

Aceptación y calidad de vida en personas con dolor crónico: factores terapéuticos, Mindfulness y autocompasión, desde una perspectiva cualitativa

Tesis doctoral:

Marge Andrea Bermúdez Castro

Escuela de Doctorado - Doctorado en Educación



**Universidad Autónoma
de Madrid**

Madrid, abril de 2021

Aceptación y calidad de vida en personas con dolor crónico: factores terapéuticos, Mindfulness y autocompasión, desde una perspectiva cualitativa

Tesis doctoral:

Marge Andrea Bermúdez Castro

Directoras:

María del Río Diéguez

Ángela Palao Tarrero

Escuela de Doctorado - Doctorado en Educación



**Universidad Autónoma
de Madrid**

Madrid, abril de 2021

A mis abuelas: Marge y Leticia

A Wilma, mi madre

A Lina, mi hermana

A Laura, mi prima

Las mujeres de mi vida

Y a todas las que día a día encaran el dolor,

Este trabajo es para ellas y por ellas

Agradecimientos

A las directoras de este trabajo con quienes estaré infinitamente agradecida, quienes confiaron en mí para llevar a cabo este proyecto. María del Río y Ángela, gracias por vuestra paciencia, apertura y generosidad. Gracias por el trabajo en equipo, por el esfuerzo, la ayuda y la disposición de enseñarme para que este trabajo fuese cada vez mejor.

También quiero agradecer al equipo de trabajo de la Unidad de Psiquiatría del Hospital Universitario de la Paz que sin su colaboración este trabajo no hubiese podido ser, gracias por su invaluable generosidad.

A Juan David que durante estos años ha estado sosteniendo mi mano, mirándome con amor, apoyando este proceso de mi vida que no ha sido fácil. Tú mejor que nadie conoces las idas y venidas, gracias por tu escucha, comprensión, por ser y dejarme ser.

A mi familia quienes me lo han dado todo, quienes han apoyado este proceso sin exigencias y con cariño, siendo amorosos ante la ausencia, las llamadas sin contestar, los mensajes sin leer, las reuniones sin asistir, la distancia. A mi madre por sus consejos que me dan alivio, por su apoyo, escucha y amor.

A Lina por su mirada de justa admiración pese a ser la menor, quien me ha dado las alegrías más grandes de mi vida y a quién me ha ayudado a ser lo que hoy soy. A Paulo por su disposición, buen ánimo y palabra de aliento.

A Laura, mi prima por ser un apoyo al otro lado del mundo, por ser paciente y recordarme lo importante cuando lo he necesitado.

A María Crespo una hermana que la vida me dio, no se me ocurren palabras para expresar el profundo agradecimiento que siento. Ha sido una fortuna tenerte tan cerca en este proceso, vernos crecer, reír, llorar y a veces las dos cosas al mismo tiempo, gracias por compartir la vida (ahora te toca a ti compañera) ¡mucho fuerza!

Laura Maestre por su mirada comprensiva, por las risas, por las caminatas, por enseñarme a admirar la vida.

A mis amigos de la vida, Laura O. y Camilo V, quienes han sido apoyo y me conectan con lo cálido de mi raíz.

ÍNDICES

RESUMEN	16
INTRODUCCIÓN Y PRESENTACIÓN	19
CAPÍTULO 1. MARCO TEÓRICO.....	23
1.1. Comprendiendo el dolor crónico.....	25
1.1.1. Dolor agudo y dolor crónico: principales mecanismos fisiopatológicos	25
1.1.2. El dolor como fenómeno biopsicosocial.....	27
1.2. Calidad de vida.....	29
1.2.1. Salud mental.....	30
1.2.1.1. Catastrofización	31
1.2.1.2. Hipervigilancia: sesgo atencional hacia el dolor	32
1.2.1.3. Comorbilidad: ansiedad, depresión e insomnio	33
1.2.2. Afrontamiento, adaptación y resiliencia.....	34
1.2.3. Interferencia del dolor en la vida	38
1.3. Aceptación de la experiencia de dolor	39
1.3.1. Modelo de miedo-evitación al dolor	41
1.3.2. Flexibilidad psicológica	44
1.3.2.1. Apertura y defusión cognitiva.....	45
1.3.2.2. Sintonía con el presente.....	46
1.3.2.3. La acción comprometida y basada en valores.....	46
1.3.2.4. Inflexibilidad psicológica y evitación experiencial.....	47
1.3.3. Conexión con los Valores	48
1.3.3.1. Gratitud.....	49
1.4. Intervenciones terapéuticas en dolor crónico	50
1.4.1. Terapia Cognitivo Conductual.....	52
1.4.1.1. Programa para el Tratamiento Cognitivo Conductual del Dolor Crónico ...	53
1.4.2. Terapias de “tercera generación”: Terapia de Aceptación y Compromiso y Terapias basadas en Mindfulness.....	55
1.4.2.1. Mindfulness: definición y principales beneficios en dolor crónico	55
1.4.2.2. Mecanismos de acción.....	56
1.4.3. Principales intervenciones basadas en Mindfulness y Aceptación	60
1.4.3.1. Programa para la Reducción del Estrés Basado en Mindfulness (MBSR)....	60
1.4.3.2. Terapia Cognitiva Basada en Mindfulness (MBCT).....	61
1.4.3.3. Programa de Manejo del dolor Basado en Mindfulness. Respira Vida. (MBPM)	61
1.4.3.4. Terapia de Aceptación y Compromiso (ACT).....	62
1.5. Compasión y autocompasión.....	63
1.5.1. Definición y principales componentes.....	63

