

INTERVENCIONES BASADAS EN *MINDFULNESS* PARA EL DOLOR CRÓNICO

MINDFULNESS BASED INTERVENTIONS FOR CHRONIC PAIN

Ángela Palao Tarrero

Hospital Universitario La Paz. Programa de Enlace con Oncología y Dolor Crónico

Beatriz Rodríguez Vega

Hospital Universitario la Paz. Universidad Autónoma de Madrid.

Cómo referenciar este artículo/How to reference this article:

Palao Tarrero, A. y Rodríguez Vega, B. (2016). Intervenciones Basadas en Mindfulness para el Dolor Crónico. *Revista de Psicoterapia*, 27(103), 21-35.

Resumen

El dolor crónico representa un importante problema de salud pública, tanto por su elevada prevalencia como por su coste emocional, económico y social. Durante el procesamiento del dolor crónico intervienen múltiples áreas cerebrales, produciendo cambios tanto estructurales como funcionales, que pueden dar como resultado en ocasiones una mala adaptación al mismo. El dolor activa el sistema de alerta, aumenta el miedo, la ansiedad, el estrés y la atención dirigida al mismo. La conciencia somática es un recurso imprescindible en las intervenciones para dolor crónico. Mindfulness mejora la regulación emocional, disminuye la evitación experiencial y el miedo, modula la percepción del estímulo doloroso y favorece los cambios estructurales y funcionales hacia una mejor adaptación al dolor. Las intervenciones basadas en mindfulness han mostrado su eficacia en el manejo del dolor crónico a través de numerosos estudios de investigación.

Palabras Clave: mindfulness, dolor crónico, aceptación, escáner corporal, yoga, intervenciones psicoterapéuticas en dolor crónico.

Abstract

Chronic pain poses an important public health problem, both for its elevated prevalence as well as its emotional, economic and social impact. During the processing of chronic pain, multiple cerebral areas become involved, producing both structural and functional changes, which on occasions can result in poor adaptation. Pain activates the alert system, increases fear, anxiety, stress, and self-directed attention. Somatic consciousness is an indispensable resource for chronic pain interventions. Mindfulness improves emotional regulation, decreases experiential avoidance and fear, modulates the perceptions of painful stimulus and facilitates structural and functional changes towards a better adaptation to pain. Mindfulness-based interventions have shown their efficacy in the management of chronic pain throughout multiple research.

Keywords: mindfulness, chronic pain, acceptance, body scan, yoga, psychotherapeutic interventions.

Fecha de recepción: 15/11/2015. Fecha de aceptación: 28/12/2015.

Correspondencia sobre este artículo:

E-mail: brodriguezv@salud.madrid.org; beatrizvega@gmail

Dirección postal: Beatriz Rodríguez Vega, Universidad Autónoma de Madrid, Hospital Universitario la Paz, Paseo de la Castellana 261, 28046 Madrid.

© 2016 Revista de Psicoterapia



La IASP (*International Association for the Study of Pain*) define el dolor como: “una experiencia sensorial y emocional desagradable, asociada a una lesión tisular presente o potencial, o descrita en términos de tal lesión” (1979). Esta definición se aplica al dolor agudo, al dolor oncológico y al dolor crónico no oncológico. En su momento esta descripción del dolor supuso un cambio con respecto a las definiciones anteriores al introducir dos nuevos conceptos: en primer lugar considerar que el dolor no es una experiencia puramente nociceptiva, sino que está integrada además por componentes emocionales y subjetivos; en segundo que se puede producir sin causa somática conocida que la justifique.

El dolor es un síntoma común a diferentes patologías médicas e interfiere en la calidad de vida y en el funcionamiento de la persona que lo padece. Representa un importante problema de salud pública, tanto por su elevada prevalencia como por su coste emocional, económico y social. Está relacionado con el envejecimiento de la población, existiendo asimismo un notable gradiente de género, pues afecta de forma más notable a las mujeres que a los hombres.

La Encuesta Nacional de Salud INE actualizada en mayo 2015, afirma que los problemas de salud crónicos padecidos por las personas mayores de 15 años son distintos en hombres que en mujeres. Los más frecuentes para las mujeres son la artrosis, artritis o reumatismo (25,1%), el dolor de espalda crónico lumbar (22,8%) y el dolor de espalda crónico cervical (21,9%). Y para los hombres, la tensión alta (17,4%), el colesterol alto (15,9%) y el dolor de espalda crónico lumbar (14,3%). La dimensión que resultó ser un problema con mayor frecuencia en el momento en el que se hizo la entrevista fue el dolor/malestar, que afectaba al 17,9% de hombres y al 31,4% de mujeres de 15 y más años. El 2,1% de los hombres y el 5,7% de las mujeres sufren dolor fuerte o extremo. Un 15,9% de hombres y un 25,8% de mujeres padece dolor o malestar moderado o leve.

En el año 1994 se puso en marcha la Federación Europea de Sociedades del Dolor (EFIC, por sus siglas en inglés) dentro de la cual se encuentra la Sociedad Española del Dolor; ésta ha presentado ante el Parlamento Europeo en el año 2001 la propuesta de que el dolor crónico sea considerado por sí mismo como una enfermedad y no como un síntoma. Chris Wells, presidente de la Federación Europea del Dolor ha denunciado en su congreso anual (Viena, septiembre 2015) “la poca visibilidad médica, económica y social” de unas dolencias que afectan a 80 millones de personas en Europa, el 20% de la población adulta. Según un informe de la EFIC del año 2010, las pérdidas económicas—directas e indirectas—por esta enfermedad se sitúan entre el 1,5% y el 3% del producto interior bruto europeo. Además es la causa más frecuente de incapacidad laboral y jubilación anticipada.

En la literatura científica existe un gran consenso a la hora de considerar el dolor como un fenómeno complejo y multifactorial que depende de la interacción de factores fisiológicos, psicológicos y socioculturales.

