontraron estudios comparativos.
- Para el dolor crónico no especificado (n=4), se halló una situación similar a la de la migraña: no había comparación con Terapia Cognitivo-Conductual. De manera que, sólo se pudo concluir que tanto MBSR como MBCT eran superiores al tratamiento habitual para mejorar la vitalidad y la salud mental. Comparar estos resultados con

estudios previos es complicado debido a que revisiones realizadas sobre dolor crónico no especificado incluyen los diagnósticos separados previamente.

De forma general, la revisión sistemática puede concluir que, para cualquier diagnóstico, las intervenciones mindfulness mejoran un gran número de variables relacionadas con el dolor crónico, en comparación con el tratamiento habitual. Esta mejora suele mantenerse en el tiempo y no siempre implican una mejora en variables mindfulness (ejem.: actitud mindfulness). Con respecto a qué intervención mindfulness es mejor, es necesario señalar que, aunque ambas producen mejorías, la intervención MBSR es la más estudiada y, por tanto, la que mayor evidencia muestra. Sin embargo, se trata de una cuestión cuantitativa, ya que apenas existen estudios que las comparen en el mismo ensayo y sería un buen campo de estudio a explorar.

De forma similar, no ha podido hallarse una eficacia diferencial entre Terapia Cognitivo-Conductual e intervenciones Mindfulness, ya que apenas se han encontrado algunos ensayos que incluyan ambas condiciones. Únicamente se ha observado que la Terapia Cognitivo-Conductual es mejor que un control activo en fibromialgia.

Una de las aportaciones más interesantes de esta revisión es que, se ha observado que cuando se extraen los diagnósticos de fibromialgia, dolor lumbar y dolor de cabeza/migraña del grupo de dolor crónico no especificado, los ensayos muestran que las intervenciones psicológicas (Mindfulness o Terapia Cognitivo-Conductual) producen una mejoría en sintomatología relacionada con el dolor (impacto y sintomatología de la fibromialgia, intensidad del dolor y funcionamiento físico en dolor lumbar, y autoeficacia en el manejo del dolor de cabeza/migraña); mientras que, en los estudios sobre dolor crónico no específico mejoran variables más inespecíficas como la vitalidad o la salud mental en general. Los autores se atreven a hipotetizar que esto pueda deberse a que la fibromialgia, el dolor lumbar y la migraña/dolor de cabeza se engloban bajo un mismo mecanismo fisiopatológico: síndrome de

sensibilización central, quedando bajo el diagnóstico de dolor crónico no especificado un grupo misceláneo con un mecanismo subyacente posiblemente más variado. Es posible que, los diagnósticos que se incluyen en el síndrome de sensibilización central sean más susceptibles de mejorar con intervenciones psicológicas en variables relacionadas de forma más directa con el dolor.

Sin embargo, estas conclusiones son limitadas y requieren de mayor investigación dado que al diferenciar por diagnósticos se han encontrado pocos ensayos para cada categoría, asimismo sus variables han sido medidas con una gran heterogeneidad de instrumentos de evaluación y los tamaños muestrales no fueron muy numerosos en la mayoría de los ensayos.

Objetivo 2. Estudio 2.

El segundo estudio pretendía demostrar la eficacia de la Terapia Cognitiva Basada en Mindfulness (MBCT) para Dolor Crónico realizando un estudio multicéntrico. Los resultados indican una reducción significativa de la intensidad del dolor actual y la depresión, así como un aumento de la calidad de vida mental y la autoeficacia, con tamaños del efecto medios. También se pudo observar un tamaño del efecto grande y significativo en la reducción de los problemas de sueño y el incremento de las horas de sueño.

En cuanto a la reducción en la intensidad del dolor, destaca que no le acompaña una reducción en el dolor en los últimos días, coincidiendo con resultados previos (Day et al., 2014, 2019). En Day et al. (2014), los autores no saben si esta discrepancia se debe a un problema de potencia estadística por el tamaño muestral o a un hallazgo propio de los tratamientos basados en Mindfulness. Teniendo en cuenta que la reducción del dolor no es un objetivo primario de los tratamientos basados en Mindfulness, los resultados permiten pensar que la mejora en variables de dolor no se deba tanto a la disminución de la intensidad, sino a la mejora en otro tipo de procesos cognitivos para los que es necesaria mayor investigación.

Uno de estos procesos cognitivos implicados en estos resultados es la mejora en la percepción de la autoeficacia del paciente para afrontar sus síntomas. Concretamente los resultados de este estudio indican una mejoría en todas las subescalas (autoeficacia total, manejo de sintomatología y control del dolor), salvo en el funcionamiento físico, siendo consistente con estudios previos (Day et al., 2014; Solati et al., 2017). De forma similar, la mejora en la calidad de vida sólo se observa en la subescala de calidad de vida mental sin mejorías en la parte física coincidiendo con estudios previos (Godfrin y van Heeringen, 2010; Solati et al., 2017). Teniendo en cuenta estos resultados y los estudios previos, es plausible pensar que la mejora observada en la percepción de control sobre los síntomas y en el afrontamiento, influya en la interferencia del dolor en la vida diaria y mejore la calidad de vida mental, aunque la intensidad del dolor no varíe.

En lo que respecta a la mejoría en depresión, la MBCT ha sido ampliamente estudiada y se recomienda como tratamiento coadyuvante para la depresión unipolar (Fjorback et al., 2011; Marchand, 2012; Yook et al., 2008) y para los síntomas depresivos en el contexto de dolor crónico (Day et al., 2019). Los hallazgos de este estudio son consistentes con estudios previos y resaltan la importancia de los factores psicológicos y emocionales en la modulación de la respuesta sensorial del dolor. Sin embargo, sería necesaria más investigación para explorar este mecanismo mediacional y dilucidar con mayor precisión en qué medida y dirección actúa esta variable.

Si bien el estudio mostró que la MBCT disminuía la sintomatología depresiva, no tuvo efecto sobre los niveles de ansiedad, contrariamente a las conclusiones de investigaciones previas (Helmes y Ward, 2017; Marchand, 2012). Es posible que esta discrepancia se deba a que los instrumentos para medir la ansiedad no son los mismos entre estudios. Sin embargo, las últimas revisiones sistemáticas (Fjorback et al., 2011; Marchand, 2012) apuntan a que la

Terapia para la Reducción de Estrés Basada en Mindfulness produce una disminución en la ansiedad, mientras que la MBCT sería más efectiva en la reducción de la depresión.

Por otra parte, se observó una mejoría significativa en la reducción de los problemas del sueño y el aumento de la cantidad del mismo. Estos resultados son coherentes con investigaciones previas en pacientes con insomnio (Britton et al., 2012; Wong et al., 2017). Yook et al. (2008), explica que esta reducción del insomnio mediante MBCT se debe a la reducción en las preocupaciones que produce la terapia y que están asociados a los problemas de sueño en pacientes con ansiedad. A pesar del interés que suscita esta hipótesis, se requiere más investigación para discernir la relación entre estas variables.

Finalmente, en las variables de aceptación y en habilidades mindfulness no se apreciaron diferencias significativas tras el tratamiento. Aunque escasos, algunos estudios (Day et al., 2014) indicaban que cabría esperar que mejorase la aceptación a la par que disminuía la interferencia del dolor en la vida diaria, si bien no se ha hallado evidencia para este efecto en la investigación. En lo que respecta a las habilidades mindfulness algunos estudios en pacientes con dolor de cabeza coinciden con los resultados de esta investigación (Day et al., 2014; Day y Thorn, 2017), mientras que otros estudios sí que observaron una mejoría a corto (Helmes y Ward, 2017) y largo plazo (O'Doherty et al., 2015). Es posible que la mejoría se pudiera haber observado en el presente estudio si se hubiese dado un seguimiento. En cualquier caso, es curioso observar que precisamente esta variable tan relacionada con el tipo de tratamiento no mejore de forma consistente y estable en los diferentes estudios. De hecho, una revisión señala que el efecto de las intervenciones mindfulness sobre la habilidad mindfulness es precisamente pequeño y heterogéneo (Bawa et al., 2015). De esta manera, se señala la necesidad de seguir estudiando el efecto de estas intervenciones sobre las habilidades mindfulness, la aceptación del dolor y su relación con la interferencia del dolor.

Sin embargo, todos estos resultados deben tomarse con cautela en tanto que no disponen de un grupo control y no se ha realizado un seguimiento a largo plazo. Como se ha descrito, algunos estudios han hallado cambios tras el seguimiento, lo que permite hipotetizar que hubiera sido posible hallar más cambios tras un periodo de tiempo. Asimismo, también hubiera sido interesante poder comparar los resultados entre los participantes que lograron acabar la terapia frente a aquellos que no lo hicieron. Pese a estas limitaciones, el estudio goza de una gran validez externa ya que las condiciones en las que se aplicó son las que realmente se pueden hallar en las distintas Unidades de Dolor de los hospitales de la provincia de Alicante: se ha llevado a cabo en varios centros, por diferentes profesionales sin una experiencia específica en MBCT (aunque tenían experiencia en terapia grupal) y con pacientes con una amplia variedad de condiciones médicas relacionadas con el dolor. Estas condiciones refuerzan la utilidad y la eficacia de la MBCT en estos contextos; si bien en el marco científico sólo sea uno de los muchos estudios sobre MBCT para dolor crónico.

Objetivo 3. Estudio 3.

En primer lugar, se analizaron las diferencias entre ambos grupos antes de iniciar el tratamiento, con la finalidad de comprobar su equivalencia. Se detectaron algunas diferencias significativas antes del tratamiento: el grupo control presentaba mayor autoeficacia en el control del dolor, mayores alteraciones y del sueño y somnolencia, y peor adecuación del sueño; por su parte, el grupo experimental presentaba mayor intensidad del dolor en el momento presente. Al comparar ambos grupos tras el tratamiento, se hallaron escasas diferencias significativas: el grupo control tenía mayor cantidad y adecuación del sueño, así como más participantes valoraban el sueño como óptimo; mientras el grupo experimental presentaba mayor calidad de vida mental.

Con estos resultados se realizó un análisis intragrupo para valorar la diferencia pre-post tratamiento en ambos grupos. Así, en el grupo control mejoraron 14 de las 18 variables

estudiadas y en el grupo experimental 9 de 18. En ambos grupos mejoró la calidad de vida mental, todas las dimensiones de autoeficacia medidas, síntomas depresivos y alteraciones y cantidad del sueño. Asimismo, el grupo experimental obtuvo tamaños del efecto grandes en casi todas las variables ($0.7 < d < 0.56$), excepto para depresión y autoeficacia, mientras que el grupo control tuvo tamaños del efecto grandes sólo en manejo de síntomas físicos. El resto de los tamaños del efecto fueron de pequeños a medianos en su mayoría ($0.2 < d < 0.46$).

De forma diferencial, el grupo control mostró mejoría significativa en ansiedad, somnolencia, adaptación e interferencia del sueño (con 6 y 9 ítems); por su parte, la terapia MBCT reveló mayor disminución del dolor en el momento presente.

El presente estudio ha comparado dos terapias que por separado habían obtenido buenos resultados para Dolor Crónico en la literatura previa. Pese a que a nivel pretratamiento ambos grupos presentaban diferencias significativas en algunas variables, a nivel post los resultados de ambas terapias fueron bastante similares, coincidiendo con estudios previos que señalaban una eficacia equiparable (Cherkin et al., 2016; Khoo et al., 2019; Pardos-Gascón et al., 2021; Williams et al., 2012). Es posible hipotetizar que estos resultados similares se deban a que el contenido entre ambas terapias tiene muchos puntos en común. De hecho, el análisis intragrupo reveló mejoras comunes en calidad de vida mental, autoeficacia, depresión, cantidad y calidad del sueño, en consonancia estudios previos tanto para Terapia Cognitivo Conductual (Tang, 2018; Urits et al., 2019) como para Mindfulness (de Jong et al., 2018; Hilton et al., 2016). Sin embargo, el tamaño del efecto es ligeramente superior en el grupo experimental, lo que indica que, si bien hay mejoría en ambos grupos y al final de la terapia las puntuaciones son similares, el cambio más grande se da en su mayoría en el grupo experimental. Es escasa la literatura que compara ambas terapias, de manera que es difícil comparar los resultados. Además, otros autores solo comparan algunas variables complicando aún más que coincidan con las variables de este estudio (Moix y Casado, 2011). En este sentido, se considera una aportación del estudio

tanto el hecho de que se analice el efecto de la terapia MBCT para dolor crónico sobre un gran número de variables, como que se comparen tantas variables con la TCC.

Algunas diferencias destacadas serían, en primer lugar, la percepción del dolor en el momento presente. En esta variable, se observa desde el inicio un nivel significativamente superior de dolor en el grupo experimental, con cambios significativos antes y después del tratamiento, finalizando la terapia con la igualación con el grupo control de las puntuaciones en dolor; mientras el grupo control no reporta cambios significativos (Day et al., 2019; Goldberg et al., 2018; Molander et al., 2018). Por el contrario, el nivel de dolor en los últimos 3 días es similar antes y después del tratamiento, mejorando significativamente en el grupo control.

Por otra parte, la terapia Mindfulness parece más efectiva para mejorar la calidad de vida mental, ya que las puntuaciones parten de niveles similares en ambos grupos, pero al finalizar la terapia se aprecia la superioridad del Mindfulness frente a TCC. Estos resultados son contrarios a los hallados por Khoo et al. (2019) que señalaba una eficacia similar. Estudios previos informan de la relación entre dolor y calidad de vida mental (Molander et al., 2018), de manera que este cambio significativo en el dolor podría ir unido de cambios más notables en la calidad de vida mental, efecto que sólo veríamos en el grupo experimental.

En segundo lugar, respecto a las variables relacionadas con el sueño, destaca en el grupo control la adecuación percibida del mismo (definida como la percepción de estar descansado al levantarse y de dormir una cantidad apropiada). Antes de la terapia, el grupo control presentaba menor adecuación del sueño, mejorando significativamente al finalizar el tratamiento y siendo superior estadísticamente al grupo experimental. Asimismo, al finalizar el tratamiento la cantidad del sueño y su valoración como óptimo era significativamente mayor en el grupo control. En la línea de lo indicado por Selvanathan et al. (2021) parece que haya

una discreta superioridad de la TCC para mejorar la valoración del sueño frente a otro tipo de variables como las relacionadas con el dolor con mayor superioridad del Mindfulness. Por este motivo, algunos autores han hallado mejores resultados en ambos tipos de variables (Pigeon et al., 2012) combinando TCC para insomnio y para dolor crónico, o incluso al fusionar TCC y Mindfulness (Barwick et al., 2020).

Se puede concluir que la TCC y la Terapia Cognitiva basada en Mindfulness tienen una eficacia equiparable, si bien parece que hay una discreta tendencia a producirse tamaños del efecto superiores en la Terapia Cognitiva basada en Mindfulness. También se observa que la TCC parece mejorar las variables relacionadas con el sueño, mientras que la Terapia Cognitiva basada en Mindfulness parece más eficaz en la mejora de variables relacionadas con el dolor y la calidad de vida.

Estas conclusiones son parcialmente coherentes con lo hallado en la literatura previa, si bien adolecen de algunas limitaciones en su validez interna. Una de las principales limitaciones es la comparabilidad entre los grupos ya que no se realizó aleatorización, los diagnósticos no fueron controlados y los grupos fueron creados en momentos temporales diferentes (posible efecto de cohorte), además el grupo control estaba compuesto por una población más joven e incluía mayor grado de discapacidad. Es posible que el grupo control, con más participantes con discapacidad, tengan una respuesta peor al tratamiento debido a que sufran más interferencias en su vida diaria o por el tipo de diagnóstico médico predominante, cuya naturaleza se desconoce. Además, es necesario señalar que las diferencias previas en patología comórbida son desconocidas y el seguimiento a largo plazo limita las conclusiones.

Sin embargo, se considera que la validez ecológica es fuerte, en tanto que se ha aplicado en contextos clínicos, con personal en formación que implementó dos tipos de protocolos de

terapia con un mínimo entrenamiento, sobre una muestra miscelánea y permitiendo una comparativa de terapias que es difícil encontrar en la literatura.

CONCLUSIONES Y FUTURAS LÍNEAS DE INVESTIGACIÓN

El presente proyecto partió de una revisión sistemática sobre la eficacia de las intervenciones Mindfulness y la TCC sobre el dolor crónico. De forma general, se concluyó que las intervenciones mindfulness en sus distintos formatos mejoraban muchas variables estudiadas frente al tratamiento habitual, si bien no existían suficientes ensayos clínicos para concluir qué formato de intervención Mindfulness era superior (MBCT, MBSR) ni si estas intervenciones eran mejores que la TCC. Al diferenciar por diagnósticos médicos asociados a las condiciones de dolor crónico, se observó únicamente que para fibromialgia había estudios que mostraban la superioridad del MBSR frente a la TCC y el tratamiento habitual, mientras que en el dolor lumbar ambas terapias igualaban su eficacia.

En esta revisión, se observó además que las terapias psicológicas (Mindfulness y TCC) producían mejorías en la intensidad del dolor y variables directamente relacionadas con el mismo, sólo en diagnósticos que se incluyen dentro del síndrome de sensibilización central (fibromialgia, dolor lumbar y dolor de cabeza/migraña); mientras que, cuando la muestra era un grupo misceláneo con mayor heterogeneidad de diagnósticos médicos, las mejoras se producían en variables más inespecíficas como la vitalidad o la salud mental. En futuras líneas de investigación, sería interesante observar si los diagnósticos que comparten como mecanismo subyacente la sensibilización central son más susceptibles de mejorar con las intervenciones psicológicas.

Como se ha indicado anteriormente, en esta revisión no se pudo concluir una eficacia diferencial entre Mindfulness y TCC (especialmente sin diferenciar entre diagnósticos), de modo que los siguientes estudios se encaminaron en esta dirección. El estudio 2 pretendía

demostrar la eficacia de la aplicación de la MBCT para dolor crónico mediante un estudio multicéntrico; adicionalmente, el estudio 3 comparó estos resultados con los de una cohorte anterior a la que se le había aplicado TCC.

Inicialmente se apreció una mejoría significativa de los pacientes que asistieron al grupo MBCT para dolor crónico, en la intensidad del dolor, la calidad de vida mental, los síntomas depresivos, la autoeficacia percibida, el número de horas de sueño y los problemas del mismo, con tamaños del efecto de medianos a grandes. Cuando se comparó frente a la TCC, se observó que ambas terapias tenían una eficacia equiparable, si bien se hallaron algunas diferencias entre ambas en diversos aspectos:

- Número de variables mejoradas: es superior la TCC (mejoran 14 de 18 variables).
- Tamaño del efecto en la mejora de esas variables: aunque la MBCT mejoran menos variables, en las que lo hacen el tamaño del efecto es mayor. Por tanto, en tamaño del efecto MBCT es superior.
- Posible especificidad:
 - o La MBCT era superior en mejorar el dolor en el momento presente y la calidad de vida.
 - o La TCC era superior en mejorar aspectos relacionados con el sueño.

En base a estos resultados, surgen nuevas preguntas en dos líneas bien diferenciadas. Por una parte, tras el metaanálisis surge la cuestión de si en aquellos pacientes con patologías relativas al síndrome de sensibilización central se podría hallar una eficacia diferencial entre MBCT y TCC, especialmente en pacientes con fibromialgia ya que son los estudios en los que se ha visto diferencias. Es posible pensar que en el estudio 2 y 3 no se hallan observado una superioridad clara debido a que la muestra estaba formada por muchos diagnósticos.

Por otra parte, dado que con los estudios 2 y 3 se ha observado una eficacia equiparable y superioridad de cada terapia sobre unos aspectos, se abre la posibilidad de fusionar elementos de ambas terapias, como decía Barwick et al. (2020), con el fin de mejorar el resultado. Sin embargo, esta idea que a priori parece plausible, puede ser complicada ya que no se conocen los componentes implicados en los resultados específicos de cada terapia y se puede llegar a perder el efecto sinérgico entre componentes. Sería necesaria una investigación previa para hallar los elementos esenciales en cada terapia que están implicados en los resultados para poder fusionarlos con otra terapia. En esta línea se abre un gran campo de investigación, ya que este tipo de estudios implican procesos de desmantelamiento y otras técnicas metodológicas, costosas en tiempo, que implican protocolos nuevos y grandes muestras.



REFERENCIAS

- Afari, N., Ahumada, S. M., Wright, L. J., Mostoufi, S., Golnari, G., Reis, V., y Cuneo, J. G. (2014). Psychological Trauma and Functional Somatic Syndromes: A Systematic Review and Meta-Analysis. *Psychosomatic Medicine*, 76(1), 2–11.
<https://doi.org/10.1097/PSY.0000000000000010>
- Åkerblom, S., Perrin, S., Rivano Fischer, M., y McCracken, L. M. (2015). The Mediating Role of Acceptance in Multidisciplinary Cognitive-Behavioral Therapy for Chronic Pain. *Journal of Pain*, 16(7), 606–615. <https://doi.org/10.1016/j.jpain.2015.03.007>
- Alonso, J., Regidor, E., Barrio, G., Prieto, L., Rodríguez, C., y de la Fuente, L. (1998). Valores poblacionales de referencia de la versión española del Cuestionario de Salud SF-36. *Medicina Clínica (Barcelona)*, 111, 410–416.
- Alsagaf, F., y Coyne, I. (2020). A systematic review of the impact of chronic pain on adolescents' school functioning and school personnel responses to managing pain in the schools. *Journal of Advanced Nursing*, 76(8), 2005–2022.
- Álvarez-Caramés, Á. M., y Navarro-Ribero, M. (2016). Costes del tratamiento del dolor versus su no tratamiento. Aproximación a la realidad de Portugal y España. *Dor*, 24, 1–9.
- Anheyer, D., Haller, H., Barth, J., Lauche, R., Dobos, G., y Cramer, H. (2017). Mindfulness-based stress reduction for treating low back pain: A systematic review and meta-analysis. *Annals of Internal Medicine*, 166(11), 799–807. <https://doi.org/10.7326/M16-1997>
- Arendt-Nielsen, L., Fernández-De-Las-Peñas, C., y Graven-Nielsen, T. (2011). Basic aspects of musculoskeletal pain: from acute to chronic pain. *Journal of Manual and Manipulative Therapy*, 19(4), 186–193. <https://doi.org/10.1179/106698111X13129729551903>

- Asmundson, G. J. G., Noel, M., Petter, M., y Parkerson, H. A. (2012). Pediatric fear-avoidance model of chronic pain: Foundation, application and future directions. *Pain Research & Management*, 17(6), 397–405. <https://doi.org/10.1155/2012/908061>
- Ball, E. F., Nur Shafina Muhammad Sharizan, E., Franklin, G., y Rogozińska, E. (2017). Does mindfulness meditation improve chronic pain? A systematic review. *Current Opinion in Obstetrics and Gynecology*, 29(6), 359–366. <https://doi.org/10.1097/GCO.0000000000000417>
- Baller, E. B., y Ross, D. A. (2017). Your System Has Been Hijacked: The Neurobiology of Chronic Pain. *Biological Psychiatry*, 82(8), e61–e63. <https://doi.org/10.1016/j.biopsych.2017.08.009>
- Barwick, F., Poupore-King, H., y You, D. (2020). Integrated Cognitive Behavioral Therapy (CBT) and Mindfulness Group Treatment Protocol for Insomnia and Chronic Pain. *Sleep*, 43(Suppl.S1), A198. <https://doi.org/10.1093/sleep/zsaa056.514>
- Bawa, F. L. M., Mercer, S. W., Atherton, R. J., Clague, F., Keen, A., Scott, N. W., y Bond, C. M. (2015). Does mindfulness improve outcomes in patients with chronic pain? Systematic review and meta-analysis. *British Journal of General Practice*, 65(635), e387–e400. <https://doi.org/10.3399/bjgp15X685297>
- Beebe, J. A., Kronman, C., Mahmud, F., Basch, M., Hogan, M., Li, E., Ploski, C., y Simons, L. E. (2021). Gait Variability and Relationships With Fear, Avoidance, and Pain in Adolescents With Chronic Pain. *Physical Therapy and Rehabilitation Journal*, 101(4), 1–8. <https://doi.org/10.1093/ptj/pzab012>
- Bonica, J. J. (1953). *The management of pain*. Lea&Febiger.

- Boschen, K. A., Robinson, E., Campbell, K. A., Muir, S., Oey, E., Janes, K., Fashler, S. R., y Katz, J. (2016). Results from 10 Years of a CBT Pain Self-Management Outpatient Program for Complex Chronic Conditions. *Pain Research and Management*, 2016, 1–10. <https://doi.org/10.1155/2016/4678083>
- Breivik, H., Collett, B., Ventafridda, V., Cohen, R., y Gallacher, D. (2006). Survey of chronic pain in Europe: Prevalence, impact on daily life, and treatment. *European Journal of Pain (United Kingdom)*, 10(4), 287–333. <https://doi.org/10.1016/j.ejpain.2005.06.009>
- Breivik, H., Eisenberg, E., y O'brien, T. (2013). The individual and societal burden of chronic pain in Europe: the case for strategic prioritisation and action to improve knowledge and availability of appropriate care. *BMC Public Health*, 13(1), 1–14. <https://doi.org/10.1186/1471-2458-13-1229>
- Britton, W. B., Haynes, P. L., Fridel, K. W., y Bootzin, R. R. (2012). Mindfulness-based cognitive therapy improves polysomnographic and subjective sleep profiles in antidepressant users with sleep complaints. *Psychotherapy and Psychosomatics*, 81(5), 296–304. <https://doi.org/10.1159/000332755>
- Brown, D., Schenk, S., Genent, D., Zernikow, B., y Wager, J. (2021). A scoping review of chronic pain in emerging adults. *PAIN Reports*, 6(1), 1–14. <https://doi.org/10.1097/pr9.0000000000000920>
- Brown, K. W., Berry, D., Eichel, K., Beloborodova, P., Rahrig, H., y Britton, W. B. (2022). Comparing impacts of meditation training in focused attention, open monitoring, and mindfulness-based cognitive therapy on emotion reactivity and regulation: Neural and subjective evidence from a dismantling study. *Psychophysiology*, 59(7), e14024. <https://doi.org/10.1111/psyp.14024>

- Brown, K. W., y Ryan, R. M. (2003). The benefits of being present: Mindfulness and its role in psychological well-being. *Journal of Personality and Social Psychology*, 84(4), 822–848. <https://doi.org/10.1037/0022-3514.84.4.822>
- Burke, N. N., Finn, D. P., McGuire, B. E., y Roche, M. (2017). Psychological stress in early life as a predisposing factor for the development of chronic pain: clinical and preclinical evidence and neurobiological mechanisms. *Journal of Neuroscience Research*, 95(6), 1257–1270.
- Burns, J. W., Nielson, W. R., Jensen, M. P., Heapy, A., Czapinski, R., y Kerns, R. D. (2015). Does Change Occur for the Reasons We Think It Does? A Test of Specific Therapeutic Operations During Cognitive-Behavioral Treatment of Chronic Pain. *The Clinical Journal of Pain*, 31(7), 603–611. <https://doi.org/10.1097/AJP.000000000000141>
- Cabo-Meseguer, A. (2019). *Análisis epidemiológico de la fibromialgia en la comunidad valenciana* [Tesis de Doctorado, Universidad Católica de Valencia San Vicente Mártir]. <http://hdl.handle.net/20.500.12466/309>
- Cabrera, V., Martín-Aragón, M., Terol, M. D. C., y Pastor, M. D. L. Á. (2015). La Escala de Ansiedad y Depresión Hospitalaria (HAD) en fibromialgia: Análisis de sensibilidad y especificidad. *Terapia Psicológica*, 33(3), 181–193. <https://doi.org/10.4067/S0718-48082015000300003>
- Cáceres-Matos, R., Gil-García, E., Barrientos-Trigo, S., Molina, E., y María Porcel-Gálvez, A. (2019). Consecuencias del dolor crónico en la infancia y la adolescencia. *Gaceta Sanitaria*, 33(3), 1–13. <https://doi.org/10.1016/j.gaceta.2017.11.007>
- Cáceres-Matos, R., Gil-García, E., Barrientos-Trigo, S., Porcel-Gálvez, A. M., y Cabrera-León, A. (2020). Consequences of chronic non-cancer pain in adulthood. Scoping review.

Revista de Saúde Pública, 54(39), 1–13. <https://doi.org/10.11606/S1518-8787.2020054001675>

Califf, R. M., Woodcock, J., y Ostroff, S. (2016). A proactive response to prescription opioid abuse. *New England Journal of Medicine*, 374(15), 1480–1485. <https://doi.org/10.1056/NEJMSr1601307>

Cano-García, F. J., Rodríguez-Franco, L., Blanco-Picabia, A., Sánchez-Blanco, J., y Cobos-Romana, R. (2021). Pensamientos automáticos negativos e intensidad del dolor en pacientes con dolor crónico: el papel mediador de la catastrofización. *Multidisciplinary Pain Journal*, 1, 101–111. <https://doi.org/10.20986/mpj.2021.1006/2021>

Català, E., Reig, E., Artés, M., Aliaga, L., López, J. S., y Segú, J. L. (2002). Prevalence of pain in the Spanish population: telephone survey in 5000 homes. *European Journal of Pain*, 6(2), 133–140. <https://doi.org/https://doi.org/10.1053/eujp.2001.0310>

Cattanach, B. K., Thorn, B. E., Ehde, D. M., Jensen, M. P., y Day, M. A. (2021). A qualitative comparison of mindfulness meditation, cognitive therapy, and mindfulness-based cognitive therapy for chronic low back pain. *Rehabilitation Psychology*, 66(3), 317–334. <https://doi.org/10.1037/rep0000344>

Chaves, J. F., y Brown, J. M. (1987). Spontaneous cognitive strategies for the control of clinical pain and stress. *Journal of Behavioral Medicine*, 10(3), 263–276.

Cheng, S.-T., Leung, C. M. C., Chan, K. L., Chen, P. P., Chow, Y. F., Chung, J. W. Y., Law, A. C. B., Lee, J. S. W., Leung, E. M. F., y Tam, C. W. C. (2018). The relationship of self-efficacy to catastrophizing and depressive symptoms in community-dwelling older adults with chronic pain: A moderated mediation model. *PLoS ONE*, 13(9), e0203964. <https://doi.org/10.1371/journal.pone.0203964>

- Cherkin, D. C., Sherman, K. J., Balderson, B. H., Cook, A. J., Anderson, M. L., Hawkes, R. J., Hansen, K. E., y Turner, J. A. (2016). Effect of mindfulness-based stress reduction vs cognitive behavioral therapy or usual care on back pain and functional limitations in adults with chronic low back pain: A randomized clinical trial. *JAMA - Journal of the American Medical Association*, 315(12), 1240–1249. <https://doi.org/10.1001/jama.2016.2323>
- Chou, R., Deyo, R., Friedly, J., Skelly, A., Hashimoto, R., Weimer, M., Fu, R., Dana, T., Kraegel, P., Griffin, J., Grusing, S., y Brodt, E. D. (2017). Nonpharmacologic Therapies for Low Back Pain: A Systematic Review for an American College of Physicians Clinical Practice Guideline. *Annals of Internal Medicine*, 166(4), 493–505. <https://doi.org/10.7326/M16-2459>
- Clarke, T. C., Barnes, P. M., Black, L. I., Stussman, B. J., y Nahin, R. L. (2018). Use of Yoga, Meditation, and Chiropractors Among U.S. Adults Aged 18 and Over Key findings. *National Center for Health Statistic Data Brief*, 325, 1–8. https://www.cdc.gov/nchs/data/databriefs/db325_table-508.pdf#2.
- Cohen, J. (1988). *Statistical Power Analysis for the Behavioral Sciences* (2nd ed.). Routledge.
- Cohen, S. P., Vase, L., y Hooten, W. M. (2021). Chronic pain: an update on burden, best practices, and new advances. *The Lancet*, 397(10289), 2082–2097. [https://doi.org/10.1016/S0140-6736\(21\)00393-7](https://doi.org/10.1016/S0140-6736(21)00393-7)
- Couper, M. P., Tourangeau, R., Conrad, F. G., y Singer, E. (2006). Evaluating the Effectiveness of Visual Analog Scales: A Web Experiment. *Social Science Computer Review*, 24(2), 227–245. <https://doi.org/10.1177/0894439305281503>
- Crowe, M., Jordan, J., Burrell, B., Jones, V., Gillon, D., y Harris, S. (2016). Mindfulness-based stress reduction for long-term physical conditions: A systematic review. *Australian and*

New Zealand Journal of Psychiatry, 50(1), 21–32.
<https://doi.org/10.1177/0004867415607984>

Currier, D. P. (1984). *Elements of Research in Physical Therapy* (2nd ed.). Williams & Wilkins.

Dahlhamer, J., Lucas, J., Zelaya, C., Nahin, R., Mackey, S., DeBar, L., Kerns, R., von Korff, M., Porter, L., y Helmick, C. (2018). Prevalence of chronic pain and high-impact chronic pain among adults- United States, 2016. *Morbidity and Mortality Weekly Report*, 67(36), 1001–1005. <https://www.cdc.gov/nchs/nhis/index.htm>.

Day, M. (2017). *Mindfulness-Based Cognitive Therapy for Chronic Pain*. John Wiley & Sons.

Day, M. A., Matthews, N., Mattingley, J. B., Ehde, D. M., Turner, A. P., Williams, R. M., y Jensen, M. P. (2021). Change in Brain Oscillations as a Mechanism of Mindfulness-Meditation, Cognitive Therapy, and Mindfulness-Based Cognitive Therapy for Chronic Low Back Pain. *Pain Medicine*, 22(8), 1804–1813. <https://doi.org/10.1093/pm/pnab049>

Day, M. A., y Thorn, B. E. (2016). The mediating role of pain acceptance during mindfulness-based cognitive therapy for headache. *Complementary Therapies in Medicine*, 25, 51–54. <https://doi.org/10.1016/J.CTIM.2016.01.002>

Day, M. A., y Thorn, B. E. (2017). Mindfulness-based cognitive therapy for headache pain: An evaluation of the long-term maintenance of effects. *Complementary Therapies in Medicine*, 33, 94–98. <https://doi.org/10.1016/j.ctim.2017.06.009>

Day, M. A., Thorn, B. E., Ward, L. C., Rubin, N., Hickman, S. D., Scogin, F., y Kilgo, G. R. (2014). Mindfulness-based cognitive therapy for the treatment of headache pain: a pilot study. *The Clinical Journal of Pain*, 30(2), 152–161. <https://doi.org/10.1097/AJP.0b013e318287a1dc>

- Day, M. A., Ward, L. C., Ehde, D. M., Thorn, B. E., Burns, J., Barnier, A., Mattingley, J. B., y Jensen, M. P. (2019). A Pilot Randomized Controlled Trial Comparing Mindfulness Meditation, Cognitive Therapy, and Mindfulness-Based Cognitive Therapy for Chronic Low Back Pain. *Pain Medicine*, 20(11), 2134–2148. <https://doi.org/10.1093/pm/pny273>
- Day, M. A., Ward, L. C., Thorn, B. E., Burns, J., Ehde, D. M., Barnier, A. J., Mattingley, J. B., y Jensen, M. P. (2020). Mechanisms of mindfulness meditation, cognitive therapy, and mindfulness-based cognitive therapy for chronic low back pain. *The Clinical Journal of Pain*, 36(10), 740–749. <https://doi.org/10.1097/AJP.0000000000000862>
- de Jong, M., Peeters, F., Gard, T., Ashih, H., Doorley, J., Walker, R., Rhoades, L., Kulich, R. J., Kueppenbender, K. D., Alpert, J. D., Hoge, E. A., Britton, W. B., Lazar, S. W., Fava, M., y Mischoulon, D. (2018). A Randomized Controlled Pilot Study on Mindfulness-Based Cognitive Therapy for Unipolar Depression in Patients With Chronic Pain. *The Journal of Clinical Psychiatry*, 79(1), 26–34. <https://doi.org/10.4088/JCP.15m10160>
- de Rooij, M. van der Leeden, M., Heymans, M. W., Holla, J. F. M., Häkkinen, A. H., Lems, W. F., Roorda, L. D., Veenhof, C., Sanchez-Ramirez, D. C., De Vet, H. C. W., y Dekker, J. (2016). Prognosis of Pain and Physical Functioning in Patients With Knee Osteoarthritis: A Systematic Review and Meta-Analysis. *Arthritis Care & Research*, 68(4), 481–492. <https://doi.org/10.1002/acr.22693>
- Dimidjian, S., Arch, J. J., Schneider, R. L., Desormeau, P., Felder, J. N., y Segal, Z. v. (2016). Considering Meta-Analysis, Meaning, and Metaphor: A Systematic Review and Critical Examination of “Third Wave” Cognitive and Behavioral Therapies. *Behavior Therapy*, 47(6), 886–905. <https://doi.org/10.1016/j.beth.2016.07.002>

- Domenichiello, A. F., y Ramsden, C. E. (2019). The silent epidemic of chronic pain in older adults. *Progress in Neuro-Psychopharmacology and Biological Psychiatry*, 93, 284–290. <https://doi.org/10.1016/j.pnpbp>
- Du, S., Hu, L., Bai, Y., Dong, J., Jin, S., Zhang, H., y Zhu, Y. (2018). The Influence of Self-Efficacy, Fear-Avoidance Belief, and Coping Styles on Quality of Life for Chinese Patients with Chronic Nonspecific Low Back Pain: A Multisite Cross-Sectional Study. *Pain Practice*, 18(6), 736–747. <https://doi.org/10.1111/papr.12660>
- Dueñas, M., Salazar, A., de Sola, H., y Failde, I. (2019). Limitations in Activities of Daily Living in People With Chronic Pain: Identification of Groups Using Clusters Analysis. *Pain Practice*, 20(2), 179–187. <https://doi.org/10.1111/papr.12842>
- Dueñas, M., Salazar, A., Ojeda, B., Fernández-Palacín, F., Micó, J. A., Torres, L. M., y Failde, I. (2015). A Nationwide Study of Chronic Pain Prevalence in the General Spanish Population: Identifying Clinical Subgroups Through Cluster Analysis. *Pain Medicine*, 16(4), 811–822. <https://doi.org/10.1111/pme.12640>
- Eccleston, C., Hearn, L., y Williams, A. C. de C. (2015). Psychological therapies for the management of chronic neuropathic pain in adults. *Cochrane Database of Systematic Reviews*, 2017(10), 1–32. <https://doi.org/10.1002/14651858.CD011259.pub2>
- Edwards, R., Cahalan, C., Mensing, G., Smith, M., y Haythornthwaite, J. A. (2011). Pain, catastrophizing, and depression in the rheumatic diseases. *Nature Reviews Rheumatology*, 7(4), 216–224.
- Edwards, R. R., Dworkin, R. H., Sullivan, M. D., Turk, D., y Wasan, A. D. (2016). The role of psychosocial processes in the development and maintenance of chronic pain disorders HHS Public Access. *The Journal of Pain*, 17(9), 70–92. <https://doi.org/10.1016/j.jpain.2016.01.001>

Edwards, R. R., Dworkin, R. H., Turk, D. C., Angst, M. S., Dionne, R., Freeman, R., Hansson, P., Haroutounian, S., Arendt-Nielsen, L., Attal, N., Baron, R., Brell, J., Bujanover, S., Burke, L. B., Carr, D., Chappell, A. S., Cowan, P., Etropolski, M., Fillingim, R. B., Gewandter, J.S., Katz, N.P., Kopecky, E.A., Markman, J.D., Nomikos, G., Porter, L., Rappaport, B.A., Rice, A.S.C., Scavone, J.M., Scholz, J., Simon, L.S., Smith, S.M., Tobias, J., Tockarszewsky, T., Veasley, C., Versavel, M., Wasan, A.J., Wen, W., y Yarnitsky, D. (2016). Patient phenotyping in clinical trials of chronic pain treatments: IMMPACT recommendations. *Pain Reports*, 157(9), 1851–1871. <https://doi.org/10.1097/PR9.0000000000000896>

Enebo, B. A. (1998). Outcome measures for low back pain: Pain inventories and functional disability questionnaires. *Chiropractic Technique*, 10, 27–33.

Engel, G. L. (1980). The Clinical Application of the Biopsychosocial Model. *The American Journal of Psychiatry*, 137(5), 535–544.

Esteve, R., Ramírez-Maestre, C., y L O Opez-Martínez, A. E. (2007). Adjustment to Chronic Pain: The Role of Pain Acceptance, Coping Strategies, and Pain-Related Cognitions. *Annals of Behavioral Medicine*, 33(2), 179–188.

Feizerfan, A., y Sheh, G. (2015). Transition from acute to chronic pain. *Continuing Education in Anaesthesia Critical Care & Pain*, 15(2), 98–102. <https://doi.org/10.1093/bjaceaccp/mku044>

Ferreira-Valente, A., Solé, E., Sánchez-Rodríguez, E., Sharma, S., Pathak, A., Jensen, M. P., Miró, J., y de la Vega, R. (2021). Does Pain Acceptance Buffer the Negative Effects of Catastrophizing on Function in Individuals With Chronic Pain? *The Clinical Journal of Pain*, 37(5), 339–348. <https://doi.org/10.1097/AJP.0000000000000930>

- Finch, E., Brooks, D., Stratford, P. W., y Mayo, N. (2002). *Physical Rehabilitation Outcome Measures—A Guide to Enhanced Clinical Decision Making* (2nd ed.). Lippincott Williams & Wilkins.
- Fjorback, L. O., Arendt, M., Ørnbøl, E., Fink, P., y Walach, H. (2011). Mindfulness-Based Stress Reduction and Mindfulness-Based Cognitive Therapy – a systematic review of randomized controlled trials. *Acta Psychiatrica Scandinavica*, *124*(2), 102–119. <https://doi.org/10.1111/j.1600-0447.2011.01704.x>
- Garland, E. L., Baker, A. K., Riquino, M. R., y Priddy, S. E. (2019). Mindfulness-oriented recovery enhancement. En I. Ivtzan (Ed.), *Handbook of Mindfulness-Based Programmes*. Routledge.
- Gasperi, M., Panizzon, M., Goldberg, J., Buchwald, D., y Afari, N. (2021). Posttraumatic Stress Disorder and Chronic Pain Conditions in Men: A Twin Study. *Psychosomatic Medicine*, *83*(2), 109–117. <https://doi.org/10.1097/PSY.0000000000000899>
- Gobina, I., Villberg, J., Välimaa, R., Tynjälä, J., Whitehead, R., Cosma, A., Brooks, F., Cavallo, F., Ng, K., de Matos, M. G., y Villerusa, A. (2019). Prevalence of self-reported chronic pain among adolescents: Evidence from 42 countries and regions. *European Journal of Pain*, *23*(2), 316–326. <https://doi.org/10.1002/ejp.1306>
- Godfrin, K. A., y van Heeringen, C. (2010). The effects of mindfulness-based cognitive therapy on recurrence of depressive episodes, mental health and quality of life: A randomized controlled study. *Behaviour Research and Therapy*, *48*(8), 738–746. <https://doi.org/10.1016/J.BRAT.2010.04.006>
- Goldberg, S. B., Riordan, K. M., Sun, S., y Davidson, R. J. (2021). The Empirical Status of Mindfulness-Based Interventions: A Systematic Review of 44 Meta-Analyses of

- Randomized Controlled Trials. *Perspectives on Psychological Science*, 17(1), 108–130.
<https://doi.org/10.1177/1745691620968771>
- Goldberg, S. B., Tucker, R. P., Greene, P. A., Davidson, R. J., Wampold, B. E., Kearney, D. J., y Simpson, T. L. (2018). Mindfulness-based interventions for psychiatric disorders: A systematic review and meta-analysis. *Clinical Psychology Review*, 59, 52–60.
<https://doi.org/10.1016/j.cpr.2017.10.011>
- Good, M., Stiller, C., Zauszniewski, J. A., Anderson, G. C., Stanton-Hicks, M., y Grass, J. A. (2001). Sensation and Distress of Pain Scales: reliability, validity, and sensitivity. *Journal of Nursing Measurement*, 9(3), 219–238. <https://doi.org/10.1891/1061-3749.9.3.219>
- Hayes, S. C., Strosahl, K. D., y Wilson, K. G. (2011). *Acceptance and commitment therapy: The process and practice of mindful change* (2nd Ed). Guilford press.
- Hays, R. D., Martin, S. A., Sesti, A. M., y Spritzer, K. L. (2005). Psychometric properties of the Medical Outcomes Study Sleep measure. *Sleep Medicine*, 6(1), 41–44.
<https://doi.org/10.1016/J.SLEEP.2004.07.006>
- Helmes, E., y Ward, B. G. (2017). Mindfulness-based cognitive therapy for anxiety symptoms in older adults in residential care. *Aging and Mental Health*, 21(3), 272–278.
<https://doi.org/10.1080/13607863.2015.1111862>
- Helmhout, P. H., Staal, J. B., Heymans, M. W., Harts, C. C., Hendriks, E. J. M., y de Bie, R. A. (2010). Prognostic factors for perceived recovery or functional improvement in non-specific low back pain: Secondary analyses of three randomized clinical trials. *European Spine Journal*, 19(4), 650–659. <https://doi.org/10.1007/s00586-009-1254-8>
- Higgins, C., Smith, B. H., y Matthews, K. (2022). Opioid dependence disorder and comorbid chronic pain: comparison of groups based on patient-attributed direction of the causal

- relationship between the two conditions. *British Journal of Pain*, 16(2), 149–160.
<https://doi.org/10.1177/20494637211026339>
- Hilton, L., Hempel, S., Ewing, B. A., Apaydin, E., Xenakis, L., Newberry, S., Colaiaco, B., Maher, A. R., Shanman, R. M., Sorbero, M. E., y Maglione, M. A. (2016). Mindfulness Meditation for Chronic Pain: Systematic Review and Meta-analysis. *Annals of Behavioral Medicine*, 51(2), 199–213. <https://doi.org/10.1007/s12160-016-9844-2>
- Hruschak, V., y Cochran, G. (2018). Psychosocial predictors in the transition from acute to chronic pain: a systematic review. *Psychology, Health & Medicine*, 23(10), 1151–1167.
<https://doi.org/10.1080/13548506.2018.1446097>
- Hruschak, V., Flowers, K. M., Azizoddin, D. R., Jamison, R. N., Edwards, R. R., y Schreiber, K. L. (2020). Cross-sectional study of psychosocial and pain-related variables among patients with chronic pain during a time of social distancing imposed by the coronavirus disease 2019 pandemic. *Pain*, 162(2), 619–629.
<https://doi.org/10.1097/j.pain.0000000000002128>
- Husak, A. J., y Bair, M. J. (2020). Chronic Pain and Sleep Disturbances: A Pragmatic Review of Their Relationships, Comorbidities, and Treatments. *Pain Medicine*, 21(6), 1142–1152.
- INE. (2020). Encuesta Europea de Salud en España (EESA) Año 2020. En Madrid: Instituto Nacional de Estadística. https://www.ine.es/prensa/eese_2020.pdf
- Inoue, M., Inoue, S., Ikemoto, T., Arai, Y.-C. P., Nakata, M., Pt, A. M., Nishihara, M., Kawai, T., Hatakeyama, N., Yamaguchi, S., Shimo Pt, K., Pt, H. M., Hasegawa, T., Sakurai Pt, H., Hasegawa Pt, Y., Pt, Y. O., y Ushida, T. (2014). The efficacy of a multidisciplinary group program for patients with refractory chronic pain. *Pain Research and Management*, 19(6), 302–309.

- Jackson, T., Wang, Y., Wang, Y., y Fan, H. (2014). Self-Efficacy and Chronic Pain Outcomes: A Meta-Analytic Review. *The Journal of Pain*, 15(8), 800–814. <https://doi.org/10.1016/J.JPAIN.2014.05.002>
- Jagpal, A., Hainsworth, K., Galijot, R., Salamon, K. S., Khan, K. A., y Tran, S. T. (2021). The relationship between stressors and pain-related clinical outcomes in pediatric chronic pain patients. *Children*, 8(21), 2–11. <https://doi.org/10.3390/children8010021>
- Jank, R., Gallee, A., Boeckle, M., Fiegl, S., y Pieh, C. (2017). Chronic Pain and Sleep Disorders in Primary Care. *Pain Research and Treatment*, 2017, 1–10. <https://doi.org/10.1155/2017/9081802>
- Jensen, M. P., Moore, M. R., Bockow, T. B., Ehde, D. M., y Engel, J. M. (2011). Psychosocial factors and adjustment to chronic pain in persons with physical disabilities: A systematic review. *Archives of Physical Medicine and Rehabilitation*, 92(1), 146–160. <https://doi.org/10.1016/j.apmr.2010.09.021>
- Kabat-Zinn, J. (1990). *Full catastrophe living: Using the wisdom of your body and mind to face stress, pain and illness*. Bantam Books.
- Karasawa, Y., Yamada, K., Iseki, M., Yamaguchi, M., Murakami, Y., Tamagawa, T., Kadowaki, F., Hamaoka, S., Ishii, T., Kawai, A., Shinohara, H., Yamaguchi, K., y Inada, E. (2019). Association between change in self-efficacy and reduction in disability among patients with chronic pain. *PLoS ONE*, 14(4), e0215404. <https://doi.org/10.1371/JOURNAL.PONE.0215404>
- Khoo, E. L., Small, R., Cheng, W., Hatchard, T., Glynn, B., Rice, D. B., Skidmore, B., Kenny, S., Hutton, B., y Poulin, P. A. (2019). Comparative evaluation of group-based mindfulness-based stress reduction and cognitive behavioural therapy for the treatment and management of chronic pain: A systematic review and network meta-analysis.

Evidence-Based Mental Health, 22(1), 26–35. <https://doi.org/10.1136/ebmental-2018-300062>

Kleinmann, B., y Wolter, T. (2022). Opioid Consumption in Chronic Pain Patients: Role of Perceived Injustice and Other Psychological and Socioeconomic Factors. *Journal of Clinical Medicine*, 11(3), 647. <https://doi.org/10.3390/jcm11030647>

Kleykamp, B. A., Ferguson, M. C., McNicol, E., Bixho, I., Arnold, L. M., Edwards, R. R., Fillingim, R., Grol-Prokopczyk, H., Turk, D. C., y Dworkin, R. H. (2021). The Prevalence of Psychiatric and Chronic Pain Comorbidities in Fibromyalgia: an ACTION systematic review. *Seminars in Arthritis and Rheumatism*, 51(1), 166–174. <https://doi.org/10.1016/J.SEMARTHRT.2020.10.006>

Kroska, E. (2016). A meta-analysis of fear-avoidance and pain intensity: The paradox of chronic pain. *Scandinavian Journal of Pain*, 13(1), 43–58. <https://doi.org/https://doi.org/10.1016/j.sjpain.2016.06.011>

Kuner, R., y Kuner, T. (2021). Cellular circuits in the brain and their modulation in acute and chronic pain. *Physiological Reviews*, 101(1), 213–258.

Lacasse, A., Pagé, G. M., Dassieu, L., Sourial, N., Janelle-Montcalm, A., Dorais, M., Lore, H., Nguéfack, N., Godbout-Parent, M., Hudspith, M., Moor, G., Sutton, K., Thompson, J. M., y Choinière, M. (2021). Impact of the COVID-19 pandemic on the pharmacological, physical, and psychological treatments of pain: findings from Chronic Pain and COVID-19 Pan-Canadian study. *Pain Reports*, 6(1), e891. <https://doi.org/10.1097/PR9.0000000000000891>

Langley, P. C., Ruiz-Iban, M. A., Molina, J. T., de Andres, J., y Castellón, J. R. G. E. (2011). The prevalence, correlates and treatment of pain in Spain. *Journal of Medical Economics*, 14(3), 367–380. <https://doi.org/10.3111/13696998.2011.583303>

- Lauche, R., Cramer, H., Dobos, G., Langhorst, J., y Schmidt, S. (2013). A systematic review and meta-analysis of mindfulness-based stress reduction for the fibromyalgia syndrome. *Journal of Psychosomatic Research*, 75(6), 500–510. <https://doi.org/10.1016/J.JPSYCHORES.2013.10.010>
- Lazarus, R. S., y Folkman, S. (1984). *Stress, appraisal, and coping*. Springer .
- Leadley, R. M., Armstrong, N., Lee, Y. C., Allen, A., y Kleijnen, J. (2012). Chronic diseases in the European Union: the prevalence and health cost implications of chronic pain. *Journal of Pain & Palliative Care Pharmacotherapy*, 26(4), 310–325.
- Linton, S. J., Nicholas, M. K., MacDonald, S., Boersma, K., Bergbom, S., Maher, C., y Refshauge, K. (2011). The role of depression and catastrophizing in musculoskeletal pain. *European Journal of Pain*, 15(4), 416–422. <https://doi.org/10.1016/J.EJPAIN.2010.08.009>
- Majeed, M. H., y Sudak, D. D. (2019). Psychotherapeutic interventions for chronic pain: Evidence, rationale, and advantages. *The International Journal of Psychiatry in Medicine*, 54(2), 140–149. <https://doi.org/10.1177/0091217418791447>
- Marchand, W. R. (2012). Mindfulness-Based Stress Reduction, Mindfulness-Based Cognitive Therapy, and Zen Meditation for Depression, Anxiety, Pain, and Psychological Distress. *Journal of Psychiatric Practice*, 18(4), 233–252. <https://doi.org/10.1097/01.pra.0000416014.53215.86>
- Martín-Aragón, M., Pastor, M. A., Rodríguez-Marín, J., March, M. J., y Lledó, A. (1999). Percepción de autoeficacia en Dolor Crónico. Adaptación y validación de la Chronic Pain Self Efficacy Scale. *Revista de Psicología de La Salud*, 11(1), 53–75.

- McClintock, A. S., McCarrick, S. M., Garland, E. L., Zeidan, F., y Zgierska, A. E. (2019). Brief Mindfulness-Based Interventions for Acute and Chronic Pain: A Systematic Review. *The Journal of Alternative and Complementary Medicine*, 25(3), 265–278. <https://doi.org/10.1089/acm.2018.0351>
- McCracken, L. (2012). Contextual cognitive behavioral therapy for chronic pain (including back pain). En M. Hasenbring, A. Rusu, y D. Turk (Eds.), *From acute to chronic back pain: Risk factors, mechanisms, and clinical implications* (pp. 547–563). Oxford University Press .
- McCracken, L. M., Davies, M., Scott, W., Paroli, M., Harris, S., y Sanderson, K. (2015). Can a psychologically based treatment help people to live with Chronic Pain when they are seeking a procedure to reduce it? *Pain Medicine* , 16(3), 451–459. <https://doi.org/https://doi.org/10.1111/pme.12623>
- McCracken, L. M., y Vowles, K. E. (2006). Acceptance of chronic pain. *Current Pain and Headache Reports*, 10(2), 90–94. <https://doi.org/10.1007/s11916-006-0018-y>
- McCracken, L. M., y Vowles, K. E. (2014). Acceptance and Commitment Therapy and Mindfulness for Chronic Pain Model, Process, and Progress. *American Psychologist*, 69(2), 178–187. <https://doi.org/10.1037/a0035623>
- McCracken, L. M., Vowles, K. E., y Eccleston, C. (2004). Acceptance of chronic pain: Component analysis and a revised assessment method. *Pain*, 107(1–2), 159–166. <https://doi.org/10.1016/j.pain.2003.10.012>
- McCracken, L. M., Yu, L., y Vowles, K. E. (2022). New generation psychological treatments in chronic pain. *BMJ*, 376, e057212. <https://doi.org/10.1136/bmj-2021-057212>

- McCracken, L. M., y Zhao-O'Brien, J. (2010). General psychological acceptance and chronic pain: There is more to accept than the pain itself. *European Journal of Pain*, 14(2), 170–175. <https://doi.org/10.1016/J.EJPAIN.2009.03.004>
- Meier, S. K., Ray, K. L., Waller, N. C., Gendron, B. C., Aytur, S. A., y Robin, D. A. (2021). Network analysis of induced neural plasticity post-acceptance and commitment therapy for chronic pain. *Brain Sciences*, 11(1), 1–10. <https://doi.org/10.3390/brainsci11010010>
- Meints, S. M., y Edwards, R. R. (2018). Evaluating Psychosocial Contributions to Chronic Pain Outcomes. *Progress in Neuro-Psychopharmacology and Biological Psychiatry*, 87, 168–182. <https://doi.org/10.1016/j.pnpbp.2018.01.017>
- Melzack, R. (1990). Phantom limbs and the concept of a neuromatrix. *Trends in Neurosciences*, 13(3), 88–92. [https://doi.org/10.1016/0166-2236\(90\)90179-E](https://doi.org/10.1016/0166-2236(90)90179-E)
- Melzack, R. (1993). Pain: Past, Present and Future. *Canadian Journal of Experimental Psychology*, 47(4), 615–629.
- Melzack, R. (1999). From the gate to the neuromatrix. *PAIN Supplement*, 6, 121–126.
- Melzack, R., y Casey, K. L. (1968). Sensory, motivational and central control determinants of pain: a new conceptual model. En D. Kenshalo (Ed.), *The skin senses* (Vol. 1, pp. 423–443). Thomas.
- Melzack, R., y Katz, J. (2006). Pain in the 21st Century: The Neuromatrix and Beyond. En G. Young, K. Nicholson, y A. V. Kane (Eds.), *Psychological Knowledge in Court*. (pp. 129–148). Boston, M.A: Springer.
- Melzack, R., y Wall, P. D. (1965). Pain Mechanism: A New Theory. *Science*, 150(3699), 971–979.

- Menéndez, G. A., García, F. P., y Viejo, T. I. (2010). Aceptación del dolor crónico en pacientes con fibromialgia: adaptación del Chronic Pain Acceptance Questionnaire (CPAQ) a una muestra española. *Psicothema*, 22(4), 997–1003.
- Merskey, H. (1979). Pain terms: a list with definitions and notes on usage. Recommended by the IASP Subcommittee on Taxonomy. *Pain*, 6, 249–252.
- Merskey, H. (1983). Classification of chronic pain: descriptions of chronic pain syndromes and definitions of pain terms. *Pain*, Suppl 3, 212–226.
- Mills, S. E. E., Nicolson, K. P., y Smith, B. H. (2019). Chronic pain: a review of its epidemiology and associated factors in population-based studies. *British Journal of Anaesthesia*, 123(2), e273–e283. <https://doi.org/10.1016/j.bja.2019.03.023>
- Miró, E., Martínez, M. P., Sánchez, A. I., Prados, G., y Medina, A. (2011). When is pain related to emotional distress and daily functioning in fibromyalgia syndrome? The mediating roles of self-efficacy and sleep quality. *British Journal of Health Psychology*, 16(4), 799–814.
- Moix, J., y Casado, M. I. (2011). Terapias Psicológicas para el Tratamiento del Dolor Crónico. *Clínica y Salud*, 22(1), 41–50.
- Molander, P., Dong, H.-J., Äng, B., Enthoven, P., y Gerdle, B. (2018). The role of pain in chronic pain patients' perception of health-related quality of life: a cross-sectional SQRP study of 40,000 patients. *Scandinavian Journal of Pain*, 18(3), 417–429. <https://doi.org/10.1515/sjpain-2018-0003>
- Morley, S., Williams, A., y Hussain, S. (2008). Estimating the clinical effectiveness of cognitive behavioural therapy in the clinic: evaluation of a CBT informed pain management programme. *Pain*, 137(3), 670–680.