1.5.2.	Mecanismos de acción y beneficios	65
1.5.3.	Programas basados en compasión y autocompasión	67
1.5.3.1.	Programa de Mindfulness y Autocompasión (MSC)	71
1.6.	El grupo como lugar de aprendizajes.....	72
1.6.1.	Factores terapéuticos de la intervención grupal	73
1.7.	La presencia terapéutica	76
1.8.	Antecedentes: estudio sobre la eficacia del MSC en la mejora de la calidad de vida, compasión, autocuidado y malestar emocional	77
1.9.	Aportes de la investigación cualitativa al dolor crónico	80
CAPÍTULO 2. METODOLOGÍA		85
2.1.	Justificación.....	87
2.2.	Problema de investigación y objetivos.....	88
2.3.	Diseño de la investigación y participantes	89
2.4.	Contexto de la investigación, diseño muestral y características de las participantes.....	90
2.4.1.	El contexto de la investigación.....	90
2.4.2.	Diseño muestral.....	91
2.4.3.	Características de las participantes	92
2.4.4.	Técnica de recolección de la información	92
2.4.5.	El diseño de las preguntas	94
2.5.	Análisis de la información	94
2.6.	Criterios de calidad y rigor de la investigación	98
2.7.	Consideraciones éticas.....	99
2.8.	Apuntes para la lectura de los resultados.....	100
CAPITULO 3. RESULTADOS.....		101
3.1.	Factores terapéuticos relacionados a la aceptación.....	103
3.2.	Factores terapéuticos relacionados a las mejoras de la calidad de vida.....	107
3.3.	La autocompasión	113
3.4.	Factores terapéuticos grupales	122
3.5.	Cualidades terapéuticas de las terapeutas	133
3.6.	Estrategias terapéuticas aprendidas	136
CAPÍTULO 4. DISCUSIÓN		143
4.1.	Factores terapéuticos relacionados con la aceptación	145
4.1.1.	No evitación experiencial	146
4.1.2.	Soltar la lucha.....	147
4.1.3.	Flexibilidad psicológica	148
4.1.3.1.	Apertura y defusión cognitiva.....	148

4.1.3.2.	Sintonía con el momento presente	149
4.1.3.3.	Acción basada en valores.....	150
4.1.4.	Conexión con el disfrute y el bienestar	152
4.1.5.	Gratitud.....	153
4.2.	Factores terapéuticos relacionados a la calidad de vida.....	155
4.2.1.	Disminución de la catastrofización.....	155
4.2.2.	Regulación emocional, disminución de la ansiedad y la depresión	157
4.2.3.	Manejo de la interferencia del dolor en la vida.....	160
4.3.	La autocompasión	164
4.3.1.	Autoamabilidad y autocrítica: sentirse valiosa y conductas prosociales.....	165
4.3.2.	Mindfulness: atención al presente (aquí y el ahora).....	166
4.3.3.	Autocuidado.....	168
4.3.4.	Humanidad compartida.....	169
4.3.5.	La pausa	171
4.3.6.	Autocompasión y bienestar	172
4.4.	Factores terapéuticos grupales	173
4.4.1.	Cohesión grupal y comprensión.....	174
4.4.2.	Universalidad	176
4.4.3.	Respecto a otros factores terapéuticos grupales	177
4.5.	Cualidades terapéuticas de las terapeutas.....	178
4.6.	Estrategias terapéuticas aprendidas.....	180
CAPÍTULO 5. CONCLUSIONES, IMPLICACIONES PARA LA PRÁCTICA CLÍNICA Y LIMITACIONES		185
5.1.	Conclusiones	187
5.2.	Implicaciones para la práctica clínica.....	191
5.3.	Limitaciones y recomendaciones para futuros estudios.....	192
REFERENCIAS		195
ANEXOS.....		227
Anexo 1.	Descripción del contenido de las intervenciones terapéuticas del estudio.....	229
Anexo 2.	Guion de entrevista para los grupos focales.....	235
Anexo 3.	Indicaciones previas para la lectura de los grupos focales.....	236
Anexo 4.	Transcripciones de los grupos focales.....	237
Anexo 5.	Libro de definiciones.....	304
Anexo 6.	Ejemplos de memos y anotaciones.....	308
Anexo 7.	Consentimiento informado.....	310
Anexo 8.	Aprobación del proyecto de investigación	316

Índice de tablas

Tabla 1. <i>Diferencias fundamentales entre el dolor agudo y el dolor crónico</i>	26
Tabla 2. <i>Descripción y eficacia de tratamientos psicológicos en dolor crónico</i>	51
Tabla 3. <i>Esquema de sesiones del Programa TCC</i>	54
Tabla 4. <i>Componentes de las intervenciones basadas en compasión.</i>	68
Tabla 5. <i>Principales temas encontrados en meta-etnografías y meta-síntesis sobre investigación cualitativa en dolor crónico</i>	83
Tabla 6. <i>Características generales de los grupos focales</i>	93
Tabla 7. <i>Densidad de codificación de la aceptación, distinguida por grupos de intervención</i>	104
Tabla 8. <i>Densidad de codificación de factores asociados a la calidad de vida, distinguida por grupos de intervención</i>	108
Tabla 9. <i>Densidad de codificación de la autocompasión, distinguida por grupos de intervención</i>	114
Tabla 10. <i>Densidad de codificación de los factores terapéuticos grupales, distinguida por grupos de intervención</i>	123
Tabla 11. <i>Ejemplo de Humanidad compartida y universalidad</i>	127
Tabla 12. <i>Densidad de codificación del tema cualidades terapéuticas de las terapeutas</i>	133
Tabla 13. <i>Densidad de codificación del tema: estrategias terapéuticas aprendidas, distinguida por grupos de intervención</i>	137
Tabla 14. <i>Referencias sobre la práctica en ambos grupos</i>	138

Índice de figuras

Figura 1. <i>El proceso desde la nocicepción al dolor</i>	28
Figura 2. <i>Modelo Conceptual de los procesos interactivos biopsicosociales involucrados en la salud y la enfermedad</i>	29
Figura 3. <i>Modelo del miedo-evitación al dolor</i>	41
Figura 4. <i>Modelo del miedo-evitación al dolor adaptado a mindfulness</i>	44
Figura 5. <i>Ejemplo de codificación y lectura de contexto</i>	95
Figura 6. <i>Captura del espacio de trabajo NVIVO12 - codificación inicial</i>	96
Figura 7. <i>Ejemplo de bitácora de trabajo</i>	97
Figura 8. <i>Ejemplo de tablas en resultados</i>	100
Figura 9. <i>Esquema de los factores terapéuticos de la aceptación</i>	104
Figura 10. <i>Esquema de los factores terapéuticos relacionados a las mejoras de la calidad de vida</i>	107
Figura 11. <i>Esquema del factor terapéutico de autocompasión</i>	113
Figura 12. <i>Esquema de los factores terapéuticos grupales</i>	123
Figura 13. <i>Esquema del tema cualidades terapéuticas de las terapeutas</i>	133
Figura 14. <i>Esquema del tema de estrategias terapéuticas aprendidas</i>	137
Figura 15. <i>Frecuencia de palabras en conexión con valores, grupos de TCC</i>	151
Figura 16. <i>Frecuencia de palabras en conexión con valores, grupos de MSC</i>	151
Figura 17. <i>Factores terapéuticos que inciden en la mejora de la salud mental de acuerdo a la narrativa de las participantes</i>	160
Figura 18. <i>Factores terapéuticos predominantes en la mejora de la interferencia</i>	163
Figura 19. <i>Frecuencia de palabras de humanidad compartida</i>	170
Figura 20. <i>Frecuencia de palabras universalidad</i>	170
Figura 21. <i>Las 30 palabras más frecuentes en la narrativa de las participantes</i>	173

RESUMEN

Antecedentes

El dolor crónico es una enfermedad de alta prevalencia que se asocia a niveles muy altos de sufrimiento, con un gran impacto en la calidad de vida y la salud mental de las personas que lo padecen. La depresión y la ansiedad son los trastornos que presentan una mayor comorbilidad con él (Gatchel, 2004).

