

Autogestión del dolor a través de mindfulness

Trabajo fin de máster

Autora: María Fernández Sabau

Máster en Intervenciones Profesionales de Mindfulness

Ciencias de la Salud

Curso 2021/22

Universidad Alcalá de Henares

Contenido

1. Trabajo Fin de Master.....	2
2. Motivación y objetivos.....	4
2.1. Hipótesis de trabajo.....	4
2.2. Objetivos.....	4
3. Marco teórico y estado de la cuestión.....	5
3.1. Definición de dolor.....	6
3.2. Situación del dolor en España.....	7
3.3. Perfil de la persona con dolor crónico.....	9
3.4. Impacto del dolor crónico.....	9
3.5. Necesidades en la atención y manejo del dolor.....	12
3.6. Dolor crónico en el sistema sanitario español.....	13
4. Metodología.....	15
5. Investigación.....	17
5.1. Premisas.....	17
5.2. Mindfulness y dolor.....	19
5.3. Autogestión de la enfermedad.....	22
5.4. Programas de autogestión del dolor crónico.....	26
5.5. Guías y programas de autogestión analizados.....	29
5.6. Análisis comparativo de las guías y programas identificados.....	38
5.7. Conclusiones del análisis comparativo.....	40
6. Conclusiones.....	42
7. Bibliografía.....	48

1. Trabajo fin de máster

Autora: María Fernández Sabau

Título: Autogestión del dolor a través de mindfulness

Fecha: Diciembre 2022

Tutora: Lina Arias, Doctora en Psicología, Universidad Complutense de Madrid

Programa: Master en Intervenciones profesionales en Mindfulness, Ciencias de la Salud,
Universidad Alcalá de Henares

1.1. Resumen y palabras clave

Título: Autogestión del dolor a través de mindfulness

Resumen: El dolor crónico es una enfermedad que afecta al 17% de la población española y que afecta a quienes la padecen a nivel sensorial, cognitivo y emocional. Sus consecuencias limitan significativamente el desarrollo su vida diaria, relaciones personales, sociales y laborales, afectando de forma muy importante su calidad de vida. Los tratamientos mas efectivos del dolor crónico son multidisciplinares, incluyendo además de fármacos otras terapias complementarias. En el abordaje del dolor crónico el paciente a menudo es quien mejor conoce su enfermedad por lo que su involucración directa resulta esencial; para ello requiere de acompañamiento y formación específica a través de programas y guías. Por otra parte, los beneficios de practicar mindfulness se asocian de forma directa a mejorar la respuesta del paciente al dolor y su relación consigo mismo y su entorno, lo que mejora su calidad de vida. En España existen muy pocos recursos de apoyo al paciente en forma de guías o programas de autogestión del dolor y en su mayoría no incluyen mindfulness como herramienta. El programa “Mindfulness y Compasión para la Salud MBPM” de RespiraVida BreathWorks es la herramienta mas completa disponible en estos momentos para la autogestión del dolor por parte de los pacientes de dolor crónico.

Palabras clave: dolor crónico, autogestión, mindfulness, compasión, pacientes activos, calidad de vida del paciente, MBPM.

Title: Self-management of pain through mindfulness

Abstract: 17% of the Spanish population suffers from chronic pain; it affects patients at sensorial, cognitive and emotional level. Its consequences limit daily life, personal and social relationship as well and work life, having an important impact in quality of life. The most effective treatments are multidisciplinary and include complementary therapies as well as prescribed drugs. Chronic pain patients are who often know the illness better and they should be engaged in the treatment through support and education. Also, the benefits of mindfulness relate directly to the improve response to pain and a better relationship of patients with themselves and its surrounding environment. In Spain there are very little support resources for patients in the form of programs or guides for pain management, and those available rarely include mindfulness. The program “Mindfulness and Compassion for Health MBPM” from RespiraVida BreathWorks is the best tool currently available for self-management of chronic pain in Spain.

Key words: chronic pain, self-management, Mindfulness, Compassion, Active patients, Patients quality of life, MBPM.

1.2. Agradecimientos

Este trabajo de investigación no hubiera sido posible sin la generosa colaboración de todas y cada una de las personas que me han dedicado su tiempo y atención; que han compartido su conocimiento, su compromiso y su dolor y enfermedad; que creen que merece la pena explorar otras formas de hacer las cosas y que un abordaje integral de la persona para el tratamiento del dolor crónico, con participación activa del paciente y desde la atención plena es posible.

Desde aquí mi agradecimiento profundo a todas las personas que han contribuido a esta investigación a través de sesiones de trabajo, tutorías y conversaciones informales. En especial al equipo de RespiraVida BreathWorks en España, Dharmakirti y Ellen, que me ha facilitado conocer el programa desde dentro; y también al Lina por compartir sus recursos. Cada uno desde su lugar, ha ayudado a que las muchas horas de diálogo con profesionales, pacientes, colegas, amigos y familiares, puedan ahora articularse en esta reflexión. GRACIAS.

2. Motivación y objetivos

Esta investigación tiene una vocación fundamentalmente práctica y el estudio se elabora con la finalidad de contribuir al conocimiento del dolor crónico y de las guías y programas de autogestión del dolor crónico en España.

La motivación subyacente es contribuir a afianzar Mindfulness como herramienta de autogestión del dolor crónico en España a través de su incorporación como parte del proceso de conocimiento de los procesos de dolor propios y la desidentificación con ellos por parte del enfermo crónico, ayudando a mejorar así su calidad de vida, relaciones sociales e integración profesional y social. Mi experiencia como paciente de dolor crónico y meditadora de largo recorrido pueden contribuir a identificar nuevas propuestas, adaptadas a la realidad específica española.

2.1. Hipótesis de trabajo

Un alto porcentaje de la población española sufre dolor crónico y mayoritariamente no se siente atendida de manera adecuada. Existen pocas guías y programas de autogestión del dolor crónico en España y no suelen incluir mindfulness entre sus recomendaciones. Los programas estructurados de autogestión del dolor, como el de RespiraVida BreathWorks, que incluyen mindfulness aportan beneficios específicos en el tratamiento del dolor crónico y algunas de sus comorbilidades, por lo que pueden resultar los modelos más completos.

2.2. Objetivos

El objetivo general del TFM es analizar las propuestas de autogestión de dolor crónico existentes en España e identificar los beneficios específicos de las que incluyen mindfulness.

Objetivos específicos:

- Conocer el perfil de los pacientes de dolor crónico en España
- Conocer como se aborda el dolor crónico en el sistema nacional de salud en España
- Identificar que propuestas de autogestión del dolor crónico existen, conocer las principales estrategias que proponen e identificar si incluyen mindfulness
- Realizar recomendaciones y propuestas en base a la investigación realizada

3. Marco teórico y estado de la cuestión

La Asociación Internacional de Estudio del Dolor (IASP) se refiere al dolor como una experiencia sensorial o emocional desagradable.

Los expertos consideran que el dolor está presente en nuestro día a día mucho más de lo que nos pueda parecer. Se trata de un problema de salud que ha alcanzado proporciones epidémicas a nivel mundial, afectando al 19% de la población europea, y entre el 16% y el 18% de la población española adulta, según las fuentes. Ocho millones de españoles lo sufre de alguna manera, un tercio de estos vivirá padeciéndolo el resto de su vida y la mitad de los españoles que sufren dolor lo tienen a diario.

La importancia del dolor va más allá de sus aspectos físicos, ya que influye de forma negativa en su entorno social, laboral y personal de quien lo padece limitando significativamente sus actividades e impidiéndole mantener un estilo de vida independiente. Su gran impacto en la sociedad y calidad de vida de los pacientes hace necesario que deba abordarse correctamente.

Contar con un sistema sanitario capaz de abordar la realidad, a menudo invisible, de estos pacientes, de forma integral resulta esencial para ofrecer diagnósticos correctos y tratamientos integrales adecuados, que combinen tratamientos farmacológicos con otras medidas terapéuticas, que permitan mejorar la calidad de vida de las personas que lo padecen y que a menudo ven limitadas sus actividades familiares, sociales y laborales por causa de la enfermedad.

Al mismo tiempo, contar con pacientes formados e informados, capaces de autogestionar ciertos aspectos de su dolor mientras son apoyados por profesionales sanitarios puede contribuir a un mayor autocuidado y confianza por parte de los pacientes, a una mayor calidad de vida y a nuevos tipos de relación y asistencia en el sistema de salud.

En esta sección se aborda la situación del dolor, su impacto social y económico y se recogen los datos disponibles sobre dolor en España y el perfil de los pacientes en nuestro país, junto con las necesidades detectadas por las asociaciones de pacientes, con el objetivo de ofrecer el marco teórico y estado de la cuestión que sirven de base para la investigación.

3.1. Definición de dolor

El término dolor es definido en la última Edición del Diccionario de la Lengua Española de la Real Academia Española, basado en su etimología latina como: *«aquella sensación molesta y aflictiva de una parte del cuerpo por causa interior o exterior»* y también como *«un sentimiento, pena o congoja que se padece en el ánimo»*.

La definición más aceptada actualmente, desde su revisión en 2020, es la de la Asociación Mundial para el Estudio del Dolor (IASP): *«es una experiencia sensorial y emocional desagradable, asociada con un daño tisular, real o potencial, o descrita en términos de dicho daño»*.

Esta definición pone de manifiesto la dualidad del proceso de dolor, entendiéndolo tanto como un proceso sensorial (transmisión neurobioquímica, es decir, fenómeno físico) como emocional (es decir, fenómeno psíquico), de manera que sitúa al mismo nivel las respuestas biológicas a los estímulos percibidos como el significado de estos estímulos para el individuo. Estas características son especialmente relevantes en los procesos de dolor crónico.

El dolor es un fenómeno complejo que se produce cuando llegan a distintas áreas corticales del Sistema Nervioso Central un número de estímulos suficientes a través de un sistema aferente normalmente inactivo, produciéndose no sólo una respuesta refleja, ni sólo una sensación desagradable, sino una respuesta emocional con varios componentes:

- Componente sensorial-discriminativo: referente a cualidades estrictamente sensoriales del dolor, tales como su localización, calidad, intensidad y su características témporo-espaciales.
- Componente cognitivo-evaluativo: que analiza e interpreta el dolor en función de lo que se está sintiendo y lo que puede ocurrir.
- Componente afectivo-emocional: por el que la sensación dolorosa se acompaña de ansiedad, depresión, temor, angustia, etc. como respuestas en relación con experiencias dolorosas previas, a la personalidad del individuo y a factores socio-culturales.

La gran complejidad del dolor obliga a establecer estrategias terapéuticas también complejas, no sólo por asociar diferentes fármacos, sino por la necesidad de abordar el problema de forma global, integrando aspectos psicológicos y sociales.

¿Qué se considera dolor crónico?

El dolor crónico o persistente puede presentarse rápida o lentamente, y puede variar desde leve hasta intenso. A diferencia del dolor agudo, el dolor crónico o persistente dura periodos de tiempo prolongados. Por lo general, el dolor se considera crónico si dura más de 3 meses, y puede perturbar la vida del paciente e interrumpir sus actividades cotidianas.

El doctor Javier Medel, jefe de la Unidad del Dolor en el Hospital de la Vall d'Hebron de Barcelona, explica que el dolor crónico “es aquel que pasa de los tiempos normales de curación de una lesión en los tejidos y que se mantiene más allá de lo esperado. Su persistencia no es debida a lesión en sí, sino a factores que pueden cambiar la estructura del sistema nervioso y sensorial”.

Además, según se explica en el artículo “Intervenciones Basadas en Mindfulness y Compasión en dolor crónico” de Palao Tarrero et al (2019): “La diferencia fundamental entre el dolor agudo y crónico no reside tanto en el aspecto temporal como en los mecanismos subyacentes a cada uno de ellos, en la naturaleza de los fenómenos y los cambios psíquicos y del sistema nervioso con los que el dolor crónico está relacionado. El cerebro tiene la capacidad de modificarse con la experiencia, que es lo que se ha llamado plasticidad cerebral, facilitando la capacidad de adaptación. Gracias a esta propiedad de neuroplasticidad el sistema nervioso central es capaz de reaprender y recuperar funciones dañadas, pero también es la causa de que puedan producirse cambios relacionados con la cronificación del dolor.”

Diversos estudios como el anterior y entidades como la Sociedad Española de Médicos Generales y de Familia (SEMG) y el propio Dr. Medel consideran necesario recordar que el dolor crónico se trata de una enfermedad y no de un síntoma, y que como tal es un derecho de los pacientes recibir el tratamiento adecuado.

3.2. Situación del dolor en España

En esta sección se recogen las conclusiones principales referidas al impacto en los pacientes y el modelo actual de atención del dolor crónico en España según los resultados del estudio

realizado por la iniciativa Pain Proposal y diversas investigaciones académicas que presentan datos consistentes con los de la iniciativa principal.