- Murray, C. B., Vega, R. I., Murphy, L. K., Kashikar-Zuck, S., y Palermo, T. M. (2021). The prevalence of chronic pain in young adults: a systematic review and meta-analysis. *Pain*, *163*(9), e972–e984.
- National Institute for Health and Care Excellence. (2021). *Chronic pain (primary and secondary) in over 16s: assessment of all chronic pain and management of chronic primary pain. (NICE Guideline NG193)*. www.nice.org.uk/guidance/ng193
- Nicholas, M. K., Linton, S. J., Watson, P. J., y Main, C. J. (2011). Early Identification and Management of Psychological Risk Factors (“Yellow Flags”) in Patients With Low Back Pain: A Reappraisal. *Physical Therapy*, *91*(5), 737–753. <https://doi.org/https://doi.org/10.2522/ptj.20100224>
- Novy, D. M., y Aigner, C. J. (2014). The biopsychosocial model in cancer pain. *Current Opinion in Supportive and Palliative Care*, *8*(2), 117–123. <https://doi.org/10.1097/SPC.0000000000000046>
- O’Doherty, V., Carr, A., McGrann, A., O’Neill, J. O., Dinan, S., Graham, I., y Maher, V. (2015). A Controlled Evaluation of Mindfulness-Based Cognitive Therapy for Patients with Coronary Heart Disease and Depression. *Mindfulness*, *6*(3), 405–416. <https://doi.org/10.1007/s12671-013-0272-0>
- Owen-Smith, A., Stewart, C., Sesay, M. M., Strasser, S. M., Yarborough, B. J., Ahmedani, B., Miller-Matero, L. R., Waring, S. C., Haller, I. v., Waitzfelder, B. E., Sterling, S. A., Campbell, C. I., Hechter, R. C., Zeber, J. E., Copeland, L. A., Scherrer, J. F., Rossom, R., y Simon, G. (2020). Chronic pain diagnoses and opioid dispensings among insured individuals with serious mental illness. *BMC Psychiatry*, *20*(40), 1–10. <https://doi.org/10.1186/s12888-020-2456-1>

- Pardos-Gascón, E. M., Narambuena, L., Leal-Costa, C., Ramos-Morcillo, A. J., Ruzafa-Martínez, M., y van-der Hofstadt Román, C. J. (2021). Psychological Therapy in Chronic Pain: Differential Efficacy between Mindfulness-Based Cognitive Therapy and Cognitive Behavioral Therapy. *Journal of Clinical Medicine*, 10(16), 3544. <https://doi.org/10.3390/jcm10163544>
- Parisi, A., Hanley, A. W., y Garland, E. L. (2022). Mindfulness-Oriented Recovery Enhancement reduces opioid craving, pain, and negative affect among chronic pain patients on long-term opioid therapy: An analysis of within- and between-person state effects. *Behaviour Research and Therapy*, 152, 104066. <https://doi.org/10.1016/J.BRAT.2022.104066>
- Parisi, A., Landicho, H. L., Hudak, J., Leknes, S., Froeliger, B., y Garland, E. L. (2022). Emotional distress and pain catastrophizing predict cue-elicited opioid craving among chronic pain patients on long-term opioid therapy. *Drug and Alcohol Dependence*, 233, 109361. <https://doi.org/10.1016/J.DRUGALCDEP.2022.109361>
- Pester, B. D., Crouch, T. B., Christon, L., Rodes, J., Wedin, S., Kilpatrick, R., Pester, M. S., Borckardt, J., y Barth, K. (2022). Gender differences in multidisciplinary pain rehabilitation: The mediating role of pain acceptance. *Journal of Contextual Behavioral Science*, 23, 117–124. <https://doi.org/10.1016/J.JCBS.2022.01.002>
- Philips, H. C. (1987). Avoidance behaviour and its role in sustaining chronic pain. *Behaviour Research and Therapy*, 25(4), 273–279. [https://doi.org/10.1016/0005-7967\(87\)90005-2](https://doi.org/10.1016/0005-7967(87)90005-2)
- Pigeon, W. R., Moynihan, J., Matteson-Rusby, S., Jungquist, C. R., Xia, Y., Tu, X., y Perlis, M. L. (2012). Comparative effectiveness of CBT interventions for co-morbid chronic pain & insomnia: A pilot study. *Behaviour Research and Therapy*, 50(11), 685–689. <https://doi.org/10.1016/J.BRAT.2012.07.005>

- Pitcher, M. H., von Korff, M., Bushnell, M. C., y Porter, L. (2019). Prevalence and Profile of High-Impact Chronic Pain in the United States. *Journal of Pain*, 20(2), 146–160. <https://doi.org/10.1016/j.jpain.2018.07.006>
- Powers, A., Fani, N., Pallos, A., Stevens, J., Ressler, K. J., y Bradley, B. (2014). Childhood Abuse and the Experience of Pain in Adulthood: The Mediating Effects of PTSD and Emotion Dysregulation on Pain Levels and Pain-Related Functional Impairment. *Psychosomatics*, 55(5), 491–499. <https://doi.org/10.1016/j.psych.2013.10.004>
- Quartana, P. J., Campbell, C. M., y Edwards, R. R. (2009). Pain catastrophizing: a critical review NIH Public Access. *Expert Review of Neurotherapeutics*, 9(5), 745–758. <https://doi.org/10.1586/ERN.09.34>
- Raja, S. N., Carr, D. B., Cohen, M., Finnerup, N. B., Flor, H., Gibson, S., Keefe, F. J., Mogil, J. S., Ringkamp, M., Sluka, K. A., Song, X.-J., Stevens, B., Sullivan, M. D., Tutelman, P. R., Ushida, T., y Vader, K. (2020). The revised International Association for the Study of Pain definition of pain: concepts, challenges, and compromises. *Pain*, 161(9), 1976–1982.
- Reid, K. J., Harker, J., Bala, M. M., Truylers, C., Kellen, E., Bekkering, G. E., y Kleijnen, J. (2011). Epidemiology of chronic non-cancer pain in Europe: Narrative review of prevalence, pain treatments and pain impact. *Current Medical Research and Opinion*, 27(2), 449–462. <https://doi.org/10.1185/03007995.2010.545813>
- Rejas, J., Ribera, M. V., Ruiz, M., y Masramón, X. (2007). Psychometric properties of the MOS (Medical Outcomes Study) Sleep Scale in patients with neuropathic pain. *European Journal of Pain*, 11(3), 329–340. <https://doi.org/10.1016/j.ejpain.2006.05.002>
- Rizzo, R. R. N., Lee, H., Cashin, A. G., Costa, L. O. P., Gustin, S. M., y McAuley, J. H. (2021). The mediating effect of pain catastrophizing on pain intensity: The influence of the timing

of assessments. *European Journal of Pain*, 25(9), 1938–1947.
<https://doi.org/10.1002/ejp.1810>

Rodríguez-Marín, J., Couceiro Rosillo, S., y van-der Hofstadt, C. J. (2021). Tratamientos psicológicos del dolor crónico . En J. Rodríguez-Marín, S. Couceiro Rosillo, y C. J. van-der Hofstadt (Eds.), *Intervención psicológica grupal en dolor crónico* (pp. 39–46). Pirámide.

Roudsari, E. G., Mousavi Nasab, S. M. H., Ghavidel-Parsa, B., Yazdi, F., y Khezri Moghadam, N. (2022). Personality and pain intensity in rheumatoid arthritis patients: The mediating role of pain catastrophizing and cognitive emotion regulation strategies. *Personality and Individual Differences*, 186, 111390. <https://doi.org/10.1016/J.PAID.2021.111390>

Sá, K. N., Moreira, L., Baptista, A. F., Yeng, L. T., Teixeira, M. J., Galhardoni, R., y de Andrade, D. C. (2019). Prevalence of chronic pain in developing countries: a systematic review and meta-analysis. *Pain Reports*, 4(6), e779.
<https://doi.org/10.1097/pr9.0000000000000779>

Salamon, K. S., Dutta, A. R., y Hildenbrand, A. K. (2022). Improved pain acceptance and interference following outpatient interdisciplinary pediatric chronic pain treatment. *Psychology & Health*, 1–12. <https://doi.org/10.1080/08870446.2021.2024540>

Segal, Z. V., Williams, J. M. C., y Teasdale, J. D. (2013). *Mindfulness-Based Cognitive Therapy for Depression*. Guildford Press.

Selvanathan, J., Pham, C., Nagappa, M., Peng, P. W. H., Englesakis, M., Espie, C. A., Morin, C. M., y Chung, F. (2021). Cognitive behavioral therapy for insomnia in patients with chronic pain – A systematic review and meta-analysis of randomized controlled trials. *Sleep Medicine Reviews*, 60, 101460. <https://doi.org/10.1016/J.SMRV.2021.101460>

- Serrano-Ibáñez, E. R., Esteve, R., Ramírez-Maestre, C., Ruiz-Párraga, G. T., y López-Martínez, A. E. (2021). Chronic pain in the time of COVID-19: Stress aftermath and central sensitization. *British Journal of Health Psychology*, 26(2), 544–552. <https://doi.org/10.1111/bjhp.12483>
- Shipton, E. A. (2011). The transition from acute to chronic post surgical pain. *Anaesthesia and Intensive Care*, 39(5), 824–836.
- Sicras-Mainar, A., Tornero-Tornero, C., Vargas-Negrín, F., Lizarraga, I., y Rejas-Gutierrez, J. (2020). Health outcomes and costs in patients with osteoarthritis and chronic pain treated with opioids in Spain: the OPIOIDS real-world study. *Therapeutic Advances in Musculoskeletal Disease*, 12, 1–18. <https://doi.org/10.1177/1759720X20942000>
- Solati, K., Mousavi, M., Kheiri, S., y Hasanpour-Dehkordi, A. (2017). The effectiveness of mindfulness-based cognitive therapy on psychological symptoms and quality of life in systemic lupus erythematosus patients: A randomized controlled trial. *Oman Medical Journal*, 32(5), 378–385. <https://doi.org/10.5001/OMJ.2017.73>
- Soler, J., Tejedor, R., Feliu-Soler, A., Pascual, J. C., Cebolla, A. J., Soriano, J., Alvarez, E., y Pérez, V. (2012). Propiedades psicométricas de la versión española de la escala Mindful Attention Awareness Scale (MAAS). *Actas Españolas de Psiquiatría*, 40(1), 18–25.
- Stewart, D. E., y Yuen, T. (2011). A systematic review of resilience in the physically ill. *Psychosomatics*, 52(3), 199–209.
- Stompór, M., Grodzicki, T., Stompór, T., Wordliczek, J., Dubiel, M., y Kurowska, I. (2019). Prevalence of chronic pain, particularly with neuropathic component, and its effect on overall functioning of elderly patients. *Medical Science Monitor*, 25, 2695–2701. <https://doi.org/10.12659/MSM.911260>

- Sturgeon, J. A. (2014). Psychological therapies for the management of chronic pain. *Psychology Research and Behavior Management*, 7, 115–127. <https://doi.org/https://doi.org/10.2147/PRBM.S44762>
- Sullivan, M. J. L. (2012). The communal coping model of pain catastrophising: Clinical and research implications. *Canadian Psychology*, 53(1), 32–41. <https://doi.org/10.1037/a0026726>
- Tang, N. K. Y. (2018). Cognitive behavioural therapy in pain and psychological disorders: Towards a hybrid future. *Progress in Neuropsychopharmacology and Biological Psychiatry*, 87, 281–289. <https://doi.org/10.1016/j.pnpbp.2017.02.023>
- Tarrero, A. P., Zarzero, M. T., del Río, M., Muñoz-Sanjosé, A., y Vega, B. R. (2019). Intervenciones Basadas en Mindfulness y Compasión en Dolor Crónico. *Revista de Investigación y Educación En Ciencias de La Salud (RIECS)*, 4(1), 112–122.
- Torralla, A., Miquel, A., y Darba, J. (2014). Situación actual del dolor crónico en España: Iniciativa “Pain Proposal.” *Revista de La Sociedad Española Del Dolor*, 21(1), 16–22. <https://doi.org/10.4321/S1134-80462014000100003>
- Treede, R. D., Rief, W., Barke, A., Aziz, Q., Bennett, M. I., Benoliel, R., Cohen, M., Evers, S., Finnerup, N. B., First, M. B., Giamberardino, M. A., Kaasa, S., Korwisi, B., Kosek, E., Lavand’Homme, P., Nicholas, M., Perrot, S., Scholz, J., Schug, S., Smith, B.H., Svensson, P., Vlaeyen, J.W.S., y Wang, S. J. (2019). Chronic pain as a symptom or a disease: The IASP Classification of Chronic Pain for the International Classification of Diseases (ICD-11). *Pain*, 160(1), 19–27. <https://doi.org/10.1097/j.pain.0000000000001384>
- Turk, D. C., Fillingim, R. B., Ohrbach, R., y Patel, K. v. (2016). Assessment of psychosocial and functional impact of chronic pain. *The Journal of Pain*, 17(9), 21–49. <https://doi.org/10.1016/j.jpain.2016.02.006>

- Turner, J. A., Jensen, M. P., y Romano, J. M. (2000). Do beliefs, coping, and catastrophizing independently predict functioning in patients with chronic pain? *Pain*, *85*(1–2), 115–125. [https://doi.org/10.1016/S0304-3959\(99\)00259-6](https://doi.org/10.1016/S0304-3959(99)00259-6)
- Turner, J. A., Mancl, L., y Aaron, L. A. (2006). Short- and long-term efficacy of brief cognitive-behavioral therapy for patients with chronic temporomandibular disorder pain: a randomized, controlled trial. *Pain*, *121*(3), 181–194. <https://doi.org/10.1016/j.pain.2005.11.017>
- Urits, I., Hubble, A., Peterson, E., Orhurhu, V., Ernst, C. A., Kaye, A. D., y Viswanath, O. (2019). An Update on Cognitive Therapy for the Management of Chronic Pain: a Comprehensive Review. *Current Pain and Headache Reports*, *23*(8), 57. <https://doi.org/10.1007/s11916-019-0794-9>
- Vallejo, M. A., Rivera, J., Esteve-Vives, J., y Rodríguez-Muñoz, M. F. (2012). Uso del cuestionario Hospital Anxiety and Depression Scale (HADS) para evaluar la ansiedad y la depresión en pacientes con fibromialgia. *Revista de Psiquiatría y Salud Mental*, *5*(2), 107–114. <https://doi.org/10.1016/J.RPSM.2012.01.003>
- van Rijswijk, S. M., van Beek, M. H. C. T., Schoof, G. M., Schene, A. H., Steegers, M., y Schellekens, A. F. (2019). Iatrogenic opioid use disorder, chronic pain and psychiatric comorbidity: A systematic review. *General Hospital Psychiatry*, *59*, 37–50. <https://doi.org/10.1016/J.GENHOSPPSYCH.2019.04.008>
- van-der Hofstadt Román, C. J., Leal-Costa, C., Alonso-Gascon, R., y Rodríguez-Marín, J. (2017). Calidad de vida, emociones negativas, autoeficacia y calidad del sueño en pacientes con dolor crónico: efectos de un programa de intervención psicológica. *Universitas Psychologica*, *16*(3), 255–263. <https://doi.org/10.11144/Javeriana.upsy16-3.cven>

- Vázquez, I. A. (2012). Dolor Crónico. En I. Amigo Vázquez (Ed.), *Manual de Psicología de la Salud* (pp. 143–157). Pirámide.
- Veehof, M. M., Trompetter, H. R., Bohlmeijer, E. T., y Schreurs, K. M. G. (2016). Acceptance- and mindfulness-based interventions for the treatment of chronic pain: a meta-analytic review. *Cognitive Behaviour Therapy*, 45(1), 5–31. <https://doi.org/10.1080/16506073.2015.1098724>
- Velasco, L., López-Gómez, I., Gutiérrez, L., Écija, C., Catalá, P., y Peñacoba, C. (2022). Exploring the Preference for Fatigue-avoidance Goals as a Mediator Between Pain Catastrophizing, Functional Impairment, and Walking Behavior in Women With Fibromyalgia. *The Clinical Journal of Pain*, 38(3), 182–188. <https://doi.org/10.1097/AJP.0000000000001010>
- Velly, A. M., y Mohit, S. (2018). Epidemiology of pain and relation to psychiatric disorders. *Progress in Neuro-Psychopharmacology and Biological Psychiatry*, 87(May 2017), 159–167. <https://doi.org/10.1016/j.pnpbp.2017.05.012>
- Vilagut, G., Valderas, J. M., Ferrer, M., Garin, O., López-García, E., y Alonso, J. (2008). Interpretación de los cuestionarios de salud SF-36 y SF-12 en España: componentes físico y mental. *Medicina Clínica*, 130(19), 726–735. <https://doi.org/10.1157/13121076>
- von Korff, M., y Dunn, K. M. (2008). Chronic pain reconsidered. *Pain*, 138(2), 267–276. <https://doi.org/10.1016/j.pain.2007.12.010>
- Vowles, K. E., Wetherell, J. L., y Sorrell, J. T. (2009). Targeting Acceptance, Mindfulness, and Values-Based Action in Chronic Pain: Findings of Two Preliminary Trials of an Outpatient Group-Based Intervention. *Cognitive and Behavioral Practice*, 16(1), 49–58. <https://doi.org/10.1016/J.CBPRA.2008.08.001>

- Wager, J., Brown, D., Kupitz, A., Rosenthal, N., y Zernikow, B. (2019). Prevalence and associated psychosocial and health factors of chronic pain in adolescents: differences by sex and age. *European Journal of Pain*, 24(4), 761–772. <https://doi.org/https://doi.org/10.1002/ejp.1526>
- Ware, J. E., Kosinski, M., y Keller, S. D. (1996). A 12-Item Short-Form Health Survey: Construction of Scales and Preliminary Tests of Reliability and Validity. *Medical Care*, 34(3), 220–233.
- Weissman-Fogel, I., Sprecher, E., y Pud, D. (2008). Effects of catastrophizing on pain perception and pain modulation. *Experimental Brain Research*, 186(1), 79–85. <https://doi.org/10.1007/s00221-007-1206-7>
- Williams, AC de C., Ficher, E., Hearn, L. & Eccleston, C. (2020). Psychological Therapies for the management of chronic pain (excluding headache) in adults. *Cochrane Database of Systematic Reviews*, 8. Artículo CD007407. <https://doi.org/10.1002/14651858.CD007407.pub4>
- Williams, D. A. (2013). The Importance of Psychological Assessment in Chronic Pain. *Current Opinion in Urology*, 23(6), 554–559. <https://doi.org/10.1097/MOU.0b013e3283652af1>
- Wilson, J. M., Colebaugh, C. A., Flowers, K. M., Meints, S. M., Edwards, R. R., y Schreiber, K. L. (2022). Social support and psychological distress among chronic pain patients: The mediating role of mindfulness. *Personality and Individual Differences*, 190, 111551. <https://doi.org/10.1016/J.PAID.2022.111551>
- Witlox, M., Kraaij, V., Garnefski, N., Bohlmeijer, E., Smit, F., y Spinhoven, P. (2022). Cost-effectiveness and cost-utility of an Acceptance and Commitment Therapy intervention vs. a Cognitive Behavioral Therapy intervention for older adults with anxiety symptoms: A

randomized controlled trial. *PLoS ONE*, 17(1), 1–20.
<https://doi.org/10.1371/journal.pone.0262220>

Wong, S. Y., Zhang, D., Li, C. C., Yip, B. H., Chan, D. C., Ling, Y., Lo, C. S., Woo, D. M., Sun, Y., Ma, H., Mak, W. W., Gao, T., Lee, T. M., y Wing, Y. (2017). Comparing the Effects of Mindfulness-Based Cognitive Therapy and Sleep Psycho-Education with Exercise on Chronic Insomnia: A Randomised Controlled Trial. *Psychotherapy and Psychosomatics*, 86(4), 241–253. <https://doi.org/10.1159/000470847>

World Health Organization. (2019). *ICD-11: International classification of diseases (11th revision)*. <https://icd.who.int/>

Xu, Y., Wang, Y., Chen, J., He, Y., Zeng, Q., Huang, Y., Xu, X., Lu, J., Wang, Z., Sun, X., Chen, J., Yan, F., Li, T., Guo, W., Xu, G., Tian, H., Xu, X., Ma, Y., Wang, L., Zhang, M., Yan, Y., Wang, B., Xiao, S., Zhou, L., Li, L., Zhang, Y., Chen, H., Zhang, T., Yan, J., Ding, H., Yu, Y., Kou, C., Jia, F., Liu, J., Chen, Z., Zhang, N., Du, X., Du, X., Wu, Y., y Li, G. (2020). The comorbidity of mental and physical disorders with self-reported chronic back or neck pain: Results from the China Mental Health Survey. *Journal of Affective Disorders*, 260, 334–341. <https://doi.org/10.1016/j.jad.2019.08.089>

Yang, G., y D'Arcy, C. (2022). Physical activity and social support mediate the relationship between chronic diseases and positive mental health in a national sample of community-dwelling Canadians 65+: A structural equation analysis. *Journal of Affective Disorders*, 298, 142–150. <https://doi.org/10.1016/j.jad.2021.10.055>

Yong, R. J., Mullins, P. M., y Bhattacharyya, N. (2022). Prevalence of chronic pain among adults in the United States. *PAIN*, 163(2), e328–e332.

Yook, K., Lee, S. H., Ryu, M. M., Kim, K. H., Choi, T. K., Suh, S. Y., Kim, Y. W., Kim, B., Kim, M. Y., y Kim, M. J. (2008). Usefulness of mindfulness-based cognitive therapy for

treating insomnia in patients with anxiety disorders a pilot study. *Journal of Nervous and Mental Disease*, 196(6), 501–503. <https://doi.org/10.1097/NMD.0b013e31817762ac>

Zelaya, C. E., Dahlhamer, J. M., Lucas, J. W., y Connor, E. M. (2020). *Chronic Pain and High-impact Chronic Pain Among U.S. Adults, 2019 (n°390)*. National Center for Health Statistics (U.S). <https://stacks.cdc.gov/view/cdc/97308>

Zhang, D., Lee, E. K., Mak, E. C., Ho, C. Y., y Wong, S. Y. (2021). Mindfulness-based interventions: an overall review. *British Medical Bulletin*, 138(1), 41–57. <https://doi.org/10.1093/bmb/ldab005>

Zigmond, A. S., y Snaith, R. P. (1983). The hospital anxiety and depression scale. *Acta Psychiatrica Scandinavica*, 67(6), 361–370. <https://doi.org/10.1111/j.1600-0447.1983.tb09716.x>





ANEXOS





Anexo 1. Manual del Terapeuta.



Terapia Cognitiva basada en Mindfulness para el Trastorno de Dolor Crónico

Manual del Terapeuta



SESIÓN 1: ABANDONAR LOS HÁBITOS AUTOMÁTICOS DE DOLOR

Al comienzo de esta sesión, se debe alentar a los pacientes a tratar las próximas 8 semanas "como un experimento". El enfoque es el de no esforzarse, dejando de lado cualquier expectativa que tengan al ingresar en este programa, adoptando una actitud de curiosidad.

Asimismo, es necesario explicar la confidencialidad, la naturaleza de la terapia grupal, los roles y las responsabilidades. La idea es enfatizar que, con la práctica, este programa proporciona habilidades que los pacientes pueden utilizar para sentirse empoderados y mejorar la autoeficacia. Durante estas presentaciones y discusiones de inicio, es importante crear un sentido de cohesión y alianza grupal, equilibrando la dinámica del grupo para asegurar que todos tengan la oportunidad de compartir sus experiencias.

Con la finalidad de mejorar la adherencia, es esencial que se transmita claramente el mensaje de que el dolor del cliente es real, y proporcionar una justificación de por qué este enfoque será beneficioso para su dolor (Teoría de la Puerta). El Mindfulness debe introducirse de una manera práctica, concreta y libre de jerga, discutiendo el modo "piloto automático" y su conexión con la experiencia de dolor. En este sentido, se inician las meditaciones con el ejercicio de las pasas para ejemplificar el efecto de la atención sobre la experiencia de un acto cotidiano, posteriormente se introduce la meditación formal con el Escáner Corporal y se finaliza con el Espacio de Respiración de 3 minutos, que permite la generalización de la práctica.

Guion del Terapeuta

1. Bienvenida

Estamos encantados de que os estéis tomando tiempo para vosotros mismos y para ser parte de este grupo. Nuestra intención es hacer de esta sala un lugar seguro y de apoyo, donde podáis aprender herramientas nuevas para estar mejor. Quizás lo que os contemos suene extraño al principio y no veáis la conexión con el dolor, pero os invitamos a pensar en las próximas ocho sesiones como un experimento, no hay nada que perder, en el peor de los casos (en el que no hayamos aprendido nada), realmente estaremos igual que ahora. En este sentido, sí que os pedimos que confiéis y os comprometáis con la práctica, para ver qué os encontráis al final.

También recordar que, si en cualquier momento durante la sesión necesitáis moveros o reosicionaros, podéis cambiar de postura y utilizar toda la sala para poneros en una posición que alivie el dolor.

2. Normas del grupo

Antes de iniciar cualquier intervención, quiero que toméis conciencia de que a partir de ahora somos un grupo de trabajo donde, si bien es cierto que nosotros seremos los responsables últimos, también debemos participar todos. De modo que, vamos a intentar conocernos un poco: en orden simplemente vamos a indicar nuestro nombre y lo que esperamos del grupo (*observar expectativas y reajustar si aparecen expectativas muy elevadas sobre la curación completa del dolor*).

Ahora que nos conocemos un poco, nuestra primera tarea conjunta va a ser poner las normas para que un grupo funcione. ¿Qué normas pondríais en este grupo? (*favorecer el debate y la discusión. Al final de la discusión tienen que haberse hablado sobre no revelar nombres ni información que pueda identificar a los miembros y no comentar fuera del grupo nada de lo discutido en el interior del grupo*).

Este enfoque de trabajo en equipo es radicalmente diferente de otros enfoques que hayáis usado antes, como la medicación, donde erais un receptor pasivo. En este tratamiento, vosotros asumís un rol activo en vuestro bienestar y esto significa que vuestra participación es importante en cada una de las sesiones, y que el grupo es como un equipo, como una comunidad, y lo que dices dentro de él, es importante. Tomar un rol activo y hablar acerca de vuestra experiencia directa no solamente os empodera, sino que también puede inspirar aprendizajes y motivación para otros miembros del grupo.

Finalmente, la clave de este tratamiento es aprender a través de la práctica, para aprender, es necesario hacer (como en cualquier otra habilidad, necesitas practicar). Así que después de cada sesión os invitaremos a practicar en casa lo que habéis aprendido en el grupo. Cada semana discutiremos vuestras experiencias con las tareas para casa, compartiendo vuestra práctica, incluyendo éxitos y desafíos que hayáis encontrado. El tratamiento funciona mejor si participáis activamente, aunque siempre respetándoos a vosotros mismos y compartiendo la información que os sintáis cómodos, ni más ni menos.

3. Descripción general del tratamiento grupal

En las próximas 8 sesiones aprenderemos la relación entre el dolor crónico y nuestros pensamientos y estado de ánimo, observando cómo en ocasiones esta relación tiene dos direcciones. Asimismo, este programa os proporcionará un conjunto de habilidades de manejo que podréis llevar a cualquier sitio para hacer frente al dolor y lo que venga acarreado.

No importa cuál es vuestro estado actual, comenzaremos con cada uno en el punto en que se encuentra. El objetivo del programa es ganar libertad, pero no libertad del dolor en sí, sino del equipaje extra que acarreamos con el dolor, todas esas emociones y pensamientos nos acompañan y no hacen más que aumentar el sufrimiento. Hasta ahora habréis intentado quitaros de encima esos pensamientos, sin embargo, nuestra idea es alentaros a que no luchéis en contra de nada en particular a lo largo de este programa, y a usar estas sesiones como un experimento, estando curiosos acerca de lo que pueda suceder. Así que, os animamos a dejar fuera cualquier objetivo o expectativas que podáis tener, para simplemente practicar con nosotros y ver qué sucede.

4. Nuestro punto de partida

En esta sala hay X personas, y sospechamos que todos aquí sienten que el dolor crónico les ha robado una parte de su vida. Todos se han sentido preocupados y asustados por el dolor y han intentado muchas maneras deshacerse de él. Si ahora pasamos nuestro tiempo juntos centrándonos en estos sentimientos, esto hará que el dolor y el sufrimiento aumenten, ya que estaremos aumentando nuestra atención hacia lo que no podemos hacer o en lo que hemos perdido a causa del dolor. Debido a que ya habéis pasado mucho tiempo discutiendo acerca del dolor y los síntomas con otros profesionales de la salud, amigos, familia, etc., aquí tomaremos un enfoque completamente diferente y nos centraremos en aprender habilidades para mejorar nuestro estado.

Con esto en mente, durante nuestro tiempo juntos, no nos enfocaremos directamente en discutir vuestro dolor y cómo aliviarlo, sino que cuando prestemos atención al dolor, será para ayudaros a desarrollar una relación diferente con el mismo, para responder de manera diferente y aprender un enfoque que permita a vuestra mente y cuerpo no dejarse arrastrar por el dolor. Esto no quiere decir negar lo que está mal, o pretender que el dolor no existe,

ya que el dolor es real y está aquí, sino que aprenderemos estrategias que os ayuden cuando aparezca este dolor.

5. Introducir una nueva herramienta: Mindfulness

La herramienta principal que vamos a aprender en estas sesiones es el Mindfulness. Mindfulness significa atención plena, e implica aprender a prestar atención al momento presente sin juzgarlo y sin dejarse arrastrar por él. Si bien estas técnicas meditativas provienen del budismo, aquí no se van a abordar desde ninguna perspectiva religiosa. Este enfoque nace como respuesta al hecho de que a menudo no nos damos cuenta completamente de lo que estamos haciendo, sintiendo o pensando, y vamos como si fuéramos con el “piloto automático”. ¿No os ha pasado, que habéis estado todo el día haciendo cosas, haciendo un esfuerzo titánico, y de repente os habéis sentado y teníais un dolor insoportable?. Seguramente vuestro cuerpo ha mandado señales de que la actividad era más de lo podía soportar, pero estábamos en mil cosas y no nos hemos dado cuenta de las señales más débiles, así que ahora pagáis el sobreesfuerzo. Tener una atención más plena en el momento presente nos ayuda a identificar antes las señales que nos indican que debemos parar, o reajustarnos. Esta es sólo una de las maneras en las que la atención plena puede ayudaros, a lo largo de las 8 sesiones veremos más cosas.

6. ¿Por qué un grupo de psicología, si tengo un dolor real?: la Teoría de la Puerta

En este momento os estaréis preguntando ¿Qué tiene que ver todo esto de estar en el momento presente, con mi dolor?

Ejercicio opcional:

- *“Supongo que llevaréis muchos años con dolor, así que a estas alturas ya sabréis qué es lo que aumenta y alivia el dolor. Vamos a hacer una lluvia de ideas de las cosas o las situaciones que hace que aumente o disminuya el dolor. Tal vez os ha pasado a vosotros mismos que en un momento en que estáis absortos con vuestros seres queridos o pasando un momento especialmente bueno, el dolor se difumina, y se convierte en algo así como en un ruido de fondo.” Incitar a preguntarles por qué ocurre este fenómeno y enlazarlo con la explicación de la Teoría de la Puerta.*

Los primeros modelos para entender el dolor creían que el dolor sentido era directamente proporcional a la cantidad de daño tisular y había un camino unidireccional al cerebro, el cual era un receptor pasivo que nos avisaba de que había un área dañada a reparar. Sin embargo, esta teoría no daba respuesta algunos fenómenos, por ejemplo: al miembro fantasma. Si esta teoría hubiese sido verdad, ¿cómo podría explicar que duela una parte del cuerpo que ya no existe? Los avances en investigación muestran que el cerebro juega un papel activo en el procesamiento del dolor. La cantidad de dolor que sentimos tiene más que ver con lo que sucede en el cerebro que con lo que sucede en los nervios periféricos. El cerebro actúa como un filtrador de dolor, y la experiencia de dolor está influenciada por nuestros pensamientos, sentimientos y comportamientos. Es como el dial de volumen de un equipo de música: algunos pensamientos, sentimientos y acciones pueden hacer subir el volumen del dolor, y hacer que más señales nerviosas de dolor sean procesadas por el cerebro, mientras que otros pensamientos, emociones y acciones pueden descender el volumen del dolor y reducir la cantidad de señales procesadas por el cerebro, modulando y reduciendo la cantidad de dolor que se siente. Nuestros pensamientos son muy importantes, pero muchas veces nuestras mentes funcionan de modo automático y en general no somos ni siquiera conscientes de lo que nos estamos diciendo a nosotros mismos. Este modelo fue llamado originalmente Teoría del Control de la Puerta y actualmente se llama Modelo Neuromatrix.

Según vuestra experiencia ¿Qué cosas hacen abrir la puerta o subir el volumen del dolor y hacen que sintáis más dolor? *Remitir a lo que se haya apuntado en la pizarra con el ejercicio anterior, enfatizando la metáfora de subir el dial (actividades en las que aumenta mi dolor) y bajarlo (actividades que disminuyen tu dolor).*

En general reaccionamos al dolor automáticamente, con reacciones pre-programadas que forman parte del “piloto automático” y en este estado nuestros pensamientos están afectando nuestras emociones, cuerpo, acciones y dolor, a pesar de que no seamos siquiera consciente de ello.

¿Qué os viene a la mente cuando hablamos de “piloto automático”?

Generar un debate basado en las respuestas de los clientes.

Por ejemplo, cuando conducimos de vuelta a casa del trabajo, hacemos lo correcto y respetamos las reglas esenciales de manejo, pero rara vez al llegar recordamos algo del camino. Mientras manejamos nuestra mente divaga y va hacia los recuerdos, planes, imaginaciones, nos quedamos enganchados con emociones de acontecimientos que han sucedido ese día, y el proceso de lo que está sucediendo mientras tanto queda sepultado bajo pensamientos, sensaciones corporales y emociones que estamos repasando en nuestra cabeza; mientras tanto no estamos en el momento presente.

Cuando estamos en piloto automático:

- Nuestro cuerpo está realizando una acción mientras que la mente está a kilómetros de distancia.
- Nuestra atención se deja llevar por sensaciones físicas, emociones, pensamientos, recuerdos o planes.
- El momento actual se desvanece en el fondo y solo estamos vagamente conscientes de nuestros pensamientos, sentimientos y sensaciones asociados a lo que está sucediendo en este momento a nuestro alrededor. Debido a esto es más probable que reaccionemos por reflejo.

La buena noticia es que cada vez que traemos nuestra mente al momento presente, y nos volvemos conscientes de nuestros pensamientos, emociones, y sensaciones físicas, nos damos la posibilidad de responder con mayor libertad y elección. En vez de responder de manera refleja, con maneras pre-establecidas de pensar y actuar, lo hacemos dándonos cuenta de que tenemos la opción de responder de una nueva manera.

Vamos a observar esto en un ejercicio cotidiano: el comer. Para ello vamos a utilizar unas pasas. No importa si os gustan o no las pasas, no vamos a juzgar si nos gustan o no, sólo vamos a observar y yo os guiaré.

Meditación de la pasa

Preguntas:

- ¿Qué habéis notado durante el ejercicio?
- ¿En qué se diferencia esta experiencia a la forma en que normalmente comeríais?
- ¿Cómo creéis que este ejercicio se relaciona con el hecho de vivir con dolor crónico?

Cuando bajamos el ritmo y prestamos atención a lo que hacemos todos los días (saber lo que hacemos mientras lo hacemos), empezamos a ver cómo a menudo no estamos prestando atención y estamos simplemente moviéndonos de manera automática. Cuando comemos normalmente estamos en modo automático y ni siquiera saboreamos lo que comemos. Este ejercicio muestra cómo cada cosa que hacemos, incluso comer, se puede convertir en una oportunidad de practicar el mindfulness. Como veis no hay nada de místico en esto, simplemente se trata de un cambio cualitativo que nos permita una observación abierta y atención a lo que pensamos, sentimos y hacemos en cada momento.

Las personas con dolor crónico, a menudo refieren que es difícil prestar atención a otra cosa que no sea el dolor, y que una vez que el dolor capta su atención, es difícil dirigirla en otra dirección. Este ejercicio es una manera de mostrar cómo la atención puede ser dirigida deliberadamente a algo muy específico. A medida que aprendemos a prestar atención en este sentido, y que nos volvemos más habilidosos en hacerlo, la relación con el dolor puede cambiar. Fijaos como en cada cosa que os alivia el dolor, estáis dirigiendo la atención hacia otras cosas (poner ejemplos de la pizarra, como estar con amigos, ...).

7. Escáner corporal.

Ahora vamos a hacer otra meditación para tomar conciencia del cuerpo. Esta meditación la tendréis que hacer todos los días hasta que acaben las sesiones. El propósito de esta meditación es entrenar la mente para llevar la atención de manera detallada a cada parte del cuerpo por vez. No hay una manera correcta o incorrecta de realizar esta práctica, cualquiera que sea vuestra experiencia, está bien.

Os podéis encontrar con que vuestra mente divaga, y eso no es un problema. Si notáis que vuestra mente está divagando o ha divagado, esa consciencia ES mindfulness. Nos hemos dado cuenta que estamos pensando, etiquetamos esta actividad como “pensar”, y luego amablemente volvemos la atención hacia la parte del cuerpo que estemos explorando. Un punto clave es el de ser amable con vosotros mismos cuando descubráis que vuestra mente está divagando. En vez de decir “¡la he fastidiado, soy un mal meditador!” usa interiormente un tono de voz gentil para decir “estoy pensando” y vuelve hacia la actividad, una y otra vez, gentilmente, con paciencia, y amablemente entrenando la atención para estar en el momento presente.

Si en algún momento notáis que os estáis quedando dormidos, puede ayudar el abrir los ojos en una parte o en toda la práctica. Si necesitáis reajustar la postura para estar más cómodo, también está bien.

Meditación Escáner Corporal

Preguntas:

- ¿Qué habéis notado con esta experiencia?
- ¿Qué diferencias hay entre este ejercicio y la forma habitual de sentir vuestro cuerpo?
- ¿Cómo crees que se relaciona el escáner corporal con el hecho de vivir con dolor crónico?

Ser más consciente de todo el cuerpo, y no solo de aquellas áreas dolorosas, ayudará a aprender a notar aquellas partes donde estamos acumulando más tensión y a relacionarnos y gestionar el dolor físico y emocional. Si una emoción fuerte surge o vuestra mente sigue atrapada en un patrón de pensamiento en particular, experimentad preguntándoos ¿Cómo siento esto en mi cuerpo? Esto os dará un punto de observación diferente de vuestra experiencia que permite no continuar alimentando esa emoción o pensamiento. Al principio será difícil enfocar en otra parte del cuerpo que no sea la que está con dolor. Si esto sucede, está bien. En vez de luchar contra esto, es mejor llevar la atención intencionalmente hacia la incomodidad, respirar con esa sensación, y luego, cuando lo sintáis adecuado, dirigir gentilmente la atención hacia el foco de la meditación, hacia la parte del cuerpo en que estemos.

8. Meditación para el mundo real: El espacio de respiración de 3 minutos

El fin último de este programa no es llegar a ser grandes meditadores, sino ayudarnos a entrenar la mente a estar abiertamente atenta, sin juicio, aceptando y consciente durante los momentos reales de nuestra vida (no sólo cuando tenemos las condiciones óptimas para practicar la meditación). El espacio de respiración de 3 minutos os permitirá llevar las habilidades de mindfulness que estéis aprendiendo a la situación en la que os encontréis. Este ejercicio tiene tres pasos básicos:

1. Consciencia. Siéntate cómodo, cierra tus ojos y lleva la atención hacia lo que está pasando en este momento, preguntándote qué pensamientos rondan ahora, qué

emociones, qué sensaciones. Simplemente reconociendo tu experiencia en este momento, ya sea placentera, displacentera, o neutral.

2. Anclaje. Habiendo reconocido tu experiencia, enfocado y agudizado tu atención, ahora concéntrate en tu respiración. Consciente de tu inhalación y exhalación, sin controlar tu respiración, simplemente sintoniza con la sensación de respirar. Usando tu respiración como un ancla al momento presente, para reconectar con tu consciencia y sentido de quietud y amplitud.
3. Apertura. Habiendo vuelto y anclado al momento presente a través de la respiración, ahora permite a tu atención expandirse para incluir, no sólo la respiración, sino el cuerpo como un todo.

Este ejercicio permite ventilar situaciones, te permite salirte del piloto automático y te devuelve a la consciencia del momento presente. Si has notado que tu mente divaga, eso no es un problema, eso es lo que la mente hace. Tantas veces como lo notes, simplemente obsérvalo, identifícalo como un pensamiento y, sin juicio, redirige tu atención de vuelta a la respiración.

Espacio de respiración de 3 minutos

Preguntas:

- ¿Qué has notado en esta breve práctica?
- ¿Cómo difiere de la manera en que normalmente pasamos 3 minutos?
- ¿Cómo crees que se relaciona esta práctica con el hecho de vivir con dolor crónico?

9. Práctica diaria en casa

Como el aprendizaje de cualquier habilidad, aprender y dominar las técnicas de manejo del dolor de este programa, requiere de práctica diaria.

¿Qué obstáculos o desafíos prevés en este plan de prácticas en casa? (generar discusión).
¿Cómo podrías superar estos posibles obstáculos?

Al principio puede que te parezca “imposible” encajar esta práctica en tu agenda habitual. Nosotros recomendamos practicar de manera consistente en el mismo lugar y a la misma hora cada día, para facilitar que se convierta en hábito. Así que explora qué horario es mejor para ti y mantente en él. Puede que haya dificultades, y trabajaremos juntos en ellas y

hablaremos sobre lo que has aprendido en la próxima reunión. Encontraréis también en vuestro cuaderno la descripción de otra paciente que hizo el programa y describe haber pasado por muchos desafíos que también podéis encontrar vosotros. Pero con el tiempo su experiencia cambió, como suele suceder en la gran mayoría de casos. Así que os pedimos compromiso y paciencia. Puede que no parezca relevante con vuestra situación de dolor ahora mismo, pero continúa y fíjate qué es lo que encuentras.

Al final de la sesión:

- Repartir manual del paciente.
- Recordar al paciente las tareas para casa:
 1. realizar el Escáner Corporal una vez al día.
 2. fijarse 3 Espacios de Respiración de 3 minutos al día y llevarlo a cabo.
 3. practicar en traer tu atención al momento presente en las actividades cotidianas, recordando la experiencia del ejercicio de la pasa.

El Escáner Corporal puede proporcionarse en audio o por escrito según la disponibilidad.

RECOMENDACIONES PARA EL TERAPEUTA

1. Teoría de la puerta

Esta teoría describe cómo el cerebro recibe activamente mensajes desde la lesión tisular y cómo se envía señales descendientes hacia la espina dorsal, lo cual puede aumentar o disminuir la transmisión del dolor. Permite formarse una explicación racional de por qué un tratamiento psicológico es efectivo para el dolor real, y permite al terapeuta conceptualizar el dolor del paciente como real y no como algo que “está en su cabeza”.

Durante la discusión sobre este tema es una buena oportunidad para aclarar expectativas y objetivos que puedan ser inconsistentes con la naturaleza del tratamiento, como por ejemplo, curar el dolor. Una buena manera de introducir la teoría de la puerta es invitando a los pacientes a interactuar y describir lo que para ellos “abre” o “cierra” esas puertas según su experiencia, tomando nota de dar ejemplos de pensamientos, emociones y comportamientos. Normalmente los pacientes no tienen problema en identificar cosas que hagan su dolor peor o mejor. Esta discusión posiciona al paciente en el lugar de experto, reforzando la idea que ellos mismos son los expertos sobre su dolor, y que estamos aquí para trabajar juntos y proveer una herramienta

que puedan usar para manejar mejor el dolor. Una vez que hayan aportado ideas, es muy útil preguntar al paciente por qué cree que su dolor disminuye cuando, por ejemplo, está con amigos. Para todos los pacientes es muy obvio que las actividades que impliquen distracción mejoran transitoriamente su dolor, pero nunca se han preguntado por qué. Este momento de reflexión abre un espacio para explicar la Teoría de la Puerta.

2. Piloto automático

Esta idea ilustra cómo, a menudo, tenemos pensamientos y sentimientos, o actuamos en modos particulares que pueden “abrir la puerta” e incrementar el dolor sin que siquiera nos demos cuenta de ello. El concepto de mindfulness se introduce de manera práctica como una manera de entrenar la mente a salirse de este piloto automático a través de traer una cualidad de atención sin juicio y atención a lo que estás haciendo, sintiendo y pensando en cada momento. Nuevamente, es importante hacer esta discusión interactiva, pidiendo a los pacientes que digan ejemplos de momentos en que hayan estado en piloto automático y cómo lo conectan con su dolor.

3. Ejercicios de Mindfulness

El ejercicio de la pasa es una primera prueba de mindfulness para los pacientes e ilustra que no hay nada místico en estas prácticas, se trata simplemente de emplear todos nuestros sentidos y traer atención a la experiencia presente. Este ejercicio es mejor hacerlo sin demasiada introducción, de hecho, cuando menos se diga, mejor. La idea es que sea un ejercicio experiencial, no un ejercicio didáctico. Muchos pacientes refieren que a través de la experiencia directa de comer la pasa (y no por lo que haya dicho el terapeuta) su experiencia cambia y pueden relacionarlo con el dolor, generalizando la práctica de mindfulness a otras tareas diarias como comer, ducharse, lavar los platos, etc. Se provee de un guion, pero siéntete libre de realizar el ejercicio como mejor lo consideres.

El escáner corporal es la primera meditación formal enseñada y se lleva a cabo en la primera, segunda y última sesión. Como en el resto de las meditaciones del programa, el objetivo del escáner corporal no es necesariamente sentirse relajado, calmado o de una manera en particular, sino traer un sentido de curiosidad abierta a cada parte del cuerpo, entrenando a la mente a atender de manera no juiciosa al presente, momento a momento.

Se enseña en primer lugar el Escáner Corporal porque el cuerpo es algo tangible y es fácil orientar la atención hacia el mismo, siempre está con nosotros y nos sirve para chequear

las emociones y pensamientos; y porque ayuda a los pacientes a reconectar con el cuerpo en el presente. Este ejercicio deberán practicarlo diariamente.

Los pacientes deben de realizar el Escáner Corporal todos los días, con ayuda del guion o del audio. Con respecto al audio, los autores del presente manual se plantearon la posibilidad de realizar una grabación con el Escáner Corporal, pero se consideró que existían muchas versiones del Escáner Corporal en plataformas virtuales abiertas, de fácil acceso. En la experiencia de los autores, cualquier grabación que cumpla con el recorrido básico que se puede ver en el guion es suficiente. No importa tanto tener un audio concreto, como que se repase todo el cuerpo y no se juzguen las sensaciones. Sin embargo, es importante que, si se utiliza una grabación, el paciente siempre utilice la misma y se le proporcione el acceso a una grabación supervisada por el terapeuta (para evitar que el paciente puede seleccionar alguna que no cumpla con los requisitos). Los autores del presente manual recomiendan el formato de audio dado que es notablemente más fácil la adherencia.

El último ejercicio enseñado es el Espacio de Respiración de 3 minutos, desarrollado por Segal, Williams y Teasdale (2013) como una práctica meditativa dentro de la terapia cognitiva, altamente estructurada y que se practica repetidamente. No es necesario que dure tres minutos, si bien es esencial que se sigan los 3 pasos, sin importar el tiempo empleado.

Introducirla en la primera sesión permite construir un sentido de auto-eficacia en el paciente y enseña que la esencia del manejo del dolor es traer el mindfulness al día a día, y no convertirse en un buen meditador.

Es muy importante analizar la actitud con la que uno observa lo que sucede en la meditación, ya que es posible que algunos pacientes utilicen la técnica como otra forma más de atacarse a sí mismos: regañándose al observarse divagar mentalmente, juzgando sus propios pensamientos o sentimientos con dureza y criticismo, rumiando (bajo la pretensión de estar observándose) o incluso usando la meditación como forma de supresión (usar la respiración para evitar sentir el momento presente). En vez de decirse a sí mismo “No me gusta esta tristeza, voy a respirar para distraerme de ella” utilizar el “voy a respirar CON esta emoción, abrirme a ella, darle espacio”, lo cual implica una aproximación radicalmente diferente, la de abrirse a la dificultad y observarla con aceptación y amabilidad hacia uno mismo. En definitiva: **consciencia SIN la actitud de no-juicio, aceptación y amabilidad hacia uno mismo NO ES mindfulness**. El ingrediente esencial del mindfulness es la autocompasión.

Luego de guiar cada meditación es importante mantener la discusión sucesiva circunscrita al ejercicio que se acaba de finalizar (en vez de experiencias de los pacientes con meditaciones pasadas, etc.). Esto modela la atención al momento presente. Es importante vincular explícitamente la práctica con el dolor crónico y discutir cómo se relaciona con el afrontamiento del mismo. La manera en que conduces las preguntas es central, ya que como terapeuta debes incorporar y modelar un sentido de curiosidad, apertura, y atención sin juicio en el feedback a los pacientes. Tu trabajo no es arreglar ni solucionar problemas, sino facilitar una exploración más profunda. Cualquier dificultad, obstáculo o desafío que suceda durante la práctica, debe ser discutido, como manera de incrementar la motivación por participar y el enganche, así como una manera de mostrar el modelo mindfulness. Por ejemplo, una dificultad típica es la de divagar mentalmente. Aquí, es importante responder reforzando el hecho que notar que la mente está divagando, ya es mindfulness en sí mismo y ES la práctica. Incluso si somos capaces de notarlo una vez en toda la meditación, cuando el audio ha terminado. Es como entrenar a un cachorro: requiere amabilidad, paciencia y práctica, y gradualmente el cachorro aprende a seguir las instrucciones flexiblemente.



SESIÓN 2: ENFRENTAR LOS DESAFÍOS

Comenzamos la sesión volviendo al Escáner Corporal y seguimos con la revisión de las tareas formales e informales para casa. Es necesario que los pacientes aporten dificultades que hayan tenido durante la semana (la distracción que supone el dolor, falta de tiempo, ...) y resulta fundamental que el propio terapeuta modele una actitud de no juicio y curiosidad abierta hacia estas experiencias.

Otro foco de esta sesión es continuar resaltando la atención del paciente en la conexión entre sus pensamientos, dolor y funcionamiento a través de ejercicios de terapia cognitivo-conductual. La segunda mitad de la sesión incluye un ejercicio breve de pensamientos y emociones que ilustra cómo típicamente vemos nuestros pensamientos como la verdad y cómo nuestro juicio de las situaciones tiñe nuestra percepción acerca de las mismas. Para ampliar la consciencia acerca de la conexión entre nuestro juicio de la experiencia y cómo sentimos, se introduce el diario de experiencias placenteras, como tarea para casa. Esto permite también sintonizar a los pacientes en notar las cosas buenas que están presentes en su día a día, incluso si son cosas pequeñas. La sesión finaliza con una meditación de 10 minutos enfocada en la respiración.

Guión del Terapeuta

Bienvenidos. Os agradecemos que estéis dispuestos a experimentar con este proceso y ver qué sucede con estas sesiones grupales y con la práctica diaria.

1. Tema Central

Hoy meditaremos juntos y exploraremos la conexión entre nuestros pensamientos, emociones y dolor. También hablaremos sobre las tareas para casa que hemos dado para la semana. Vamos a comenzar con un Escáner Corporal.

Meditación de Escáner Corporal

Preguntas:

- ¿Qué habéis notado con esta experiencia?
- ¿Qué diferencias hay entre este ejercicio y la forma habitual de sentir vuestro cuerpo?

- ¿Cómo crees que se relaciona el escáner corporal con el hecho de vivir con dolor crónico?

Preguntar acerca de la experiencia con las tareas de casa: Escáner Corporal, Espacio de Respiración de 3-minutos, actividad rutinaria y mindfulness en las actividades diarias. Revisar apunte de prácticas.

- Ahora vamos a hablar de la práctica en casa: ¿Cómo ha sido esto para ti?
- ¿Qué diferencias hay entre el espacio de respiración de 3 minutos y el estar sentado más tiempo?
- ¿Qué desafíos has experimentado? ¿Cómo podrías resolverlos?

Para anclarnos nuevamente en el presente, vamos a practicar el Espacio de Respiración de 3 Minutos.

**Meditación de 3 minutos*.*

Preguntas:

- ¿Qué has notado en esta práctica?
- ¿Cómo se diferencia de cómo pasamos 3 minutos habitualmente?
- ¿Cómo se relaciona con el hecho de vivir con dolor crónico?

2. Explorando la conexión entre pensamientos y sentimientos

Vamos a experimentar ahora con un ejercicio diferente. Quédate sentado en una posición cómoda, cierra los ojos e imagina el siguiente escenario:

Recibes una invitación para asistir a una fiesta que se llevará a cabo el próximo jueves por la noche en un restaurante de la zona. A medida que lo imaginas, hazte consciente de qué es lo que ocurre en tu mente, incluyendo pensamientos, sentimientos y sensaciones corporales que te vengan.

Ahora abre los ojos, y cuando estés listo, describe al grupo las sensaciones y sentimientos que has experimentado y cualquier pensamiento o imagen que te haya pasado por la mente (*escribir en la pizarra, distinguir si es pensamiento, sentimiento o sensación corporal*).

Pese a que la situación es la misma, podemos ver que cada uno le da un significado a la situación, en cierto sentido la juzga como buena o mala y partir de sus experiencias previas, y en función de si hemos decidido que será buena o mala para nosotros, se desencadenan emociones, pensamientos y cambios corporales. Si veo la invitación como una oportunidad para salir de casa, es posible que me sienta esperanzado y más alegre; mientras que si anticipo que será un momento en el que tenga que aguantar el dolor, entonces es posible que me sienta ansioso e irritable prácticamente toda la semana, hasta que llegue ese día. Y por supuesto, ese día, tampoco es posible que pueda estar bien.

Lo interesante es que creemos en nuestros pensamientos como la verdad, una verdad que sólo tiene una versión. Viendo estas interpretaciones diferentes de un mismo evento, podemos concluir que ninguna de ellas puede ser absolutamente cierta. Al darnos cuenta de las diferentes versiones e interpretaciones, podemos ver fácilmente que nuestra reacción ante una situación y cómo juzgamos los eventos (y las emociones que eso provoca) reflejan lo que depositamos en esas situaciones. ¿Qué efecto crees que cada una de estas formas de pensar puede tener en la experiencia de dolor? *Discutir.*

Es importante destacar que el cuerpo no nota la diferencia entre un pensamiento y la realidad externa, por lo tanto, reacciona a los pensamientos como si fueran cosas que realmente están sucediendo. Cuando percibimos algo como una amenaza, nuestro cuerpo se pone en marcha como si estuviéramos a punto de pelearnos con un león. Como muestra esta experiencia, nuestras emociones y sensaciones corporales habitualmente están determinadas fuertemente por nuestras interpretaciones a los eventos y los pensamientos que circundan a esta interpretación. La situación en este ejercicio no era inherentemente buena o mala, era neutral, pero su interpretación modela poderosamente lo que sucede a continuación. Lo que estamos aprendiendo es a hacernos más conscientes de cómo intervienen estas reacciones automáticas, juicios y pensamientos.

3. El termómetro Estrés-Dolor: Los pensamientos “disparadores” elevan la temperatura

El ejercicio que acabamos de hacer demuestra que nuestras emociones, e incluso nuestra sensación de bienestar físico, son consecuencias de una situación más una interpretación, reacción o juicio. Cómo juzgamos y reaccionamos es más importante que la situación en sí. Pero muchas veces nuestros pensamientos suceden de manera sumergida, y no somos

conscientes de lo que nos estamos diciendo a nosotros mismos o cuándo nuestros niveles de estrés y tensión se están disparando. ¿Cómo impacta esto al dolor? Gran parte de cómo nuestros pensamientos influyen al dolor es a través de iniciar y mantener un estado prolongado de estrés que “abre” las puertas del dolor. Es necesario matizar que el estrés puntual no es malo en sí mismo, pero su prolongación en el tiempo sí.

Cualquier cosa que dispare estas reacciones y la respuesta de estrés es un “estresor” y muchas veces podemos no ser conscientes que estamos teniendo estas reacciones y que el termómetro del estrés-dolor se está elevando. Asimismo, el dolor crónico en sí puede ser un poderoso estresor.

Las investigaciones muestran que gran parte del tiempo reaccionamos a las situaciones o emociones estresantes, etiquetándolas como una amenaza, pérdida o desafío. Una vez que las hemos etiquetado así, el juicio de “bueno” o “malo” dispara a la mente hacia ciertos pensamientos y emociones. Volvemos más conscientes de la manera en que clasificamos mentalmente las situaciones como “placenteras” o “estresantes” requiere práctica.

a. Introduciendo el modelo ABC

En ocasiones nos encontramos en una situación (A) por ejemplo en el tráfico, cuando tenemos que ir al otro lado de la ciudad para una cita, y de repente nos damos cuenta que nos sentimos de cierta manera (C) por ejemplo con ansiedad de llegar tarde, o enfadados con otros conductores, tensos muscularmente, o con más dolor. En general somos más conscientes del sentimiento, y pocas veces notamos la situación que conecta la situación con el sentimiento (B) por ejemplo “ahora el doctor no va a poder verme si llego tarde y tendré que esperar otros dos meses para la próxima cita”. *Escribir en la pizarra el ejemplo.*

A esto se le llama el modelo ABC. En general nos encontramos en una situación, un evento activante o antecedentes (A) y terminamos con un sentimiento o consecuencia (C), siendo poco conscientes del rol de los pensamientos y creencias intermedias (B). Existen pensamientos neutros que no implican ninguna subida en el termómetro del estrés-dolor (ej: ¿qué hay para la cena?), y hay otros pensamientos disparadores que sí aumentan el termómetro del estrés-dolor. Cuando estamos estresados y con dolor tendemos a tener más de estos pensamientos disparadores, lo cual continúa alimentando el ciclo estrés-dolor.

Los pensamientos disparadores automáticos tienen un efecto muy poderoso sobre el dolor crónico, llevando la atención al dolor hasta el punto en que se hace difícil pensar en cualquier otra cosa que no sea el dolor. Esto puede hacerte sentir desesperanzado y agobiado, lo cual lleva a más pensamientos disparadores del tipo “el dolor está arruinando mi vida” o “esto es insoportable”. Notar estos pensamientos disparadores y juicios es importante, pero no es lo que hacemos normalmente, sino que suceden de manera automática, por debajo de la consciencia. Detectar y responder a los pensamientos disparadores y juicios, es más fácil si los identificamos en las etapas más tempranas de su desarrollo. Al aprender a ser conscientes de este tipo de pensamientos, nos volvemos más habilidosos en no dejarnos llevar por la corriente de nuestras emociones.

Dada la dificultad de detectar estos pensamientos, en las sesiones siguientes iremos dando algunos ejercicios para entrenarnos en esto.

4. Mindfulness de experiencias placenteras

Normalmente las situaciones que vemos como desagradables acarrear un torrente de pensamientos y emociones que llegan a desbordarnos. Por ello, no es lo mejor empezar a trabajar con ellos. Para aprender a hacerlo lo mejor es iniciarse en situaciones agradables para empezar a captar la dinámica. Por este motivo, esta división del ABC vamos a hacerla con situaciones que generan emociones positivas. Esto no sólo nos servirá para entrenarnos en el ABC, sino también para empezar a rescatar pequeñas cosas buenas que puedan suceder durante el día. Normalmente el dolor lo inunda todo y muchas veces no podemos ser conscientes de lo que sucede fuera de él. Traer la consciencia hacia lo placentero, en ocasiones, puede ser suficiente para romper el ciclo estrés-dolor.

Como parte de esta práctica, esta semana te invitamos a que intencionalmente traigas a la consciencia, al menos, una cosa al día que sea placentera. En tu manual de esta semana se incluye un Diario de Experiencias Placenteras, que tiene espacios para que cada día escribas cualquier experiencia placentera que hayas vivido (tan pronto en el tiempo como te sea posible) y los pensamientos, emociones y sensaciones corporales que acompañan a la situación. Si te es difícil distinguir entre emociones y pensamientos, un truco está en que las emociones normalmente pueden describirse con una palabra, mientras que para los pensamientos se requieren más. Explora y describe las emociones y sentimientos a través de

las reacciones en el cuerpo con el mayor detalle posible. Esto ayuda a examinar detenidamente cómo te relacionas con las experiencias placenteras.

Al final de la sesión:

- Repartir manual del paciente.
- Recordar al paciente las tareas para casa:
 - a. realizar el Escáner Corporal una vez al día.
 - b. fijarse 3 Espacios de Respiración de 3 minutos al día y llevarlo a cabo.
 - c. practicar en traer tu atención al momento presente en las actividades cotidianas, recordando la experiencia del ejercicio de la pasa.
 - d. Apuntar una vez al día alguna experiencia placentera y completar las preguntas correspondientes.

RECOMENDACIONES PARA EL TERAPEUTA

1. Discusión sobre las experiencias practicando mindfulness

En la realización de las prácticas, suelen encontrarse algunas dificultades recurrentes entre los participantes y aunque nuestra respuesta debe ser fundamentalmente guiar a los pacientes sin juicio a explorar sus experiencias (opuesto a ponernos a resolver problemas), a modo práctico, aquí están algunos ejemplos de cómo responder a estas dificultades.

a. *“El dolor me distraía”*

Cuando comenzamos a hacer mindfulness, muchas veces nos volvemos más conscientes de sensaciones corporales (como picazón, pellizcos, tensión) de las que no éramos conscientes antes. En este caso podemos proceder de la misma manera que hemos hecho cuando nos dábamos cuenta que nuestra mente comenzaba a divagar: reconocer la sensación, DESCRIBIR lo que está llamando tu atención (“aquí hay tensión, e irritación”) y devolver con amabilidad tu atención de nuevo al Escáner Corporal. Si lo deseas, también puedes hacer un cambio de postura consciente que te haga estar más comfortable: por lo tanto, ser consciente de tu necesidad de cambiar de postura, consciente de tu intención de hacerlo de una manera determinada, y finalmente consciente de hacer cualquier ajuste que necesites para ser amable contigo mismo, y luego retomar el Escáner Corporal.