Proceso Neurobiológico y Dolor

El cerebro humano se transforma en respuesta a diferentes tipos de experiencia a través de la reorganización de sus conexiones neuronales. La plasticidad es una propiedad intrínseca del cerebro humano y representa el patrón evolutivo para activar el sistema nervioso y modular o escapar de las limitaciones de su propio genoma y adaptarse así a las presiones ambientales, los cambios fisiológicos y a las experiencias. Esos rápidos cambios en marcha pueden ser seguidos por el establecimiento de nuevas conexiones a través de crecimiento dendrítico y la arborización (Pascual-Leone et al., 2005). Sin embargo también encierran el peligro de que el patrón evolutivo de activación neuronal en sí mismo pueda conducir a un comportamiento anormal o una mala adaptación, como ocurriría en la exposición crónica al dolor (Price, 2002). La plasticidad es el mecanismo para el desarrollo y el aprendizaje. La idea de que una lesión o estímulo nociceptivo produce alteraciones en la función del sistema nervioso central afectando la sensibilidad dolorosa no es nueva (Coderre et al., 1993), pero las evidencias científicas de esta teoría son más recientes. Así Woolf (Woolf and Salter 2000) fue el primero en aportar datos empíricos que apoyaban la hipótesis de que un estímulo periférico puede desencadenar un incremento sostenido de la excitabilidad central.

Diversas estructuras cerebrales como la corteza somatosensorial (primaria y secundaria), el giro cingulado anterior, la ínsula, el tálamo, la corteza parietal posterior y la corteza prefrontal podrían estar profundamente implicadas en la representación y modulación de la experiencia del dolor en sujetos sanos (Saab, 2012). Estos cambios en la actividad cerebral se han relacionado con diferentes factores psicológicos. Así, por ejemplo, se considera que la respuesta de la corteza cingulada anterior ante estímulos nocivos está relacionada con el componente afectivo-motivacional del dolor. Las memorias, emociones, pensamientos y expectativas influyen en la forma en la que la persona percibe el dolor. Las regiones del cerebro envueltas en la emoción (sistema límbico-amígdala y lóbulos frontal y temporal) participarían en circuitos neuronales comunes a la regulación del dolor (Liu & Chen, 2014).

Investigaciones recientes también han apoyado la participación de la corteza cingulada anterior en las respuestas cognitivas ante el dolor, particularmente los aspectos relacionados con la atención dirigida hacia el estímulo nociceptivo. Incluso se ha propuesto una distinción funcional entre dos regiones de la corteza cingulada anterior: el área 24 de Brodmann (porción medial de la corteza cingulada anterior), cuya actividad reflejaría los cambios atencionales hacia el estímulo nociceptivo (respuesta de orientación hacia dicho estímulo), y el área 32 (porción más rostroventral de la corteza cingulada anterior), que se activaría al dirigir la atención de forma sostenida hacia la zona corporal estimulada. Los procesos atencionales y la vigilancia provocan aumentos bilaterales significativos de la actividad talámica.

La corteza somatosensorial S1 se relacionaría con cambios de plasticidad

maladaptativos, como la hiperexcitabilidad y la reorganización que se asocia a la cronificación del dolor neuropático (Costigan et al., 2009; Seifert & Maihofner, 2009).

En una revisión reciente Kim y Kim (2016) concluyen que la corteza cerebral, la amígdala, el hipocampo, la corteza cingulada anterior, la corteza prefrontal y el área somatosensorial S1 estarían implicadas en la plasticidad estructural que de una forma directa o indirecta estaría envuelta en el desarrollo de los síntomas cognitivos, afectivos y sensoriales del dolor crónico. En esta revisión faltarían conclusiones en torno a la plasticidad funcional. Todavía hay aspectos de los cambios o de la plasticidad maladaptativos de los circuitos neuronales corticales y estructuras sinápticas que están sin resolver.

Los datos anteriores vienen a poner de manifiesto que el dolor no es un fenómeno pasivo de transferencia de una información nociceptiva desde la periferia hasta la corteza cerebral, sino un proceso activo generado en parte en la periferia y en parte en el sistema nervioso central (Kuner, 2010).

En otro estudio reciente (Kerr et al., 2013) los autores trasladan a la neurobiología una afirmación existente en textos budistas “*mindfulness* comienza con el *mindfulness* del cuerpo”. Cuando dirigimos nuestro foco de atención al cuerpo, con una conciencia *mindful* mejora el distrés y el procesamiento al dolor crónico y estaríamos intensificando la modulación de “arriba-abajo” de los ritmos alfa del neocórtex sensorial.

Todas las vías entrantes del dolor convergen en las mismas estructuras cerebrales, corticales, cingulada anterior y subcorticales, cuya función es establecer prioridades en la respuesta y en la intensidad emocional. Toda esta red cerebral es modulada dinámicamente por mecanismos asociados con la anticipación, las expectativas y otros factores cognitivos.

De hecho, se ha descrito una relación entre la percepción del dolor y la anticipación al estímulo doloroso y el nivel de incertidumbre, e incluso con la preocupación por el bienestar futuro. Durante el procesamiento de la percepción dolorosa el estímulo nociceptivo (percepción del dolor) se integra con información acerca del estado general del cuerpo y con elementos cognitivos relativos a las emociones asociadas al dolor. Es un ejemplo más de la relación indisoluble entre dolor y afecto o emoción.

Pero una vez producida la experiencia dolorosa muchos otros factores entran en juego para facilitar su permanencia y para construir un significado en torno al dolor que va a actuar recursivamente a su vez para facilitar o dificultar la calidad de vida de la persona que consulta por este problema.