La iniciativa Pain Proposal fue promovida y avalada por la Federación Europea de la Asociación Internacional del Estudio del Dolor (EFIC) y la Federación Europea de Asociaciones Neurológicas (EFNA) con el objetivo de desarrollar un documento de consenso para el abordaje global del dolor en Europa y España. Agrupó la visión de diferentes sectores involucrados en el dolor crónico procedentes de 15 países europeos, que incluyó personas con dolor crónico, diferentes especialistas médicos gestores, decisores sanitarios y economistas de la salud.

Los datos de Pain Proposal reflejan una situación preocupante en las que las principales conclusiones del estudio es España indican que uno de cada seis españoles (17% de la población) sufre de dolor crónico (Caramés et al en un estudio para la SED elevan este porcentaje al 18%). Cerca de la mitad de los entrevistados (49 %) estaban insatisfechos con el tiempo que había pasado hasta haber sido diagnosticados. Más de un tercio de los pacientes (39 %) tardaron más de un año en ser diagnosticados y el 13 % de personas no lograron un diagnóstico. El tiempo medio de demora hasta el diagnóstico en España era, al igual que en Europa, de 2,2 años.

Según este estudio, los enfermos de dolor crónico no se sienten comprendidos por la sociedad. Cerca de dos terceras partes de los encuestados (62 %), manifestaron sentir una falta de concienciación y conocimiento de la enfermedad en su entorno, y el 47 % creían que el resto de la gente duda de la existencia real de su dolor.

Tabla 1. Resultados del Pain Proposal en España

Resultados del Pain Proposal en España	
Prevalencia del dolor crónico	17%
Porcentaje de pacientes aislados socialmente a causa del dolor*	27%
Porcentaje de pacientes que tardaron más de un año en ser diagnosticados	39%
Tiempo medio de diagnóstico	2,2 años
Porcentaje de pacientes que consideran recibir un tratamiento no adecuado	29%
Tiempo medio en recibir un tratamiento adecuado	1,6 años
Porcentaje de pacientes descontentos con el tiempo de espera para recibir un tratamiento adecuado	48%
Número de consultas médicas realizadas al año a causa del dolor	6,6
Media anual de días de baja laboral a causa del dolor*	14 días
Porcentaje de pacientes incapaces de trabajar a causa del dolor*	21%
Porcentaje de médicos que expresaron su deseo de recibir formación adicional sobre el manejo del dolor crónico*	85%
*Datos del conjunto de Europa.	

Fuente: Pain Proposal

3.3. Perfil de la persona con dolor crónico

En cuanto al perfil de los pacientes de dolor crónico, según el informe “El dolor en la enfermedad crónica desde la perspectiva de los pacientes” elaborado por la Plataforma de Organizaciones de Pacientes en 2018 este se corresponde mayoritariamente con: “una persona con dolor asociado a una patología crónica en España corresponde a una mujer (en el 88% de los casos) de 46 años, con estudios secundarios (51%), que reside en una población urbana, (71%), en familia acompañada de su pareja e hijos o padres (42%) y no está asociada a ninguna organización de pacientes. En cuanto a su situación laboral, la mitad de estas (50%) no está trabajando actualmente, debido a que están jubiladas, desempleadas o en paro con prestaciones -50%- y generalmente no tiene reconocido ningún grado de discapacidad.

Las personas con dolor crónico fueron diagnosticadas hace una media de 12 años de alguna patología crónica que cursa con dolor, es decir, a la edad media de 34 años. Principalmente estas patologías son la fibromialgia o el síndrome de fatiga crónica (41%), seguida de la cefalea (26%), la lumbalgia crónica (26%), la artrosis (25%) y otras enfermedades osteoarticulares (20%). Asimismo, hasta el 23% afirma tener diagnóstico de otras enfermedades que le causan dolor crónico como el síndrome del intestino irritable (SII), sensibilidad química múltiple y la endometriosis, entre otras. Por otro lado, otras tales como la artritis reumatoide, las enfermedades neuromusculares y las neuropatías afectan a entre el 10 y el 12% de la muestra.”

3.4. Impacto del dolor crónico

3.4.1. Impacto en la vida del paciente

El dolor crónico tiene un efecto muy importante en muchos aspectos de la vida diaria. No sólo disminuye la calidad de vida del paciente al repercutir negativamente en su salud física y emocional. También tiene efectos adversos en ámbitos no relacionados con la salud y dificulta participar plenamente de la vida social y familiar, y disminuye la capacidad para trabajar de manera productiva.

Tanto el estudio de la Plataforma de Organizaciones de Pacientes (POP) como el del Pain Proposal en España evalúan el impacto del dolor crónico en las personas tanto en su percepción

de su estado de salud general como en áreas concreta de la vida cotidiana que afectan a su bienestar.

- Estado de salud general:

- Las personas afectadas perciben que su estado de salud es deficiente, valorándolo de media de 42 (en una escala de 0 a 100). [POP]
- el impacto del dolor crónico en las actividades diarias mediante una escala con rango 1-10, mostró una puntuación de 6,3 para los pacientes españoles. [Pain Proposal]
- la mitad de los pacientes con dolor crónico se sienten cansados todo el tiempo y el 40 % indefensos o incapaces de pensar o funcionar con normalidad. [Pain Proposal]

- Impacto en la salud emocional:

- el 74% de las personas encuestadas se sienten desde moderadamente hasta muy ansiosas o deprimidas. [POP]
- el 36 % de los pacientes consideró que su condición tenía un impacto negativo en su familia o amigos, y el 27 % de los encuestados afirmaron sentirse socialmente aislados a causa del dolor. [Pain Proposal]
- el 47 % de los pacientes con dolor crónico sufren un cuadro depresivo asociado y el 50 % trastornos del sueño. [Pain Proposal]

- Impacto en la autonomía:

- el 68%, presenta problemas para caminar o incluso son incapaces de ello, aunque solamente el 42% posee algún grado de discapacidad superior al 33%. [POP]
- la capacidad para realizar tareas relacionadas con el cuidado personal también se ve limitada por causa del dolor crónico: el 43%, tiene algunas dificultades para asearse o vestirse y en algunos casos son incapaces de ello. [POP]

- Impacto en las actividades cotidianas:

- al 71% el dolor les limita para llevar a cabo actividades tales como trabajar, estudiar, realizar tareas domésticas y/o participar en actividades de ocio y al 13% le resulta imposible. [POP]

- Impacto en el empleo y la formación:

- el 70% de las personas que realizan alguna actividad laboral o formativa afirman tener un menor rendimiento por falta de concentración causada por el dolor. [POP]
- el 48% de las personas en edad de trabajar han permanecido de baja por causa del dolor una media de 47 días y el 38% se ha ausentado en siete ocasiones del puesto de trabajo o centro educativo para acudir al médico como consecuencia del dolor. [POP]

3.4.2. Impacto económico del dolor crónico

Aunque el coste del dolor crónico es difícil de calcular, ya que no se dispone de datos globales, Pain Proposal estima que cuesta a Europa más de 300 billones de euros o en torno al 1,5-3 % del PIB. En España se estima que el coste total(directo e indirecto) que ocasiona el dolor crónico sería de 16.000 millones de euros anuales, lo que supone el 2,5 % del PIB.

Desde el punto de vista económico, el dolor crónico genera gastos debidos a la atención sanitaria (costes directos) y a pérdidas potenciales de producción para empresas y autónomos (costes indirectos), que se ven agravadas cuando el diagnóstico se demora o no llega a tener lugar una atención adecuada.

La magnitud de los costes indirectos, bien en bajas laborales o en pérdidas de productividad, es superior a los costes directos ocasionados por el dolor, lo que sugiere que una mejora de la eficacia de la gestión del dolor podría cosechar grandes recompensas económicas.

La ausencia de modelos de autogestión específicos para abordar el dolor crónico, junto con un sistema sanitario fragmentado, que obliga en ocasiones a los pacientes a peregrinar de un especialista a otro durante mucho tiempo en busca de un diagnóstico y tratamiento adecuado, juegan un papel importante en el incremento de los costes que el dolor crónico ocasiona. El tratamiento no efectivo a corto plazo de los pacientes con dolor crónico supone un mayor consumo de los recursos a largo plazo.

3.5. Necesidades detectadas en la atención y el manejo del dolor en la enfermedad crónica

La iniciativa Pain Proposal considera que es prioritario conseguir que los pacientes reciban el tratamiento adecuado tan pronto como sea posible, ya que resultados de estudios sugieren que los pacientes con una espera de más de 6 meses experimentan deterioro en la calidad de vida, en el bienestar psicológico y en su estado emocional.

El estudio “El dolor en la enfermedad crónica desde la perspectiva de los pacientes” elaborado por la Plataforma de Organizaciones de Pacientes en 2018 concreta estas necesidades en el contexto español en cuatro apartados:

- Diagnóstico – enfatizando la visibilización de la presencia del dolor asociada a la patología crónica, y reforzando la educación sanitaria a pacientes con dolor crónico para favorecer su empoderamiento.

- Tratamiento - se detecta una ausencia de tratamientos al margen del farmacológico que es el que se ofrece de forma mayoritaria (80%). Las recomendaciones de hábitos saludables como el ejercicio físico (natación, relajación y otros tipos de ejercicio) y otras terapias se ofrecen en menor medida, al 49% y 13% de los encuestados.

- Calidad de vida - el infratratamiento e infradiagnóstico del dolor crónico entendido como un problema de salud en sí mismo, provoca que las personas afectadas tengan que adaptar su día a día al impacto y evolución propios de éste, por lo que un buen tratamiento del dolor, como lo es de su enfermedad principal, se plantea como necesidad esencial para la mejora de la calidad de vida de las personas que viven con él.

- Información - el estudio concluye que el médico especialista es la principal fuente de información o formación (en el 51% de los casos), seguido de las organizaciones de pacientes (41%). No obstante, la gran mayoría de estas manifiestan la necesidad de recibir información o formación para tratar y vivir mejor con el dolor, con independencia de quién sea el profesional sanitario u organización que la ofrezca. Por ello, los temas sobre los que estarían interesados en recibir más información serían fundamentalmente el tratamiento del dolor (70%) y las técnicas de relajación (51%).

3.6. Dolor crónico en el sistema sanitario español

Los resultados del estudio de Pain Proposal muestran que el 38 % del conjunto de europeos, y el 29 % de los españoles consideran que no reciben el tratamiento adecuado para su dolor. El tiempo medio en conseguir un tratamiento adecuado para el dolor en España es de 1,6 años, ligeramente inferior a la media europea (1,9 años), y cerca de la mitad de los entrevistados (48 %) no estaba conforme con el tiempo necesario para conseguir un tratamiento adecuado.

Distintos estudios y expertos, así como las asociaciones de pacientes, coinciden en que el abordaje del dolor crónico, para ser efectivo ha de tener en cuenta la complejidad de esta enfermedad y los elementos sensoriales, cognitivos y afectivos que se ven afectados por ella, de forma diferente en cada paciente. Esta complejidad ha de ser abordada de manera multidisciplinar, incluyendo tanto tratamientos farmacológicos como medidas no farmacológicas que pueden tener un impacto positivo en la calidad de vida de estos pacientes.

En España actualmente no existe una estrategia nacional del dolor elaborada por el gobierno central, si bien existe un Documento Marco para la mejora del abordaje del dolor en el Sistema Nacional de Salud (SNS) de 2014 cuyo objetivo es proporcionar un marco de referencia para garantizar la calidad, equidad y eficiencia de la atención a las personas con dolor en el SNS, contribuyendo a la mejora de su calidad de vida.

Dicho documento se encuadra en la Estrategia para el Abordaje de la Cronicidad en el SNS de 2012 que tiene entre sus objetivos disminuir la prevalencia de las condiciones de salud y limitaciones en la actividad de carácter crónico y prevenir el deterioro de la capacidad funcional y las complicaciones asociadas a cada proceso y mejorar su calidad de vida y la de las personas cuidadoras.

A nivel de Comunidades Autónomas, algunas de ellas, como en la Comunidad de Madrid, la Xunta de Galicia, la Generalitat de Catalunya, Canarias o la Junta de Andalucía, cuentan con alguna iniciativa.

De esta manera, el tratamiento del dolor crónico no oncológico a nivel estatal carece de una visión de conjunto que ofrezca estrategias de organización y de recursos, así como otros

aspectos necesarios que no sean estrictamente farmacológicos (iniciativas de prevención, información, fisioterapias, guías clínicas de autogestión, etc.)

Sin embargo, las consultas por dolor en España son muy comunes, tanto en atención primaria como en urgencias. La mayoría de ellas (hasta un 80 %) se resuelven en el ámbito de la atención primaria y el resto se deriva al especialista; si allí no se resuelven entonces pasan a las unidades del tratamiento del dolor.

Según indica Torralba et al: “la escasez de recursos en las unidades del tratamiento del dolor, unida a la indefinición en la tipología de pacientes en la que está incluida la derivación a las mismas, hace aumentar las listas de espera y alarga el proceso de tratamiento. Ambos factores traen como consecuencia el estancamiento de la enfermedad en los pacientes. Cuando se logra educar a los pacientes de larga duración en el padecimiento y el control del dolor, en lugar de en la desaparición del mismo, estos pasan de nuevo al médico de atención primaria para los controles periódicos.”