Asimismo, no evites pasar por el área problemática en el Escáner, pasa por esa área igual que por el resto del cuerpo y fíjate en las sensaciones que están presentes, respirando con ellas.

Algunos pacientes pueden referir que el dolor es tan intenso que no les es posible enfocarse en ninguna otra cosa.

Respuesta del terapeuta: En momentos de picos altos de dolor, la práctica es dejar ir la resistencia al mismo: deja el Escáner Corporal (quítate el audio si lo estabas utilizando) y en vez de pensar acerca del dolor, dirígete directamente hacia él con una disposición de abierta consciencia y curiosidad: ¿es caliente, frío? ¿Quema, late? ¿es filoso, seco? ¿Qué hay por debajo y más allá de la etiqueta de dolor? DESCRÍBELO, a la par que inspira y exhalas en el dolor. Imagina o siente la respiración ir hacia dentro y fuera del dolor, ventilando.

b. “¿Por qué debería ser consciente del dolor?”

Esta es una pregunta muy lógica, parece que la respuesta más natural ante del dolor es evitarlo, así que muchas personas se preguntarán “¿Por qué estoy haciendo esto? No deseo observar mi dolor, sólo quiero que se vaya”.

Respuesta del terapeuta: La distracción y el rechazo del dolor pueden funcionar durante un breve período, pero no funcionará durante largo tiempo (se pueden utilizar ejemplos del paciente, en los que haya utilizado la técnica, pero al final vuelve el dolor). El dolor crónico suele ser una experiencia continua, y a veces su intensidad impide que podamos quitarlo de la cabeza. En estas ocasiones es de ayuda disponer de otra aproximación que puedas usar aparte de la medicación. Esto te enfocará en la dirección de aprender cómo vivir con el dolor, y no solamente como soportarlo. A veces se trata de balancear entre ir hacia el dolor y sentirte completamente abrumado por él. Aquí es donde el componente de amabilidad del mindfulness se vuelve tan importante.

c. No entiendo la utilidad de esto

La idea de dejar ir las expectativas y objetivos, y de no esforzarse por encontrar una “solución” al dolor, puede parecer un concepto extraño para los pacientes.

Respuesta del terapeuta: Como seguramente hayas experimentado en algún momento del pasado, los intentos de arreglar, cambiar o escapar del dolor, *llevan mucha energía y esfuerzo*. Vamos a hacer el siguiente ejercicio para visualizar cómo funciona este enfoque. Vamos a coger un papel en blanco y vamos a escribir la palabra “dolor”. Bien, ahora este es vuestro

dolor. Vamos a tomar vuestro dolor con las dos manos y vamos a acercarlo mucho a los ojos. Sostenerlo ahí hasta que yo diga. En esta posición, ¿podéis ver algo más que el dolor? (comentar las respuestas). Cuando el dolor lo tengo tan pegado a mí, que es casi como si fuera yo, lo más probable es que no pueda ver nada más... no hay espacio para nada más. Ahora vamos a hacerlo al contrario, intentar separar el dolor todo lo que podamos, pero seguir aguantándolo con las dos manos frente a vosotros. Esta posición es más habitual, queremos alejar el dolor todo lo lejos que podamos. Aguantad así hasta que yo lo diga (dejar pasar unos minutos, hasta que se vea a alguien cansado). ¿Cómo estáis? ¿Cansados? ¿Creéis que si aguantáis así mucho tiempo os dolería algo más que vuestra lesión? (comentar las respuestas). Esta postura es la que mantenéis a diario y estáis agotados, además de que es insostenible a largo plazo. En esta postura, ¿podríais coger algo más? Estos esfuerzos, en el contexto del dolor crónico, no añaden ningún resultado a largo plazo y sólo cargan más dolor en la forma de pensamientos, emociones y comportamientos inútiles. De hecho, en dicho esfuerzo lo que perdemos es lo que está sucediendo en este momento, el momento presente. Ahora vamos a dejar vuestro dolor sobre las piernas, ¿os habéis deshecho del dolor? ¿el dolor está? Y ahora, ¿podéis coger algo más? (comentar las respuestas). Esta última postura es a la que queremos llegar: el dolor está, pero no lo es todo y hay espacio para coger más cosas. A esta situación es difícil llegar solos, por eso os pedimos un acto de confianza y el compromiso de practicar, para ver qué pasa.

d. Surgen emociones intensas durante la meditación

Cuando nos detenemos, meditamos y nos abrimos a la experiencia, podemos sentir que se “abren las compuertas” y que las emociones suprimidas y fuertes sentimientos comienzan a salir a la superficie.

Respuesta del terapeuta: Cuando sentimos una emoción fuerte (sobre todo si es desagradable) nuestra tendencia automática es intentar hacer algo para solucionarlo o cambiarlo de alguna manera, reaccionamos a ella. Lo que te invitamos a hacer en la meditación es responder de otra forma: en vez de “luchar” contra una emoción fuerte, empujarla hacia afuera o querer que sea diferente, te invitamos a trabajar “con” ella, a través de sostenerla en la conciencia sin tener que actuar en ella. Podemos decirnos “Oh, aquí está el enfado” en vez de añadir a este enfado “estoy harto de este dolor y lo que me ha hecho”; o “Aquí está el miedo” en vez de añadir “Estoy aterrorizado de que si me caigo seré un inválido”, o “Aquí está mi vulnerabilidad” en vez de cerrarnos a la idea “Soy débil e inútil”. Nuestra tarea permanece igual: notar lo que

surge y etiquetarlo con amabilidad y gentileza, lo mejor que puedas, para guiar a tu consciencia nuevamente al objeto de tu meditación.

f. La emoción es DEMASIADO intensa, no puedo hacer lo anterior

Si la emoción era tan abrumadora que los pacientes sienten que no podían implementar la técnica anterior con efectividad, la sugerencia es que el cliente lleve su atención gentilmente hacia la emoción, respirando con ella, ventilándola.

Respuesta del terapeuta: Si te sientes muy abrumado por la emoción y te encuentras “preso” por ella, de manera tal que no puedes volver al Escáner Corporal, en vez de resistirte a la experiencia, métete en ella y respira con esto. Respirando hacia dentro de la emoción con la inhalación y saliéndote de ella con la exhalación. Si en algún momento se siente demasiado intenso, devuelve tu atención en la respiración, a medida que el aire entra y sale del cuerpo, anclando tu consciencia firmemente en la respiración. Cuando te encuentres lo suficientemente serenado, vuelve al Escáner Corporal.

g. No tengo un lugar ideal para practicar

Las distracciones inesperadas y las circunstancias “imperfectas” son una gran oportunidad para ver qué hacemos cuando las cosas no salen como las planeamos. En estas condiciones, puedes experimentar en traer un sentido de abierta curiosidad a lo que sucederá después. Es un buen momento para practicar mindfulness, ya que las distracciones también son parte de nuestra experiencia diaria.

h. Falta de tiempo

Este es un problema que siempre va a aparecer, inherente a la naturaleza humana el tener dificultades cambiando hábitos. Introducir la práctica de mindfulness en nuestra rutina representa un cambio importante en la manera en que normalmente pasamos nuestros días, e inevitablemente los pacientes indicarán que no han realizado la práctica de meditación. En este caso ayudará responder con cariño, pero de manera firme, ya que el aprendizaje a través de la práctica es el núcleo de este programa. Sé firme pero sin juzgar, anima a los pacientes que tienen dificultades a exponer las dificultades y normalizarlas.

Respuesta del terapeuta: Hemos encontrado que lo que realmente ayuda es encontrar un tiempo fijo cada día para tu práctica de meditación. Al hacerlo cada día a la misma hora, la práctica de

meditación se convierte en un hábito, en uno saludable (explora con los pacientes cuándo podría ser un buen momento del día para hacerlo).

Si aun así os cuesta, intentar hacerlo en un lugar en el que ya estéis, por ejemplo, si me cuesta levantarme del sofá para hacerlo, hazlo en el sofá, o en la cama, o donde estés. No hay nada de especial en hacerlo en un lugar o en otro. El aspecto central de este programa es que conseguirás tanto cuanto inviertas.

i. Me quedo dormido o lo encuentro muy relajante

Algunos pacientes pueden quedarse dormidos durante la práctica de Escáner Corporal, lo cual a veces valoran positivamente si de por sí tienen dificultades para dormirse. Otro efecto positivo es el relajarse. Esto no es negativo en sí mismo, pero a veces puede ir acompañado de la sensación de haberlo hecho bien, de que ha funcionado, y si en una ocasión sucesiva esto no se logra viene una sensación de fracaso. Así, es necesario entrenarnos en notar las experiencias “positivas” sin juicios, y volver a la práctica con una actitud de no-lucha.

Respuesta del terapeuta: Esperamos que a medida que entrenes, esta práctica te entrene en estar despierto en el momento presente, en tu cuerpo, emociones, pensamientos. No es problema que te relajes o te quedes dormido, pero es importante recordarnos que esta práctica pretende entrenar nuestra mente en estar atentos, en observar lo que sucede con gentileza y aceptación. Si te sientas a meditar y piensas “me voy a sentir relajado”, “me quitará el dolor”, “me quedaré dormido”, etc. entonces estarás estableciendo una idea de lo que esta práctica “debería” ser, lo cual limita a lo que realmente podrías lograr. El objetivo es traer un sentido de curiosidad abierta, sin juicio, y es esperable que cada práctica sea una experiencia única. Suceda lo que suceda, la práctica consiste en estar consciente y aceptar la experiencia del momento presente, sin la necesidad de *ser* nada en particular.

j. No puedo hacerlo bien, soy un mal meditador

La mayoría de nosotros tenemos una idea preconcebida de cómo debería lucir la meditación, y cuando nos encontramos pensando y pensando podemos sentir que lo hemos hecho mal.

Respuesta del terapeuta: El hecho de notar la tendencia de nuestra mente, incluso el pensamiento de “soy un mal meditador” es la práctica en sí misma. Nos entrenamos en ser más conscientes más a menudo. Así que, de la mejor manera que puedas, comienza a dejar ir las ideas de “éxito” o “fracaso”, de “estar haciéndolo bien” y simplemente adhiérete a la práctica.

Mientras practiques mindfulness regularmente, con una actitud de curiosidad y apertura hacia tus experiencias, lo estarás haciendo bien.

2. Diario de experiencias placenteras

Esta actividad está planteada para reforzar la idea de que nuestra manera de pensar y ver las cosas influye en nuestro cuerpo, humor y pensamientos posteriores. La idea, a diferencia de la Terapia Cognitivo-Conductual clásica, no es programar eventos placenteros, sino aumentar la conciencia de los mismos. Volveremos a este ejercicio en la sesión 7, como una manera de ayudar a los pacientes a identificar actividades, prácticas y experiencias que son nutritivas, placenteras o que proveen un sentido de maestría, y para trabajar hacia un plan de prevención de recaídas.





SESIÓN 3: LA RESPIRACIÓN COMO ANCLA

Después de una breve orientación sobre los temas clave de la Sesión 3, se presenta la primera práctica, que es una meditación breve de "5 minutos" llamada Meditación de la Vista (si hay una ventana en el espacio de terapia disponible) o Meditación del Oído (si la ventana no está disponible). Este ejercicio generaliza el entrenamiento en atención plena a nuestra experiencia perceptiva diaria de carácter automático, con el fin de mejorar la capacidad de observación de nuestra mente y así aprender a salir del pensamiento automático a la consciencia. Luego se introduce la respiración como una poderosa ancla para el presente, y esto se refuerza con la primera Meditación Sentada del programa, con un enfoque de respiración y cuerpo. Dentro de esta práctica de Meditación Sentada se incluyen instrucciones sobre cómo mantenerse con las sensaciones físicas difíciles (como el dolor o la necesidad de reajustar la posición), y la respiración se utiliza como anclaje de apoyo para trabajar con sensaciones incómodas de esta manera; esta actividad se asigna para la práctica en el hogar.

Tras las preguntas guiadas de la Meditación Sentada, la discusión se amplía para incluir también una discusión de las experiencias de los clientes con su práctica en el hogar, incluido el Diario de Experiencias Agradables. Este ejercicio se basa en el Diario de Experiencias Estresantes, que se asignará para la práctica en el hogar. La sesión 3 es típicamente un momento en que el entusiasmo inicial puede estar desapareciendo, y los clientes se dan cuenta de que la atención plena no es una solución rápida; por lo tanto, durante la discusión de la tarea es importante indagar sobre los desafíos y fomentar la constancia con la práctica diaria.

Guión de Terapeuta

1. Orientación

Nuestras mentes automáticamente analizan el mundo en "bueno" y "malo", "correcto" e "incorrecto", "agradable" y "desagradable", "peligroso" y "seguro", etc. La capacidad utilizar nuestra mente para pensar, emitir juicios y resolver problemas es una parte valiosa de nuestras mentes, y nos ayuda a dar sentido al mundo que nos rodea. Es natural para nosotros extender esto para creer que el pensamiento también puede resolver nuestro dolor, tal vez

pensando "Si pudiera encontrar al médico correcto ..." o algún otro tren de pensamiento centrado en la solución, con el claro objetivo de deshacerse del dolor, la infelicidad, el sufrimiento, y obtener tal vez un cuerpo "sin dolor" y una sensación de felicidad duradera e inquebrantable. Este impulso de ser "libre de dolor" y escapar de la infelicidad resulta ser un gran problema para nosotros, ya que pone nuestra mente en una sobrecarga donde constantemente está pensando, pensando, pensando ... y, paradójicamente, todos esos pensamientos crean más sentimientos y comportamientos que son inútiles porque simplemente giran en espiral (generalmente hacia abajo) sin producir el resultado deseado. Las habilidades que estás aprendiendo en esta clase os brindan la opción de ir más allá del enfoque automático de resolución de problemas y para experimentar un modo de pensar diferente, uno de permanecer con el dolor. Dejar ir el exceso de equipaje en términos de juicio o la necesidad de querer controlar o arreglar el dolor de manera urgente, dejando ir de inmediato el dolor para que sea diferente de lo que es. Aportando una sensación de espacio a la situación, al respirar con la tendencia de querer soluciones al "problema" del dolor, comenzamos a ver cuánto de lo que hacemos, cómo nos sentimos y lo que creemos está motivado por una profunda necesidad de evitar lo desagradable y un fuerte deseo de aferrarse a lo que es agradable. Así que nos estamos entrenando para llevar estas poderosas tendencias automáticas a la consciencia, y estamos aprendiendo a pausar suavemente, eligiendo respirar con la dificultad. Con el tiempo y con la práctica del paciente, lo que encontramos es que esto abre el espacio y la elección, dándote opciones sobre cómo responder con prudencia.

2. Tema

Para desplazar el foco de la solución, debemos encontrar un punto intermedio entre estar calmados y alerta. Vamos a intentar encontrar este equilibrio estando atentos de los caminos de nuestra mente, mientras nos focalizamos en la respiración.

3. Meditación de la Vista o el Oído.

Podemos utilizar esta meditación como una manera de generalizar nuestra práctica diaria, y como una muestra adicional de cómo podemos salirnos de las formas de pensamiento más inútiles. Con esta finalidad, vamos a empezar la sesión trayendo a la consciencia uno de los sentidos más básicos, al que rara vez prestamos atención. Vamos a traer a la conciencia este sentido que funciona de manera automática, para incorporar esta práctica en nuestro día a

día. Realizar la práctica de 5 minutos de meditación sobre los sentidos: si hay disponible una ventana se realizará la de la vista, en su defecto la del oído.

Preguntas guiadas:

- ¿De qué te has dado cuenta en esta práctica?
- ¿Qué tiene de diferente esta breve práctica con respecto a la forma habitual en la que miras y escuchas?
- ¿Qué relación tiene este ejercicio con la vivencia del dolor?

Normalmente en esta práctica aparece algún ruido constante que, si nos centrásemos en él, sería muy irritable. Sin embargo, al tratarlo como la pasa, el paciente puede experimentar que aguanta mejor el sonido (dentro de que sigue sin ser agradable). Es interesante para el paciente que el terapeuta devuelva esta forma de relacionarnos con lo desagradable y señalar cómo al describir el sonido hemos sido capaces de soportarlo de una manera diferente, al igual que puede pasar con el dolor.

4. Devolver la atención a la respiración.

Notar los cambios en su respiración es una manera útil de obtener otra perspectiva de cómo se siente. ¿Alguien ha notado lo que le sucede a la respiración cuando estamos tensos y doloridos (respiraciones cortas y superficiales, tal vez casi desapareciendo), o cuando estamos relajados y felices (más lentas y llenas)? En realidad, podemos aprovechar esta conciencia de los cambios en nuestra respiración como una forma de ayudarnos a notar cualquier cambio en nuestro estado de ánimo, y luego usar la respiración para anclarnos en el momento presente. Por lo general, no somos conscientes de nuestra respiración, al igual que pasa con nuestra visión (o audición) que experimentamos en ese ejercicio de ver (o escuchar) en este momento. Tampoco somos conscientes de nuestro corazón latiendo, o nuestro sistema digestivo, simplemente está sucediendo por sí mismo. Pero cuando sintonizamos nuestro aliento y nos damos cuenta de ello (lo cual podemos hacer en cualquier momento, ya que siempre está con nosotros), podemos crear esta estabilidad en nuestra mente, emociones y cuerpo. Prestar atención a tu respiración no significa que necesites controlar, ralentizar, profundizar o forzar la respiración de ninguna manera, simplemente significa prestar atención.

La práctica consiste en dar un toque ligero al ser consciente de los movimientos de la respiración, la sensación de la respiración que se mueve hacia el cuerpo en cada inhalación, y el retroceso en cada exhalación. Y al hacer esta práctica, nos sintonizamos cada vez más con la forma en que nuestra respiración refleja nuestra mente, nuestro cuerpo y nuestro estado de ánimo. Con la práctica, aprendemos a usar la respiración como un ancla para el presente. Para aprovechar la respiración de esta manera, practicamos con atención con un enfoque singular en los movimientos de la respiración, y permitimos que cualquier distracción que surja, ya sean pensamientos, sentimientos o sensaciones, simplemente entre y salga como lo hace sin agarrarse o agarrarse para ellos. Solo dejándolos pasar a través de nosotros, sin engancharlo y exigirle atención. En el transcurso de nuestro tiempo juntos exploraremos las formas en que podemos aprovechar la respiración como un medio para sobrellevar el dolor y para anclarnos al momento presente.

5. La respiración como un ancla.

Sintonizar con la respiración proporciona una forma de cambiar de marcha y pasar del modo "hacer" al modo "ser". La atención plena de la respiración proporciona una manera de aterrizar en el momento; proporciona un anclaje que te mantendrá volviendo a tu experiencia momento a momento, estabilizándote. Hay cinco ventajas clave para usar la respiración como ancla, descrita en el manual del paciente, en el apartado "Los beneficios de usar la respiración como ancla".

Práctica de *Meditación Sentada, Atención Plena de la Respiración y el Cuerpo*: dirija al grupo en esta meditación, que tiene énfasis en cómo responder a las sensaciones incómodas; ver el ANEXO.

Preguntas guiadas:

- ¿Qué has notado con la práctica? *Si no surge ninguna dificultad hay que preguntar directamente.* ¿Qué hubierais hecho si hubiera surgido alguna dificultad?
- ¿Qué hay diferente en traer la conciencia a la respiración, con respecto a traer la conciencia a alguna parte del cuerpo (como se hacía en el Body Scan)?
- ¿Cómo relacionas esta práctica con vivir con dolor?

Realizar estas preguntas con las prácticas que se recomendaron para casa:

- ¿Cómo fue la práctica en casa?
- ¿Qué tiene de diferente tomarte un tiempo para tu cuerpo con esta práctica, con respecto a cómo te relacionas con tu cuerpo normalmente?
- ¿Cómo ha sido realizar una actividad que era rutinaria, ahora que utilizas el mindfulness?
- Después de haber experimentado la práctica diaria durante 2 semanas, ¿qué pensamientos tiene con respecto a cómo se relaciona Body Scan con vivir con dolor crónico?
- ¿Cuál fue la experiencia de completar el Diario de experiencias agradables para ti?

Es importante dar a todos la oportunidad de reflexionar entre ellos sobre lo que sucedió cuando trataron de registrar esos momentos en el Diario de Experiencias Agradables, y de registrar exactamente los pensamientos, emociones y sensaciones corporales que ocurrieron en los momentos que describen. El terapeuta registrará las respuestas en la pizarra, diferenciando entre pensamientos, sensaciones corporales y emociones al enlistarlas en columnas separadas. ¿No es interesante cómo todos estos cambios en la emoción, el cuerpo y los pensamientos derivan de este juicio inicial de que algo es agradable? Anotar esto es útil ya que podemos utilizar estos cambios como "portales" en una conciencia más profunda de cómo estamos respondiendo a la experiencia; por lo general, no somos conscientes de los mensajes sutiles que nuestro cuerpo nos envía.

Una experiencia común para las personas que viven con dolor crónico que hacen este ejercicio es que, a menudo dicen que se sorprenden al descubrir que en realidad hay algo agradable, sin importar cuán grande o pequeño, que puede notarse y atesorar todos los días, incluso si es solo una dimensión de algo más grande que podría ser una mezcla de experiencias. Por lo general, es como si el dolor, el estrés y el estado de ánimo deprimido o irritable que con frecuencia acompañan al dolor se apoderaran y no pudiéramos ver más allá del dolor, y los momentos agradables pasan desapercibidos, no registrados en el doloroso paisaje.

Otra cosa con qué experimentar al hacer este ejercicio es prestar especial atención cuando el evento agradable puede estar terminando: ¿tienes una sensación de "apego" a los pensamientos, sensaciones y sensaciones agradables? ¿Queremos que duren para siempre?

Quizás también se dé cuenta de que esto puede ser seguido de cerca por la aversión cuando termina o cambia (y junto con esto, un deseo de que las cosas sean diferentes de cómo son), y luego por el apego nuevamente (cuando surge algo más agradable) y luego, la aversión otra vez cuando eso tampoco dura una y otra vez, creando un círculo vicioso. La clave para salir de este ciclo es la conciencia. Con la conciencia, no seremos barridos automáticamente en un mar de pensamientos y emociones que usualmente siguen de cerca los juicios iniciales de "agradable", "desagradable" y el consiguiente apego y aversión. Con la conciencia, simplemente estamos presentes con estos juicios, manteniéndolos en conciencia y luego eligiendo cuidadosamente qué acción, si es que hay alguna, podemos desear responder. Con la conciencia plena, aprendemos a saborear experiencias placenteras mientras ocurren sin sentir una tristeza abrumadora cuando cambian; y cuando surjan experiencias desagradables, no nos engullimos en ellas, ya que sabemos que también pasarán.

El espacio de respiración de 3 minutos es una excelente manera de controlarse a lo largo del día y ver qué pensamientos pueden estar presentes, y de observar si el termómetro de estrés y dolor podría estar subiendo. Practiquemos esa habilidad ahora. Guíe al grupo a través de la meditación del Espacio de Respiración de 3 minutos; ver el anexo.

Espacio de Respiración de 3 minutos

Preguntas guiadas:

- ¿Qué notaste con esa breve práctica? (Dependiendo del tiempo, es posible que desee profundizar en esta discusión, indagando en qué medida fue diferente de cómo podríamos gastar normalmente 3 minutos adicionales y/o cómo esta práctica se relaciona con vivir con dolor crónico).

6. Conciencia de experiencias estresantes

Sobre la base de lo que hemos estado aprendiendo acerca de la conexión entre nuestros pensamientos, juicios, emociones, cuerpo y dolor, parte de la práctica en el hogar después de esta sesión es estar consciente de al menos un evento estresante que ocurre cada día (y preferiblemente tomar conciencia de ello mientras está ocurriendo) y también de cualquier desencadenante de etiquetas "buenas" y "malas".

Verá en el manual del paciente un Diario de Experiencias Estresantes, con espacios en él para anotar, lo más cerca posible de cualquier evento estresante, los sentimientos, las sensaciones corporales y los pensamientos "calientes" que acompañan el evento.

- Puede ser útil escribir cualquier pensamiento como si se expresara en voz alta, quizás utilizando comillas si eso ayuda.
- Describe los sentimientos y las sensaciones corporales con el mayor detalle posible.

Al final de la sesión:

- Repartir manual del paciente.
- Recordar al paciente las tareas para casa:
 - a. Realizar una meditación formal al menos una vez al día, alternando entre Escáner Corporal y Meditación Sentada.
 - b. fijarse 3 Espacios de Respiración de 3 minutos al día y llevarlo a cabo.
 - c. Apuntar una vez al día alguna experiencia estresante y completar las preguntas correspondientes.

RECOMENDACIONES PARA EL TERAPEUTA

1. Observación consciente (o audiencia)

Al comienzo de esta sesión, los pacientes son guiados en una meditación de "ver" o "escuchar", dependiendo del entorno contextual del espacio de terapia. Si hay una ventana disponible, se recomienda una meditación de "ver"; sin embargo, si se encuentra en un espacio sin ventanas, la opción preferida es una meditación de "audición". La idea es sintonizar con la experiencia de estas percepciones cotidianas, dejar de lado la tendencia a emitir un juicio sobre de lo que se ve/escucha, y solo prestar atención a la experiencia de ver/escuchar.

La instrucción es notar la tendencia de la mente a etiquetar la experiencia, a categorizar, a vincularse con vistas/sonidos particulares, y a tener aversión a otras vistas/ sonidos, y una y otra vez para simplemente guiar la atención de regreso a la experiencia de ver y oír. En ocasiones se puede introducir la metáfora del sonido impertinente como dolor y el modo en que, al relacionarme con el sonido desagradable describiéndolo sin juzgar, puedo relacionarme con el dolor y estar más tiempo con él, sin dejarme llevar por emociones negativas.

2. Meditación sentada: Atención Plena al Cuerpo y a la Respiración

Esta es la primera de una serie de Meditaciones Sentadas que se enseñarán en el programa. Si bien esto se denomina práctica “sentada”, se debe alentar a los clientes a que adopten la postura de mayor comodidad para que puedan aprovechar al máximo la práctica (en lugar de sentirse incómodos e incapaces de concentrarse en otra cosa que no sea el dolor).

Esta meditación expande la conciencia del cuerpo para incluir también la conciencia de la respiración. Al pasar de una meditación centrada en el cuerpo (Escáner Corporal) hacia la inclusión de la conciencia centrada en la respiración, los clientes entrenan su mente para concienciar a experiencias cada vez más efímeras. Es importante discutir que no hay necesidad de controlar, profundizar, ralentizar o cambiar la respiración de ninguna manera; lo único que se necesita es simplemente notar la sensación que se siente al respirar, concentrándose en la parte del cuerpo donde se realiza el movimiento, donde se siente con más fuerza.

Inevitablemente surgirán los pensamientos, y la instrucción es simplemente etiquetar (utilizando un tono de voz interior amable y suave) cualquier pensamiento de este tipo, y luego regresar al objeto de conciencia. En la indagación guiada que sigue a la práctica, es necesario discutir explícitamente que "pensar" no es un fracaso particular, y reiterar que, tomar conciencia de la mente pensante, es en sí misma Atención Plena. Al aprender a notar el pensamiento, no se debe juzgar, simplemente se vuelve a la respiración. Esta es la esencia del entrenamiento mental que es la meditación. Es fundamental que el clínico enfatice que pensar, percibir y retornar al objeto de la conciencia es el proceso.

Esta práctica también hace hincapié en darse cuenta y responder con atención a las sensaciones físicas incómodas o difíciles que surgen. Durante esta práctica, rascarse la picazón o ajustar la postura no es un problema, pero esta meditación guía a los pacientes a darse cuenta de que existe otra opción: pueden optar por observar la sensación de manera consciente y permanecer presentes con ella sin reaccionar inmediatamente de forma habitual. Es útil en la investigación guiada discutir cómo esta forma de relacionarse con las dificultades es diferente de cómo las personas suelen reaccionar ante sensaciones incómodas.

3. El diario de Experiencias Estresantes

El Diario de Experiencias Estresantes está destinado a aumentar la conciencia de la conexión entre el estrés, el dolor y la evaluación, de modo que los clientes tengan la oportunidad de aprender experiencialmente el efecto que tienen nuestros juicios sobre la experiencia (incluido, entre otros, el dolor) y cómo podemos aprender a relacionarnos de manera diferente a tales juicios.

Al igual que con el Diario de Experiencias Agradables, es útil repasar el ejemplo proporcionado en el Manual del Paciente para asegurar una comprensión completa del ejercicio, dando a los clientes tiempo para hacer cualquier pregunta que puedan tener. También es útil decirles a los pacientes que no tienen que completar esto "en orden" (es decir, de izquierda a derecha); si su emoción es más prominente en su conciencia, pueden comenzar allí y luego retroceder para identificar qué pensamiento fue presente. Finalmente, recordar a los pacientes que este ejercicio se completa mejor tan pronto como sea posible después del evento estresante.



SESIÓN 4: APRENDER A ESTAR PRESENTE

La primera práctica de esta sesión es la Meditación Sentado: Mindfulness de sonidos y pensamientos. Esta meditación permite aprender a dejar pasar los pensamientos por la consciencia de la misma manera que los sonidos pasan por la conciencia: apareciendo, estando presentes durante unos momentos y pasando a otra cosa. Aprender a estar presente con la experiencia significa volverse más habilidoso en desapegarse del pensamiento automático. Por lo tanto, la meditación sentado, provee de un aprendizaje experiencial sobre cómo relacionarnos con los pensamientos como eventos u objetos en la consciencia, no como la “verdad”, y no como reflejos de nuestra propia identidad.

La importancia de aprender a simplemente observar los pensamientos se refuerza con una revisión del Diario de Experiencias Estresantes, donde los pacientes practican y aprenden la conexión entre sus juicios y los eventos “desagradables”, y la aversión y cambios en el cuerpo, mente, emociones y dolor, que se asocia a los mismos. Este aprendizaje se profundiza con la discusión acerca de los Hábitos Mentales Inútiles, con la idea central de mejorar la consciencia de estos patrones inútiles en primer lugar. Estar presentes con los pensamientos y emociones puede ser particularmente complicado en momentos de dificultad. Para ayudar con esto, se introduce el Espacio de Respiración Responsiva de 3-Minutos.

Cuando los pensamientos o dificultades parecen demasiado abrumantes o amenazan con sobrepasarnos, llevar la atención al cuerpo en movimiento puede darnos estabilidad, y proveer otro espacio para relacionarnos con el color, los pensamientos y las dificultades en general. Movimiento Mindfulness o Caminar Mindfulness provee una manera de salirnos de nuestras mentes, y conectarnos con nuestros cuerpos, sintonizando con el contraste entre la quietud y el movimiento. Ambas técnicas se enseñan en esta sesión.

Guión del Terapeuta

1. Orientación

Un aspecto central de este programa es entender que la mejor manera para manejar el dolor crónico es dejar ir cualquier intento de luchar con el dolor o alejarlo. Estamos aprendiendo a responder de una manera radicalmente diferente, estando presentes con el dolor y con aquello que es desagradable en nuestra experiencia (observando atentamente, con amabilidad y sin

juicio). ¿Por qué es importante esto? Querer que el dolor sea otra cosa a lo que es, requiere muchísimo esfuerzo; estar presentes con el dolor de la manera en que se presenta, permite responder sabiamente al mismo, utilizando estrategias de afrontamiento más eficaces.

La práctica de aplicar mindfulness a nuestra experiencia permite pausar nuestra reacción habitual. Esa pausa provee la opción de elegir cómo responder, en vez de tener una reacción refleja. Además, el mindfulness permite desapegarnos del juicio, miedo, expectativas y capas de pensamientos y emociones que se adhieren a la experiencia directa. Tener cierta ligereza en los pensamientos, sentimientos, dolor y otras experiencias nos dan más libertad y abre nuestro potencial a un rango de posibilidades, en vez de estar cerrados al modo habitual y automático de reaccionar.

2. Tema

La mente se agita mucho cuando intentamos evitar, escapar o empujar algunos aspectos de nuestra experiencia con el objeto de aferrarnos a otras. Practicar mindfulness permite cultivar la habilidad de estar presente y observar la experiencia (sea placentera, desagradable o neutral) y responder sabiamente con ecuanimidad, dejando ir el apego y la aversión. La consciencia del cuerpo en el movimiento es otra ancla al momento presente que puedes usar para manejar el dolor más efectivamente.

3. Aprender a estar presente

En el primer ejercicio de hoy, vamos a explorar más profundamente cómo estar presente en nuestra experiencia. Entrenaremos y aprenderemos a observar nuestros pensamientos como vienen y van de la misma manera que lo hacen los sonidos. Esto nos permitirá estar en una posición diferente donde podremos responder más sabiamente a los pensamientos, en vez de dejar que nos conduzcan al piloto automático.

Al ver los pensamientos de esta manera notaremos con más claridad el poder de la mente a la hora de influenciar la experiencia de dolor. Estar presentes observando nuestros pensamientos puede no ser fácil. Al dejar ir y venir a los pensamientos, se abrirán más opciones y podrás ir más allá de la típica reacción o anticipación al dolor. Es más fácil estar en el momento presente si tienes la sensación de que el dolor no durará ni será igual siempre.

*Guiar “Meditación sentado, Mindfulness de sonidos y pensamientos”

Preguntas:

- ¿Qué has notado durante la práctica? ¿Cómo has reaccionado a las dificultades?
- ¿Qué diferencias hay en la manera en que prestas atención a los sonidos y pensamientos en esta práctica a cómo lo haces habitualmente?
- ¿Qué conexiones ves entre esta práctica y el hecho de vivir con dolor crónico?

Practicar el ser conscientes de los pensamientos, incluso pensamientos neutrales y practicar dejarlos ir es el primer paso hacia liberarnos de los “pensamientos disparadores” como las rumiaciones de ser “alguien dañado” o que “no puede ser amado”. Esta libertad viene acompañada de estar en el momento presente.

4. Actividades para casa

Preguntar acerca de las actividades en casa: Escáner corporal, Meditación sentado (Mindfulness de cuerpo y respiración), Espacio de respiración de 3 minutos, Diario de experiencias estresantes. Revisar los registros de las prácticas.

*Revisar diario de experiencias estresantes. Permitir que cada uno exponga lo que ha pasado al registrar momentos, pensamientos, emociones y sensaciones físicas. Registrarlo en la pizarra distinguiendo entre **pensamientos**, **sensaciones corporales** y **emociones**.*

Algo que puedo notar de la discusión que estamos teniendo, es que las situaciones en las que nos encontramos no son inherentemente buenas o malas. En general es nuestro estado de ánimo o mental los que definen esta experiencia y que juegan un papel fundamental en el termómetro estrés- dolor.

Algunos habéis identificado un descubrimiento importante en esto: podéis ver los cambios en la columna de “cuerpo” que os avisan de vuestras señales de alarma físicas cuando aumenta la aversión, lo cual envía mensajes tempranos de que el estrés y el dolor están por tomar el control. Sin embargo, generalmente no prestamos atención a estos mensajes del cuerpo hasta que llegan a un nivel de intensidad tan altos que demandan nuestra atención obligatoriamente (suben el volumen hasta gritar). El enfoque de mindfulness es radicalmente diferente al que solemos aplicar, el cual normalmente se basa en:

- Anestesiarnos a nosotros mismos, soñar despiertos, o evadirnos de alguna manera en que nuestra mente está en un lugar completamente diferente al de nuestro cuerpo.

- Sujetarnos, ansiar y querer que las experiencias se mantengan igual para siempre, sin permitirnos la evolución normal de las cosas, o deseando otras experiencias que no estamos teniendo.
- Luchar contra nuestra experiencia directa: resistirnos, evitar, o querer alejarnos del dolor.

Lo que estamos aprendiendo en este programa es cómo darnos cuentas de maneras cada vez más anticipadas, cuando caemos en este tipo de experiencias, a través de ampliar la consciencia. Con la consciencia viene la posibilidad de elegir cómo responder, en vez de reaccionar de manera preprogramada con hábitos inútiles.

5. Hábitos mentales inútiles: Navegando el paisaje del dolor crónico

Nuestras mentes están constantemente contándose historias, como una corriente continua de comentarios mentales que es tan automático como respirar. Rara vez prestamos atención a lo que nos estamos diciendo a nosotros mismos. Sin embargo, cuando experimentamos dolor crónico y/o estamos estresados (como hemos visto en el diario de experiencias estresantes), a veces lo que nos decimos a nosotros mismos puede ser dañino, negativo o auto despreciativo, y debido a que todo esto pasa automáticamente, no nos damos cuenta cuán negativos e inútiles se han vuelto estos pensamientos.

Así que, el primer paso para quitarle poder a este tipo de pensamientos automáticos es hacerlos conscientes, que es lo que hemos estado practicando durante la meditación. Otra manera de hacer conscientes estos pensamientos automáticos a medida que aparecen es familiarizarte con el tipo de pensamientos que normalmente refieren las personas que están experimentando dolor crónico.

Utilizar para esta discusión el apunte de “Hábitos mentales inútiles”. Leer y reflexionar sobre estas oraciones ayuda a las personas a tomar distancia de estos pensamientos y ver cómo se relacionan con experiencias de dolor o estrés.

¿En qué pensamientos automáticos te identificas? La idea es hacerlos conscientes con sentido del humor. Puede ser interesante ver en qué tipo de patrones normalmente caemos y ver que ninguno de estos pensamientos es la verdad. Sin embargo, cuando estamos sufriendo y con dolor, no podemos ver esto con claridad, y los pensamientos pueden parecer 100% reales.

Cuando estás teniendo un pico intenso de dolor puede aparecer el pensamiento de “No puedo con esto”. ¿En qué categoría de pensamientos inútiles entra este tipo de pensamiento? (*Dejar que los pacientes sugieran*). Podría considerarse un pensamiento de tipo “Blanco/Negro” o “Adivinación”. El hecho de que estés sentado aquí es prueba viviente de que de alguna manera “sí pudiste con esto”, y que has podido atravesar ese pico de dolor. ¿Qué efectos creéis que ha tenido el pensamiento “No puedo con esto” en vuestras emociones, cuerpo y comportamiento? (*Dejar reflexionar y sugerir a los pacientes*). Haría que nos sintamos fuera de control, inútiles, dispuestos a rendirnos y no intentar ninguna estrategia de manejo como las que estamos aprendiendo aquí, lo cual haría que el dolor probablemente empeorase.

¿Qué estilos de pensamiento os resuenan más, según vuestra experiencia? *Discutir*

Estos pensamientos tienen muchísimo poder sobre nuestro dolor, cómo nos sentimos, qué hacemos y suceden de manera inconsciente, alimentando más pensamientos del estilo y más dolor. Por lo tanto, la clave está en captar estos pensamientos disparadores de manera cada vez más anticipada y ver el paisaje completo del dolor crónico (notar los pensamientos y sus emociones y comportamientos acompañantes). Al aprender a reconocer nuestros patrones personales únicos y hábitos mentales inútiles que nos alejan del momento presente, podemos observarlos una y otra vez sin el riesgo de engancharnos en ellos.

Guiar meditación “Espacio de Respiración de 3 Minutos”

¿Qué has notado en esta práctica? ¿Cómo se relaciona con el dolor crónico?

Esta práctica nos permite tomar un momento breve del día para salirnos del piloto automático y sintonizar con el momento presente, y estar con nuestra respiración. A partir de esta sesión os pediremos que expandáis esta práctica a momentos del día en que estéis experimentando alguna dificultad de algún tipo (como puede ser un pico de dolor, tensión, estrés o cualquier otra experiencia no placentera). A esto le llamaremos “**Espacio Responsivo de Respiración de 3 Minutos**”. Os ayudará a darle a cualquier situación difícil algo de espacio, dejar que sea como es, sin el equipaje extra de pensamientos y emociones negativas, simplemente respirar con la dificultad, sin necesidad de cambiarla.

6. Moviéndonos hacia el mindfulness

Como hemos aprendido a través del escáner corporal, al tomar consciencia de las sensaciones corporales, nos salimos de la charla mental y de los hábitos mentales inútiles, dando lugar a la observación del presente, de “ser” con la experiencia presente. Al hacernos conscientes de cómo nuestro cuerpo cambia al reaccionar a algo, podemos abrirnos a elegir cómo responder a las experiencias presentes. Por ejemplo, la tensión en la mente suele expresarse en tensión en el cuerpo. Al hacernos conscientes de esta tensión en el cuerpo podemos elegir soltarla y esto repercutirá en nuestra mente también. A menudo las personas encontramos más fácil notar las sensaciones corporales cuando el cuerpo está en movimiento. Sobre todo, si en una meditación sentado notas que tu mente tiene dificultades en estar atenta, puede ser útil una meditación enfocada en el movimiento para estabilizar la mente. Así, en el próximo ejercicio llevaremos la atención al cuerpo en movimiento.

7. Movimiento mindfulness

A través del movimiento, podemos notar el contraste con más facilidad. En la meditación en movimiento aprenderemos a sentir contrastes y límites en determinados momentos y lugares. El objetivo es encontrar una manera para entrar en contacto con tu propio cuerpo y salir de los hábitos mentales inútiles. Veréis en vuestro manual una descripción del propósito de esta práctica. Es importante enfatizar el hecho de movernos lentamente, con suavidad, prestando atención a las sensaciones que experimentas y honrando los mensajes que tu cuerpo te envía. Se trata de un ejercicio de amabilidad hacia nosotros mismos, no de tortura.

Estaremos dirigiéndonos, gentilmente, hacia los límites de cualquier sensación. No queremos sostener una postura hasta que duela, ni tampoco dejar que nuestra mente imponga estándares de lo que podemos y no podemos hacer. Estamos experimentando con acercarnos y alejarnos al punto donde aparecen ciertas sensaciones, prestando atención desde cerca a los cambios en nuestro cuerpo. Nuevamente, como hemos practicado con el escáner corporal, sin detenernos en ninguna etiqueta y sintonizando en la cualidad de la sensación que aparece a medida que nos movemos: ¿Quema, tiembla, se tensa? Respirando con la sensación y dejando que cualquier emoción y pensamiento adherida a estas sensaciones aparezca y desaparezca, lo mejor que puedas. Permitiendo que estas sensaciones físicas sean el objeto de la meditación, de la misma manera que en otro momento la respiración ha sido el objeto

de la meditación. Sigue llevando tu atención hacia las sensaciones físicas que aparecen y déjalas ir a medida que te mueves.

Guiar meditación: Movimiento mindfulness

¿Qué has notado con esta práctica?

8. Caminar mindfulness

Vamos a expandir esta experiencia de mindfulness para generalizarla a tu vida diaria. En algún momento del día has caminado. La siguiente práctica nos permitirá convertir este acto cotidiano en una oportunidad para practicar mindfulness, y sintonizar en las sensaciones que están presente a cada paso.

Las personas rara vez prestamos atención a nuestro caminar. Normalmente mientras caminamos nuestra mente está en otro sitio, mientras que el cuerpo cumple tareas y hace de “espejo” de nuestra mente: si nuestra mente está acelerada, nuestro cuerpo también se acelera para llegar de A a B. Si nuestra mente está entretenida con algo placentero, probablemente nuestro cuerpo se ralentizará. Normalmente todo esto sucederá mientras estás en piloto automático, sin prestar atención. Caminar mindfulness permite dejar ir objetivos o deseos de llegar a algún lugar diferente al que estás ahora mismo, e implica caminar siendo consciente de cada paso, atendiendo intencionalmente a las sensaciones de cada paso. Al prestar atención a nuestro caminar, no necesitamos cambiar la manera en que lo hacemos, pero sí ayudará ralentizar la caminata. Puedes experimentar caminando en diferentes velocidades, para ver qué ritmo es el adecuado para ti. También ayuda el tener un camino designado, con un inicio y un fin. Cada vez que llegues al punto final y regreses, pregúntate a ti mismo ¿Dónde está mi atención? ¿Está en cada paso?

Los ojos permanecen abiertos, y tu mirada fijada en un punto en el suelo justo delante de ti. La idea es dirigir la mayor cantidad de atención posible hacia las sensaciones internas del cuerpo al caminar, con suficiente atención hacia afuera para mantenerte en tu camino y no chocarte con nada ni nadie. Para empezar, nos centramos en los pies y piernas, donde los movimientos de caminar se sentirán con más intensidad. A medida que tu atención se profundiza, puedes ampliar la consciencia para incluir las sensaciones del resto del cuerpo como un todo. En el manual hay instrucciones de esta práctica.

Conducir meditación “Caminar Mindfulness”

¿Qué has notado con esta práctica? ¿Cómo se relaciona con la manera en que normalmente caminamos? ¿Qué relación tiene con el dolor crónico?

9. Tareas para casa

Repasar tareas de la semana y cuaderno del paciente con lo trabajado en la sesión.

RECOMENDACIONES PARA EL TERAPEUTA

Meditación sentado: mindfulness de sonidos y pensamientos:

Esta práctica permite ir más profundamente hacia la conciencia de los pensamientos, practicando el descentramiento. La idea principal es que, al igual que los sonidos vienen y se van, los pensamientos también pueden venir e irse si no nos aferramos a ellos. La habilidad para observar los pensamientos sin aferrarnos a ellos o evitarlos es la esencia del aprendizaje de estar aquí y ahora.

Se trata de una técnica avanzada, ya que implica realmente experimentar (vivenciar) este desapego mental, y no solo entenderlo a nivel intelectual. Es importante diferenciar entre la rumiación de guiones mentales establecidos y la observación de los pensamientos que proponemos aquí. Por lo tanto, es importante asegurarse que esta meditación no se utilice para promover procesos de pensamiento desadaptativos. Debemos invitar a los pacientes a que, si notan que se están dejando llevar por un pensamiento, enganchándose en él, puedan notarlo para volver a tomar una posición de observador. Otro aprendizaje importante en esta meditación consiste en pedir a los pacientes que noten qué sucede inmediatamente después que juzgan algo como "desagradable". Esto permitirá observar in situ cuáles son nuestros hábitos mentales inútiles, y qué cambios se dan en el cuerpo como consecuencia a ellos.

Hábitos mentales inútiles

Se trata de un ejercicio más de tipo TCC, cuyo objetivo es usar el manual del paciente para guiar una discusión que permita tomar conciencia de los patrones mentales automáticos. Así, al etiquetar los patrones que son más recurrentes en cada paciente, podremos entrenar el reconocimiento temprano de los propios hábitos mentales inútiles para evitar caer en ellos.

Además, los pacientes pueden hacer uso de estas mismas etiquetas durante las meditaciones, para identificar con mayor precisión los pensamientos que aparecen cuando se dan cuenta que han comenzado a divagar (anteriormente sólo les pedíamos que pudieran etiquetar esto como "pensamiento", pero a estas alturas del programa podemos exigir más precisión si el grupo ha demostrado un buen aprendizaje en lo anterior).

Espacio de Respiración Responsiva de 3 Minutos

Esta técnica permite generalizar la práctica hacia experiencias que contengan alguna dificultad. Al responder a las dificultades con un espacio responsivo de respiración, los pacientes comienzan a aprender acerca de cómo estar presente con las dificultades, lo cual se irá trabajando en las sesiones siguientes. Es importante aclarar a los pacientes que, a pesar de que realizamos esta práctica de manera más formal durante las sesiones (ajustando la postura, con los ojos cerrados), ellos podrán utilizarla sobre la marcha en contextos menos estructurados a medida que la interioricen. La idea es que sea una práctica portátil que pueda incluso aplicarse en momentos más breves, simplemente a través de estar en contacto con la respiración, sin los ojos cerrados ni estando sólo (por ejemplo, en medio de una discusión, como una manera de mantener la calma, estar presente y enfocado).

Movimiento mindfulness y caminar mindfulness

Esta práctica puede ser especialmente útil cuando la mente está particularmente activa. Si algunos pacientes encuentran dificultades para realizar la meditación sentado debido a que sus mentes están muy aceleradas, podemos sugerirles pasar a una meditación basada en el movimiento. Esto permitirá sentir la diferencia entre la acción y la quietud, lo cual puede ser muy efectivo para estabilizar la mente. En caminar mindfulness debemos procurar que cada paciente encuentre su propio trayecto, separado de los demás, para evitar conducir la meditación caminando en círculo uno detrás del otro, lo cual podría "forzar" a algunas personas a ir a un ritmo que es incómodo (más lento o rápido de lo que desearían), lo cual puede intensificar el dolor.



SESIÓN 5: ACEPTACIÓN ACTIVA

A partir de esta sesión comienza la segunda parte del programa y el foco aquí se centrará en mejorar la atención plena, incluyendo cómo responder sabiamente al dolor, el estrés y la experiencia presente. Se comienza con una sencilla meditación sentados para aprender a no rellenar el vacío, sino simplemente estar con la experiencia tal y como ésta es. A continuación, se harán algunas preguntas guiadas y revisión de tareas de la sesión anterior, para continuar con 3 minutos de respiración para re-anclarnos al presente.

El proceso de aceptación que se propone a los pacientes en esta sesión es una manera de entrenar cómo estar activamente con nuestra experiencia, sin necesidad de involucrarnos en ella, ni tratar de cambiarla, eliminarla o manipularla de algún modo. Para ello, se utilizarán tres metáforas para ilustrar el rol de los pensamientos automáticos, creencias intermedias y creencias nucleares que intervienen en los problemas actuales. Este ejercicio refuerza la noción de que primero es necesario ser conscientes de los patrones mentales que nos descentran, para poder responder sabiamente y volver al momento presente, a través del mindfulness. Para construir esta conciencia se utiliza la meditación sentados que permite al paciente entrenarse en trabajar con las dificultades propias de la meditación. La guía para cultivar la aceptación también será incorporada en las instrucciones de la meditación de los tres minutos.

Guion del Terapeuta

Orientación

En las últimas cuatro semanas, hemos estado aprendiendo a entrenar la mente para salirnos de los patrones automáticos de pensamientos, y a habituarnos a anclarnos al presente a través de prestar atención a la respiración y al cuerpo. Como ya hemos visto, un componente central es darnos cuenta cuándo nuestra mente se desvía de esta ancla (cuando comenzamos a soñar despiertos, pensamos en otras cosas) para volver a traerla de nuevo hacia nuestra ancla. Una y otra vez hemos practicado en este sentido, con paciencia y amabilidad hacia nosotros mismos.

Quizás hayas notado que tu mente tiende a irse generalmente por el mismo camino (un pensamiento, una sensación, algún aspecto físico, ideas sobre ti mismo, lo que debe ser, ...). Muchas veces, cuando se sufre dolor crónico, nuestros pensamientos tienden a hacerse muy

negativos, estrictos, y se distorsionan de alguna manera. Y entonces, ¿esto va a ser así siempre?

Como aprendimos la semana pasada, cuando tenemos una determinada experiencia típicamente ocurre una de estas tres cosas:

- Nos anestesiarnos o evadimos, llevando nuestra mente a otro sitio.
- (Si nos gusta) Nos aferramos y deseamos que eso no cambie.
- (Si no nos gusta) Luchamos contra ello para eliminarlo.

Sin embargo, existe una posibilidad diferente: podemos afrontar esta experiencia permitiendo que esté presente, simplemente manteniéndola en nuestra atención y respondiendo sin juzgarla, sólo aceptándola.

La idea de permitir los pensamientos, emociones y sensaciones que experimentamos, abriéndonos a que estén presentes, es radicalmente diferente a nuestra respuesta habitual.

2. Tema Central

Una pequeña pausa puede marcar la diferencia, y puede permitir un espacio donde las cosas puedan ser, sin imponer ningún estándar o juicio sobre cómo deberían ser. La aceptación es la piedra angular del autocuidado, y permite que una nueva perspectiva emerja.

3. Silencio

En la primera práctica del día vamos a explorar el estar sentados en silencio. El silencio es una experiencia rara. Estamos acostumbrados a llenarlo con música, televisión, radio... ¿Qué estamos evitando cuando lo rellenos? ¿Qué estamos permitiendo cuando nos sentamos en calma, estando en el presente, abiertos a la experiencia? ¿Qué hay en esa quietud? Cuando nos abrimos al silencio, éste tiene la capacidad de no solo calmar nuestra mente y nuestro cuerpo, sino también de abrirnos a un mundo de experiencias del cual no solemos darnos cuenta (guiar a los pacientes a darse cuenta del sonido del aire acondicionado, de parpadeo de una luz, ...). Todos estos sonidos ocurren de trasfondo, imperceptibles hasta que guardamos silencio y prestamos atención, ¿qué ocurre en el trasfondo de nuestras vidas?

Vamos a estar en silencio, con la atención plena puesta en la respiración, y sin ninguna guía verbal. Durante este tiempo mantén una postura erguida y digna, para señalar a tu mente que

estás en un estado cualitativamente diferente de atención. Observa en qué parte de tu cuerpo la respiración es más prominente: en las fosas nasales, el fondo de la garganta, el pecho, la barriga... La técnica consiste en observar cómo el aire entra en tus pulmones y sale de los mismos, como si entrara y saliera de todo tu cuerpo.

Es posible que vengan pensamientos a tu cabeza. Cuando eso suceda, etiquétalos como “pensamientos” y vuelve firme y amablemente a dirigir tu consciencia a la respiración. Tantas veces como tu mente se vaya, la devuelves a tu respiración con gentileza. La técnica consiste en eso, en traer la mente de nuevo.

Preguntas:

- ¿De qué te diste cuenta durante la práctica? (en función de la respuesta del cliente, deberías explorar en qué fue diferente esta práctica de otras y cómo está relacionada con el vivir con dolor).

4. Actividades para casa

Guiar preguntas sobre las prácticas realizadas en casa: la meditación sentada, Mindfulness de los sonidos y los pensamientos, Mindfulness en movimiento, Caminar mindfulness, Espacio de respiración de 3 minutos y Espacio de Respiración Responsiva de 3-Minutos.

- ¿Cómo fue el Espacio de Respiración Responsiva de 3-Minutos? ¿Qué hiciste ante las dificultades? ¿Es la forma habitual que tienes que responder ante las dificultades?
- ¿De qué te diste cuenta cuando observaste los hábitos mentales inútiles?
- ¿Observas algún cambio en cuanto a tu actitud hacia las prácticas de mindfulness que realizas en casa?
- ¿En qué sentido las prácticas del mindfulness se han convertido en un hábito?
- ¿Qué ocurre si han surgido nuevas barreras?

**Guiar Espacio de Respiración de 3 minutos para activar el modo “ser”.*

Preguntas:

- ¿De qué te has dado cuenta con esta práctica? (hacer hincapié en qué ha tenido de diferente esta práctica).

5. Los pasos hacia la aceptación del dolor

Lo primero que nos viene a la cabeza cuando hablamos de aceptación es “abandonar”, “quedarnos quietos” o “resignarnos”. Realmente la aceptación es un proceso propositivo en respuesta a pensamientos y emociones (justo lo contrario que la resignación que es un proceso más pasivo). La aceptación implica en el fondo permitir la experiencia aparecer como sea, cualquiera que sea, sin enredarnos en ella, sin repararla y sin evitarla. Como siempre, darse cuenta es la base del proceso: permite que aparezcan pensamientos y emociones. Los observamos sin juzgarlos, con amabilidad, antes de elegir cómo respondemos a ellos. Esto es muy diferente a una respuesta automática, o a una resignación pasiva, ya que esta aceptación se fundamenta en una intención consciente de responder de esta manera.

A lo largo del tiempo, quizás observes algún tema que parece recurrente en las meditaciones, una trampa del pensamiento en la que tu mente suele caer (lectura de mente, personalización, ...). Una historia o situación que se repite, o un sentimiento (culpa, tristeza, ...). También es posible que tu atención se vea invadida por el dolor. Normalmente, la reacción típica de cualquier persona es creer que esos pensamientos son la verdad. La mayoría de las personas realizan grandes esfuerzos aferrándose inconscientemente a estas creencias sobre cómo deberíamos ser nosotros mismos, los demás o el mundo. Todos nosotros tenemos expectativas de nosotros mismos, e ideas sobre el tipo de personas que deberíamos ser. Estar pendientes de estas ideas sobre cómo deberíamos ser implica mucha energía, y para muchas personas que están experimentando estrés de manera continuada (como cuando hay dolor crónico), estas ideas quizás sean muy rígidas, negativas o poco realistas, ya que nuestra situación ha cambiado desde que esas ideas se formaron (suelen haberse formado en la juventud). Sin embargo, nos solemos empeñar en mantener esas creencias, las cuales nos mantienen en la resistencia al cambio, al propio dolor, y en última instancia nos pone una barrera hacia la aceptación. Habitualmente no nos damos cuenta de nuestras creencias más profundas, o el poder que tienen para guiarnos y sentir el dolor. Traer esos pensamientos a la conciencia es el primer paso para trabajarlos y aceptar la experiencia tal cual es, dejando atrás el equipaje extra.

Dibujar un árbol (como en el manual del paciente) y poner los pensamientos automáticos, las creencias intermedias y las creencias nucleares. Preguntar a los clientes qué efecto tienen en

su humor, comportamiento y dolor. Observar si pueden establecer sus propios enlaces entre estos pensamientos y las creencias, por ejemplo, intentando que empiecen por algún pensamiento automático que hayan identificado previamente con los “Hábitos mentales inútiles”.

También tenemos creencias positivas nucleares, sin embargo, típicamente nuestras creencias negativas nucleares salen a la luz en los peores momentos y tienen un efecto negativo sobre los pensamientos, las emociones, las sensaciones y dolor. Como se ha comentado, ser conscientes de estas creencias, pensamientos, emociones y dolor es radicalmente diferente a como típicamente relatamos esas experiencias. Aprender a estar abiertos y aceptar las dificultades es un proceso gradual, y empezaremos por el punto de partida en que cada uno esté, lo importante es orientarse en ese sentido. Los dos aspectos más importantes en la práctica que realizaremos a continuación son:

1. Atención plena: tenemos que guiar nuestra atención hacia lo más predominante de la experiencia, ya sean emociones difíciles, sensaciones físicas, ... Si no hay nada en particular, se puede utilizar alguna de las creencias observadas en el ejercicio anterior del árbol.
2. El segundo paso consiste en desplazar nuestro foco de atención: los pensamientos negativos deben pasar al fondo de nuestra conciencia, mientras observamos dónde se representa la dificultad en nuestro cuerpo. Como en el escáner corporal, nuestro foco de atención busca dónde se siente esa sensación físicamente.

Ahora vamos a practicar la Meditación sentado que será una guía para aprender a trabajar estos dos pasos descritos y las dificultades en la meditación, respondiendo siempre con aceptación.

**Guiar Meditación sentado*

Durante esta práctica, se toma un problema que sea de moderada dificultad (mejor que grandes problemas), para practicar algunas técnicas antes de ir a problemas mayores. Si en algún momento te sientes abrumado durante la práctica, simplemente vuelve a tu respiración, y entonces intenta observar la dificultad, sin meterte en ella, entre respiración y respiración, sin juzgar. La idea no es forzarte a tomar contacto de manera prolongada con las dificultades,

sino en estar en contacto con esas dificultades de manera amable, durante periodos cortos de tiempo, una y otra vez. Si no hay ningún problema que te venga a la cabeza, entonces puedes trabajar con alguna dificultad pasada.

Preguntas:

- Esta práctica pretende que observes qué ocurre cuando invertimos la tendencia de eliminar de nuestra mente los aspectos difíciles. Sin dar detalles, preguntar cómo ha ido la experiencia.
- ¿En qué sentido has notado una diferencia en cómo te relacionas con las dificultades?
- Esta nueva relación con los aspectos más difíciles de tus pensamientos y emociones, ¿cómo te afecta a tu vivencia del dolor a diario?

La incomodidad en el momento de la meditación es una buena oportunidad para practicar esta habilidad. Es necesario ser consciente de esta experiencia sin intentar evitarla o acabar con ella (que es lo que habitualmente hacemos). Trabajando de esta manera es como se abre un mundo de respuestas posibles, no sólo una respuesta automática.

De esta manera se invita a estar con las dificultades durante la siguiente semana haciendo la meditación Espacio Responsivo de Respiración de 3 minutos.

TAREAS PARA CASA

Practicar diariamente el espacio responsivo de respiración de 3 minutos y dar manual para casa.