Desde la perspectiva psicosocial, el dolor crónico se considera fenómeno complejo, dentro del cual los factores psicológicos son aspectos clave para el mantenimiento y empeoramiento de la sintomatología. Este hecho avala la necesidad de tratamientos multidisciplinares (Gatchel et al., 2007), que incluyan el planteamiento de intervenciones no farmacológicas (Vanhaudenhuyse et al. 2018).

Dentro de ellos, se encuentran los programas multicomponentes en formato grupal, las intervenciones Cognitivo Conductuales (TCC) y las terapias Basadas en Mindfulness y Aceptación. Todas ellas han comprobado su eficacia y beneficios en el tratamiento psicológico de personas con dolor crónico (Sturgeon, 2014).

En un Ensayo Clínico Aleatorizado (ECA) reciente, para determinar la eficacia del Programa de Mindfulness y Autocompasión (MSC) en el tratamiento del dolor crónico, Torrijos-Zarcelero et al. (2021) concluyen que resulta, al menos tan eficaz como la TCC en aspectos como calidad de vida, compasión, autocuidado y malestar emocional. Con el fin de comprender mejor el alcance de algunos de sus resultados, el propio estudio considera necesario explorarlos cualitativamente, a partir de la experiencia directa de las participantes en los programas. Comprender cuáles son los factores terapéuticos que intervienen en el tratamiento, y analizar su recorrido, permitiría a su vez comprender la forma en que las intervenciones propulsan una mejora en cuanto a la adaptación de la persona al dolor crónico.

Aspecto que atiende a la necesidad de encontrar factores terapéuticos y no tanto “paquetes de tratamiento”, que puedan ser desarrollados de una manera sensible a las necesidades individuales y al contexto actual de tratamiento tal y como propone McCracken (2020) en su revisión. Es decir, encontrar tratamientos psicológicos que traigan beneficios clínicamente relevantes y comprender los mecanismos de acción que pueden maximizar el impacto clínico de los tratamientos (Åkerblom et al., 2021; Kazdin, 2007; McCracken, 2021).

Objetivos de investigación

En línea con esta premisa, y como continuación de dicho estudio planteamos, una investigación que tiene como objetivo principal: identificar, describir y analizar los factores terapéuticos que actúan como mediadores en la aceptación de la experiencia de dolor y la mejoría en la calidad de vida desde la percepción subjetiva (narrativa) de las participantes en los programas de MSC y TCC.

Y como específicos:

1. Identificar, describir y analizar factores terapéuticos relacionados con la aceptación de la experiencia de dolor a partir de la narrativa de las participantes.
2. Identificar, describir y analizar factores terapéuticos relacionados con la mejora de la calidad de vida a partir de la narrativa de las participantes.
3. Identificar, describir y analizar factores terapéuticos relacionados con la autocompasión a partir de la narrativa de las participantes.
4. Identificar, describir y analizar factores terapéuticos relacionados con la experiencia grupal a partir de la narrativa de las participantes.

Metodología

Se ha optado por una metodología cualitativa de carácter fenomenológico, desarrollada a través de 8 grupos focales en los que han participado 33 personas con dolor crónico, tras haber participado en los Programas de MSC y TCC. Todas ellas hicieron parte del ECA de Torrijos-Zarceo et al. (2021) y asistieron al menos al 80% de las sesiones de los Programas (8 sesiones de 2.5 horas de duración y una frecuencia semanal). Los datos se obtuvieron mediante un muestreo teórico intencionado, se transcribieron las grabaciones, se codificaron y categorizaron mediante el programa NVIVO y finalmente se procedió a un análisis temático de las narrativas de los grupos, por parte de 4 expertas en el trabajo terapéutico en dolor crónico, hasta su saturación.

Resultados

Encontramos que, tras su paso por las intervenciones, las participantes identifican distintos factores terapéuticos relacionados con los cambios y mejoras percibidos en su relación con la experiencia de dolor, los cuales se agrupan en seis temas principales: 1) Factores terapéuticos relacionados a la aceptación; 2) Factores terapéuticos relacionados a la mejora de la calidad de vida; 3) la autocompasión; 4) Factores terapéuticos grupales; 5) Cualidades terapéuticas de las terapeutas; y 6) estrategias terapéuticas aprendidas.

Conclusión

Ambas intervenciones favorecen la aceptación de la experiencia de dolor y producen una mejora de la calidad de vida en las participantes. En la discusión encontramos que los factores terapéuticos principalmente relacionados con la aceptación de la experiencia de dolor se vinculan con “soltar la lucha”, la flexibilidad psicológica (apertura, sintonía con el presente, acción basada en valores); la conexión con el disfrute y el bienestar y la gratitud.

Los cambios y mejoras en la calidad de vida están relacionados con: la disminución del pensamiento catastrofista (darse cuenta, disminución de la anticipación, conectar con la capacidad); la regulación emocional, disminución de la depresión, la ansiedad; y la disminución de la interferencia en la vida.

Encontramos que hay algunos factores específicos asociados a los programas (especialmente al MSC) como la autocompasión (autoamabilidad; mindfulness; autocuidado y humanidad compartida) y otros derivados del formato grupal (principalmente la cohesión grupal y la universalidad) que son transversales a la aceptación y a las mejoras en la calidad de vida. Finalmente, encontramos aspectos significativos que podrían subyacer a distintos tipos de intervención, como son: el entrenamiento de determinadas prácticas y las cualidades terapéuticas de las terapeutas.

INTRODUCCIÓN Y PRESENTACIÓN

En esta tesis doctoral se identifican, describen y analizan los factores terapéuticos relacionados a la aceptación de la experiencia de dolor y la mejora de la calidad de vida, desde la percepción de 33 mujeres con dolor crónico, tras el paso por dos programas de intervención grupal (Terapia Cognitiva Conductual y Mindfulness y Autocompasión).