Según la Sociedad Española del Dolor (SED), aproximadamente el 2 % de los pacientes con dolor crónico se encuentran en las unidades del tratamiento del dolor, el 83 % en atención primaria y el 15 % en el especialista.

4. Metodología

El presente estudio tiene por objetivo general analizar las propuestas de autogestión de dolor crónico existentes en España e identificar los beneficios específicos de las que incluyen mindfulness. La metodología aplicada se ha enfocado a dar respuesta a sus objetivos específicos combinando el análisis de estadísticas, análisis de literatura y fuentes secundarias con trabajo de campo a través de la participación en el programa "Mindfulness y Compasión para la Salud MBPM" de RespiraVida BreathWorks y el curso de UAB, de manera que ha existido una triangulación de fuentes.

El primer punto de referencia en la investigación han sido las estadísticas referidas a dolor crónico en España con el objetivo de definir el marco teórico y estado de la cuestión sobre los datos principales sobre el dolor crónico en España: incidencia en la población, perfil de los pacientes, tipos de dolor y comorbilidades asociadas, impacto social y económico, etc.

A partir de ahí se ha realizado una revisión bibliográfica de artículos a dos niveles:

- Aplicación de programas de mindfulness a pacientes con dolor crónico para la evaluación de la eficacia demostrada del uso de estos programas y sus beneficios asociados
- Elementos de los programas de autogestión de enfermedades crónicas, y específicamente, en la medida que ha sido posible, de dolor crónico

En tercer lugar, tomando la posición de un paciente con dolor crónico interesada en conocer guías y programas de autogestión del dolor se realizó una búsqueda abierta en Google de los términos *autogestión de dolor crónico* *guías* y *programas*.

Los criterios de inclusión en este estudio han sido:

- Estar publicados en castellano
- Estar dirigidos a pacientes
- Tener carácter oficial (estar avalado y diseñado por una entidad médica y/o especializada reconocida)
- Tener carácter de guía o programa estructurado

- Estar disponibles online

No se han incluido por tanto artículos periodísticos breves con recomendaciones de gestión del dolor, ni documentos dirigidos a médicos o profesionales sanitarios (ya que presentaban un enfoque y lenguaje técnico no enfocado a pacientes).

También se ha descartado el curso online “Vivir con Dolor: Herramientas para el autocuidado y el control del dolor crónico” de la Escuela Virtual de la Salud de la Comunidad de Madrid (2022), ya que, aunque en su descripción indica dirigirse a pacientes con dolor, su temario, estructura y formato de la plataforma parecen indicar que esta diseñado para profesionales.

A partir de estos criterios únicamente se han identificado tres guías de carácter oficial, un curso y un programa estructurado ("Mindfulness y Compasión para la Salud MBPM") en el que tuve la ocasión de participar en formato online, entre los meses de septiembre y diciembre 2022, como parte de la investigación.

Puesto que este único programa cuenta con una versión en formato libro, además, se consultó esta publicación (“Tú no eres tu dolor” Burch, 2016) así como otra literatura sobre el programa Mindfulness y Compasión para la salud MBPM, en especial el libro “Vivir bien con el dolor y la enfermedad” (Burch, 2014).

Una vez identificados las guías y programas que cumplían los criterios se ha procedido al análisis de sus elementos, prestando atención específica a la incorporación de mindfulness como parte de las herramientas propuestas para la autogestión del dolor tal, para poder dar respuesta a los objetivos.

Aplicabilidad de las conclusiones

Las conclusiones del estudio están enfocadas a España en lo que al estado de la cuestión se refiere.

Las conclusiones relativas a la disponibilidad de guías y programas de autogestión del dolor crónico que cuenten con mindfulness si bien se refieren al contexto español son ampliables a todos los países y personas de habla castellana en tanto que todos los recursos analizados están disponibles online, de manera que no existen barreras geográficas para los pacientes que deseen utilizarlos.

5. La investigación

A continuación, se presentan los resultados de la investigación. En una primera sección se definen las premisas del estudio y en las dos siguientes se identifican las conclusiones principales de la revisión bibliográfica referente a dolor crónico y mindfulness y a los programas de autogestión del dolor crónico en España. En la última se presentan las conclusiones conjuntas derivadas de estas dos secciones intermedias.

5.1.Premisas

5.1.1. El dolor crónico es una enfermedad, no un síntoma

Tal y como se ha explicado en la Sección 3 de este documento, en los últimos años se ha producido una evolución importante en cuanto a la consideración de la importancia que tiene el dolor cónico en la vida de quienes lo padecen. Además, investigaciones y estudios acerca han permitido entender mejor el funcionamiento del dolor y un han ofrecido un cambio de perspectiva por el que el dolor crónico actualmente se considera una enfermedad y no un síntoma.

En esta línea el Grupo de Trabajo del Dolor de la Sociedad Española de Médicos Generales y de Familia (SEMG) dirigido por la doctora Juana Sánchez Jiménez. señaló en 2017 que: "el impacto del dolor en la calidad de vida global y en las dimensiones física y psicológica, "es muy importante y similar al de enfermedades como el cáncer". Así como el dolor agudo es un síntoma, el dolor crónico constituye una verdadera enfermedad, considerado como un problema de salud pública a nivel mundial y siendo la causa más frecuente de sufrimiento y discapacidad".

Desde esta perspectiva de enfermedad se considera necesaria la referencia a las estrategias de prevención del dolor, que se definen en función del momento temporal en el que se intervenga:

- prevención primaria: dirigida a impedir la aparición misma del dolor, se trata de programas destinados a prevenir la ocurrencia de lesiones, heridas, traumatismos, etc. Se trata de intervenciones previas a la aparición de cuadros de dolor agudo;
- prevención secundaria: técnicas y estrategias dirigidas a impedir el desarrollo de problemas de dolor y de discapacidad crónicos. El objetivo es detener el proceso de cronificación;
- prevención terciaria: son programas clásicos de intervención que pretenden ayudar a pacientes, que ya han desarrollado cuadros de dolor crónico, a recuperar una vida normal. Se trata de evitar que el problema empeore aún más.

Las guías y programas analizados en esta investigación son herramientas de ayuda principalmente para la prevención la terciaria.

A la vista de los datos aportados sobre el dolor y su impacto en la población recogidos en la Sección 3 Estado de la cuestión y Marco teórico, y la consideración de enfermedad del dolor crónico, con su alto impacto en la calidad de vida de los pacientes, se considera relevante el ámbito de esta investigación sobre guías de autogestión y la incorporación en ella de herramientas como mindfulness, que permitan a lo pacientes contar con recursos suficientes para recuperar en a medida que sea posible su bienestar.

5.1.2. Pacientes activos

Junto a este planteamiento más actual según el cual el dolor se considera como una enfermedad y no un síntoma, coexiste con la realidad creciente del concepto de pacientes activos que se considera una de las tendencias de futuro del sector salud. Cada vez más la tecnología y la propia evolución de la sociedad, cada vez más acostumbrada a la co-creación en otros ámbitos, están haciendo que los pacientes se involucren más y con mas conocimientos y herramientas en sus tratamientos médicos y que pueda existir el espacio para una gestión bidireccional médico-paciente de dolencias crónicas.

Frente a modelos paternalistas de atención de la salud que sitúan al paciente en el papel de receptor pasivo, la participación más activa, exigida por muchos pacientes está en consonancia

con las realidades de las enfermedades crónicas, en las que la responsabilidad del manejo diario de la enfermedad se desplaza gradualmente de los profesionales de la salud al individuo.

El paciente con dolor crónico es un paciente complejo, que puede tener más de una fuente de dolor o patología y cuyo tratamiento a menudo implica de cambio de hábitos, por lo que requiere de un abordaje pluridisciplinar e individualizado, en el que el paciente ocupa un lugar central ya que cada caso es diferente y, a menudo, es el propio paciente quien mejor conoce su situación y ha probado en sí mismo diversos tratamientos propuestos por diferentes especialidades.

En este contexto y como se describe más adelante en la Sección 5.3., los modelos de autogestión de la enfermedad jugarán un papel cada vez más importante a futuro, como referentes de apoyo para pacientes crónicos y, al mismo tiempo, como fórmulas para aliviar la sobre carga los servicios de atención primaria que luchan por hacer frente a las demandas de atención urgente.

5.2. Mindfulness y dolor

Mindfulness se define como “Prestar atención de manera intencional al momento presente, sin juzgar” (John Kabat- Zinn, 1979). Se trata de una práctica basada en principios de meditación Budista por la que la conciencia, no elaborativa, permanece centrada en el presente, en la cual cada pensamiento, sensación o emoción que emerge en el campo atencional es reconocida y aceptada tal y como es, con aceptación y sin juicio.

Desde hace 30 años se está produciendo un cambio en la Medicina y Psicología Occidental a través del desarrollo de diversos programas estandarizados como el programa MBSR (Mindfulness Based Stress Reduction) y el MBCT (Terapia Cognitiva Basada en Mindfulness).

La experiencia de sensaciones, pensamientos, estados corporales, curiosidad y aceptación, junto con prestar atención a lo que ocurre en el momento presente, abiertamente, sin prejuicios, puede contrarrestar el estrés generado por la orientación de los pensamientos hacia el pasado y futuro, permitiendo a la persona ver su condición de salud de una manera que provoque menos

ansiedad. Además, favorece que no se lleve a cabo la conducta de evitación, considerada una estrategia de afrontamiento desadaptativa.

La efectividad de la Terapia basada en Mindfulness o Atención Plena para reducir los síntomas de estrés, ansiedad y depresión en personas con enfermedades físicas crónicas está demostrado a través de estudios específicos en diabetes, enfermedades respiratorias, enfermedades cardiovasculares, cáncer y dolor crónico entre otras.

En el caso concreto del dolor crónico, el artículo “Intervenciones Basadas en Mindfulness y Compasión en dolor crónico” de Palao Tarrero et al (2019) explica: “Durante el procesamiento del dolor crónico intervienen múltiples áreas cerebrales produciendo cambios tanto estructurales como funcionales; en esto en ocasiones puede dar como resultado una mala adaptación al mismo. El dolor activa el sistema de alerta, aumenta el miedo, la ansiedad, el stress y la atención dirigida al mismo. Además, ante la amenaza, puede activar nuestro sistema de apego, aumentando la inseguridad y la indefensión. Las intervenciones basadas en mindfulness trabajan tanto con los aspectos corporales como con los aspectos cognitivo-emocionales del dolor, de modo que puede permitir el desacoplamiento de redes neuronales que habitualmente se activan juntas. Las sensaciones desagradables se hacen más tolerables si pueden vivirse “momento a momento”. Promueve la aceptación de las experiencias, el desapego de los eventos mentales (desidentificación de los mismos), reduce el estado de hiperalerta hacia el dolor y promueve una actitud proactiva de autocuidado y de buscar alivio del sufrimiento.” Es decir, los objetivos de las intervenciones basadas en mindfulness en dolor crónico son desacoplar los aspectos sensoriales del dolor de los aspectos evaluativos y emocionales del mismo, promoviendo una conciencia desapegada de las sensaciones somáticas y psicológicas del cuerpo.

La misma publicación explica que son varios los mecanismos subyacentes que se han propuesto tradicionalmente para explicar los efectos beneficiosos de las terapias basadas en mindfulness para tratar el dolor crónico, entre los que se encuentran: el aumento de la flexibilidad cognitiva y la capacidad de aceptación del dolor, la disminución de la rumiación, la reducción de la anticipación del dolor y de la catastrofización.

El primer artículo sobre el manejo del dolor con mindfulness: “The clinical use of mindfulness meditation for the self-regulation of chronic pain” fue publicado en 1982 por Kabat-Zinn, creador del programa MBSR (Mindfulness-based Stress Reduction o Reducción de Estrés basado en Mindfulness/Atención Plena). El programa se desarrolló inicialmente para pacientes con dolor crónico y afecciones relacionadas con stress en entornos de medicina conductual. En este contexto la meditación facilitaba la separación de la dimensión sensorial del dolor de la reacción de alarma afectiva, reduciéndose la experiencia de sufrimiento a través de una reevaluación cognitiva.

Desde entonces, son numerosos los artículos publicados en los que se evidencian los beneficios de los programas de mindfulness y compasión en pacientes con dolor crónico de diversos tipos.

Los beneficios mas reconocidos son:

- Regulación emocional de una manera mas adaptativa, favoreciendo un mayor bienestar psicológico y la prevención de aparición de trastornos psicológicos asociados al estrés (Felipe et al 2014)
- Reducción de la sensación de dolor y mayor aceptación (Henriksson 2013)
- Mayor control y aceptación del dolor y disminución de la incapacidad que genera (Gotink R.A, et al. 2015)
- Mejora en la inferencia del dolor, el distres emocional, la discapacidad y la calidad de vida (Torrijos 2018)
- Mayor capacidad mindful, autocompasión y bienestar psicológico, satisfacción con la vida, vitalidad subjetiva y reducción significativa del dolor (Alonso et al 2018)

En el caso concreto de la autogestión del dolor crónico entre los pacientes de atención primaria con enfermedad crónica, los resultados de Gawande indican que una dosis de ocho semanas de entrenamiento de atención plena (duración típica de un programa) es más efectivo que prácticas de atención plena en dosis bajas.