SESIÓN 6: VER LOS PENSAMIENTOS COMO PENSAMIENTOS

Esta sesión comienza con un ejercicio del libro original de Segal, Williams y Teasdale, que fue diseñado para facilitar una experiencia directa acerca de cómo nuestra mente salta a conclusiones y añade información de manera automática cuando los datos son realmente mínimos. El núcleo de la sesión es poder conceptualizar los pensamientos como lo que son: únicamente pensamientos, no hechos ni verdades. La conciencia plena se construye en este ejercicio a partir de dos partes:

1. Realizar una meditación sentado (como en la sesión anterior)
2. Un ejercicio diseñado para cultivar la conciencia plena y ver cómo influye nuestro estado emocional y físico en cómo pensamos.

Asimismo, en esta sesión se hace mayor hincapié en el desarrollo de un calendario propio de realización de prácticas meditativas, lo que se denominaría “Plan de Mantenimiento de Mindfulness”. En este plan, los pacientes tienen que escoger las prácticas meditativas que hayan aprendido que más les gusten.

Guión del Terapeuta

1. Orientación

Escribe las siguientes frases. Una por vez, dejando unos segundos antes de escribir la siguiente para que los participantes puedan leer y dar significado a cada una de ellas:

Juan estaba de camino al colegio.
Estaba preocupado por la clase de matemáticas.
No estaba seguro de poder dar bien la clase hoy.
No era parte del deber de un conserje.

(Segal, Williams y Teasdale, 2013, p.299)

¿De qué te has dado cuenta mientras lees las frases?

Para muchas personas, la interpretación de la historia se actualiza en cada frase, yendo de la historia de un pequeño niño preocupado por su clase de matemáticas, a pensar que Juan es un profesor y finalmente nos damos cuenta de que es el conserje. Normalmente no nos damos cuenta de que nuestra mente funciona creando significados, y estamos constantemente añadiendo juicios a nuestra experiencia directa. Por lo tanto, estamos experimentando una interpretación filtrada de la realidad y no los hechos en sí.

Esta tendencia a teñir los hechos con nuestras interpretaciones y reacciones emocionales puede, en ocasiones, hacer que el dolor crezca. Las personas que tienen dolor crónico (y el estrés asociado al mismo), a menudo tienen muchos pensamientos automáticos negativos en relación a sí mismos. Aunque estos pensamientos puedan tener algo de verdad (¡por eso son tan creíbles!), suele haber algún elemento de interpretación o juicio que hace que sea más negativo o irreal, y al final suelen contener creencias nucleares negativas en torno a las ideas “soy defectuosos” o “soy inútil” (visto en la sesión anterior).

Cuando un comentario negativo surge en nuestra mente, no solemos notarlo, con lo cual no lo detenemos y corremos el riesgo de que se convierta en un torrente de negatividad. Alrededor de estas creencias nucleares están las creencias intermedias y los pensamientos automáticos, y entonces aparecen muchos más pensamientos negativos en torno al futuro. Hasta ahora hemos ido desactivando el piloto automático y reconociendo nuestros pensamientos y reacciones. Hoy exploraremos maneras de cambiar la relación con nuestros pensamientos. Veremos cómo desviarnos de la corriente de pensamientos para poder verlos como sólo pensamientos, no necesariamente verdaderos, y no necesariamente orientados hacia una acción concreta.

2. Tema Central

Los pensamientos y sentimientos negativos pueden cegarnos, estrechando nuestro punto de vista y cerrando la puerta a reacciones alternativas a la experiencia. Es liberador darse cuenta de que nuestro pensamiento es sólo pensamiento, no son hechos, y nosotros podemos aprender a ver cómo estos pensamientos vienen y van, sin enredarnos en ellos.

3. Ver los pensamientos como productos de nuestra mente pensante.

Anteriormente, hemos trabajado cómo los pensamientos son productos de nuestra mente, que no necesariamente tienen una base en la realidad o algún grado de verdad. Incluso si un pensamiento parece ser verdad, ¿Podemos permitirle estar presente con curiosidad, paciencia y amabilidad?

Hemos trabajado con las dificultades, dándoles un toque de ligereza, sin tener que abrirnos paso a empujones entre ellas. A veces los pensamientos, creencias o situaciones pueden verse tan negativas o problemáticas que la idea de traer consciencia hacia ellas puede parecernos abrumador. Si este es tu caso, en vez de luchar contra ello, te proponemos una serie de alternativas para responder a estas dificultades:

- Una opción es llevar la atención a la relación que tienes con estas dificultades desde el cuerpo, a través de sensaciones físicas o emociones. Es decir, si al traer a tu mente una dificultad o un pensamiento negativo notas una fuerte sensación en el cuerpo, puedes llevar tu atención hacia ese lugar, ablandándolo, suavizándolo y abriéndolo; respirando con esta sensación, dándole espacio y permitiendo que esté presente. Cuando esta sensación ya no ejerza esa fuerte atracción de nuestra atención, podremos descansar la consciencia en los movimientos de la respiración, o en el cuerpo como una totalidad.

- Por otro lado, si al trabajar con una dificultad sientes que emerge una fuerte emoción, puedes meditar con esta emoción en vez del pensamiento: respirando con ella, dándole espacio, abriéndote, de la misma manera que lo harías con una sensación física. Al estar presentes con la carga energética de la emoción, en vez de perdernos en pensar, aprendemos a estar presentes con la experiencia, sin añadir más combustible al fuego.

Hoy practicaremos estas técnicas de meditación para trabajar intencionalmente con las dificultades.

4. Meditación Sentado: Mindfulness de la respiración, el cuerpo, los sonidos y los pensamientos. Introduciendo el trabajo con las dificultades en la práctica.

*Guiar meditación Mindfulness de la respiración, el cuerpo, los sonidos y los pensamientos. Introduciendo el trabajo con las dificultades en la práctica.

Al igual que en la sesión 5, es mejor empezar trabajando problemas de moderada dificultad. Ver guión de la meditación en anexo.

Preguntas:

- Sin comentar específicamente la dificultad elegida, ¿qué notaste en esta práctica?
- ¿Cómo te ayuda en otros retos diarios el poder trabajar con la dificultad de una manera diferente?
- ¿Cómo relacionas esta práctica con tu día a día con dolor crónico?

Explora las tareas para casa sobre las prácticas Meditación Sentado, Trabajo con dificultades, Espacio de respiración de 3 minutos, Espacio de Respiración Responsiva de 3-Minutos. También hay que preguntar por las creencias nucleares e intermedias detectadas (el árbol).

¿Cómo fue la experiencia de traer las dificultades hacia tu mente? ¿Qué retos tenías?

- ¿Qué hubo de diferente en hacer la práctica con el audio a cuando la hiciste sin audio?
- ¿Cómo fue la práctica del Espacio de Respiración Responsiva de 3-Minutos? ¿Qué hubo de diferente a cómo reaccionas normalmente ante las dificultades?
- ¿Cómo es tu relación con la práctica ahora que ya llevas 5 semanas?
- ¿Qué has observado en relación a tus pensamientos (el árbol)?

5. Cuando nuestro punto de vista queda atrapado en los pensamientos y las emociones.

Vamos a hacer un ejercicio para observar las conexiones entre nuestros pensamientos, emociones y cómo nos sentimos.

Reparte una fotocopia con la versión 1 (no des la versión 2 en el mismo momento), e invítalos a escribir debajo lo que ellos piensan.

Versión 1

Hoy te has levantado sintiéndote mal después de una mala noche debido al dolor. Vas a la cocina y ves a tu pareja que se va pitando, diciendo que no puede parar y que se tiene que ir corriendo. ¿Tú que pensarías?

Después de unos minutos, entrega la fotocopia de la versión 2 y que escriban lo que piensan debajo.

Versión 2

Te despiertas sintiéndote muy bien esta mañana después de una noche en la que has dormido bien, sólo algunas interrupciones por un dolor leve. Vas a la cocina y ves a tu pareja que se va pitando, diciendo que no puede parar y que se tiene que ir corriendo. ¿Tú que pensarías?

Comenta las diferencias entre las respuestas de ambas versiones. Lo importante es que los pacientes se centren en que, igual que los pensamientos cambian nuestro estado de ánimo, nuestro estado de ánimo cambia nuestra forma de interpretar las situaciones que son (en principio) ambiguas. Así que lo que percibimos de las situaciones viene determinado por nuestro estado de ánimo, no por la situación.

Si nuestro estado de ánimo es negativo, es fácil que nuestras interpretaciones sean negativas o inútiles, y entremos en un círculo vicioso de negatividad. Así, un estado de ánimo negativo es un signo de alerta para que prestemos atención a nuestros pensamientos y recordemos que éstos sólo son pensamientos, no hechos. Hemos estado entrenando nuestra mente para que pueda manejarse en estas circunstancias, utilizando la respiración como un anclaje.

5. Herramientas para cambiar el punto de vista.

En los momentos en que el dolor es demasiado y entras en un torrente de pensamientos y sentimientos negativos, siempre puedes hacer algo para dar un paso atrás, abrir un espacio y permitir a tu mente conocer qué está pasando: respirar. El Espacio de Respiración de 3 minutos es una técnica que puedes llevar donde estés y que puedes ejecutar estés como estés. Este espacio te permitirá ver con más claridad lo que sucede y elegir la mejor opción, en contraposición a venirte abajo y actuar impulsivamente.

No importa lo que esté sucediendo, lo importante es que siempre hay una opción, incluso si la opción es no hacer nada (a veces la mejor opción es no hacer nada). Cuantas más veces practiquemos el Espacio de Respiración de los 3 minutos, más capaces seremos de ver los pensamientos de una manera tan natural como la respiración, sin engancharnos en el hilo de pensamientos, sólo observando cómo van y vienen.

Guiar un Espacio de Respiración de 3 Minutos. Después de la práctica, si hay disponibilidad de tiempo, preguntar cómo ha ido la práctica, si se ha dado algo diferente y cómo se relaciona con el dolor crónico.

6. Identificar las banderas rojas del estrés: el termómetro del dolor.

Una parte importante del manejo del dolor es entrenar la capacidad de saber cuándo necesitas hacer una meditación o utilizar estrategias que cambien tu punto de vista. Conocer estas señales (que denominaremos “banderas rojas”) es muy importante. Como aprendimos con la Teoría de la Puerta, el estrés y cómo reaccionamos ante él, modulan la respuesta al dolor. Es importante aprender a detectar las banderas rojas que te indican que estás saturado o llevando más actividad de la que puedes gestionar, o que estás juzgando una situación en vez de experimentarla. Darnos cuenta de estas banderas tempranas nos permite poner en marcha medidas adecuadas. Para entrenarnos en detectar estos momentos podemos usar el *termómetro del dolor*.

Pedir a los participantes ejemplos de banderas que indican que el dolor y/o estrés está subiendo, para apuntar en la pizarra.

Ejemplos que puedes aportar:

- Estar completamente absorbido en un trabajo o evitarlo por completo.
- Dejarte: no hacer ejercicio, comer de manera insana, no tener tiempo de cuidarte.
- Observar que tu mente está viajando al futuro o metida de lleno en el pasado.
- Sentirte tenso/ansioso, enfadado y/o depresivo.
- Cambios en el sueño: dormir mucho más de lo habitual o mucho menos.
- Aislarte y no querer hablar con nadie más.
- Continuar a pesar del dolor, sin escuchar a nuestro cuerpo y sin descansar cuando es necesario.

Como tarea para la semana deben darse cuenta de estas banderas.

7. Desarrollar un plan de mantenimiento del Mindfulness.

Después de hoy quedarán sólo dos sesiones más. El final del curso es realmente el principio de una nueva vida con dolor, pero con sentido. Para prepararte para esta nueva vida te invito

a confeccionar un plan de personalización de las prácticas meditativas que has aprendido, para incorporarlas a tu vida cotidiana.

Como te habrás dado cuenta, el Mindfulness no es la cura del dolor, y no funciona como la medicación, ya que su alivio no es inmediato. La idea es introducir las prácticas del Mindfulness, y empezar a utilizarlas como una herramienta para manejar el dolor y como una forma de vida. El objetivo es consolidar el hábito de realizar estas prácticas día a día.

En las próximas semanas puedes encontrar tu propia manera de personalizar las prácticas formales e incorporar prácticas informales, como traer tu mente mindfulness a las rutinas diarias. Cuanto más puedas incorporar estas prácticas a diario, más probable será que puedas darte cuenta de la experiencia presente y con ello podrás darte cuenta de cuándo tu termómetro del dolor está subiendo y cuando estás bien y puedes disfrutar de ese momento.

8. Tareas para casa.

Ir al manual del paciente.

RECOMENDACIONES PARA EL TERAPEUTA

- Ejercicio de apertura de la sesión: el ejercicio de Juan es mejor hacerlo con la mínima introducción, diciendo, por ejemplo: “Vamos a empezar la sesión de hoy con un ejercicio breve. Voy a escribir algunas frases en la pizarra, y os voy a invitar a leerlas conforme las vaya escribiendo”. Y entonces se procede a escribir una a una permitiendo el tiempo suficiente entre cada frase para que todo el mundo pueda leerlas. Se tiene que hacer hincapié en cómo cada uno, en cada frase, ha ido adornando la historia y yendo más allá de la frase, con pensamientos y creencias automáticas. Esto se enlaza con el hecho de que, afectivamente, cada interpretación nos genera unas emociones y que al final hay que ver los pensamientos como pensamientos, no como verdades ni como algo que hay que obedecer.
- Cuando nuestro punto de vista es una trampa: cuando ya hemos hecho las dos versiones del ejercicio anterior, los pacientes deben observar cómo no sólo los pensamientos automáticos influyen en cómo me siento, sino que también el cómo me siento crea un contexto en el que es fácil que aparezca la negatividad.

- Identificando las banderas rojas: cuando los pacientes tengan dificultades para ver las banderas rojas hay que remitirlos a la Teoría de la Puerta de Control para que vean “qué cosas le abren las puertas al dolor”.
- Plan de mantenimiento: para hacer este plan es importante hacer un buen reflejo de los aspectos que motivan al paciente a hacerlo y reforzar las mínimas prácticas



• SESIÓN 7: CUIDAR DE MÍ MISMO

El propósito de esta sesión es que el paciente cree un programa de continuación de Mindfulness y que se haga cargo de su autocuidado. Se inicia con una meditación sentado, en la que el paciente trabaja con algún pensamiento difícil para él, entrenando la aceptación sin juicio. Se continúa con preguntas para favorecer el debate en grupo.

Para ejercer un autocuidado efectivo, es necesario aprender a identificar las señales de alarma y poner en marcha un plan de para disminuir el estrés.

En la segunda parte de la sesión, se enfatiza la importancia de mejorar la atención plena en las actividades de la vida diaria como medio para disminuir el estrés y el dolor. Se invita a los pacientes a compartir detalles sobre sus prácticas. De este modo, se intercambian ideas acerca de las prácticas informales que realizan los pacientes y que puedan inspirar a sus compañeros a desarrollar las propias.

Guión del Terapeuta

1. Orientación

La idea central durante todo el programa es traer la conciencia al momento presente, siendo conscientes de nuestras emociones, pensamientos, cuerpo y dolor; aprendiendo a desactivar el piloto automático. Esto nos abre nuevas vías para relacionarnos con la experiencia y permite darnos cuenta de todo el peso extra que, en ocasiones, acarreamos.

Cuando las emociones y el dolor están en una espiral fuera de control, puede ser útil explorar cómo se relaciona la actividad que estamos realizando con el dolor. Tal vez la actividad realizada debería dejarse de lado, o quizá su intensidad o la manera en que la hacemos deba cambiarse a fin de cuidarnos a nosotros mismos.

2. Tema Central

Cuando aprendemos a sintonizar y ser más conscientes, es probable que mejoremos en nuestra capacidad para darnos cuenta de nuestras propias señales de advertencia o “banderas rojas” que señalan que un pico de dolor o una crisis emocional son inminentes. Si puedes detectar esto tempranamente, tendrás más opciones de cómo responder para evitar que el

dolor o la sobrecarga emocional tomen el control. Existen cosas que puedes hacer para manejar mejor el dolor, y lo que cada persona haga será único para cada uno.

3. Meditación Sentado: trabajar las dificultades en la práctica.

Parte de cuidarnos a nosotros mismos, implica aprender a trabajar con el dolor y con las situaciones difíciles para nosotros, para que sean menos abrumadoras. Ahora vamos a practicar una técnica de meditación específica en la que hemos estado trabajando las últimas dos sesiones, que es un vehículo ideal para desarrollar suavemente nuestra capacidad de permanecer presentes en situaciones difíciles. Durante esta meditación, se le guiará hacia una dificultad o problema, trabajando para mantenerse al tanto de la dificultad con apertura y amabilidad, lo mejor que pueda.

Guiar meditación de dificultades

Preguntas:

- Sin contar la dificultad en concreto que has trabajado, podrías decirnos de qué has tomado conciencia? (según la respuesta del paciente puedes indagar en qué sentido esta práctica ha sido diferente o cómo la relacionas con la vivencia del dolor).

Preguntas sobre la experiencia de la práctica en el hogar:

- *Audios grabados,*
- *Espacio de respiración de 3 minutos,*
- *Herramientas para cambiar su punto de vista sobre los pensamientos disparadores*
- *Darse cuenta de las banderas rojas que está aumentando el termómetro de dolor-estrés.*
- ¿Cuál fue la experiencia de su práctica en el hogar, trabajando con su propia selección de meditaciones guiadas como esta la semana pasada?
- De las prácticas que has aprendido, ¿Cuáles te están siendo de más utilidad?
- ¿Qué estrategias te han servido para mantener tu práctica diaria?
- ¿Qué desafíos, si hay alguno, has notado?
- ¿Cómo podría superar estas barreras?

Una de las actividades para casa fue explorar los cambios en su pensamiento, emociones, comportamiento y sensaciones físicas que son señales de alerta o factores desencadenantes que están aumentando su termómetro de dolor-estrés. ¿Qué banderas rojas notó que podrían ser sus propias señales de advertencia? ¿Qué parece mantenerte "atascado" cuando surgen estas banderas rojas? Discuta las experiencias de los clientes.

Continuaremos trabajando para identificar formas de responder sabiamente cuando note estas señales de alerta, de modo que pueda avanzar hacia un mejor autocuidado. Este próximo ejercicio nos ayudará a ser más conscientes acerca de la manera en que actuamos cuando se presentan estas banderas rojas.

4. La relación entre la actividad y el dolor.

En ocasiones, cuando sentimos dolor nos resulta difícil tomarnos un tiempo para cuidar de nosotros mismos, ya que no nos sentimos a gusto o motivados para hacerlo. Por otro lado, cuando tenemos un buen día, a veces queremos compensar por lo que no hemos podido hacer en otros momentos e intentamos “exprimir” ese momento todo lo posible. ¿Te suena familiar? En ocasiones también nos ponemos ansiosos al no saber cómo nos sentiremos más adelante y evitamos planificar o comprometernos en ciertas actividades que podrían ser agradables o que deseamos hacer, “por si acaso”, por si deviene nuevamente una nueva crisis de dolor.

Vivir con dolor, estrés y todo el espectro de emociones que acompañan al dolor crónico, también pueden conducir a una sensación de no querer hacer nada. Tal vez porque todo esto le quita su motivación o tal vez porque no puede hacer las cosas "como antes" lo cual lleva a pensar "¿qué sentido tiene?" Cada uno de nosotros tiene nuestras propias tendencias frente al dolor; sin embargo, si conoce esas tendencias mientras están sucediendo, puede ver si en este momento es útil, o no estar de acuerdo con esas tendencias. El cuidado personal no es egoísta. A veces, necesitas ponerte primero, y algunas veces necesitas continuar haciendo cosas que disfrutas en vez de dejar que el dolor sea el que mande. Vamos a hacer un ejercicio ahora para aumentar la conciencia de nuestras tendencias y qué es exactamente lo que hacemos día a día.

Os invito a recordar un día normal vuestro y escribir en un papel las cosas que normalmente hacéis en forma de lista. Comenzando desde el momento en que te despiertas y examinando las actividades con detalle: tal vez lavarte la cara, hacer café, desayunar, hablar con mi familia; hasta la noche y cuando te acuestas para ir a la cama. Permita tiempo para que los clientes escriban sus actividades diarias.

Y ahora, me gustaría que veas si puedes dividir tu lista en:

1) Actividades nutritivas: pon un símbolo (+) al lado de las cosas que haces en tu vida diaria que valoras, que te dan energía, te nutren, te rejuvenecen.

2) Actividades agotadoras: pon un símbolo (-) al lado de las actividades que realiza en su vida cotidiana que le quitan energía, lo dejan con una sensación emocional de agotamiento, lo sacan del momento o le ponen presión a su salud.

Puedes dejar sin ningún símbolo las actividades que consideres “neutrales”.

Permitir tiempo para dividir su lista de esta manera.

¿Qué notaste al hacer esta actividad? ¿Descubrió que tenía más + que - o viceversa, o estaba razonablemente equilibrado? Discuta las experiencias de los clientes.

Desarrollar actividades más nutritivas durante el día y reducir la cantidad de tiempo dedicado a actividades agotadoras requiere planificación e intención. Así que os invito a repasar vuestra lista y ver si a través de pequeños cambios en el día, o enfocando las cosas de otra manera podríamos permitirnos hacer con menos frecuencia estas actividades agotadoras, o hacerlas de manera tal que nos quiten toda la energía. A su vez, de aquellas actividades mejor valoradas y más nutritivas ¿Qué pequeños cambios puedo incorporar para que sucedan más a menudo? o ¿Cómo puedo hacer para estar más presente, con más consciencia a medida que estos momentos suceden?

Permita tiempo para que los clientes escriban sus ideas y discutan, escribiendo las respuestas en el rotafolio.

Algunos de ustedes han comentado que tienen actividades que entran en conflicto en vuestra agenda. A veces sienten que "deberían estar haciendo x, y, z para otros" antes de poder hacer una actividad deseada por vosotros. Otro tema recurrente es la sensación de sentirnos atrapados en patrones preestablecidos, con la sensación de no tener control sobre vuestra rutina diaria: el cuidado personal parece un lujo, un extra opcional "si hay tiempo". Así, a

veces a pesar de querer que nuestros días sean diferentes y desear hacer más de aquello que nos hace bien, nuestros pensamientos dicen "Bueno, eso estaría bien, pero no es posible", con lo cual las cosas no cambian demasiado o lo hacen en una dirección indeseada. Al prestar atención y ser más conscientes acerca de cómo pasamos nuestros días, es posible que encontremos huecos y espacios que podemos aprovechar o incluso cambiar la aproximación que tenemos hacia ciertas actividades para que el auto-cuidado se convierta en una prioridad para nosotros. Al traer atención a esos espacios, podemos abrir opciones sobre cómo utilizarlos, permitiéndonos tomar decisiones deliberadas acerca de lo que realmente necesitamos: a lo mejor tomando un momento para desacelerar para tomarnos un café o un té tranquilamente, en vez de dejarnos llevar por nuestro piloto automático. El mensaje de base que queremos transmitir es la importancia de "chequearte" de manera consciente en varias ocasiones durante el día y preguntarte "¿Qué necesito en este momento para cuidar de mí mismo?"

5. Cuidarse mejor

En ocasiones, cuando estamos con dolor, nos puede resultar difícil saber qué es lo que necesitamos hacer para cuidarnos. En esos momentos, sirve tener una lista ya preparada y personalizada con actividades (o no-actividades) que son nutritivas o que te provean una sensación de control, de manera tal que cuando sientas que el dolor está por aparecer, o que tu mente está cayendo en viejos hábitos inútiles o que tu ánimo está bajando, puedas aprovechar esta lista. Puede servirte mucho el dejarla en un lugar visible, como en la puerta del frigorífico. No importa cuán "bien" o "mal" te sientas, siempre puedes elegir hacer algo que te haga sentir mejor. Así que vamos a tomarnos un momento para comenzar a hacer esta lista ahora, incluyendo actividades pequeñas, medianas y grandes, algunas que requieran esfuerzo y otras que apenas lo requieran, de manera tal que te encuentres como te encuentres, siempre exista algo en la lista que te pueda subir el ánimo y te ayude a cuidar de ti mismo de alguna manera. Si te cuesta encontrar ideas, puede ayudarte el volver a tu diario de experiencias placenteras de la sesión 2.

Permite tiempo para que los pacientes escriban sus actividades.

Es conveniente tener una variedad de opciones de actividades de cuidado en la lista, para mantener el interés en ellas. Aun así, si aparece una opción nueva sobre la marcha, intenta

estar lo suficientemente abierto para experimentar de manera espontánea con algo nuevo que no hayas hecho antes y que no esté en la lista. Un enfoque de curiosidad abierta muchas veces sirve para sobrecompensar el sentido de aislamiento, retirada o de reacciones basadas en el miedo. Además, cómo te sientas después podrá sorprenderte.

Ahora bien, mirando nuevamente tu lista de actividades diarias ¿Qué huecos o ventanas de tiempo puedes encontrar en las que puedas programar actividades placenteras o nutritivas?

Permite a los pacientes tiempos para programar actividades nutritivas.

Parte de las tareas para casa de hoy será continuar con este plan de incrementar momentos del día que sean nutritivos, y añadir a la lista actividades de autocuidado. En el proceso que implica aprender a cuidarnos mejor, es probable que aparezcan pensamientos del tipo “esto no va a cambiar nada” o incluso pensamientos de tipo “me sentiré mil veces mejor después de esto”. De la mejor manera que puedas, nota que estos son solamente pensamientos y déjalos pasar. Simplemente elige una de las actividades de tu lista y comprométete con ella, trayendo un sentido de apertura mental hacia esta actividad, sin prejuizar cómo te sentirás después, y sin esperar hasta que “tenga ganas” para hacerla.

Es importante no esperar milagros o cambios inmediatos. Piensa en esta estrategia como en la conducción de un barco: un sutil cambio de algunos grados en el timón puede no notarse al principio, pero con el tiempo y la distancia ese cambio insignificante envía el barco en una dirección completamente diferente. Al crear más espacios destinados a actividades nutritivas en tu día a día, y al limitar o eliminar aquellas que te agotan, estás creando un sentido de control sobre tu vida frente al dolor y sus picos. Ya no estás a la merced de tu sensación de dolor, ya que hay cosas que puedes hacer para manejarlo. Como siempre, es de ayuda usar el espacio de respiración de tres minutos como primer paso para sintonizar y observar con atención qué podría ser lo más nutritivo para ti en ese momento. Tomar esta breve pausa te permitirá ver con más claridad qué acción (si es que debes tomar alguna) es necesaria para cuidarte mejor.

Vamos a practicar tomando este primer paso ahora.

Guiar meditación “Espacio de respiración de 3-Minutos”

Preguntar por la experiencia después.

6. Pasos hacia el autocuidado cuando se eleva el termómetro de estrés-dolor.

Cuando el termómetro estrés-dolor está aumentando, conocer nuestras banderas rojas y saber de antemano qué es nutritivo para nosotros son elementos claves de un buen plan de autocuidado. Hay dos pasos fundamentales para conducirnos hacia el autocuidado ante el estrés y el dolor:

1. Hacer un Espacio de respiración de 3-minutos.
2. Tomar una decisión sabia que contemple la manera más amable y nutritiva para cuidarnos a nosotros mismos en este momento. Puede ser a través de una actividad que nos dé un sentimiento de placer, maestría, control o logro. Puede implicar hacer una larga meditación, volver a leer alguna parte del manual que te haya sido de utilidad en este programa, o realizar cualquier otra actividad que hayas identificado como nutritiva o que esté en tu lista.

Cuando el dolor es muy intenso, normalmente también nos arrastra una corriente de pensamientos negativos acerca del dolor (“esto es terrible”, “Esto ha arruinado todo mi día y no me quedarán un montón de cosas pendientes que hacer”, “Así no valgo nada, ¿quién va a querer contratarme así?”). Tomar un espacio de respiración como primera medida nos deja en mejor posición para ver más claramente estos pensamientos como lo que son: sólo pensamientos. En este sentido, sería de utilidad volver al manual de la sesión 6 y revisar las herramientas para cambiar los puntos de vista de los pensamientos disparadores.

Otra herramienta de utilidad es darnos cuenta la manera en que el dolor está afectando nuestras emociones y el resto del cuerpo. Por ejemplo: a lo mejor te das cuenta que un pico de dolor afecta tus emociones a través de un aumento en el enfado, y en el cuerpo con tensión muscular generalizada. Una meditación sentado, como la que hemos practicado antes hoy, puede ayudarte a trabajar con estas dificultades, trayéndolas a tu mente para “ablandarlas” y “abrir las” con respiración en vez de continuar luchando contra ellas.

Algunas personas refieren que una de sus mayores dificultades es no darse cuenta de de banderas rojas o señales de que el dolor está a punto de empezar a subir, con lo cual, los picos de dolor los toman por sorpresa completamente. Si esto te sucede a ti también, en esos momentos puedes hacer un espacio de respiración para traer un sentido de apertura a la situación y permitir que tu mente se aquiete para analizar cuál es la opción más nutritiva para

ti en este momento para cuidarte, al menos hasta que el pico de dolor cambie. La tarea consiste en estar en el momento presente de la mejor manera que te sea posible, sin añadir equipaje extra sobre el dolor; simplemente estar con la experiencia tal cual es, con apertura y amabilidad. En el manual del paciente de esta semana se incluyen algunas propuestas de autocuidado, y algunas acciones que puedes tomar cuando el termómetro estrés-dolor esté aumentando.

7. Tareas para casa.

Esta será la última tarea "asignada" para casa en este programa. La idea es establecer una rutina de meditación que te permita cuidar de ti mismo.

Revisar manual del paciente junto a los participantes.

Recomendaciones para el terapeuta.

Al invitar a los pacientes a hacer el ejercicio de las actividades nutritivas vs. actividades agotadoras, es importante aclararles que no es un ejercicio para entregarnos a nosotros, aunque se les anime a compartir verbalmente sus observaciones. De esta manera, les damos permiso para dejar ir cualquier reserva y a comprometerse más con la actividad. Ver cómo pasamos nuestros días implica ver cómo pasamos nuestras vidas, y ver esto escrito en un papel puede ser bastante esclarecedor. Algunos pacientes notan que una misma actividad puede ser tanto nutritiva como desgastante, dependiendo del contexto y a estas pueden ponerles tanto el signo + como el -.

Posteriormente, la idea no es que las actividades agotadoras sean eliminadas por completo, esto no sería realista. Sin embargo, podemos explorar maneras en que pueden reducirse estas actividades. Si una actividad necesita ser realizada obligatoriamente (no porque los demás esperan que sea así o porque los pacientes se sientan obligados a hacerla, sino porque literalmente es de realización obligada, como por ejemplo: hacerme algo de comer), podemos explorar de qué manera puede hacerse con un enfoque diferente, para que resulte menos agotadora. En la medida en que vamos dando más espacio a las actividades nutritivas, un mensaje clave para ello es dejar claro que el "autocuidado no es egoísmo". En otras palabras: el autocuidado no es una opción sólo si hay tiempo de sobra después de cuidar de todos los demás, sino un componente esencial y efectivo del manejo del dolor que debe ser programado y puesto como prioridad.

Debe quedar clara la cualidad de las actividades nutritivas: pueden ser tanto aquellas que traen una sensación de placer, así como aquellas que nos dan una sensación de maestría o de haber logrado algo significativo. Todos estos sentidos son motivantes. Saber con claridad qué es nutritivo para mí y expandir el repertorio de actividades que nos proveen placer, maestría o logro, es muy útil a la hora de romper la barrera de la inercia que a veces se crea con el dolor crónico.

Es importante discutir cómo las actividades nutritivas pueden ser tanto aquellas que brindan un sentido de placer (como en, por ejemplo, aquellas experiencias anotadas en el Diario de Experiencias agradables) como aquellas que dan un sentido de dominio o un sentido de haber logrado algo significativo; ambos son alentadores. Tener un sentido fácilmente disponible de lo que nutre y expandir el repertorio de actividades que proporcionan una sensación de placer, maestría o logro es particularmente útil para superar las barreras de inercia que a menudo se experimentan con el dolor crónico, ya que está comenzando a programar estas actividades en un cliente día en la sesión. Al hacer su lista de actividades de autocuidado, es útil recordarles a los clientes que incluyan actividades que implican diversos grados de esfuerzo, planificación y tiempo, por lo que siempre hay algo que los clientes pueden hacer para cuidarse a sí mismos en prácticamente cualquier circunstancia. Un último componente "nuevo" en esta sesión es alentar a los clientes a utilizar el espacio respiratorio de 3 minutos como el punto de entrada para abrir sus mentes y permitirles elegir sabiamente qué actividad de cuidado propio de su lista necesitan involucrarse. mejor cuídate en cualquier momento dado.



SESIÓN 8: MANTENIMIENTO EN EL MANEJO DEL DOLOR CRÓNICO

En esta última sesión retomamos el Escáner Corporal como la primera meditación realizada, con la intención de obtener un sentido de círculo que se cierra. La vuelta al Escáner Corporal inicial es una metáfora para ilustrar que el camino para practicar Mindfulness está recién comenzando, como dice Jonh Kabat-Zinn: la verdadera práctica es para el resto de nuestras vidas. Esta práctica es seguida de una revisión sobre la experiencia de los clientes durante la semana, y se debate la identificación de las banderas rojas del estrés y del dolor, así como la identificación de opciones nutritivas y la posibilidad de utilizarlas como una manera de prevenir las recaídas. Siguiendo esto se revisa la terapia como un todo, y se les da la oportunidad a los clientes de reflejar su experiencia durante el programa. Se utiliza la metáfora de la “La Mochila del Mindfulness” para facilitar la discusión acerca de todas las técnicas de afrontamiento portátiles que los pacientes han aprendido a utilizar en este programa y cómo pueden continuar con ellas.

Un aspecto crucial en esta sesión es pautar con el paciente su plan de mantenimiento para mantener su práctica regular. Cada paciente elige las prácticas que le han gustado y se los guía a identificar una razón verdadera para continuar con la práctica y cuidarse a sí mismos. La sesión concluye con una meditación cuyo objeto de atención es una concha, una piedra, una cuenta (de abalorio) o cualquier otro objeto, como recuerdo tangible sobre todo lo que los clientes han puesto y han obtenido en este grupo.

Guión del Terapeuta

1. Orientación

Hoy es nuestro último encuentro juntos como grupo, sin embargo, la práctica no se detiene sólo porque este programa termine. Desde este programa, has estado practicando, construyendo una motivación, entrenando tu mente y desarrollando habilidades que puedes usar para controlar el dolor crónico y vivir una vida significativa con el dolor; en este punto, estás firmemente en el asiento del conductor. Esta octava sesión es mucho más un comienzo que un final, ya que este es el comienzo del resto de sus vidas. Aunque la experiencia sentida de este programa será única para cada uno de vosotros, si hubiera una manera de condensarlo

en solo unas pocas palabras para describir el tema central del grupo, lo más cercano podría ser esto:

Con la conciencia, vemos nuestras formas automáticas de reaccionar ante el dolor, de pensar y sentir, y al ser conscientes de esto, vemos que hay formas hábiles de responder, que hay una opción.

Esto no cambia el hecho de que exista dolor, tristeza o algún otro "problema" al cual enfrentarnos, pero sí brinda la libertad de elegir, tomar medidas sabias, enfrentar el dolor de una manera radicalmente diferente en lugar de ser impulsado y controlado por el dolor y por los patrones automáticos de pensamiento. La instrucción ha sido llevar una curiosidad amistosa a nuestros pensamientos, sentimientos y sensaciones, y mantenerlos en una cuna de atención plena. La tarea es permanecer con nuestra experiencia directa, utilizando la respiración como un ancla.

2. Tema principal

La intención de mantener estas prácticas se reforzarán si puedes conectarlas con razones positivas y genuinas para cuidar de nosotros mismos. Igual que tenemos que comer para poder estar nutridos, tenemos que practicar el Mindfulness para que pueda seguir siendo una herramienta para manejar el dolor y mantener el equilibrio en nuestras vidas.

3. Cerrando el ciclo: Escáner Corporal

Vamos a empezar la sesión cerrando el círculo: el final en el principio, el principio en el final. Practicando el Escáner Corporal todos juntos.

Escáner Corporal

Preguntas guiadas:

- ¿Qué has notado al volver de nuevo a esta práctica?

Pregunta sobre cómo ha ido la práctica en casa, con las meditaciones que eligieron, los 3 minutos de meditación y los pasos para un mejor autocuidado:

- ¿Cuál fue la experiencia al trabajar con esta selección de meditaciones?
- ¿Tienes algún horario o esquema?

La semana pasada teníais que hacer un listado de experiencias nutritivas, que os dieran una experiencia de placer, maestría y logro, e intentar encontrar momentos en que poder hacerlas en la vida diaria. La razón para hacer esto fue aumentar el conocimiento de todas las opciones de cuidado personal que están disponibles, de modo que pueda aprovecharlas cuando el dolor y el estrés comienzan a tomar control y también programarlas como una estrategia de prevención. Es imprescindible discutir las experiencias de los pacientes y escribir sus ejemplos de actividades nutritivas en la pizarra. Las actividades pueden ser:

- Visitar a un familiar.
- Darnos un baño.
- Leer un libro.
- Hacerte una taza de té.
- Dar un paseo.
- Cocinar.
- Escuchar una canción.
- Hacer algo para la casa.

Estaría bien que te apuntaras estas actividades en un listado que pudieras llevar siempre contigo o que estuviera en un lugar visible (frigorífico). Es importante que incluyas en este listado planes sencillos pero placenteros, para que incluso en momentos en los que haya mucho dolor puedes encontrar alguna actividad muy sencilla para hacer. Estaría bien empezar tu listado con el encabezado: “cuidarte no es egoísta, haz algo para cuidarte hoy”. Puedes usar esta lista cuando sientas signos tempranos de advertencia de posibles brotes de dolor o sobrecarga de estrés. Cuanto antes detectes las señales de advertencia, menor será el brote y podrás gestionarlo mejor, utilizando estrategias de autocuidado para prevenir una recaída.

4. Revisión del grupo

Al ser nuestra última sesión, probablemente surjan ciertos pensamientos y sentimientos acerca del final. Vamos a reflexionar un poco acerca de nuestra experiencia en este programa.

- Cuando supiste acerca de esta actividad ¿Qué te llevó a decidir participar en el grupo?
¿Qué esperabas obtener aquí?

- ¿Has obtenido lo que querías en este grupo? ¿Hubo alguna sorpresa?
- ¿Qué fue lo más importante o útil que aprendiste a lo largo del programa?
- ¿Qué obstáculos prevés que pueden aparecer para continuar con la práctica que has aprendido aquí?
- ¿Qué podría ayudarte a superar los obstáculos que prevés que podrían aparecer?

Se pueden compartir estas experiencias y escribirlas en la pizarra. Además, los pacientes deberían escribir para sí mismos sus propias reflexiones sobre esta experiencia.

5. Tu Mochila de Mindfulness

El apunte “Mochila de Mindfulness” es un recordatorio de cómo puedes continuar con la práctica diaria de las habilidades que aprendidas como parte de un plan de mantenimiento de Mindfulness. A lo largo de las últimas 7 semanas has estado llenando esta mochila con una variedad de prácticas formales e informales de mindfulness. Se trata de habilidades portátiles que puedes llevar contigo y usarlas regularmente para manejar el dolor y el estrés.

6. El camino que viene

Ante la ausencia de una estructura semanal de encuentros, puede ser un desafío poder mantener y desarrollar una práctica regular propia. Existe una serie de opciones y combinaciones de opciones para que la práctica que cada uno se proponga sea única para cada uno. En las últimas semanas, parte de las tareas han consistido en experimentar qué prácticas funcionan mejor para cada uno, de manera tal, que puedas construir a partir de ello. ¿Qué prácticas has utilizado? *Compartir las respuestas en la pizarra.*

Decidirse por una práctica regular y mantenerse en ella ayuda a hacer de la meditación una práctica sencilla y rutinaria, lo cual ayudará en el camino que viene, para hacer un hábito. Recuerda, de todos modos, que el centro del Mindfulness es la amabilidad hacia ti mismo, y el mantenimiento de una mente flexible. Las circunstancias cambian, pueden aparecer obstáculos: mantén tu práctica flexible y estate abierto a modificarla para compaginarla con las circunstancias vitales. Tener a mano el guión de tu meditación favorita, o un libro o cita significativa, puede ser un soporte sólido para conectar nuevamente contigo mismo y mantener tu práctica diaria de mindfulness.

Deja tu mochila de Mindfulness lista para cada día (en vez de tenerla en el fondo del armario, esperando para el próximo viaje). Haz de ésta un recurso disponible en cualquier momento, especialmente en momentos de estrés o dolor. Como con cualquier habilidad que queramos aprender, el mindfulness lleva tiempo y práctica, y una manera de mantenerte motivado es mantener tu práctica fresca y regular. El dolor y el estrés pueden ser impredecibles, pero si practicamos todos los días, se convertirá en una habilidad disponible cuando más lo necesitemos.

7. Responder a la pregunta: ¿Por qué estoy haciendo esto?

Es habitual ir perdiendo la adherencia con el tiempo. Las investigaciones han demostrado que una manera para no perder la práctica consiste en enlazarla con una razón significativa. Tu intención debe estar claramente enlazada a la respuesta a la pregunta “¿Por qué estoy haciendo esto?”. Busca al menos una razón significativa o positiva para practicar mindfulness. Es un motivador poderoso y ayudará a mantener la rutina, y a utilizar estrategias de prevención y manejo de los picos de dolor y estrés.

Por ejemplo, un paciente que hizo un programa previo decía que, para él, poder mantener una buena conversación con sus seres queridos y amigos era algo que valoraba mucho. Sin embargo, antes de empezar el programa se sentía frustrado por no poder mantener una conversación debido a la cantidad de energía que el dolor le quitaba, que le impedía mantener la atención, lo cual le generaba aislamiento. A medida que el programa avanzaba, practicar mindfulness le ayudó a enfocar mejor su atención, de manera que ya no estaba preso del dolor, y a pesar de que éste estaba ahí, podía disfrutar de conversar con sus seres queridos. Seguía sintiendo el dolor, pero ya no le absorbía, pudiendo estar con los demás y con la experiencia.

Toma ahora unos momentos para aquietar tu mente, y piensa en qué es lo que más valoras en la vida, y que hayas notado que se ha incrementado o mejorado a través de la práctica del Mindfulness. Cuando una respuesta a esta pregunta empiece a aparecer en tu mente, coge el papel y vacía tus pensamientos ahí, sin importar lo que salga, tenga o no sentido. *Permite a los pacientes pensar y escribir estas ideas en un papel. Es una práctica personal, pero si alguien quiere compartir su experiencia en el grupo, invítalo a que lo haga.*

Lo que has escrito es tu razón personal para mantenerte en la práctica. Puedes encontrarte con que tu razón para practicar evoluciona con el tiempo y que tu motivación fluctúa y cambia de un día a otro. Es importante observar si hay una disminución en la motivación para cuidarte, y explorar diferentes maneras de relacionarte con esta experiencia. Mantén una curiosidad abierta para que incluso en estos momentos, puedas encontrar una razón para practicar, tal vez sea simplemente que la práctica te permita tener control y estar enraizado en un momento de tormenta, hasta que ésta pase.

El esfuerzo en mantener la práctica no significa “lucha”, sino una intención profunda de cuidar de ti mismo y ser consciente dónde estás a cada momento, con la atención puesta en ti mismo, en modo “ser” en vez de “hacer”.

8. La última meditación del programa

Dar a cada paciente un objeto pequeño, como una concha, piedra, una cuenta, y guíarlos a través de una meditación corta con el objeto como foco de atención, de la misma manera que han examinado la pasa en la primera sesión. Instruir a los pacientes que examinen el objeto con atención plena, sintonizando con los detalles de forma, peso, textura, cómo la luz refleja la superficie, etc, y que enlacen intencionalmente su razón para mantener la práctica, con este objeto.

Final de la meditación: el objeto es un recordatorio de nuestra experiencia en este programa, simboliza el arduo trabajo que hemos puesto aquí, el tiempo y el esfuerzo, la conciencia ganada y, tal vez, el cambio en tu relación con tu dolor, así como un recuerdo de la gente con la que has compartido esta experiencia. Algunas personas dejan este objeto en su coche, así cada vez que “van a algún lado” se recuerdan a sí mismos el tiempo en este programa, otros lo dejan en su bolso o en su escritorio. Tal vez quieras dejarlo en algún lugar donde lo veas a menudo para recordarte a seguir el proceso que has empezado, para continuar explorando el aprendizaje de vivir una vida llena de significado con el dolor, y para sintonizar y escuchar a tu cuerpo con amabilidad, aceptación y cuidado hacia ti mismo.

9. El comienzo siempre está en el momento presente

Cada momento es un nuevo comienzo. Sostén tu atención, desde este momento en adelante, de mantenerte en la práctica lo mejor que puedas. No se trata sobre la forma o la duración de la práctica que decidas hacer, sino de la cotidianidad de la práctica. Es mejor hacer una práctica breve cada día, que hacer una meditación larga sólo los fines de semana. La frecuencia es mucho más importante que la duración.

El Espacio Responsivo de Respiración de 3 Minutos es una práctica corta ideal para hacer cada día. Esta técnica provee una herramienta portátil de sintonizar, de observar la experiencia, los pensamientos, emociones y sensaciones corporales presentes y anclar la consciencia varias veces al día. Permite que esta práctica sea la primera manera en responder durante momentos de dolor, estrés y dificultad.

Incluso si notas que durante un tiempo no has practicado, en el momento que pauses, sintoniza con tu respiración, volviendo al momento presente. Cada momento es el primer momento del resto de tu vida. “Ahora” es todo lo que tenemos, y es realmente el único momento que tenemos para vivir.

Entregar certificados.

RECOMENDACIONES PARA EL TERAPEUTA

1. Plan de Mantenimiento y el enlace con una razón significativa para practicar.

Muchos pacientes refieren sentirse preocupados ante la posibilidad de no mantener la rutina de práctica una vez que el programa acabe. Por lo tanto, una parte importante de la sesión es discutir el plan de mantenimiento en el que ya han estado trabajando, así como las prácticas que han elegido para ello. Existen muchas potenciales opciones que los pacientes pueden elegir. Enfatizar sobre el carácter “diario” de la práctica es lo más importante, incluso más que la duración de estas prácticas.

Mantener la práctica “fresca” es otro aspecto central, de manera tal que si la motivación fluctúa, sea posible cambiar la práctica (por ejemplo, al caminar mindfulness, que es una práctica más

externa) para renovar la motivación. Es importante ayudar a los pacientes a elegir objetivos realistas, y que sean establecidos para facilitar el éxito y no el fracaso. Ayuda trabajar con los pacientes una respuesta personalizada a la pregunta “¿Por qué estoy haciendo esto?” Sin duda, esa pregunta ha surgido durante la meditación, en ocasiones en que hemos estado allí sentados “haciendo nada” ... Así que, enlazar la práctica a una razón significativa que los clientes sientan profundamente, permitirá reconectar su motivación y relacionar la práctica nuevamente a lo que los pacientes valoran en su vida.

Si los pacientes están bloqueados o luchando para poder encontrar una razón, vuelve nuevamente a la pizarra utilizada antes (donde los pacientes identificaron en qué fue útil el programa para ellos, y por qué continuaron en él). Es importante que los pacientes sepan que las razones para mantener la práctica son enteramente personales (es por su propio beneficio) y que no tienen que compartir la razón con el grupo. Sin embargo, suele ser habitual que algunos miembros valoren esta oportunidad de compartir la experiencia en este ejercicio y que eso está bien también.

2. Conclusión del programa: meditación final y certificados.

La meditación final del programa supone la entrega a los pacientes de una piedra, concha, cuenta, o cualquier objeto como ancla de la atención. En esta meditación, debes guiar a los pacientes a explorar el objeto de una manera muy similar a cómo lo has hecho con la pasa en la sesión 1: guiando la atención a cualidades como el peso, textura, dureza, suavidad, reflejo de la luz, etc. y a enlazar intencionalmente la razón para continuar la práctica, con este objeto. Muchos pacientes realmente valoran tener un objeto como recuerdo tangible de continuar con la práctica, y del paso por el programa.

En nuestro programa también acostumbramos a dar un certificado de finalización, en un papel de buena calidad. Muchos pacientes deciden enmarcarlo y se sienten orgullosos de haber finalizado el programa, avanzando en su capacidad para manejar el dolor.

Anexo 2. Meditaciones



Meditación de la uva pasa (Sesión 1)

1- Vamos a hacer un ejercicio que os puede parecer un tanto particular al principio, pero os pido que mantengáis la mente abierta y una actitud de curiosidad para ver qué podemos encontrar.

2- Voy a daros una pasa a cada uno, y quiero que la sostengáis, sin comerla de momento.

Con los pacientes sentados en círculo, o en un formato análogo, ve uno por uno ofreciéndole que cojan una pasa de un plato, o poniéndola en su mano utilizando una cucharilla (evita tocar las pasas con tus propias manos).

3- Ahora quiero que **mires** atentamente esta pasa... Has visto muchas pasas antes en tu vida seguramente, pero es la PRIMERA vez que ves esta pasa en particular. Intenta verla como un objeto nuevo, dejando de lado las etiquetas y conceptos previos que tengas sobre las pasas, como si fuera la primera vez que ves algo así (pausa). Permite a tus ojos que exploren cada milímetro de la pasa, examinando los relieves en los que brilla la luz (pausa), las partes más hundidas y oscuras (pausa) los pliegues y protuberancias (pausa), así como cualquier asimetría o característica especial.

4- Lleva ahora tu atención a tu sentido del **tacto**, a la yema de tus dedos. Gira la pasa entre tus dedos, explorando su textura. Puedes hacerlo con los ojos cerrados si esto amplifica tu sentido del tacto (pausa). Puedes apretarla con suavidad para notar su consistencia y ver qué sucede con su forma y su relieve al ejercer un poco de presión.

5- Ahora cógela entre tus dedos pulgar e índice y aproxímalas a tu **nariz**. Con cada inhalación, absorbe cualquier olor, aroma o fragancia que pueda surgir. Observa si este olor evoca algún recuerdo o lo relacionas con algún olor similar. Mientras haces esto, nota cualquier cosa interesante que pueda estar teniendo lugar en tu boca o en tu estómago.

6- Ahora aléjala de tu nariz, obsérvala un momento entre tus dedos, y vas a llevar la pasa a tus **labios**, simplemente tocándola con los labios, notando quizá qué está sucediendo dentro de tu boca a medida que la pasa se acerca (pausa). Se consciente también de cómo tu mano y brazo

saben perfectamente cómo llevar la pasa a ese lugar, sin necesidad de que tengas que pensar cómo hacerlo.

7- Ahora, sin morderla, permite que la pasa entre dentro de tu **boca**, dejando que repose en tu lengua un momento (pausa), para luego comenzar a moverla, explorando las sensaciones que provoca este objeto dentro de tu boca (pausa).

8- Cuando te sientas preparado, coloca la pasa entre los **dientes** y lentamente presiona, notando el cambio de sabores que se provoca al hacerlo (pausa). Presta atención a cómo van cambiando los sabores, la intensidad, la textura y la forma de la pasa a medida que vas masticando lentamente.

9- Cuando te sientas preparado para **tragar** la pasa, observa si antes puedes detectar la intención de tragar mientras surge, de modo que puedas experimentar conscientemente dicha intención antes de tragar realmente la pasa. Lleva luego tu consciencia hacia el flujo de sensaciones de tragar, a medida que mueves la pasa desde la parte de atrás de tu boca, hacia la garganta y en su camino hacia el estómago.

10- **Finalmente**, observa qué sensaciones surgen en tu boca ahora que la pasa ya no está ahí (pausa). Observa cómo se siente tu cuerpo en su conjunto después de terminar este ejercicio de comer con atención plena. Y regresa tu atención a la sala para continuar cuando estés preparado.

*NOTA: ¿Qué hacer si un paciente refiere que no le gustan las pasas o se muestra reticente a hacer el ejercicio?

Puede ser conveniente hacer una aclaración general, antes de iniciar el ejercicio, acerca de que el gusto por las pasas no es fundamental para el objetivo de esta actividad. La idea es dejar atrás las etiquetas y condicionamientos previos que tengamos acerca de este alimento, ya que se trata de una simple excusa para realizar esta meditación. Las personas a las que no les gusten las pasas tendrá una buena oportunidad para ir aún más lejos en la práctica, podrán tomarla como un experimento y entrenar el dejar atrás los conceptos previos que tengan sobre

éstas, para descubrir nuevos registros. Otra propuesta, compatible con lo anterior, es que la persona haga la meditación explorando sus límites, pero sin forzarse a hacer nada que no desee, pudiendo aproximarse con todos los sentidos y deteniéndose donde lo desee (masticar y tragar, por ejemplo).

Espacio de Respiración de 3 Minutos (Sesiones 1-8)

1- Como esta es una práctica breve y portátil, para usarla "en movimiento" en el mundo real, es importante comenzar adoptando una postura diferente para señalar a tu mente que está cambiando los modos mentales de hacer a modo ser - así que ponte en una postura sentada digna, con la espalda recta pero no rígida, el pecho abierto y los hombros relajados. Permite que tus ojos se cierren suavemente si te resulta cómodo.

2- Ahora, toma consciencia de tu experiencia en este momento. ¿Qué está pasando por tu mente? (Pausa) Observa los pensamientos que pasan por tu mente, dejándolos ir y venir... Reconoce también cualquier emoción que pueda estar presente, observando cualquier emoción incómoda o desagradable (Pausa). Solo reconociendo tales emociones, observando su calidad - no alejándolas, o deseando que cambien... notando como ya están presentes en nuestra experiencia... Y hazlo de manera similar con cualquier sensación física en el cuerpo, ya sea agradable ... desagradable ... o neutral ... (Pausa). Solo trae tu atención abierta y atenta a las sensaciones, simplemente observándolas... de la manera que son ahora mismo (Pausa).

3- Estamos percibiendo conscientemente nuestra experiencia en este momento, hemos salido del piloto automático. Ahora, dirige tu atención hacia la respiración y ánclate en sus movimientos. Enfocando tu atención en el abdomen, observando cómo se eleva en la inspiración, y vuelve a caer en la exhalación (Pausa). Observa cómo el aire entra y sale del cuerpo. Simplemente montando suavemente las olas de la respiración (Pausa). Usando la respiración como un ancla al momento presente. Mientras inhalas ... Y mientras exhalas ... (Pausa).

4- Habiendo anclado nuestra consciencia a la respiración, permite que se expanda hacia afuera de modo que, aunque todavía seas consciente de la respiración, tengas consciencia también de tu cuerpo entero, sentado aquí, en este momento, respirando. (Pausa)

5- Y luego, cuando esté listo, trae suavemente tu atención a la habitación y deja que tus ojos se abran.

Meditación de la vista o el oído (Sesión 3)

Si la habitación dispone de ventana es aconsejable realizar la meditación de la vista, si no es posible se realizará con el oído.

Esta meditación es similar al de la uva pasa, tratando de evitar las etiquetas de lo que vemos y oímos. De esta manera, se invita al paciente a describir mentalmente con máximo detalle qué es lo que ve o lo que oye. Se pueden realizar preguntas como si el sonido es grave o agudo, si es constante o intermitente, si nos recuerda a algo o si es totalmente nuevo, evitando que el paciente dé una explicación de lo que oye o lo etiquete rápidamente. Si la meditación es de la vista, se puede preguntar qué colores ve, cuántos objetos de un determinado tipo hay, si las formas le recuerdan a algo, tratando nuevamente de evitar el etiquetado e invitando a la descripción mental con todo lujo de detalles.

Se trata de una meditación libre que el terapeuta puede guiar según su criterio, con una duración de unos 5 minutos. Se sigue el esquema general de iniciar acomodando la postura para señalar al cuerpo que estamos en un modo meditativo, siguiendo por conectar con la respiración, para luego explorar el oído/vista como se explica más arriba, y finalizando volviendo a la respiración, y regresando la atención a la sala cuando se encuentren preparados.

Meditación sentado: atención a la respiración y el cuerpo (Sesiones 3-7)

1- Tómate el tiempo que consideres adecuado para acomodarte y formar una intención en este periodo de meditación. Es tan simple como estar presente, dejar que este momento sea como es, sin necesidad de cambiarlo. (Pausa) Acomódate. Esta meditación la haremos sentado pero puedes hacerla en otro momento estando tumbado o incluso de pie, lo que sea adecuado para ti. Permítete descansar en tu asiento, con las piernas sin cruzar, los pies en el suelo y las manos descansando en tu regazo. La espalda recta sin estar tensa. Puedes dejar que el respaldo de tu asiento soporte tu espalda baja, para estar más estable. Los hombros bajos y hacia atrás, y el pecho abierto. Deja que tu cabeza se centre y esté equilibrada entre tus hombros y la coronilla en dirección al techo. Deja que tus ojos se cierren suavemente, si te sientes cómodo, o déjalos abiertos (sobre todo si sientes algo de sueño). Ponte lo más cómodo que puedas, pero sin perder una actitud de alerta y una postura digna. (pausa)

2- Lleva tu atención a las sensaciones del cuerpo y a los movimientos de la respiración, explorando los patrones de sensaciones físicas donde tu cuerpo hace contacto con el asiento o la sensación de tu ropa sobre tu piel... Tal vez también cualquier sensación física interna ... Solo concentrándote en la consciencia de estas sensaciones. (Pausa)

3- Ahora, sintoniza con tu respiración (pausa). Tal vez notes el aire que pasa a través de las fosas nasales, por la parte posterior de la garganta (pausa) el pecho y el abdomen se elevan en la inhalación ... y luego caen hacia la columna vertebral (pausa) y el aire se calienta un poco más cuando deja las fosas nasales ... (Pausa)

4- Enfoca tu atención ahora en los movimientos de la respiración en la parte inferior del abdomen mientras inhalas ... y mientras exhalas ... (Pausa) Nota como el abdomen se eleva en la inhalación, la piel del abdomen se estira ligeramente ... y vuelve a caer hacia la columna vertebral en la exhalación cuando el aire sale del cuerpo. (Pausa)

5- Lo mejor que puedas, presta atención al flujo rítmico de las sensaciones físicas en el abdomen ... consciente de la inspiración completa ... y consciente de la exhalación completa ... (Pausa). Quizás también seas consciente de las leves pausas entre que termina una exhalación, y la siguiente inspiración surge ... una y otra vez con cada respiración. En cada momento. No

hay nada que cambiar, o controlar ... simplemente ser un observador de la respiración, dejándote respirar. (Pausa)

6- Verifica de nuevo tu postura y el cuerpo, ¿estás cayendo? ¿Estás inclinado en una dirección particular o tal vez rígido? Elige ajustar o no ajustar tu postura y regresa tu atención a los movimientos de la respiración, mientras inhalas ... y mientras exhalas. (Pausa).

7- No hay nada que arreglar y nada por lo que luchar. Simplemente permitiendo que todo lo que está presente esté presente, como ya está. (Pausa) Observando los movimientos de la respiración ... Mientras inhalas... Y mientras exhalas ... navegando suavemente las olas de la respiración. (Pausa)

8- No hay necesidad de controlar la respiración de ninguna manera, solo dejar que la respiración respire por sí misma. (Pausa) Y lo mejor que puedas, lleva esta sensación de permitir la experiencia a medida que expandes tu atención hacia afuera para incluir, junto con la conciencia de la respiración, las sensaciones físicas que están presentes en tu cuerpo como un todo. Quizás notando patrones concretos de sensaciones donde tu cuerpo hace contacto con tu ropa o con la silla ... Tal vez notando dónde descansan tus manos sobre tu muslo o entre sí ... O tal vez sin sensación... Solo sintonizando con lo que está presente sin necesidad de encontrar nada en particular; manteniendo todo esto en esta conciencia más amplia y espaciosa de los movimientos de la respiración y del cuerpo en general. (Pausa).

9- ¿Dónde está tu conciencia ahora mismo? (pausa) ¿Está en la respiración, en las sensaciones del cuerpo? Si notas que tu mente ha divagado, no pasa nada, no hay nada malo en ello, es lo que la mente suele hacer. Simplemente nóvalo para identificarlo como “pensamiento”, y vuelve a llevar tu atención, de manera amable pero firme, hacia los movimientos de la respiración y las sensaciones del cuerpo. Las veces que sea necesario, una y otra vez, guiando con amabilidad tu atención hacia la observación de la respiración y el cuerpo como un todo.