La experiencia dolorosa así generada supone un ejemplo claro de un tipo de procesamiento de la información que va desde “abajo hacia arriba”, es decir desde la sensación, recogida en el cuerpo por los receptores internos y externos, hacia la integración en la corteza prefrontal donde se le da sentido y significado, historia y narración. A través de las conexiones entre la corteza cerebral y el sistema límbico

el mensaje doloroso se convierte en una experiencia emocional y consciente.

Para modular la experiencia de dolor se han usado diferentes estrategias no farmacológicas y algunas de ellas son la distracción, la percepción de control, las expectativas de cambio sobre la intensidad de dolor, el placebo, la hipnosis o la contemplación religiosa (Wiech et al., 2008). Estas estrategias reducen o modulan la actividad en las regiones cerebrales relacionadas con la parte emocional del dolor crónico (cingulada dorso anterior) y áreas relacionadas con la parte sensorial (el córtex somatosensorial, el tálamo y en algunos casos la insula posterior); Lu et al., (2010). La modulación del dolor a través de técnicas como la distracción o el placebo supone una modulación de arriba-abajo que se iniciaría en la corteza prefrontal lateral (Wager et al., 2011).

Se puede afirmar que existe una relación interactiva entre la intensidad de la sensación dolorosa, el malestar provocado por el dolor y las emociones asociadas con la rumiación sobre el dolor y sus consecuencias futuras (por ejemplo el sufrimiento) (Krohne & Ihlebaek, 2010).

Factores Psicológicos, Afrontamiento y Dolor

El dolor crónico impacta en la salud física y emocional de las personas correlacionándose con frecuencia con altos niveles de ansiedad y depresión. Recíprocamente también se ha comprobado que los niveles de depresión y ansiedad alteran la percepción del dolor haciéndola más intensa o difícil de soportar.

Los modelos actuales en dolor crónico enfatizan el rol del miedo, la ansiedad, la evitación experiencial y el sesgo en la atención en el desarrollo y mantenimiento de la limitación del dolor crónico. Es así como los factores emocionales y cognitivos juegan un importante papel como moduladores de la percepción del dolor y la respuesta a éste. Por ejemplo, una actitud de afrontamiento ante el dolor basada en el catastrofismo (que incluye el pesimismo y la evitación) predice con gran fiabilidad una mala adaptación ante el dolor (Severeijns et al., 2001).

La actitud de catastrofización se ha asociado en particular también con una magnificación de la experiencia de dolor, con una anticipación negativa, con rumiaciones en torno al dolor y con la indefensión como mecanismo de afrontamiento. Además se relaciona con altos niveles de dolor y sufrimiento, con más visitas a los médicos, mas necesidad de tratamientos de rescate y de dosis y con mayor disfuncionalidad (Burns et al., 2015; Lewis et al., 2015; Sullivan et al., 2001).

En otros estudios la actitud de indefensión/desamparo fue el factor que contribuyó más negativamente a la discapacidad y al nivel de dolor, independientemente de otros factores también contribuyentes como son el miedo y el afrontamiento pasivo al dolor (Samwel et al., 2006).

También es consistente el hallazgo de que el uso de estrategias de afrontamiento pasivas, es decir, aquéllas en las que se cede a otros el control del dolor, se asocia con un mayor nivel de dolor, un peor funcionamiento y un estado de ánimo negativo (Esteve et al., 1999). Estrategias como ignorar el dolor, reinterpretarlo y la

distracción, aunque pueden ser útiles en el caso del dolor agudo, no suelen actuar como predictores de la adaptación del enfermo crónico (Bailey et al., 2009).

De modo contrario, la aceptación del dolor se ha asociado con menos dolor, sufrimiento emocional y discapacidad y mayor bienestar psicológico.

Es decir, las denominadas estrategias de afrontamiento cognitivas y emocionales van a jugar un papel importante en la experiencia global de dolor crónico (Lawrence et al., 2011).

De los factores enumerados más arriba y que tienen que ver con la actitud que se mantiene y con las estrategias de afrontamiento del dolor se pueden extraer algunos focos clave para el trabajo psicoterapéutico con dolor crónico como son:

1. La catastrofización (relacionada con la magnificación de los efectos negativos del dolor; las rumiaciones y la indefensión).
2. El miedo al dolor (relacionado con la anticipación de aumento del dolor o empeoramiento si me muevo y conductas evitativas). También con el aumento de la atención hacia el dolor y el favorecimiento del estado de alerta.
3. La disminución de actividades placenteras y el aislamiento social.
4. Promover la aceptación del dolor, ya que se ha relacionado con una mejor evolución y calidad de vida. También es un predictor de disminución de catastrofización, independientemente de la edad, género o intensidad de dolor. Está relacionada con menor intensidad del dolor, menor ansiedad y evitación relacionada con el dolor, menos depresión, una menor discapacidad física y psicológica y un mayor rendimiento en el día a día y mejor situación laboral (McCracken & Vowles, 2006). La actitud de aceptación ayudaría además a prevenir el desarrollo o a regular el miedo al dolor, la evitación, la hipervigilancia, la depresión y la disfuncionalidad (de Boer et al., 2014).

Las intervenciones psicoterapéuticas en dolor crónico se van a centrar en aspectos emocionales, sociales y relacionales, en mejorías funcionales, en el uso racional de la medicación, la mejoría del ánimo y el cambio de algunos patrones cognitivos. En resumen, los esfuerzos psicoterapéuticos van dirigidos a promover el cambio de la relación con el dolor y la cualidad de este más que en el cambio en su intensidad. Los programas multidisciplinares que tienen en cuenta las dimensiones emocionales del dolor crónico y no tratan el dolor como un mero síntoma aislado son las que parecen obtener mejores resultados (Dale & Stacey, 2016).