Además, de entre los estudios específicos realizados sobre los beneficios del programa "MBPM Mindfulness y Compasión para la Salud " de RespiraVida BreathWorks destaca el de Doran (2014) en el que identifica mejoras específicas de los pacientes participantes en cinco subtemas: 1) fragmentación de la experiencia del dolor, 2) cambios en la relación con el dolor, 3) soltar las etiquetas, 4) autocompasión y aceptación, y 5) bienestar dentro de la enfermedad.

Y explica como, al final del programa MBPM, aunque los participantes aún vivían con dolor, habían podido comprobar como el sufrimiento causado por el dolor que padecían, y que a menudo dominada sus vidas, podía cambiar. En lugar de temer, bloquear o resistir su dolor, estaban empezando a encontrar maneras de moverse a través de él y vivir con él, lo que modificó su experiencia inicial de sentirse estancado y atrapados por el dolor, hacia una mayor autopercepción y conciencia corporal que les permitía romper los ciclos temporales de dolor y sufrimiento gracias a las herramientas adquiridas en el programa, mejorando su bienestar y calidad de vida.

Factores que modulan la tolerancia al dolor crónico

Por ultimo, indicar que, si se tienen en cuenta los factores que modulan la tolerancia al dolor crónico identificados por Twycross en 2004, que se recogen en la Tabla 2, se puede observar como la mayor parte de los beneficios asociados al mindfulness descritos en los estudios mencionados, actúan de forma positiva sobre los factores que disminuyen la tolerancia al dolor. Es decir, la disminución de los factores que disminuyen la tolerancia al dolor se puede inferir como un incremento de la tolerancia y del bienestar de los pacientes.

Tabla 2: Factores moduladores de la tolerancia al dolor crónico

Disminuyen la tolerancia	Aumentan la tolerancia
Disconfort / inquietud	Control de otros síntomas
Insomnio	Sueño reparador
Fatiga / cansancio	Fisioterapia
Ansiedad	Terapia de relajación
Temor / miedo	Apoyo / Comunicación / información
Enfado	Comprensión / empatía
Aburrimiento	Terapia ocupacional / Actividad
Tristeza	Compañía / comunicación
Depresión	Buen humor / Comprensión del significado de dolor
Introversión	Comunicación
Abandono social	Apoyo social e institucional
Aislamiento "mental"	Comunicación / información

Fuente: Twycross 2004

5.3. Autogestión de la enfermedad

La Organización Mundial de la Salud (OMS) define salud como “un estado de completo bienestar físico, bienestar mental y social y no meramente la ausencia de enfermedad o dolencia”. En los últimos años, diversos estudios han avanzado esta definición de carácter

estático para incluir la capacidad de adaptarse al entorno propio y proponiendo incorporar el concepto de autogestión en la definición de salud, que quedaría definida como “la capacidad adaptarse y autogestionarse frente a los retos físicos y emocionales”.

Nakagawa-Kogan et al. (1988) describen el autocuidado como un tratamiento que combina técnicas de intervención biológica, psicológica y social, con el objetivo de maximizar el funcionamiento de los procesos reguladores de la enfermedad. Para Clark et al (1991) la autogestión se interpreta como las tareas diarias que un individuo debe emprender para controlar o reducir el impacto de la enfermedad en su estado de salud física. Las tareas y estrategias de autogestión, en el entorno cotidiano y doméstico, se llevan a cabo en colaboración y con la orientación del médico y otros proveedores de atención médica. Estos mismos autores sugieren que los individuos con dolencias crónicas también tienen que hacer frente a los problemas psicosociales generados por la enfermedad crónica y deben manejar la vida diaria de acuerdo con sus condiciones económicas y sociales. Explican, además, que la autogestión exitosa de las condiciones crónicas requiere un conocimiento suficiente de la condición y su tratamiento, la realización de actividades de manejo de la condición y la aplicación de las habilidades necesarias para mantener un funcionamiento psicosocial adecuado. Teniendo en cuenta estos factores definen la autogestión de la siguiente manera:

“La autogestión se refiere a la capacidad del individuo para manejar los síntomas, el tratamiento, las consecuencias físicas y psicosociales y los cambios en el estilo de vida inherentes a vivir con una afección crónica. La autogestión eficaz abarca la capacidad de controlar la propia condición y de efectuar las respuestas cognitivas, conductuales y emocionales necesarias para mantener una calidad de vida satisfactoria. Se establece así un proceso dinámico y continuo de autorregulación.”

Estos mismos autores, Clark et al, explican como este cambio de enfoque esta justificado en el aumento de las enfermedades no transmisibles, por casus demográficas y epidemiológicas, en un contexto de la multimorbilidad. Ante esta situación, la atención medica no solo se dirige a intentar curar la enfermedad, si no también a empoderar a los pacientes para que se sean capaces de autogestionar las consecuencias de su condición o enfermedad.

En concreto, indican, las intervenciones enfocadas a la autogestión acompañadas de atención médica se implementan cada vez más para personas con enfermedades crónicas y, entre ellas, las relacionadas con la gestión del dolor. En esta línea, tomando como referencia los resultados

de la revisión sistemática de programas de autogestión de Panagioti et al (2014), indican que las intervenciones dirigidas a la autogestión mejoran significativamente los resultados de salud, lo que resulta en una reducción en la utilización de la atención médica.

Esta valoración es coherente con las referencias aportadas por la “Guía de Autocuidado Asistido” publicada en 2020 por NHS England and NHS Improvement (Servicio Público de Salud de Inglaterra). Este documento, que promueve un sistema de cuidado de la salud personalizado, en base a la complejidad de las intervenciones y las oportunidades de bienestar de los pacientes, indica que cuatro de cada diez personas que viven con una condición a largo plazo no tienen el conocimiento, las habilidades y la confianza para manejar su salud y bienestar en su día a día. Como resultado, a menudo tienen una menor calidad de vida, hacen un mayor uso de la atención primaria y los servicios de emergencias que quienes tienen más conocimientos, habilidades y confianza.

5.3.1. Autogestión es un enfoque diferente de la educación del paciente

Tradicionalmente, la educación del paciente ha implicado aportar información específica de la enfermedad, la enseñanza de habilidades específicas relacionadas con la enfermedad y la planificación de contingencias. La autogestión se enfoca más en enseñar habilidades generales que los pacientes podrían usar para manejar su condición e incluye aprender cómo resolver problemas, usar los recursos de la comunidad de manera efectiva, trabajar con el equipo de atención médica y cómo iniciar nuevos comportamientos.

Bodenheimer et al han identificado las principales diferencias entre la educación del paciente y la educación para la autogestión y el autocuidado y señala que, el objetivo de la educación tradicional del paciente es el cumplimiento, mientras que el objetivo de la educación para el autocuidado, o autogestión, es aumentar la autoeficacia y mejorar los resultados clínicos. Ambas actividades son esenciales para ayudar a los pacientes a lograr la mejor calidad de vida e independencia; sin embargo, la educación tradicional del paciente generalmente no es suficiente para personas que presentan dolencias crónicas de por vida.

5.3.2. Autogestión acompañada y formada – una nueva relación

Desarrollar modelos de autogestión en los que el paciente pueda estar acompañado por profesionales de la salud mientras ocupa el papel central en el manejo de sus dolencias crónicas supone un cambio en la relación entre los profesionales de la salud y el cuidado y los pacientes

crónicos, que implica que la persona no sea vista como un paciente con síntomas o diferentes condiciones que necesitan tratamiento, sino como una persona completa con habilidades, fortalezas y atributos, así como necesidades que necesitan ser satisfechas.

Sin información, apoyo y educación, afrontar las tareas de autogestión suele ser un proceso largo y frustrante de prueba y error que puede llevar un tiempo considerable. Por esta razón la función de acompañamiento es fundamental para que este nuevo tipo de relación sea beneficioso y tenga éxito. En la medida en que se desarrollen programas y guías que, en el caso concreto del dolor crónico, faciliten herramientas para su autogestión, se acelerará el proceso de aprendizaje y se facilitaran entornos de apoyo que fomente la adquisición de habilidades de autocontrol, autogestión y cambios de hábitos informados que permitan mejorar la calidad de vida de los pacientes.

En este sentido, la misma guía británica, explica como la autogestión acompañada de ofrecer al paciente, de manera sistemática, ayuda para ayudar a desarrollar conocimientos, habilidades y confianza a tres niveles:

- coaching de salud: apoyo y asistencia para identificar, adquirir y utilizar los conocimientos, habilidades y confianza para convertirse en participantes activos en su autocuidado, para que puedan alcanzar sus objetivos de salud y bienestar;
- educación para la autogestión: cualquier forma de educación o capacitación formal para personas con condiciones crónicas, con el objetivo de ayudarlas a desarrollar conocimientos, habilidades y confianza que necesitan para manejar su propia salud cuidar de manera efectiva;
- apoyo entre pares: una variedad de enfoques a través de los cuales las personas con condiciones crónicas se apodan apoyar mutuamente a la hora de comprender mejor las características de su enfermedad, sus procesos y ayudar a la recuperación o la autogestión. Este apoyo puede ser formal o informal, ofrecido por pacientes formados y capacitados, por personal sanitario de apoyo y/o voluntarios que cuenten con experiencia previa en la patología.

5.3.3. Beneficios de la autogestión para los Sistemas de Salud

De acuerdo con la Guía de Autocuidado Asistido del sistema de salud del Reino Unido, existen evidencias que avalan que el desarrollo de herramientas de autogestión no beneficia

únicamente a los pacientes, sino que también tienen un impacto positivo en el sistema de salud. Este documento explica como una evaluación independiente realizada en este país identificó que las personas que tenían el mayor conocimiento, habilidades y confianza tenían un 19% menos de citas con el médico de atención primaria.

En el caso del dolor, los estudios realizados por The British Pain Society apuntan en la misma dirección, indicando que los programas de autogestión del dolor son rentables, ya que reducen la necesidad del uso de atención médica y permiten un uso más apropiado de los recursos sanitarios. Estos estudios destacan que los programas de autogestión del dolor permiten que los problemas relacionados con el dolor puedan circunscribirse a los departamentos de atención primaria y emergencias, reduciéndose la derivación a servicios especializados y el uso de medicamentos.

5.4. Programas de autogestión del dolor crónico

Los programas de autogestión del dolor consisten en métodos para promover el cambio de comportamiento y promover el bienestar en los que el paciente asume el control de su autocuidado de manera supervisada por un profesional médico. Estos programas asumen que lo que funciona para aliviar el dolor crónico es diferente para cada persona, ya que solo uno mismo puede hacer un seguimiento día a día y descubrir sus patrones de dolor.

Habitualmente tiene un enfoque multidisciplinar e incluyen educación sobre fisiología del dolor, psicología del dolor, salud general y autocontrol del dolor. Los programas de autogestión del dolor también contienen prácticas guiadas sobre el ejercicio y la gestión de actividades, el establecimiento de objetivos, la identificación y el cambio de creencias y formas de pensar inútiles, la relajación y el cambio de hábitos que contribuyen a la discapacidad. También se recomiendan métodos para mejorar la aceptación, la atención plena y la flexibilidad psicológica. Los participantes practican estas habilidades en su hogar y en otros entornos para convertirse en expertos en su aplicación y en integrarlas en sus rutinas diarias.

Los programas de autogestión del dolor basados en principios cognitivo-conductuales, se plantean para personas con dolor persistente que afecta negativamente a su calidad de vida y donde hay un impacto significativo en la función física, psicológica y social.

El formato puede ser individual o grupal. Los programas de autogestión del dolor que tienen formato grupal para normalizar la experiencia del dolor, maximizan las posibilidades de aprender de otros miembros del grupo.

5.4.1. Perspectivas y elementos de los programas de autogestión

La revisión de la tipología de los programas de autogestión del dolor ha llevado a identificar tres perspectivas diferentes de los elementos que debe incluir un programa de autogestión del dolor, para su funcionamiento óptimo, mejorando las condiciones iniciales del paciente.

Las tres perspectivas identificadas en la investigación son:

- A. Valoración teórica de las metodologías desde el punto de vista del modelo, en este caso IASP (International Association for the Study of Pain) (para una investigación universitaria);
- B. Recomendaciones desde sociedades médicas, en este caso la British Pain Society;
- C. Valoración concreta desde el punto de vista de la experiencia de pacientes.