10- Quizá ahora encuentres alguna sensación física particular que llame tu atención. Puede ser una sensación de dolor conocida para ti, con la que lidias a diario, o quizá un picor o sensación de incomodidad... Intenta experimentar en traer un sentido de curiosidad hacia esta sensación, yendo más allá de la etiqueta de “dolor”, “picor” o “incomodidad” para observar con profundidad la cualidad de esta sensación y ver qué sucede... ¿Cambia, crece, varía en

intensidad?... ¿Aparecen pensamientos o emociones determinadas con esta sensación?... Explora la sensación, obsérvala... Nota la diferencia, la separación entre la sensación y su etiqueta, pensamiento o emociones a las que se adhiere... (pausa).

11- Si en algún momento, el traer atención a una sensación te resulta demasiado o te abruma, sé amable contigo mismo y cambia el foco de atención, anclándote en los movimientos de la respiración. También quizá notando la pausa que hay entre la inhalación y la exhalación... (pausa).

12- Deja que la respiración sea el ancla al momento presente, que te sostenga en el aquí y ahora. Usa la respiración como el lugar que, de manera amable y paciente, te devuelve una y otra vez al momento presente cuando tu mente comienza a divagar... Una y otra vez... (pausa).

13- Cada vez que notas que tu mente se ha ido a otro lugar y vuelves la atención con la respiración, eso es mindfulness en sí mismo, eso es estar presente... Si encuentras que un pensamiento o emoción desagradable aparece, lleva tu curiosidad hacia allí, de la mejor manera que puedas, para observar esa experiencia... Normalmente, cuando nuestra experiencia es indeseada o desagradable, intentamos alejarla, desear que termine o que cambie de alguna manera... Ahora, estamos explorando qué sucede cuando permitimos que estas experiencias estén presentes, de la manera que son... Respirando con la experiencia, aceptándola como parte del infinito paisaje del momento presente... para luego, volver a llevar nuestra atención nuevamente a la respiración.

14- Tal vez notes un pensamiento o una preocupación particular que continúa interrumpiendo en tu mente. Un pensamiento, una situación, tal vez algo que alguien dijo o que dejó de decir... un torrente de comentarios que no puedes parar... Cuando te encuentres que te estás dejando llevar por una corriente así, pausa lo mejor que puedas y nota esa experiencia, poniéndole nombre “hay ansiedad y preocupación” o “siento tensión muscular y frustración” ... y con amabilidad, lleva de manera decidida tu atención de nuevo a la respiración y a las sensaciones del cuerpo, una vez más anclándote en el momento presente... (pausa).

15- Es como si estuvieras en el campo mirando los pensamientos, emociones y sensaciones físicas pasar como pasan las nubes en la inmensidad del cielo. Cuando notes que te has dejado llevar por un pensamiento, emoción o sensación, que tu atención se ha ido con una nube,

regresa a la inmensidad del cielo, a mirar esos pensamientos emociones y sensaciones como nubes que vienen y se van, sin dejar un rastro en particular, sólo pasando y dando lugar a otras.

16- Y ahora, a medida que nos acercamos al final de esta práctica, vuelve a llevar tu atención completa a la inhalación y exhalación... y toma un momento para permitir un sentido de gratitud hacia ti mismo por haber hecho esta práctica, por tomarte el tiempo para cuidar de ti mismo de esta manera (pausa). Recuerda de que a medida que pase el día, siempre tendrás la oportunidad de volver a observar tu respiración y de dejar pasar los pensamientos, emociones y sensaciones que aparezcan, como aparecen las nubes en el cielo (pausa).

17- Cuando te sientas preparado, sin ninguna prisa, comienza a mover suavemente los dedos de las manos y los pies, haz una respiración más profunda, y traer la atención nuevamente a la sala, hasta que estés preparado para abrir los ojos.

Meditación Sentado. Mindfulness de sonidos y pensamientos (Sesión 4)

1- Toma tiempo para asentarte y poner la intención en esta práctica de la manera que sea adecuada para ti. Sosteniendo tu atención en el momento presente con una actitud de amabilidad y no juicio hacia ti mismo. (pausa)

Permítete descansar en tu asiento, con las piernas sin cruzar, los pies en el suelo y las manos descansando en tu regazo. La espalda recta sin estar tensa. Puedes dejar que el respaldo de tu asiento soporte tu espalda baja, para estar más estable. Los hombros bajos y hacia atrás, y el pecho abierto. Deja que tu cabeza se centre y esté equilibrada entre tus hombros y la coronilla en dirección al techo. Deja que tus ojos se cierren suavemente, si te sientes cómodo, o déjalos abiertos (sobre todo si sientes algo de sueño). Ponte lo más cómodo que puedas, pero sin perder una actitud de alerta y una postura digna. (pausa)

2- Ahora lleva tu atención a tu respiración, haciendo que descansa donde sientas más intensamente tu respiración. A lo mejor en las fosas nasales, sintiendo el aire pasar; en la parte de atrás de tu garganta, o en el movimiento hacia arriba y abajo del pecho y el abdomen. No hay una manera correcta ni incorrecta, simplemente se consciente del proceso de respirar donde lo sientas con más fuerzas... a medida que inspiras... y exhalas... (pausa)

3- Ahora comienza a navegar las olas de tu respiración, siguiendo a tu inspiración completa y tu exhalación completa. *(pausa)*

4- No hay necesidad de controlar la respiración de ninguna manera, solamente deja que ocurra. *(pausa)* Y de la mejor manera que puedas, expande esta sensación de permiso, hacia el resto de tu experiencia, incluyendo las sensaciones físicas presentes en tu cuerpo como un todo. Tal vez notando alguna sensación particular donde tu cuerpo hace contacto con la silla, o con la ropa. Notando el contacto de tus manos entre ellas, o con tus muslos. O cualquier otra sensación. Simplemente sintonizando con lo que hay presente, sin necesidad de encontrar nada en concreto. *(pausa)*

5- Y cuando estés listo, expande tu consciencia aún más... Prestando especial atención a tus oídos, y expandiéndote hasta oír cualquier sonido que esté presente. *(pausa)* Sin buscar algo en particular, simplemente abierto a cualquier sonido que pueda aparecer. Y cuando aparezca ¿Está arriba, abajo, en frente o detrás de ti, a tu derecha, izquierda, cerca o lejos? *(pausa)* Receptivo y abierto a la totalidad de sonidos que puedan estar presentes. Y al espacio entre los sonidos, a los momentos de silencio. *(pausa)*

6- Sintoniza con los sonidos como sensaciones en el campo de la consciencia. *(pausa)* Dejando ir cualquier etiqueta, significado o diálogo interno que puedas estar teniendo acerca de los sonidos y reconectando con la consciencia pura de los sonidos como tonos, volúmenes, cualidades *(pausa)* y cómo cambian de momento a momento: apareciendo y desapareciendo de la consciencia *(pausa)*.

7- Si has notado que tu mente se ha ido en algún momento, eso no es un problema, es lo que la mente suele hacer. Deja ir cualquier juicio que aparezca acerca de ello, cualquier sentimiento de lucha, y simplemente vuelve con gentileza, una y otra vez... Recuerda: el notar que tu mente se va ES mindfulness en sí mismo. Simplemente etiquétalo como un pensamiento y vuelve de manera paciente, suave y firme a guiar a tu consciencia a los sonidos. *(pausa)*

8- A medida que prestas atención a los sonidos, toma un momento para revisar, de manera secundaria, tu postura, y fíjate si te has hundido o inclinado hacia un lado, para reajustar tu posición si lo necesitas, y luego regresa toda tu atención a los sonidos, lejanos y cercanos en tu círculo de consciencia.

9- Ahora, deja que los sonidos se desvanezcan de tu foco de atención, a medida que te reincorporas y afinas tu atención como si fuera la luz de una linterna, y que ese haz de luz se

dirija a tus pensamientos presentes. *(pausa)* Observa cualquier pensamiento que surja como aparece y se va, como los sonidos lo hacen... Apareciendo y yéndose de tu consciencia.

10- No hay necesidad de controlar qué pensamientos aparecen, son sólo pensamientos. Simplemente observa qué pensamientos desean aparecer en tu consciencia. Nota cómo nunca sabes qué pensamientos aparecerán, ni cuándo aparecerán... *(pausa)* ¿Cuándo termina un pensamiento y empieza el siguiente? *(pausa)*. Sólo descansa en la alerta, en una atención calmada.

11- Si notas que te dejas llevar por algún pensamiento en particular, en vez de simplemente observar el proceso de pensamiento, practica notarlo y volver a ser un observador de los pensamientos. *(pausa)* Dejando que los pensamientos sean como olas que alcanzan la costa y luego lentamente vuelven a desaparecer... Observándote dejar a los pensamientos ir y venir como lo hacen las olas, dejando atrás la espuma y la arena lisa a su paso. *(pausa)*

12- Ahora, puedes elegir explorar qué sucede cuando dejas ir cualquier objeto de la consciencia, experimentando con no tener nada en particular en qué enfocar la atención como la respiración, el cuerpo, los sonidos, los pensamientos... para atender a lo que sea que esté presente ahora: un pensamiento, emoción, sensación física... Conociendo tu experiencia presente a medida que la estás experimentando... Consciente de lo que sea que aparezca momento a momento. *(pausa)* Solo explorando abiertamente la vastedad de tu experiencia... descansando en la consciencia misma. *(pausa)*

13- Y ahora, entrando al final de esta práctica, regresa tu atención a los movimientos de tu respiración, a medida que inhalas y exhalas. *(pausa)* Dejando que la respiración sea un lugar conocido, para que cuando regreses a ella, sea como regresar a casa. *(pausa)* Sólo observando el proceso de respirar. *(pausa)*

14- Y sé también consciente de cualquier juicio o pensamiento que aparezca al saber que esta práctica está terminando... *(pausa)* A lo mejor alivio, o desilusión, o tal vez una sensación de fracaso derivada de creer que hay una manera correcta e incorrecta de hacer esta meditación... Y deja que cualquier pensamiento que aparezca sea como las olas que se acercan a la orilla y luego desaparecen en la inmensidad del océano, mientras tú estás sentado aquí, firme y calmado, en la orilla de la playa, mirando cómo todo aparece y vuelve a desaparecer, en un fluir constante. *(pausa)*

15- Cuando estés preparado, sin prisa, comienza lentamente a traer tu atención nuevamente a la sala, con todos los demás, y vuelve a abrir los ojos...

Meditación Movimiento Mindfulness (Sesión 4)

1- A lo largo de esta práctica, deja que tu cuerpo te guíe. Déjate llevar por mis instrucciones lo mejor que puedas, pero siendo el mensaje que tu cuerpo te envíe el factor más importante para cualquier movimiento que yo sugiera que pueda ser difícil para ti o que empuje los límites de tu comodidad. Haz lo que te sientas capaz de hacer y honra los mensajes que sugieran que algún movimiento en particular no es adecuado para tu cuerpo, incluso si en otra ocasión no has tenido el mismo problema. Deja que las sensaciones presentes ahora en tu cuerpo sean las que determinen. Vamos a ir hasta los límites de lo que sí podemos hacer. Y nos quedaremos en esos límites el tiempo suficiente para experimentar las sensaciones presentes, con curiosidad y aceptación, sin forzar o empujar más allá de las barreras que encontremos. Vamos a dejar ir cualquier estándar, y vamos a interesarnos en explorar estos límites con mucho detalle.

Las instrucciones consisten en experimentar las sensaciones que aparecen a medida que te mueves, y hacernos conscientes de la diferencia entre la sensación y los pensamientos y emociones que pueden aparecer, para volver la atención sólo a la sensación pura, a su cualidad: ¿Es caliente, fría, tirante, tensa, tiembla? ¿Qué más? Explorando con atenta precisión la cualidad de la sensación que se presenta en este momento, sin necesidad que sea diferente a como es. Si quieres saltarte algo de lo que estamos haciendo, ponte cómodo, cierra los ojos y visualízate a ti mismo haciendo lo que estoy describiendo con el mayor detalle posible...

2- Ahora, vamos a comenzar tomando un momento para prepararnos y para formar una intención para esta práctica que sea adecuada para ti, quitando atención a nuestra conversación mental con nosotros mismos, para ponerla en el cuerpo (*pausa*).

3- Permítete descansar en la silla, con las piernas sin cruzar, los pies en el suelo, las manos descansando en tu regazo, con la espalda recta pero no tensa. Deja que el respaldo toque la parte baja de tu espalda para darte soporte, los hombros bajos y hacia atrás y el pecho abierto. Deja que tu cabeza descansa entre tus hombros, centrada y tu coronilla apunte al techo. Con los ojos cerrados o abiertos si tienes cierta somnolencia. Tan cómodo como te sea posible mientras mantienes una actitud alerta y una postura digna. (*pausa*)

4- Ahora lleva tu atención a tu respiración, haciendo que descansa donde sientas más intensamente tu respiración. A lo mejor en las fosas nasales, sintiendo el aire pasar, o en la parte de atrás de tu garganta, o en el movimiento hacia arriba y abajo del pecho y el abdomen. Consciente de la respiración moviéndose hacia y desde el cuerpo, sin forzarla. (*pausa*)

5- Deja que cualquier tensión, estrés o lucha residual que acumules en tu cuerpo se libere en cada exhalación. Y en cada inhalación, trae un sentido de vitalidad, ligereza y energía renovada. (*pausa*)

6- Comenzamos con una inhalación profunda, y a medida que inhalamos levantamos los brazos para que queden estirados y rectos frente a ti, paralelos al suelo al nivel del pecho. Deja que el movimiento ocurra durante toda tu inhalación, lentamente.

7- Una vez levantados, si estás cómodo, sostenlos ahí por un momento y presta atención a todas las sensaciones desde las puntas de tus dedos hacia atrás, pasando por las muñecas, los codos, las axilas y hombros, la caja torácica y toda la parte superior de tu cuerpo encargada en sostener los brazos arriba... (*pausa*) notando las sensaciones y a lo mejor las diferencias entre tu brazo derecho y el izquierdo...

8- En la exhalación deja que tus brazos lenta y conscientemente vuelvan hacia abajo manteniendo tu consciencia con ellos durante todo el camino, sintiendo como hacen contacto nuevamente con tus muslos o rodillas y dejando que las palmas descansen suavemente mientras sientes los músculos de la parte alta de tu cuerpo y tus brazos, relajarse y dejar ir la fuerza a medida que tus piernas cogen el relevo de sostenerlos. Nota el contraste en la relajación de tus brazos descansando de esta manera (*pausa*).

9- Volviendo la atención a los movimientos de la respiración... Consciencia plena de cada inhalación durante todo su recorrido y de la exhalación durante todo su recorrido. Una voluntad de estar totalmente presente, con lo que estás experimentando y sintiendo ahora mismo. Dejándote ser completamente... (*pausa*)

10- Cuando te sientas preparado, con tu siguiente inhalación vas a levantar lentamente tus hombros en dirección a tus orejas, y luego llevarlos hacia atrás, como juntando las escápulas por detrás, déjalos bajar y luego hacia adelante como juntándolos por delante de tu pecho... y continúa rotando tus hombros de esta manera, respirando conscientemente mientras lo haces, tal vez explorando moverlos en dirección opuesta si te sientes cómodo.

11- Nota la tensión que este movimiento crea alrededor de tus hombros, en tu cuello, y siendo consciente de estas sensaciones como lo que son: sólo sensaciones.

12- Cuando te sientas preparado, deja que tus hombros vuelvan a su posición normal lentamente y acomoda tu postura para estar bien posicionado... Deja que tu cuerpo se relaje. Experimenta las olas de relajación que fluyen por detrás de tu cuello, hombros y el cuerpo en totalidad, y cómo se va la tensión con cada exhalación, suavizándose.

13- Ahora sé consciente de tu voluntad de estar presente, notando los pensamientos que aparecen en tu mente y el contenido de ellos, tal vez diciéndote qué deberías estar haciendo, qué necesitas hacer a continuación, tal vez con un contenido del pasado o del futuro. Y sean como sean, déjalos estar en tu consciencia, que vengan y vayan a través de la mente, sin dejarte distraer ni perturbar por ellos. Sólo enfocándote en tu experiencia con el presente y el hecho de que estas aquí ahora, sentado, nutriéndote de esta manera, liberándote de las tensiones y el estrés. (*pausa*)

14- Si notas cualquier sensación intensa en cualquier punto, dirige tu respiración a esas regiones con cada inhalación, dándoles espacio y oxígeno, y alejándote en la exhalación y liberando esa zona. (*pausa*)

15- Ahora, en la próxima inhalación, con mucha atención llevaremos los brazos en cruz hacia el pecho, con los dedos de la mano derecha tocando la parte alta del pecho u hombro izquierdo y los dedos de la mano izquierda tocando la parte alta del pecho o el hombro derecho... notando las sensaciones en tus hombros y dejando que tu espalda alta esté ligeramente curvada, respirando en esta posición. (*pausa*)

16- Si te es posible, puedes probar con estirar un poco más los brazos, cogiendo más los hombros y la espalda, como si te estuvieras abrazando a ti mismo y respira normalmente mientras te sostienes de esta manera. (*pausa*)

17- En todo momento escucha lo que diga tu cuerpo acerca de tus límites y dónde necesitas detenerte. Pero si te es posible, quédate en esos límites y experimentalos más profundamente de lo que lo harías normalmente.

18- Cuando estés listo, en tu próxima exhalación abre los hombros y el pecho y deja que tus manos descansen suavemente en tus muslos o rodillas una vez más. Presta atención a tu respiración y navega en sus olas, momento a momento. (*pausa*)

19- Haz una inhalación, abre los ojos, y levántate de la silla para quedarte de pie si te es posible... *(pausa)* Lleva tu atención a la sensación de contacto de tus pies con el suelo y juega con balancearte suavemente hacia atrás y hacia adelante, experimentando primero con balancear tu peso hacia las puntas de los dedos de los pies y dejando, conscientemente, que cambie hacia los talones, permitiendo que la respiración suceda normalmente, sin forzarla ni cambiarla... *(pausa)*

20- Si te sientes cómodo, prueba con balancear tu peso de lado a lado, primero dejando que tu pie derecho soporte más peso que el izquierdo y luego cambiando al otro lado. *(pausa)*

21- Ahora nota las sensaciones de tu cuerpo entero: los movimientos de tus pies y tobillos hacia arriba: tus rodillas y caderas, y siguiendo hacia la parte superior, hombros, cabeza... moviendo y explorando tu cuerpo de esta manera a tu propio ritmo, con suavidad hacia tus propios límites y escuchando a tu cuerpo, dejando a la respiración en segundo plano mientras sostienes los movimientos de tu cuerpo en tu consciencia... *(pausa)*

22- Cuando estés listo, en tu próxima exhalación, vuelve a sentarte. *(pausa)* Vuelve a la consciencia de estar sentado y deja que tus ojos se cierren y presta atención a los movimientos balanceantes de tu respiración mientras estás sentado, en quietud. *(pausa)*

23- Ahora dejamos que cualquier pensamiento y recuerdo de lo que acabamos de hacer simplemente dejen nuestra consciencia. Nos volvemos conscientes de estar aquí y ahora en este momento, centrados y enfocados, navegando nuestra respiración. *(pausa)*

24- Y en este momento de quietud, atentos a lo que hay. A la experiencia de tu cuerpo como un todo, y las sensaciones de tu cuerpo como sensaciones puras y sentimientos. *(pausa)*

25- A medida que llegamos al final de esta práctica, tómate un momento para darte las gracias a ti mismo por haberte permitido este tiempo para ti, para realizar esta práctica, reconociendo que al hacerlo estás cuidándote y amplificando el proceso natural de sanación de tu propio cuerpo. *(pausa)*

26- Ahora, experimenta en quietud la plenitud y profundidad de cada momento, relajado y en contacto contigo mismo, centrado y equilibrado, a medida que tu vida se despliega momento a momento. Y cuando estés preparado, al ritmo que sea adecuado para ti, comienza a traer nuevamente tu atención a la sala... Y cuando te sientas cómodo, deja que tus ojos se abran...

Caminar Mindfulness (Sesión 4)

1- Ponte de pie, con la espalda recta pero no tensa, con los pies alineados entre ellos, tu peso distribuido de manera uniforme, tus rodillas ligeramente flexionadas y los brazos sueltos a los lados. Deja que tus ojos estén abiertos, observando el camino delante de ti, un par de metros, sin mirar nada en particular, sólo una consciencia suave que te permita mantenerte en tu camino y saber cuándo volver. Toma un momento para formar una intención para el período de esta práctica. (*pausa*)

2- Cuando estés listo, lleva tu atención a tu cuerpo de pie en quietud, donde tus pies hacen contacto con el suelo, el peso de tu cuerpo siendo sostenido por tus piernas y pies. Puede ayudarte balancearte suavemente hacia los lados o hacia delante y detrás un par de veces para anclar tu consciencia en la sensación de tus piernas y pies. (*pausa*)

3- Ahora, cambia tu peso a la pierna y pie izquierdo, y lentamente levanta el pie derecho para dar un paso adelante, notando como el peso se vacía de tu pierna derecha y se va a la izquierda, prestando especial atención al movimiento de tu pie derecho a medida que el talón abandona el suelo. A lo mejor notando la sensación en la pantorrilla a medida que lo haces, hasta que solo los dedos de los pies están en contacto con el suelo... Y luego notando la sensación física mientras elevas todo tu pie derecho, que se desplaza en el aire y luego regresa, primero el talón y luego los dedos, hasta que tu pie derecho entero vuelve al suelo y tu peso se vacía de tu pierna izquierda hacia la derecha, y tu talón izquierdo se eleva del suelo.

4- Ahora, atento a las sensaciones en tu pie izquierdo, con solo los dedos en contacto con el suelo. Consciente de los músculos en tu pierna izquierda a medida que levantas tu pie izquierdo, mientras que los músculos en tu pie derecho aguantan el peso de tu cuerpo para que tu pie izquierdo se mueva por el aire y regrese finalmente al suelo y tu peso cambie nuevamente hacia tu pie y pierna izquierda, vaciando el peso de tu pierna derecha.

5- Caminando a un paso lento y deliberado, a un ritmo que sea cómodo para ti, pero más lento de lo que sería habitualmente, prestando atención a la experiencia de cambio de patrón corporal y las sensaciones de tus pies y músculos de las piernas: levantando, moviendo, posicionando... estando con cada paso hasta que llegues al punto de regreso en tu camino. (*pausa*)

6- Cuando llegues al final de tu camino, pausa mentalmente, chequea tu mente para ver qué está haciendo ¿Está en cada paso? Y notando si divaga, para gentilmente y con firmeza llevarla

nuevamente a las sensaciones de tus pies que te servirán de anclas... Y ahora, siendo consciente de los complicados patrones musculares y sensaciones durante el proceso de volver en tu camino, regresando la consciencia a cada paso y caminando nuevamente tu camino de regreso, lentamente, con tu mirada suavemente hacia adelante. Un paso por vez (*deja que caminen de 5 a 10 minutos por cuenta propia*).

7- Y cuando regreses al punto de partida, vuelve nuevamente a la quietud. (pausa) Nota las sensaciones en tu cuerpo. Reconoce cómo esta práctica de llevar tu atención a caminar está disponible para ti, en cada paso que das, durante tu día a día. Y tal vez ahora, al final de esta práctica, tomando un momento para silenciosamente expresar tu gratitud hacia ti mismo por haberte tomado el tiempo de realizar esta práctica de auto-cuidado, que te permitirá contactar con tu cuerpo en tu vida diaria.

Consciencia del Silencio con Respiración (Sesión 5)

1- Permítete descansar en tu asiento, con las piernas sin cruzar, los pies en el suelo y las manos descansando en tu regazo. La espalda recta sin estar tensa. Puedes dejar que el respaldo de tu asiento soporte tu espalda baja, para estar más estable. Los hombros bajos y hacia atrás, y el pecho abierto. Deja que tu cabeza se centre y esté equilibrada entre tus hombros y la coronilla en dirección al techo. Deja que tus ojos se cierren suavemente, si te sientes cómodo, o déjalos abiertos (sobre todo si sientes algo de sueño). Ponte lo más cómodo que puedas, pero sin perder una actitud de alerta y una postura digna. (*pausa*)

2- Ahora, descansa tu atención en los movimientos de tu respiración. Consciente en la inspiración y en la exhalación. Durante esta práctica, anclando tu consciencia donde notes la respiración con más fuerza. No hay necesidad de controlarla de ninguna manera, sólo sé un observador de tu respiración.

3- *Período extendido de meditación en silencio.*

4- Y suavemente, trae tu atención nuevamente a la sala, y cuando estés preparado abre los ojos.

Meditación Sentado. Mindfulness de sonidos y pensamientos + dificultades (Sesiones 5, 6 y 7)

Nota: esta meditación se realiza en tres sesiones consecutivas. Para evitar la monotonía y mantener el interés en la práctica se aconseja ir variando las metáforas utilizadas. En el guión que se utiliza la metáfora de la montaña, otras opciones posibles son: estar de pie detrás de una cascada, o sentado a la orilla de un río, mirando los pensamientos pasar como hojas en la corriente. Existen infinitas posibilidades. Utiliza la que mejor se adapte a la situación en la que te encuentres, o la que sea más adecuada al contexto cultural donde se aplique el programa.

1- Toma tiempo para asentarte y poner la intención en esta práctica, de la manera que sea adecuada para ti. Sosteniendo tu atención en el momento presente con una actitud de amabilidad y no juicio hacia ti mismo. *(pausa)*

Permítete descansar en tu asiento, con las piernas sin cruzar, los pies en el suelo y las manos descansando en tu regazo. La espalda recta sin estar tensa. Puedes dejar que el respaldo de tu asiento soporte tu espalda baja, para estar más estable. Los hombros bajos y hacia atrás, y el pecho abierto. Deja que tu cabeza se centre y esté equilibrada entre tus hombros y la coronilla en dirección al techo. Permite que tus ojos se cierren suavemente, si te sientes cómodo, o déjalos abiertos (sobre todo si sientes algo de sueño). Ponte lo más cómodo que puedas, pero sin perder una actitud de alerta y una postura digna. *(pausa)*

2- Ahora lleva tu atención a tu respiración, haciendo que descanse donde la sientas más intensamente. A lo mejor en las fosas nasales, sintiendo el aire pasar; en la parte de atrás de tu garganta, o en el movimiento hacia arriba y abajo del pecho y el abdomen. No hay una manera correcta ni incorrecta, simplemente se consciente del proceso de respirar donde lo sientas con más fuerzas... a medida que inspiras... y exhalas... *(pausa)*

3- No hay necesidad de controlar la respiración de ninguna manera, simplemente nota cómo tu respiración entra y sale de tu cuerpo sin ningún esfuerzo. Dejando que el proceso de respirar se desarrolle con naturalidad mientras tú eres un simple testigo de ello. No hay nada que arreglar en este momento. No hay nada que cambiar, ningún lugar donde estar. Deja que tu experiencia simplemente sea *(pausa)*.

4- Si en algún momento notas que tu mente ya no está en tu respiración, felicítate a ti mismo; este darte cuenta es mindfulness en sí mismo. Pensar y divagar es lo que la mente está acostumbrada a hacer, no se trata de ningún fracaso. Puedes elegir etiquetar esto como “pensamiento” para volver de manera amable y firme a dirigir tu atención nuevamente a la respiración (pausa). Las veces que notes que tu mente se distrae, la entrenamos nuevamente en volver.... con paciencia y amabilidad.

5- Una vez que has estabilizado tu mente en la respiración, permite que tu atención se expanda desde la respiración, para incluir un sentido más amplio del cuerpo como un todo... sintiendo el movimiento de la respiración a través de todo el cuerpo. Aun siendo consciente, en el fondo, de los movimientos de la respiración en los pulmones y abdomen, sostén en primer plano la atención más amplia y más espaciosa de la respiración en todo el cuerpo. (pausa)

6- Invita a tu consciencia a cualquier sensación particular de tu cuerpo. Tal vez donde tu cuerpo hace contacto con la silla, o con la ropa. Notando el contacto de tus manos entre ellas, o con tus muslos. O cualquier otra sensación, e incluso la ausencia de sensación. Simplemente sintonizando con lo que hay presente, sin necesidad de encontrar nada en concreto. (pausa) Trayendo un sentido de curiosidad a tu experiencia, como si fuera la primera vez que experimentas esto. Simplemente nota la cualidad de las sensaciones, ¿Cambia, crece, varía en intensidad?... ¿Notas algún pensamiento o emoción adheridos a esta sensación?... Si puedes reconocer algún pensamiento o emoción en tu experiencia ahora mismo, intenta verlos como parte de tu consciencia, pero separados de la sensación en sí misma.

7- Si en algún momento durante la práctica te encuentras con una sensación incómoda, ya sea de picor, irritación, o una sensación con la que lidias a diario, intenta experimentar en traer un sentido de curiosidad hacia esta sensación, permitiendo que esté presente en el campo de tu consciencia... notando cómo tienes distintas opciones a cómo responder cuando esta sensación se presenta... Tal vez sin hacer nada, o eligiendo estar con la sensación el tiempo suficiente hasta que la necesidad inicial de rascarte o cambiar de posición, deja de ser tan apremiante... Y luego de un rato de simplemente sostener esta sensación particular en tu consciencia, puedes elegir rascarte, moverte o hacer lo que necesites hacer para ser amable con tu cuerpo en este momento. Se consciente de todo el proceso: primero de la intención de hacer un ajuste que hayas elegido, luego consciente de esa intención transformándose en una forma de acción, para finalmente ser consciente de los cambios que se producen en la sensación inicial una vez hechos los ajustes que hayas considerado.

8- Y ahora regresa a la consciencia de tu respiración, y a la experiencia de tu respiración a través de tu cuerpo entero (pausa). Descansando en este espacio amplio de tu consciencia, permitiendo que todo lo que tenga que estar presente, lo esté, sin necesidad de controlar la respiración o de que tu experiencia sea diferente a cómo es. (pausa)

9- Cuando estés listo, expande tu consciencia aún más... Prestando especial atención a tus oídos, y expandiéndote hasta oír cualquier sonido que esté presente. (pausa) Sin buscar algo en particular, simplemente abierto a cualquier sonido que pueda aparecer, y al espacio entre los sonidos. (pausa)

10- Si has notado que tu mente se ha ido en algún momento, eso no es un problema. Deja ir cualquier juicio que aparezca acerca de ello, cualquier sentimiento de lucha, y simplemente vuelve con gentileza y firmeza a guiar a tu consciencia a los sonidos. (pausa)

11- Date cuenta si te has dejado llevar por algún sonido en particular, deseando que continúe o, de lo contrario, has sentido rechazo por algún otro, deseando que pase. Simplemente nota estos juicios, y la separación entre ellos y los sonidos en sí mismos y, de la mejor manera que puedas, deja que estos juicios continúen su camino y vuelve tu consciencia a los sonidos, y a cómo van apareciendo y desapareciendo del campo de tu atención.

12- Toma un momento para revisar, de manera secundaria, tu postura, y fíjate si te has hundido o inclinado hacia un lado, para reajustar tu posición si lo necesitas, y luego regresa toda tu atención a los sonidos, lejanos y cercanos en tu círculo de consciencia (pausa).

13- Ahora, deja que los sonidos se desvanezcan de tu foco de atención, a medida que te reincorporas y permites que tu atención se dirija a tus pensamientos presentes. (pausa) Permite que los pensamientos sean productos de tu mente... observa como aparecen, se desarrollan y mueren, de la misma manera que lo hacen los sonidos: aparecen, se desarrollan y mueren (pausa). Sin necesidad de controlar qué pensamientos van a aparecer o cuándo van a hacerlo o irse. Sólo permite que este proceso natural ocurra... estando atento a los pensamientos a medida que pasan por la pantalla de tu consciencia. (pausa).

14- Si notas que ya no estás mirando/observando tus pensamientos, sino que te has dejado llevar por uno de ellos, que te está causando problemas o está comenzando a crecer demás, quizá algo que deberías haber dicho o hecho, o quizá una ola de emoción que te ha arrastrado... cuando notes que te has “enganchado” con un pensamiento o emoción, prueba con volver a

anclarte con la respiración por un momento, para luego, cuando te sientas estabilizado en el momento presente, volver a observar tus pensamientos en tu consciencia.

15- Es como si fueras una montaña. El sol se levanta y se pone, pero la montaña permanece... las nubes aparecen, la lluvia riega la montaña, luego se detiene y vuelve a salir el sol... La montaña permanece tal cual... Los rayos de una tormenta pueden golpear a la montaña, pueden caer árboles, las rocas se pueden tambalear, pero la montaña siempre permanece (pausa).

16- Cuando notes que te has dejado llevar por un pensamiento, una emoción o una sensación, simplemente sé consciente de ello y regresa a la estabilidad de la base de la montaña que eres, a medida que las estaciones vienen y van, las tormentas de emociones, dolor y pensamientos vienen y van (pausa). La montaña simplemente es testigo de cómo esos pensamientos, emociones y sensaciones van pasando (pausa).

17- Relajarse es dejar de luchar con el momento presente, dejar ir la necesidad de control, de que las cosas sean diferentes a cómo son. La aceptación es permitir entrar en el flujo de cada momento, dándole espacio, observando los pensamientos, emociones, y sensaciones que están presentes, dejando ir la resistencia, para simplemente estar presente con lo que aparezca, el tiempo que esté presente, y dejándolo desvanecerse...

18- Ahora, trae a tu consciencia alguna situación problemática, preocupación o emoción difícil... y en vez de dejar que se vaya, como hemos estado haciendo hasta ahora, deja que esta dificultad esté presente en la consciencia (pausa). A medida que lo haces, nota qué sucede en el cuerpo, que sensaciones aparecen cuando traes esta dificultad a la mente, tal vez cierta rigidez, tensión u otra sensación cualquiera... (pausa).

19- Cualquiera sea la sensación física que notes que aparece, descansa con atención plena en esa sensación, donde la sientas con más intensidad en el cuerpo, y respira con ella... Respirando hacia esa parte del cuerpo, llevando oxígeno y dándole espacio en cada inhalación... y exhalando también desde ese lugar, suavizándolo, abriéndolo, con una sensación de soltar, de dejar ir, en cada exhalación.

20- A lo mejor ninguna sensación particular en el cuerpo llama tu atención a medida que invitas a esta dificultad a tu consciencia, si es así, simplemente experimenta con cualquier sensación física que esté presente en tu cuerpo, incluso si no tiene ninguna carga emocional.

21- En vez de empujar tu dificultad y hacerla más prevalente, experimenta contactando con la sensación física a la que se asocia, por unas dos o tres respiraciones, pausando y descansando en tu respiración por un momento, antes de volver a contactar nuevamente con ella de manera amable (pausa)... Quédate con estas sensaciones el tiempo que llamen tu atención... (pausa).

22- Si en algún momento sientes que esto es demasiado intenso, está bien también, regresa tu atención nuevamente a tu respiración, a tu espacio de seguridad, sé amable contigo mismo... y luego, tal vez después de un tiempo, puedes elegir volver gentilmente a llevar tu consciencia hacia la dificultad con un sentido de contacto más ligero: respirando, pausando, contactando con esta dificultad como si estuvieras tocando una burbuja con una pluma, quedándote ahí un tiempo, y luego volviendo a anclarte en la respiración (pausa).

23- Si sientes que, a medida que sostienes en tu consciencia esta sensación y la respiración con esta sensación, ésta ya no llama tanto tu atención como antes, si sientes que se ha aplacado, regresa toda tu consciencia nuevamente a tu respiración, consciente de las sensaciones de respirar en cada inhalación... y en cada exhalación... (pausa).

24- A medida que vamos llegando al final de esta práctica, regresa tu atención a los movimientos de la respiración (pausa). Consciente de cualquier juicio o pensamiento que aparezca al saber que esta práctica está terminando... (pausa) A lo mejor alivio, o desilusión, o tal vez una sensación de fracaso derivada de creer que hay una manera correcta e incorrecta de hacer esta meditación... Tal vez una sensación de darte cuenta que SÍ tienes una habilidad para observar lo que te sucede en este momento con claridad y amabilidad, que puedes contactar con ello, y a su vez continuar tu camino hacia adelante, sin necesidad de sujetar o dejarte arrastrar por los pensamientos, emociones o experiencias difíciles.

25- Y ahora, simplemente nota qué sucede en tu mente a medida que te vuelves consciente de que estas por finalizar la meditación, y deja que esos pensamientos o emociones floten como lo hacen las nubes pasando por el cielo, mientras tú eres la montaña: estable y permanente... (pausa).

26- Cuando estés preparado, sin prisa, comienza lentamente a traer tu atención nuevamente a la sala, con todos los demás, y vuelve a abrir los ojos...

Meditación de la concha (Sesión 8)

Esta meditación es similar a la de la uva pasa. Se invita al paciente a explorar con directrices similares a las aportadas en esta meditación, y realizando los ajustes necesarios para el objeto elegido.

Dependiendo de las características del espacio utilizado para realizar las sesiones, se puede optar por disponer a los pacientes en círculo y que cada uno elija un objeto que llame su atención (un objeto pequeño como una piedra, concha, cuenta, etc.) o pasar un recipiente con estos para que uno por uno lo vayan cogiendo.

Instruir a los pacientes que examinen el objeto con atención plena, sintonizando con los detalles de forma, peso, textura, cómo la luz refleja la superficie, etc, y que enlacen intencionalmente su razón para mantener la práctica, con este objeto.

El objeto es un recordatorio de la experiencia en este programa, simboliza el arduo trabajo puesto aquí, el tiempo y el esfuerzo, la conciencia ganada y, tal vez, el cambio en la relación con el dolor, así como un recuerdo de la gente con la que han compartido esta experiencia.

Se invita a los pacientes a dejar este objeto donde les permita recordar el proceso que han comenzado en estas sesiones y que continuarán por cuenta propia.



Anexo 3. Manual del Paciente





Terapia Cognitiva basada en Mindfulness para el Trastorno de Dolor Crónico

Manual del Paciente





SESIÓN 1: ABANDONAR LOS HÁBITOS AUTOMÁTICOS DE DOLOR

1. Resumen

La Teoría de la Puerta indica que nuestros pensamientos y emociones tienen una conexión directa con nuestra experiencia de dolor. Por lo tanto, ser conscientes de nuestros pensamientos y sentimientos nos permitirá utilizarlos a nuestro favor en vez de ser nuestros enemigos en el manejo del dolor.

En muchas ocasiones actuamos en “piloto automático”, sin darnos cuenta realmente de lo que estamos haciendo. En este estado, tendemos a actuar de manera refleja, a través de reacciones automáticas y suelen darse pensamientos y sentimientos negativos que pueden abrir las puertas del dolor.

A lo largo de este programa aprenderemos herramientas para volvernos más conscientes de las experiencias de cada momento en nuestras vidas y para darnos cuenta de cuando nuestra atención se ha desviado hacia el pasado o el futuro, con el fin de recogerla y redirigirla al momento presente, una y otra vez.

Empezaremos llevando la atención a diferentes partes del cuerpo, como manera de anclar nuestra consciencia en este momento. Entrenaremos cómo mover nuestra atención de manera deliberada, practicando sintonizar con cada parte del cuerpo y luego dejándola ir, mientras nos movemos hacia otra parte del cuerpo. Esta es la intención del ejercicio de Escáner Corporal, que es la práctica principal que llevarás a cabo en las tareas para casa de la sesión de hoy.

¿Qué significa Mindfulness?

Mindfulness significa prestar atención de una manera particular: a propósito, en el momento presente y sin juzgar...

Jon Kabat-Zinn

2. El cerebro está al mando

Los modelos actuales del dolor muestran que el cerebro actúa como un FILTRO para el dolor, y que la experiencia de dolor está influenciada por la manera en que pensamos, sentimos y nos comportamos (Teoría del Control de la Puerta). Algunos pensamientos, emociones y acciones

“abren la puerta” lo que incrementa la cantidad de señales de dolor procesadas por el cerebro, empeorando nuestra sensación de dolor. Otros pensamientos, emociones y acciones, “cierran la puerta” y reducen la cantidad de señales procesadas por el cerebro, dando como consecuencia una mejoría de la sensación.

Lo que abre la puerta:

- Falta de ejercicio, estar sentado mucho tiempo, hacer demasiado;
- Sentimientos de depresión, ansiedad, enfado, miedo, o estados del humor negativos;
- Pensamientos negativos, catastróficos o inútiles;
- Demasiada medicación para el dolor durante mucho tiempo

Lo que cierra la puerta:

- Meditación, mindfulness;
- Yoga, ejercicio físico (en su justa medida);
- Consciencia del momento presente;
- Espaciar las actividades sin hacer demasiado poco o más de lo adecuado.

3. Pistas útiles para la práctica de Escáner Corporal

a- No hay una manera adecuada ni inadecuada de hacer este ejercicio. Deja ir cualquier idea que tengas acerca de lo que es una “buena meditación” (por ejemplo: que deberías “dejar la mente en blanco”, mantener el foco de atención de manera constante o que tu mente no debería divagar) y simplemente haz la práctica con un sentido de curiosidad abierta para ver qué sucede, de manera regular y frecuente.

b- Sin importar lo que suceda (por ejemplo: que continúes quedándote dormido, pierdas la pista de las partes del cuerpo que tocan, te distraigas y sientas que tu mente se va por las ramas, te aburras, etc....) continúa practicando cada día lo mejor que puedas. El hecho de notar que estas distraído o pensando, ES mindfulness en sí mismo. Con la práctica te volverás cada vez más consciente más a menudo de tus experiencias.

c- Si notas que tu mente es extremadamente activa y divaga mucho, practica etiquetar cada pensamiento (sin importar lo “importante” que tu mente te diga que ese pensamiento es) como

un simple pensamiento, siempre amablemente. Luego, de manera paciente y decidida, dirige tu mente de nuevo al Escáner Corporal.

d- Deja ir cualquier idea que tengas acerca de lo que conseguirás con la práctica (por ejemplo: un sentido de relajación, reducción notable del dolor, etc.). Cada vez que practiques será inevitablemente diferente.

e- Deja ir cualquier intento de arreglar, cambiar, pelear, controlar o rechazar cualquier experiencia, ya que estas formas de resistencia consumen tu energía y tu enfoque. Una y otra vez, regresa a entrenar tu mente para estar más consciente, precisa, sin lucha, aceptando y descansando cada vez más en el momento presente.

4. Meditación para el mundo real: Espacio de respiración de 3 minutos.

El espacio de respiración permite ventilar situaciones y salir del piloto automático, devolviéndote al momento presente. Hay tres partes de este ejercicio:

- A. Consciencia. Cierra tus ojos, llevando la atención hacia lo que está pasando en este momento, preguntándote qué **pensamientos** rondan ahora, qué **emociones**, qué **sensaciones físicas**. Simplemente reconociendo tu experiencia en este momento, ya sea placentera, displacentera, o neutral.
- B. Anclaje. Habiendo reconocido tu experiencia, enfocado y agudizado tu atención, ahora concéntrate en tu **respiración**. Sé consciente de tu inhalación y exhalación, sin controlar tu respiración, simplemente sintonizando en la sensación de respirar. Usando tu respiración como un ancla al momento presente, para reconectar con tu consciencia y sentido de quietud y amplitud.
- C. Apertura. Habiendo vuelto y anclado al momento presente a través de la respiración, ahora permite a tu atención **expandirse** para incluir, no sólo la respiración, sino el cuerpo como un todo. Sosteniéndolo todo en esta consciencia abierta y espaciosa.

5. Reflexiones de un antiguo participante

Este ejemplo de un paciente lo recoge la Dra. Day en su libro “Mindfulness Based Cognitive Therapy for Chronic Pain” (2017). Se trata de una persona que ha sufrido de dolor crónico por 10 años. Tuvo que jubilarse prematuramente por discapacidad, lo cual implicó una pérdida financiera para la familia. Además, estaba impedida para la realización de parte de las tareas

del hogar y para las actividades familiares que previamente realizaba. Si asistía a actividades sociales, cargaba consigo el miedo a tener un pico de dolor mientras estaba allí. Comenzó en el grupo sintiendo que el dolor le había robado la vida. Comenzó practicando el Escáner Corporal con la sensación de que no iba a ayudarle mucho con su dolor, pero pensó que aunque no lo hiciera, al menos le ayudaría a relajarse. Estos son sus comentarios después de las 8 sesiones grupales:

“Al principio esto era una cosa más que tenía que hacer. Quería tanto que esto me ayudara con mi dolor, pero la noción de no luchar por nada en particular y simplemente aceptar mi experiencia me parecía completamente irrazonable. Antes de comenzar con el programa, siempre me había dicho a mí misma que era una “mala meditadora” y mi experiencia durante la primera semana confirmaba eso. Mi mente divagaba de un lado a otro y durante la mayor parte del tiempo me sentía que estaba luchando contra esto, tratando de forzar a mi mente a enfocarse.

Después de un tiempo, me relajé más y escuché los audios esperando que mi mente divagara. Con el tiempo me di cuenta que no era para tanto. Notaba cada vez antes en el proceso cuándo mi mente comenzaba a irse, y gradualmente el intervalo entre la finalización de un pensamiento y el inicio del siguiente se iba haciendo más y más largo. Dejé de castigarme a mí misma si mi mente se iba, y simplemente retomaba la meditación por donde iba el audio cuando lo notaba.

Después de esa primera semana dejé de luchar con mi mente y noté que me gustaba escuchar el audio, ya no era una carga. Empecé a desear hacerlo. Pronto comencé a desarrollar la habilidad para sentir mi respiración e ir a través de mi cuerpo, respirando con las sensaciones. Comencé a sentir que mi experiencia con el dolor iba cambiando: el dolor seguía ahí, pero ya no me sentía atrapada en él.

Al estructurar mi rutina para practicar la meditación cada día, comencé a sentir que era más fácil estructurar otras cosas en mi vida también. El escáner corporal realmente debe ser una rutina diaria; no es algo que puedas hacer algunas veces. La clave es comprometerse.”

Tareas para casa

- A.** Practica con el audio del Escáner Corporal cada día.
- B.** Haz al menos 3 Espacios de Respiración de 3 minutos cada día y establece con antelación los momentos en los que has decidido hacerlo.
- C.** Practica el traer tu atención al momento presente en actividades cotidianas de tu vida diaria, como lavarte la cara, vestirse, hacer la compra, lavar los platos, etc. Cualquier actividad puede ser usada para practicar, a través de simplemente saber y ser consciente de lo que estás haciendo mientras lo estás haciendo.
- D.** Haz anotaciones aparte de cualquier cosa que haya surgido durante tu meditación y podemos hablar sobre ello la próxima semana.





SESIÓN 2: ENFRENTAR LOS DESAFÍOS

Las habilidades que estás practicando permiten entrenar la mente para salirse del piloto automático e ir hacia la consciencia y el momento presente. Una manera típica que nos aleja del momento presente es nuestra tendencia a querer que las cosas sean diferentes a cómo son, y el juicio automático de "hay cosas que no están bien", "esto es inaceptable", "esto no debería ser así", lo cual hace incrementar el termómetro estrés-dolor. Cuando intentamos que las cosas sean como no son en realidad, nuestro estrés aumenta, debido a que nos ponemos en una situación de esfuerzo y lucha mantenida durante mucho tiempo.

Con la práctica, aprendemos a frenar este proceso automático y observar lo que está sucediendo sin juicio y con consciencia. Con esta consciencia, podemos elegir y liberarnos de los viejos patrones mentales y emocionales que nos enganchan y nos alejan del momento presente, aprendemos a responder, en vez de reaccionar.

El Escáner Corporal, con el que trabajarás nuevamente la próxima semana, permite entrenar la capacidad de nuestra mente a estar con la experiencia tal cual es, dejando ir la necesidad de cambiar o arreglar las cosas. Nuestra tarea es traer una curiosidad amistosa para explorar lo que hay, ya sea alegría o tristeza, calma o confusión, tensión o relajación, dolor o no dolor.

1. Diario de Experiencias Placenteras

Con el diario de experiencias placenteras vamos a practicar 2 cosas: la consciencia en las experiencias placenteras, a medida que suceden en el momento, y el trabajo de desglosar la **sensación corporal**, de la **emoción** y de los **pensamientos**. Usa esta tabla para guiar tu consciencia a darse cuenta de las experiencias placenteras y completa este registro lo antes que puedas una vez sucedida cada situación.

Experiencia placentera	Sensaciones en el <u>cuerpo</u>	<u>Emoción/</u> Sentimientos evocados	<u>Pensamientos</u> presentes
<i>Sentado en casa confortable, escuchando la lluvia mientras leía.</i>	<i>La frente suave, los músculos de la cara y cuello relajados y una sonrisa suave en el rostro.</i>	<i>Calma, gratitud de estar caliente dentro de mi casa.</i>	<i>“Qué gusto...”. “Podría estar así todo el día hoy”.</i>

Tareas para casa

- A.** Practica el Escáner Corporal cada día. Recuerda: deja ir cualquier expectativa o juicio acerca de cómo te debes sentir durante esta práctica y sólo deja que tu experiencia cada día sea la que sea.
- B.** Haz al menos tres espacios de respiración de 3 minutos cada día, eligiendo con antelación el momento en que los harás.
- C.** Completa una fila por día del registro de experiencias placenteras. Te ayudará apuntar cada momento tan pronto como te sea posible.
- D.** Practica llevar la consciencia del momento presente a una actividad rutinaria diaria diferente cada día.
- E.** Apunta cualquier desafío, duda o comentario sobre las tareas para casa para que podamos conversar sobre ello la próxima sesión.





SESIÓN 3: LA RESPIRACIÓN COMO ANCLA

Cuando se devuelve la atención a la respiración, las personas nos reconectamos con la experiencia inmediata de este momento: el aquí y el ahora. Dondequiera que vayas, la respiración estará allí, por lo que es una herramienta portátil que se puede usar como un ancla para estabilizar tu mente, sin importar dónde estés. Traer consciencia a esta ancla (nuestra respiración) brinda una sensación de amplitud, de dar un paso atrás y ver las cosas desde una perspectiva más amplia.

La práctica de la meditación es como aprender cualquier nueva habilidad: requiere persistencia, incluso en los momentos de mayor dolor y dificultad o cuando es posible que no estés viendo "resultados" rápidos, especialmente cuando no sientas que estás experimentando una reducción en el dolor. A diferencia de los medicamentos para el dolor, al practicar la meditación, no necesariamente sentirás un "alivio inmediato de los síntomas". Sin embargo, al igual que necesitas tomar medicamentos para mejorar, también necesitas practicar la meditación para que pueda hacer su trabajo. Poco a poco, con la persistencia y amabilidad hacia ti mismo, es posible que te sorprendas al ver lo que experimentas desde la meditación a lo largo de este programa y una vez finalizado.

Intenta dejar ir el equipaje que puedes haber acumulado sobre el dolor, en forma de pensamientos, emociones y cargas que ya no tienes que llevar. Dejar ir, un poco aquí, un poco allá, con amabilidad, paciencia y curiosidad. Dejando que los avances ocurran a su propio ritmo.

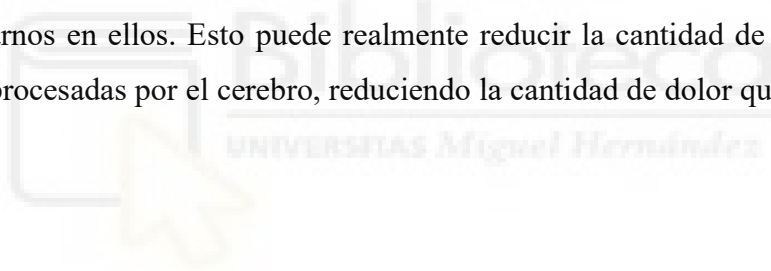
Los beneficios de usar la respiración como ancla

Hay cinco beneficios principales de usar la respiración como ancla:

1. La respiración no puede ocurrir en el futuro ni en el pasado. Sucede ahora. Así que enfocarse en la respiración te enfoca y te sujeta al ahora.
2. Dondequiera que vayas, tu respiración está siempre contigo, por lo que siempre está disponible como una ventana a tus emociones, sensaciones físicas y pensamientos.
3. Como aprendimos en la teoría de la puerta, el cerebro solo puede procesar cierta cantidad de información a la vez: si la atención se enfoca en la respiración, esto significa

menos recursos mentales dedicados al procesamiento del dolor, lo cual "cierra las puertas".

4. La atención plena de la respiración supone un enfoque no agresivo que estamos cultivando, sin objetivos que alcanzar: no es necesario hacer nada para que la respiración respire. Atender a esta respiración, tiene el potencial de transformar la experiencia al dejar de lado la necesidad de resolver problemas y de "arreglarlo" o controlarlo. Al sintonizar con esta actitud de permitir, simplemente permitir que la respiración haga su trabajo, mientras se observa el proceso, nos permitimos experimentar un enfoque más amplio sobre cómo podemos responder al dolor, las emociones fuertes y los pensamientos molestos.
5. Finalmente, prestar atención a la respiración como un ancla al presente nos da la posibilidad de no "engancharnos" con viejos patrones mentales inútiles que conducen a emociones como la ansiedad, la depresión y la ira que empeoran el dolor. Atender a la sensación sentida de la respiración nos permite notar cuándo nos estamos adentrando en patrones mentales inútiles, y cambiar de manera flexible nuestro enfoque antes de engancharnos en ellos. Esto puede realmente reducir la cantidad de señales de dolor que son procesadas por el cerebro, reduciendo la cantidad de dolor que sentimos.



Diario de experiencias estresantes

Práctica notar las experiencias estresantes que suceden en tu vida. Usa la siguiente tabla para guiar tu conciencia y analizar tus eventos estresantes y las reacciones de tu **cuerpo**, **emociones** y **mente** a medida que suceden. Completa la tabla lo más cerca posible del evento.

¿Cuál fue la experiencia estresante?	Describe las <u>sensaciones físicas</u> que tuviste en ese momento	¿Qué <u>emoción</u> sentiste?	¿Qué <u>pensaste</u> ?
<i>Tengo que esperar una llamada con los resultados de pruebas médicas.</i>	<i>Mi cuello y mis hombros están muy tensos, con espasmos en mi espalda y tengo un revoltijo en el estómago</i>	<i>Desesperación. Agobio.</i>	<i>“El médico me va a decir que estoy peor” “es sólo cuestión de tiempo para que no pueda andar”</i>



Tareas para casa

- A.** Practica cada día una meditación, alternando entre el Escáner Corporal y la Meditación Sentado.
- B.** Haz al menos 3 Espacios de Respiración de 3 minutos cada día y establece con antelación los momentos en los que has decidido hacerlo.
- C.** Completa una fila cada día en el Diario de Experiencias Estresantes, lo más cerca posible de la experiencia y registra en detalle las reacciones, anotando los pensamientos e imágenes precisas que aparecen con frecuencia en la mente y la ubicación exacta de los cambios en tu cuerpo.

SESIÓN 4: APRENDIENDO A ESTAR PRESENTES

Todas las personas enfrentaremos en algún momento de nuestras vidas alguna lucha, dolor, obstáculo o dificultad de algún tipo. La consciencia es el vehículo a través del cual aprendemos a estar presentes con estas dificultades, a salirnos del piloto automático y cambiar los modos de pensar mecánicamente establecidos a un modo mindfulness (de atención plena). Al practicar mindfulness, eventualmente podremos permitirnos dejar ir la carga inherente a nuestros pensamientos automáticos y nuestros hábitos mentales inútiles, aprendiendo a estar presentes con la experiencia de la manera que se presenta. El primer paso para dejar ir este equipaje extra es la consciencia.

En la “meditación sentado” de hoy, la técnica consistía en permitir que los pensamientos entren en la práctica, dejar que sean el objeto de la meditación en sí misma, para dejarlos ir y venir de la misma manera que lo hacen los sonidos. Practicar regularmente esta meditación a lo largo de la próxima semana nos permitirá ver más claramente los patrones de nuestra mente, los caminos tantas veces transitados por los que nuestra mente viaja. La meditación provee las herramientas necesarias para notar cuándo nuestra mente deja de *observar* los pensamientos para *identificarse* con ellos (verlos como si fuesen LA VERDAD) para luego regresar con consciencia y amabilidad, nuevamente, a ser un observador.

También hemos visto hoy cómo llevar el mindfulness al cuerpo en movimiento, y su utilidad para salirnos de nuestras conversaciones mentales y adoptar una perspectiva más amplia. Cuando nuestra mente está acelerada, usar el Movimiento Mindful o el Caminar Mindful nos permite estabilizarnos. Estas meditaciones basadas en el movimiento, así como el espacio de respiración de 3 minutos, son muy buenas herramientas para llevar el Mindfulness a nuestra vida cotidiana. Son prácticas portátiles con las que podemos desacelerar tendencias de reacción habituales y hacer espacio, para responder con sabiduría, en vez de reaccionar. El sólo hecho de pausar y que aparezca una sensación de espacio, permite estar presente con la experiencia, en contraposición a luchar contra ella, evocando un sentido de amabilidad sin juicio hacia nosotros mismos.

Recordemos, nuevamente, que no practicamos la meditación para “convertirnos en buenos meditadores” o “para relajarnos”. El entrenamiento tiene el objetivo de enseñarnos a dejar ir

nuestras tendencias automáticas y el equipaje extra de ciertas situaciones en nuestro día a día. Aprendemos simplemente a estar presentes, sin aditivos.

1. Hábitos mentales inútiles

A. Pensamiento de extremos:

1. Pensamiento blanco o negro: Nuestra visión se divide en dos extremos. Es de una manera o de otra completamente contraria, sin posibilidad de áreas grises. Ej: *“No puedo jugar con mi hijo en el parque como antes a causa de mi dolor, soy un fracaso como padre/madre”*.

2. Pensamiento Adivinador: Predecimos resultados negativos futuros. Ej: *“Esta tensión se va a convertir en una migraña terrible y me va a dejar fuera de juego una semana entera”*.

3. Afirmaciones “debería”: Hacer o esperar que los demás hagan cosas que pensamos que son las “correctas” o “morales”, o ideas acerca de cómo “debería” ser el mundo. Ej: *“El cirujano debería haberme quitado el dolor en la primera operación que me hizo”*

B. Atención selectiva:

1. Sobregeneralización: Una experiencia particular se aplica a todas las situaciones. Ej: *“Nadie va a querer contratarme nunca, mi antiguo jefe me veía como alguien dañado”*.

2. Filtrado: Enfocarse en lo negativo de una situación, excluyendo todo lo positivo, sin ver el panorama completo. Ej: *“Soy una persona a medias debido a este dolor”*.

3. Descalificar lo positivo: Desatender o infravalorar las situaciones o eventos positivos. Ej: *“Hoy he pasado la aspiradora por toda la casa, pero eso no vale nada, es la primera vez que lo hago en meses”*.

4. Magnificación o minimización: Magnificar mentalmente una situación haciéndola más negativa de lo que podría ser, o minimizar el impacto de las experiencias positivas a menos de lo que realmente son. Ej: *“Este dolor es insoportable, ¡me está matando!”*

C. Pensamiento intuitivo:

1. Razonamiento emocional: Interpretar una situación, a nosotros mismos o a los demás en función de cómo nos sentimos. Ej: *“Siento como se colapsa mi espalda. Si me muevo como me dicen que lo haga me voy a romper”*.

2. Lectura de mente: Inferir los pensamientos de los demás. Creer “saber” lo que otros están pensando. Ej: *“Mi médico cree que mi dolor no es real”*.

D. Culpabilizar:

1. Personalización: Culparse o criticarse a sí mismo cuando tenemos limitado control sobre una situación. Ej: *“Es mi culpa, mi relación terminó cuando el dolor se interpuso en la intimidad con mi pareja”*.

2. Etiquetado negativo: Sobregeneralizar y juzgarse a sí mismo o los miembros de un grupo de manera negativa y severa. Ej: *“A los médicos les da lo mismo, son todos iguales”*.

2. Moverse hacia el Mindfulness

Movernos hacia la consciencia de las sensaciones corporales nos permite alejarnos de nuestra “conversación” mental, adoptando una posición diferente de observación de lo que hay presente y probar una manera de “ser” con la experiencia. En general, las personas tenemos más facilidad para notar las sensaciones físicas y llevar nuestra atención a ellas cuando el cuerpo está en movimiento. De hecho, si te encuentras en la situación de que tu mente está muy acelerada y tienes problemas para estar quieto en la Meditación Sentado, una meditación basada en el movimiento puede ser más útil para estabilizar la mente.

Al practicar la Meditación en Movimiento, es importante hacer hincapié en movernos lentamente, con delicadeza, prestando mucha atención a las sensaciones en las que nos estamos enfocando, y honrando los mensajes de nuestro cuerpo. Siendo suaves con cualquier resistencia o dolor que aparezca y prestando atención a los cambios en el cuerpo y los contrastes entre movimiento y quietud.