Esta investigación se estructura principalmente en cinco capítulos: 1) Marco Teórico, 2) Metodología, 3) Resultados, 4) Discusión y 5) Conclusiones, implicaciones para la clínica y limitaciones del estudio.

El capítulo 1 constituye el marco teórico acercándose al dolor crónico como experiencia, señalando las principales características que hacen de él un fenómeno biopsicosocial complejo. A partir de ahí se explora la forma en que esta enfermedad incide en la calidad de vida de las personas que la padecen, específicamente en lo referente a su salud mental e interferencia en la vida, y los componentes de un afrontamiento adaptativo y resiliente al dolor. Posteriormente se expone el constructo aceptación de la experiencia de dolor, sus factores básicos, y sus inhibidores, principalmente la evitación de la experiencia de dolor.

Sobre la mitad del capítulo se exponen las intervenciones terapéuticas más relevantes en dolor crónico, hablamos de la Terapia Cognitivo Conductual y las Terapias basadas en Mindfulness y Aceptación, para dedicar así un apartado a la compasión y autocompasión, factor terapéutico de importancia para este estudio. Hacia el final se exponen los principales factores terapéuticos derivados de la experiencia grupal, la presencia terapéutica y antecedentes del estudio precedente a esta investigación y se finaliza con los principales aportes de la investigación cualitativa al dolor crónico.

El capítulo 2, referente a la metodología presenta la justificación de este estudio, expone el problema de investigación y objetivos, el diseño, las características de las participantes, el contexto de la investigación, el proceso de análisis de la información, para finalizar con los criterios de calidad, las consideraciones éticas y algunos apuntes antes de la lectura de los resultados.

El capítulo 3 presenta los resultados de la investigación, desarrollándolos en seis temas principales: 1) Factores terapéuticos relacionados a la aceptación; 2) Factores terapéuticos relacionados a la mejora de la calidad de vida; 3) la autocompasión; 4) Factores terapéuticos grupales; 5) Cualidades terapéuticas de las terapeutas; y 6) estrategias terapéuticas aprendidas.

El penúltimo capítulo discute los resultados a la luz de la literatura y da respuesta a los objetivos de la investigación, estructurándose en tres apartados principales: los factores terapéuticos relacionados a la aceptación, los factores terapéuticos relacionados a la calidad de vida y los factores terapéuticos transversales que vertebran los resultados obtenidos (autocompasión, grupo, terapeutas y estrategias terapéuticas).

Finalmente, se señalan las principales conclusiones del estudio, se exponen las implicaciones para la práctica clínica y las limitaciones.

CAPÍTULO 1. MARCO TEÓRICO

1.1. Comprendiendo el dolor crónico

La Asociación Internacional para el Estudio del dolor (IASP por sus siglas en inglés), define el dolor como una experiencia sensitiva y emocional desagradable, asociada a una lesión tisular real o potencial, o que se describe como ocasionada por dicha lesión. Esta definición permitió comprender que el dolor es un fenómeno multidimensional, donde lo sensitivo-discriminativo, afectivo-emocional y cognitivo teje una experiencia de malestar que afecta a la persona que lo padece como a quienes le rodean (Williams y Craig, 2016).

El actual Sistema de Clasificación Internacional de las Enfermedades (CIE-10) sitúa el dolor crónico dentro del grupo de “síntomas y observaciones clínicas o de laboratorio anormales no clasificados en otra parte” y diferencia entre dolor agudo, crónico intratable, otro dolor crónico; y no especificado”. En 2021 entró en vigor el CIE-11 que, al utilizar el principio de asignación de códigos de diagnóstico “multiple parenting”, ofrece una clasificación más congruente con el fenómeno del dolor crónico en sí mismo, en función de su etiología, los mecanismos fisiopatológicos subyacentes y la zona del dolor, y permite una mayor precisión diagnóstica (Treede et al., 2015).

Independientemente del origen y su clasificación, el dolor crónico impacta la vida de las personas, y se considera un problema relevante de salud pública. Se estima que cerca del 20% de la población mundial lo padece y representa una quinta parte de las visitas médicas (IASP), siendo más prevalente en mujeres (Macfarlane, 2016; Zorina-Lichtenewalter et al. 2016).

En España la encuesta Nacional de Salud y Bienestar del 2010 estimó que cerca del 17,25% de las personas mayores a 18 años padecían dolor, de las cuales un 51,33% eran mujeres (Langley et al., 2011). Más adelante Dueñas et al. (2015) señalan que cerca del 16,6% de la población adulta padece dolor por más de tres meses.

Datos más recientes ofrecidos por la Encuesta nacional de Salud de España en 2017 señalan que dentro de los trastornos crónicos más prevalentes un 15,78% de los adultos españoles padecen dolor cervical crónico (siendo un 20% mujeres) y un 19,76% dolor crónico lumbar (22,1% mujeres).

1.1.1. Dolor agudo y dolor crónico: principales mecanismos fisiopatológicos

Un aspecto importante en la comprensión de la experiencia de dolor es diferenciarlo del agudo. El dolor agudo cumple con una función protectora que busca restablecer el funcionamiento del organismo, mientras que el dolor persistente o crónico, por su duración, no cumple esta función por lo que se convierte en una experiencia nociva a nivel físico tanto como en los planos psicológico y social.

La Asociación Americana de Dolor Crónico (ACPA) señala que el dolor agudo se caracteriza por ser de inicio reciente, transitorio y generalmente con una causa identificable. En cambio, el dolor crónico es un dolor continuo o recurrente que además de persistir por 3 o 6 meses, dura más allá del curso habitual de la enfermedad aguda o la curación de las lesiones.

La experiencia de dolor puede ser causada por cambios nociceptivos o neuropáticos, o por ambos; pero siempre se relacionará con la reacción que a nivel cerebral genera la información entrante, incluida la interpretación y los aprendizajes respecto al dolor (ACPA, 2020).

A día de hoy sabemos que el dolor crónico es una enfermedad que implica la alteración en:

- El procesamiento sensorial (a nivel de córtex sensorial y motor primarios, tálamo e ínsula posterior)
- El procesamiento emocional (a nivel de córtex cingulado, orbitofrontal y frontomedial, ínsula anterior, núcleo accumbens, hipocampo y amígdala)
- El procesamiento cognitivo/integrativo/mnésico (a nivel de ganglios basales, córtex parietal, lóbulo temporal e hipocampo) (Boorsok, 2012).

La siguiente tabla ilustra las principales diferencias entre el dolor agudo y crónico (Miró, 2009).