Tras revisar los criterios y variables de las tres perspectivas se concluye:

- En todos los casos de cumplen con la mayoría de los 10 diez atributos que delinear el concepto de autogestión de dolencias crónicas establecido por Dominique Van de Velde et al. (2019) y que suponen el marco de referencia para las herramientas de autogestión de la enfermedad.
- Algunos de los aspectos abordados son comunes, con independencia de por quien se propongan (Planificación de rutinas, Actividad física, Habilidades de autorregulación o Manejo de emociones difíciles)
- Existen aspectos específicos propios en las distintas perspectivas

Por estas razones se considera que las tres perspectivas son válidas y complementarias y pueden contribuir a la mejora de la situación de autogestión del dolor por parte de los pacientes, por lo que se ha decidido evaluar las guías de autogestión del dolor analizadas en base a las tres perspectivas.

A continuación, se describen los tres planteamientos, cuyas temáticas y ámbitos concretos se evalúan en la Sección 5.5. para cada una de las guías de autogestión analizadas en esta investigación y se comparan en la Sección 5.6. de este documento.

A- De acuerdo con IASP (International Association for the Study of Pain), si bien existe una amplia variedad de programas de autocontrol, una revisión de los estudios de intervención de autocontrol del dolor crónico publicados desde 2007 encontró que la mayoría de las intervenciones se pueden clasificar en tres categorías amplias:

- 1- El modelo de Stanford que tiene como objetivo proporcionar un conjunto de herramientas de conocimientos y habilidades para manejar el dolor y sus consecuencias físicas, sociales y emocionales.
- 2- Terapia de aceptación y compromiso con un enfoque en el cambio de comportamientos motivados por el miedo al dolor a aquellos motivados por la voluntad de volver a participar en actividades valiosas a pesar del dolor.
- 3- Terapia cognitivo-conductual que utiliza principios para ayudar a identificar las relaciones entre pensamientos, emociones y conductas y fomentar conductas positivas de autocontrol.

B- Recomendaciones desde sociedades medicas, en este caso la British Pain Society

La guía “Guidelines for Pain Management Programmes for adults, An evidence-based review prepared on behalf of the British Pain Society”, publicada por The British Pain Society, November 2013, revisada en 2018, se plantea como una respuesta a la necesidad ofrecer información y orientación a aquellas personas involucradas en desarrollar y ejecutar intervenciones biopsicosociales dirigidas a pacientes con dolor crónico, no oncológico, definiendo cual es el contenido deseable de los programa de gestión del dolor.

C- Valoración concreta desde el punto de vista de la experiencia de pacientes

La percepción de las necesidades por parte de los pacientes puede y suele presentar diferencias respecto de la visión que se ofrezca desde los servicios médicos, por eso se considera relevante incluir en esta investigación la perspectiva de los pacientes y tener en cuenta sus aportaciones en los temas más relevantes que deberían a abordarse en los programas de autogestión del dolor.

El grupo de trabajo canadiense Global Alliance of Partners for Pain Advocacy (GAPPA) Task Force recoge en su informe de 2021 las contribuciones y estudios de Keith Meldrum, como International Persistent Pain Advocate y autor de “A Path Forward” sobre la “Autogestión con ayuda desde una perspectiva de experiencia vivida”

Su planteamiento sostiene que la autogestión con ayuda implica relaciones efectivas entre las personas que viven con dolor y sus proveedores de atención médica, trabajando en colaboración en técnicas de autogestión bien establecidas.

Así, las bases para esta relación de apoyo del sistema sanitario para pacientes que participan en programas de autogestión del dolor deben estar basadas en: escucha activa, validación del dolor del paciente como algo real, uso de un lenguaje positivo, el desarrollo de relaciones de confianza y la toma de decisiones conjunta.

Uno de los elementos diferenciales de su enfoque es señalar, con claridad, que se requiere un cambio por parte de los proveedores de atención médica para no ver a una persona con dolor como alguien con síntomas que requiere tratamiento, sino más bien como una persona entera con habilidades, fortalezas y atributos. Así mismo destaca que para que la autogestión con ayuda resulte exitosa requiere acciones tanto de los proveedores de atención médica como de la persona que vive con dolor.

5.5. Guías y programas de autogestión del dolor analizados

5.5.1. Guía para el manejo del dolor, herramientas de autoayuda.

TÍTULO:	Guía de manejo del dolor, Herramientas de autoayuda
AUTOR/ES:	María Rivas, Psicólogo clínico de la Unidad del Dolor del Hospital Universitario de la Princesa y del Comité de Atención del Dolor
INSTITUCIONES:	Instituto de Investigación Sanitaria del Hospital Universitario de la Princesa, Sociedad Española del Dolor, Fundación Grunenthal
FECHA PUBLICACION:	2021
GUIA / PROGRAMA:	Guía
URL:	https://www.sedolor.es/pacientes/documentacion/

Se trata de una guía enfocada a abordar los conceptos básicos de la autogestión del dolor aportando consejos, que según indica, han demostrado su utilidad en estudios previos en diferentes países, para abordar situaciones similares a las del lector-usuario.

Hace especial énfasis en la necesidad de mantener una actitud positiva frente al dolor como primer paso para conseguir una mejor calidad de vida ante la compleja tarea de “evitar que sea el dolor quien gobierne”.

La guía se divide en dos secciones: 1) identificación del tipo de dolor como crónico o persistente y 2) Como manejar el dolor y ofrece cuatro consejos concretos en este sentido:

1. Aprende técnicas de relajación – ofrece algunas técnicas de respiración muy sencillas
2. Realiza actividades agradables – una sugerencia interesante, que sin más apoyo o explicación queda poco sustentada y puede resultar frustrante para el paciente
3. Aprende a priorizar y planifica los días – con una breve iniciación al esfuerzo equilibrado
4. Aprende a controlar tus pensamientos negativos sobre el dolor – ofrece claves de mindfulness como detectar pensamientos negativos, dejarlos ir, o no identificarse con ellos. Aunque ofrece algunos ejemplos, esta referencia que podría ser interesante, resulta demasiado breve y sin ofrecer el apoyo de técnicas de mindfulness que permita al paciente desarrollarlo de manera guiada y efectiva.

5.5.2. Desafía tu dolor, Guía para la prevención y manejo del dolor crónico.

TITULO:	Desafía tu dolor, Guía para la prevención y manejo del dolor crónico
AUTOR/ES:	M ^º Ángeles Canós Verdecho. Especialista en Anestesiología y Tratamiento del Dolor. Jefa de la Unidad de Dolor; Elisa Gallach Solano. Especialista en Psicología Clínica; Rosa M. Izquierdo Aguirre. Especialista en Anestesiología y Tratamiento del Dolor; Ruth Robledo Algarra. Especialista en Anestesiología y Tratamiento del Dolor; Ara Bermejo Marín. Especialista en Neurología y Rehabilitación; Rebeca Piles Andrés. Enfermera experta en Dolor; Carmen Mas Benlloch. Enfermera experta en Dolor. Y supervisado con la colaboración de pacientes afectados de Dolor Crónico.
INSTITUCIONES:	Unidad para el estudio y tratamiento del Dolor del Hospital Universitari i Politècnic La Fe de Valencia
FECHA PUBLICACION:	2021
GUIA / PROGRAMA:	Guía
URL:	http://www.lafe.san.gva.es/c/document_library/get_file?uuid=8238b9ad-35bc-4d2a-9e7c-22e65ef451b7&groupId=18

Esta guía se enfoca en la prevención con el objetivo de tratar de evitar que el dolor se convierta en crónico. Reconoce la complejidad médica de una persona que padece dolor crónico y la necesidad de un abordaje multidisciplinar. Es relevante señalar como explica con claridad que la estrategia terapéutica a seguir debe de ser escalonada, progresiva y continuada en el tiempo, sin interrupciones.

En la guía se recomiendan pautas de actuación para ayudar a prevenir el dolor y, si este ya estuviera presente, trata de mejorar el funcionamiento cotidiano y la calidad de vida del paciente a lo largo de siete capítulos temáticos:

1. Disciplina con las dosis: sigue las recomendaciones
2. Deporte y ejercicio: mueve el cuerpo
3. Disfruta y dirige tus emociones

4. Dieta y alimentación sana
5. Detecta las malas posturas y adapta tu entorno
6. Dialoga con los amigos
7. Descubre las redes y conéctate

El capítulo 3 resulta especialmente interesante desde la perspectiva de esta investigación ya que se dedica al autocuidado emocional. Bajo el título “Disfruta y dirige tu emociones” explica el impacto del dolor crónico y malestar persistente en el estado de ánimo y la capacidad de disfrute de la personas, por lo que ofrece seis claves, algunas de las cuales están presentes o relacionadas con mindfulness: aceptación, búsqueda de actividades gratificantes, control del stress, transformación de pensamientos negativos, pacing (esfuerzo equilibrado) y entrenamiento de la agilidad mental.

Sin embargo, a pesar de estas referencias, es necesario mencionar que sorprende comprobar como las palabras mindfulness y meditación no aparecen en el texto, si bien las cuatro primeras claves propuestas están directamente relacionadas con mindfulness. Dentro de la clave de Control del Stress se menciona la atención plena como una técnica junto con la relajación muscular, la respiración rítmica o escuchar música tranquila.

De nuevo, y como ocurría en la guía anterior, las pautas que se ofrecen son relevantes y una buena base, si bien su referencia y explicación es tan breve que puede resultar complicado para el paciente su desarrollo. Especialmente en las referidas a emociones y pensamientos, sin duda es necesario un mayor contenido para que puedan resultar más útiles y eficaces.

5.5.3. Actúa ante el dolor crónico

TÍTULO:	Actúa ante el dolor crónico
AUTOR/ES:	waa
INSTITUCIONES:	Fundació Salut i Envelliment, Universidad Autonoma de Barcelona
FECHA:	2018
GUIA / PROGRAMA:	Curso online
URL:	https://es.coursera.org/learn/actua-dolor-cronico

Se trata de un curso online ofrecido por la plataforma Coursera y avalado por la Fundació Salut i Envel·liment de la Universitat Autònoma de Barcelona, en el marco del "Aula Fundació Grunenthal de Dolor".

Su objetivo es dar respuesta a las necesidades derivadas de convivir con el dolor. Está enfocado a aproximarse al dolor crónico (independientemente del tipo que sea) de manera general, para contribuir a mejorar el manejo del mismo por parte del paciente. Hace hincapié en que las propuestas y estrategias que se incluyen en el curso para mejorar el autocuidado de la salud están basadas en la evidencia científica.

El temario está estructurado en lecciones agrupadas en seis semanas, si bien se puede realizar al ritmo que se desee. Incluye:

1. Aprendizaje online
2. Conocer el dolor. Comprendiendo el dolor
3. Conviviendo con el dolor
4. Afrontando el dolor. El abordaje psicosocial
5. Afrontando el dolor: Círculo de estrategias psicoemocionales
6. Afrontando el dolor: Círculo de estrategias físico-sanitarias

Mindfulness se incluye en la semana 5 "Afrontando el dolor: Círculo de estrategias psicoemocionales". El módulo tiene por objetivo mostrar diferentes técnicas que pueden ser de ayuda para el afrontamiento del dolor en las que se incluyen: la conciencia plena, la relajación, la respiración, el pensamiento positivo, la resiliencia, las técnicas comunicativas o de la resolución de problemas, la gestión emocional.

La explicación de Mindfulness o Conciencia Plena se realiza a través de un video de 2 minutos en el que se ofrece la definición y se hace referencia a una entrevista disponible con Jon Kabat-Zin, su libro "Vivir con plenitud en crisis" y su programa REBAP. El módulo se completa con ejercicios de conciencia plena (una meditación de 12 minutos) y relajación muscular.

5.5.4. Guía del manejo del dolor.

TÍTULO:	Guía del manejo del dolor
AUTOR/ES:	Pete Moore y Dra Frances Cole
INSTITUCIONES:	Acreditado y revisado por la Fundación Josep Laporte de la Universitat Autònoma de Barcelona
FECHA PUBLICACION:	2021
GUIA / PROGRAMA:	Guía
URL:	https://www.dolor.com/-/media/projects/dolor/para-sus-pacientes/otros-recursos/articulos-de-interes/guia-manejo-dolor/guia-ma

De esta guía destaca, como aspecto diferencial, estar planteada para personas que ya tienen experiencia con el dolor y que han sufrido recaídas y desde la experiencia autorizada del equipo de paciente y doctora que la han escrito. Se dirige a los pacientes de dolor crónico desde un optimismo realista, creando una serie de rutinas dirigidas a reducir el componente suerte y a facilitar herramientas concretas para aplicar en las inevitables las recaídas que transmiten un conocimiento profundo de la realidad física y emocional asociadas a los procesos de dolor persistente.

El objetivo es facilitar una gran variedad de herramientas que se puedan tener a mano listas para ser utilizadas siempre que se necesiten, ofreciendo ejemplos concretos de implementación en la vida cotidiana (ir de compras o planchar, por ejemplo) y en momentos difíciles como las recaídas, al mismo tiempo que enfatiza la importancia del ejercicio físico.