La práctica en la Meditación en Movimiento implica sintonizar con la cualidad de las sensaciones en el movimiento: ¿Hay una sensación de tensión, calor, temblor? Respira con estas sensaciones, de la mejor manera posible, para dejar que cualquier pensamiento o emoción acompañante a estas sensaciones vengan y vayan libremente. Dejando que las sensaciones físicas sean el objeto de la meditación, así como la respiración ha sido el objeto de la meditación en la práctica sentado.

La buena noticia es que puedes realizar esta práctica en cualquier momento (a cualquier lugar que vayas, tu cuerpo va contigo). Incluso algo tan simple como levantarte y coger un vaso de agua puede ser una oportunidad de traer más y más el mindfulness a tu vida diaria, hasta que se convierta en un hábito incorporado, el *estar en tu cuerpo*.

3. Guía para practicar el Caminar “Mindful”

En esta práctica convertimos nuestro hábito diario de caminar en una oportunidad para practicar mindfulness, para sintonizar en las sensaciones físicas presentes en cada paso. Normalmente caminamos para llegar a un lugar, para lograr un objetivo. Rara vez prestamos atención al acto de caminar en sí. Normalmente mientras caminamos nuestra mente está en otro sitio, mientras que el cuerpo cumple tareas y hace de “espejo” de nuestra mente: si nuestra mente está acelerada, nuestro cuerpo también se acelera para llegar de A a B. Si nuestra mente está entretenida con algo placentero, probablemente nuestro cuerpo se ralentizará. Normalmente todo esto sucederá mientras estás en piloto automático, sin prestar atención. Caminar “mindful” permite dejar ir objetivos o deseos de llegar a algún lugar diferente al que estás ahora mismo, e implica caminar siendo consciente de cada paso, atendiendo intencionalmente a las sensaciones de cada paso. Al prestar atención a nuestro caminar, no necesitamos cambiar la manera en que lo hacemos, pero sí ayudará ralentizar la caminata. Puedes experimentar caminando en diferentes velocidades, para ver qué ritmo es el adecuado para ti. También ayuda el tener un camino designado, con un inicio y un fin.

Cada vez que llegues al punto final y regreses, pregúntate a ti mismo ¿Dónde está mi atención? ¿Está en cada paso?

Los ojos permanecen abiertos, y tu mirada fijada en un punto en el suelo justo delante de ti. La idea es dirigir la mayor cantidad de atención posible hacia las sensaciones internas del cuerpo al caminar, con suficiente atención hacia afuera para mantenerte en tu camino y no chocarte con nada ni nadie. Para mantener nuestra consciencia, prestaremos atención, solamente, a una

parte del cuerpo durante toda nuestra práctica de Caminar “Mindful” (en vez de ir cambiando a diferentes regiones). Para empezar, ayudará concentrarnos en los pies y piernas, donde los movimientos de caminar se sentirán con más intensidad. A medida que tu atención se profundiza, puedes ampliar la consciencia para incluir las sensaciones del resto del cuerpo como un todo.

4. Tareas para la casa de la sesión 4

1. Practicar la Meditación Sentado, la Meditación de Sonidos y Pensamientos, y la Meditación en Movimiento, alternando cada día. Si algún movimiento intensifica tus problemas de dolor, reemplaza esos movimientos en concreto por la meditación en la respiración y continúa con el resto de movimientos.
2. Explora el Caminar “Mindful”. Puedes elegir hacer esto de manera más estructurada a como lo hemos hecho en la sesión, o más informalmente, llevando la actitud mindfulness mientras recorres tu día. Presta atención a lo que se explica en esta guía.
3. Haz, al menos, tres Espacios de Respiración de 3-Minutos cada día y decide con antelación cuándo vas a realizarlo (no lo dejes para “cuando tenga tiempo”).
4. Practica el Espacio de Respiración Responsiva de 3-Minutos cuando notes que el termómetro Estrés-Dolor se está elevando. Por ejemplo, cuando notes que tu cuerpo comienza a tensarse o tus emociones se intensifican (te enfadas, irritas, estás ansioso/a, etc.), o incluso cuando notes que tus pensamientos negativos se han acelerado y están por tomar el control de la situación.
5. Vuelve a leer el apartado de “Hábitos mentales inútiles” (punto 1) y reflexiona acerca de cuáles hábitos son familiares para ti, sobre todo en momentos de mayor estrés o dolor.
6. Registra tus prácticas en casa (las meditaciones hechas, qué días, a qué horas). Hazlo tan pronto como hayas terminado cada práctica. Apunta cualquier cosa que haya surgido y que quieras conversar en la siguiente sesión.



SESIÓN 5: ACEPTACIÓN ACTIVA

Cuando en nuestra mente se repite de manera persistente alguna dificultad (ya sean pensamientos, emociones o sensaciones físicas), ésta puede proyectarse en alguna parte de nuestro cuerpo. La práctica de mindfulness nos permitirá aprender a localizar en qué zona del cuerpo son más prominentes las sensaciones físicas asociadas a esa dificultad. Una vez localizada, podremos mantener la atención y respirar en esa zona, recordándonos que no hay nada malo en esta sensación, que podemos estar abiertos y respirar.

Al principio quizás sientas que sólo puedes estar con estas dificultades un breve periodo de tiempo, algunas respiraciones. Si las dificultades son grandes es normal que el contacto con las mismas tienda a ser breve, de hecho, podemos enfocar nuevamente la atención hacia la respiración y alejarnos de la dificultad siempre que nos sintamos abrumados. Lo importante es volver a tomar contacto con las dificultades y de manera intermitente volver a la respiración. Observaras como poco a poco puedes tomar contacto cada vez más tiempo con la dificultad.

Tomar contacto con tus dificultades, sin poner en marcha respuestas automáticas permite abrir el abanico de posibilidades con las que se responde a esa dificultad. Aprendemos a no apartar, evitar ni intentar cambiar las dificultades. Sólo observarlas. No es una resignación, es una aceptación activa. La experiencia se observa tal cual es, sin juzgarla, respirando con ella.

1. Responder sabiamente a las dificultades en el mundo real

Practica “Espacio Responsivo de Respiración de 3 Minutos”: Estar abierto a las dificultades

El Espacio Responsivo de Respiración de 3 minutos es lo mismo que el Espacio de Respiración de 3 minutos que ya hemos realizado en otras ocasiones, pero aplicado a situaciones puntuales y difíciles que puedan surgir en el día: pensamientos poco constructivos, emociones difíciles o picos de dolor, por ejemplo. Esta práctica tiene 3 aspectos básicos:

a. Conciencia: como se trata de una práctica muy breve, adopta una postura digna que sirva de señal a tu cuerpo para activar el “modo ser”. Cierra los ojos, toma conciencia de lo que está pasando a tu alrededor, y toma contacto con las dificultades que en ese momento están surgiendo. ¿Qué pensamientos aparecen? ¿Qué emociones? ¿Qué sensaciones? Puedes etiquetar, sin juzgar, lo que tú observes (“frustración y tensión muscular en la pierna”, “tristeza y sensación de hormigueo”).

b. Anclaje: cuando ya has tomado conciencia de estos pensamientos, emociones y/o sensaciones físicas, desplaza tu atención hacia tu respiración, observando cómo el aire entra y sale de tus pulmones. Si los pensamientos aparecen con más fuerza, vuelve a reconocerlos como pensamientos y regresa a tu respiración. Puedes ayudarte contando “1” en cada inspiración y “2” en la exhalación.

c. Apertura: ahora que ya estarás anclado a tu respiración y al momento presente, permite a tu atención ampliarse no sólo a tu respiración sino a todo tu cuerpo, incluidas las partes del cuerpo en las que haya incomodidad o dolor. Respira con todo tu cuerpo, sin juzgar todas las experiencias que lleguen.

2. Ejercicios durante la semana

1. Alterna cada día las siguientes prácticas:

- a. Meditación sentado.
- b. Mindfulness de la respiración.
- c. Meditación de cuerpo, sonidos y pensamientos.
- d. Trabaja con las dificultades: empieza con dificultades sencillas para pasar progresivamente a las más difíciles.
- e. Permanecer en silencio 30 minutos sin intentar rellenar el vacío.

2. Practica el Espacio Responsivo de Respiración de 3 Minutos todos los días varias veces. Especialmente practícalo cada vez que observes que tu dolor está subiendo, o que tu cuerpo está más tenso, ansioso o enfadado, incluso cuando tus pensamientos más negativos empiezan a subir su intensidad.

3. Lee los ejemplos del árbol mostrado anteriormente e intenta anotar algún ejemplo de pensamiento automático que te venga a la cabeza. Hay que estar muy atento a los “deberías” y a los pensamientos del tipo “tengo que”, suelen ser pensamientos automáticos. En ese momento, toma ese pensamiento y pregúntate: “¿Qué significa este pensamiento para mí?” “¿Y qué diría de mí si eso fuera verdad?” Seguramente la respuesta a esa pregunta sea una creencia nuclear. Lo importante de esta práctica es encontrar creencias nucleares y tomar conciencia de ellas.

4. Registra tu práctica diaria y comenta las dificultades que te vas encontrando en tu práctica diaria.

SESIÓN 6: ver los pensamientos como pensamientos

Ejercicio durante la sesión

Versión 1

Hoy te has levantado sintiéndote mal después de una mala noche debido al dolor. Vas a la cocina y ves a tu pareja que se va pitando, diciendo que no puede parar y que se tiene que ir corriendo. ¿Tú que pensarías?



Versión 2

Te despiertas sintiéndote muy bien esta mañana después de una noche en la que has dormido bien, sólo con las algunas interrupciones. Vas a la cocina y ver a tu pareja que se va pitando, diciendo que no puede parar y que se tiene que ir corriendo. ¿Tú que pensarías?



RESUMEN

Normalmente nuestra mente trabaja de manera automática, haciendo juicios, interpretaciones y construyendo su propia historia (y todo esto lo hace sin que nos demos cuenta). Sin embargo, nuestros pensamientos tienen un poderoso efecto en cómo nos sentimos emocional y físicamente, y también en los que hacemos (o no hacemos). Aprender a ser conscientes de los caminos de nuestra mente, etiquetar estos pensamientos como pensamientos, y entonces intencionalmente permitir que sucedan (que aparezcan y desaparezcan) con la respiración, conlleva tiempo y práctica.

Conocer esta forma de pensar automática ayuda a darse cuenta de los pensamientos disparadores y las banderas rojas, que antes simplemente nos llevaba hasta una escalada de estrés y dolor, con emociones desagradables.

Es importante observar los pensamientos que pueden dificultar la práctica de Mindfulness, como por ejemplo: “Esto nunca me ayudará con el dolor”. Sobre todo, es importante entender que la aparición de estos pensamientos negativos son una oportunidad para practicar el etiquetar los pensamientos como pensamientos, y poder verlos como un equipaje extra que añade más dolor al dolor y nos hace sentir sobrecargados.

Las prácticas de mindfulness que has aprendido en este programa te trasladan directamente a la acción, y te permiten elegir diferentes maneras de responder al dolor, a los pensamientos y a tus emociones. De manera más importante, nosotros pensamos que los pensamientos no son verdades absolutas, no somos lo que pensamos, y no somos sólo nuestro dolor. Simplemente observar nuestros pensamientos nos permitirá dar un paso atrás y liberarnos del control que el pensamiento y el dolor tienen sobre nosotros.

HERRAMIENTAS PARA DESPLAZAR NUESTRA ATENCIÓN A LOS PENSAMIENTOS DISPARADORES

Cuando estos pensamientos disparadores aparezcan y eleven tu termómetro de estrés, puedes optar por uno (o más) de estos enfoques:

1. El primer paso siempre es la respiración de 3 minutos. Después...
2. Puedes optar por observar los pensamientos, como si fueran proyectados en una pantalla, y verlos como un observador externo, esperando y observando, sin engancharte en ninguno de ellos.
3. Puedes etiquetar los pensamientos, sean estos negativos, positivos o neutros, simplemente como pensamientos. En este sentido, todos los pensamientos, juicios, creencias, son eventos mentales, sin que necesariamente tengan algo de verdad. E incluso si tú crees que hay algo de verdad en esos pensamientos, depende de ti la manera en que los ves y respondes a ellos.
4. Puedes volver a los “hábitos mentales inútiles”, y observar si estás teniendo alguno de ellos. Entonces puedes identificarlo y ponerle nombre “estoy adivinando” o “estoy teniendo un pensamiento blanco-negro” para luego volver la atención a la respiración.
5. Puedes escribir tus pensamientos en un papel. Esto también te hará tomar un poco de distancia de tus pensamientos y podrás observarlos como lo que son. Tomar una pausa y escribir los pensamientos permite tomar perspectiva y permitirnos pensar sobre ello.
6. Cuando venga un pensamiento disparador también puedes pensar “¿De dónde ha venido esto? ¿Qué emociones han acompañado a esto? ¿Le estoy añadiendo un equipaje extra a los hechos? ¿Hay algo que pueda reconocer con amabilidad y dejar ir?”. Puedes decirte a ti mismo, que quizás haya otra manera de ver la situación.
7. Cuando trabajamos con algún pensamiento en particular o hay algún pensamiento que es recurrente, puede ser útil trabajar con él en meditación- utilizando la práctica de Meditación Sentado- puedes observar el pensamiento de una manera equilibrada e intencional, atendiendo a lo que aparece en esa situación.

PRÁCTICA EN CASA

1. Practica durante 30 minutos diarios el ejercicio de meditación que tú elijas.
2. Realiza durante 3 veces al día la práctica de respiración de 3 minutos, eligiendo de antemano los momentos en los que la vas a realizar. También puedes practicarla en cualquier momento que notes que el termómetro del estrés ha subido.
3. Si cuando está subiendo el termómetro del estrés, observas que la práctica de meditación no lo ha frenado, puedes utilizar cualquiera de las herramientas descritas en el apartado anterior de HERRAMIENTAS PARA DESPLAZAR NUESTRA ATENCIÓN A LOS PENSAMIENTOS DISPARADORES.
4. Observa qué elementos hacen que se dispare el termómetro del estrés, identifica estos elementos como banderas rojas. Puedes llevar una pequeña libreta contigo para apuntarlo en el momento o hacerlo posteriormente (aunque es posible que encuentres más dificultades en hacerlo después). Puedes también preguntar a personas cercanas sobre ello.
5. Lleva un registro de las prácticas diarias que realizas. Recuerda completar este registro nada más acabar la práctica.





SESIÓN 7: CUIDAR DE MÍ MISMO

La manera en que pasamos los momentos de nuestras vidas es esencialmente cómo gastamos nuestros minutos, horas, días, semanas, años ... esencialmente toda nuestra vida. Cada momento es realmente todo lo que tenemos y cómo elegimos responder a cada momento y lo que decidimos hacer se acumula para tener una poderosa influencia en nuestros pensamientos, emociones, nuestro dolor y nuestro sentido general de autoestima.

Para vivir una vida con sentido de acuerdo con nuestros valores, es importante preguntarnos de manera frecuente:

- En mi vida diaria, ¿qué estoy haciendo que me nutre, me hace sentir vivo, con energía, conectado?
- En mi vida diaria, ¿qué estoy haciendo que me agota, me desvía del camino, y me hace sentir que estoy actuando sin ningún significado ni propósito?
- Algunas cosas no se pueden cambiar. Teniendo eso en cuenta ¿estoy eligiendo cuidadosamente traer a mi vida momentos más nutritivos y menos momentos agotadores?

Tomar consciencia sobre lo que estamos haciendo nos permite elegir si queremos continuar haciendo eso, o hacer un cambio. A medida que vamos perfeccionando la habilidad para chequearnos a nosotros mismos y de darnos cuenta de lo que hacemos, aprendemos a tomar decisiones más conscientes y deliberadas sobre lo que necesitamos para avanzar hacia un control más eficaz del dolor. Haciendo esto podemos proponernos usar nuestro día en actividades diarias para nosotros mismos, en lugar de contra nosotros: podemos cultivar nuestro propio equilibrio personal de actividades, para ayudarnos a sobrellevar los momentos de crisis y dolor, el estado de ánimo negativo y el pensamiento inútil que tan a menudo es parte del panorama del dolor crónico. Practicar el desarrollo de actividades más nutritivas y reducir el tiempo que dedicamos a actividades agotadoras es algo que debemos aprender a hacer incluso cuando nos sentimos bien. Practicar de esta manera también significa que la habilidad de cuidar de mí mismo (sí, es una habilidad. Para la mayoría de nosotros no es algo natural) está entrenada y lista para tiempos difíciles, como cuando el dolor amenaza con tomar el control.

ALGUNOS CONSEJOS PARA EL AUTOCUIDADO

Conocer de antemano qué es lo que alimenta el dolor, es un elemento clave de cualquier buen plan de autocuidado. Independientemente de cómo nos encontremos o de lo que nos diga nuestra mente, debemos orientarnos de manera concreta a dar pasos para un mejor autocuidado.

Al desarrollar actividades más nutritivas en tu día (¡al programarlas de verdad!), y al limitar o eliminar aquellas actividades que desgastan, creamos una sensación de control ante el dolor. Es importante tener una variedad de opciones de actividades de cuidado personal en tu lista personalizada, que te brindan una sensación de placer, dominio o logro (que comenzamos a trabajar en la sesión de hoy). Sin embargo, si aparece una opción que no habíamos contemplado, estate dispuesto a experimentar espontáneamente con algo nuevo que no hayas hecho antes o que no esté en la lista. Un enfoque de curiosidad a menudo anula la sensación de retraimiento y aquellas basadas en el miedo.

Es importante no esperar milagros o cambios inmediatos. Piensa en esta estrategia como en la conducción de un barco: un sutil cambio de algunos grados en el timón puede no notarse al principio, pero con el tiempo y la distancia ese cambio insignificante envía el barco en una dirección completamente diferente. Al crear más espacios destinados a actividades nutritivas en tu día a día, y al limitar o eliminar aquellas que te agotan, estás creando un sentido de control sobre tu vida frente al dolor y sus picos. Ya no estás a la merced de tu sensación de dolor, ya que hay cosas que puedes hacer para manejarlo.

PASOS PARA MEJORAR EL AUTOCUIDADO CUANDO EL DOLOR APARECE

Muchas personas informan que los momentos más difíciles son cuando no han visto ninguna señal de alerta o signos de que su dolor esté a punto de intensificarse, y la crisis parece haber surgido de la nada y los toma por sorpresa. Sin saber cuánto durará el dolor, incluso en estos momentos, avanzar hacia un mejor autocuidado frente a un ataque de dolor y estrés implica dos pasos básicos:

1. Tomar un espacio de respiración de 3 minutos.

2. Responder: tomar una decisión sabia sobre cuál sería la mejor y más nutritiva cosa que podrías hacer para cuidarte mejor en este momento. Podría ser algo que le proporcione una sensación de placer, dominio o sentido de logro y control: una meditación más larga, leer este programa, hacer otra actividad que hayas identificado como nutritiva para ti en tu lista que comenzamos a hacer durante esta sesión.

Cuando el dolor es intenso, a menudo también nos invade una oleada de pensamientos negativos sobre el dolor ("Esto es terrible"), sus efectos ("Ha arruinado todo mi día y me ha hundido más"), y sobre nuestra propia valía ("No valgo nada, ¿quién querrá tenerme en el trabajo?"). Al tomar un Espacio de respiración como primer paso, esto nos coloca en una mejor posición para ver estos pensamientos claramente por lo que son, como solo pensamientos. Después de esto, puedes optar por regresar al material de la Sesión 6 "Herramientas para cambiar su punto de vista sobre pensamientos disparadores", para refrescar tu mente con las herramientas que tienes disponibles.

También es posible darnos cuenta de cómo el dolor afecta las emociones y el resto del cuerpo. Por ejemplo, puedes descubrir que un ataque de dolor produce ira y un aumento de la tensión muscular en todo el cuerpo. Al igual que en la meditación sentado que practicamos en esta sesión, puede ser útil llevar estas dificultades al banco de trabajo de su mente y "ablandarlas" y "abrirse" intencionalmente a ellas, en lugar de seguir resistiendo y luchando contra las mismas. Este enfoque puede ayudar a despejar la mente, que permita un mejor "espacio mental" para elegir el mejor curso de acción.

TAREAS PARA CASA

- 1) Desarrolle su propia práctica personalizada de meditación, seleccionando entre las técnicas de meditación que has aprendido durante este programa para practicar cada día durante un mínimo de 45 minutos al día (por ejemplo: meditación sentado, escáner corporal, movimiento consciente).

2) Haz al menos tres espacios de respiración cortos (regulares) de 3 minutos todos los días en momentos pre-definidos.

3) Practica el espacio responsivo de respiración de 3 minutos cada vez que notes que su termómetro de estrés aumenta, y continúa realizando una actividad nutritiva. Esta actividad nutritiva puede ser incluso una falta de actividad, y puede ser solo una pequeña cosa que haces por ti mismo que te hace sentir con más energía, tal vez incluso algo tan simple como preparar una buena taza de té caliente.

4) Para desarrollar tu propio plan de acción personalizado, continúa agregando, a tu lista que empezamos a hacer hoy, actividades nutritivas (o no actividades) que puedas realizar o programar de manera proactiva. Es útil contar con opciones de actividades nutritivas que implican diversos grados de planificación, tiempo y "esfuerzo". Por ejemplo: hacer un picnic en el campo sería una actividad de un esfuerzo mayor, mientras que escuchar el escáner corporal o tomar un baño relajante podrían ser de menor esfuerzo. De esta manera, siempre habrá algo que puedas hacer, incluso en momentos en que tu mente podría decirte "No hay nada que pueda hacer para controlar este dolor".

5) Completa tu registro diario de prácticas en el hogar. Apunta todo aquello que aparezca en esta práctica sobre lo que quieras trabajar en la próxima sesión.

SESIÓN 8: MANTENER EL PODER DE LA MENTE EN EL MANEJO DEL DOLOR CRÓNICO

1. Antes de despertarse y antes de dormir realizar 5 respiraciones conscientes.
2. Ser consciente de tu postura y las transiciones entre posturas. Presta atención a tu cuerpo cuando te mueves.
3. Regresar al momento presente con los espacios de respiración de 3 minutos.
4. Come una de tus comidas de manera consciente: con todos tus sentidos. Bebe consciente de tus movimientos.
5. Cuando aparezcan sonidos sintoniza con su cualidad: patrones, timbres, volúmenes, sin juzgarlos.
6. Ten una conversación consciente, oyendo realmente y estando con la persona, sin planear qué decir luego.
7. Cuando estés en una cola o en un atasco: se consciente de tu respiración, cuerpo, pensamiento y emociones.
8. A lo largo del día, escanea tu cuerpo: ¿estás acumulando tensión?
9. Lleva la actitud Mindfulness a cualquier actividad diaria.



Anexo 4. Estudio 1.







International Journal of Clinical and Health Psychology

www.elsevier.es/ijchp



Differential efficacy between cognitive-behavioral therapy and mindfulness-based therapies for chronic pain: Systematic review



Estela M. Pardos-Gascón^a, Lucas Nambuena^b,
César Leal-Costa^{c,*}, Carlos J. van-der Hofstadt-Román^d

^a Hospital Marina Baixa, Spain

^b Hospital Vega Baja, Spain

^c Facultad de Enfermería, Universidad de Murcia, Spain

^d Unidad de Psicología Hospitalaria, Hospital General Universitario de Alicante, Departamento de Psicología de la Salud, Universidad Miguel Hernández, Instituto de Investigación Sanitaria y Biomédica de Alicante (ISABIAL), Spain

Received 15 May 2020; accepted 11 August 2020

Available online 23 October 2020



KEYWORDS

Mindfulness;
Chronic pain;
Cognitive behavioral
therapy;
Systematic review

Abstract *Background/Objective:* To assess the differential efficacy between mindfulness-based interventions and cognitive-behavioral Therapy (CBT) on chronic pain across medical conditions involving pain. *Method:* ProQuest, Science Direct, Google Scholar, Pubmed, and Embase databases were searched to identify randomized clinical trials. Measurements of mindfulness, pain, mood, and further miscellaneous measurements were included. *Results:* 18 studies met the inclusion criteria (fibromyalgia, $n = 5$; low back pain, $n = 5$; headache/migraine, $n = 4$; non-specific chronic pain, $n = 4$). In fibromyalgia, mindfulness based stress reduction (MBSR) was superior to the usual care and Fibroqol, in impact and symptoms. In low back pain, MBSR was superior to the usual care, but not to CBT, in physical functionality and pain intensity. There were no studies on differential efficacy between mindfulness and CBT for headache and non-specific chronic pain, but Mindfulness interventions were superior to the usual care in these syndromes. *Conclusions:* Mindfulness interventions are superior to usual cares in all diagnoses, but it is not possible to conclude their superiority over CBT. Comparisons between mindfulness interventions are scarce, with MBSR being the most studied. In central sensitization syndromes, variables associated with pain tend to improve with treatment. More research is needed to differentiate diagnosis and intervention.

© 2020 Asociación Española de Psicología Conductual. Published by Elsevier España, S.L.U. This is an open access article under the CC BY-NC-ND license (<http://creativecommons.org/licenses/by-nc-nd/4.0/>).

* Corresponding author: Facultad de Enfermería, Universidad de Murcia, C/Campus Universitario 1, 30100 Murcia, Spain.
E-mail address: cleal@um.es (C. Leal-Costa).

PALABRAS CLAVE

Mindfulness;
Dolor crónico;
Terapia
cognitivo-conductual;
Revisión sistemática

Eficacia diferencial entre terapia cognitivo-conductual y terapias basadas en mindfulness para dolor crónico: revisión sistemática

Resumen *Introducción/Objetivo:* Estudiar la eficacia diferencial entre terapias basadas en mindfulness y terapia cognitivo-conductual (TCC) en síndromes asociados a dolor crónico. *Método:* ProQuest, Science Direct, Google Scholar, Pubmed y Embase fueron las bases utilizadas para identificar los ensayos clínicos aleatorizados. Los resultados fueron medidas de mindfulness, dolor, estado de ánimo y otras. *Resultados:* 18 estudios cumplieron criterios de inclusión (fibromialgia, $n=5$; lumbalgia, $n=5$; cefalea/migraña, $n=4$; dolor crónico no especificado, $n=4$). En fibromialgia, la terapia basada en mindfulness para la reducción del estrés (MBSR, por sus siglas en inglés) fue superior a tratamiento habitual y Fibroqol en impacto y sintomatología. En lumbalgia, MBSR fue superior a tratamiento habitual, pero no frente a TCC, en funcionalidad física e intensidad del dolor. No se encontraron estudios de eficacia diferencial entre mindfulness y TCC en cefalea y dolor crónico no especificado, pero las intervenciones mindfulness fueron superiores a tratamiento habitual en estos síndromes. *Conclusiones:* Las intervenciones mindfulness son superiores al tratamiento habitual en todos los diagnósticos, pero no es posible concluir su superioridad sobre TCC. Son escasas las comparaciones entre intervenciones mindfulness, siendo MBSR la más estudiada. En síndromes de sensibilización central tienden a mejorar variables asociadas al dolor. Es necesaria más investigación diferenciando diagnóstico e intervención.

© 2020 Asociación Española de Psicología Conductual. Publicado por Elsevier España, S.L.U. Este es un artículo Open Access bajo la licencia CC BY-NC-ND (<http://creativecommons.org/licenses/by-nc-nd/4.0/>).

Non-oncological chronic pain is defined as pain that persists for more than six months after the causing lesion in absence of an oncological process, and it could be perpetuated beyond the lesion and even in its absence (Moix & Casado, 2011). Within this field, a set of illnesses are delimited whose course includes the hypersensitization of the somatosensory system, called Central Sensitization Syndrome (CSS; Yunus, 2008). The illnesses whose etiology is CSS, such as fibromyalgia, chronic low back pain or headaches/migraines, show an amplification of the nociceptive signals due to the presence of a constant harmful peripheral stimulus. In developed countries, it is estimated that between 10 and 29% of the adults have chronic pain (Sá et al., 2019), in Europe around 19% (Reid et al., 2011), and in Spain around 15% (Dueñas et al., 2015). The high comorbidity with anxiety-depressive symptoms, sleep disorders, substance use disorder and suicidal ideation (Xu et al., 2020), entails a greater amount of medication, its bad usage and risk of death due to overdose (Owen-Smith et al., 2020). Likewise, the economic cost derived from the rates of unemployment and temporary disability (Leadley et al., 2012) signifies between 2-2.8% of the GDP (Álvarez-Caramés & Navarro-Ribero, 2016).

Within this context, cognitive-behavioral therapy (CBT) has been established as one of the non-pharmacological therapies of choice (Ehde et al., 2014; Morley et al., 2008), including psychoeducation about pain, cognitive restructuring, problem resolution, relaxation and behavioral activation. In the last few years, the perspective of mindfulness has been incorporated, creating diverse approaches such as mindfulness-based cognitive therapy (MBCT; Segal et al., 2012), MBCT for chronic pain (Day,

2017), therapy based on mindfulness for the reduction of stress (MBSR; Kabat-Zinn, 1990, 2013), and the mindfulness-oriented recovery enhancement (MORE; Garland, 2013). These interventions are focused in the present, trying to increase awareness and acceptance, of the emotional suffering as well as the physical one. Significant improvements have been found in the pain interference, self-efficacy in pain control, acceptance, reduction of catastrophizing and decrease in the daily peaks of pain (Day, 2017), with size effects that are similar to those found in other psychological interventions such as the CBT (Williams et al., 2012).

As for the evidence of the mindfulness interventions, many meta-analyses have revealed the absence of efficacy (McClintock et al., 2018) or insufficient evidence (Bawa et al., 2015), up to the decrease in depression (Ball et al., 2017), and pain, and improved quality of life (Hilton et al., 2016). As for the differential efficacy between mindfulness and CBT, Goldberg et al. (2018) and Khoo et al. (2019) have provided similar information on pain intensity, physical functionality and depression, even after six months, although Goldberg points to the superiority of mindfulness to decrease pain. Although it should be highlighted that Khoo specifically studied MBSR, while Goldber studied various mindfulness interventions. However, these meta-analyses are scarce and do not include the variety of formats of mindfulness interventions or medical diagnosis that involve chronic pain. For these reasons, the objective of the present systematic review is the description of the evidence about the efficacy of different interventions based on mindfulness in diverse medical diagnoses that involve chronic pain, and in second place, their comparisons with cognitive-behavioral therapy.

Method

The systematic review was registered with PROSPERO (registration number: 176041) and the PRISMA (<http://www.prisma-statement.org/statement.htm>) were followed for its creation, as well as the recommendations by Perestelo-Pérez (2013).

Study selection criteria

Following the criteria of the PICOS format (participants-interventions/comparisons-results-design of studies), the studies selected were published in English and Spanish, aside from complying with the following criteria:

Population: participants older than 18 years of age with non-oncological chronic pain of at least three months.

Interventions/comparisons: studies which researched the efficacy of MBCT, MBSR, mindfulness intervention (MI), mindfulness-based intervention (MBI), MBCT for chronic pain and MORE, as compared to other mindfulness interventions or CBT, and with a control group comparison. The mindfulness programs had to have a group format of at least one hour per session for eight weeks.

Description of the results: following the IMMPACT recommendations, standardized measurement results of pain, physical functionality, emotional functionality (presence of emotional distress) and scores of the participants in overall improvement.

Types of studies: randomized controlled studies.

Sources of information and search strategies

A structured review of the following databases was conducted: ProQuest (PILOTS, PsycArticles, PsicoDoc, PsycInfo), Science Direct, Google Scholar, Pubmed and Embase. The search terms were: *Mindfulness Based Cognitive Therapy, Mindfulness Based Stress Reduction, Mindfulness Interventions, Mindfulness Based Cognitive Therapy for Chronic Pain, Cognitive-Behavioural Therapy, Mindfulness-Oriented Recovery Enhancement, Mindfulness Brief Interventions and Chronic Pain*, with different combinations and always including the term *chronic pain*. The search was conducted between September 1st, 2019 and January 31st, 2020. Gray literature was not included.

Study selection process

The inclusion criteria were: (1) subjects older than 18, (2) studies that test the effects of MBCT, MBSR, MI, MBCT for chronic pain, MORE and MBI, alone, in comparison between mindfulness interventions or contrasted with CBT or control group, (3) provide results on pain perception, physical functionality, emotional functionality and/or overall improvement, (4) randomized clinical trials, and (5) in-person interventions. The following were excluded (1) articles published in languages other than English or Spanish, (2) not published, (3) that did not include mindfulness interventions, (4) patients with oncological pain, and (6) remote interventions. Restrictions were not placed on year of publication.

The selection of the studies was performed by two researchers who worked in duplicate independently, following the criteria mentioned. The first filtering was performed through the search of keywords in the title and the abstract. Each researcher extracted the size of the sample, therapies compared, dependent variables, measurement instrument and main results. If there was disagreement between the researchers, the article was revised again until agreement was reached.

Assessment of risk of bias

The tool Cochrane Collaboration tool (Higgins et al., 2019) was utilized to monitor the risk (high, low, or unclear) of bias in the selection of the sample (the selection as well as the allocation), blindness, incomplete data of the results and selective reporting of the data; and any other bias that could be perceived. If the researchers did not reach a consensus, the process was repeated until an agreement was reached.

Analysis and summary of data

The results were analyzed according to therapy and patient diagnosis. Most of the studies had continuous quantitative measurements and the results were presented as standardized differences in means and indicators of the effect size.

Results

Studies selected

Of the 573 studies initially found, 227 remained after eliminating the duplicates, and 18 complied with all the inclusion criteria. The studies were published between 2008 and 2019 (Figure 1 and Table 1).

Description of the characteristics of the study

Designs. Of all the trials, 68.40% used two groups, and the rest ($n=6$) were random clinical trials with three groups, which differentiated a second experimental group in which other active treatments were implemented (CBT, brief psychodynamic therapy, FibroQol).

Samples. The samples oscillated between 10 and 342 participants (total = 2.567, $M=100$), with an average age of 43.31. Also, 42.10% of the studies had a female representation between 50-90%, and a few had a presence higher than 90% ($n=2$) and lower than 50% ($n=3$), two trials were only conducted with women, and three did not specify the sex. Eighteen studies grouped the most prevalent pain syndromes: fibromyalgia ($n=5$), chronic low back pain ($n=5$), headache/migraines ($n=5$), and non-specific chronic pain ($n=4$).

Mindfulness interventions. Thirteen studies utilized MBSR, four MBCT, and one create its own intervention based on MBSR and MBCT (Reiner et al., 2019). Studies with MORE or MBI were not found.

Control group conditions. The control groups were: usual treatment (medication and clinical control) ($n=9$), waiting list ($n=5$), medication ($n=1$), education ($n=1$) and multi-

Table 1 Description of the studies analyzed (N = 18).

Authors (year)	N	Type of pain	Age	% Women	Conditions	Monitoring (months)	Measurements			
							Mindfulness	Pain	Mood	Others
Andrés-Rodríguez et al. (2019)	70	Fibromyalgia	53.36	100%	MBSR and medication / Medication	12	FFMQ	FIQR	HADS PSS-10 MISCI PCS PIPS	
Bakhshani et al. (2015)	40	TH and migraine	31.05	67.50%	MBSR/UC			VAS Number of hours pain/day Frequency of pain per month		SF36
Cash et al. (2015)	91	Fibromyalgia			MBSR/WL	2	Frequency of mediation at home.	VAS FIQR	BDI CTQ-SF PSS	SSQ FSI
Chavooshi et al. (2017)	63	NSCP	33	30%	ISTDP / MBSR / UC	3	MAAS	NPRS	DASS-21, ERQ	
Cherkin et al. (2016)	342	CLBP	49.30	65.70%	MBSR/CT / UC	6.50 and 13		RDQ VAS PGIC	PHQ-8 GAD-2	SF-12
Day et al. (2014)	36	86% migraine 11.10% TH 2.80% without classification	41.60	88.85%	MBCT/WL		MAAS CPAQ MBCT-AAQS	Frequency, duration VAS intensity Distress Medication BPI	PCS HMSE	Checking adherence WAI-S

Table 1 (Continued)

Authors (year)	N	Type of pain	Age	% Women	Conditions	Monitoring (months)	Measurements			
							Mindfulness	Pain	Mood	Others
Day et al. (2019)	69	CLBP	51	52%	MM/CT/ MBCT	3 and 6	FFMQ CPAQ	NRS	PROMIS	PHS PGIC
De Jong et al. (2018)	40	NSCP	50.70	75%	MBCT/UC			BPI-SF VAS PGIC	QIDS-C16 HRSD-17 BAI	SF36
La Cour and Petersen (2015)	109	NSCP	45.68	85%	MBSR/WL	6	CPAQ	PI SF36	HAD SF36 CSQ	SF36
Morone et al. (2016)	141	CLBP	75.50	33.70%	MBSR/ Education	6	MAAS	RMDQ NRS CPSES	GDS	SF36 PHS
Omidi and Zargar (2015)	66	TH	33.25	79.80%	MBSR/UC	3			PSS BSI BDI	
Parra-Delgado and Latorre-Postigo (2013)	33	Fibromyalgia	52.90		MBCT/UC	3		MINI FIQ VAS		
Pérez-Aranda et al. (2019)	225	Fibromyalgia	53.27	98.93%	MBSR and UC/ FibroQoL and UC/UC	12	FFMQ SCS-12	FIQR FSDC PGIC PSIC CEQ	HADS PCS PSS-10 MISCI PIPS	
Reiner et al. (2019)	67	CLBP	58	72%	MI/WL	3		BPI-SF TSA-II WST HPT STP		
Schmidt et al. (2011)	177	Fibromyalgia	52.50	100%	MBSR/ Active control/WL		FMI	FIQ VAS PPS	CES-D STAI	QoL PSQI GCQ

Table 1 (Continued)

Authors (year)	N	Type of pain	Age	% Women	Conditions	Monitoring (months)	Measurements			
							Mindfulness	Pain	Mood	Others
Turner et al. (2016)	341	CLBP	49	87%	MBSR/CT/UC	13	FFMQ-SF CPAC		PCS	PSEQ
Wells et al. (2014)	10	Migraine	45	90%	MBSR/UC	28 days	FFMQ	Frequency HIT-6 MIDAS NRS	PHQ-9 STAI PSS-10 HMSE	MSQoL
Yeung et al. (2011)	99	NSCP: 85.8% back 83% Joint	47.9		MBSR/MPI	3 and 6			POMS STAI CES-D	SF-12

Notes: Mindfulness. CPAQ: Chronic Pain Acceptance Questionnaire, MAAS: Mindful Attention and Awareness Scale, MBCT-AAQS: Mindfulness- Based Cognitive Therapy Adherence, Appropriateness, and Quality Scale, FFMQ: Five Facet Mindfulness Questionnaire, FFMQ-SF: Five Facet Mindfulness Questionnaire short form, FMI: Freiburg Mindfulness Inventory, SCS-12: Self-Compassion Scale—short form.

Pain. BPI: Brief Pain Inventory; BPI-SF: Brief Pain Inventory Short Form, BSI: Brief Symptom Inventory, CEP: Coping efficacy for pain CPSES: Chronic Pain Self-Efficacy Scale, FIQ: Fibromyalgia Impact Questionnaire, FIQR: Revised Fibromyalgia Impact Questionnaire, FSI: Fatigue Symptom Inventory, FSDC: Fibromyalgia Survey Diagnostic Criteria, GCQ: Giessen Complaint Questionnaire, HIT-6: Headache Impact Test-6, HPT: Heat Pain Threshold, MIDAS: Migraine Disability Assessment, NPRS: Numerical Pain Rating Scale, NRS: numerical rating scale, PGIC: Patient Global Impression of Change, PIS: Pain Interference Scale, PPS: Pain perception Scale, PSEQ: Pain Self-Efficacy Questionnaire, PSIC: Pain- Specific Impression of Change, RDQ: Roland Disability Questionnaire; RMDQ: Roland and Morris Disability Questionnaire, STP: Supra Threshold Pain, TSA-II: Thermal Sensory Analyzer, VAS: Visual Analogue Scale, WST: Warm Sensation Threshold.

Type of pain. TH: tension headache, NSCP: non-specific chronic pain, CLBP: Chronic low back pain.

Mood. BAI: Beck Anxiety Inventory, BDI: Beck Depression Inventory, CES-D: Centre for Epidemiological Studies-Depression Scale, CEQ: Credibility/Expectancy Questionnaire, CSQ: Coping Strategies Questionnaire, CTQ-SF: Childhood Trauma Questionnaire, Short Form, DASS-21: Depression Anxiety Stress Scale 21, ERQ: Emotion Regulation Questionnaire, GAD-2: Generalized Anxiety Disorder-2, GDS: Geriatric Depression Scale, HADS: Hospital Anxiety and Depression Scale, HMSE: Headache Management Self-Efficacy Scale, HRSD-17: 17-item Hamilton Depression Rating Scale, MINI: Mini International Neuropsychiatric Interview, MISCI: Multidimensional Inventory of Subjective Cognitive Impairment, PCS: Pain catastrophizing Scale, PIPS: The Psychological Inflexibility in Pain Scale, POMS: Profile of Mood States; PCS: The Pain Catastrophizing Scale, PSS-10: Perceived Stress Scale, STAI: State-Trait Anxiety Inventory, QIDS-C16: Quick Inventory Depressive Symptoms, SCID-I: structured clinical interview for DSM-IV axis I.

Others. MSQoL: Migraine Specific Quality of Life Questionnaire, PHC: Physical Health Composite, PHQ-8: Patient Health Questionnaire-8, PHQ-9: Patient Health Questionnaire-9, PROMIS: Patient-Reported Outcomes Measurement Information System, PLC: Quality of Life Profile for the Chronically Ill, PSQI: Pittsburgh Sleep Quality Index, QoL: Quality of Life Profile for the Chronically Ill, SF12: 12-Item Short Form Health Survey, SF36: Health Status Inventory SF36, SSQ: Stanford Sleep Questionnaire, WAI-S: Working Alliance Inventory-short.

Interventions. CT: Cognitive Therapy, FibroQol: psychoeducational multicomponent treatment, ISTDP: intensive short-term dynamic psychotherapy, MBCT: Mindfulness-Based Cognitive Therapy, MI: Mindfulness Intervention, MBSR: Mindfulness-Based Stress Reduction, MM: Mindfulness Meditation, MPI: multidisciplinary pain intervention, UC: usual care, WL: Waiting list.

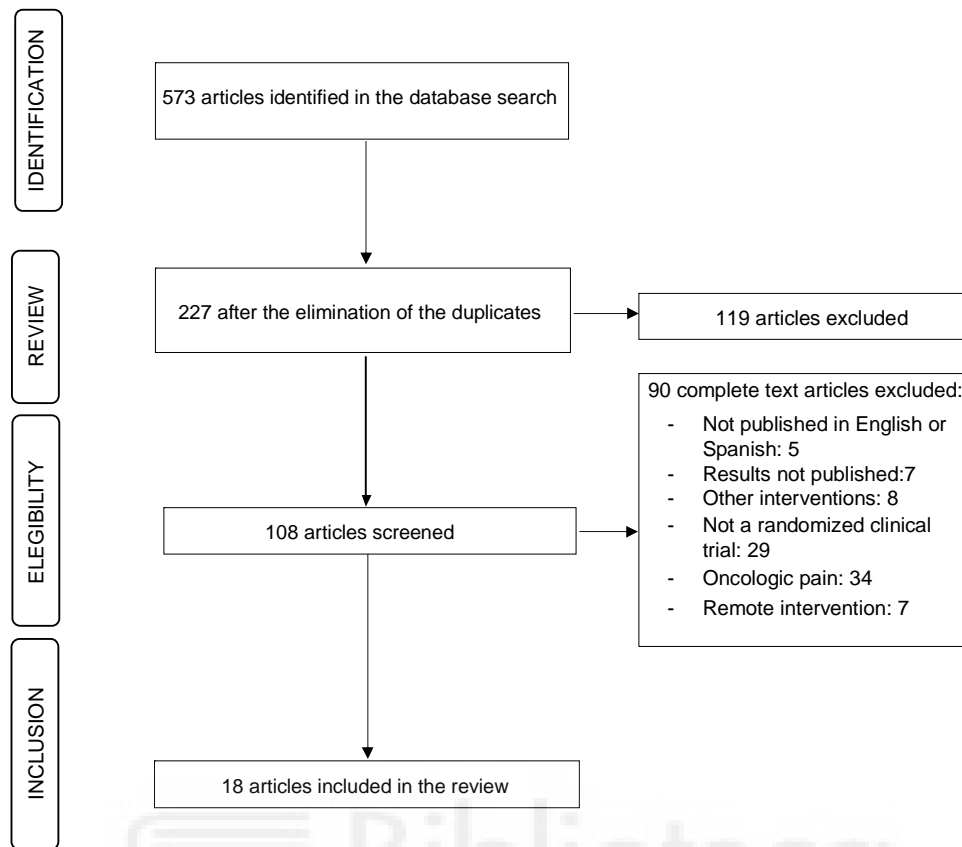


Figure 1 Flow diagram of the selection process.

disciplinary intervention of pain (explanations of the illness from diverse health professionals) ($n = 1$).

Results. All the clinical trials collected their results after the end of the intervention, and 73.68% monitored the patients, from 28 days up to 13 months. A great heterogeneity was observed in the types of evaluation instruments, with 23 for mood, 25 for pain, 17 for quality of life, and 7 for mindfulness.

Risk of bias

The risk of bias was relatively low for selection (55%), reporting (79%), attrition (70%), and allocation concealment selection (48%). On the contrary, the performance bias was unclear in 47% and the detection bias was unclear in 49%, as shown in Figure 2.

Main effects of the interventions

In the content analysis, the articles were grouped according to the main diagnosis of the subjects. The risk of bias was low for fibromyalgia and non-specific chronic pain, high in headache and migraine, and variable in chronic low back pain. Due to the heterogeneity of the scales, special attention was paid to the results obtained with the same instruments to obtain more solid conclusions. The results obtained are presented below.

Fibromyalgia

Only the impact and symptoms of pain had comparable measurements (FIQR, in four out of five studies), with the superiority of MBSR observed as compared to the usual treatment, and in two trials as compared to a multi-component psychoeducational treatment (FibroQoL/active control), with large size effects (impact: d between 0.80 and 1.11; symptomology: d between 0.46 and 1.04), and maintained all year. In the rest of the variables, the superiority of the MBSR was also evidenced as compared to the usual care and multicomponent treatments, although in these measurements there was a greater heterogeneity of instruments. However, in mindfulness skills, MBSR was shown to be superior to the usual care, but not as compared to multicomponent treatments. As for MBCT, a study informed about superiority as compared to the habitual depression treatment, but information on monitoring was not provided (Table 2).

Chronic low back pain

It is observed that there is no coincidence between the measurement instruments in any of the variables between the studies, making difficult the extraction of consistent conclusions. In spite of this, three studies provided information on the superiority of the MBSR as compared to the usual care with maintenance performed after a year due to discomforts, and intensity of pain, disability and catastro-

Table 2 Content analysis of clinical trials for fibromyalgia (N=5).

Authors (year)	Andrés-Rodríguez et al. (2019)	Pérez-Aranda et al. (2019)			Cash et al. (2015)	Schmidt et al. (2011)		Parra-Delgado and Latorre-Postigo (2013)
Treatment	MBSR/TH	MBSR/ FibroQol	MBSR/UC	FibroQol/UC	MBSR/WL	MBSR and AC/ WL	MBSR/AC	MBCT/UC
HH Mindfulness	↑ (d=2.01)***	Observing: ↑ (d=0.66)** 12M: w/sd Awareness: w/sd Nonjudging: ↑ (d=0.57)** 12M: w/sd Describing: w/sd 12M: ↑ (d=0.50)*** Non-reactivity: w/sd Self-compassion: ↑ (d=0.47)* 12M: w/sd	Observing: ↑ (d=0.79)*** 12M: ↑ (d=0.84)*** Awareness: ↑ (d=0.66)** 12M: ↑ (d=0.53)* Nonjudging: ↑ (d=0.89)*** 12M: ↑ (d=0.66)** Describing: w/sd 12M: ↑ (d=0.66)** Non-reactivity: w/sd Self-compassion: ↑ (d=0.66)** 12M: w/sd	Observing: w/sd 12M: ↑ (d=0.63)** Awareness: ↑ (d=0.46)* 12M: ↑ (d=0.62)* Nonjudging: w/sd 12M: ↑ (d=0.47)* Describing: w/sd 12M: w/sd Non-reactivity: w/sd 12M: w/sd Self-compassion: w/sd 12M: w/sd		w/sd	↑ *	
Pain and impact	Impact fibromyalgia: ↓ (d=0.99)**	Impact fibromyalgia: ↓ (d=0.86)*** 12M: w/sd Symptoms fibromyalgia: w/sd 12M: ↓ (d=0.82)***	Impact fibromyalgia: ↓ (d=1.11)*** 12M: ↓ (d=0.80)*** Symptoms fibromyalgia: ↓ (d=0.97)*** 12M: ↓ (d=1.04)***	Impact fibromyalgia: w/sd 12M: w/sd Symptoms fibromyalgia: ↓ (d=.54)* 12M: w/sd	Symptoms fibromyalgia: ↓ (IOT: d=0.46**, BP: d=0.58**) Physical functioning: w/sd (IOT and BP) Intensity: w/sd (IOT and BP)	w/sd	w/sd	Impact: w/sd Pain: w/sd

Table 2 (Continued)

Authors (year)	Andrés-Rodríguez et al. (2019)	Pérez-Aranda et al. (2019)			Cash et al. (2015)	Schmidt et al. (2011)		Parra-Delgado and Latorre-Postigo (2013)
Treatment	MBSR/TH	MBSR/ FibroQol	MBSR/UC	FibroQol/UC	MBSR/WL	MBSR and AC/ WL	MBSR/AC	MBCT/UC
Cognitive Functioning	Cognitive skills: ↑ ($d=0.97$)* Catastrophizing: ↓ ($d=0.74$)* Inflexibility: w/sd	Cognitive skills: ↑ ($d=0.95$ ***) 12M: w/sd Catastrophizing: ↓ ($d=0.65$)* 12M: ↓ ($d=0.58$)* Inflexibility: ↓ ($d=0.49$)* 12M: ↓ ($d=0.47$)*	Cognitive skills: ↑ ($d=0.86$ ***) 12M: ↑ ($d=0.99$ ***) Catastrophizing: ↓ ($d=.84$ ***) 12M: ↓ ($d=0.73$ **) Psychological inflexibility: ↓ ($d=0.67$ ***) 12M: ↓ ($d=0.88$ ***)	Cognitive skills: w/sd 12M: ↑ ($d=0.65$)* Catastrophizing: w/sd 12M: w/sd Psychological inflexibility: w/sd 12M: w/sd				
Anxiety	w/sd	↓ ($d=0.49$)* 12M: w/sd	↓ ($d=0.84$ ***) 12M: ↓ ($d=0.67$)*	w/sd 12M: ↓ ($d=0.57$)*		↓*	w/sd	
Depression	↓ ($d=1.04$ **)					w/sd	w/sd	↓*
Stress	↓ ($d=1.01$ **)	↓ ($d=0.77$ ***) 12M: w/sd	↓ ($d=1.07$ ***) 12M: ↓ ($d=0.58$)*	w/sd 12M: w/sd	↓ (IOT: $d=0.48$ ***, BP: $d=0.69$ ***)			
Quality of life					Sleep disorders: ↓ (IOT: $d=0.25$ *, BP: w/sd) Fatigue: ↓ (IOT: $d=0.47$ ** , BP: $d=0.73$ *)	w/sd	w/sd	

Note: Treatments = AC: active control, FibroQol: psychoeducational multicomponent treatment, MBCT: Mindfulness-Based Cognitive Therapy, MBSR: Mindfulness-Based Stress Reduction, UC: Usual care, WL: Waiting list. Level of significance = *.05 ** .01 *** .001, w/sd: without significant differences. Monitoring = 12M: 12 months. Type of analysis = IOT: intention of treatment (analysis of the results including abandonments), BP: by protocol (analysis of results only with subjects who finish the protocol). Statistics = p η^2 : partial η^2 , d : Cohen's d .

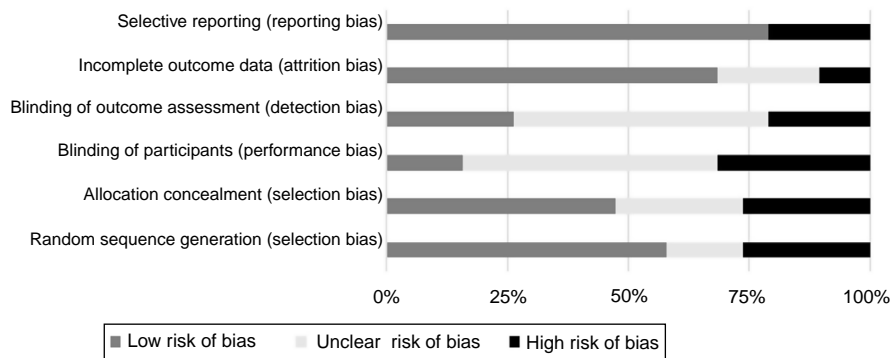


Figure 2 Analysis of risk of bias in the studies ($N = 18$) with the Cochrane Collaboration Tool.

phizing, while the psychological well-being and self-efficacy showed post-treatment differences which were attenuated with time. Differences were not observed between both treatments in mindfulness skills.

Three trials compared MBSR with active control (CBT, $n=2$; Health Education Program, HEP, $n=1$), measuring the same variables, but with different instruments and the results found being divergent as for their meaning and maintenance. It is underlined that one studied provided information on the start of pain equally improved between MBSR and CBT as compared to the usual care in the long term (1 year), but not in the post-treatment measurement. On the other hand, another trial informed on the superiority of the CBT as compared to MBSR for the improvement of depression in the short term.

A study on MBCT and another on MBI were found but both had a high risk of bias in their results and none of them provided information about monitoring (Table 3).

Headache and migraine

The intensity (VAS) and self-efficacy in the control of pain (HMSE) were only variables where the instruments in both studies coincided, and each of them implemented a different type of mindfulness intervention (MBSR and MBCT). Thus, self-efficacy in the control of pain improved pain in the short term in both interventions as compared to the usual care. As for pain intensity, MBSR was shown to be superior to MBCT as compared to the usual care, but both studies were high risk, and these differences should be taken with caution. As for the rest of the variables, the three MBSR studies showed a trend of its superiority, as compared to the usual care, although the results were not very comparable between them and came from studies with diverse methodological quality (Table 4).

Non-specific chronic pain

The quality of life was measured in two trials with SF-36, and one trial used SF-12. On the MBSR intervention, just as in one of the trials with MBCT, an increase in vitality and mental health was reported in the short term as compared to the usual care. A divergent study with MBCT as compared to a multidisciplinary intervention for pain (MPI) was not taken into consideration due to its high risk (Yeung et al., 2011).

As for pain, this was measured with analog scales (NRS and NPRS) for a study with MBSR and another with MBCT, and both were assessed as high risk. For this, although the results were contradictory, it was not considered that they demonstrated a differential efficacy between therapies.

Lastly, an intensive short-term dynamic psychotherapy (ISTDP) trial was applied (Chavooshi et al., 2017), for the evaluation of a group intervention (MBSR) as compared to an individual one, so that the results are not comparable (Table 5).

Discussion

In fibromyalgia, more support has been found for MBSR, which has improved a greater number of variables as compared to Fibroqol and usual care, in agreement with previous reviews (Crowe et al., 2015). More specifically, in this review we found more solid evidence for MBSR in the reduction of the impact and symptomatology of fibromyalgia, with maintenance after a year. These results contradict those found by Lauche et al. (2013), although these researchers included studies that were not randomized clinical trials in their study, and in the present review, we have included three studies after 2013 with provide new evidence.

In chronic low back pain, the results of this review are compromised by the heterogeneity of the scales. In agreement with Chou et al. (2017) and Anheyer et al. (2017), we found that MBSR has superior effects in diverse variables as compared to the usual care, but its effects are mainly in the short term, and its differential efficacy required more research. Particularly, our review coincides with that from Anheyer et al. (2017), in pointing out the improvement of physical functionality and the intensity of pain with MBSR as compared to the usual care.

On the other hand, when considering chronic low back pain and migraine, the results are limited, with studies with a high risk and lack of comparison with CBT. Fang et al. (2018) reported on improvements in different variable, for MBSR as well as MBCT, but in our review, we could not make these assertions due to heterogeneity indicated, except for self-efficacy in the control of pain, for which both mindfulness interventions had the same efficacy in the short term.

As for non-specific chronic pain, a comparison with CBT was not found, and when compared with the usual care, the

Table 3 Content analysis of clinical trials for chronic low back pain (N = 5).

Authors (year)	Cherkin et al. (2016)			Morone et al. (2016)	Turner et al. (2016)			Day et al. (2019)			Reiner et al. (2019)
Treatment	MBSR/ UC	MBSR/ CBT	CBT / UC	MBSR/PES	MBSR/ UC	MBSR/ CBT	CBT / UC	MBCT/ CT	MM/CT	MBCT/MM	MBI/WL
HH Mindfulness				w/sd	Observing: w/sd Awareness: w/sd Nonjudging: ↑* 6M: w/sd 12M: w/sd Non-reactivity: ↑* 6M: w/sd 12M: w/sd Acceptance (total): w/sd Activity engagement: w/sd Pain willingness: w/sd 6M: w/sd 12M: ↑*	Observing: w/sd Awareness: w/sd Nonjudging: ↑* 6M: w/sd 12M: w/sd Non-reactivity: w/sd Acceptance (total): w/sd Activity engagement: w/sd Pain willingness: w/sd 6M: w/sd 12M: ↑*	Observing: w/sd Awareness: w/sd Nonjudging: w/sd Non-reactivity: ↑* 6M: w/sd 12M: w/sd Acceptance (total): w/sd Activity engagement: w/sd Pain willingness: w/sd 6M: w/sd 12M: ↑*				
Pain	Discomfort due to pain: ↓* 6M: ↓* 12M: ↓* Intensity: ↓* 6M: ↓* 12M: ↓*	Discomfort due to pain: w/sd Intensity: w/sd	Discomfort due to pain: ↓* 6M: ↓* 12M: ↓* Intensity: ↓* 6M: ↓*	Mean pain: w/sd Current pain: ↓ (d = -0,21)* 6M: ↓ (d = -0.33)* Severe pain: ↓ (d = -0,08)* 6M: ↓ (d = -0.19)*				Interference: w/sd Intensity: w/sd	Interference: w/sd Intensity: w/sd	Interference: ↓** Intensity: w/sd	Severity: ↓ (np ² = 0.12)* Interference: ↓ (np ² = 0.11)* Supraliminal pain: ↓ (np ² = 0.12)*
Disability	↓* 6M: ↓* 12M: ↓*	w/sd	↓* 6M: ↓* 12M: ↓*	↓ (d = -0.23)* 6M: ↓ (d = -0.08)**							

Table 3 (Continued)

Authors (year)	Cherkin et al. (2016)			Morone et al. (2016)	Turner et al. (2016)			Day et al. (2019)			Reiner et al. (2019)
Treatment	MBSR/UC	MBSR/ CBT	CBT / UC	MBSR/PES	MBSR/ UC	MBSR/ CBT	CBT / UC	MBCT/CT	MM/CT	MBCT/MM	MBI/WL
Anxiety	w/sd	w/sd 6M: ↓* 12M: w/sd	↓* 6M: ↓* 12M: w/sd								
Depression	↓* 6M: w/sd 12M: w/sd	↓* (TCC > MBSR) 6M: w/sd 12M: w/sd	↓* 6M: ↓* 12M: w/sd					w/sd	w/sd	Depression: ↑**	
Self-efficacy				Coping: ↑ (d=0.32)** 6M: ↑ (d=0.15)** Functional self- efficacy: ↑ (d=0.17)* 6M: ↑ (d=0.03)* Pain self- efficacy: ↑ (d=0.51)** 6M: ↑ (d=0.017)**	↑* 6M: w/sd 12M: w/sd	w/sd	↑* 6M: w/sd 12M: w/sd				
Quality of life	Physical health: w/sd Mental health: ↑* 6M: w/sd 12M: w/sd	Physical health: w/sd Mental health: w/sd	Physical health: w/sd Mental health: ↑* 6M: ↑* 12M: w/sd	Global health: ↑ (d=0.18)* 6M: ↑ (d=0.02)* Physical health: ↑ (d=0.18)* 6M: ↓ (d = -0.01)*				w/sd	Physical functioning↑**	Physical functioning↑**	
Catastrophizing	-	-	-	↓ (d = -0.19)* 6M: ↑ (d=0.05)*	↓* 6M: w/sd 12M: ↓*	TCC: ↓* 6M: w/sd 12M: w/sd	w/sd 6M: w/sd 12M: ↓*				

Note: Treatments = CBT: Cognitive-Behavioral Therapy, CT: Cognitive Therapy, MBCT: Mindfulness-Based Cognitive Therapy, MBSR: Mindfulness-Based Stress Reduction, MM: Mindfulness Meditation, HEP: Health Education Program, UC: Usual care, WL: Waiting list. Level of significance = *.05 **.01 ***.001, w/sd: without significant differences. Monitoring = 6M: 6 months, 12M: 12 months. Statistics = p η^2 : partial η^2 , d : Cohen's d .