Tabla 1. Diferencias fundamentales entre el dolor agudo y el dolor crónico

Dolor agudo	Dolor crónico
<ul style="list-style-type: none"> • Inicio como consecuencia de un daño tisular • Se equipara a un signo de alerta pues sirve para promover la recuperación • Duración breve • Desaparece con la remisión del daño o herida que lo provocó • La cantidad de dolor experimentado es, en buena medida, proporcional a la lesión que lo provoca • Responde a los tratamientos dirigidos a la restauración del daño tisular • Respuesta negativa o escasa al tratamiento mediante morfina u otros opiáceos • Alteración de los índices autonómicos (p. ej. Incremento en la tasa cardíaca y respiratoria) • Correlación entre índices autonómicos, verbales y conductuales • Generalmente no hay afecciones a nivel vegetativo • Asociado generalmente a la ansiedad • Descrito en términos de sus cualidades sensoriales 	<ul style="list-style-type: none"> • En general, su inicio es como en el dolor agudo • Carece de valor biológico y es destructivo física, psicológica y socialmente • Larga duración • Se mantiene a pesar de que la herida ha sanado • No existe relación aparente entre la magnitud de la lesión y el dolor experimentado • No responde a tratamientos encaminados a restaurar el daño físico • Responde positivamente a su tratamiento mediante morfina u otros fármacos opiáceos • Frecuentemente no presenta trastornos en los índices autonómicos • Escasa o nula relación entre índices autonómicos, verbales y conductuales • Provoca la aparición de signos vegetativos (p. ej. Trastornos del sueño, decremento de la lívido) • Fundamentalmente asociado a la depresión, si bien también hay problemas de ansiedad • El paciente lo describe en términos afectivos.

Nota. recuperado de Miró (2009). Dolor Crónico procedimientos de evaluación e intervención psicológica. pp. 50

El dolor puede producir cambios fisiológicos en el funcionamiento cerebral (Baller y Ross, 2017). La experimentación prolongada de un dolor de tipo inflamatorio (agudo), transforma los mecanismos fisiológicos del dolor a nivel sináptico, periférico, de medula espinal y central. A este fenómeno de “aprendizaje” se le conoce como sensibilización central y sensibilización periférica.

La sensibilización central afecta a los receptores nociceptivos de dos formas: produciendo hipersensibilización en zonas afectadas (hiperalgesia primaria o sensibilización periférica) y transformando estímulos que en otro momento habrían sido neutros en dolorosos (alodinia). La hiperalgesia y la alodinia son las propiedades que hacen que la sensación de dolor pueda resultar especialmente desagradable e insoportable (Cerveró, 2008; Van Oosterwijck et al., 2013; den Boer et al., 2019).

La hiperalgesia primaria hace referencia a los cambios en los nociceptores periféricos derivados de una lesión o una inflamación en una zona concreta. Tras un periodo de activación intensa, estos nociceptores desarrollan mayor capacidad de excitación ante un estímulo, disminuyen el umbral del dolor y aumentan las señales nociceptivas. Esto con el fin de proteger el cuerpo para evitar el uso de las estructuras dañadas o un daño adicional de los tejidos traumatizados y circundantes.

La hiperalgesia secundaria es resultado de las alteraciones en la excitación de neuronas de segundo orden en la médula espinal y zonas supraespinales, lo que genera que la sensación de dolor se sienta en partes del cuerpo distintas al lugar de origen de la lesión.

La alodinia se produce por impulsos en los mecanorreceptores de bajo umbral, se conectan a fibras aferentes mielínicas de gran diámetro en áreas de hiperalgesia secundaria. Provocando dolor con estímulos previamente neutrales, como el tacto.

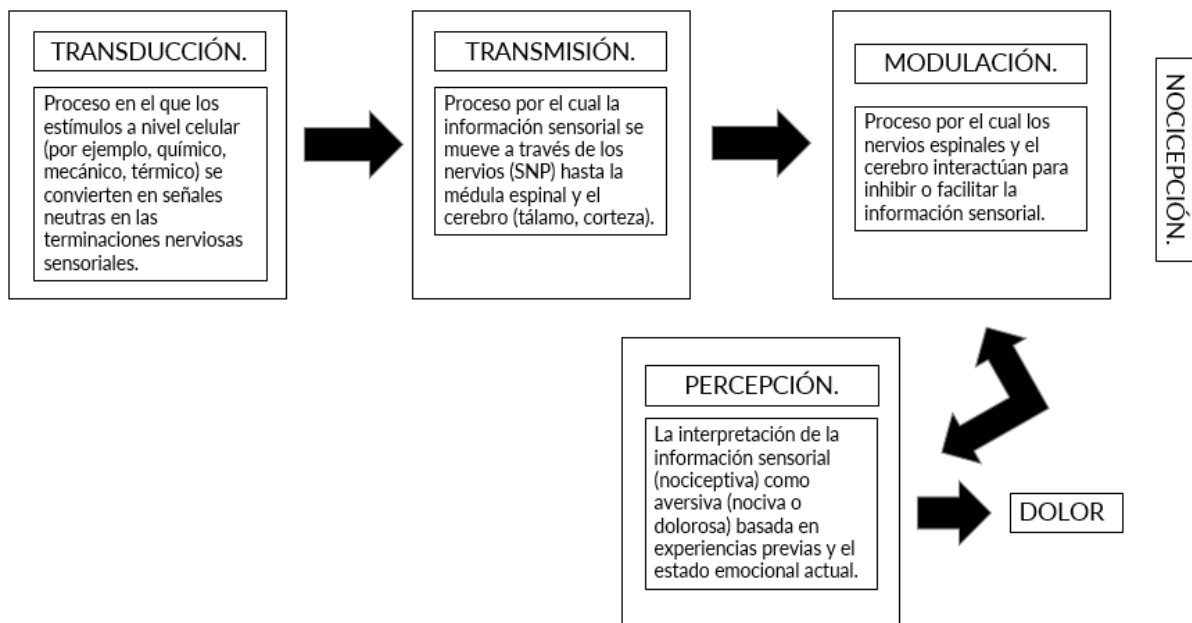
Estos procesos neurobiológicos explican, entre otras cosas, las razones por las que la persona con dolor crónico no distingue entre un estímulo realmente amenazante y otro que no lo es. Además, sustentan las bases para entender el dolor crónico como un fenómeno biopsicosocial que impacta en todos los aspectos de la vida (Baller y Ross, 2017).

