

MÁSTER EN RELAJACIÓN, MEDITACIÓN Y MINDFULNESS

INSTITUT DE CIÈNCIES DE L'EDUCACIÓ
UNIVERSITAT DE BARCELONA
(ICE-UB)

2º curso

Bienio 17/18

TFM-PRACTICUM

Módulo 10

*Evaluación cualitativa de un programa de
Relajación, Meditación y Mindfulness para gestión de la
percepción del dolor y del sufrimiento.*

Alumna: BERTA SORIA CUBERO
bsoriacu@gmail.com

Tutora: DRA. MAR ARIZA

Evaluación cualitativa de un programa de Relajación, Meditación y Mindfulness para gestión de la percepción del dolor y del sufrimiento.

Resumen

El dolor es una experiencia sensorial y emocional compleja que varía ampliamente entre las personas según el contexto, el significado del dolor y el estado psicológico de la persona. Los métodos o tradiciones de relajación, meditación y mindfulness hacen uso de las habilidades psicocorporales básicas de atención, respiración, relajación, visualización, voz y habla, consciencia sensorial, postura, movimiento, y consciencia de energía, el entreno de las cuales desarrolla habilidades meditativas especiales de *flow*, centramiento, silencio mental, conciencia corporal y mindfulness. Estudios con dolor agudo y crónico demuestran que la meditación consciente aumenta la tolerancia al dolor. Y la neuroimagen muestra que los meditadores reducen la actividad en áreas cognitivas y emocionales cuando se les aplica un estímulo doloroso. En nuestro sistema de salud no existen programas que integren las habilidades Remind para el control del dolor y el alivio del sufrimiento. Nuestro objetivo fue desarrollar un programa de relajación, meditación y mindfulness para el control del dolor. A través de la Investigación Basada en la Práctica (IBP), se realizó un primer ciclo de una Investigación-Acción (IA) para diseñar el programa en el que se entrenaron las nueve habilidades Remind básicas en 6 participantes con dolor subagudo. Los resultados de las escalas EVA, MAAS y MAIA se usaron para complementar el estudio cualitativo de una sola participante, con técnicas observacionales propias de la Investigación Cualitativa (IC), como el diario de campo y la entrevista semiestructurada. El análisis cualitativo muestra que el programa ha favorecido que la participante iniciara un cambio de modo de vida (del modo hacer, automático, al modo ser) a través de la apertura de conciencia hacia sus emociones, pensamientos y sensaciones, lo cual le facilita una percepción del dolor más ligera.

Palabras clave: mindfulness, dolor, sufrimiento, hospitalización, rehabilitación.

Abstract

Pain is a complex sensory and emotional experience that changes with people depending on the context, the meaning of the pain and the psychological state of the individual. The methods and techniques of relaxation, meditation and mindfulness use the basic psycho-corporal skills of attention, breathing, relaxation, visualization, voice and speech, sensory awareness, posture, movement and consciousness of energy, which training develops special meditative skills of flow, mental silence, centring, body awareness and mindfulness. Studies with acute and chronic pain show that meditation increases tolerance to pain. Neuroimaging studies show that meditators reduce activity in cognitive and emotional areas when a painful stimulus is applied. In our health system there are no programs that integrate Remind skills for the control of pain and the alleviation of suffering. Our goal is to develop a relaxation, meditation and attention program for controlling pain. Through the Practice-Based Research, a first cycle of an Action Research was conducted to design the program in which the nine basic Remind skills were trained in 6 participants with subacute pain. The results of the EVA, MAAS and MAIA scales are used to complement the qualitative study of a single participant, with observational techniques characteristic of Qualitative Research (QI), such as the field diary and the semi-structured interview. The qualitative analysis of the participant shows the benefit of the help for the change of way of life, through an opening of conscience towards the emotions, thoughts and sensations, that facilitates a perception of lighter pain.

Key words: mindfulness, pain, suffering, hospitalization, rehabilitation.

Introducción

El dolor es una experiencia sensorial o emocional desagradable asociada a un daño real o potencial en un tejido, o descrito en términos de dicho daño (International Association for the Study of Pain, 1994). Se suele clasificar en función de la duración en dolor agudo o crónico. El dolor agudo es el padecido por una lesión o enfermedad, y remite si se puede tratar la causa. El dolor crónico es el que dura al menos 3-6 meses, o que persiste más allá del tiempo esperado para la cicatrización de los tejidos o la resolución de la enfermedad subyacente. Se desencadena ante la persistencia de la lesión o enfermedad, y por el sufrimiento originado por la reacción de la mente ante situaciones pasadas y futuras, en las cuales encuentra motivos para prevenirse y defenderse de dolores semejantes. La mente no halla soluciones y se desborda, entrando en una espiral de aumento de dolor, creando “surcos de especialización para sentir el dolor” en el cerebro (Baliki et al., 2014).

El dolor crónico es una experiencia sensorial y emocional compleja que varía ampliamente entre las personas según el contexto y el significado del dolor y el estado psicológico de la persona (Bushnell MC, Ceko M, Low LA. 2013). Los factores cognitivos y emocionales tienen una influencia críticamente importante en la percepción del dolor, y estas relaciones radican en la conectividad de las regiones cerebrales que controlan la percepción, la atención o la expectativa del dolor y los estados emocionales. Los estudios de neuroimagen han confirmado que la actividad de las vías de dolor aferentes y descendentes se ve alterada por el estado de atención, las emociones positivas y las emociones negativas, entre muchos otros factores no relacionados con el estímulo del dolor en sí. La fisiología de la amplificación del dolor central a nivel del cerebro tiene en cuenta estas conexiones importantes. En la actualidad existen numerosos estudios que demuestran que los pacientes con dolor crónico tienen alteraciones en las regiones cerebrales implicadas en la modulación cognitiva y emocional del dolor (Bushnell MC, Ceko M, Low LA. 2013). Esta compleja interacción puede explicar por qué los pacientes con dolor crónico a largo plazo desarrollan ansiedad y depresión, pero también por qué aquellos con distorsión cognitiva y angustia psicológica tienen un mayor riesgo de dolor crónico y amplificación central del dolor.

Desde el paradigma de la investigación cualitativa (IC), emergente en la investigación sanitaria, se han realizado varios estudios que intentan dar al conocimiento sobre el dolor crónico, mayor validez ecológica. En una revisión sistemática de trabajos de IC que exploró el impacto del dolor crónico en la vida de las personas, la experiencia de dolor se informó principalmente como persistente, disruptiva y angustiada, y como causa de la pérdida de un estilo de vida anterior y cambios en la personalidad. Se atribuyó la pérdida de un yo valioso a un aumento gradual de las limitaciones funcionales, acompañado de sentimientos de autodesprecio, frustración, enojo, negatividad hacia los demás, autodenigración e incluso depresión. El desánimo, la vergüenza, la impotencia, el aislamiento social y las percepciones de baja autoestima

se relacionaron específicamente con el deterioro de los roles sociales, familiares y laborales (Snelgrove, S., & Lioffi, C., 2013).

Los métodos o tradiciones de relajación, meditación y *mindfulness* hacen uso de las habilidades psicocorporales básicas de atención, respiración, relajación, visualización, voz y habla, consciencia sensorial, postura, movimiento, y consciencia de energía, el entreno de las cuales desarrolla habilidades meditativas especiales de *flow*, centramiento, silencio mental, conciencia corporal y *mindfulness* (López-González, 2012). En Remind, el entreno de estas habilidades se conjuga con la interiorización y aplicación de actitudes básicas propias de la tradición budista meditativa de *mindfulness*: no juzgar, aceptar, amabilidad, dejar ser, soltar, dejar pasar, no apegarse, no resistirse, no identificarse, no hacer, no forzar, no luchar, no controlar, tomar como es, sentir, observar, contemplar, testimoniar, ser, estar, ecuanimidad, neutralidad, mente de principiante, apertura, curiosidad, no tratar de cambiar nada, no tratar de justificar nada, no tratar de demostrar nada, gratitud... Siendo la actitud de aceptación amable y sin juicio de las sensaciones en el presente, ya sean agradables o desagradables, la que guía el trabajo meditativo sobre el dolor.