Table 4 Content analysis of clinical trials for headache/migraine ($N=4$).

Authors (year)	Omidi and Zargar (2015)	Bakhshani et al. (2015)	Wells et al. (2014)	Day et al. (2014)
Treatment	MBSR/UC	MBSR/UC	MBSR/UC	MBCT/TD
HH Mindfulness	-	-	Mindfulness Attitude: ↑ *	Mindfulness Attitude:w/sd
Pain and impact	Symptoms: ↓ *** 3M: w/sd	Intensity: ↓ ($\eta^2=0,68$) *** Dolor corporal: ↓ ($p\eta^2=0.34$) **	28 days* Duration ↓ * Impact ↓ * 28 days* Self-efficacy ↓ * 28 days: w/sd	Acceptance: ↑ (IOT, $d=0.82^*$; BP, $d=1.22^*$) Control of headache: ↑ (IOT, $d=0.82^*$; BP, $d=1.65^*$). Interference of pain: ↓ (BP: $d=-1.29$)** Frequency: w/sd Duration: w/sd Intensity of peak and the mean: w/sd Distress: w/sd Self-efficacy: ↑ (IOT, $d=0.82^*$; BP, $d=1.65^*$) Catastrophizing ↓: (IOT: w/sd, BP: $d=-0.94^{**}$)
Cognitive Functioning	-	-	-	-
Anxiety	-	-	w/sd	-
Depression	-	-	w/sd	-
Stress	Stress perceived ↓ *** 3M: w/sd	-	w/sd	-
Quality of life	-	Physical health: ↑ ($p\eta^2=0.18$)* Mental health: ↑ ($p\eta^2=0.33$)** Global health: ↑ ($p\eta^2=0.28$)** Energy and vitality: ↑ ($p\eta^2=0.34$)** Emotional health: ↑ ($p\eta^2=0.60$)***	Disability ↓ * 28 days: w/sd Quality of life: w/sd	-
Others	-	w/sd in Physical functioning, limitations of role due to emotional and social functioning problems.	-	Good viability of the MBCT (79%), significantly less tolerance **

Note: Treatments = TD: treatment delayed, MBCT: Mindfulness-Based Cognitive Therapy, MBSR: Mindfulness-Based Stress Reduction, UC: Usual care. Level of significance = *.05 **.01 ***.001, w/sd: without significant differences. Monitoring = 3 M: 3 months, 6 M: 6 months, 12M: 12 months. Statistics = $p\eta^2$: partial η^2 , d : Cohen's d .

Table 5 Analysis of the results from clinical trials on non-specific chronic pain ($N=4$).

Authors (year)	Chavooshi et al. (2017)			La Cour and Petersen (2015)	Yeung et al. (2011)	De Jong et al. (2018)
Treatment	MBSR/ISTDP	MBSR/TH	ISTDP/TH	MBSR/LE	MBCT/MPI	MBCT/TH
HH mindfulness	Not reported	Mindfulness Attitude ↑***	Mindfulness Attitude ↑***	Acceptance: ↑ ($d=0.60$)** 6M: ↑** Engagement: ↑ ($d=0.71$)*** 6M: ↑** Pain willingness: w/sd 6M: ↑**		
Pain and impact	Intensity in ISTDP: ↓ ($d = -1.85$) ** 3M: ($d = -1.40$) **	Intensity: ↓ ($d = -0.80$)*** 3M: ($d = -0.67$) ***	Intensity: ↓ ($d = -1.95$) *** 3M: ($d = 1.70$) ***	Intensity: w/sd (BPI and SF-36): w/sd 6M: ↓** (SF-36) Control: ↑ ($d=0.55$)*** 6M: ↑** Minimization: w/sd	Intensity: w/sd	Intensity: w/sd
Anxiety	Not reported	↓***	↓***	↓ ($d=0.50$)* 6M: w/sd	w/sd	w/sd
Depression	Not reported	↓***	↓***	↓ ($d=0.37$)* 6M: ↓**	w/sd	↓ (IOT: $d = w/sd$, BP: $d = 1.6$) ***
Stress	Not reported	↓***	↓***		Distress: MPI ↓ (WS = 3.98) **	
Quality of life				Vitality: ↑ ($d=0.39$) * 6M: ** Quality of life: ↑ ($d=0.21$)* 6M: ↑** Psychological well-being: ↑ ($d=0.43$)* 6M: w/sd Mental health: ↑ ($d=0.48$)* 6M: w/sd Physical health: w/sd 6M: ↑** Physical functioning: w/sd 6M: ↑**	Mental health: w/sd Physical health: w/sd Vigorous activity: ↑ (WS = 4.05)* 3 and 6 M: w/sd	Vitality: ↑ (IOT: $d=0.50$ **; BP: $d=0.68$ **) Quality of life: w/sd (IOT and BP) Psychological well-being: w/sd (IOT and BP) Mental health: ↑ (IOT: $d=0.57$ **; BP: $d=0.83$ **) Physical health: w/sd (IOT and BP) Physical functioning: w/sd (IOT and BP) Subjective improvement: ↑ (IOT and BP) **
Others		Emotional regulation ↑***	Emotional regulation ↑***	Catastrophizing: w/sd		

Note: Treatments = ISTDP: Intensive short-term dynamic psychotherapy, MBCT: Mindfulness-Based Cognitive Therapy, MBSR: Mindfulness-Based Stress Reduction, MPI: multidisciplinary pain intervention, UC: Usual care, WL: Waiting list. Level of significance = *.05 **.01 ***.001, w/sd: without significant differences. Monitoring = 3 M: 3 months, 6 M: 6 months. Statistics = p η^2 : partial η^2 , d : Cohen's d , WS: Wald statistic.

superiority of MBSR and MBCT was observed for improving vitality and mental health. As for the decrease in pain, it could not be concluded that there was a differential efficacy between both mindfulness interventions, due to the methodological deficiencies of the studies that evaluate this variable. It is difficult to extract clear trends from the previous reviews which could be used to compare the results (Ball et al. 2017; Bawa et al., 2015; Goldberg et al., 2018; Hilton et al., 2016; Khoo et al., 2019; McClintock et al., 2018; Perestelo-Perez et al., 2017), due to the heterogeneity of the diagnoses that have an influence. This problem has been tried to be solved in the present review by differentiating between syndromes. Thus, this is reason why studies that coincided with our results on non-specific chronic pain were not found.

In response to the objectives set in this review, it can be concluded that the mindfulness interventions produce improvements in a greater number of variables as compared to the usual care in all the group diagnoses, with variable maintenance, and paradoxically, the improvement is not always found in the mindfulness variables. Likewise, a greater evidence was observed for the MBSR intervention format, while MBCT was less studied, with trials with a smaller number of variables and habitually of high risk. The trials on the differential efficacy between mindfulness interventions are practically non-existent, thus it is a promising field of study.

As for the differential efficacy of mindfulness as compared to CBT, trials were only found for chronic low back pain, but were not comparable between themselves, and did not provide a clear conclusion about the superiority of any treatment. For fibromyalgia, although comparisons were not found with CBT, a superiority was found as compared to active control. On their part, for headaches and chronic pain, comparisons with CBT were not found either. Therefore, further research is needed to clarify the differential efficacy between Mindfulness and CBT interventions for any of the diagnoses.

We believe that the most interesting finding from this review is that the diagnosis that form part of CSS (fibromyalgia, chronic low back pain and headache) shared an improvement in the symptomatology related to pain (impact and symptoms of fibromyalgia, intensity of pain and physical functioning in chronic low back pain, and self-efficacy in the management of headaches), while the studies on non-specific chronic pain reported a reduction in less specific symptoms such as vitality and mental health. We set for the possibility that the mindfulness interventions are more efficient in the diagnoses that involve a CSS etiology. It is also possible that the category of non-specific chronic pain encompasses heterogeneous diagnoses that make difficult the finding of more clear trends.

Lastly, it should be considered that these conclusions are subject to limitations due to the heterogeneity of the evaluation instruments, sample and therapies, as well as the reduced number of trials per diagnosis. However, the present review has itemized what is normally treated as a set, and ultimately points out the need to differentiate according to syndromes to arrive at more precise conclusions.

References

- Álvarez-Caramés, Á. M., & Navarro-Ribero, M. (2016). *Costes del tratamiento del dolor versus su no tratamiento. Aproximación a la realidad de Portugal y España. Dor, 24, 1–9.*
- *Andrés-Rodríguez, L., Borràs, X., Feliu-Soler, A., Pérez-Aranda, A., Rozadilla-Sacanell, A., Montero-Marin, J., Maes, M., & Luciano, J. V. (2019). Immune-inflammatory pathways and clinical changes in fibromyalgia patients treated with Mindfulness-Based Stress Reduction (MBSR): A randomized, controlled clinical trial. *Brain, Behavior, and Immunity, 80, 109–119.* <http://dx.doi.org/10.1016/j.bbi.2019.02.030>
- Anheyer, D., Haller, H., Barth, J., Lauche, R., Dobos, G., & Cramer, H. (2017). Mindfulness-based stress reduction for treating low back pain: A systematic review and meta-analysis. *Annals of Internal Medicine, 166, 799–807.* <http://dx.doi.org/10.7326/M16-1997>
- *Bakhshani, N. M., Amirani, A., Amirifard, H., & Shahrakipoor, M. (2015). The effectiveness of mindfulness-based stress reduction on perceived pain intensity and quality of life in patients with chronic headache. *Global Journal of Health Science, 8, 142–151.* <http://dx.doi.org/10.5539/gjhs.v8n4p142>
- Ball, E. F., Nur Shafina Sharizan Muhammad, E., Franklin, G., & Rogozińska, E. (2017). Does mindfulness meditation improve chronic pain? A systematic review. *Current Opinion in Obstetrics and Gynecology, 29, 359–366.* <http://dx.doi.org/10.1097/GCO.0000000000000417>
- Bawa, F. L. M., Mercer, S. W., Atherton, R. J., Clague, F., Keen, A., Scott, N. W., & Bond, C. M. (2015). Does mindfulness improve outcomes in patients with chronic pain? Systematic review and meta-analysis. *British Journal of General Practice, 65, 387–400.* <http://dx.doi.org/10.3399/bjgp15X685297>
- *Cash, E., Salmon, P., Weissbecker, I., Rebholz, N., Bayley-Veloso, R., Zimmaro, L., Floyd, A., Dedert, E., & Sephton, S. (2015). U. S. Department of Veterans Affairs Women: Results of a Randomized Clinical Trial. *Annals of Behavioral Medicine, 49, 319–330.* <http://dx.doi.org/10.1007/s12160-014-9665-0.Mindfulness>
- *Chavooshi, B., Saberi, M., Tavallaie, S. A., & Sahraei, H. (2017). Psychotherapy for medically unexplained pain: a randomized clinical trial comparing intensive short-term dynamic psychotherapy and cognitive-behavior therapy. *Psychosomatic, 85, 123–125.* <http://dx.doi.org/10.1016/j.psym.2017.01.003>
- *Cherkin, D. C., Sherman, K. J., Balderson, B. H., Cook, A. J., Anderson, M. L., Hawkes, R. J., Hansen, K. E., & Turner, J. A. (2016). Effect of mindfulness-based stress reduction vs cognitive behavioral therapy or usual care on back pain and functional limitations in adults with chronic low back pain: A randomized clinical trial. *JAMA - Journal of the American Medical Association, 315, 1240–1249.* <http://dx.doi.org/10.1001/jama.2016.2323>
- Chou, R., Deyo, R., Friedly, J., Skelly, A., Hashimoto, R., Weimer, M., Fu, R., Dana, T., Kraegel, P., Griffin, J., Grusing, S., & Brodt, E. D. (2017). Nonpharmacologic therapies for low back pain: a systematic review for an american college of physicians clinical practice guideline. *Annals of Internal Medicine, 166, 493.* <http://dx.doi.org/10.7326/m16-2459>
- Crowe, M., Jordan, J., Burrell, B., Jones, V., Gillon, D., & Harris, S. (2015). Mindfulness-based stress reduction for long-term physical conditions: A systematic review. *Australian and New Zealand Journal of Psychiatry, 50, 21–32.* <http://dx.doi.org/10.1177/0004867415607984>
- Day, M. (2017). *Mindfulness-Based Cognitive Therapy for Chronic Pain.* John Wiley and Sons.
- *Day, M. A., Thorn, B. E., & Rubin, N. J. (2014). Mindfulness-based cognitive therapy for the treatment of headache pain: A mixed-methods analysis comparing treatment responders and treat-

- ment non-responders. *Complementary Therapies in Medicine*, 22, 278–285. <http://dx.doi.org/10.1016/j.ctim.2013.12.018>
- *Day, M. A., Ward, L. C., Ehde, D. M., Thorn, B. E., Burns, J., Barnier, A., Mattingley, J. B., & Jensen, M. P. (2019). A pilot randomized controlled trial comparing mindfulness meditation, cognitive therapy, and mindfulness-based cognitive therapy for chronic low back pain. *Pain Medicine (Malden, Mass.)*, 20, 2134–2148. <http://dx.doi.org/10.1093/pm/pty273>
- *De Jong, M., Peeters, F., Gard, T., Ashih, H., Doorley, J., Walker, R., Rhoades, L., Kulich, R. J., Kueppenbender, K. D., Alpert, J. D., Hoge, E. A., Britton, W. B., Lazar, S. W., Fava, M., & Mischoulon, D. (2018). A randomized controlled pilot study on mindfulness-based cognitive therapy for unipolar depression in patients with chronic pain. *Journal of Clinical Psychiatry*, 79, 26–34. <http://dx.doi.org/10.4088/JCP.15m10160>
- Dueñas, M., Salazar, A., Ojeda, B., Fernández-Palacín, F., Micó, J. A., Torres, L. M., & Failde, I. (2015). A nationwide study of chronic pain prevalence in the general Spanish population: identifying clinical subgroups through cluster analysis. *Pain Medicine (United States)*, 16, 811–822. <http://dx.doi.org/10.1111/pme.12640>
- Ehde, D. M., Dillworth, T. M., & Turner, J. A. (2014). Cognitive-behavioral therapy for individuals with chronic pain: Efficacy, innovations, and directions for research. *American Psychologist*, 69, 153–166. <http://dx.doi.org/10.1037/a0035747>
- Fang, X.-M., Gu, Q., & Hou, J.-C. (2018). Mindfulness Meditation for Primary Headache Pain: A Meta-Analysis. *Chinese Medical Journal*, 131, 829. <http://dx.doi.org/10.4103/0366-6999.228242>
- Garland, E. L. (2013). *Mindfulness-Oriented Recovery Enhancement for addiction, stress, and pain*. NASW Press.
- Goldberg, S. B., Tucker, R. P., Greene, P. A., Davidson, R. J., Wampold, B. E., Kearney, D. J., & Simpson, T. L. (2018). Mindfulness-based interventions for psychiatric disorders: A systematic review and meta-analysis. *Clinical Psychology Review*, 59, 52–60. <http://dx.doi.org/10.1016/j.cpr.2017.10.011>
- Higgins, J. P., Savović, J., Page, M. J., Elbers, R. G., & Sterne, J. A. (2019). Assessing risk of bias in a randomized trial. In J. P. T. Higgins, J. Thomas, J. Chandler, M. Cumpston, T. Li, M. J. Page, & V. A. Welch (Eds.), *Cochrane Handbook for Systematic Reviews of Interventions* (pp. 205–228). John Wiley & Sons.
- Hilton, L., Hempel, S., Ewing, B. A., Apaydin, E., Xenakis, L., Newberry, S., Colaiaco, B., Maher, A. R., Shanman, R. M., Sorbero, M. E., & Maglione, M. A. (2016). Mindfulness meditation for chronic pain: systematic review and meta-analysis. *Annals of Behavioral Medicine*, 51, 199–213. <http://dx.doi.org/10.1007/s12160-016-9844-2>
- Kabat-Zinn, J. (1990). *Full catastrophe living: Using the wisdom of your body and mind to face stress, pain and illness*. Delacourt.
- Kabat-Zinn, J. (2013). *Full Catastrophe Living*. Hachette.
- Khoo, E. L., Small, R., Cheng, W., Hatchard, T., Glynn, B., Rice, D. B., Skidmore, B., Kenny, S., Hutton, B., & Poulin, P. A. (2019). Comparative evaluation of group-based mindfulness-based stress reduction and cognitive behavioural therapy for the treatment and management of chronic pain: A systematic review and network meta-analysis. *Evidence-Based Mental Health*, 22, 26–35. <http://dx.doi.org/10.1136/ebmental-2018-300062>
- *La Cour, P., & Petersen, M. (2015). Effects of mindfulness meditation on chronic pain: a randomized controlled trial. *Pain Medicine (United States)*, 16, 641–652. <http://dx.doi.org/10.1111/pme.12605>
- Lauche, R., Cramer, H., Dobos, G., Langhorst, J., & Schmidt, S. (2013). A systematic review and meta-analysis of mindfulness-based stress reduction for the fibromyalgia syndrome. *Journal of Psychosomatic Research*, 75, 500–510. <http://dx.doi.org/10.1016/j.jpsychores.2013.10.010>
- Leadley, R. M., Armstrong, N., Lee, Y. C., Allen, A., & Kleijnen, J. (2012). Chronic diseases in the European Union: The prevalence and health cost implications of chronic pain. *Journal of Pain and Palliative Care Pharmacotherapy*, 26, 310–325.
- McClintock, A. S., McCarrick, S. M., Garland, E. L., Zeidan, F., & Zgierska, A. E. (2018). Brief mindfulness-based interventions for acute and chronic pain: A systematic review. *The Journal of Alternative and Complementary Medicine*, 25, 265–278. <http://dx.doi.org/10.1089/acm.2018.0351>
- Moix, J., & Casado, M. I. (2011). Terapias Psicológicas para el Tratamiento del Dolor Crónico. *Clínica y Salud*, 22, 41–50. <http://dx.doi.org/10.5093/cl2011v22n1a3>
- Morley, S., Williams, A., & Hussain, S. (2008). Estimating the clinical effectiveness of cognitive behavioural therapy in the clinic: Evaluation of a CBT informed pain management programme. *PAIN Reports*, 137, 670–680.
- *Morone, N. E., Greco, C. M., Moore, C. G., Rollman, B. L., Lane, B., Morrow, L. A., Glynn, N. W., & Weiner, D. K. (2016). A mind-body program for older adults with chronic low back pain: a randomized clinical trial. *JAMA Internal Medicine*, 176, 329–337. <http://dx.doi.org/10.1001/jamainternmed.2015.8033>
- *Omid, A., & Zargar, F. (2015). Effects of mindfulness-based stress reduction on perceived stress and psychological health in patients with tension headache. *Journal of Research in Medical Sciences*, 20, 1058–1063. <http://dx.doi.org/10.4103/1735-1995.172816>
- Owen-Smith, A., Stewart, C., Sesay, M. M., Strasser, S. M., Yarborough, B. J., Ahmedani, B., Miller-Matero, L. R., Waring, S. C., Haller, I. H., Waitzfelder, B. E., Sterling, S. A., Campbell, C. I., Hechter, R. C., Zeber, J. E., Copeland, L. A., Scherrer, J. F., Rosson, J., & Simon, G. (2020). Chronic pain diagnoses and opioid dispensings among insured individuals with serious mental illness. *BMC Psychiatry*, 20, 1–11. <http://dx.doi.org/10.1186/s12888-020-2456-1>
- *Parra-Delgado, M., & Latorre-Postigo, J. M. (2013). Effectiveness of mindfulness-based cognitive therapy in the treatment of fibromyalgia: A randomised trial. *Cognitive Therapy and Research*, 37, 1015–1026. <http://dx.doi.org/10.1007/s10608-013-9538-z>
- Perestelo-Pérez, L. (2013). Standards on how to develop and report systematic reviews in Psychology and Health. *International Journal of Clinical and Health Psychology*, 13, 49–57.
- Perestelo-Perez, L., Barraca, J., Rivero-Santana, A., & Alvarez-Perez, Y. (2017). Mindfulness-based interventions for the treatment of depressive rumination: Systematic review and meta-analysis. *International Journal of Clinical and Health Psychology*, 17, 282–295.
- *Pérez-Aranda, A., Feliu-Soler, A., Montero-Marín, J., García-Campayo, J., Andrés-Rodríguez, L., Borràs, X., Rozadilla-Sacanell, A., Peñarribia-Maria, M. T., Angarita-Osorio, N., McCracken, L. M., & Luciano, J. V. (2019). A randomized controlled efficacy trial of mindfulness-based stress reduction compared with an active control group and usual care for fibromyalgia: The EUDAIMON study. *Pain*, 160, 2508–2523. <http://dx.doi.org/10.1097/j.pain.0000000000001655>
- Reid, K. J., Harker, J., Bala, M. M., Truysers, C., Kellen, E., Bekkering, G. E., & Kleijnen, J. (2011). Epidemiology of chronic non-cancer pain in Europe: Narrative review of prevalence, pain treatments and pain impact. *Current Medical Research and Opinion*, 27, 449–462. <http://dx.doi.org/10.1185/03007995.2010.545813>
- *Reiner, K., Shvartzman, P., Cohen, Z. Z., & Lipsitz, J. D. (2019). Assessing the effectiveness of mindfulness in the treatment of chronic back pain: Use of quantitative sensory pain assessment. *Mindfulness*, 10, 943–952. <http://dx.doi.org/10.1007/s12671-018-1053-6>
- Sá, K. N., Moreira, L., Baptista, A. F., Yeng, L. T., Teixeira, M. J., Galhardoni, R., & de Andrade, D. C. (2019). Prevalence of

- chronic pain in developing countries. *PAIN Reports*, 4, e779. <http://dx.doi.org/10.1097/pr9.0000000000000779>
- *Schmidt, S., Grossman, P., Schwarzer, B., Jena, S., Naumann, J., & Walach, H. (2011). Treating fibromyalgia with mindfulness-based stress reduction: Results from a 3-armed randomized controlled trial. *Pain*, 152, 361–369. <http://dx.doi.org/10.1016/j.pain.2010.10.043>
- Segal, Z. V., Williams, J. M., & Teasdale, J. D. (2012). *Mindfulness-Based Cognitive Therapy for Depression*. Guildford Press.
- *Turner, J. A., Anderson, M. L., Balderson, B. H., Cook, A. J., Sherman, K. J., & Cherkin, D. C. (2016). Mindfulness-based stress reduction and cognitive behavioral therapy for chronic low back pain: Similar effects on mindfulness, catastrophizing, self-efficacy, and acceptance in a randomized controlled trial. *Pain*, 157, 2434–2444. <http://dx.doi.org/10.1097/j.pain.0000000000000635>
- *Wells, R. E., Burch, R., Paulsen, R. H., Wayne, P. M., Houle, T. T., & Loder, E. (2014). Meditation for migraines: A pilot randomized controlled trial. *Headache*, 54, 1484–1495. <http://dx.doi.org/10.1111/head.12420>
- Williams, A. C., Eccleston, C., & Morley, S. (2012). *Psychological therapies for the management of chronic pain (excluding headache) in adults*. *Cochrane Database of Systematic Reviews*, 11, 1–83.
- Xu, Y., Wang, Y., Chen, J., He, Y., Zeng, Q., Huang, Y., Xu, X., Lu, J., Wang, Z., Sun, X., Chen, J., Yan, F., Li, T., Guo, W., Xu, G., Tian, H., Xu, X., Ma, Y., Wang, L., Zhang, M., Yan, Y., Wang, B., Xiao, S., Zhou, L., Li, L., Zhang, Y., Chen, H., Zhang, T., Yan, J., Ding, H., Yu, Y., Kou, C., Jia, F., Liu, J., Chen, Z., Zhang, N., Du, X., Du, X., Wu, Y., & Li, G. (2020). The comorbidity of mental and physical disorders with self-reported chronic back or neck pain: Results from the China Mental Health Survey. *Journal of Affective Disorders*, 260, 334–341. <http://dx.doi.org/10.1016/j.jad.2019.08.089>
- *Yeung, S., Wong, S., Chan, F. W.-K., Wong, R. L.-P., Chu, M.-C., Lam, Y.-Y. K., Mercer, S. W., & Ma, S. H. (2011). Comparing the effectiveness of mindfulness-based stress reduction and multidisciplinary intervention programs for chronic pain a randomized comparative trial. *Clinical Journal of Pain*, 27, 724–734.
- Yunus, M. B. (2008). Central sensitivity syndromes: a new paradigm and group nosology for fibromyalgia and overlapping conditions, and the related issue of disease versus illness. *Seminars in Arthritis and Rheumatism*, 37, 339–349. <http://dx.doi.org/10.1016/j.semarthrit.2007.09.003>



Anexo 5. Estudio 2.







Article

Effects of Mindfulness-Based Cognitive Therapy for Chronic Pain: A Multicenter Study

Estela María Pardos-Gascón ¹, Lucas Nambuena ², César Leal-Costa ^{3,*}, Antonio Jesús Ramos-Morcillo ^{3,*},
María Ruzafa-Martínez ³ and Carlos J. van-der Hofstadt Román ⁴

¹ Sexual and Reproductive Health Unit, Novelda Health Center, 03660 Alicante, Spain; estela.maria.pardos.gascon@gmail.com

² Child-Youth Mental Health Unit, Can Misses Hospital, 07800 Ibiza, Spain; nambuenaalucas@gmail.com

³ Faculty of Nursing, University of Murcia, 30100 Murcia, Spain; maruzafa@um.es

⁴ Hospital Psychology Unit, Department of Health Psychology, Institute of Health and Biomedical Research of Alicante (ISABIAL), General University Hospital of Alicante, Miguel Hernández University, 03010 Alicante, Spain; cjvander@umh.es

* Correspondence: cleal@um.es (C.L.-C.); ajramos@um.es (A.J.R.-M.); Tel.: +34-868-88-97-71 (C.L.-C.)

Abstract: The prevalence of chronic pain in Spain is 15%. The objective of this study was to evaluate the efficacy of mindfulness-based cognitive therapy on patients with chronic pain. A quasi-experimental design of repeated measures pre- and post-test ($N = 57$) was carried out at three hospitals from the province of Alicante. Self-reported assessment measurements of pain intensity, anxiety-depression symptoms, perception of health status, interference of pain on sleep, self-efficacy in pain, acceptance, and mindfulness attitude were included. The T-test indicates significant differences in intensity of present pain, mental quality of life, and depression (medium effect sizes), as well as in self-efficacy: total score, symptom management and pain control (medium effect sizes), sleep disturbances and quantity of sleep (large effect sizes). MBCT is effective in reducing many symptoms in patients with chronic pain, although its maintenance needs to be further investigated.

Keywords: chronic pain; MBCT; multicenter study; self-efficacy; sleep; pain intensity; quality of life; depression

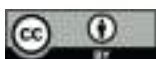


Citation: Pardos-Gascón, E.M.; Nambuena, L.; Leal-Costa, C.; Ramos-Morcillo, A.J.; Ruzafa-Martínez, M.; van-der Hofstadt Román, C.J. Effects of Mindfulness-Based Cognitive Therapy for Chronic Pain: A Multicenter Study. *Int. J. Environ. Res. Public Health* **2021**, *18*, 6951. <https://doi.org/10.3390/ijerph18136951>

Academic Editors: Juan V. Luciano, Albert Feliu-Soler and Adrian Perez-Aranda

Received: 19 May 2021
Accepted: 26 June 2021
Published: 29 June 2021

Publisher's Note: MDPI stays neutral with regard to jurisdictional claims in published maps and institutional affiliations.



Copyright: © 2021 by the authors. Licensee MDPI, Basel, Switzerland. This article is an open access article distributed under the terms and conditions of the Creative Commons Attribution (CC BY) license (<https://creativecommons.org/licenses/by/4.0/>).

1. Introduction

Non-oncological chronic pain is defined as pain that lasts longer than three months after an injury, felt for longer after the injury or even without it, and which is not caused by an oncological process [1]. This type of pain is one of the 10 most prevalent medical conditions in the world and causes the longest period of disability [2]. Specifically, there is a prevalence of 19% in Europe [3] and 15% in Spain [4]. Economically, chronic pain implies costs between 2% and 2.8% of the gross domestic product in Spain.

The experience of pain is highly subjective and has a wide-ranging inter-individual variability, as first shown by Melzack and Wall [5] and Melzack [6]. Its response to medical treatment is partial, and it is currently accepted that psychological and emotional processes exert a modulating function in the sensorial signal of pain [7], which justifies research on this subject [8].

Presently, the psychological treatment of choice is cognitive behavioral treatment (CBT) [9–11], and the literature points to improvements in pain, disability, and mood with its use and has also generally demonstrated good tolerability, acceptability, and efficacy for chronic pain conditions and migraines in children [12]. Although this treatment has been studied in a limited number of pathologies, its mechanisms are not clear and its effect size tends to be small [1]. Likewise, some authors [13] suggested that these effects are due to broader adaptive changes that occur during the coping process, instead of variables that are specifically cognitive.

In the last few years, a strong interest has appeared for the treatments based on mindfulness for chronic pain. These treatments are based on the acceptance of pain, the decrease in avoidance, the de-identification with mental processes, and the reduction of the hyper-alert state towards the feelings of pain [14]. The meta-analyses generally agree on their effectiveness [15–20] and some authors believe these treatments may even last longer than CBT in the medium term [21].

Within these treatments, Day [22] has developed the mindfulness-based cognitive therapy for chronic pain (MBCT-CP). This was a little-studied approach until now, although it is one of the most specific for this type of pathology. The results have been shown to be promising for the reduction of the interference due to pain and the increase in self-efficacy and acceptance of pain, with size effects that are similar to other interventions of choice [22,23].

Therefore, we hypothesize that an intervention based on MBCT-CP will have a positive impact on levels of pain, anxiety, depression, self-efficacy, quality of life, and sleep attributes.

The objective of the present study was to evaluate the efficacy of the MBCT for chronic pain in a sample of adult patients with different medical diagnoses associated with chronic pain in the province of Alicante, Spain. The specific objectives were to evaluate the effectiveness of said program based on levels of pain, anxiety, depression, self-efficacy, quality of life, and sleep attributes.

2. Materials and Methods

2.1. Design

Quasi-experimental design with pre- and post-test repeated measures, with an intra-group comparison of measurement before and after the intervention.

2.2. Participants

Eligible participants included a sample of adult patients with different medical diagnoses associated with chronic pain in the province of Alicante, Spain. To be included in the study, the participants: (1) had to be older than 20 years old; (2) had non-oncological pain lasting longer than 3 months, with a moderate-severe intensity, as diagnosed by the Unit of Pain doctors; (3) had pain that interfered in at least one area of everyday life; (4) had to be self-sufficient for completing the self-applied tests; and (5) had to freely accept to participate in the study by providing their written informed consent. The following subjects were excluded: (1) those who had diminished capacities for providing informed consent; and (2) those who had a severe clinical comorbidity; or (3) an acute phase psychotic disorder. The sample was obtained through a waiting list of clinical psychology from the units of pain, from June 2018 to January 2019.

A sample size of 40 achieves 100% power to detect a mean of paired differences of 5 with an estimated standard deviation of differences of 1.0 and with a significance level (α) of 0.05 using a two-sided paired *t*-test. Thus, for 6 groups of subjects, a total of 48 subjects would be needed. Ultimately, a sample of 57 participants was obtained through a convenient, non-randomized sample at the units of chronic pain from three hospitals located in the province of Alicante: General University Hospital of Alicante (GUHA), Marina Baja Hospital (MBH) (Villajoyosa), and the Vega Baja Hospital (VBH) (Orihuela).

2.3. Instruments

A data collection booklet was created for data collection, which included the following measurements:

- Sociodemographic characteristics: age, sex, marital status, and occupation.
- Self-reported pain intensity: the pain in the last three days was assessed with the visual analogue scale (VAS) [24], with scores ranging from 0 (absence of pain) to 10 (the worst pain imaginable), with slight pain = $VAS < 4$, moderate between 4–6, and severe with $VAS > 6$. VAS has reported high test-retest reliability ($ICC = 0.71–0.99$), convergent validity values ranging from 0.30 to 0.95, and moderate concurrent validity (0.71–0.78)

when compared with a numeric pain rating scale [25–28]. Likewise, a Likert scale with 5 points was utilized to assess the intensity of present pain, with 4 being extremely intense, 3—intense, 2—moderate, 1—mild, and 0—none.

- Anxiety-depression symptoms: the hospital anxiety and depression scale (HADS) [29] which was validated in a Spanish population with chronic pain [30] was utilized. This is a self-completed form with 14 items, with a Likert-type response scale with 4 points. The overall score oscillates between 0 and 42, with a range between 0–21 for each sub-scale. Its reliability was adequate (anxiety subscale: $\alpha = 0.81$; depression subscale: $\alpha = 0.82$) as it is reported in previous studies [31].
- Perception of status of health: the Spanish version [32] of the short form health survey 12 (SF-12) questionnaire was utilized [33]. It consists of 12 items taken from the SF-36, with a Likert-type response scale ranging from three to six points. The result is a measurement of overall physical and mental well-being, with scores ranging from 0 (worse state of health possible), to 100 (best state of health possible), with an adequate reliability for both scales (physical summary: $\alpha = 0.84$; mental summary: $\alpha = 0.72$) in line with previous research [34].
- Interference of pain on sleep: sleep was measured with the medical outcomes study sleep scale (MOS Sleep Scale) [35]. It is composed by 12 items that explore the impact of external stimuli on the attributes of the architecture of sleep (suitability, optimum sleep, quantity, abrupt awakenings, snoring, altered sleep, and somnolence). Likewise, it is used to evaluate the overall interference with sleep index with 6 or 9 items, with a range of responses from 0 (no interference or impact) to 100 (maximum interference possible). This scale obtained a reliability between 0.62 and 0.83 with Cronbach's Alpha, as in studies with patients suffering from neuropathic pain [36].
- Perception of self-efficacy in the management of pain: this was measured with the chronic pain self-efficacy scale [37], which obtained an adequate reliability (subscale of control of symptoms: $\alpha = 0.84$, subscale of physical functioning: $\alpha = 0.95$; subscale of pain management: $\alpha = 0.70$, total self-efficacy score: $\alpha = 0.90$) as in previous research of the authors of the scale. This questionnaire was composed by 19 items with a Likert-type response scale of 10 points, with a greater score indicating a greater self-efficacy.
- Acceptance of pain: the chronic pain acceptance questionnaire (CPAQ) [38] was utilized. It includes 20 items, and a total score is obtained which evaluates the degree of acceptance of chronic pain and two subscales: engagement in activities (EA), and pain willingness (PW), both with a good reliability (EA: $\alpha = 0.80$ and PW: $\alpha = 0.72$) as it is reported in previous literature [39].
- Mindfulness state: measured with the mindful attention awareness scale (MAAS) [40]. This was validated with a Spanish population [41], and a good reliability was found ($\alpha = 0.88$). The final score is obtained from the arithmetic mean of 15 items, and the highest scores indicate a greater state of mindfulness.

2.4. Procedure

The participants from the waiting list at the unit of pain were called to participate in group therapy sessions with 10 to 12 participants per group. In the first session, the questionnaires and the organization of the sessions were explained. The mindfulness-based cognitive therapy for chronic pain [22], was applied, which was composed of 8 weekly group sessions that lasted around an hour and a half (see Table 1). The intervention was performed by 6 3rd-year clinical psychology residents with experience in group therapy, but without specific training on mindfulness. Four groups were set up at the GUHA, ($n = 23$), 2 groups at the MBH ($n = 11$), and 2 groups at the VBH ($n = 23$) between September 2018, and June 2019. The research authors translated the mindfulness-based cognitive therapy for chronic pain manual [22] patient materials, and these were provided to the participants.

Table 1. Session contents.

1. Abandoning the automatic habits of pain
Introduction to the program: welcome, presentation of the participants. Establishment of rules, objectives, roles, and responsibilities. Theory of the door and introduction to the most common meditation practices.
2. Facing the challenges
Connections between thoughts–emotions–behaviors. Introduction of the ABC model. Stress-pain thermometer. Mindfulness with pleasurable experiences. Meditation centered on breathing.
3. Breathing as the anchor
Meditation based on the senses. Breathing as the anchor and sitting meditation. Working on unpleasant sensations. Awareness of stressing situations. Review of doubts and difficulties.
4. Learning how to be present
Sitting meditation: mindfulness of sounds and thoughts. Diary of stressful experiences and discussion about useless mental habits. Responsive 3-min breathing meditation. Movement-based mindfulness.
5. Active acceptance
Meditation in silence. The process of active acceptance. Automatic thoughts, intermediate beliefs, and main beliefs. Awareness of mental patterns. Sitting meditation.
6. Thoughts as only thoughts
Tendency towards interpretation. Seeing thoughts as only thoughts. Sitting meditation: working on difficulties. Relationship between emotional and physical state and thoughts. Tool for changing the point of view. Thermometer of pain. Mindfulness maintenance plan.
7. Caring for oneself
Sitting meditation: working with difficult thoughts, training on acceptance without judgement. Identification of warning signs and plans to decrease stress. Full attention to daily-life activities. Exchange of ideas about informal practices.
8. Maintenance in the management of chronic pain
Body scanner. Identification of red flags of stress and pain and use of options to face them. Experience of participants in the program. Metaphor of “mindfulness backpack” about the tools learned and how to continue using them. Maintenance plan. Meditation of the shell.

2.5. Confidentiality

The collection, treatment, and use of the data required for this study was conducted in agreement with the contents of Organic Law 15/1999 related to personal data, and its regulation for its development, in this case (Royal Decree 1720/2007); as well as Regulation 2016/679 from the European Parliament and Council, dated 27 April 2016, related to the treatment of personal data, as well as any norm and/or legislation that should be applied. Likewise, the research project was approved by the Ethics Committee for Research with drugs (CEIm) from the GUHA (Ref.CEIm: PI2018/109 Ref.ISABIAL:180296).

2.6. Statistical Analysis

The software IBM SPSS Statistics® v.24 (IBM, Armonk, NY, USA) was utilized to analyze the descriptive statistics according to the nature of the variables, as well as the *t*-test for related samples, after verifying normality (Kolmogorov–Smirnov), and homoscedasticity (Levene’s test). Complementarily, the effect size was analyzed with Cohen’s *d*, considering a *d* between 0.2 and 0.49 as “small”, a *d* from 0.5 to 0.79 as “medium”, and *d* greater than 0.8 as “large” [42].

3. Results

Of the 84 initial participants, 57 finished the program (response rate of 67.85%) (see Figure 1). The sample was comprised mostly by women (77.2%), aged between 32 and

79-years-old ($M = 55.96$), duration of illness ranged from 3 to 20 years ($M = 10$), married (57.9%) and retired (26.3%). Most of them (38.6%) had a diagnosis of low back pain/lumbosciatic pain, followed by neck pain or cervicobrachialgia (12.3%), fibromyalgia (12.3%), and rheumatic arthritis (10.5%), while 26.3% had a heterogeneous group of multiple diagnoses that imply chronic pain: idiopathic pain ($N = 3$), neuropathic pain ($N = 3$), failed back syndrome ($N = 3$), chronic postsurgical pain ($N = 2$), diabetes ($N = 2$), multiple sclerosis ($N = 1$), and phantom limb pain ($N = 1$). Lastly, 40.4% were GUHA patients, with the same percentage for VBH, while the MBH patients were less numerous (Table 2).

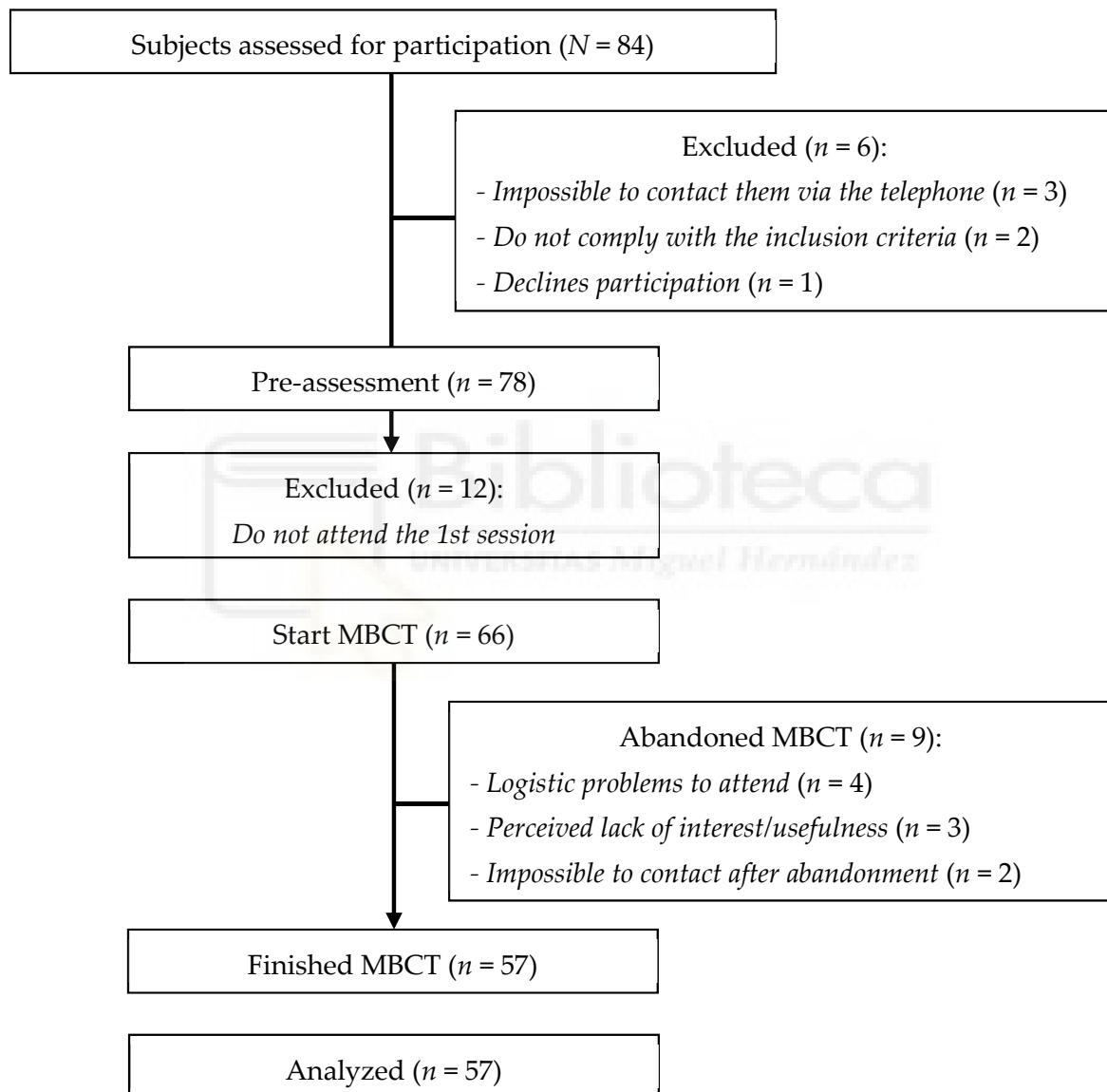


Figure 1. Flow diagram of the participants.

After verifying the homoscedasticity and normality, the results of the t -test (see Table 3 and Figure 2) indicated significant differences ($p < 0.05$) in the intensity of present pain, mental quality of life and depression, with medium effect sizes. Significant differences ($p < 0.001$) were found for self-efficacy in symptoms management, self-efficacy in pain control, and in the total self-efficacy score (with medium size effects, $0.2 < d < 0.49$), as well as sleep disturbances and quantity (with large effect sized, $d > 0.8$).

Table 2. Sociodemographic characteristic and medical diagnoses of the participants.

Variables	N (%)
Sex	
Male	13 (22.8)
Female	44 (77.2)
Marital status	
Single	10 (17.6)
Married	33 (57.9)
Divorced	8 (14)
Widowed	6 (10.5)
Employment status	
Active	11 (19.3)
On leave	9 (15.8)
Disability	10 (17.5)
Retired	15 (26.3)
Homemaker	12 (21.1)
Diagnosis	
Low back pain/lumbosciatic pain	22 (38.6)
Neck pain/cervicobrachialgia	7 (12.3)
Fibromyalgia	7 (12.3)
Rheumatic arthritis	6 (10.5)
Other medical conditions that imply chronic pain	15 (26.3)
Center	
General University Hospital of Alicante	23 (40.4)
Marina Baixa Hospital	11 (19.3)
Vega Baja Hospital	23 (40.4)

Table 3. *t*-test and Cohen's *d* results.

	Pre	Post	<i>t</i>	<i>gl</i>	<i>p</i>	<i>d</i>
	M (DT)	M(DT)				
Intensity of pain last 3 days	7.54 (1.56)	8.17 (12)	−0.39	54	0.702	−0.073
Present pain intensity	2.95 (.65)	2.62 (0.73)	2.96	54	0.004	0.477
QL ¹ physical	28.60 (5.62)	28.54 (2.31)	0.05	47	0.958	0.013
QL ¹ mental	32.49 (12.44)	38.96 (13.26)	−2.98	47	0.005	−0.503
SE ² symptoms	32 (12.71)	40 (17.96)	−4.01	56	0.000	−0.527
SE ² physical	25.21 (13.91)	29 (14.7)	−1.93	56	0.059	−0.264
SE ² pain control	11.98 (9.64)	18.14 (12.04)	−4.26	56	0.000	−0.564
SE ² total	69.19 (31.54)	87.47 (41.11)	−3.78	56	0.000	−0.498
Anxiety	10.94 (4.06)	10.08 (4.11)	1.78	56	0.079	0.21
Depression	11.15 (4.80)	9.36 (4.79)	3.12	56	0.003	0.378
Sleep disturbances	30.95 (15.61)	58.83 (25)	−8.12	56	0.000	−10.337
Quantity of sleep	5.38 (1.44)	5.28 (1.36)	−8.12	56	0.000	0.071
Optimum sleep	0.07 (0.26)	0.05 (0.23)	0.444	52	0.659	0.081
Snoring	58.14 (41.53)	52.22 (36.94)	1.19	53	0.236	0.150
Awake	46.07 (34.09)	45.35 (31.33)	0.21	55	0.839	0.021
Somnolence	46.90 (24.78)	45.38 (23.10)	0.54	56	0.59	0.063
Suitability	30.70 (29.32)	30 (25.14)	0.19	56	0.849	0.021
Interference sleep 6 items	59.76 (21.64)	57.42 (21.14)	0.83	56	0.406	0.109
Interference sleep 9 items	60.25 (21.28)	56.16 (21.05)	10.42	56	0.160	0.193
Acceptance	38.33 (16)	40.28 (17.45)	−0.84	56	0.400	−0.116
Engagement in activities	24.64 (12.45)	24.47 (13.48)	0.1	56	0.921	0.013
Pain Willingness	13.68 (8.79)	15.80 (10.29)	−1.29	56	0.199	−0.221
Mindfulness attitude	3.85 (3.47)	3.72 (1.19)	0.28	55	0.781	0.05

¹ QL = quality of life; ² SE = self-efficacy.

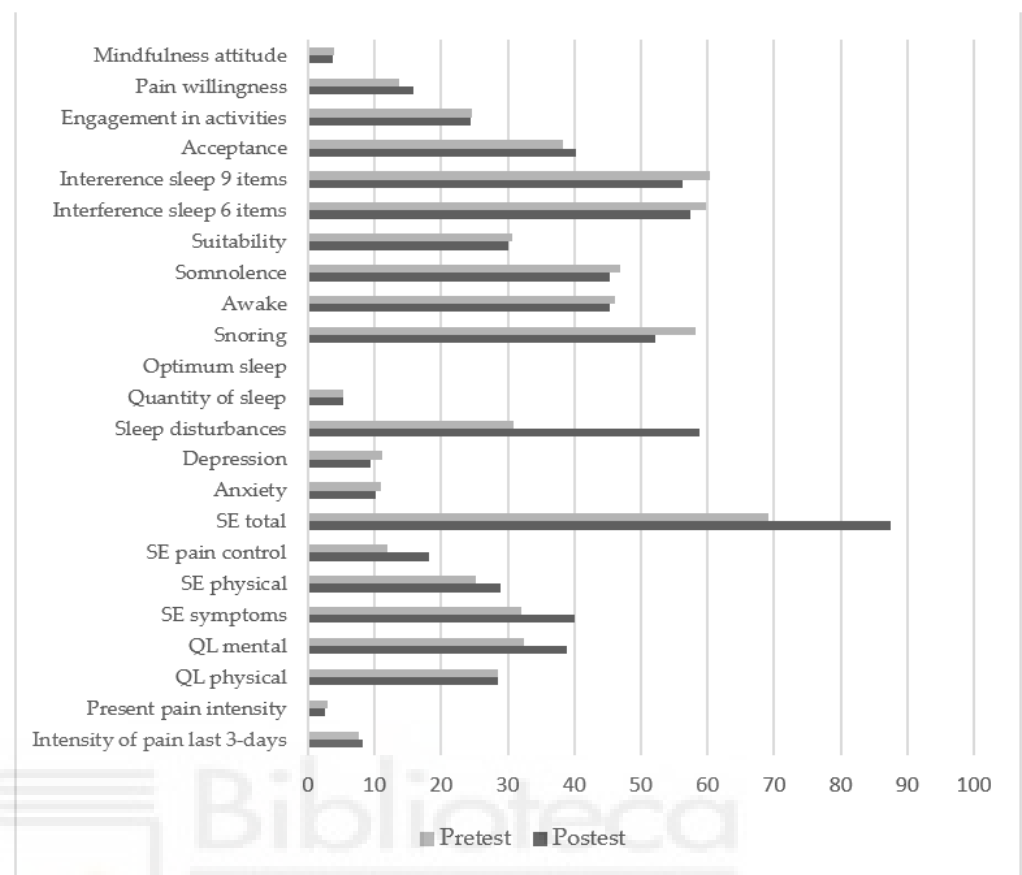


Figure 2. Means before and after the treatment for all the variables. QL = quality of life; SE = self-efficacy.

4. Discussion

Previous MBCT studies have highlighted its efficacy for the treatment of depression and anxiety, with its use for chronic pain being more recent. The scarce research fundamentally comes from the same research group, which adapted the program utilized in this project, and which were centered on the study of headaches, a diagnosis that is absent in the present research study. Thus, the comparison of the results with previous research studies should be made with caution, as the sample diagnoses are not equivalent.

The effectiveness of MBCT on the symptoms of depression has been widely studied, and its use is recommended as a co-adjutant therapy for unipolar depression [43–45] and for depression symptoms specifically in chronic pain conditions [46]. The previous evidence is consistent and coherent with that found in the present research study, and it highlights the importance of psychological and emotional factors as modulators of the sensory response to pain, although it remains to be determined to what extent and direction these variables are influenced, which is why more research on the mediational processes of pain is necessary.

As opposed to previous studies [44,47], no significant differences were found for anxiety. Nevertheless, the studies cited evaluated this variable with other instruments and populations with other diagnoses, including clinical anxiety disorders. Lastly, systematic reviews indicated that mindfulness-based stress reduction (MBSR) was more suitable for anxiety symptoms and MBCT for depression symptoms [43,44].

The results with the largest effect sizes were the improvements in sleep disturbances and quantity. These results are in agreement with the previous research studies with insomnia patients [48,49]. Some authors [45] explained that the reduction in insomnia through MBCT was due to the reduction of worries (a specific component of anxiety) produced by the therapy, which were associated with sleep problems in patients with

anxiety. Despite the interest elicited by this hypothesis, more research is needed to better discern the relationships between these variables. It would be especially convenient to measure the different components of anxiety such as rumination with specific instruments.

Regarding pain, we found a significant reduction in the intensity of present pain, but not in the pain in the prior two weeks, which is similar to previous studies with MBCT [46,50,51] that pointed reduction in the interference of pain with no reductions in the everyday pain reported. Having in mind that the reduction in pain is not the primary objective of mindfulness-based treatments, the results allow us to think that the improvement in pain variables may not be solely due to the decrease in intensity but due to the improvement of other cognitive processes, like self-efficacy. In fact, in our study we found significant differences in self-efficacy for the total scale, symptom management, and pain control but not in the physical functioning subscale, consistent with previous studies [50,52]. Something similar happens with regard to the quality-of-life scales, since only the mental quality of life subscale improves, but not the physical one, partially coinciding with previous results [53,54]. Taking into account these results in conjunction with the previous evidence of these variables in MBCT, it is plausible to think that participants improved in the sense of control and coping, and consequently pain interference and mental quality of life, despite the fact that their baseline pain experience remained similar throughout treatment.

Concerning acceptance, an improvement in this variable could also be expected, parallel to the decrease in pain interference, as reported in a previous study [50] where they hypothesize the mediating capacity of acceptance in pain interference. However, we did not find this improvement in our study. It is risky to describe solid conclusions with these mixed results, having in mind the scarcity of the studies that have addressed this specific subject. Accordingly, significant differences were not found in the mindfulness skills when the treatment ended, in agreement with other previous studies with headaches [50,55], and in disagreement with other research studies, where differences were found in the short [47] and long term (6 months) [56]. However, there is a possibility that the effects on the mindfulness skills found in the present study may be long-term, for example some authors have found [56] improvements in mindfulness skills 6 months after training, with patients who had coronary disease and depression. In any case, it is curious to verify that the variables to which mindfulness-based interventions are directed are those that have been least affected by the treatment. A review [17] pointed out that the effect of the treatment on these skills is small and heterogeneous throughout the various studies found. Thus, this strengthens the need to continue conducting research on these variables and to study the role of the mindfulness-based interventions on mindfulness skills, acceptance of pain and its relationship with pain interference.

5. Conclusions

The MBCT was efficient for the reduction of sleep disturbances, intensity of present pain, and depression, and for the improvement of self-efficacy, mental quality of life, and the quantity of sleep. These results mostly coincide with the scarce previous studies, with the main limitation being the lack of a control group and long-term follow-up. The review of previous studies indicates that in some of the variables studied, statistical significance was found in the follow-up evaluations, despite not having shown significant changes in the post-test, which allows us to hypothesize that some variables that did not undergo changes in our study (such as mindfulness skills and acceptance of pain) could show significant differences in the long term. At the same time, it would allow us to check if those that underwent changes were maintained over time. Furthermore, it would have been interesting to compare results between participants who finished therapy and those who dropped out. Despite these limitations, the fact that this was a multi-center study performed by six professionals-in-training without any specific experience with MBCT (although they had experience with group therapy) and that a wide variety of pain-related diagnoses have been included (as it is representative of the samples of pain units in

public hospitals) provides the results with a greater external validity and demonstrates the usefulness of this approach in transdiagnostic scenarios. Likewise, in the context of scientific literature, this is one of the few MBCT studies related to chronic pain, which was not from the same research group or about oncological pain.

Author Contributions: Data curation, E.M.P.-G., L.N., C.L.-C., M.R.-M. and C.J.v.-d.H.R.; Formal analysis, A.J.R.-M.; Investigation, E.M.P.-G., L.N., C.L.-C., A.J.R.-M. and C.J.v.-d.H.R.; Methodology, E.M.P.-G., C.L.-C., M.R.-M. and C.J.v.-d.H.R.; Supervision, C.L.-C., M.R.-M. and C.J.v.-d.H.R.; Validation, C.J.v.-d.H.R.; Visualization, A.J.R.-M.; Writing—original draft, E.M.P.-G. and L.N.; Writing—review & editing, C.L.-C., A.J.R.-M., M.R.-M. and C.J.v.-d.H.R. All authors have read and agreed to the published version of the manuscript.

Funding: This research received no external funding.

Institutional Review Board Statement: The study was conducted according to the guidelines of the Declaration of Helsinki and approved by the Ethics Committee for Research with drugs (CEIm) from the GUHA (Ref.CEIm: PI2018/109 Ref.ISABIAL:180296).

Informed Consent Statement: Informed consent was obtained from all subjects involved in the study.

Data Availability Statement: The data presented in this study are available on request from the corresponding author. The data are not publicly available due there are unpublished results.

Acknowledgments: The authors are thankful for the collaboration of the Clinical Psychologists their contribution in the execution of the program and the collection of data.

Conflicts of Interest: The authors declare no conflict of interest.