Hasta la fecha, las intervenciones psicoterapéuticas más utilizadas en dolor crónico han sido (Sturgeon, 2014):

1. Terapia cognitiva-conductual (TCC),
2. Terapia de conducta,
3. Terapia Basada en *Mindfulness*,
4. Terapia de Aceptación y Compromiso.

Las dos últimas han sido incluidas entre las terapias de tercera generación y,

junto con las terapias de conciencia somatosensorial o corporal, han focalizado el interés de la comunidad científica, lo que se ha reflejado en el gran aumento de sus publicaciones en revistas científicas en los últimos años. Lejos de buscar terapias que disminuyan, distraigan o curen el dolor crónico, cada vez más, las terapias van dirigidas a la aceptación del mismo.

Mindfulness y Dolor

Todos los abordajes del estilo de la relajación, hipnosis, imaginación guiada o *mindfulness*, comparten el resultado de regular la alerta psicofisiológica y de promover un equilibrio adecuado entre el esfuerzo orientado a conseguir un objetivo y el “dejarlo ir”.

Las personas que presentan dolor crónico atraviesan por una serie de duelos; el primero es el duelo por la pérdida de un estado de bienestar previo, al que se suman las pérdidas incluidas en los cambios de rol. Se hace difícil la recuperación de la vivencia del propio cuerpo como un lugar de recursos, no sólo de sufrimiento.

Muchos pacientes intentan evitar focalizarse en su cuerpo, pero no es posible aliviar un dolor crónico sin establecer una conexión mente-cuerpo. Phillips (2007) afirma que trabajar con la conciencia corporal es uno de los métodos más útiles para manejar el dolor crónico. Todas las sensaciones, incluida la sensación de dolor, están gobernadas por esa conexión mente-cuerpo. Focalizar la atención en el cuerpo implica establecer una forma positiva de relacionarse con él y encontrar un lugar seguro dentro del cuerpo que evoque sentimientos beneficiosos y de seguridad.

Mindfulness trabaja con la conciencia somática y permite construir un espacio que sea un refugio donde buscar alivio para el dolor, reduciendo la ansiedad anticipatoria y el sufrimiento a través de promover una actitud de aceptación (activa) ante el dolor y evitar la resistencia. Es muy conocida la frase de que “*dolor más resistencia es igual a sufrimiento*” o también expresado de otra forma “*todo lo que se resiste, persiste*”.

Kabat-Zinn (1982) publicó el primer artículo sobre el manejo del dolor con *mindfulness*. En este trabajo se proponían diez semanas de entrenamiento con regulación emocional. La meditación facilitaba la separación de la dimensión sensorial de la experiencia de dolor y de la reacción de alarma afectiva y reducía la experiencia de sufrimiento a través de una reevaluación cognitiva.

Tras este primer artículo han surgido muchos otros utilizando *mindfulness* para el tratamiento del dolor, pero quizás uno de los de mayor relevancia ha sido los trabajos de Vidyamala (2015; *Mindfulness Based Pain and Illness Management*; MBPM) y Gardner-Nix, (2009; *Mindfulness-Based Chronic Pain Management*; MBCPM), con programas específicos adaptados al dolor crónico, que comentaremos más adelante.

Durante la práctica de *mindfulness* se ha demostrado que se disminuye la sensación displacentera del dolor y la ansiedad anticipatoria. En el cerebro esta reducción se asoció a una disminución de la actividad de la corteza prefrontal

bilateral y un incremento de la activación en la parte derecha posterior de la ínsula. Se ha postulado que los mecanismos cerebrales del dolor y de la ansiedad se regulan conjuntamente durante la práctica de *mindfulness* (Gard et al., 2012). Se sugiere que mientras la experiencia de dolor nociceptiva o física pueden permanecer sin cambios, los componentes emocionales y cognitivos de la experiencia dolorosa parecen disminuir significativamente, teniendo como resultado menos sufrimiento y estrés.

Como se señalaba más arriba, la práctica de *mindfulness* promueve la aceptación de las experiencias y, en este sentido, en un metaanálisis reciente se afirma que las intervenciones basadas en la aceptación son comparables a la TCC en su eficacia (Veehof et al., 2016) y obtienen mejorías significativas sobre medidas no sólo de aceptación, sino también de depresión, ansiedad y dolor (Cavanagh et al., 2014). La aceptación se ha relacionado también con unos mejores resultados funcionales y emocionales (McCracken & Keogh, 2009).

Escáner Corporal, Compasión y Yoga: Prácticas Centrales de Mindfulness en Dolor Crónico.

Tanto desde lo que se recoge de la literatura científica como desde nuestra propia práctica clínica encontramos que el entrenamiento en la práctica del escáner corporal, los estiramientos basados de *hatta yoga* y el desarrollo de la compasión son prácticas especialmente útiles para la transformación de la experiencia de dolor.

1. *Escáner corporal.* A través de la práctica del escáner corporal se focaliza la conciencia en el cuerpo o mejor dicho en la corporalidad, entendida esta como la conciencia viva y sentida del cuerpo. Con esta práctica, nos podemos dar cuenta de lo que nuestro organismo necesita y también de las sensaciones corporales, emociones y pensamientos que surgen en cuanto ponemos atención al cuerpo. Según Stahl y Goldstein (2010), el objeto del escáner corporal es tener una *experiencia en el cuerpo*, a diferencia de otras prácticas de meditación que utilizan objetos de contemplación diferentes del cuerpo.

En el escáner corporal se pone sistemáticamente la atención en diferentes partes del cuerpo recorriéndolo desde los pies a la cabeza. Se va tomando conciencia de una multitud de sensaciones (tensión, contractura, ligereza, picor, hormigueo) o de que no se tiene ninguna sensación. Se invita a mantener una actitud de aceptación no crítica de todo lo que emerja en el campo de la conciencia.