La meditación es una forma de entrenamiento mental que mejora las capacidades psicológicas centrales de un individuo, como la autorregulación atencional y emocional. Diferentes estilos y formas de meditación se encuentran en casi todas las culturas y religiones. Aunque *mindfulness* proviene originalmente de las tradiciones de meditación budista (Hart, W., 1987), desde la década de 1990 se ha aplicado a diferentes enfermedades, y ha recibido mucha atención en la investigación psicológica (Baer, R. A., 2003, Grossman, P., 2011). En los contextos clínicos y de investigación actuales, se describe *mindfulness* como la atención sin prejuicios a las experiencias en el momento presente (Kabat-Zinn, J., 1990). Algunos de los programas estandarizados que aplican estas técnicas son *Mindfulness Based Stress Reduction (MBSR)* de Jon Kabat-Zinn (Kabat-Zinn, 1982; Santorelli, Meleo-Meyer, & Koerbel, 2017), el *Mindfulness Based Cognitive Therapy (MBCT)* (Veehof, Trompetter, Bohlmeijer, & Schreurs, 2016), la *Terapia de Aceptación y Compromiso (ACT)*, el *Mindfulness Based Pain Management (MBPM)* (Brown & Jones, 2013) y el programa de *Breathworks Respiravida* (www.respiravida-breathworks.net), de Vydyamala Burch y Danny Penman (Cusens, Duggan, Thorne, & Burch, 2010).

Se han descrito mejoras en indicadores de salud clínicamente relevantes y en aspectos cognitivos asociados a la práctica de la meditación. En estudios con pacientes se ha observado que el entrenamiento en *mindfulness* reduce la ansiedad autoinformada (Goldin PR, Gross JJ., 2010; Miller JJ, Fletcher K, Kabat-Zinn J., 1995; Zeidan F, et al., 2014), mejora los niveles de depresión (Barnhofer T, et al. 2009; Farb NA, et al. 2010; Paul NA, et al., 2013), reduce el estrés (Taren AA, et al., 2015; Creswell JD, et al., 2012; Creswell JD, et al., 2014; Goyal M, et al., 2014), y tiene efectos positivos sobre la cognición (Allen M, et al., 2012; Brown KW, Ryan RM., 2003; Garland E. L., et al., 2011; Schofield TP, Creswell JD, Denson TF., 2015; Taylor VA, et al., 2011; Vago DR,

Silbersweig DA. 2012; Zeidan F, et al., 2010). Se cree que los beneficios para la salud relacionados con el mindfulness están asociados con mejoras en los mecanismos que subyacen al control cognitivo, a la regulación de las emociones (Farb NA, Anderson AK, Segal ZV., 2012), al estado de ánimo positivo y a la aceptación (Zeidan F., 2015).

Así mismo, la meditación consciente aumenta la tolerancia al dolor, como se demuestra en estudios con dolor agudo (Garland et al., 2017; Grant JA, Courtemanche J, Rainville P., 2011; Zeidan F, Emerson NM, Farris SR, Ray JN, Jung Y, McHaffie JG, Coghill RC., 2015) y con dolor crónico (Morone NE, et al., 2016; Garland EL, et al., 2014; Garland EL, Howard MO., 2013; Ussher M, et al., 2014; Cho S, et al. 2010; Rosenzweig S, et al. 2010; McCracken LM, Velleman SC. 2010; Kabat-Zinn, J., 1982; Kabat Zinn, J., 1986; Kingston, J., 2007; Merkes M., 2010; Rosenzweig S, Greeson JM, Reibel DK, Green JS, Jaser SA, Beasley D., 2010; MacCoon DG. et al., 2012). Una sola sesión de 15 min de entrenamiento de mindfulness en el entorno hospitalario puede dar como resultado una reducción inmediata de la intensidad del dolor agudo. Aún con una reducción modesta, aproximadamente un tercio de los pacientes lograron al menos una reducción del 30% en la intensidad del dolor: un nivel clínicamente significativo de alivio comparable con 10 mg de morfina vía oral (Garland et al., 2017).

Además, las técnicas de neuroimagen han permitido identificar los mecanismos neurales específicos que apoyan la analgesia basada en la meditación consciente (Zeidan F, Emerson NM, Farris SR, Ray JN, Jung Y, McHaffie JG, Coghill RC. 2015; Zeidan F, Martucci KT, Kraft RA, McHaffie JG, Coghill RC., 2014; Zeidan F, Adler-Neal AL, Wells RE, Stagnaro E, May LM, Eisenach JC, McHaffie JG, Coghill RC. 2016). Grant et al. (2017), en un estudio de paradigma de dolor termal y neuroimagen, mostraron que los practicantes de Zen, en comparación con los controles, reducían la actividad en áreas ejecutivas, evaluativas y emocionales durante la aplicación del estímulo doloroso (córtex prefrontal, amígdala, hipocampo). Además, los meditadores expertos activaban más intensamente las regiones primarias de procesamiento del dolor (corteza cingulada anterior, tálamo, ínsula), lo que indica que su atención estaba dirigida hacia el estímulo doloroso (Grant JA, Courtemanche J, Rainville P., 2011).

Las intervenciones basadas en mindfulness no tienen como finalidad cambiar la experiencia *per se*, sino cambiar cómo los individuos responden a esa experiencia (Marikar Bawa et al., 2015). En el contexto del dolor crónico, la flexibilidad psicológica significa que las sensaciones dolorosas, los sentimientos y los pensamientos son aceptados, que la atención está puesta sobre las oportunidades en el presente, y no en la rumiación sobre las pérdidas del pasado o en prever catástrofes futuras, y que el comportamiento no se centra en controlar el dolor. Los individuos con dolor responden bastante bien a la aceptación –a través de intervenciones basadas en mindfulness- y sus efectos beneficiosos son retenidos después del tratamiento. La ACT parece ser más efectiva en tratamientos para depresión y ansiedad en individuos con dolor, que los tratamientos basados en mindfulness (para una revisión, ver Veerhof et al. 2016). En el estudio de Cusens et al. (2010), para la evaluación del Breathworks Mindfulness Based

Pain Management, se ponen de manifiesto grandes efectos sobre la aceptación del dolor. Estos resultados sostienen la eficacia a corto plazo del programa y refuerza la importancia de la aceptación para los resultados positivos en pacientes con dolor crónico, mejorando su tolerancia.

En lo que respecta al dolor agudo y subagudo, el manejo efectivo del dolor en hospitalización queda comprometido por cierto número de barreras como la impotencia percibida por el paciente, la falta de educación en intervenciones no farmacológicas, y un significativo retraso en la administración de analgesia. El dolor agudo mal manejado puede llevar al incremento de los costes de la hospitalización, a reducir la satisfacción del paciente y al riesgo de persistencia del dolor, es decir, al dolor crónico. Los factores psicológicos incluyen cognición mal adaptada (dolor catastrófico, miedo al dolor, etc.) y emociones negativas, que pueden exacerbar la percepción del dolor vía circuitos cerebrales límbicos, proporcionando bases para la eficacia potencial de intervenciones psicosociales dirigidas al dolor agudo, aunque las limitaciones logísticas supongan un reto para la integración entre servicios médicos y psicológicos en hospitalización (Garland et al., 2017).

El objetivo del presente trabajo ha sido diseñar y desarrollar un programa de técnicas de relajación y mindfulness para mejorar la gestión de la percepción del dolor y el sufrimiento durante la hospitalización en unidades socio-sanitarias y/o el tratamiento de rehabilitación ambulatoria de pacientes con dolor. Hasta donde nosotros sabemos, no existe ningún programa dentro del sistema sanitario estatal que integre las habilidades Remind para el tratamiento del dolor. Tratar con el sufrimiento de los pacientes, tenerlo en cuenta dentro de estas unidades y servicios médicos a través de un programa adecuado y complementario a los demás tratamientos, puede ayudar tanto a gestionar la percepción del dolor, como a una más pronta recuperación.