1.1.2. El dolor como fenómeno biopsicosocial

El enfoque biopsicosocial transformó la postura biomédica que imperó durante mucho tiempo en la comprensión de las enfermedades, ampliando la mirada hacia el campo de la medicina conductual y la psicología de la salud. Desde esta perspectiva se entiende que en el mantenimiento o incluso el empeoramiento de una enfermedad, influyen aspectos tanto biológicos, como psicológicos y sociales (Gatchel et al., 2007; Meints y Edwards, 2018).

Desde esta perspectiva un impulso doloroso no es solamente un input sensorial, sino una experiencia compleja en la que median factores genéticos, culturales, la historia de vida, aprendizajes de la persona, su estado mental, psicológico y aspectos socioculturales (Gatchel, 2004). Turk y Adams (2016) explican que la experiencia subjetiva del dolor se teje en los procesos de transducción, transmisión y modulación. En éstos las señales sensoriales nocivas son filtradas por la composición genética y el historial de aprendizaje previo, y moduladas por estados fisiológicos y afectivos, evaluaciones idiosincrásicas, expectativas y el entorno cultural, la figura 1 describe en qué consisten estos procesos.

Figura 1. El proceso desde la nocicepción al dolor

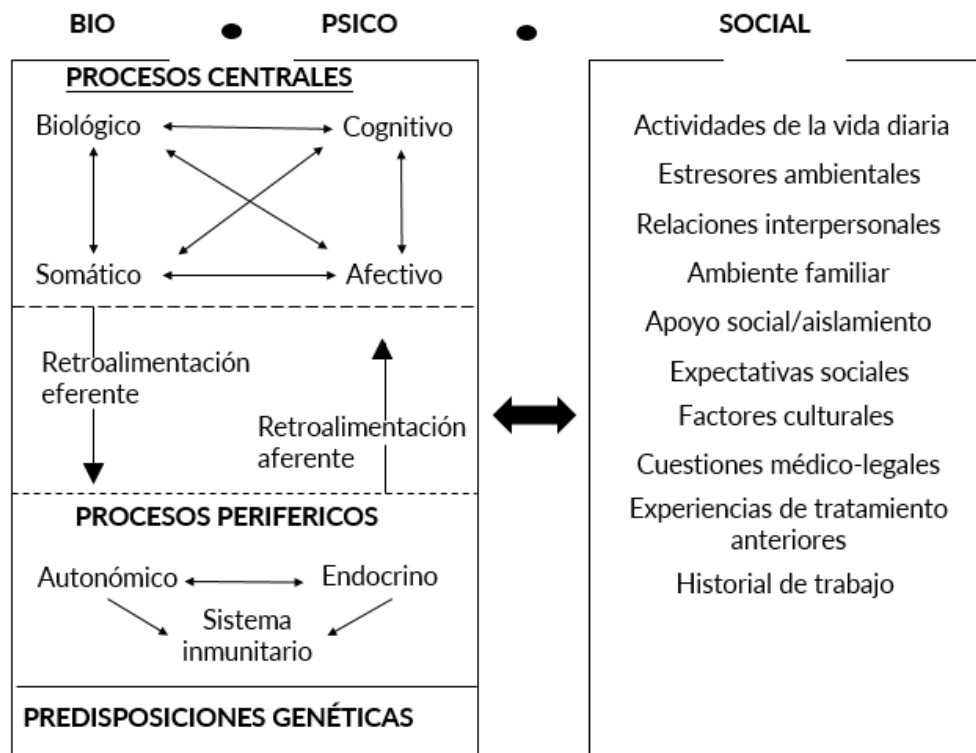


Nota: traducido de Turk y Adams (2016).

El tratamiento del dolor crónico debe considerar la interrelación entre los cambios biológicos, el estado psicológico y el contexto sociocultural (Gatchel et al., 2007 y Williams y Craig, 2016) y desde la perspectiva biopsicosocial la experiencia subjetiva del dolor debe concebirse longitudinalmente. Por un lado, la persona transforma sus formas de relacionarse con la enfermedad en el tiempo, ya sea flexibilizando o cristalizando aspectos; por otro, la historia previa configura gran parte de la forma de vivir con la enfermedad y puede ayudar a estimar aspectos de su futuro (Turk y Monarch, 2018; Turk y Adams, 2016).

El Modelo conceptual de los procesos interactivos biopsicosociales involucrados en la salud y la enfermedad reconoce la retroalimentación aferente y eferente entre los sistemas biológicos y psicológicos, así como los efectos de los mediadores sociales. Gatchel (2004) plantea los procesos que se ponen en marcha buscando la regulación homeostática que se ha alterado por el dolor.

Figura 2. Modelo Conceptual de los procesos interactivos biopsicosociales involucrados en la salud y la enfermedad



Nota: traducido de Gatchel (2004).

El modelo explica cómo la dimensión cognitiva dota de significado la experiencia emocional desencadenando emociones que pueden amplificar la experiencia de dolor y produciendo una dinámica repetitiva entre la nocicepción, el dolor, la angustia y la disfuncionalidad (Gatchel et al., 2007; Markfelder y Pauli, 2020).

En definitiva, la perspectiva biopsicosocial, entiende el dolor como algo más que una experiencia nociceptiva, se ha explorado la forma en que distintos factores psicológicos y sociales relacionados con la percepción y las creencias sobre el dolor y sobre otros aspectos de la vida, inciden en el dolor (Filligim, 2017).

1.2. Calidad de vida

La Organización Mundial de la Salud (OMS) define la calidad de vida como: “la percepción individual de la posición en la vida en el contexto de la cultura y sistema de valores en el cual se vive y su relación con las metas, expectativas, estándares e intereses” p.28 (OMS, 1998). Desde esta perspectiva, la calidad de vida es un constructo principalmente subjetivo y multidimensional. Su componente subjetivo se basa en las valoraciones de la persona acerca de diferentes aspectos de su vida (percepciones), en cuanto a qué tan satisfecha o insatisfecha se encuentra con ellos.

Theofilou (2013) señala que la calidad de vida por mucho tiempo ha sido entendida como sinónimo de bienestar subjetivo. El bienestar subjetivo se constituye principalmente de evaluaciones respecto al pasado, presente y futuro en relación con las metas y valores personales. La satisfacción e insatisfacción con esto, constituye la percepción de bienestar o

malestar, aquí las metas, los valores personales, el sentido de realización, satisfacción con el trabajo y las relaciones tiene gran importancia.

Entre los factores psicosociales determinantes de la calidad de vida en la salud, se encuentran: la esperanza y la voluntad de vivir. Según Schwartzmann (2003) éstos inciden en el proceso de recuperación y adaptación a la enfermedad. Desde esta perspectiva, el análisis de las formas de afrontamiento y los patrones con los que la persona se compara (con su pasado, con otros que comparten la misma enfermedad, etc.) constituyen la percepción de la calidad de vida y la adaptación a la enfermedad.