La experiencia sucede en la corporalidad, en el organismo vivo. Trabajar con la práctica del escáner corporal no sólo nos permite darnos cuenta de nuestras tensiones musculares, que a su vez tienen que ver con emociones o que suscitan ciertos tipos de pensamientos, sino que es una vía de aprehensión diferente de la realidad. Es decir, afinamos el instrumento más valioso que tenemos para el aprendizaje, que es el cuerpo, y lo entrenamos de modo que será capaz de captar, asociar y crear nuevo conocimiento basado en la experiencia presente. Esto se hace poniendo en él una atención plena, con *mindfulness*, sin reaccionar a la experiencia,

sin juzgarla y aceptando lo que venga. Instrucciones precisas para la práctica del escáner corporal se pueden encontrar en otros textos (Stahl & Goldstein, 2010).

2. *Hatha Yoga*. *El yoga es meditación*, dice Kabat-Zinn en su libro *Vivir con Plenitud la Crisis*. El *hatha yoga* realizado con atención plena constituye una práctica muy importante de meditación. Se basa en ejercicios de suave estiramiento y fortificación que se realizan con gran lentitud y teniendo conciencia en cada momento de la respiración y de las sensaciones que se producen en cada “postura”. Tomar conciencia de los propios límites se hace especialmente importante en dolor crónico.

Se ha visto que la práctica del yoga se asocia a una mayor tolerancia al dolor (Holtzman & Beggs, 2013; Patil et al., 2015) y con un aumento de materia gris en múltiples regiones corticales relacionadas con el procesamiento afectivo del dolor, la regulación del dolor y la atención (Villemure et al., 2014). Los autores postulan que estos cambios ayudarían a disminuir la alerta al dolor, la reacción afectiva al mismo y la modulación de la percepción al dolor.

3. *Compasión*. Como plantea Vidyamala (2015) en su libro *Vivir Bien con el Dolor y la Enfermedad* tras nuestras diferentes personalidades y acciones descansa el deseo básico común de evitar el sufrimiento y ser feliz. Si nos relacionáramos con los demás sobre el fundamento de nuestra humanidad compartida esta experiencia convertiría el aislamiento en empatía y en compasión.

Las prácticas de *mindfulness* y compasión incluyen la conciencia de los demás, además de la conciencia de habitar nuestro cuerpo instante tras instante y familiarizarte con nuestras sensaciones emociones y pensamientos.

Programas de Tratamiento de Mindfulness para Trabajar con Dolor Crónico

Terapia de Aceptación y Compromiso

Programas de tratamiento como los derivados de la Terapia de Aceptación y Compromiso (ACT en adelante, por sus siglas en inglés, *Acceptance and Commitment Therapy*) han mostrado su eficacia en dolor crónico. La ACT ofrece una combinación de terapia cognitivo-conductual, la psicología de la conducta y el entrenamiento en *mindfulness*. Surgió en 1987 (Hayes et al., 1987; 2014) y se enmarca dentro de las denominadas terapias de tercera generación (Hayes et al., 1987; 2014; Wilson, 2011; véase una revisión en Pérez y Botella, 2006).

Según Pérez-Álvarez (2008), las aportaciones fundamentales de ACT respecto a las terapias de primera y segunda generación son:

- Una dimensión funcional común a diversos trastornos: el Trastorno de Evitación Experiencial (TEE).
- El auto-distanciamiento comprensivo como objetivo terapéutico, dirigido a la aceptación de los síntomas y la actuación en dirección de los valores del paciente.

Luciano y Valdivia exponen una serie de características en las que se

fundamenta la Terapia de Aceptación y Compromiso y que se presentan a continuación (Luciano y Martínez, 2011):

- a. Es un tratamiento centrado en las acciones consideradas valiosas por el paciente como medio para el cambio conductual.
- b. Contempla el malestar/sufrimiento como normal, producto de la condición humana en tanto que somos seres verbales.
- c. Define que la resistencia al sufrimiento inherente a la vida se aprende y que esa resistencia es la que genera el sufrimiento patológico.
- d. Promueve el análisis funcional de los comportamientos del paciente y, por tanto, se basa en la experiencia del paciente como la clave del tratamiento.
- e. Tiene por objetivo flexibilizar la reacción al malestar. La experiencia del paciente le dice que resistir los eventos privados limita la vida, y que centrarse en ellos es perder la dirección. El objetivo primordial de la ACT es, pues, romper la rigidez del patrón de evitación destructivo o la regulación excesiva o desadaptativa por procesos verbales que la cultura amplifica al potenciar sentirse bien de inmediato y evitar el dolor como fundamental para vivir.
- f. Implica clarificar valores para actuar en la dirección valiosa, aceptando con plena conciencia los eventos privados que surjan y practicar la aceptación cuanto antes y tantas veces como sea posible.

La práctica de la Atención Plena o *mindfulness* entrena la observación de la experiencia de dolor o la experiencia sensorial, sin juzgarla como buena o mala, y sin reaccionar a ella de modo que se va produciendo una desvinculación entre el dolor y la valoración afectiva guiada por esa reacción de alarma.

MBSR (Mindfulness Based Stress Reduction Program)

Existen otros programas como el MBSR diseñado por Jon Kabat Zinn en 1979, un programa a realizar durante ocho semanas en sesiones de dos horas y media más un día de práctica intensiva. El MBSR incluye las prácticas formales de escáner corporal, meditación sentada, estiramientos sencillos de hatha yoga y la meditación caminando, además de integrar como práctica informal la conciencia plena en la vida ordinaria. MBSR se ha encontrado efectivo para reducir la severidad del dolor y mejorar la calidad de vida (Banth & Ardebil 2015; véase una revisión en Pérez y Botella, 2006).

Stahl & Goldstein (2010) proponen tres focos importantes para trabajar con *mindfulness* en situaciones de dolor crónico:

1. Llevar a cabo una investigación experimentada o sentida en el cuerpo y observar cómo se sostiene la tensión y el dolor.
2. Trabajar con las reacciones emocionales hacia el dolor y la tensión.
3. Aprender a vivir en el aquí y ahora y tratar con el dolor en cada momento.