Método

Se planteó un diseño cuasi experimental para evaluar el impacto de la aplicación de un programa de habilidades Remind sobre la percepción del dolor y el sufrimiento de un grupo de pacientes con dolor subagudo. Se obtuvieron datos de instrumentos que miden dolor, conciencia interoceptiva y nivel de mindfulness, así como calidad de vida. A posteriori, dado que el número de participantes obtenido no permitía el análisis cuantitativo, se decidió aprovechar la información para un análisis cualitativo. Por ello se realizó una entrevista individual semiestructurada, orientada al entendimiento profundo de habilidades Remind en relación con el dolor y el sufrimiento, a una participante del programa.

Participantes

Dirigido a pacientes de las unidades de hospitalización socio-sanitarias y usuarios del servicio de Rehabilitación ambulatoria de la Fundación Universitaria Althaia, Manresa, Catalunya central, que cumplían criterios de inclusión y exclusión:

- Criterios de inclusión: Mayoría de edad, convalecencia o tratamiento por episodio subagudo con clínica de dolor.
- Criterios de exclusión: Patología psiquiátrica, deterioro cognitivo o demencia, hipoacusia.

Reclutamiento

Se propone la participación a 26 pacientes:

-7 ingresados en la Unidad de Hospitalización socio-sanitaria, de los que aceptan 6: 3 ingresados en Larga Estancia (2 con amputaciones de extremidad inferior y 1 con brote de poliomielitis y cura de llagas), y 3 ingresados en Convalecencia (1 prótesis de cadera y 2 prótesis de rodilla).

-19 usuarios del servicio ambulatorio de Rehabilitación, de los que aceptan 7: 5 con dolor por patología de espalda, 1 con dolor por patología de rodilla y 1 con dolor por patología de tendón de Aquiles).

En total, se consiguen 13 participantes, 2 hombres y 11 mujeres, con edades entre 54 y 77 años. Tres con un nivel de estudios secundarios, nueve con estudios primarios, y uno no lo expresa (tabla 1).

Mortandad

-Por participación nula o muy baja (2 de los participantes ni siquiera empiezan y 2 más sólo atienden a una y a tres sesiones respectivamente).

-Por abandono hacia la mitad del programa (2 participantes reciben el alta hospitalaria tras la cuarta y quinta sesión respectivamente y a pesar de querer seguir, su dependencia por su movilidad reducida no se lo permite, y 1 participante más, tras la cuarta sesión, abandona sin dar motivo).

La mortandad total es de 7 participantes.

Muestra final

Son 6 los participantes que cumplen un mínimo de 6 sesiones. Una participante atiende a las 10 sesiones. Dos a 9 sesiones. Una a 8 sesiones. Una a 7 sesiones. Y otra a 6 sesiones. Los 6 realizan la entrega del global de los cuestionarios pre y post intervención, aunque no todos asistieron a las últimas sesiones. De los 6 participantes se excluye a una de ellas por no rellenar los cuestionarios correctamente, sospechando deterioro cognitivo. Por tanto, la muestra final que se puede analizar es de 5 participantes. Asisten sólo tres participantes a la última sesión.

Todos los participantes firmaron el consentimiento informado y el estudio fue aprobado por el Comité de Ética del hospital con el código **CEI 18/17**.

Tabla 1: características demográficas y clínicas de los participantes

N	Edad	Sexo	Estudios	Vive solo/a	Unidad hospitalaria	Motivo de tratamiento	Enfermedades de base	Asistencia*	EVA pre	EVA post	Entrega pre-post MAIA, MAAS Y SF12
EG40	77	F	P	Sí	C	Prótesis rodilla	Deterioro cognitivo (se detecta durante intervención)	9	7	0	Sí
IM57	60	F	S	No	R	Dolor espalda	Fibromialgia	8	8	3	Sí
JD45	72	M	P	Sí	C	Prótesis rodilla	-	9	2	2	Sí
MJ46	71	F	P	No	LE	Amputación pierna	Diabetes	5	8	5	No
PJ56	62	F	S	Sí	C	Prótesis cadera	Obesidad	4	5	0	No
PR43	74	F	P	No	R	Patología rodilla	-	7	7	3	Sí
RF53	64	F	P	No	LE	Brote poliomieltitis, cura de llagas.	Depresión crónica, parálisis facial (post ictus)	10	4	4	Sí
RM64	54	M	P	Sí	LE	Amputación pierna	Tabaquismo	4	4	-	No
PR41	77	F	S	Sí	R	Dolor espalda	-	6	8	0	Sí
XX01	64	F	-	-	R	Dolor espalda	Ansiedad	3	8	-	No
XX02	56	F	P	No	R	Dolor espalda	-	1	7	-	No
XX03	56	F	P	No	R	Tendón Aquiles	Tabaquismo	0	-	-	No
XX04	67	F	P	No	R	Dolor espalda	-	0	-	-	No

M=masculino; F=femenino; P=primarios; S=secundarios; C=convalecencia; LE=larga estancia; R=rehabilitación

*sobre 10 sesiones

Medidas e instrumentos**Cualitativos¹:**

Observación sistemática mediante técnicas de registro escritas, contraste de datos con el resto del equipo (triangulación de la información) para constatar cambios, y con los mismos participantes (feedback), preguntas abiertas de los formularios individuales/sesión, diario de campo, entrevista semiestructurada a participante RF53 con grabación de audio.

Cuantitativos²:

Antes y después de cada sesión se administra la Escala Visual Analógica (EVA) de intensidad de dolor. Ésta permite medir la intensidad del dolor que describe el paciente con la máxima reproducibilidad entre los observadores. Consiste en una línea horizontal de 10 centímetros, en cuyos extremos se encuentran las expresiones extremas de un síntoma. En el izquierdo se ubica la ausencia o menor intensidad y en el derecho la mayor intensidad. Se pide al paciente que marque en la línea el punto que indique la intensidad y se mide con una regla milimetrada. La intensidad se expresa en centímetros o milímetros.

Pre y post intervención se administran las escalas:

1) Multidimensional Assessment of Interoceptive Awareness (MAIA) (Mehling WE, Price C, Daubenmier JJ, Acree M, Bartmess E, Stewart A., 2012) para medir la consciencia interoceptiva. El MAIA es un cuestionario autoinformado de 32 ítems, que mide la consciencia interoceptiva a través de ocho dimensiones: Notando ("Noto donde en mi cuerpo me siento cómodo"), Sin distracción ("Me distraigo a mí mismo de las sensaciones de incomodidad"), No preocupante ("Cuando siento dolor físico me enfado"), Regulación de la atención ("Puedo devolver la consciencia a mi cuerpo si estoy distraído"), Consciencia emocional ("Noto cómo mi cuerpo cambia cuando estoy enojado"), Autorregulación ("Puedo usar mi respiración para reducir la tensión"), Escuchar el cuerpo ("Escucho mi cuerpo para informarme sobre qué hacer"), y Confianza ("Confío en mis sensaciones corporales"). Cada pregunta se responde en una escala tipo Likert que va de 0 (nunca) a 5 (siempre), y cada escala se califica calculando el promedio. Las puntuaciones más altas en cada escala indican un mayor nivel de consciencia del cuerpo.

2) Mindfulness Attention Awareness Scale (MAAS) (Brown, K.W. & Ryan, R.M., 2003) para medir la atención y consciencia plena. El MAAS es un instrumento de 15 elementos, de un solo factor, medido en una escala de Likert (1 = casi siempre, 2 = muy frecuentemente, 3 = algo frecuente, 4 = algo infrecuente, 5 = muy infrecuentemente, y 6

¹ La tabla con las respuestas cualitativas de los formularios individuales/sesión de todos los participantes, la narración con la extracción de coincidencias entre el relato del diario de campo, las respuestas mejoradas del post de cada cuestionario o escala, y la entrevista transcrita a la participante puede encontrarse registrado en la memoria de la práctica.

² Las tablas con los resultados cuantitativos pre-post de los cuestionarios y escala MAIA, MAAS y EVA de todos los participantes pueden encontrarse registrados en la memoria de la práctica.

= casi nunca). Esta medida utiliza un marco cognitivo para conceptualizar la atención plena, y la describe como una atención abierta y receptiva, y una conciencia de los eventos y experiencias presentes. El MAAS también está diseñado para medir la capacidad de atención plena innata, así como la capacidad de un individuo para mantener los altos niveles de conciencia necesarios para la práctica consciente. Los ítems se suman para calcular un puntaje final, donde los puntajes más altos indican una mayor atención.