En este sentido podría decirse que la calidad de vida no depende de qué tan bien se encuentre la persona físicamente; es posible sentir satisfacción con la vida y bienestar, teniendo grandes limitaciones, gracias al ajuste de valores y metas, donde la persona puede adecuar sus expectativas ajustándose a la enfermedad.

En la investigación cualitativa de Turk et al. (2008) confirman que las personas con dolor crónico informaron que la mayoría de los aspectos de sus vidas, se ven afectados significativamente por el dolor crónico, en particular: el disfrute de la vida en general, el bienestar emocional, la fatiga, la debilidad y el sueño. Los autores puntualizan cinco dominios que ayudan a entender sus conclusiones:

- 1) Respecto a síntomas físicos: entre los síntomas más comunes se encuentran la fatiga, la falta de energía, problemas para quedarse dormidas, dificultades cognitivas como sentirse “nubladas” mentalmente y olvidar palabras comunes, problemas para concentrarse, y limitaciones para llevar a cabo más de una actividad al día (como ir al médico, hacer la compra, etc.).
- 2) Actividades físicas: problemas para realizar movimientos físicos básicos como caminar, ponerse en pie o sentarse. Limitaciones para llevar a cabo actividades de autocuidado porque en sí mismas cualquier actividad representa un gran costo.
- 3) Impacto en la vida familiar: el dolor impacta significativamente en la vida de pareja, el cuidado de familiares y en la intimidad. Se percibe poca comprensión y se les juzga de “perezosas”.
- 4) Actividades sociales y recreativas: a causa de la impredecibilidad del dolor, la incertidumbre de no saber cómo se van a sentir y el miedo a una exacerbación del dolor, limita el desarrollo de actividades como jugar con los hijos, salir a verse con amigos, atender eventos sociales, ir de vacaciones, etc.
- 5) Bienestar emocional: en general se sienten estresadas e irritables por su condición y la percepción de familiares y amigos que las tildan de “perezosas” o “quejicas”.

Como se puede evidenciar el dolor impacta severamente sobre la calidad de vida de las personas. Los estudios cualitativos permiten identificar que la percepción sobre aspectos del bienestar subjetivo puede resultar debilitante y asociarse con una baja calidad de vida.

1.2.1. Salud mental

Según la OMS la salud mental es “un estado de completo bienestar físico, mental y social, y no solamente la ausencia de afecciones o enfermedades” (web). Para las personas con dolor crónico el riesgo de padecer un problema de salud mental es alto, la enfermedad tiende a aumentar el nivel de vulnerabilidad a distintos trastornos, especialmente a los depresivos,

ansiosos y de estrés postraumático, siendo éstos los predictores más comunes de disfuncionalidad (Edwards et al., 2016; Pincus y McCracken, 2013).

Por su parte, la evidencia cuantitativa sustenta que la afectividad, los recursos de afrontamiento, las expectativas, la calidad del sueño, la función física e interferencia del dolor en la vida, son aspectos claves que deben tenerse en cuenta en la valoración de la salud mental en personas con dolor crónico (Turk et al., 2016).

Los pensamientos y las creencias acerca del dolor se encuentran más asociados a la calidad de vida que su intensidad (Lame et al., 2005). En este sentido se observa que la catastrofización es uno de los predictores de baja calidad de vida y salud mental en personas con dolor crónico.

1.2.1.1. Catastrofización

La experiencia de dolor crónico implica altos niveles de sufrimiento. Dentro de este fenómeno, la catastrofización, hipervigilancia y el miedo al dolor son aspectos fundamentales.

La catastrofización es una forma de procesamiento cognitivo por la que se anticipan y asumen como resultados inevitables los peores posibles, a través de rumiaciones que se enfocan en situaciones “pequeñas” hasta convertirlas en grandes calamidades (Turk et al., 2016).

Comprende un conjunto de pensamientos y sufrimiento emocional en relación con el dolor, ya sea anticipado o real, que afectan a la calidad de vida, incrementan la interferencia del dolor, condicionan el estado de ánimo y promueven la anticipación al dolor. Incluye tres dimensiones: la magnificación de los efectos negativos del dolor, la rumiación acerca de las potenciales consecuencias, y el sentimiento de indefensión (Sullivan et al., 2001; Sturgeon, 2014; Craner et al., 2016).

El papel de la catastrofización en la experiencia de dolor es clave en términos de evitación, ansiedad, depresión, disfuncionalidad (física y social) y baja respuesta a las intervenciones (Sturgeon, 2014; Garcia-Campayo et al., 2008). La magnificación y la rumiación aparecen en la fase primaria del proceso de valoración del dolor al sobredimensionar la amenaza que supone el estímulo doloroso, y la indefensión en la secundaria, cuando la persona infravalora los recursos que tiene disponibles para manejarlo de forma efectiva (Pincus y McCracken, 2013).

La catastrofización se considera una forma de afrontamiento pasiva, la persona siente que no tiene ningún control sobre su experiencia y que el “locus de control” de la enfermedad es externo (los médicos o las circunstancias, por ejemplo), incrementando así los niveles de distrés emocional e intensidad del dolor (Sullivan., 1995; Sullivan et al., 2001).

La intrusividad y persistencia con que aparecen los pensamientos relacionados con el dolor dificultan el control e inducen a respuestas de anticipación, como el abandono de actividades y tareas o una preocupación excesiva por la sintomatología. Esto último, junto con la actitud pasiva, va consolidando una posición de enferma que termina afectando a otras áreas de la vida incrementando la disfuncionalidad (Sturgeon, 2014; Edwards et al., 2016).

La rumiación es la estrategia que tiene incidencia en el estado mental y emocional de las personas con dolor crónico. Si bien pensar sobre el problema es una buena estrategia para encontrar una solución, no lo es cuando se orienta exclusivamente a la eliminación del dolor y se basa en la no aceptación. La investigación revela que, para alejarse del pensamiento de

rumiación, el pensamiento ha de centrarse en la pregunta: ¿qué puedo hacer para aliviar el dolor en este momento? En lugar de ¿cómo puedo deshacerme de este dolor de una vez por todas? (Schütze et al., 2017). Cuando se produce esto último, el pensamiento se convierte en uno de los precursores del sesgo atencional hacia el dolor, y su regulación resulta un objetivo clave para la intervención (Wong et al., 2014).