El trabajo de Vidyamala

Vidyamala estructura el entrenamiento en *mindfulness* en dolor crónico en cinco pasos:

1. *Conciencia del Momento presente.* Sólo es posible vivir en el presente y sólo en el momento presente se puede producir el cambio. *Mindfulness* enseña a estar en el aquí y ahora, a aprender a estar con el dolor en este momento y desarrollar una actitud reflejada en la frase: *vamos a ver si puedo estar con el dolor en este momento.* Más que estar prisionero del dolor es desarrollar una actitud en que es posible aprender de esto; ver las cosas como son en este momento dejando ir el pasado y sin tender a una visión específica del futuro. Desde esta perspectiva se produce una transformación de la relación que se establece con el dolor.
2. *Acercarse a lo desagradable.* Al acercarte a los aspectos desagradables de la experiencia inspiras cobrando conciencia y espiras soltando. Puedes preguntarte ¿qué necesito yo en este momento?, ¿puede ser relajar la musculatura de alrededor, que quizás se ha contracturado?... Descubriendo la experiencia real del dolor traes tu atención a él, dejando ir las ideas y emociones asociadas al dolor y siendo consciente de lo impermanente de la experiencia. Adoptando una actitud amable y sin juzgar, dejando que las sensaciones dolorosas estén sencillamente presentes. Con la conciencia basada en la atención plena también se puede practicar la lectura de los vaivenes del dolor, sólo observándolos y dejándolos ir. Aprender a estar con el dolor puede parecer contraintuitivo pero es un paso fundamental para la sanación. Mejor que gastar energía en pelear contra el dolor es aprender a estar con él. Incluso cuando no se pueden cambiar las sensaciones físicas de dolor, se puede cambiar la respuesta emocional a él y así evitar el sufrimiento. Con el dolor, es frecuente que aparezca rabia, tristeza, desesperanza y ansiedad. Traer la conciencia *mindful* a las emociones nos permite empezar a reconocerlas, sin juzgarlas y sin resistirnos a ellas y aprender a observarlas y dejarlas ir.
3. *Buscando lo placentero.* Se puede llevar a cabo a través de observar la experiencia y explorar y ser consciente de otras sensaciones corporales que son agradables: “el contacto de los rayos de sol en el cuerpo”, “las zonas relajadas de mi cuerpo”, “el latir de mi corazón”...
4. *Expandir la conciencia.* Consiste en expandir el campo de la conciencia hasta que se convierta en una perspectiva más amplia, ecuánime y profunda de la totalidad de la experiencia que incluye la conciencia de los demás y del mundo.
5. *Elección.* Aprender a responder en lugar de Reaccionar.

MBCPM: Mindfulness-Based Chronic Pain Management

Gardner-Nix (2009) desarrolló un programa de manejo del dolor crónico basado en *Mindfulness* (MBCPM) en Toronto. El programa se desarrolla a través de clases de dos horas, una vez a la semana, durante diez semanas. Además el programa tiene una adaptación para aumentar la accesibilidad al mismo utilizando sistemas de telemedicina que ha demostrado la misma eficacia que los presenciales (Gardner-Nix et al., 2008). El programa se adapta al libro *Vivir con Plenitud las Crisis* de Kabat-Zinn y añaden meditaciones que implican visualizar el dolor, realizar los ejercicios en el agua cuando hay mucho dolor y en las últimas sesiones incluyen manualidades y *collage*.

Programa del Hospital Universitario la Paz

En el Hospital Universitario la Paz desde hace más de quince años, se viene desarrollando un programa de trabajo con dolor crónico en formato individual y grupal (Palao, 2014; Rodríguez y Palao, 2012). Es una propuesta terapéutica multicomponente basada en un acercamiento a la terapia narrativa, el trabajo con cogniciones y conductas, el uso de la imaginación guiada, educación sobre el dolor, estrategias de conciencia corporal/somatosensorial y prácticas de *mindfulness* o atención plena (Rodríguez y Palao, 2008).

En ocasiones las prácticas de *mindfulness* hay que introducirlas poco a poco, dando información al paciente sobre el sentido que tiene practicarlas y justificando la forma de trabajar que le vamos a proponer en la neurobiología del procesamiento del dolor. Desde esta primera intervención más informativa se pueden ir integrando en las sesiones individuales o grupales algunos minutos de práctica que le permitan al paciente ir familiarizándose con el reconocimiento del cuerpo como lugar de recursos y no sólo como fuente de malestar y sufrimiento

En el formato grupal se incluyen de diez a quince pacientes, que se reúnen durante una hora y media una vez a la semana, de octubre a junio. El grupo es abierto durante los dos primeros meses y luego se cierra, salvo para incluir excepcionalmente a algún nuevo participante con el acuerdo del grupo. Las sesiones de terapia están divididas en fases iniciales, intermedias y finales o de cierre.

Fases Iniciales. Comprenden dos o tres sesiones. Se inicia con la presentación de los participantes que explican el motivo de estar en el grupo, expectativas, qué pueden aportar y qué esperan que les aporte el grupo. Se cierra con un encuadre y el acuerdo de un contrato de trabajo. Durante estas sesiones se introduce información en forma de psicoeducación acerca de la neurobiología del dolor y la relación con las emociones, se habla de la “no curación” del dolor, del reconocimiento de que, en el momento actual, el dolor se ha convertido en una enfermedad en sí. Todas las sesiones se abren y se cierran con algún ejercicio de *mindfulness*.