3) Cuestionario SF-12 para medir el estado general de salud, forma abreviada del SF-36 (Ware JE, Kosinski M, Keller SD., 1996). Se decide no analizar los datos obtenidos mediante el algoritmo necesario de este cuestionario y extraer tan sólo las respuestas del bloque de “Bienestar emocional y dolor” para un análisis cualitativo.

Procedimiento

La intervención ha constado de diez sesiones, dos por semana, de dos horas de duración cada una, impartida en el Centre Hospitalari de la Fundació Althaia en Manresa, del 5 de mayo al 5 de junio de 2018, de las 16h a las 18h. Su diseño, desarrollo y metodología se ha basado en la de los programas validados TREVA (López-González, 2016) y Respiravida-Breathworks (Cusens et al., 2010):

-La didáctica ha sido de tipo vivencial e inductivo, y se ha centrado en el trabajo de las habilidades o competencias Remind (López-González, 2012): atención, respiración, relajación, eutonía, postura, movimiento, voz, habla, visualización, consciencia sensorial, consciencia de energía y mindfulness, así como en la interiorización de las actitudes propias del mindfulness, siendo la actitud de aceptación amable y sin juicio de las sensaciones en el presente (Burch, V., Penman, D., 2016), junto con la atención (observación y autoobservación) como habilidad Remind básica (López-González, 2012), la guía del trabajo meditativo respecto al dolor en esta intervención. Se han tenido también en cuenta las consignas y recomendaciones del programa de Respiravida-Breathworks sobre el manejo del dolor basado en mindfulness (Burch, V., Penman, D., 2016).

-La metodología de la investigación se ha basado en la práctica (IBP) y se ha llevado a cabo mediante Investigación Acción (IA) plasmada en un único ciclo de seis fases: observación de la realidad (coexiste el sufrimiento y el dolor en el ámbito sociosanitario), idea general (se puede intervenir sobre la percepción del dolor y sufrimiento con métodos Remind), planificación del programa (pre-proyecto y proyecto), realización del programa (intervención), presentación y análisis de resultados (memoria del proyecto y TFM), y conclusiones (memoria del proyecto y TFM).

Aunque hubiera sido lo deseable, no ha cabido plantear el seguimiento ni la repetición del ciclo de las seis fases.

El objetivo específico del programa ha sido observar el cambio en la gestión de la percepción del dolor y del sufrimiento tras la aplicación de cada sesión y del programa.

Análisis de datos

El análisis cuantitativo se ha realizado con el programa IBM SPSS 21. Las variables seguían una distribución normal y se calcularon las medidas de tendencia central y de dispersión para determinar las características de la muestra. La simetría de los valores encontrados en las variables permitió utilizar la prueba t de Student para muestras relacionadas. El reducido número de participantes permitió realizar únicamente estadística descriptiva y contraste de hipótesis limitada a mostrar si la intervención fue efectiva exclusivamente para el grupo de participantes, pero sin extrapolar a la población en general. Sin embargo, debido a que el bajo número de participantes no permitía extraer conclusiones del análisis cuantitativo, se decidió llevar a cabo todo el análisis de los datos mediante análisis cualitativo.

El análisis cualitativo de los datos se ha hecho siguiendo la metodología característica de la investigación cualitativa (IC) (Amezcuca & Gálvez Toro, 2002; Rodríguez, 2003; Calderón Gómez, C., Fernández de Sanmamed Santos, M.^a J., 2003). La realización del análisis va en paralelo con la interpretación de los resultados; dentro de lo posible, ha existido una relación sincrónica, de retroalimentación y creación explicativa entre ellas (la relación entre los datos y su análisis e interpretación es de tipo “dialógico”). La interpretación de los datos ha tenido 5 fases: la descripción, la organización de los datos, la conexión, la corroboración/legitimación y la representación. De acuerdo con Cáceres (2003) el análisis de contenido permite identificar categorías, cuya codificación minimiza las interpretaciones no adecuadas y se maximiza el análisis con alta validez.

El estudio cualitativo se hizo con los datos de la participante que personificó mejor el objetivo específico del programa, al proporcionar, para ejemplificarlo, más datos de carácter observacional que el resto de los participantes, siendo la única que asistió a todas las sesiones y que entregó más cantidad de formularios con anotaciones que el resto. Aun no siendo sus datos, en general, de más calidad, la cantidad, con diferencia, pesó en su elección. Se decide además complementar sus datos realizando, 10 días después de la intervención, una entrevista semiestructurada presencial, en el hospital, a esta participante. Se trata de una mujer de 65 años con dolor crónico, y con afectación del estado de ánimo de larga evolución. Tiene estudios primarios, está divorciada, y es madre de tres hijos y tiene dos nietos. Reside en Manresa y convive con el hijo pequeño. Sus principales motivos de sufrimiento, según se recoge en la entrevista de inscripción, son su dependencia económica, estar reñida con el hijo mayor que no le habla hace tiempo, y el malestar causado por el brote de poliomielitis por el que ha sido operada e ingresada en socio-sanitaria (Larga Estancia), impidiéndole apoyar el pie durante meses, cursando con dolor y necesitando analgesia, pero no de rescate. Patologías de base: depresión crónica y secuela de parálisis facial post ictus. El análisis realizado ha tenido en cuenta todos los datos recogidos de la participante RF53:

-Cualitativo:

- Entrevista semiestructurada de una hora de duración realizada 10 días después de finalizar el programa. Para su análisis se han seguido las premisas de Fernández, L. (2006). Se realiza la transcripción textual, la reducción de datos obtenidos (identificación y clasificación de elementos, síntesis y agrupamiento y separación de unidades) y su disposición y transformación para la obtención de resultados y verificación de conclusiones.
- Comentarios del equipo multidisciplinar que atendió a la participante durante su hospitalización.
- Hojas del formulario individual/sesión de la participante con preguntas abiertas sobre la práctica.
- Diario de campo: observaciones y comentarios en los que se ve implicada esta participante.
- Respuestas mejoradas en el post del bloque “Bienestar emocional y dolor” del cuestionario SF-12 entregado por la participante antes y después del programa.

-Cuantitativo:

- Escalas y cuestionarios (EVA, MAAS, MAIA) entregados por la participante antes, durante y después del programa.

Resultados

En la tabla 2 se pueden ver las diferencias entre los resultados de antes y después de la intervención en los tres instrumentos, la EVA, la MAAS y la MAIA para cada una de sus 8 dimensiones. Como se puede ver, se observan diferencias entre antes y después del tratamiento en la EVA, pero no en las otras dos escalas.

Tabla 2: resultados pre y post de las EVA, la MAIA y la MAAS

	PRE	POST	t	gl	p
	Media (SD)	Media (SD)			
EVA ¹	6.12 (2.23)	2.12 (1.95)	3.86	7	0.006
MAAS	4.50 (1.05)	4.24 (0.74)	0.68	4	0.53
MAIA					
<i>Percibe</i>	3.60 (0.88)	3.47 (0.52)	0.28	4	0.79
<i>No distrae</i>	1.85 (1.24)	1.72 (0.56)	0.22	4	0.83
<i>No inquieta</i>	1.87 (0.56)	1.92 (0.37)	-0.37	4	0.73

<i>Regulación atención</i>	2.90 (0.75)	2.87 (0.89)	0.07	4	0.94
<i>Conciencia</i>					
<i>corporal</i>	3.90 (0.41)	3.55 (1.05)	0.61	4	0.58
<i>Autorregulación</i>	2.65 (1.17)	3.35 (0.57)	-1.00	4	0.38
<i>Escuchar al cuerpo</i>	2.15 (1.44)	2.55 (0.50)	-0.60	4	0.59
<i>Autoconfianza</i>	2.65 (1.10)	3.37 (0.28)	-0.63	4	0.20
TOTAL	4.36 (0.87)	4.24 (0.78)	0.36	4	0.76

¹la comparación se ha realizado entre el primer EVA y el último EVA obtenido (el post de la última sesión)

Del análisis cualitativo de los datos de la participante RF53, salieron tres categorías, según el marco teórico:

- 1) Gestión del dolor
- 2) Gestión emocional y del sufrimiento
- 3) Uso de Habilidades Remind: respiración, atención, relajación, postura, movimiento, visualización, voz y habla, conciencia de energía, conciencia sensorial.