Estas herramientas están agrupadas en doce categorías:

1. Herramienta #1 Afrontar positivamente el dolor crónico y seguir adelante
2. Herramienta #2 Implicarse. Formar un parte de un equipo de apoyo
3. Herramienta #3 Marcarse un ritmo
4. Herramienta #4 Aprender a priorizar y planificar el día a día
5. Herramienta #5 Marcarse objetivos y planes de acción
6. Herramienta #6 Ser paciente con uno mismo
7. Herramienta #7 Aprender técnicas de relajación
8. Herramienta #8 Practicar estiramientos y ejercicios
9. Herramienta #9 Mantener un diario de control y seguimiento de los procesos
10. Herramienta #10 Disponer de un plan B para las recaídas
11. Herramienta #11 Trabajar en equipo
12. Herramienta #12 Mantenerlo. Adaptar la guía a la rutina diaria

Mindfulness aparece referido en forma de meditación dentro de técnicas de relajación que se explican en la Herramienta número 7.

La guía parte de plantear que la autogestión del dolor crónico no es tan duro como el paciente puede pensar en un primer momento, animándole de forma realista a integrar las herramientas de autogestión que propone en las rutinas cotidianas y convertirlas en algo divertido y en compañía de familiares y amigos.

Además, ofrece una serie de recursos útiles que pueden ayuda a profundizar y obtener mas información sobre las herramientas que se proponen a través de asociaciones de pacientes, paginas web y programas de autoayuda. En este sentido la única desventaja para el lector en español es que la mayoría de estas referencias están en ingles, que es el idioma original de la guía, que se ha traducido a castellano.

5.5.5. Programa "MBPM Mindfulness y Compasión para la Salud " de RespiraVida BreathWorks.

TITULO:	Mindfulness y Compasión para la Salud MBPM
AUTOR/ES:	Vidyamala Burch
INSTITUCIONES:	RespiraVida Breathworks
FECHA:	2001 se inicia en Reino Unido, 2011 en España
GUIA / PROGRAMA:	Programa y Libro/Guía
URL:	https://www.respiravida.net/saludMBPM

El Programa MBPM de RespiraVida BreathWorks se ha analizado a través de la participación activa en el programa online impartido en castellano entre los meses de septiembre y diciembre 2022.

El programa fue creado en 2001 por Vidyamala Burch en Reinio Unido y cuenta con dos formatos: el presencial/online impartido por un profesor formado y certificado por RespiraVida BreathWorks; y el formato autoestudio a través del del libro “Tú no eres tu dolor”, publicado en España por la editorial Kairos. Ambos formatos presentan la misma estructura, si bien el modo presencial/online cuenta con la ventaja de que el participante-paciente cuenta con el apoyo del profesor y del grupo, que facilita su personalización y sentimiento de pertenencia, además de algunas explicaciones y ejercicios adicionales.

El programa se basa en la experiencia de Vidyamala Burch a la hora de gestionar su propia enfermedad y dolor crónico, parte de tradición meditativa y psicología budista y está fundamentado en evidencias científicas sobre el funcionamiento del cerebro y el procesamiento del dolor y su impacto en el paciente. La metodología parte del programa MBCT (Terapia cognitiva Basada en Mindfulness desarrollado por Segal, Williams y Teasdale en 2016), con referencias al programa MBRS (Reducción del Stress basado en Mindfulness, creado por Kabat Zinn en los años 70).

El programa está diseñado en seis pasos, que se desarrollan progresivamente a lo largo de ocho semanas, de manera que el participante cuenta con una estructura de evolución progresiva que ofrece dos ventajas: contar con un marco de referencia claro y ordenado en el que las prácticas y ejercicios van apoyándose unos a otros, favoreciendo el progreso y la confianza del participante en el proceso. Y, además, el hecho de estar calendarizado, permite al participante contar con un marco temporal que contribuye a su evolución, sabiendo que, si se compromete con el proceso, puede desarrollar herramientas que contribuyan a su mejoría en un tiempo concreto y que, en todo caso, siempre puede volver a ellas en ese orden.

Los seis pasos del programa son:

- 1) La conciencia es posible – mindfulness, prestar atención sin juzgar
- 2) Acercarnos a lo desagradable – aceptación y autocompasión
- 3) Ir en búsqueda de lo agradable – curiosidad y apreciación
- 4) Un recipiente más grande – perspectiva y ecuanimidad
- 5) Conexión - Humanidad compartida
- 6) La elección - responder en lugar de reaccionar

Zuazquita Serra J. (Dharmakirti), responsable de RespiraVida BreathWorks en España y autor de numerosos artículos y publicaciones sobre el programa, explica en su “Revisión Narrativa de las publicaciones de investigación de la literatura científica relacionadas con el programa Mindfulness y Compasión para la Salud MBPM” (2019) que los Objetivos del programa MBPM, extraídos del “Manual notas del profesor (Respira Vida BreathWorks, 2015)” son los siguientes:

- *“Experimentar un cambio profundo en la manera en como se relacionan con su experiencia difícil, sea esta dolor, enfermedad o estrés.*

- *Aprender a como vivenciar el cuerpo y las sensaciones físicas de manera directa, dejando de lado las reacciones mentales y emocionales hacia la experiencia física del dolor o estrés*
- *Vivenciar en su propia experiencia la naturaleza fluida y siempre cambiante de la experiencia y habrán aprendido a disolver la tendencia de relacionarse con el dolor o el estrés (o ciertamente cualquier cosa) como algo, fijo o rígido.*
- *Dejar de vivenciar sus dificultades como una causa para aislarse. Desarrollarán un sentido de la “humanidad compartida” en la cual cualquier experiencia es una oportunidad para la empatía y conexión.”*

El programa es en todo momento consciente y respetuoso con la diversidad funcional que puedan presentar los participantes, ofreciendo instrucciones flexibles que permiten adaptar ejercicios y prácticas a cualquier condición. Además, su metodología ofrece múltiples opciones para que los conceptos clave del programa puedan ser accesibles, relevantes y atractivos a los participantes con diferentes estilos de aprendizaje y contextos cognitivos.

Estos objetivos se despliegan a lo largo del programa a cuatro niveles. Se invita al participante a explorar de forma progresiva cada uno de ellos, incorporándolos a su rutina diaria poco a poco, semana a semana, de forma que se vayan integrando como hábitos y modificando comportamientos de forma escalonada y realista. La experiencia y evidencia científica que sustenta el programa, indican que siendo cada uno de ellos beneficioso de forma individual, su potencial combinado se amplía y complementa. Además, este abordaje multidisciplinar permite al participante personalizar el programa en la medida en que se vea capaz de comprometerse con todos, o algunos, de los ejercicios y prácticas propuestos.

Los cuatro niveles que propone y enseña el programa son:

- El trabajo con los pensamientos y las emociones: tomando conciencia de las tendencias de cada uno y la relación con el dolor como parte de este proceso. (Nivel contemplativo)
- Programa de esfuerzo equilibrado (pacing en inglés): como modelo de gestión de las actividades cotidianas que permita crear nuevos ritmos, que eviten agotar al individuo y desencadenar ciclos de dolor.
- Movimientos conscientes: como forma de aliviar la tensión crónica que se produce en el cuerpo a causa del dolor crónico, el estrés o la enfermedad y de tomar conciencia de la respiración como herramienta esencial de reconexión con el cuerpo.

- Liberadores de hábitos: pequeñas actividades cotidianas que realizadas de una manera distinta a la habitual pueden invitar a introducir cambio de hábitos y descubrir que existen distintas maneras de realizar las labores cotidianas, de manera que resulten más agradables y permitan adoptar una actitud vital general más abierta y positiva.

Esta combinación de enfoques permite facilitar la transformación profunda de la respuesta en al dolor del individuo a través de una rica variedad de herramientas en las que la práctica de la meditación es una de ellas. Se trata, por tanto, de un programa muy completo, que facilita no solo herramientas para autogestión del dolor, sino que fomenta la exploración, con curiosidad y amabilidad, de la relación del participante con su dolor y su modo de vida.

Animar a una disposición abierta, más optimista y, sobre todo, más amable hacia uno mismo y su dolor, es un elemento esencial que recorre de forma transversal el programa. Por lo observado en el trabajo de campo realizado, es uno de los elementos que tiene un mayor impacto y trascendencia entre los participantes. Este cambio de la relación personal genera una mayor apertura y aceptación individual y una mayor conexión con otras personas, conocidas y desconocidas, en el proceso de establecer una nueva relación con el dolor y el estrés que permitan tener una mejor calidad de vida.

La existencia de estudios científicos específicos que avalan los beneficios y eficacia específicos del programa MBPM a lo largo de los años, no solo lo de manera puntual en el corto plazo, sino en estudios longitudinales de varios años, avalan la consistencia de su metodología. Los resultados de estos estudios indican que la aplicación del programa MBPM en pacientes que sufren dolor ha contribuido a la reducción de los niveles de estrés y depresión, mejoras en la interferencia del dolor y la fatiga en la vida cotidiana, y aumentos significativos en la aceptación de la experiencia dolorosa, la autocompasión y la atención plena, mejorándose la autoevaluación de la calidad de vida por parte de los pacientes.

La “Revisión Narrativa de las publicaciones de investigación de la literatura científica relacionadas con el programa Mindfulness y Compasión para la Salud MBPM” (2019) realizada por Zuazquita Serra J. (Dharmakirti), indica en sus conclusiones que las mediciones pre y post-intervención a la aplicación del programa permiten concluir que el programa MBPM tiene un claro potencial de ayudar a las personas en su relación con la enfermedad y el dolor crónico: “De manera general, se puede concluir, en base a todos estos estudios, que el programa MBPM es beneficioso para la salud el bienestar y la autogestión del dolor.”

Por último, destacar que el programa MBPM ha sido premiado por la British Medical Association. Así mismo sus altos estándares pedagógicos y criterios formativos de sus profesores están reconocidos por el “UK Network for Mindfulness-Based Teacher Training” (2008), la “Red Española de Programas Estandarizados de Mindfulness y Compasión” (2019) y el modelo de competencias docentes MBI:TAC (Mindfulness Based Intervention: Teaching Assesment Competency, Crane, et al, 2012).

5.6. Análisis Comparativo de las guías y programas identificados

Las guías y programas de autogestión seleccionados se han analizado en base a los criterios establecidos en las tres perspectivas descritas en la Sección 5.4. de este documento.

- A. Valoración teórica, desde el punto de vista del modelo, según los criterios fijados por Mann EG, LeFort SM, van Den Kerkhof EG. Self-management interventions for chronic pain. Pain Manage 2013.

Tabla 3.

		Guía para el manejo del dolor, herramientas de autoayuda (SED)	Desafía tu dolor, Guía para la prevención y manejo del dolor crónico (HU La Fe Valencia)	Actúa ante el dolor crónico (Fundació Salut i Envel·liment, UAB)	Guía para el manejo del dolor (F Josep Laporte)	Mindfulness y Compasión para la Salud MBPM (RespiraVida BreathWorks)
Intervención	Temas comunes					
Modelo Stanford (incluye Programas de Autogestión de dolor crónico, artritis y angina crónica)	Autogestión de responsabilidades					
	Establecimiento de objetivos y planes de acción					
	Herramientas de gestión del dolor (farmacológicas o cognitivas)					
	Resolución de problemas					
	Actividad física y ejercicio					
	Alimentación saludable					
	Manejo de emociones difíciles y depresión					
	Fatiga y sueño					
Terapia de Aceptación y Compromiso	Trabajo conjunto con profesionales sanitarios					
	Principios de evitación del dolor y ciclo de sufrimiento					
	Identificación de valores y actividades valiosas, incrementando gradualmente la exposición dirigida al valor (y no al dolor)					
	Defusión cognitiva (identificar y observar pensamientos negativos sin actuar sobre ellos, distanciándose)					
	Mindfulness					
Terapia cognitivo-conductual modificada	Aceptación y ser capaz de relacionarse con el dolor					
	Compromiso a la acción, identificando obstáculos hacia la acción deseada					
	Planificar frente a acciones y obstáculos futuros					
	Reestructuración cognitiva (identificar y evaluar pensamientos catastróficos, construyendo alternativas realistas)					
	Identificar y reestructurar creencias y comportamientos de evitación del dolor					
	Activación de comportamientos (esfuerzo equilibrado y diario de actividades)					
	Comprensión de las influencias biopsicosociales del dolor					
	Establecimiento de objetivos					
Cambios en el estilo de vida (por ejemplo ejercicio)	Cambios en el estilo de vida (por ejemplo ejercicio)					
	Habilidades de autoregulación (por ejemplo relajación muscular progresiva y ejercicios de respiración)					
	Habilidades de gestión del dolor (por ejemplo desviación de la atención y mecanismos de gestión de stress)					
	Estrategias de prevención de recaídas					

Fuente: Elaboración propia

B. Recomendaciones desde asociaciones de médicos, en este caso la British Pain Society, en base a las “Guidelines for Pain Management Programmes for adults” 2013.

Tabla 4.