Fases Intermedias. Se dedican a explorar el pensamiento, el diálogo interno, reconocer la autocrítica, la anticipación negativa, la catastrofización, el reconocimiento de anclas corporales o sensoriales de bienestar y a promover la conciencia

corporal de las emociones. Se incluye el trabajo con las relaciones significativas y la red de apoyo social, fomentando estilos de comunicación saludables tanto dentro del grupo como con con la familia. Se entrenan diferentes prácticas de Atención Plena, siguiendo como guía el programa MBSR. Se hacen prácticas de atención centrada en la respiración, escáner corporal, estiramientos de yoga, caminar consciente, comer con atención plena... y se invita a practicar en casa. Se entrega un CD con meditaciones guiadas por audio. En los últimos años se han incluido algunas prácticas de arteterapia, con atención plena.

Fases Finales o de Cierre. Se dedican a ello tres sesiones que se centran en el aprendizaje, la despedida, el mantenimiento autónomo de la práctica y el reconocimiento de las aportaciones del grupo a la mejoría. En las sesiones finales se dedica un tiempo a que cada paciente haga de terapeuta, poniendo en práctica alguna herramienta que le haya sido útil durante la intervención grupal. De esta manera se fomenta la participación activa, el compromiso y la colaboración, la generosidad hacia el resto del grupo y la relación igualitaria. También se dedica un tiempo para hacer una recapitulación de lo que ha aprendido en el grupo.

Conclusión

En la práctica clínica diaria con pacientes que sufren de dolor crónico es importante flexibilizar e integrar diferentes intervenciones, incluyendo siempre la conciencia de lo corporal en las mismas, aportando diferentes herramientas al paciente para mejorar su calidad de vida. La intención terapéutica se dirige al cambio de la relación con el dolor. Se hace especialmente importante incluir la aceptación y la relación compasiva como un elemento central a desarrollar desde el principio de nuestras intervenciones. Cuando trabajamos con dolor crónico, lo mismo que en otras enfermedades que implican cronicidad, es recomendable que las intervenciones incluyan sesiones de seguimiento o recordatorios de las prácticas para mantener la mejoría a largo plazo.

Referencias bibliográficas

- International Association for the Study of Pain (1979). Pain terms: a list with definitions and notes on usage. Recommended by the IASP Subcommittee on Taxonomy. *Pain*, 6(3), 249.
- Bailey, K. M., R. N. Carleton, et al. (2009). Treatments addressing pain-related fear and anxiety in patients with chronic musculoskeletal pain: a preliminary review. *Cognitive Behavioral Therapy*, 39(1), 46-63.
- Banth, S. and M. D. Ardebil (2015). Effectiveness of mindfulness meditation on pain and quality of life of patients with chronic low back pain. *International Journal of Yoga*, 8(2), 128-133.
- Burns, L. C., S. E. Ritvo, et al. (2015). Pain catastrophizing as a risk factor for chronic pain after total knee arthroplasty: a systematic review. *Journal of Pain Research*, 8, 21-32.
- Cavanagh, K., C. Strauss, et al. (2014). Can mindfulness and acceptance be learnt by self-help?: a systematic review and meta-analysis of mindfulness and acceptance-based self-help interventions. *Clinical Psychology Review*, 34(2), 118-129.
- Coderre, T. J., J. Katz, et al. (1993). Contribution of central neuroplasticity to pathological pain: review of clinical and experimental evidence. *Pain* 52(3), 259-285.