1) Gestión del dolor

A través del trabajo con las habilidades atencionales y las actitudes trabajadas, percibe su dolor de una nueva manera, se centra más en él y en su autocuidado, lo cual revela sensaciones positivas, de las que deja constancia varias veces en la entrevista (“[antes] *pensaba en el dolor, pero pensaba en otras cosas* [que la hacían sufrir]. *No me centraba en él*”). En el diario de campo se puede leer hacia la mitad del programa que la participante, que dice estar mejorando mucho, lleva nueva férula (bota ortopédica) que está soportando cada vez mejor. Se constata con el resto del equipo, que a pesar de su tendencia a la negatividad, se le ve más sonriente, comenta su satisfacción, y dice no darle tanta importancia a su dolor (desidentificándose en cierto grado), expresando que sabe de él, que el problema está ahí en su pie y pierna, pero que no le hace tanto caso.

En el bloque 2 del MAIA, (“Tendencia a no distraerse de la sensación de dolor o incomodidad”), en que el resultado post es peor (2,6-2,3), se encuentra un indicio de dificultad en la observación atenta a su dolor para captar su impermanencia y sus matices, pudiendo serle más fácil desviar su atención directamente a sensaciones agradables, como en concreto puede verse en una de las preguntas de este bloque (“Cuando siento dolor o malestar intento ignorarlo y continuar con lo que estoy haciendo”) en el que sí mejora su resultado post (2-3).

Más adelante su dolor físico se hizo muy presente en la 7ª sesión, en que, desatendiendo las recomendaciones de la intervención, aguanta el dolor más de la cuenta, forzando al querer llevar la nueva bota ortopédica más tiempo de lo

recomendable, después de no acabar de adaptarse a ella. Según el diario de campo, en la 8ª sesión, dice que cada día siente poder convivir mejor con el dolor de su pie, que lleva mejor la bota, que ha buscado sus propias soluciones comprando, por ejemplo, una hombrera de espuma y acoplándola a dedos y empeine, que ha comentado con el fisioterapeuta el dolor de la semana anterior y han quedado que para estar en el taller se la puede quitar. En la 9ª sesión, la participante dice que siente menos dolor en general, que ya no lo pasa tan mal con su pie y con la bota. Dice que practica, aunque poco, por la falta de intimidad. En la 10ª sesión, en los comentarios sobre el dolor, encontramos que expresa no existir dolor o ser muy leve.

En la valoración que ella hace en la escala EVA, aunque le da un valor de 4 tanto al inicio como al final del programa, en todas las sesiones su percepción de dolor expresada en el EVA desciende 1, 2 o 3 puntos post sesión, excepto en la sesión 7. A pesar de este pico alto de dolor, tras esta sesión, logra gestionarlo activa y voluntariamente, como se aconseja en el programa, buscando y hallando soluciones prácticas personalizadas.

2) Gestión emocional y del sufrimiento

Surge la necesidad de gestionar el sufrimiento para obtener percepción de menos dolor (“-¿ese sufrimiento que tu tenías con tus problemas, crees que aportaban intensidad a tu dolor físico? -Claro, porque si yo no hubiera tenido esos problemas, estos pies no hubieran estado igual, ni estos pies ni todo el organismo. O sea que claro!”). En los momentos en que el dolor físico puede quedar paliado, se da cuenta de que todo su sufrimiento apunta ya no al dolor físico, sino al dolor emocional. Dice haber aprendido de la práctica de herramientas que ha tomado del taller, como la práctica de actitudes y habilidades (por ejemplo, no juzgarse, o centrarse, en este caso en sus necesidades básicas físicas y emocionales no cubiertas, lo cual la ha ayudado en la gestión de uno de sus principales motivos de sufrimiento, el del hijo que no le habla). Varias veces expresa darse cuenta de la necesidad de anteponer su bienestar al del prójimo, de que no debe desgastarse en la entrega (haciendo referencia a la emoción negativa de ser o sentirse “tonta” por eso) y en la falta de autocuidado, de saber cuáles son sus límites para favorecer su sanación o alivio del dolor y sufrimiento físico y emocional, y así optar a tener mejor calidad de vida. En la entrevista expresa un nuevo punto de vista, toma conciencia del bien que ha hecho al prójimo entregándose, y del reconocimiento a su propia persona por parte de quien recibió cuidados de ella. Esto desencadena agradecimiento (actitud trabajada en el programa) e introduce un aroma que puede desbancar del pódium a la baja autoestima y al victimismo.

Así, ve la necesidad de actuar desde el centramiento, el no auto-juicio, la ecuanimidad, la apertura, la curiosidad y la intención de tener la voluntad activa, sabiendo lo que quiere y necesita para su cuidado (reconoce que de momento ha medio abierto una puerta a todo ello, “pero que mi mente está inclinada a abrirla del todo”, como dice en la entrevista).

Aunque en el cuestionario MAIA, en el bloque 5, Consciencia emocional (“Conexión entre sensaciones corporales y estados anímicos”), su resultado pre-post programa no es significativo (4-2), en su relato sí expresa ser capaz de ver que sus

motivos de sufrimiento actuales en la vida, han aportado intensidad a su dolor físico, el cual siente más relajado al haberse expuesto al trabajo Remind. En el cuestionario MAIA hay una mejoría en el resultado del post en los bloques 1, “Conciencia de incomodidad, comodidad y sensaciones corporales neutrales” (2,7-3,5); 3, “No inquietarse o experimentar estrés emocional con sensaciones de dolor o molestia” (2-2,2); 6, “Auto-regulación de la angustia a través de atender a sensaciones corporales” (1,2-3); 7, “Escuchar al cuerpo para esclarecerse” (0-2,3); y 8, “Confiar que el cuerpo se manifiesta de manera segura y confiable” (1-3). En la hoja del formulario individual/sesión 6, anota que fue revelador el ejercicio de visualización para la ayuda de la gestión emocional “...el escenario con la silla vacía. Pasaron cosas bonitas, aunque mi corazón sentía mucho dolor”. También, la gestión emocional a través de la voz y el habla (en el ejercicio del listado de sensaciones agradables y en el ejercicio de los refranes en la última sesión) le ayudaron “a sacar una espina”, de sus emociones negativas. Dice acogerse “muy bien a las prácticas referentes al corazón, porque es donde me dolía”.

3) Uso de habilidades Remind

Respiración: En las hojas del formulario individual/sesión, anota como ejercicio más revelador, “Respirar y centrarte.” (sesión 2). A pesar de la parálisis facial que le hace sentirse limitada al principio, como relata en la entrevista, por no poder hallar la calma a través de la observación a su respiración (“Me costaba un poco, porque es lo que te digo, con este trozo de aquí [señala parte alta lateral de la tráquea], yo no respiro”), llega a una aceptación y auto-respeto de cómo respira su cuerpo para sentirlo tal cual es: “yo en mi interior lo iba haciendo [respirar a pesar de la parálisis facial] como tengo mi cuerpo”.

Atención: El resultado post de la escala MAAS no mejora respecto al pre en esta participante (total: 5,6-4,8). El resultado pre-post del bloque 4 de MAIA, “Regulación de la atención” (habilidad para sostener y controlar la atención a las sensaciones corporales) no varía (1,8-1,8), y sólo hay una mejora en la afirmación 24 del bloque 7 (“Escuchar activamente al cuerpo para esclarecerse”): “Cuando dirijo la atención hacia mi cuerpo siento calma”. También hay una mejora en las afirmaciones 2 y 8 de MAAS: “Rompo o derramo cosas por descuido, por no poner atención, o por estar pensando en otra cosa” y “Hago las actividades con prisas, sin estar realmente atento a ellas”. En su relato no da pistas explícitas sobre el beneficio del uso de la atención. Aun así, implícitamente sí hay indicios de que se encuentra desarrollada esta habilidad a través de la observación de su respiración (costosa al comienzo por la parálisis facial) y de su cuerpo, y de los beneficios que dice haber obtenido a través de atender en estos ejercicios meditativos, donde se revela en su conciencia, a modo de discernimiento, otra posible manera de encarar lo que le hace sufrir: ser menos reactiva y dar más respuestas, en relación al problema con su hijo.