		Guía para el manejo del dolor, herramientas de autoayuda (SED)	Desafía tu dolor, Guía para la prevención y manejo del dolor crónico (HU La Fe Valencia)	Actúa ante el dolor crónico (Fundació Salut i Envel·liment, UAB)	Guía para el manejo del dolor (F Josep Laporte)	Mindfulness y Compasión para la Salud MBPM (RespiraVida BreathWorks)
Métodos específicos cognitivos y de comportamiento						
Activación gradual guiada de los participantes para la actividad física, el autocuidado, entorno laboral y relaciones sociales	Establecimiento de objetivos y planes de acción Identificación de barreras para actividades Habilidades prácticas y psicológicas para introducir patrones de actividad					
Terapia cognitiva						
Exposición gradual a la actividad	Reducción de miedo al dolor y evitación					
Flexibilidad psicológica	Mejorar la aceptación Mindfulness, atención plena Cambio de relación con sensaciones desagradables Reducción del autojuicio					
Entrenamiento de habilidades y gestión de actividades	Manejo de emociones difíciles Habilidades de autoregulación (Ej. relajación muscular progresiva y ejercicios de respiración) Establecimiento de objetivos y planes de acción Autogestión de responsabilidades Habilidades de comunicación e interacción social Programas de gestión del sueño Métodos de integración de las nuevas habilidades en la vida cotidiana					
Ejercicio físico						
Educación	Comprensión de la enfermedad Funcionamiento del dolor Comprensión de las influencias biopsicosociales del dolor Herramientas de gestión del dolor (farmacológicas o cognitivas) Autogestión de crisis y recaídas Cambios en el estilo de vida					

Fuente: Elaboración propia

C. Valoración concreta desde el punto de vista de la experiencia de pacientes, del grupo de trabajo canadiense Global Alliance of Partners for Pain Advocacy (GAPPA) Task Force a partir del trabajo de Keith Meldrum: “Autogestión con ayuda - desde una perspectiva de experiencia vivida”

Tabla 5.

		Guía para el manejo del dolor, herramientas de autoayuda (SED)	Desafía tu dolor, Guía para la prevención y manejo del dolor crónico (HU La Fe Valencia)	Actúa ante el dolor crónico (Fundació Salut i Envel·liment, UAB)	Guía para el manejo del dolor (F Josep Laporte)	Mindfulness y Compasión para la Salud MBPM (RespiraVida BreathWorks)
Estrategias de autogestión						
Aceptación y disposición						
Paciencia	y autocompasión					
Marcar el paso / Esfuerzo equilibrado	estrategias de aprendizaje de actividades cotidianas					
Movimiento (Actividad física)						
Estrategias de relajación	Respiración profunda y controlada Mindfulness y meditación					
Actividades útiles	disfrutar de hobbies voluntariado, actividades con propósito					
Relaciones sociales						

Fuente: Elaboración propia

5.7. Conclusiones del análisis comparativo

Las tres perspectivas planteadas presentan **elementos comunes** que se considera necesario o relevante que estén presentes en las guías y programas de autogestión del dolor. Estos elementos comunes, son:

- Planificación de acciones y rutinas, establecimiento de objetivos
- Actividad física, ejercicio
- Habilidades de autorregulación: relajación muscular y respiración
- Manejo de emociones difíciles y/o sensaciones desagradables

Desde las tres perspectivas se recogen actividades y prácticas que actúan de forma directa sobre los **factores moduladores de la tolerancia al dolor crónico** indicados en la Tabla 2. Se pueden identificar propuestas que actúan en ambos sentidos: tanto la disminución de los factores que disminuyen la tolerancia al dolor, como el aumento de aquellos que favorecen en aumento de la tolerancia al mismo, por lo que se entiende que combinados resultan oportunos en guías o programas de autogestión para favorecen un mayor bienestar del paciente.

Tabla 6: Porcentaje de compatibilidad

		Guía para el manejo del dolor, herramientas de autoayuda (SED)	Desafía tu dolor, Guía para la prevención y manejo del dolor crónico (HU La Fe Valencia)	Actúa ante el dolor crónico (Fundació Salut i Envel·liment, UAB)	Guía para el manejo del dolor (F Josep Laporte)	Mindfulness y Compasión para la Salud MBPM (RespiraVida BreathWorks)
IASP	Intervenciones de autogestión para el dolor crónico:					
	Modelo Stanford	11%	33%	44%	56%	44%
	Terapia de Aceptación y Compromiso	43%	43%	29%	86%	100%
	Terapia cognitivo-conductual modificada	44%	33%	56%	56%	100%
The British Pain Society	Indicaciones para programas de gestión del dolor en adultos	22%	39%	52%	70%	83%
GAPPA Task Force	Estrategias de autogestión desde la perspectiva del paciente	33%	56%	33%	78%	89%

Fuente: Elaboración propia

De entre las guías y programas analizados los dos que responden a un **mayor número de criterios** en cada una de las perspectivas planteadas, según muestra la Tabla 6, son el programa MBPM de RespiraVida BreathWorks y la Guía para el manejo del dolor de la F. Josep Laporte, por este orden.

El programa MBPM de RespiraVida BreathWorks destaca por cubrir todos los elementos identificados en los modelos de Terapia de Aceptación y Compromiso y Terapia Cognitivo-Conductual modificada, lo que evidencia su alta calidad metodológica y estructuración en base a programas de amplio recorrido y cuyos resultados han sido probados en el ámbito de la psicología. Además, el hecho de estar diseñado por una paciente muy formada como es su fundadora Vidyalama Burch, y en escucha con otros pacientes y la comunidad científica, a lo largo del tiempo, hace que sea un programa que incorpora de forma especialmente consciente las necesidades de los pacientes, tal y como evidencia su alto porcentaje de compatibilidad con las estrategias de autogestión presentadas por otros pacientes.

Por su parte la Guía para el manejo del dolor de la F. Josep Laporte destaca por su alta compatibilidad con la metodología de la Terapia de Aceptación y Compromiso, con las estrategias propuestas por pacientes y por la British Pain Society.

Ambos programas combinan modelos teórico-prácticos con planes de acción bien diseñados desde el establecimiento de objetivos generales, que se van declinando hasta llegar a ejercicios o ejemplos concretos aplicables en la vida cotidiana.

Mindfulness únicamente aparece recogido como tal, como una de las técnicas de autoayuda beneficiosas en la autogestión del dolor en el programa MBPM de RespiraVida BreathWorks. El resto de los programas y guías incluyen elementos relacionados con mindfulness de forma variada y poco estructurada, en su mayor parte asociados a las técnicas de respiración como parte de las estrategias de relajación; el desarrollo de la aceptación; gestión de emociones difíciles, evitación del dolor e identificación de actividades placenteras. La Atención Plena Se menciona brevemente en el curso de la UAB, de nuevo entre otras prácticas y estrategias, en este caso si se utiliza el término, aunque de forma puntual, entre las estrategias psicoemocionales propuestas.

Si bien todos estos elementos son relevantes para una mejor autogestión del dolor, su presentación desconectada, en la que aparentemente no hay un orden específico de desarrollo por parte del paciente se considera una pérdida de oportunidad en cuanto a la eficiencia y potencial de mejora del paciente si se plantearan en base a un orden y técnicas más adecuadas según la metodología de las prácticas contemplativas tradicionales y los desarrollos científicos más actuales.

6. Conclusiones

El objetivo de la investigación, desde un enfoque práctico, era analizar las propuestas de autogestión de dolor crónico existentes en España e identificar los beneficios específicos de las que incluyen mindfulness.

A la vista de los resultados obtenidos a través de la triangulación de fuentes secundarias y el trabajo de campo realizado se dan por cumplidos los objetivos específicos de la investigación:

- Conocer el perfil de los pacientes de dolor crónico en España
- Conocer como se aborda el dolor crónico en el sistema nacional de salud en España
- Identificar que propuestas de autogestión del dolor crónico existen, conocer las principales estrategias que proponen e identificar si incluyen mindfulness
- Realizar recomendaciones y propuestas en base a la investigación realizada

Las conclusiones se articulan en torno a dos elementos fundamentales: 1) la existencia de la necesidad por parte los pacientes de dolor crónico de contar con herramientas y apoyo para la mantener su calidad de vida padeciendo una dolencia que, por ahora, carece de cura y no esta siendo atendida satisfactoriamente por el sistema sanitario y 2) la existencia de técnicas como el mindfulness, que tiene beneficios demostrados sobre los principales factores que afectan a la tolerancia del dolor crónico y su impacto personal, laboral y social en los pacientes.

6.1. La existencia de la necesidad

El dolor crónico es una enfermedad que afecta aproximadamente al 17% de la población española. Los pacientes tardan una media de 2,2 años en ser diagnosticados y más de año y medio en recibir tratamiento adecuado. El 48% declara no estar satisfechos con el tratamiento que reciben, lo cual puede estar relacionado con el hecho de que en España no exista un plan nacional del dolor y que su tratamiento no se adscriba a una especialidad concreta. Además, los especialistas en dolor avalan la necesidad de tratamientos multidisciplinares y no siempre farmacológicos, como la mejor vía para mejorar la calidad de vida de los pacientes de dolor crónico. Sin embargo, los pacientes de dolor crónico pasan de una especialidad a otra, a menudo sin mejoría, y acaban buscando sus propias vías de curación, o al menos, de formas de paliar

no solo el dolor si también el impacto que la enfermedad tiene en su entorno familiar, relacional y laboral.

Cada paciente de dolor crónico es distinto, ha pasado por muchas y diferentes fases y es quien, en ausencia de otras alternativas, mejor conoce su enfermedad, por lo que los programas y guías de autogestión pueden ser una herramienta importante para estos pacientes.

Tal y como indican la mayoría de las fuentes consultadas, es necesaria una mayor reflexión sobre el dolor crónico como enfermedad, mejorando la formación de profesionales sanitarios sobre su funcionamiento específico, divulgando protocolos y una mayor coordinación entre atención primaria y la especializada en el tratamiento del dolor crónico. Un diagnóstico y tratamiento certero y repercutiría en una mejor calidad de vida del paciente y en un ahorro en la carga económica de la enfermedad tanto para los pacientes, como para el sistema.

El dolor crónico supone un coste importante para el sistema sanitario, tanto a nivel de número de consultas, como pruebas y tratamientos farmacológicos. En la medida en que los pacientes pudieran contar con herramientas de autogestión que mejoraran o estabilizaran su situación y pudieran contar con un apoyo en forma de supervisión periódica, es muy posible que estos costes se redujeran, contribuyendo además a la des-saturación del sistema sanitario.

6.2. El potencial de la activación del paciente a través de la Autogestión Acompañada

La investigación también ha puesto de manifiesto el potencial de un enfoque más dinámico del tratamiento del dolor crónico basado en la Autogestión Acompañada. Las intervenciones de autogestión y autocuidado que capaciten a los pacientes para utilizar habilidades relevantes en la gestión diaria de su enfermedad pueden ser un medio relevante para acortar la distancia entre las necesidades de los pacientes y la capacidad de los servicios de salud y atención social para satisfacer esas necesidades.

Activar a los pacientes dotándoles del conocimiento, las habilidades y la confianza para la gestión de su propia salud y cuidado, contando siempre que sea requerido del apoyo profesionalizado, ha mostrado buenos resultados en la salud de los pacientes, mejores experiencias en la atención y menor uso de los servicios sanitarios no programados, por lo que

puede ser un recurso importante para las personas que viven con enfermedades crónicas y una forma de adaptar mejor el tratamiento a sus necesidades individuales.

6.3. Escasez de recursos de autogestión del dolor especializados

El estudio ha contrastado la limitada oferta de herramientas de autogestión que existen en España y también en castellano dirigidas a pacientes.

La búsqueda en internet ofrece mayoritariamente recursos dirigidos a la formación de profesionales médicos, lo cual pone de manifiesto que existe una necesidad y un interés por parte del personal sanitario de contar con más conocimientos sobre el tema.

Además, se ofrecen numerosos servicios de acompañamiento psicológico, y aunque si bien algunos de los pacientes puedan necesitar apoyo por parte de especialistas en salud mental, ni son todos, ni todo el tiempo ni es algo que los pacientes se puedan permitir de forma sostenida o generalizada.

También se encuentran artículos, videos o libros bienintencionados, que tratan la temática pero que, a menudo, se quedan cortos para pacientes de larga trayectoria con dolor y múltiples recaídas, o que carecen de la metodología y/o solvencia médica suficiente.

Las guías y programas identificados y analizados en la investigación resultan limitados teniendo en cuenta la gravedad del problema que supone el dolor crónico en la sociedad.

En su mayoría carecen de una estructura que pueda guiar, como su nombre indica, al paciente a dar pasos de forma ordenada. En su mayoría son sugerencias variadas y no conectadas, casi a modo de menú, que posiblemente serían de más ayuda si se dotaran de mayor estructura y de sugerencias sobre recursos asociados donde poder ampliar información sobre las actividades propuestas.