References

1. Moix, J.; Casado, M.I. Terapias Psicológicas para el Tratamiento del Dolor Crónico. *Clin. Salud* **2011**, *22*, 41–50.
2. Sá, K.N.; Moreira, L.; Baptista, A.F.; Yeng, L.T.; Teixeira, M.J.; Galhardoni, R.; de Andrade, D.C. Prevalence of chronic pain in developing countries. *Pain Rep.* **2019**, *4*, 1–8. [[CrossRef](#)] [[PubMed](#)]
3. Reid, K.J.; Harker, J.; Bala, M.M.; Truyers, C.; Kellen, E.; Bekkering, G.E.; Kleijnen, J. Epidemiology of chronic non-cancer pain in Europe: Narrative review of prevalence, pain treatments and pain impact. *Curr. Med. Res. Opin.* **2011**, *27*, 449–462. [[CrossRef](#)] [[PubMed](#)]
4. Dueñas, M.; Salazar, A.; Ojeda, B.; Fernández-Palacín, F.; Micó, J.A.; Torres, L.M.; Failde, I.A. Nationwide Study of Chronic Pain Prevalence in the General Spanish Population: Identifying Clinical Subgroups Through Cluster Analysis. *Pain Med.* **2015**, *16*, 811–822. [[CrossRef](#)]
5. Melzack, R.; Wall, P.D. Pain Mechanism: A new theory. *Science* **1965**, *150*, 971–979. [[CrossRef](#)]
6. Melzack, R. Labat lecture. Phantom limbs. *Reg. Anesth.* **1989**, *14*, 208–2011.
7. Turk, D.C.; Okifuji, A. Psychological Factors in Chronic Pain: Evolution and Revolution. *J. Consult. Clin. Psychol.* **2002**, *70*, 678–690. [[CrossRef](#)]
8. Martín, Y.P.; Muñoz, M.P. Los factores psicosociales en el dolor crónico: Intervención fisioterapéutica desde un enfoque biopsicosocial. *RIECS* **2018**, *3*, 39–53. [[CrossRef](#)]
9. Boschen, K.A.; Robinson, E.; Campbell, K.A.; Muir, S.; Oey, E.; Janes, K.; Fashler, S.R.; Katz, J. Results from 10 Years of a CBT Pain Self-Management Outpatient Program for Complex Chronic Conditions. *Pain Res. Manag.* **2016**, *2016*, 4678083. [[CrossRef](#)]
10. Eccleston, C.; Hearn, L.; Williams, A. Psychological therapies for the management of chronic neuropathic pain in adults (Review). *Cochrane Database Syst. Rev.* **2015**, *10*, 1–30.
11. McCracken, L. Contextual cognitive behavioral therapy for chronic pain (including back pain). In *From Acute to Chronic Back Pain: Risk Factors, Mechanisms, and Clinical Implications*; Hasenbring, M., Rusu, A., Turk, D., Eds.; Oxford University Press (OUP): New York, NY, USA, 2012; pp. 547–563.
12. Ng, Q.X.; Venkatanarayanan, N.; Kumar, L. A Systematic Review and Meta-Analysis of the Efficacy of Cognitive Behavioral Therapy for the Management of Pediatric Migraine. *Headache* **2017**, *57*, 349–362. [[CrossRef](#)]
13. Burns, J.W.; Nielson, W.R.; Jensen, M.P.; Heapy, A.; Czapinski, R.; Kerns, R.D. Does Change Occur for the Reasons We Think It Does? A Test of Specific Therapeutic Operations during Cognitive-Behavioral Treatment of Chronic Pain. *Clin. J. Pain* **2015**, *31*, 603–611. [[CrossRef](#)]
14. Palao-Tarrero, Á.; Torrijos-Zarcelo, M.; del Río, M.D.R.M.; Muñoz-Sanjosé, A.; Rodríguez-Vega, B. Intervenciones Basadas en Mindfulness y Compasión en Dolor Crónico. *RIECS* **2019**, *4*, 112–122.
15. Goldberg, S.B.; Tucker, R.P.; Greene, P.A.; Davidson, R.J.; Wampold, B.E.; Kearney, D.J.; Simpson, T.L. Mindfulness-based interventions for psychiatric disorders: A systematic review and meta-analysis. *Clin. Psychol. Rev.* **2018**, *59*, 52–60. [[CrossRef](#)]

16. Khoo, E.L.; Small, R.; Cheng, W.; Hatchard, T.; Glynn, B.; Rice, D.B.; Skidmore, B.; Kenny, S.; Hutton, B.; Poulin, P.A. Comparative evaluation of group-based mindfulness-based stress reduction and cognitive behavioral therapy for the treatment and management of chronic pain: A systematic review and network meta-analysis. *Evid. Based Ment. Health* **2019**, *22*, 26–35. [[CrossRef](#)]
17. Bawa, F.L.M.; Mercer, S.W.; Atherton, R.J.; Clague, F.; Keen, A.; Scott, N.W.; Bond, C.M. Does mindfulness improve outcomes in patients with chronic pain? Systematic review and meta-analysis. *Br. J. Gen. Pract.* **2015**, *65*, 387–400. [[CrossRef](#)]
18. McClintock, A.S.; McCarrick, S.M.; Garland, E.L.; Zeidan, F.; Zgierska, A.E. Brief Mindfulness-Based Interventions for Acute and Chronic Pain: A Systematic Review. *J. Altern. Complement. Med.* **2018**, *25*, 265–278. [[CrossRef](#)]
19. Pardos-Gascón, E.M.; Narambuena, L.; Leal-Costa, C.; van-der Hofstadt-Román, C.J. Differential efficacy between cognitive-behavioral therapy and mindfulness-based therapies for chronic pain: Systematic review. *Int. J. Clin. Health Psychol.* **2020**, *21*, 1–17.
20. Perestelo-Perez, L.; Barraca, J.; Rivero-Santana, A.; Alvarez-Perez, Y. Mindfulness-based interventions for the treatment of depressive rumination: Systematic review and meta-analysis. *Int. J. Clin. Health Psychol.* **2017**, *17*, 282–295. [[CrossRef](#)]
21. Veehof, M.M.; Trompetter, H.R.; Bohlmeijer, E.T.; Schreurs, K.M.G. Acceptance- and mindfulness-based interventions for the treatment of chronic pain: A meta-analytic review. *Cogn. Behav.* **2016**, *45*, 5–31. [[CrossRef](#)]
22. Day, M. *Mindfulness-Based Cognitive Therapy for Chronic Pain*; John Wiley & Sons: Chichester, West Sussex, UK, 2017.
23. Williams, A.C.; Eccleston, C.; Morley, S. Psychological therapies for the management of chronic pain (excluding headache) in adults. *Cochrane Database Syst. Rev.* **2012**, *11*, 1–83. [[CrossRef](#)] [[PubMed](#)]
24. Couper, M.P.; Tourangeau, R.; Conrad, F.G.; Singer, E. Evaluating the Effectiveness of Visual Analog Scales: A Web Experiment. *Soc. Sci. Comput. Rev.* **2006**, *24*, 227–245. [[CrossRef](#)]
25. Finch, E.; Brooks, D.; Stratford, P.W.; Mayo, N. *Physical Rehabilitation Outcome Measures—A Guide to Enhanced Clinical Decision Making*, 2nd ed.; Lippincott Williams & Wilkins: Baltimore, MD, USA, 2002.
26. Currier, D.P. *Elements of Research in Physical Therapy*, 2nd ed.; Williams & Wilkins: Baltimore, MD, USA, 1984.
27. Good, M.; Stiller, C.; Zauszniewski, J.A.; Anderson, G.C.; Stanton-Hicks, M.; Grass, J.A. Sensation and distress of pain scales: Reliability, validity, and sensitivity. *J. Nurs. Meas.* **2001**, *9*, 219–238. [[CrossRef](#)] [[PubMed](#)]
28. Enebo, B.A. Outcome measures for low back pain: Pain inventories and functional disability questionnaires. *J. Chiropract. Tech.* **1998**, *10*, 27.
29. Zigmond, A.S.; Snaith, R.P. The hospital anxiety and depression scale. *Acta Psychiatr. Scand.* **1983**, *67*, 361–370. [[CrossRef](#)]
30. Cabrera, V.; Martín-Aragón, M.; Terol, M.D.C.; Núñez, R.; Pastor, M.D.L.Á. La Escala de Ansiedad y Depresión Hospitalaria (HAD) en fibromialgia: Análisis de sensibilidad y especificidad. *Ter. Psicol.* **2015**, *33*, 181–193. [[CrossRef](#)]
31. Vallejo, M.A.; Rivera, J.; Esteve-Vives, J.; Rodríguez-Muñoz, M.F.; Grupo ICAF. Uso del cuestionario Hospital Anxiety and Depression Scale (HADS) para evaluar la ansiedad y la depresión en pacientes con fibromialgia. *Rev. Psiquiatr. Salud Ment.* **2012**, *5*, 107–114. [[CrossRef](#)]
32. Alonso, J.; Regidor, E.; Barrio, G.; Prieto, L.; Rodríguez, C.; de la Fuente, L. Valores poblacionales de referencia de la versión española del Cuestionario de Salud SF-36. *Rev. Psiquiatr. Salud Ment.* **1998**, *111*, 410–416.
33. Ware, J.E., Jr.; Kosinski, M.; Keller, S.D. A 12-Item Short-Form Health Survey: Construction of scales and preliminary tests of reliability and validity. *Med. Care* **1996**, *34*, 220–233. [[CrossRef](#)]
34. Vilagut, G.; Valderas, J.M.; Ferrer, M.; Garin, O.; López-García, E.; Alonso, J. Interpretación de los cuestionarios de salud SF-36 y SF-12 en España: Componentes físico y mental. *Med. Clin.* **2008**, *130*, 726–735. [[CrossRef](#)]
35. Hays, R.D.; Martin, S.A.; Sesti, A.M.; Spritzer, K.L. Psychometric properties of the Medical Outcomes Study Sleep measure. *Sleep Med. Rev.* **2005**, *6*, 41–44. [[CrossRef](#)]
36. Rejas, J.; Ruiz, M.; Masramo, X. Psychometric properties of the MOS (Medical Outcomes Study) Sleep Scale in patients with neuropathic pain. *Eur. J. Pain* **2007**, *11*, 329–340. [[CrossRef](#)]
37. Martín-Aragón, M.; Pastor, M.A.; Rodríguez-Marín, J.; March, M.J.; Lledó, A. Percepción de autoeficacia en Dolor Crónico. Adaptación y validación de la Chronic Pain Self Efficacy Scale. *Rev. Psicol. Salud* **1999**, *11*, 53–75.
38. Vowles, K.E.; Loebach Wetherell, J.; San, V.A.; System, D.H.; Sorrell, J.T. Author’s personal copy Targeting Acceptance, Mindfulness, and Values-Based Action in Chronic Pain: Findings of Two Preliminary Trials of an Outpatient Group-Based Intervention. *Cogn. Behav. Pract.* **2008**, *16*, 49–58. [[CrossRef](#)]
39. Menéndez, G.A.; García, F.P.; Viejo, T.I. Aceptación del dolor crónico en pacientes con fibromialgia: Adaptación del Chronic Pain Acceptance Questionnaire (CPAQ) a una muestra española. *Psicothema* **2010**, *22*, 997–1003.
40. Brown, K.W.; Ryan, R.M. The Benefits of Being Present: Mindfulness and Its Role in Psychological Well-Being. *J. Pers. Soc. Psychol.* **2003**, *84*, 822–848. [[CrossRef](#)]
41. Soler, J.; Tejedor, R.; Feliu-Soler, A.; Pascual, J.C.; Cebolla, A.J.; Soriano, J.; Alvarez, E.; Pérez, V. Propiedades psicométricas de la versión española de la escala Mindful Attention Awareness Scale (MAAS). *Actas Esp. Psiquiatr.* **2012**, *40*, 19–26.
42. Cohen, J. *Statistical Power Analysis for the Behavioral Sciences*, 2nd ed.; Lawrence Erlbaum Associates: Hillsdale, NJ, USA, 1988.
43. Fjorback, L.O.; Arendt, M.; Ørnbøl, E.; Fink, P.; Walach, H. Mindfulness—Based Stress Reduction and Mindfulness—Based Cognitive Therapy—A systematic review of randomized controlled trials. *Acta Psychiatr. Scand.* **2011**, *124*, 102–119. [[CrossRef](#)]
44. Marchand, W.R. Mindfulness-based stress reduction, mindfulness-based cognitive therapy, and Zen meditation for depression, anxiety, pain, and psychological distress. *J. Psychiatr. Pract.* **2012**, *18*, 233–252. [[CrossRef](#)]

45. Yook, K.; Lee, S.-H.; Ryu, M.M.; Kim, K.-H.; Choi, T.K.; Suh, S.Y.; Kim, Y.W.; Kim, B.; Kim, M.Y.; Kim, M.J. Usefulness of Mindfulness-Based Cognitive Therapy for Treating Insomnia in Patients with Anxiety Disorders: A Pilot Study. *J. Nerv. Ment. Dis.* **2008**, *196*, 501–503. [[CrossRef](#)]
46. Day, M.A.; Ward, L.C.; Ehde, D.M.; Thorn, B.E.; Burns, J.; Barnier, A.; Mattingley, J.B.; Jensen, M.P. A Pilot Randomized Controlled Trial Comparing Mindfulness Meditation, Cognitive Therapy, and Mindfulness-Based Cognitive Therapy for Chronic Low Back Pain. *Pain Med.* **2019**, *20*, 2134–2148. [[CrossRef](#)]
47. Helmes, E.; Ward, B.G. Mindfulness-based cognitive therapy for anxiety symptoms in older adults in residential care. *Aging Ment. Health* **2015**, *21*, 272–278. [[CrossRef](#)]
48. Britton, W.B.; Haynes, P.L.; Fridel, K.W.; Bootzin, R.R. Mindfulness-Based Cognitive Therapy Improves Polysomnographic and Subjective Sleep Profiles in Antidepressant Users with Sleep Complaints. *Psychother. Psychosom.* **2012**, *81*, 296–304. [[CrossRef](#)]
49. Wong, S.Y.; Zhang, D.; Li, C.C.; Yip, B.H.; Chan, D.C.; Ling, Y.; Lo, C.S.; Woo, D.M.; Sun, Y.; Ma, H.; et al. Comparing the Effects of Mindfulness-Based Cognitive Therapy and Sleep Psycho-Education with Exercise on Chronic Insomnia: A Randomized Controlled Trial. *Psychother. Psychosom.* **2017**, *86*, 241–253. [[CrossRef](#)]
50. Day, M.A.; Thorn, B.E.; Ward, L.C.; Rubin, N.; Hickman, S.D.; Scogin, F.; Kilgo, G.R. Mindfulness-based Cognitive Therapy for the Treatment of Headache Pain: A Pilot Study. *Clin. J. Pain* **2014**, *30*, 152–161. [[CrossRef](#)]
51. Johannsen, M.; O'Connor, M.; O'Toole, M.S.; Jensen, A.B.; Højris, I.; Zachariae, R. Efficacy of Mindfulness-Based Cognitive Therapy on Late Post-Treatment Pain in Women Treated for Primary Breast Cancer: A Randomized Controlled Trial. *J. Clin. Oncol.* **2016**, *34*, 3390–3399. [[CrossRef](#)]
52. Solati, K.; Mardani, S.; Ahmadi, A.; Danaei, S. Effect of mindfulness-based cognitive therapy on quality of life and self-efficacy in dialysis patients. *J. Ren. Inj. Prev.* **2019**, *8*, 28–33. [[CrossRef](#)]
53. Godfrin, K.A.; van Heeringen, C. The effects of mindfulness-based cognitive therapy on recurrence of depressive episodes, mental health and quality of life: A randomized controlled study. *Behav. Res.* **2010**, *48*, 738–746. [[CrossRef](#)]
54. Solati, K.; Mousavi, M.; Soleiman, K.; Hasanpour-Dehkordi, A. The Effectiveness of Mindfulness-based Cognitive Therapy on Psychological Symptoms and Quality of Life in Systemic Lupus Erythematosus Patients: A Randomized Controlled Trial. *Oman Med. J.* **2017**, *32*, 378–385. [[CrossRef](#)]
55. Day, M.A.; Thorn, B.E. Mindfulness-based cognitive therapy for headache pain: An evaluation of the long-term maintenance of effects. *Complement. Med.* **2017**, *33*, 94–98. [[CrossRef](#)]
56. O'Doherty, V.; Carr, A.; McGrann, A.; O'Neill, J.O.; Dinan, S.; Graham, I.; Maher, V. A Controlled Evaluation of Mindfulness-Based Cognitive Therapy for Patients with Coronary Heart Disease and Depression. *Mindfulness* **2014**, *6*, 405–416. [[CrossRef](#)]



Anexo 6. Estudio 3.







Article

Psychological Therapy in Chronic Pain: Differential Efficacy between Mindfulness-Based Cognitive Therapy and Cognitive Behavioral Therapy

Estela María Pardos-Gascón ¹, Lucas Narambuena ², César Leal-Costa ^{3,*}, Antonio Jesús Ramos-Morcillo ^{3,*}, María Ruzafa-Martínez ³ and Carlos J. van-der Hofstadt Román ⁴

¹ Sexual and Reproductive Health Unit, Novelda Health Center, 03660 Alicante, Spain; estela.maria.pardos.gascon@gmail.com

² Child-Youth Mental Health Unit, Can Misses Hospital, 07800 Ibiza, Spain; narambuenaucas@gmail.com

³ Faculty of Nursing, University of Murcia, 30100 Murcia, Spain; maruzafa@um.es

⁴ Hospital Psychology Unit, Department of Health Psychology, Institute of Health and Biomedical Research of Alicante (ISABIAL), General University Hospital of Alicante, Miguel Hernández University, 03010 Alicante, Spain; cjvander@umh.es

* Correspondence: cleal@um.es (C.L.-C.); ajramos@um.es (A.J.R.-M.); Tel: +34-868-88-97-71 (C.L.-C.)



Citation: Pardos-Gascón, E.M.; Narambuena, L.; Leal-Costa, C.; Ramos-Morcillo, A.J.; Ruzafa-Martínez, M.; van-der Hofstadt Román, C.J. Psychological Therapy in Chronic Pain: Differential Efficacy between Mindfulness-Based Cognitive Therapy and Cognitive Behavioral Therapy. *J. Clin. Med.* **2021**, *10*, 3544. <https://doi.org/10.3390/jcm10163544>

Academic Editor: Juan V. Luciano

Received: 30 June 2021

Accepted: 10 August 2021

Published: 12 August 2021

Publisher's Note: MDPI stays neutral with regard to jurisdictional claims in published maps and institutional affiliations.



Copyright: © 2021 by the authors. Licensee MDPI, Basel, Switzerland. This article is an open access article distributed under the terms and conditions of the Creative Commons Attribution (CC BY) license (<https://creativecommons.org/licenses/by/4.0/>).

Abstract: The objective of this study is to evaluate the differential efficacy between Mindfulness-Based Cognitive Therapy (MBCT) and Cognitive Behavioral Therapy (CBT). A quasi-experimental design of repeated measures before and after the test ($n = 57$) was used with a non-equivalent control group from a previous cohort treated with CBT ($n = 105$). The t -test revealed significant differences in subjective quality of life for the MBCT group, and in quantity, optimum, and adequate sleep for the CBT group. The pre–post effect size comparison mostly showed slightly larger effect sizes in the MBCT group. CBT and MBCT had comparable efficacies, although a slight trend towards larger effect sizes in MBCT was found. Likewise, CBT seemed to improve sleep-related variables, while MBCT was associated with improvements in pain and quality of life.

Keywords: chronic pain; MBCT; CBT; differential efficacy; effect sizes

1. Introduction

Non-oncological chronic pain is defined as pain that persists for more than 3 months after the occurrence of a lesion, in the absence of any oncological process [1]. Its prevalence has been calculated to be 20% worldwide [2], and it is a medical condition with a high economic burden due to its relationship with work absenteeism, a decrease in productivity, early retirement, and work disability, with its indirect and direct costs in the European Union estimated at 3 to 10% of the gross domestic product [3].

Given its multi-factorial character, pharmacological treatment tends to be insufficient, and therefore, multidisciplinary approaches are indispensable [4]. In this sense, the psychological treatment of choice for chronic pain is Cognitive Behavioral Therapy (CBT) [5]. However, despite the considerable amount of evidence in its favor, research studies have only focused on a limited number of pathologies, and effect sizes tend to be small [6]. In parallel, treatments for chronic pain based on Mindfulness have also been developed, such as Mindfulness-Based Stress Reduction (MBSR) [7] and Mindfulness-Based Cognitive Therapy for Chronic Pain (MBCT-CP) [8]. A recent transdiagnostic study [9] and several meta-analyses [10–12] have indicated that although MBCT-CT is superior to CBT, in general, it has a similar efficacy in variables related to pain intensity and interference, as well as psychological variables, in all diagnostic groups (fibromyalgia, low back pain, unspecified chronic pain and headache) [10–12]. However, studies on the subject are scarce and highly heterogeneous concerning the variables studied, the types of samples, and

the measurement instruments used. Thus, the establishment of solid evidence and the identification of differences in efficacy between treatments have been difficult.

The objective of the present work is to evaluate the differential efficacy between MBCT-CP and CBT in a multi-center sample of patients diagnosed with different medical conditions associated with non-oncological chronic pain in the province of Alicante, Spain.

1. Materials and Methods

1.1. Design

Quasi-experimental design of repeated measures before and after the test ($n = 57$), with a non-equivalent control group from a previous cohort.

1.2. Participants

To achieve a power of 80% in the detection of significant differences in a two-tailed Student's *t*-test for two related samples, with a significance level of 5%, assuming a 50% reduction in pain from the first basal measurement to the last visit, and with a standard deviation of 8, the need for 40 sets of records was calculated, assuming a 15% loss.

Thus, between June 2018 and January 2019, a sample of 57 participants was obtained through a convenient, non-randomized sample obtained from the waiting lists at the pain units of three hospitals located in the province of Alicante: General University Hospital of Alicante (GUHA), Marina Baixa Hospital (MBH) (Villajoyosa), and the Vega Baja Hospital (VBH) (Orihuela). The same sampling method was utilized at the pain unit at the GUHA, where Cognitive Behavioral Therapy for chronic pain was implemented between March 2011 and February 2015. This sample was constituted of the non-equivalent control group from a previous cohort ($n = 105$).

The inclusion criteria for both groups were: (1) being older than 20 years old, without an upper age limit, (2) non-oncological chronic pain lasting for more than 3 months and with a moderate-severe intensity diagnosed by doctors from the pain unit, (3) with this pain interfering in at least one area of daily activity, (4) having the autonomy necessary for filling out the self-administered tests, and (5) acceptance to participate in the study with a written informed consent form. The following subjects were excluded: (1) those with decreased capacity for providing informed consent, and (2) those with a severe clinical comorbidity (for example: personality disorder, major depression), or (3) with an acute-phase clinical comorbidity.

1.3. Instruments

For both groups, a notebook was created with the following questionnaires:

- Sociodemographic characteristics: age, sex, marital status, occupation.
- Self-reported pain intensity: using the Visual Analogue Scale (VAS) [13] (0 = absence of pain, 10 = worst pain imaginable), pain was assessed in the 3 days prior to the study. The VAS has reported convergent validity values ranging from 0.30 to 0.95, and moderate concurrent validity (0.71–0.78) when compared with the Numeric Pain Rating Scale, with high test–retest reliability (ICC = 0.71–0.99) [14–17]. For the assessment of pain at the present time, a Likert scale with 4 response options was utilized (0 = no pain, and 4 = extremely intense).
- Anxiety/depressive symptoms: the Hospital Anxiety and Depression Scale (HADS) [18], validated in a Spanish population with chronic pain [19] with adequate reliability (anxiety: $\alpha = 0.83$; depression: $\alpha = 0.87$), is comprised of 14 self-assessed items, using a Likert response scale with 4 options. Its global scores oscillate between 0 and 42, and for each subscale, from 0 to 21.
- Perception of state of health: the SF-12 state of health scale (Short Form SF-12) [20] is comprised of 12 items extracted from the SF-36, with Likert response options ranging from 3 to 6 points. A measurement of overall physical and mental health is obtained, with scores ranging from 0 (worst state of health) to 100 (best state of health). Its

reliability was shown to be adequate (physical overview: $\alpha = 0.85$; mental overview: $\alpha = 0.78$) [21].

- The interference of sleep by pain: using the 12 items from the Medical Outcomes Study Sleep Scale (MOS Sleep Scale) [22], the impact of external stimuli on attributes of sleep architecture (adequacy, optimum sleep, quantity, abrupt awakenings, snoring, altered sleep, and somnolence) was explored, as well as the overall sleep interference index with 6 and 9 items, with responses ranging from 0 (no interference) to 100 (maximum interference). The scale showed good reliability ($\alpha = 0.64$ – 0.87) for patients with neuropathic pain [23].
- Perception of self-efficacy in the management of pain: The Chronic Pain Self-Efficacy Scale was selected [24], which showed adequate reliability according to its authors (control of symptoms: $\alpha = 0.85$, physical functioning: $\alpha = 0.98$; management of pain: $\alpha = 0.72$, total self-efficacy score: $\alpha = 0.91$). It is composed of 19 items with Likert-types responses of 10 points, with a higher score indicating a greater degree of self-efficacy.

1.1. Procedure

In both groups, the patients on the waiting lists from each pain unit were divided into groups composed of 10 to 12 participants. The questionnaires were completed in the first and last sessions.

In the experimental group, Mindfulness-Based Cognitive Therapy for Chronic Pain (MBCT-CP) was administered [8], composed of 8 weekly group sessions that lasted an hour and a half each (see Table 1). Four groups were created at the GUHA ($n = 23$), 2 groups at the MBH ($n = 11$), and 2 groups at the VBH ($n = 23$) between September 2018 and June 2019. The research authors translated the patient materials provided during therapy from the MBCT-CP [8]. In the control group, a CBT protocol created for chronic pain at the General Hospital of Alicante [25] was utilized. It consisted of 8 weekly sessions lasting 120 min each (see Table 1).

Both interventions were performed by clinical psychology residents with experience in group therapy, but without specific knowledge of Mindfulness or CBT for chronic pain. MBCT-CP was provided by 6 residents and CBT for chronic pain by 4.

1.2. Confidentiality

The collection, treatment, and use of the data required by this study was performed in agreement with the Organic Law 15/1999 of protection of personal data and its development guidelines, in this case Royal Decree 1720/2007, as well as Regulation 2016/679 of the European Parliament and Council, dated 27 April 2016, related to the treatment of personal data, and any applicable norms and/or legislation. Likewise, the research project for the application of Mindfulness-Based Cognitive Therapy protocol was approved by the Ethics Committee for Research with medicines (CEIm) from the GUHA (Ref.CEIm: PI2018/109 Ref.ISABIAL: 180296), and the Cognitive Behavioral Therapy was approved by the Ethics Committee from the GUHA (CEIC PI2011/51).

1.3. Statistical Analysis

The descriptive statistics were analyzed with IBM SPSS Statistics® v.24 (IBM, Armonk, NY, USA), depending on the nature of the variables, as well as with Student's *t*-test for dependent and independent samples, after verification of normality (Kolmogorov–Smirnov test) and homoscedasticity (Levene's test). Complementarily, effect size was analyzed through Cohen's *d*, with a *d* between 0.2 and 0.49 considered “small”, a *d* between 0.5 and 0.79 as “medium”, and a *d* greater than 0.8 as “large” [26].

Table 1. Content of the experimental and control group sessions.

Experimental Group: Mindfulness	Control Group: Cognitive-Behavioral Therapy
1. Abandon the Automatic Habit of Pain	Session 1
Introduction to the program: welcome, presentations. Rules, objectives, roles, and responsibilities. Gate Control Theory to explain the mechanism of pain perception. Introduction to the most common meditation practices.	Introduction to the program: welcome, presentations. Rules, objectives, roles, and responsibilities. Introduction to phase 1 of Jacobson’s progressive muscle relaxation. Explanation of psychological factors of pain.
2. Facing the Challenges	Session 2
Introduction of the ABC model. Stress–pain thermometer. Pleasant Mindfulness experiences. Breathing meditation.	Abdominal breathing exercises. Self-recording of activities and relationship with pain. Progressive planning of goals.
3. Breathing as an Anchor	Session 3
Senses meditation. Breathing as an anchor and sitting meditation. Working with unpleasant physical sensations. Awareness of stressful experiences.	Phase 2 of Jacobson’s progressive muscle relaxation. Review of short-term goals and activities. Explanation of compartmentalized health.
4. Learning to be Present	Session 4
Sitting meditation: mindfulness sounds and thoughts. Diary of stressful experiences and discussion about futile mental habits. Responsive 3 min breathing meditation. Mindfulness movement.	Jacobson review, short-term goals and activities. Submission of self-recording of thoughts. Abdominal breathing and guided imagination.
5. Active Acceptance	Session 5
Meditation in silence. The process of active acceptance. Automatic thoughts, intermediate beliefs, and main beliefs. Awareness of mental patterns. Sitting meditation.	Phase 3 of Jacobson’s progressive muscle relaxation. Self-recording of thoughts and distraction techniques. Presentation about changes in thoughts and acceptance techniques.
6. Thoughts as Only Thoughts	Session 6
Tendency towards interpretation. Seeing thoughts only as thoughts. Working on difficulties. Relationship between emotional and physical state and thoughts. Changing point of view. Pain thermometer. Maintenance plan.	Phase 3 of Jacobson’s progressive muscle relaxation. Review of self-recording and distraction techniques. Presentation about acceptance techniques. Guided visual relaxation.
7. Caring for Oneself	Session 7
Sitting meditation: working on difficult thoughts, training on acceptance without judgement. Identification of signs of alarm and plans to decrease stress. Full attention on daily-life activities. Debate on informal practices.	Rapid phase of Jacobson’s muscular relaxation. Review recording of thoughts and distraction techniques. Brief introduction to self-criticism and re-enforcement exercises.
8. Maintenance in the Management of Chronic Pain	Session 8
Body scanner. Identification of red flags and coping options. Mindfulness backpack. Maintenance plan. Shell meditation.	Prevention of relapses and re-enforcement of exercise continuity. Evaluation tests.

3. Results

3.1. Characteristics of Sample and Pretreatment Differences

In the experimental group, 84 participants started the program, with 57 of them finishing it (for a response rate of 67.85%). Likewise, in the control group, the response rate was 61.76% (see Figure 1).

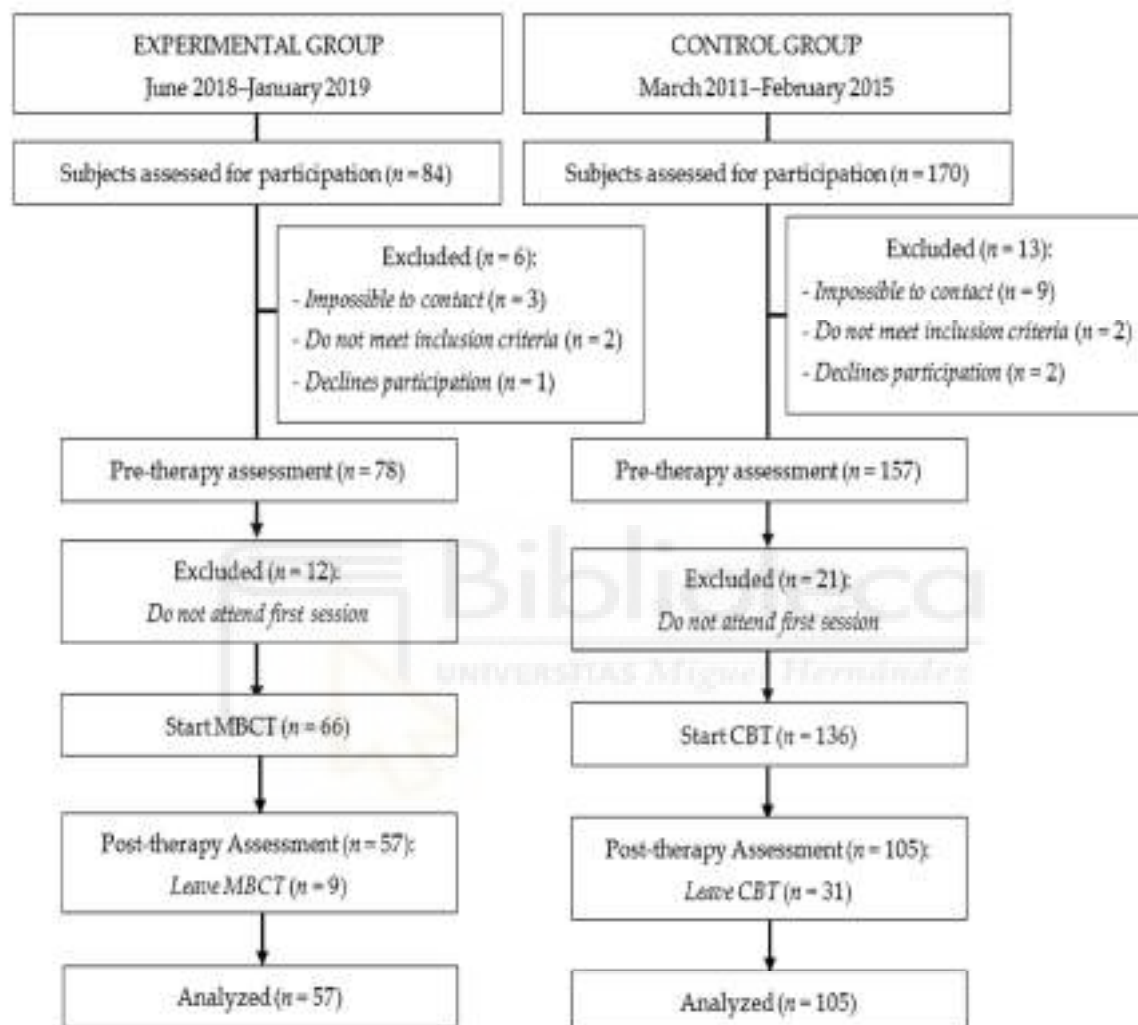


Figure 1. Flow diagram of participants.

In the experimental group, most patients (38.6%) had a diagnosis of low back pain/lumbosacral pain, followed by neck pain or cervicobrachialgia and fibromyalgia (12.3%), while 23.4% had a combination of chronic pains as their common characteristic. This diagnostic analysis could not be performed with the control group, as only the presence of fibromyalgia was recorded (16.2%).

As for the center, in the experimental groups, 40.4% were GUHA patients, with the same percentage from the VBH, while MBH patients were the least numerous (19.3%). The control group was entirely composed of GUHA patients.

To explore the differences between the experimental and control groups, the frequencies of sociodemographic variables were compared (sex, employment, marital status), as well as the presence of fibromyalgia, and age. The Chi-square test revealed the frequencies in all of these variables were balanced, except for the employment or occupation of the control groups, which showed a higher percentage (32.4%) of people with a disability (see Table 2), and age, where a Student's *t*-test for independent samples indicated significant differences between the groups ($t = -2.09$, $p = 0.04$), with the average age of the experi-

mental group being higher ($M = 55.72$, $SD = 10.19$) as compared to the controls ($M = 51.98$, $SD = 11.06$).

Likewise, the means before treatment were compared in both groups by Student's *t*-test for independent samples, after verifying assumptions of normality (Kolmogorov–Smirnov test) and homoscedasticity (Levene's test). Both groups showed very homogeneous values in all variables. However, statistically significant differences were found in some variables such as a greater self-efficacy in pain control ($t = 2.00$, $p = 0.04$), less adequate sleep ($t = 8.12$, $p = 0.00$), and more sleepiness ($t = 3.91$, $p = 0.00$) and sleep disturbance ($t = 4.51$, $p = 0.00$) in the control group, while the experimental group showed greater pain at the present time ($t = -3.15$, $p = 0.00$) (see Table 3). The sleep variable "optimum", due to its nominal character, was analyzed through the Chi-square test, with no significant differences found.

3.1. Post-Treatment Differences

In the comparison of post-treatment results between the control and experimental groups, no significant differences were found for any variable, except for the experimental group, which showed a higher score for subjective quality of life ($t = -3.34$, $p = 0.00$), and the control group, with a statistically significant improvement in quantity of sleep ($t = 2.53$, $p = 0.01$), and adequate sleep ($t = 3.64$, $p = 0.00$) (see Table 3). Likewise, the sleep variable "optimum sleep" was analyzed with a Chi-square test, with statistically significant values observed in the control group.

Table 2. Sociodemographic characteristics, medical diagnoses, and participating centers of the experimental and control groups. Differences in frequencies between both groups were determined by Chi-square test.

Variables	Experimental	Control	χ^2	<i>p</i>
	Group	Group		
	<i>n</i> (%)	<i>n</i> (%)		
Sex				
Male	13 (22.8)	34 (32.4)	1.04	0.2
Female	44 (77.2)	71 (67.6)		
Marital status				
Single	10 (17.6)	13 (12.4)	2.03	0.56
Married	33 (57.9)	75 (71.5)		
Divorced	8 (14)	10 (9.5)		
Widow	6 (10.5)	7 (6.7)		
Occupation				
Employed	11 (19.3)	11 (10.5)	16.98	0.00
On leave	9 (15.8)	28 (26.6)		
Disabled	10 (17.5)	34 (32.4)		
Retired	15 (26.3)	23 (21.9)		
Homemaker	12 (21.1)	9 (8.6)		
Diagnosis				
Lumbago	22 (38.6)	-	0.45	0.5
Cervicalgia	7 (12.3)	-		
Fibromyalgia	7 (12.3)	17 (16.2)		
Rheumatoid arthritis	6 (10.5)	-		
Other medical conditions	15 (26.3)	-		
Center				
General University Hospital of Alicante	23 (40.4)	105 (100)		
Marina Baixa Hospital	11 (19.3)	-		
Vega Baja Hospital	23 (40.4)	-		

Table 3. t-test results of the differences in pre-treatment and post-treatment means from the control and experimental group. t-test differences and effect sizes (d) for intragroup differences in the experimental group and treatment.

	Pre-Treatment			Post-Treatment			Pre-Post Difference	
	Control	Experimental	T(p)	Control	Experimental	T(p)	Control	Experimental
	M (SD)	M(SD)		M (SD)	M(SD)		T(p)d	T(p)d
Intensity of pain during last 3 days	7.02 (2.11)	7.54 (1.56)	-1.61 (0.11)	6.28 (2.14)	8.17 (1.2)	-0.76 (0.14)	0.37 (0.6) 0.42	0.39 (0.7) 0.07
Intensity of pain at present	2.56 (0.86)	2.95 (0.85) **	-3.15 (0.00)	2.4 (0.91)	2.6 (0.72)	-1.41 (0.16)	1.61 (0.11)	2.94 (0.00) 0.47
QL physical	32.49 (5.62)	28.60 (5.81)	0.46 (0.68)	30.22 (8.11)	28.54 (8.31)	1.37 (0.24)	-0.94 (0.34)	0.85 (0.96)
QL mental	31.84 (10.96)	32.49 (12.44)	-0.78 (0.44)	31.97 (11.34)	38.96 (13.26) **	-3.34 (0.00)	2.03 (0.04) 0.28	2.96 (0.00) 0.5
SE symptoms	35.07 (14.96)	32 (12.71)	1.31 (0.19)	41.51 (16.70)	40.33 (17.96)	0.43 (0.67)	-4.88 (0.00) 0.43	-4.81 (0.00) 0.52
SE physical	27.26 (14.64)	25.21 (13.93)	0.80 (0.31)	32.6 (14.88)	29 (14.7)	1.47 (0.14)	-4.85 (0.00) 0.43	-4.93 (0.00) 0.26
SE control pain	15.45 (10.96) *	11.98 (9.64)	2 (0.04)	17.54 (11.92)	18.14 (12.94)	-1.43 (0.15)	-4.51 (0.00) 0.40	-4.26 (0.00) 0.56
SE total	77.89 (26.02)	69.19 (31.54)	1.33 (0.13)	89.27 (35.84)	86.85 (41.22)	0.43 (0.66)	-5.64 (0.00) 0.42	-3.78 (0.00) 0.49
Anxiety	11.81 (4.78)	10.94 (4.06)	0.88 (0.37)	10.37 (4.95)	10.8 (4.11)	0.36 (0.71)	3.82 (0.00) 0.28	1.78 (0.08)
Depression	10.73 (4.80)	11.15 (9.36)	-0.54 (0.59)	8.93 (4.94)	9.36 (4.79)	-0.54 (0.59)	5.26 (0.00) 0.46	3.12 (0.00) 0.37
Sleep alterations	61.97 (26.36) **	30.95 (15.61)	1.12 (0.40)	53.69 (27.27)	58.83 (25)	-0.72 (0.47)	3.97 (0.00) 0.29	-8.12 (0.00) 0.33
Quantity of sleep	5.38 (1.44)	5.28 (1.36)	0.59 (0.55)	5.94 (1.56) **	5.29 (1.35)	2.53 (0.01)	-2.74 (0.00) 0.26	-8.12 (0.00) 0.07
Snoring	46.53 (32.67)	36.42 (38.91)	-1.61 (0.11)	43.42 (31.43)	51.63 (36.2)	-1.47 (0.14)	1.94 (0.29)	1.19 (0.20)
Waking up	14.07 (34.89)	45.35 (51.33)	-1.21 (0.25)	39.25 (29.84)	44.56 (31.62)	-1.06 (0.29)	0.27 (0.78)	0.21 (0.84)
Somnolence	46.90 (24.78) **	45.38 (23.10)	-3.91 (0.00)	41.80 (31.24)	45.38 (23)	-0.75 (0.45)	-3.24 (0.00) 0.30	0.14 (0.59)
Adequacy	50.06 (24.14) **	30 (25.14)	4.31 (0.00)	44.69 (24.11) **	30 (25.01)	3.64 (0.00)	2.66 (0.00) 0.25	0.19 (0.85)
Sleep interference 6 items	60.76 (21.02)	59.76 (21.04)	-0.87 (0.39)	50.76 (23.91)	57.42 (21.14)	-1.76 (0.08)	3.11 (0.00) 0.29	0.13 (0.41)
Sleep interference 9 items	60.73 (21.30)	60.25 (21.28)	-0.79 (0.43)	51.90 (23.07)	56.16 (21.05)	-1.15 (0.25)	3.23 (0.00) 0.30	10.42 (0.16)

Values in bold indicate statistically significant differences. * $p \leq 0.05$, ** $p \leq 0.01$, - - $d < 0.2$; QL = Quality of life; SE = Self-efficacy.

Lastly, analysis of intragroup differences revealed that 14 of the 18 variables studied improved in the control group, while in the experimental group, improvements were only observed in 9 out of 18 variables. In both groups, improvements were observed in subjective quality of health, self-efficacy (in all dimensions), depression, and sleep alterations and quantity. Although the experimental group obtained larger effect sizes in almost all the variables ($0.7 < d < 0.56$), except for depression and self-efficacy, the control group obtained a larger effect size in the management of physical symptoms (see Figure 2). Ultimately, the effect sizes found in both therapies were small to medium at most (in CBT $0.2 < d < 0.46$).

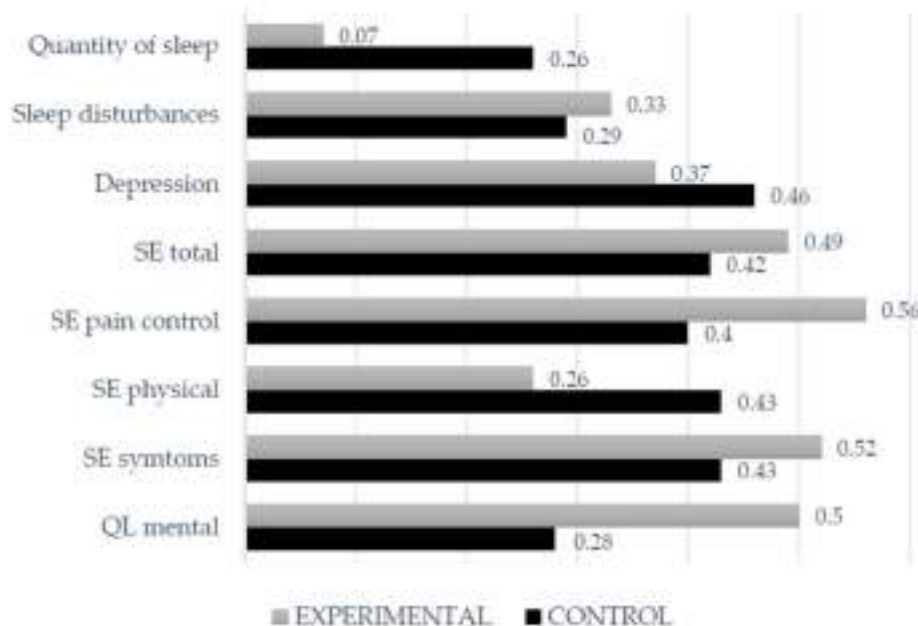


Figure 2. Effect sizes (d) for the experimental and control groups for the variables in which both groups improved significantly.

It is necessary to highlight that the control group, aside from showing improvements in these variables, also showed significant improvements at the intragroup level, in the variables: anxiety ($t = 3.02, p = 0.00$), somnolence ($t = -3.24, p = 0.00$), adaptation ($t = 2.66, p = 0.00$) and sleep interference (with six and nine items) (SLP 6: $t = 3.11, p = 0.00$; SLP 9: $t = 3.23, p = 0.00$). For its part, the experimental group, despite having participants with greater levels of pain in the present at the start of treatment, showed statistically lower levels at the end of their sessions ($t = 2.96, p = 0.00$).

3. Discussion

The present study was conducted to compare two therapies which had obtained good results for chronic pain according to previous literature. The differences found in the pre-treatment phase between both groups were mostly equalized by the post-treatment stage, coinciding with previous literature that described similar efficacies between the two treatments [11,12]. The authors of the present study hypothesized that the mutual improvements observed in both treatments were perhaps due to content that was common to both therapies. In fact, the intragroup analysis revealed similar improvements in subjective quality of life, self-efficacy, depression, and quantity and quality of sleep, in agreement with previous studies on Cognitive Behavioral Therapy [27,28] and Mindfulness [29]. However, the effect size was slightly larger in the experimental group, indicating that even though there were similar improvements in both groups, the greatest change was found in the experimental group. The literature comparing both therapies is scarce, and it is therefore difficult to compare the present study with previous results. Other authors also studied only a few variables in each trial, which rarely coincided with our variables [6]. Thus, the current comparison is considered the main contribution of the present study, as in both therapies a larger number of variables were analyzed compared with previous studies.

Along these lines, the results of this publication provide new evidence on the efficacy of MBCT-CT on the improvement of the variables analyzed, a notable difference to previously mentioned studies which only included a smaller number of variables.

One of the main differences between our groups was the superior effect of MBCT-CP in reducing pain at the present time, as pointed out in previous studies [10,30]. The experimental groups showed a statistically significant level of pain at the start of therapy, with significant changes before and after treatment as shown by the pain scores obtained at the end of therapy, which were similar to the control group; in contrast, the control group did not report significant changes.

Likewise, MBCT-CP seemed to have a greater efficacy in improving subjective quality of life. Although starting scores were similar in both groups, the superiority of MBCT-CP as compared to CBT was observed at the end of therapy. These results are contradictory to previous literature [11], which indicates a similar efficacy. Another previous study pointed out the relationship between pain and subjective quality of health. Therefore, this significant change in pain could be linked to more notable changes in the subjective quality of health. This effect was only observed in the experimental group, as this group reported statistically significant levels of pain improvement [31].

CBT obtained better results in variables associated with sleep, especially adequacy of sleep. Before therapy, the CBT group (control) showed a lower amount of adequate sleep, which significantly improved after treatment, with the result being statistically significant as compared to the experimental group. Likewise, when treatment ended, the quantity and optimum level of sleep were significantly higher in the control group. Previous research [32] indicates a modest superiority of CBT for improving the assessment of sleep as compared to other types of variables, such as those related to pain, with a greater superiority found for Mindfulness. Thus, some authors indicate better results in both types of variables [33] by administering CBT for both insomnia and chronic pain, or by fusing CBT with Mindfulness [34].

These results are partially in agreement with those found in the previous literature, although some limitations were also found. One of the main limitations is the comparability of the groups; since there was no randomization, the diagnoses were not controlled, and the groups were created at different times (possible cohort effects), in addition to the fact that the control group was composed of younger individuals and included more disabled individuals. It is possible that the control sample, with a more disabled population, had a worse response to the treatment due to the interference of pain in daily functioning, or perhaps it was due to the predominant type of diagnosis, whose nature we unfortunately do not know. In addition, it is necessary to point out that previous differences in comorbidities such as anxiety or depression were not explored, which may interfere with the results for these two variables. Lastly, the lack of training of the therapists may have conditioned the results, and the absence of a follow-up could limit the conclusions.

However, the overall validity is still considered strong, as the study took place in clinical contexts and on a miscellaneous sample, thereby allowing for the comparison of therapies, which is difficult to find in the literature.

3. Conclusions

We can thus conclude that CBT and Mindfulness-based Cognitive Therapy may have a similar efficacy, although it seems that there was a modest trend of larger effects produced by MBCT-CP. Likewise, CBT seemed to improve variables associated with sleep, while MBCT-CP seemed to be more efficient in the improvement of variables related with pain and quality of life. However, as the comparability of the samples could be questionable, further research along these lines is necessary.

Author Contributions: Conceptualization, E.M.P.-G., L.N., C.L.-C. and C.J.v.-d.H.R.; Data curation, E.M.P.-G., L.N., A.J.R.-M. and M.R.-M.; Formal analysis, E.M.P.-G., L.N., C.L.-C., M.R.-M. and C.J.v.-d.H.R.; Investigation, E.M.P.-G., L.N., C.L.-C. and A.J.R.-M.; Methodology, E.M.P.-G., L.N., C.L.-C., A.J.R.-M., M.R.-M. and C.J.v.-d.H.R.; Resources, A.J.R.-M. and M.R.-M.; Supervision, C.L.-C. and C.J.v.-d.H.R.; Validation, C.L.-C. and C.J.v.-d.H.R.; Visualization, C.J.v.-d.H.R.; Writing—original draft, E.M.P.-G. and L.N.; Writing—review and editing, C.L.-C., A.J.R.-M., M.R.-M. and C.J.v.-d.H.R. All authors have read and agreed to the published version of the manuscript.

Funding: This research received no external funding.

Institutional Review Board Statement: The study was conducted according to the guidelines of the Declaration of Helsinki and approved by the Ethics Committee for Research with drugs (CEIm) from the GUHA (Ref.CEIm: PI2018/109 Ref.ISABIAL: 180296).

Informed Consent Statement: Informed consent was obtained from all subjects involved in the study.

Data Availability Statement: The data presented in this study are available on request from the corresponding author. The data are not publicly available due them being unpublished results.

Acknowledgments: The authors are grateful for the collaboration of the clinical psychologists in their contribution to the execution of the program, and the collection of data.

Conflicts of Interest: The authors declare no conflict of interest.

References

1. Treede, R.; Rief, W.; Barke, A.; Aziz, Q.; Bennett, M.I.; Benoitel, R.; Kosek, E.; Lavand, P.; Nicholas, M.; Perrot, S.; et al. A classification of chronic pain for ICD-11. *Pain* **2015**, *156*, 1003–1007. [[CrossRef](#)] [[PubMed](#)]
2. Dahlhamet, J.; Lucas, J.; Zelaya, C.; Nahin, R.; Mackey, S.; DeBaz, L.; Kerns, R.; Van Koff, M.; Porter, L.; Helmick, C. Prevalence of Chronic Pain and High-Impact Chronic Pain among Adults—United States, 2016. *MMWR Morb. Mortal. Wkly. Rep.* **2018**, *67*, 1001–1006. [[CrossRef](#)]
3. Bevilik, H.; Eisenberg, E.; Biern, T.O. The individual and societal burden of chronic pain in Europe: The case for strategic prioritisation and action to improve knowledge and availability of appropriate care. *BMC Public Health* **2013**, *13*, 1229. [[CrossRef](#)] [[PubMed](#)]
4. Eccleston, C.; Crombez, G. Advancing psychological therapies for chronic pain. *F1000Research* **2017**, *6*, 461. [[CrossRef](#)]
5. Boschen, K.A.; Robinson, E.; Campbell, K.A.; Mair, S.; Oey, E.; James, K.; Fashler, S.R.; Katz, J. Results from 10 Years of a CBT Pain Self-Management Outpatient Program for Complex Chronic Conditions. *Pain Res. Manag.* **2016**, *2016*, 4679083. [[CrossRef](#)]

6. Moix, J.; Casado, M.I. Terapias Psicológicas para el Tratamiento del Dolor Crónico. *Clin. Salud* **2011**, *22*, 41–50.
7. Kabat-Zinn, J.; Hanh, T.N. *Full Catastrophe Living: Using the Wisdom of Your Body and Mind to Face Stress, Pain, and Illness*; Bantam Dell: New York, NY, USA, 2009.
8. Day, M. *Mindfulness-Based Cognitive Therapy for Chronic Pain*; John Wiley & Sons: Chichester, UK, 2017.
9. Pardos-Gascón, E.M.; Narambuena, L.; Leal-Costa, C.; Ramos-Morcillo, A.J.; Ruzafa-Martínez, M.; van-der Hofstadt Román, C.J. Effects of Mindfulness-Based Cognitive Therapy for Chronic Pain: A Multicenter Study. *Int. J. Environ. Res. Public Health* **2021**, *18*, 6951. [\[CrossRef\]](#)
10. Goldberg, S.B.; Tucker, R.P.; Greene, P.A.; Davidson, R.J.; Wampold, B.E.; Kearney, D.J.; Simpson, T.L. Mindfulness-based interventions for psychiatric disorders: A systematic review and meta-analysis. *Clin. Psychol. Rev.* **2018**, *59*, 52–60. [\[CrossRef\]](#)
11. Khoo, E.L.; Small, R.; Cheng, W.; Hatchard, T.; Glynn, B.; Rice, D.B.; Skidmore, B.; Kenny, S.; Hutton, B.; Poulin, P.A. Comparative evaluation of group-based mindfulness-based stress reduction and cognitive behavioral therapy for the treatment and management of chronic pain: A systematic review and network meta-analysis. *Evid. Based Ment. Health* **2019**, *22*, 26–35. [\[CrossRef\]](#)
12. Pardos-Gascón, E.M.; Narambuena, L.; Leal-Costa, C.; van-der Hofstadt-Román, C.J. Differential efficacy between cognitive-behavioral therapy and mindfulness-based therapies for chronic pain: Systematic review. *Int. J. Clin. Health Psychol.* **2021**, *21*, 100–117. [\[CrossRef\]](#)
13. Couper, M.P.; Yourango, R.; Conrad, F.G.; Stuger, E. Evaluating the Effectiveness of Visual Analog Scales: A Web Experiment. *Soc. Sci. Comput. Rev.* **2006**, *24*, 227–245. [\[CrossRef\]](#)
14. Finch, E.; Brooks, D.; Stratford, P.W.; Mayo, N. *Physical Rehabilitation Outcome Measures—A Guide to Enhanced Clinical Decision Making*, 2nd ed.; Lippincott Williams & Wilkins: Baltimore, MD, USA, 2002.
15. Currier, D.P. *Elements of Research in Physical Therapy*, 2nd ed.; Williams & Wilkins: Baltimore, MD, USA, 1984.
16. Good, M.; Stiller, C.; Zauszniewski, J.A.; Anderson, G.C.; Stanton-Hicks, M.; Grass, J.A. Sensation and distress of pain scales: Reliability, validity, and sensitivity. *J. Nurs. Manag.* **2001**, *9*, 219–238. [\[CrossRef\]](#) [\[PubMed\]](#)
17. Enebo, R.A. Outcome measures for low back pain: Pain inventories and functional disability questionnaires. *J. Chiropract. Tech.* **1998**, *10*, 27.
18. Zigmond, A.S.; Snaith, R.P. The hospital anxiety and depression scale. *Acta Psychiatr. Scand.* **1983**, *67*, 361–370. [\[CrossRef\]](#)
19. Cabrera, V.; Martín-Aragón, M.; Terol, M.D.C.; Núñez, R.; Pastor, M.D.L.A. La Escala de Ansiedad y Depresión Hospitalaria (HAD) en fibromialgia: Análisis de sensibilidad y especificidad. *Ter. Psicol.* **2015**, *33*, 181–193. [\[CrossRef\]](#)
20. Ware, J.E., Jr.; Kosinski, M.; Keller, S.D. A 12-Item Short-Form Health Survey: Construction of scales and preliminary tests of reliability and validity. *Med. Care* **1996**, *34*, 220–233. [\[CrossRef\]](#) [\[PubMed\]](#)
21. Vilagut, G.; Valderas, J.M.; Ferrer, M.; Garin, O.; López-García, E.; Alonso, J. Interpretación de los cuestionarios de salud SF-36 y SF-12 en España: Componentes físico y mental. *Med. Clin.* **2008**, *130*, 726–735. [\[CrossRef\]](#)
22. Hays, R.D.; Martin, S.A.; Sisti, A.M.; Spritzer, K.L. Psychometric properties of the Medical Outcomes Study Sleep measure. *Sleep Med. Rev.* **2005**, *6*, 41–44. [\[CrossRef\]](#)
23. Rejas, J.; Ruiz, M.; Masramo, X. Psychometric properties of the MOS (Medical Outcomes Study) Sleep Scale in patients with neuropathic pain. *Eur. J. Pain* **2007**, *11*, 329–340. [\[CrossRef\]](#)
24. Martín-Aragón, M.; Pastor, M.A.; Rodríguez-Marín, J.; March, M.J.; Lledó, A. Percepción de autoeficacia en Dolor Crónico. Adaptación y validación de la Chronic Pain Self Efficacy Scale. *Rev. Psicol. Salud* **1999**, *11*, 53–75.
25. Van-der Hofstadt Román, C.J.; Leal-Costa, C.; Alonso-Gascón, M.R.; Rodríguez-Marín, J. Calidad de vida, emociones negativas, autoeficacia y calidad del sueño en pacientes con dolor crónico: Efectos de un programa de intervención psicológica. *Univ. Psychol.* **2017**, *16*, 255–263. [\[CrossRef\]](#)
26. Cohen, J. *Statistical Power Analysis for the Behavioral Sciences*, 2nd ed.; Lawrence Erlbaum Associates: Hillsdale, NJ, USA, 1988.
27. Tang, N.K.Y. Cognitive behavioural therapy in pain and psychological disorders: Towards a hybrid future. *Prog. Neuro-psychopharmacol. Biol. Psychiatry* **2015**, *57*, 281–289. [\[CrossRef\]](#)
28. Urrits, I.; Hubble, A.; Peterson, E.; Orhurhu, V.; Ernst, C.A.; Kaye, A.D.; Viswanath, O. An Update on Cognitive Therapy for the Management of Chronic Pain: A Comprehensive Review. *Curr. Pain Headache Rep.* **2019**, *23*, 57. [\[CrossRef\]](#)
29. De Jong, M.; Peeters, F.; Gard, T.; Ashibi, H.; Doorley, J.; Walker, R.; Rhoades, L.; Kulich, R.J.; Kjaerpenbender, K.D.; Alpert, J.D.; et al. A randomized controlled pilot study on mindfulness-based cognitive therapy for unipolar depression in patients with chronic pain. *J. Clin. Psychiatry* **2018**, *79*, 26–34. [\[CrossRef\]](#)
30. Day, M.A.; Ward, L.C.; Ehde, D.M.; Thorn, B.E.; Burns, J.; Bamier, A.; Mattingley, J.B.; Jensen, M.P.A. Pilot Randomized Controlled Trial Comparing Mindfulness Meditation, Cognitive Therapy, and Mindfulness-Based Cognitive Therapy for Chronic Low Back Pain. *Pain Med.* **2019**, *20*, 2134–2148. [\[CrossRef\]](#)
31. Molander, P.; Dong, H.-J.; Ång, B.; Enthoven, P.; Gerdle, B. The role of pain in chronic pain patients' perception of health-related quality of life: A cross-sectional SQRP study of 40,000 patients. *Scand. J. Pain* **2018**, *18*, 417–429. [\[CrossRef\]](#) [\[PubMed\]](#)
32. Selvanathan, J.; Pham, C.; Nagappa, M.; Peng, P.W.; Englesakis, M.; Espie, C.A.; Morin, C.M.; Chung, F. Cognitive behavioral therapy for insomnia in patients with chronic pain—A systematic review and meta-analysis of randomized controlled trials. *Sleep Med. Rev.* **2021**, *60*, 101460. [\[CrossRef\]](#)

33. Pigeon, W.R.; Moynihan, J.; Matteson-Rusby, S.; Jungquist, C.R.; Xia, Y.; Yu, X.; Perlise, M.L. Comparative Effectiveness of CBT Interventions for Co-Morbid Chronic Pain and Insomnia: A Pilot Study. *Behav. Res. Ther.* **2013**, *50*, 685–689. [[CrossRef](#)] [[PubMed](#)]
34. Barwick, F.; Poupon-King, H.; You, D. Integrated cognitive behavioral therapy (CBT) and Mindfulness group treatment protocol for insomnia and chronic pain. *Sleep* **2020**, *43* (Suppl. S1), A198. [[CrossRef](#)]





AGRADECIMIENTOS

“Los grandes logros de cualquier persona generalmente dependen de muchas manos, corazones y mentes”.

Walt. E. Disney

En primer lugar, quiero agradecer a los directores Carlos y César su confianza al iniciar este proyecto y su inestimable apoyo, especialmente en los momentos más delicados de mi trayectoria vital. Su serenidad y templanza en todo momento han sido una de las claves en mi continuidad durante el doctorado. Asimismo, quiero agradecer especialmente a Lucas, compañero de investigación, su capacidad de visión, su entrega, las horas en videoconferencias y los grandes momentos que hemos pasado juntos. Gracias a los 3, imposible sin vosotros.

Una mención especial quiero hacer a mis compañeros de residencia del Hospital Marina Baixa, que directa o indirectamente me ayudaron. Gracias a Joan por enseñarme el libro de M. Day, gracias a Lorena, Paloma, Nicolas Soler y Nicolas Gómez por aplicar el programa y ayudar en la recogida de datos; así como a los compañeros del Vega Baja: Xènia, Domingo y Sandro. Gracias a los tutores y adjuntos que confiaron en estos residentes, ayudando a la implantación del programa. Gracias a todos por estas y otras muchas cosas.

Entre los profesionales, también quiero hacer un agradecimiento a la doctora Melissa Day por su entrega en este campo de investigación, y a los grandes expertos del dolor crónico: los pacientes. Gracias a todos los participantes de estas terapias, que en medio de vuestra tortura confiasteis en nosotros y sacasteis fuerzas para poner cruces en un cuestionario que ni de lejos podía atrapar vuestro calvario. Gracias, espero que os haya aliviado de alguna manera.

En segundo lugar, aunque tal vez fue lo primero quiero, agradecer a mi familia la fe que tuvo en mis proyectos. Hablo de fe, y no de confianza, porque hay que tener mucha fe para

pensar que podía dejar de ser enfermera y dedicarme a “aquello de la psicología”. Quizá fueron ellos. Quizá fue mi madre que pacientemente escuchaba desde pequeña como observaba y explicaba los comportamientos de mis compañeros de clase, quizá fue mi padre que espontáneamente analizaba la conducta social en los documentales, quizá fue mi hermana mayor que utiliza la psicología mejor que yo. Quizá era la pequeña, y desde la terapia sistémica se sabe, que los pequeños lo observamos todo.

Así que, gracias a mi madre y a mi padre por apoyarme durante los años de preparación del PIR, y gracias a mi hermana y mi cuñado por el tiempo en Barcelona mientras estudiaba. Gracias a Lily y a Erik por llegar con una plaza bajo el brazo y por devolverme a la realidad con sus juegos imaginativos cuando mi cabeza se emborronaba.

En tercer lugar, sin duda alguna, gracias a Nacho. Por traerme hasta Alicante, por no permitir que jamás abandone, por creer en mí incansablemente. Por ver en mí, lo que ni yo veo. Sin tu apoyo esto habría sido solamente un sueño y ahora es una realidad. Gracias por todo, eres mi faro y mi hogar. Ojalá algún día pueda hacerte crecer como tú lo has hecho.

Finalmente, gracias a Guillermo, que se gestó en medio de esta tesis y cuya tranquilidad y buen dormir han permitido que su mamá progresase. Gracias por las horas, que en este primer año de tu vida te pedí prestadas, te las devolveré multiplicadas. Algún día sabrás porqué, esto también fue para ti.

Muchas gracias a todos por este camino, gracias por esas todas esas manos, mentes y corazones.