Relajación: No hace referencia en la entrevista a su beneficio en lo ejercitado en el taller como relajación propiamente, aunque sí en el diario de campo, donde dice sentirse “relajada, muy relajada, a gusto y muy bien”, y como dice en el formulario individual (sesión 4), el ejercicio de la relajación la llevó a “descansar” y lo plasmó

como ejercicio más revelador de la sesión. En el diario de campo donde en la 6ª sesión, con la relajación Remind, después de trabajar la visualización de “La silla vacía”, queda descrito que quizás una de las caras más relajadas y distendidas es la de ella; como dato curioso, se dice que parece a primera vista que los participantes más tensos son los que de manera más vistosa se abren a la relajación.

Postura y Movimiento: La principal dificultad que halla en el taller se encuentra en relación a la postura y al movimiento, por el dolor implicado. Cuando se le pregunta por ello, responde: *“Exacto. Y el malestar que me daba el no poder caminar, era principal: el dolor de llevar aquello [bota ortopédica]”*. A través de la visualización del movimiento sin dolor, se halló bienestar, según lo recogido en el diario de campo, tal como se explica debajo, en el apartado de visualización.

Ha surgido del trabajo de estas habilidades la conciencia del cuidado especial respecto a su cuerpo.

Visualización: Halla beneficio como herramienta en la visualización para el movimiento sin dolor: *“Ha sido fantástico, ¡qué caras!, o muy relajadas o esbozando además media sonrisa. Especialmente RF53”*, y como herramienta de gestión emocional, en especial, en referencia a sus hijos y nietos, explicado en el diario de campo, 6ª sesión, en la visualización de “La silla vacía”: *“RF53 se muestra con cara descompuesta de dolor emocional, llanto bloqueado”*. Según sus propias anotaciones, en *“El del escenario con la silla vacía. Pasaron cosas bonitas, aunque mi corazón sentía mucho dolor”*. En la entrevista también puede hallarse un recordatorio de lo que dijo haber significado este ejercicio en relación a la gestión emocional respecto al hijo y a sus nietos, que después refuerza con el ejercicio de los refranes al trabajar la voz y el habla: *“Por eso te dije que me había quitado una espina [en relación al refrán “Fora l’espina, fora el dolor”, trabajado más tarde, como se ve en el siguiente apartado]: y era mi hijo, y ellos [los nietos] también.”*

Voz y habla: Dice encontrar beneficio al hablar de sus emociones y escribir sobre ellas. En el diario de campo encontramos, en la 8ª sesión: *“RF53 nos lee [...] una lista de diez cosas realmente preciosas que le aportan sensaciones agradables, muy cotidianas”*; durante el ejercicio de esta lectura, el estado de presencia y disfrute se hizo muy visible. También encuentra beneficio al dar un significado a lo que le está ocurriendo a través del ejercicio de los refranes: según el diario de campo, en la 10ª sesión, dice haber sido capaz de quedarse con el resonar de uno de ellos: *“Fora l’espina, fora el dolor”*, y comenta en el mismo compartir del ejercicio que está aprendiendo mucho, y disfrutando con este taller, dicho sea de paso.

Conciencia de energía: Implícitamente se encuentra en la narración, entre sus respuestas, como una habilidad con la que muestra tener familiaridad, exponiéndolo al expresar cuando se hallaba con un tipo de energía negativa, respecto al dolor o sufrimiento emocional, o positiva, al conectar con el bienestar interior; en la entrevista narra haber estado al borde del suicidio y haberse transformado ése impulso a través de la contemplación de la naturaleza, sintiendo un cambio interior. Después del ejercicio de la 8ª sesión, en una relajación para cultivar la conciencia de su propia energía, a través de una visualización con luz, se observa mucha relajación en su rostro, que ya no está

tan apagado), así como en el formulario individual de este día, donde escribe como observación sentirse más cómoda y poder disfrutar más de todo.

Conciencia sensorial: Se muestra abierta a acoger las sensaciones positivas y agradables cotidianas, por pequeñas que sean, planteándose vivirlas en el momento, como objetivo vital, dando paso al modo SER (como dice en la entrevista: “...*pero si [necesito] sentirme a gusto, es decir, me voy a tomar este café, tranquilamente aquí, mirando [...] el paisaje de mi ventana, y disfrutarlo. Ya está, no le pido más a mi cuerpo*”).

Discusión

El objetivo de este estudio fue analizar el impacto del entrenamiento en habilidades Remind en pacientes con dolor. Se aplicó el programa a una muestra de pacientes voluntarios con dolor subagudo. La pérdida de participantes no ha permitido sacar conclusiones del análisis cuantitativo que comparaba los cuestionarios de dolor, conciencia interoceptiva y nivel de mindfulness. Se ha recopilado y analizado la experiencia y el impacto del dolor en la vida de una paciente con dolor crónico y depresión y en qué medida el programa puede haber incidido en la gestión del dolor, emocional y del sufrimiento. Tres categorías emergieron de nuestro análisis cualitativo: dos referentes a la gestión del dolor y el sufrimiento y otra referente al uso de las habilidades Remind para esta gestión.

En el análisis de datos con todos los participantes el único resultado que ha mostrado diferencias significativas ha sido el EVA. En esta comparación se han analizado los datos de los 8 pacientes de los que se disponían (porque se comparó el EVA inicial con el de la última sesión a la que participaron, fuera ésta el número que fuera). Se podría pensar que la obtención de diferencias se debe a que la muestra es suficiente para detectar diferencias. Pero es más probable que se deba a la buena dinámica de la sesión, que hace que la percepción de dolor disminuya después de ésta. No ha sido posible hacer un análisis pre-post sesión porque ya se realizan muchas comparaciones con un número de participantes muy bajo y el riesgo de cometer un error de tipo 1 (rechazar la hipótesis nula siendo cierta) es muy elevado, dando por bueno un efecto que en realidad no existe.

Las personas con dolor crónico tienden a experimentar frecuentemente sensaciones aversivas, pensamientos negativos sobre las sensaciones y temor, lo que los lleva a suprimir o evitar la experiencia negativa (Cho, S., Heiby, E., McCracken, L., Lee, S. & Moon, D. (2010). Esto tiene como consecuencia comúnmente el desarrollo de estados de ansiedad y depresión (Bohlmeijera, E., Prenger, R., Tall, E. & Cuijpers, P., 2010). Nuestra participante reporta evitar la experiencia de atender al dolor, distraerse. Sin embargo, después del taller, lo atiende, lo mira, se centra en él, se hace consciente y llega a la aceptación. Alcanza un grado más alto de aceptación tras una nueva gestión de su percepción al tratar (prioritariamente) con la habilidad básica de atención y escucha al cuerpo, con las actitudes de auto-respeto, validación y auto-aceptación, y llevar a cabo las consignas y recomendaciones ofrecidas, como el respeto de su descanso y el

reconocimiento de sus límites, el ser consciente de los ciclos de explosión y contracción en la relación entre actividad y dolor, e investigar y experimentar para su comodidad y bienestar, además de hacer práctica meditativa, en una actitud de voluntad activa, que nace de la consciencia de la dedicación que se necesita para *“una cosa que has empezado ahora, tan grande”*.

El dolor es a la vez una sensación y una experiencia emocional que incluye los pensamientos y sentimientos de la persona. La vida cotidiana de las personas con dolor crónico está dominada por pensamientos y sentimientos difíciles y dolorosos (Furnes B, Natvig GK, Dysvik E. J., 2014). Así, nuestra participante expresa ser capaz de ver que sus motivos de sufrimiento actuales en la vida han intensificado su dolor físico. La ejercitación Remind le ha revelado, a modo de discernimiento, parte de sus patrones de pensamiento, acción y emoción, y su necesidad de cambio. Es consciente de la necesidad de gestionar sus motivos de sufrimiento y de cómo éstos repercuten en su dolor, activando así la desidentificación con el sufrimiento. Esto toma forma en la capacidad de dar más respuesta y ser menos reactiva, encontrada en la narración del nuevo patrón de relación que dice querer tener con sus hijos. También ha hecho surgir un nuevo estado anímico en el que se posiciona para hacer frente al condicionante de su estado anímico (depresión crónica) y a los condicionantes de su estado físico (polio y parálisis facial). Es consciente que se establecen en ella pensamientos más positivos que antes del programa, y esto la hace sentir más positiva, aunque también es consciente de necesitar unas condiciones ambientales de calma en su vida cotidiana y en su hogar, donde pueda practicar mediante ejercicios propiamente meditativos, las herramientas ofrecidas (con la puesta en práctica de las actitudes propias del mindfulness) con más privacidad que en el hospital.