- Costigan, M., J. Scholz, et al. (2009). Neuropathic pain: a maladaptive response of the nervous system to damage. *Annual Review of Neuroscience*, 32, 1-32.
- Dale, R. and B. Stacey (2016). Multimodal Treatment of Chronic Pain. *Medical Clinics of North America*, 100(1), 55-64
- de Boer, M. J., H. E. Steinhagen, et al. (2014). Mindfulness, acceptance and catastrophizing in chronic pain. *PLoS One* 9(1), e87445.
- Esteve, R., A. E. López, et al. (1999). Evaluación de estrategias de afrontamiento al dolor crónico. *Revista de Psicología de la Salud*, 11, 77-102.
- Gard, T., B. K. Holzel, et al. (2012). Pain attenuation through mindfulness is associated with decreased cognitive control and increased sensory processing in the brain. *Cerebral Cortex*, 22(11), 2692-2702
- Gardner-Nix, J. (2009). *Mindfulness-based stress reduction for chronic pain management*. New York, Springer, Didona.
- Gardner-Nix, J., S. Backman, et al. (2008). Evaluating distance education of a mindfulness-based meditation programme for chronic pain management. *Journal of Telemedicine and Telecare*, 14(2), 88-92
- Hayes, S., K. Strosahl, et al. (1987;2014). *Terapia de Aceptación y compromiso*. Bilbao: Desclee De Brouwer.
- Holtzman, S. and R. T. Beggs (2013). Yoga for chronic low back pain: a meta-analysis of randomized controlled trials. *Pain Research & Management*, 18(5), 267-272.
- Kabat-Zinn, J. (1982). An outpatient program in behavioral medicine for chronic pain patients based on the practice of mindfulness meditation: theoretical considerations and preliminary results. *General Hospital Psychiatry*, 4(1), 33-47
- Kerr, C. E., M. D. Sacchet, et al. (2013). Mindfulness starts with the body: somatosensory attention and top-down modulation of cortical alpha rhythms in mindfulness meditation. *Frontiers in Human Neuroscience*, 7, 12
- Kim, W. and S. K. Kim (2016). Neural circuit remodeling and structural plasticity in the cortex during chronic pain. *Korean Journal of Physiology and Pharmacology*, 20(1), 1-8
- Krohne, K. and C. Ihlebaek Maintaining a balance: a focus group study on living and coping with chronic whiplash-associated disorder. *BMC Musculoskeletal Disord*, 11, 158.
- Kuner, R. (2010). Central mechanisms of pathological pain. *Nature Medicine*, 16(11), 1258-1266
- Lawrence, J. M., F. Hoeft, et al. (2011). Strategy-dependent dissociation of the neural correlates involved in pain modulation. *Anesthesiology* 115(4), 844-851.
- Lewis, G. N., D. A. Rice, et al. (2015). Predictors of persistent pain after total knee arthroplasty: a systematic review and meta-analysis. *British Journal of Anaesthesia*, 114(4), 551-561
- Liu, M. G. and J. Chen (2014). Preclinical research on pain comorbidity with affective disorders and cognitive deficits: Challenges and perspectives. *Progress in Neurobiology*, 116, 13-32
- Lu, H. C., J. C. Hsieh, et al. (2010). Neuronal correlates in the modulation of placebo analgesia in experimentally-induced esophageal pain: a 3T-fMRI study. *Pain* 148(1), 75-83.
- Luciano, J. V., N. Martinez, et al. (2011). Effectiveness of a psychoeducational treatment program implemented in general practice for fibromyalgia patients: a randomized controlled trial. *The Clinical Journal of Pain*, 27(5), 383-391
- McCracken, L. M. and E. Keogh (2009). Acceptance, mindfulness, and values-based action may counteract fear and avoidance of emotions in chronic pain: an analysis of anxiety sensitivity. *The Journal of Pain*, 10(4), 408-415
- McCracken, L. M. and K. E. Vowles (2006). Acceptance of chronic pain. *Current Pain and Headache Reports* 10(2), 90-94.
- Palao, A. (2014). Intervenciones Grupales Psicoterapéuticas en Dolor Crónico. *Arteterapia. V Manejo del dolor musculoesquelético.*, Fundación Grüenthal: 65-74.
- Pascual-Leone, A., A. Amedi, et al. (2005). The plastic human brain cortex. *Annual Review of Neuroscience* 28, 377-401.
- Patil, N. J., R. Nagarathna, et al. (2015). Designing, validation, and feasibility of integrated yoga therapy module for chronic low back pain. *International Journal of Yoga*, (2), 103-108.
- Pérez, M. A., y Botella, L. (2006). Conciencia plena (mindfulness) y psicoterapia: Concepto, evaluación y aplicaciones clínicas. *Revista de Psicoterapia*, 66/67, 77-120. <http://revistadepsicoterapia.com/conciencia-plena-mindfulness-y-psicoterapia-concepto-evaluacion-y-aplicaciones-clinicas.html>
- Pérez Álvarez, M. (2008). Las terapias de conducta de tercera generación como modelo contextual de psicoterapia. *Formación Continuada a Distancia. Consejo General de Colegios Oficiales de Psicólogos.*
- Phillips, M. (2007). *Reversing chronic pain*. Berkeley, California, North Atlantic Books.

- Price, D. D. (2002). Central neural mechanisms that interrelate sensory and affective dimensions of pain. *Molecular Interventions*, 2(6), 392-403.
- Rodríguez Vega, B. y Palao Tarrero, A. (2012). Atención plena en el tratamiento del dolor crónico y el trauma en *Mindfulness en la práctica clínica*. Bilbao: Desclée de Brouwer.
- Rodríguez Vega, B. y Palao Tarrero, A. (2008). Convivir con el dolor. Afrontar el dolor crónico. *JANO*, 1, 6-10.
- Saab, C. Y. (2012). Pain-related changes in the brain: diagnostic and therapeutic potentials. *Trends in Neurosciences*, 35(10), 629-637.
- Samwel, H. J., A. W. Evers, et al. (2006). The role of helplessness, fear of pain, and passive pain-coping in chronic pain patients. *The Clinical Journal of Pain*, 22(3), 245-251.
- Seifert, F. and C. Maihofner (2009). Central mechanisms of experimental and chronic neuropathic pain: findings from functional imaging studies. *Cellular and Molecular Life Sciences*, 66(3), 375-390.
- Severeijns, R., J. W. Vlaeyen, et al. (2001). Pain catastrophizing predicts pain intensity, disability, and psychological distress independent of the level of physical impairment. *The Clinical Journal of Pain*, 17(2): 165-172.
- Stahl, B. and E. Goldstein (2010). *A Mindfulness-Based Stress Reduction Workbook*. Oakland, CA: New Harbinger Publications
- Sturgeon, J. A. (2014). Psychological therapies for the management of chronic pain. *Journal of Psychology Research and Behavior Management*, 7, 115-124.
- Sullivan, M. J., B. Thorn, et al. (2001). Theoretical perspectives on the relation between catastrophizing and pain. *The Clinical Journal of Pain*, 17(1), 52-64.
- Veehof, M. M., H. R. Trompetter, et al. (2016). Acceptance- and mindfulness-based interventions for the treatment of chronic pain: a meta-analytic review. *Cognitive behavioral therapy*, 1-27.
- Vidyamala, B. (2015). *Vivir con el dolor y la enfermedad*. Barcelona: Kairós.
- Villemure, C., M. Ceko, et al. (2014). Insular cortex mediates increased pain tolerance in yoga practitioners. *Cerebral Cortex*, 24(10): 2732-2740.
- Wager, T. D., L. Y. Atlas, et al. (2011). Predicting individual differences in placebo analgesia: contributions of brain activity during anticipation and pain experience. *The Journal of Neuroscience*, 31(2), 439-452.
- Wiech, K., M. Farias, et al. (2008). An fMRI study measuring analgesia enhanced by religion as a belief system. *Pain* 139(2), 467-476.
- Wilson, K.G., y Luciano, M. C. (2002). *Terapia de aceptación y compromiso. Un tratamiento conductual orientado a los valores*. Madrid: Pirámide.
- Woolf, C. J. and M. W. Salter (2000). Neuronal plasticity: increasing the gain in pain. *The Journal of Neuroscience*, 28(5472), 1765-1769.