El Programa MBPM de RespiraVida BreathWorks y la Guía para el manejo del dolor de la Fundación Josep Laporte, por este orden, son las mejores herramientas y con aportaciones más completas en este sentido, y sin embargo, no son las más sencillas de localizar online si no se conocen previamente.

A esto hay que añadir que todas las guías y muchos artículos se titulan prácticamente igual, lo cual dificulta la tarea, ya de por sí confusa, de discriminar, elegir y confiar por parte de los pacientes.

6.4. Aportaciones de Mindfulness como parte de la autogestión del dolor

Los estudios reseñados señalan los beneficios del mindfulness para la mejoría de la calidad de vida de pacientes con dolor crónico generalizado y/o asociado a otras patologías (espalda, fibromialgia, cáncer, etc.) en centros sanitarios españoles e internacionales. Si bien estos estudios utilizan muestras relativamente pequeñas, sus conclusiones se unen a los cientos de estudios científicos sobre los beneficios del mindfulness sobre la salud en particular y sobre la calidad de vida en general.

Además, los estudios analizados muestran como mindfulness actúa sobre los factores que aumentan la tolerancia al dolor crónico. Los programas basados en mindfulness y compasión amplían el rango de efectos beneficiosos a la relación con uno mismo y los demás, que tan necesaria es en los pacientes de dolor crónico, como se pone de manifiesto en las investigaciones y datos aportados sobre el perfil del paciente de dolor crónico, su impacto y necesidades.

De esta manera sorprende como, en la mayor parte de las herramientas de autogestión identificadas, no se hace referencia a entrenamientos en mindfulness, atención plena o compasión. Únicamente se menciona la atención a la respiración como una técnica de relajación junto con técnicas de relajación muscular en sentido amplio.

Parte de esta situación puede sea que mindfulness no sea ampliamente conocido u aceptado por los profesionales médicos. Existen estudios recientes que ponen de manifiesto que existe un interés creciente por los profesionales médicos por el mindfulness como herramientas de gestión de su propio estrés. Quizá aquí exista una oportunidad para que se vaya ampliando el conocimiento y reconocimiento de mindfulness sobre la salud en general y el dolor crónico en particular.

De las herramientas de autogestión analizadas que mencionan específicamente mindfulness y meditación, sin duda la mas completa es el programa MBPM, que sitúa mindfulness y compasión en el centro del programa, facilitando así que se desplieguen sus beneficios de forma progresiva y estructurada.

6.5. El programa MBPM es la herramienta de autogestión de dolor crónico más completa

El programa “Mindfulness y Compasión para la Salud MBPM” de RespiraVida BreathWorks es la herramienta de autogestión de dolor crónico más completa de las analizadas.

Es la que ofrece una valoración más alta a la hora de incluir los elementos principales de un programa de autogestión del dolor en cada una de las tres perspectivas identificadas. Además, es la que incluye mindfulness de manera más integrada, lo que favorece un mayor potencial de sus beneficios asociados.

De este programa, ya sea en su formato libro o en formato curso online, destacan su estructura: clara y bien organizada para apoyar al paciente en su desarrollo progresivo de habilidades y cambio de hábitos que mejore su relación con el dolor; y la integración de dinámicas prácticas y ejercicios en cuatro niveles complementarios, que amplían la variedad de herramientas que el programa pone a disposición de los participantes-pacientes para la autogestión del dolor crónico.

La posibilidad de conocer el programa a partir de un curso presencial/online, con un instructor formado con los altos estándares de RespiraVida BreathWorks, y poder compartir la experiencia con otros alumnos en situaciones similares es un valor adicional.

Aunque el aprendizaje de las herramientas propuestas y desarrollo de nuevos hábitos es una experiencia esencialmente personal y cada paciente tiene una relación única y singular con el dolor, el poder contar, durante algunas semanas, con un profesor de referencia con la que poder resolver dudas puntuales y un grupo, contribuyen a romper la sensación de aislamiento e inseguridad que a menudo acompañan a los procesos de dolor crónico, contribuyendo así al desarrollo de factores que aumentan la tolerancia al dolor.

Por último, la existencia de estudios científicos específicos que avalan los beneficios y eficacia específicos del programa MBPM a lo largo de los años, no solo lo de manera puntual en el corto plazo, si no en estudios longitudinales de varios años, avalan la consistencia de su metodología. Los resultados de estos estudios indican que la aplicación del programa MBPM en pacientes que sufren dolor ha contribuido a la reducción de los niveles de estrés y depresión, mejoras en la interferencia del dolor y la fatiga en la vida cotidiana, y aumentos significativos en la aceptación de la experiencia dolorosa, la autocompasión y la atención plena, mejorándose la autoevaluación de la calidad de vida por parte de los pacientes.

6.6. Retos y oportunidades que existen en España

Se puede concluir por tanto que las herramientas de autogestión del dolor cuentan con el potencial para contribuir a la mejora del manejo del dolor y la calidad de vida de los pacientes que sufren esta enfermedad de manera crónica. Además, pueden ser útiles para prevenir la cronicidad en aquellos pacientes que se hayan en fases tempranas o sufren dolores puntuales recurrentes.

Incorporar Mindfulness o atención plena en los programas o guías de autogestión amplía su potencial a la hora de dotar al participante-paciente de herramientas que le faciliten el cambio de hábitos que le permita un estilo de vida más adaptado a las limitaciones que plantea el dolor crónico, además de ofrecer pautas para una vida más conectada, con más atención en general a lo que ocurre en el cuerpo y la mente.

Como retos principales, sin embargo, aparece en primer lugar la invisibilidad de dolor. Se trata de una dolencia silenciosa, a menudo infravalorada y poco comprendida, que sin embargo tiene importantes efectos limitantes para las personas que lo padecen y sus familiares. En segundo lugar, señalar la falta de información y formación en el sistema sanitario sobre mindfulness y los prejuicios asociados, a menudo por falta de conocimiento, a pesar de los numerosos estudios científicos que lo avalan.

Apostar por el desarrollo de herramientas de autogestión del dolor crónico no solo supone un apoyo necesario para visibilizar la enfermedad y mejorar la vida de los pacientes y su entorno más próximo, si no que, mediante la inclusión de mindfulness, es una vía para ampliar las posibilidades de limitar el uso de otros fármacos y sus consecuencias y favorecer la activación de los pacientes, reduciendo el impacto negativo de la enfermedad a nivel social, laboral, económico y emocional.

Explorar nuevas formas de tratamiento del dolor crónico, contando con la participación activa de los pacientes a través de programas de autogestión, que incorporen mindfulness, puede resultar una alternativa beneficiosa e integradora para toda la sociedad a futuro.

María Fernández Sabau,

Diciembre 2022

7. Bibliografía

- Alderson M. (1999) “*The program for independent rheumatic self-management: a pilot evaluations.*” Clin Rheumatil.
- Alonso Llácer L. Ramos-Campos M. (2018) “*Mindfulness y cáncer: aplicación del programa MBPM de respira vida BreathWorks en pacientes oncológicos*”.
- Bodenheimer et al (2002) “*Patient self-management of chronic disease in primary care.*” JAMA: Journal of the American Medical Association.
- Burch, V. (2014) *Vivir bien con el dolor y la enfermedad: Mindfulness para liberarnos del sufrimiento.* Barcelona: Editorial Kairós.
- Burch, V. y Penman, D. (2016) *Tú no eres tu dolor.* Barcelona: Editorial Kairós
- Burch, V. (2016b) *Meditation and the management of pain, The Psychology of Meditation: Research and Practice.* Oxford University Press.
- Caramés MA, Navarro M. (2016) “*Costes del tratamiento del dolor versus su no tratamiento. Aproximación a la realidad de Portugal y España*”. Dor.
- Canos M.A. (2021)” *Desafía tu dolor, Guía para la prevención y Manejo del Dolor crónico*” Unidad para el estudio y el tratamiento del dolor del Hospital Universitario y Policlínico La Fe de Valencia.
- Cerda-Olmedo G. (2014) “*Dolor crónico, guía de actuación clínica en AP*”. Unidad Multidisciplinar de Tratamiento del Dolor. Hospital General Universitario de Valencia
- Clark NM. (1991) “*Self-management of chronic disease in older adults.*” J Aging Health
- De Sola H, Salazar A, Dueñas M, et al. (2016) “*Nationwide cross-sectional study of the impact of chronic pain on an individual’s employment: relationship with the family and the social support.*” BMJ Open.
- Doran (2014) “*Experiencing Wellness Within Illness: Exploring a Mindfulness-Based Approach to Chronic Back Pain*” Qual Health Res
- Failde I et al (2018) “*Prevalence of central and peripheral neuropathic pain in patients attending pain clinics in Spain: factors related to intensity of pain and quality of life.*” Journal of Pain Research.
- Felipe A et al (2014) “*Mindfulness y regulación emocional: un estudio piloto*” Revista de Psicoterapia.

- García-Campayo, J. (2017). *“Bienestar emocional y Mindfulness en la educación”*. Madrid: Alianza Editorial.
- Gawande R. (2018) *“Mindfulness Training Enhances Self-Regulation and Facilitates Health Behavior Change for Primary Care Patients: a Randomized Controlled Trial”*
- Gilbert, P. (2018) *La mente compasiva*. Barcelona: Editorial Eleftheria.
- Gotink RA et al (2015) *“Standardised Mindfulness-Based Interventions in Healthcare: An overview of systematic reviews and meta-analyses of RCTs.”* PLoS One.
- Gonzalez Redón C, Moreno Monsiváis MG. (2007) *“Manejo del dolor crónico y limitación en las actividades de la vida diaria.”* Rev. Soc. Esp. Dolor 2007;
- Grupo de Trabajo del Dolor de la Sociedad Española de Médicos Generales y de Familia (SEMG) (2017) *“El dolor crónico constituye una “verdadera enfermedad” con un impacto a nivel físico y psicológico similar al del cáncer”*
- Henriksson J. (2013) *“Online mindfulness training for chronic pain”* UMEA University
- Henriksson J., and Wasara E. y Rönnlund M. (2016) *Effects of Eight-Week-Web-Based Mindfulness Training on Pain Intensity, Pain Acceptance, and Life Satisfaction in Individuals With Chronic Pain*. Psychological Reports
- IASP (2021) *“Successfully managing chronic pain requires education and self-mastery of key skills.”*
- Ibarra E. (2006) *“Una nueva definición de “Dolor”: Un imperativo de nuestros días”*. Rev. Soc. Esp. Dolor.
- Kabat-Zinn J. (1985) *“The clinical use of mindfulness meditation for the self-regulation of chronic pain”*.
- Kabat Zinn, J. (2010) *Mindfulness para aliviar el dolor*. Barcelona: Editorial Kairós.
- Mann EG, LeFort SM, van Den Kerkhof EG. (2013) *“Self-management interventions for chronic pain.”* Pain Manage.
- Meldrum K. (2021) *“Autogestión con ayuda desde una perspectiva de experiencia vivida”* Global Alliance of Partners for Pain Advocacy (GAPPA) Task Force.
- Moore P. y Cole F. (2021) *“Guía para el Manejo del Dolor”* Fundación Josep Laporte Universidad Autónoma de Barcelona.
- Nakagawa-Kogan H. (1988) *“Self management of hypertension.”* Res Nurs Health.
- NHS England and NHS Improvement, (2020) *“Supported self-management Summary Guide”* Publishing reference number: 000124

Palao Tarrero et al (2019) *“Intervenciones Basadas en Mindfulness y Compasión en dolor crónico”*.

Panagioti M, Richardson G, Small N, et al. (2014) “Self-management support interventions to reduce health care utilisation without compromising outcomes: a systematic review and meta-analysis.” BMC Health Serv Res.

Plataforma de Organizaciones de Pacientes (2018) *“El dolor en la enfermedad crónica desde la perspectiva de los pacientes”*

Rivas M. (2021) *“Guía de manejo del dolor, herramientas de autoayuda”* Instituto de Investigación Sanitaria, Comunidad de Madrid, SED.

The British Pain Society (2013) *“Guidelines for Pain Management Programmes for adults”*

Torralba A, Miquel A, Darba J. (2014) *“Situación actual del dolor crónico en España: iniciativa “Pain Proposal”*”. Rev Soc Esp Dolor 2014; 21(1): 16-22.

Torrijos Zarcero. M. (2018) *“Eficacia de un programa de mindfulness y compasión para la mejora de la calidad de vida, compasión, autocuidado y malestar emocional del paciente con dolor crónico: Ensayo clínico aleatorizado”* Tesis doctoral.

Twycross R, (2004) *“Factors involved in difficult-to-manage pain”* Oxford International Centre for Paliative Care.

Dominique Van de Velde et al. (2019) *“Delineating the concept of self-management in chronic conditions: a concept analysis”* BJM Open.

Zuazquita Serra J. (Dharmakirti), (2019) *“Revisión Narrativa de las publicaciones de investigación de la literatura científica relacionadas con el programa Mindfulness y Compasión para la Salud MBPM”*. TFM Universidad de Zaragoza.