Nuestro trabajo tiene varias limitaciones metodológicas. El planteamiento del estudio ha sido diferente de lo que ha resultado al final. Fue planteado como un estudio con datos cuantitativos, aunque siempre hubo el interés de desarrollar el programa con el método IA. Los problemas para obtener una muestra de pacientes con la que se pudiera realizar un análisis estadístico han hecho necesario reconvertir el tipo de diseño, teniendo que dar más peso al análisis cualitativo para el alcance del objetivo específico, la observación del cambio de la gestión de la percepción del dolor y sufrimiento, con una única participante, descartando el análisis cuantitativo y/o cualitativo de más participantes, como hubiera sido deseable si se hubiera planteado el diseño de entrada. Por tanto, la observación obtenida no se puede extrapolar siquiera al propio grupo experimental. Se debe tener en cuenta que las mejoras pueden haberse debido en cierto grado a los tratamientos clínicos complementarios realizados durante su ingreso o tratamiento ambulatorio. No se puede así asegurar un cambio tras la intervención. Se observa que el beneficio es a corto plazo; se deja constancia de que el dolor y el estado general de la participante analizada mejoran tras la mayoría de las sesiones. Debería comprobarse si a largo plazo sigue o no practicando y cuál sería su repercusión.

Aunque no ha sido posible el seguimiento ni la repetición del ciclo de las seis fases de la IA, con el único ciclo surgido se considera sistematizado el programa para lograr los objetivos específico y general de éste. Además, el resultado de su evaluación avala su validación.

Conclusiones

A pesar de las limitaciones metodológicas se puede concluir que mediante la gestión emocional, a través de la conjugación del ejercicio de las habilidades Remind y la interiorización de las actitudes entrenadas, la participante ha extraído beneficio del taller, que le ha ayudado a iniciar un cambio de modo de vida (del modo hacer, automático, al modo ser) a través de una apertura de conciencia hacia sus emociones, pensamientos y sensaciones, ya sean agradables o desagradables que le facilita una percepción de dolor más ligera.

Bibliografía

- Amezcuá, M., Gálvez Toro A. (2002). Los modos de análisis en investigación cualitativa en salud: perspectiva crítica y reflexiones en voz alta. *Rev Esp Salud Pública*, 76: 423-436
- Allen M, et al. (2012). Cognitive-affective neural plasticity following active-controlled mindfulness intervention. *The Journal of neuroscience : the official journal of the Society for Neuroscience.*; 32:15601–15610.
- Baer, R. A. (2003). Mindfulness training as a clinical intervention: a conceptual and empirical review. *Clin. Psychol. Sci. Practice* 10, 125–143
- Baliki, M. N., Chiablo, P. Y., Levy, R. M., Harden, R. N., Parrish, T. B., & Apkarian, A. . (2014). Chronic Pain and the Emotional Brain: Specific Brain Activity Associated with Spontaneous Fluctuations of Intensity of Chronic Back Pain. *Journal of Neuroscience*, 26(47), 12165-12173.
<https://doi.org/10.1523/JNEUROSCI.3576-06.2006>.Chronic
- Barnhofer T, et al. (2009). Mindfulness-based cognitive therapy as a treatment for chronic depression: A preliminary study. *Behaviour research and therapy.*;47:366–373.
- Bohlmeijera, E., Prenger, R., Tall, E. & Cuijpers, P. (2010). The effects of mindfulness-based stress reduction therapy on mental health of adults with a chronic medical disease: A metaanalysis. *Journal of Psychosomatic Research*, 68, 539-544.
- Brown KW, Ryan RM. (2003). The benefits of being present: mindfulness and its role in psychological well-being. *J Pers Soc Psychol.*;84:822–848.
- Brown, C. A., & Jones, A. K. P. (2013). Psychobiological Correlates of Improved Mental Health in Patients With Musculoskeletal Pain After a Mindfulness-based Pain Management Program. *The Clinical Journal of Pain*, 29(3), 233-244.
<https://doi.org/10.1097/AJP.0b013e31824c5d9f>
- Bushnell MC, Ceko M, Low LA. (2013). Cognitive and emotional control of pain and its disruption in chronic pain. *Nat Rev Neurosci.*;14:502–11

- Cáceres, P. (2003). Análisis Cualitativo De Contenido: Una Alternativa Metodológica Alcanzable. *Psicoperspectivas*, 2, 53-82.
- Calderón Gómez, C., Fernández de Sanmamed Santos, M.^a J., (2003) Investigación cualitativa en atención primaria. *Atención Primaria*. 5^a Ed. Barcelona: Haartcourt Internacional.
- Cho S, et al. (2010). Pain-related anxiety as a mediator of the effects of mindfulness on physical and psychosocial functioning in chronic pain patients in Korea. *The journal of pain: official journal of the American Pain Society*.;11:789–797.
- Creswell JD, et al. (2012). Mindfulness-Based Stress Reduction training reduces loneliness and pro-inflammatory gene expression in older adults: a small randomized controlled trial. *Brain, behavior, and immunity*.;26:1095–1101)
- Creswell JD, et al. (2014). Brief mindfulness meditation training alters psychological and neuroendocrine responses to social evaluative stress. *Psychoneuroendocrinology*.;44:1–12.
- Cusens, B., Duggan, G. B., Thorne, K., & Burch, V. (2010). Evaluation of the breathworks mindfulness-based pain management programme: Effects on well-being and multiple measures of mindfulness. *Clinical Psychology and Psychotherapy*, 17(1), 63-78. <https://doi.org/10.1002/cpp.653>
- Elliot, J. (1990). La investigación acción en educación. Madrid: Morata.
- Farb NA, et al. (2010). Minding one's emotions: mindfulness training alters the neural expression of sadness. *Emotion*.;10:25–33.
- Farb NA, Anderson AK, Segal ZV. (2012). The mindful brain and emotion regulation in mood disorders. *Canadian journal of psychiatry Revue canadienne de psychiatrie*.;57:70–77.
- Fernández, L. (2006). Com analitzar dades qualitatives? *Butlletí La Recerca*. Barcelona: ICE, UB.
- Furnes B, Natvig GK, Dysvik E. J (2014). Suffering and transition strategies in adult patients attending a chronic pain management programme. *Clin Nurs*. 2015 Mar; 24(5-6):707-16. doi: 10.1111/jocn.12651. Epub Jul 8.
- Garland E. L. et al. (2011). Mindfulness training modifies cognitive, affective, and physiological mechanisms implicated in alcohol dependence: results of a randomized controlled pilot trial. *J Psychoactive Drugs*.;42:177–192.
- Garland EL, Howard MO. (2013). Mindfulness-oriented recovery enhancement reduces pain attentional bias in chronic pain patients. *Psychotherapy and psychosomatics*.;82:311–318.
- Garland EL, et al. (2014). Mindfulness-oriented recovery enhancement for chronic pain and prescription opioid misuse: results from an early-stage randomized controlled trial. *Journal of consulting and clinical psychology*.;82:448–459. de Boer MJ, et al. Mindfulness, acceptance and catastrophizing in chronic pain. *PloS one*. 2014;9:e87445.
- Garland, E. L., Baker, A. K., Larsen, P., Riquino, M. R., Priddy, S. E., Thomas, E., ... Nakamura, Y. (2017). Randomized Controlled Trial of Brief Mindfulness Training and Hypnotic Suggestion for Acute Pain Relief in the Hospital Setting. *Journal of General Internal Medicine*, 32(10), 1106-1113. <https://doi.org/10.1007/s11606->

017-4116-9

- Goyal, M., Singh, S., Sibinga, E., Gould, N., Rowland-Seymour, A., Sharma, R., ... Al, E. (2014). Meditation programs for psychological stress and well-being : a systematic review and meta-analysis. *JAMA Intern Med*, 174(3), 357-68. <https://doi.org/10.1001/jamainternmed.2013.13018.Meditation>
- Goyette, G. y Léssard-Hebert, M. (1988). *La Investigación-acción. Funciones, fundamentos e instrumentación*. Barcelona: Laertes.
- Goldin PR, Gross JJ. (2010). Effects of mindfulness-based stress reduction (MBSR) on emotion regulation in social anxiety disorder. *Emotion*.;10:83–91.
- Grant JA, Courtemanche J, Rainville P (2011). A non-elaborative mental stance and decoupling of executive and pain-related cortices predicts low pain sensitivity in Zen meditators. *Pain* 152(1):150-6.
- Grossman, P. (2011). Defining mindfulness by how poorly I think I pay attention during everyday awareness and other intractable problems for psychology's (re)invention of mindfulness: comment on Brown et al. *Psychol. Assess.* 23, 1034–1040
- Hart, W. (1987). *The Art of Living: Vipassana Meditation*. Harper and Row.
- 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*. [https://doi.org/10.1016/0163-8343\(82\)90026-3](https://doi.org/10.1016/0163-8343(82)90026-3)
- Kabat-Zinn, J., Lipworth L, Burney R, Sellers W. (1986). Four year follow-up of a meditationbased program for the self-regulation of chronic pain: treatment outcomes and compliance. *Clin J Pain*.;2:159-73.
- Kabat-Zinn, J. (1990). *Full Catastrophe Living: Using the Wisdom of Your Body and Mind to Face Stress, Pain, and Illness*. Delta Trade Paperbacks.
- Kingston, J., Chadwick P, Meron D, Skinner TC. (2007) A pilot randomized control trial investigating the effect of mindfulness practice on pain tolerance, psychological well-being, and physiological activity. *J Psychosom Res*.;62:297-300.
- Lincoln, Y.S., Guba, E.G. (1985). *Naturalistic Inquiry*. Newbury Park: Sage
- López-González, L. (2016). Mindfulness and Action Research in Secondary Schools. Gestation of the TREVA Program. *Revista Interuniversitaria de formación del profesorado*, 87, 75-91. Recuperado a partir de <http://www.redalyc.org/jatsRepo/274/27449361010/27449361010.pdf>
- López-González, L. (2012) *Relajación en el aula. Recursos para la educación emocional*.Madrid: Wolters Kluwer España
- Lutz, A., Slagter, H.A., Dunne, J.D., Davidson, R.J. (2008). Attention regulation and monitoring in meditation. *Trends Cogn Sci*, 12(4): 163-9. doi: 10.1016/j.tics.2008.01.005. Epub 2008 Mar 10
- MacCoon, D.G, Imel, Z.E., Rosenkranz, M.A., Sheftel, J.G., Weng, H.Y., Sullivan, J.C., et al. (2012). The validation of an active control intervention for Mindfulness Based Stress Reduction (MBSR). *Behav Res Ther*.;50:3-12
- Marikar Bawa, F. L., 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(635), e387-e400. <https://doi.org/10.3399/bjgp15X685297>
- Mehling WE, Price C, Daubenmier JJ, Acree M, Bartmess E, Stewart A (2012) The Multidimensional Assessment of Interoceptive Awareness (MAIA). *PLoS ONE* 7(11): e48230. <https://doi.org/10.1371/journal.pone.0048230>
- Merkes M. (2010) Mindfulness-based stress reduction for people with chronic diseases. *Aust J Prim Health.*;16:200-10.
- McCracken LM, Velleman SC. (2010). Psychological flexibility in adults with chronic pain: a study of acceptance, mindfulness, and values-based action in primary care. *Pain.*;148:141–147.
- Miller JJ, Fletcher K, Kabat-Zinn J. (1995). Three-year follow-up and clinical implications of a mindfulness meditation-based stress reduction intervention in the treatment of anxiety disorders. *General hospital psychiatry.*;17:192–200.
- Morone NE, et al. (2016). A Mind-Body Program for Older Adults With Chronic Low Back Pain: A Randomized Clinical Trial. *JAMA internal medicine.*;176:329–337.
- Paul NA, et al. (2013). Psychological and neural mechanisms of trait mindfulness in reducing depression vulnerability. *Social cognitive and affective neuroscience.*;8:56–64.
- Rodriguez, C. (2003). Nociones y destrezas básicas sobre el análisis de datos cualitativos. 8, 1-21. Recuperado a partir de [http://www.ugr.es/~ugr_unt/Material/M%F3dulo 1/Nociones y destrezas b%El sicas sobre el analisis de datos cualitativos.pdf](http://www.ugr.es/~ugr_unt/Material/M%F3dulo%201/Nociones%20y%20destrezas%20b%20asicas%20sobre%20el%20an%20alisis%20de%20datos%20cualitativos.pdf)
- Rosenzweig S, et al. (2010). Mindfulness-based stress reduction for chronic pain conditions: variation in treatment outcomes and role of home meditation practice. *Journal of psychosomatic research.*;68:29–36.
- Santorelli, S. F., Meleo-Meyer, F., & Koerbel, L. (2017). Mindfulness-Based Stress Reduction (MBSR) Authorized Curriculum Guide, 65. Recuperado a partir de <https://www.umassmed.edu/globalassets/center-for-mindfulness/documents/mbsr-curriculum-guide-2017.pdf>
- Schofield TP, Creswell JD, Denson TF. (2015). Brief mindfulness induction reduces inattention blindness. *Consciousness and cognition.*;37:63–70.
- Snelgrove, S., & Liossi, C. (2013). Living with chronic low back pain: A metasynthesis of qualitative research. *Chronic Illness*, 9(4), 283-301. doi: 10.1177/1742395313476901
- Taren AA, et al. (2015). Mindfulness meditation training alters stress-related amygdala resting state functional connectivity: a randomized controlled trial. *Social cognitive and affective neuroscience.*;10:1758–1768.
- Taylor VA, et al. (2011). Impact of mindfulness on the neural responses to emotional pictures in experienced and beginner meditators. *NeuroImage.*;57:1524–1533
- Ussher M, et al. (2014). Immediate effects of a brief mindfulness-based body scan on patients with chronic pain. *Journal of behavioral medicine.*;37:127–134.
- Vago DR, Silbersweig DA. (2012). Self-awareness, self-regulation, and self-transcendence (S-ART): a framework for understanding the neurobiological mechanisms of mindfulness. *Frontiers in human neuroscience.*;6:296.

- Veehof, M. M., Trompetter, H. R., Bohlmeijer, E. T., & 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>
- Zeidan F, et al. (2010). Mindfulness meditation improves cognition: evidence of brief mental training. *Consciousness and cognition*.;19:597–605
- Zeidan, F., Martucci, K. T., Kraft, R. A., McHaffie, J. G., & Coghill, R. C. (2013). Neural correlates of mindfulness meditation-related anxiety relief. *Social Cognitive and Affective Neuroscience*, 9(6), 751-759. <https://doi.org/10.1093/scan/nst041>
- Zeidan F, Emerson NM, Farris SR, Ray JN, Jung Y, McHaffie JG, Coghill RC. (2015). Mindfulness Meditation-Based Pain Relief Employs Different Neural Mechanisms Than Placebo and Sham Mindfulness Meditation-Induced Analgesia. *J Neurosci*. Nov 18;35(46):15307-25.)
- Zeidan F. (2015). The Neurobiology of Mindfulness Meditation. In: Brown KW, Creswell JD, Ryan RM, editors. *Handbook of Mindfulness Science: Theory, Research and Practice*. The Guilford Press; New York.
- Zeidan F, Adler-Neal AL, Wells RE, Stagnaro E, May LM, Eisenach JC, McHaffie JG, Coghill RC. (2016). Mindfulness-Meditation-Based Pain Relief Is Not Mediated by Endogenous Opioids. *J Neurosci*. Mar 16;36(11):3391-7. doi: 10.1523/JNEUROSCI.4328-15.2016
- Ware JE, Kosinski M, Keller SD. (1996). A 12-item short form health survey. *Med Care*; 34: 220-3