Se ha podido evidenciar que en terapias basadas en mindfulness, la catastrofización ha podido reducirse gracias a que se entrena la consciencia intencional de la experiencia y el no juicio, facilitando un procesamiento conceptual diferente al que se encuentra implicado en la catastrofización, esto supone un desapego de los pensamientos (Veehof et al., 2016).

Aunque en la aceptación como en la catastrofización la persona reconoce que el dolor no va a desaparecer, el matiz emocional que acompaña la experiencia cambia según el escenario. En la catastrofización prima “indefensión” la convicción de que no es posible hacer nada ante el dolor, en cambio, en la aceptación se evidencia desde prima la voluntad de vivir, incluso con el dolor, lo que reduce la frecuencia, el malestar o el impacto de los pensamientos catastrofistas (McCracken y Eccleston, 2003).

1.2.1.2. Hipervigilancia: sesgo atencional hacia el dolor

La hipervigilancia es un mecanismo cognitivo propio de la experiencia de dolor que consiste en atender predominantemente a los síntomas; implica un sesgo atencional hacia estímulos dolorosos que se despierta en fases de dolor agudo y crónico (Haggman et al., 2010; Rost et al., 2017).

La hipervigilancia al dolor absorbe gran parte de los recursos atencionales de la persona y conduce a la inhibición de actividades y movimientos como forma de anticipación, lo que a largo plazo resulta en discapacidad (Clauwaert et al., 2020). Vlaeyen y Linton (2000) distinguen entre la hipervigilancia generalizada y la específica. Mientras la primera consiste en sobreatender a cualquier estímulo (amenazante o neutro), en la segunda la persona tiende a atender selectivamente a estímulos dolorosos más que a neutros, lo que termina por incrementar su ansiedad y el miedo al dolor (Wong et al., 2014 y Van Vliet et al., 2018).

La persona con dolor crónico escanea su cuerpo una y otra vez en busca de sensaciones corporales potencialmente peligrosas o amenazantes, colocando el dolor en el centro de su vida. Esta forma de relacionarse con su cuerpo genera miedo y da lugar a un estilo atencional disfuncional, por el que se mantienen y/o amplifican las sensaciones corporales (Van Damme et al., 2010). Por ello, llegar a sentir el cuerpo como algo más que una fuente de sufrimiento y malestar, es un objetivo fundamental de las intervenciones en dolor crónico (Palao y Rodríguez, 2016).

En las entrevistas realizadas a personas con dolor y personal sanitario para el estudio del manejo de dolor, Crowe et al. (2010), observan que el carácter imprevisible del dolor genera un “efecto dominó” que termina incidiendo en lo más nuclear de la persona. El hecho de no saber cuándo va a doler despierta una necesidad de vigilancia del cuerpo (hipervigilancia) que suele acompañarse de ansiedad, y conduce a su “objetivización”. De esta forma el propio cuerpo, pasa a ser experimentado como un objeto amenazante y externo, alterándose la relación que la persona mantiene con él hasta el punto de llegar a perder el sentido de sí mismo.

La investigación cualitativa señala que esta relación con el cuerpo como objeto dificulta la rehabilitación. En un intento de protegerse y limitar el efecto del dolor las personas se refieren a la zona de dolor como algo ajeno, sobre lo que no tienen control y diferenciado del resto de su yo físico y mental (Snelgrove y Lioffi, 2013; Crowe et al., 2017; Lestoquoy et al., 2017). Esto alimenta la catastrofización, la sensación de no tener control sobre el dolor generando mayor desadaptación e interferencia del dolor en la vida diaria.

1.2.1.3. Comorbilidad: ansiedad, depresión e insomnio

En el estudio de Breivik et al. (2006) se señalaba que el 21% de las personas con dolor crónico son diagnosticadas de depresión, convirtiéndola en una de las enfermedades con comorbilidad más alta junto con el trastorno de ansiedad.

Estudios más recientes indican que la relación entre el dolor crónico y la depresión puede observarse en varios planos: a nivel biológico ambos comparten mecanismos moleculares que se van consolidando por la neuroplasticidad (Sheng et al., 2017); a nivel cognitivo viene mediada en gran parte por la catastrofización, aspecto al que se dedicará un apartado específico más adelante (Gatchel et al., 2007; Linton y Bergbom, 2011). La depresión correlaciona con altos niveles de disfuncionalidad, menor percepción de sentirse capaz de hacer frente al dolor (autoeficacia), baja percepción de apoyo social y mayor empleo de estrategias ineficaces para el manejo del dolor (Nicholas et al., 2009).

En este sentido, Rusu y Pincus (2016) tras comparar el discurso de personas con dolor crónico con y sin depresión, sugieren que el aumento del bienestar psicológico se encuentra asociado con la capacidad de mantenerse conectada a aspectos del yo "self" que no se encuentren relacionados con el dolor.

En cuanto a la afectividad Barnes et al. (2018) resaltan que uno de los componentes principales de la experiencia de dolor es el malestar psicológico, evidenciado a través de la presencia de sentimientos como: autodesprecio, frustración, ira, negatividad hacia los demás o auto denigración; todos ellos son aspectos que Snelgrove y Lioffi (2013) relacionan con la propensión a un diagnóstico de depresión.

Respecto a otros trastornos, la investigación de Hooten (2016) informa que: en todos los grupos de dolor crónico la prevalencia del trastorno distímico varía entre 1 - 9%; del trastorno bipolar entre 1 - 21%; del trastorno de ansiedad generalizada entre 1 - 10%; del trastorno de pánico entre 1 - 28%, y de la agorafobia entre 1 - 8%.

Por su parte, la OMS ha declarado que el dolor crónico es uno de los factores de riesgo de suicidio (web). Entre 28% - 48% de las personas con dolor crónico presentan ideación suicida (Hooten, 2016) el doble que otros enfermos crónicos (Humo et al., 2019; Racine, 2018), algo a tener muy en cuenta por los equipos de atención médica (Hooley et al., 2014).

En cuanto al uso o abuso de sustancias, los opioides alcanzan entre 1 - 43% y el alcohol y otras sustancias entre 27 - 87% (Hooten, 2016).

En un meta-análisis Burke et al. (2015) señalan que la depresión, ansiedad, somatización, ira/hostilidad, autoeficacia, autoestima y funcionamiento emocional tejen el funcionamiento

psicológico que acompaña la experiencia de dolor crónico y concluyen que la persona con dolor crónico se encuentra en una situación vulnerable y debilitante.

Schotanus-Dijkstra et al. (2019) señala que algunos factores que contrarrestan la ansiedad y depresión son: la conexión con emociones agradables, la conexión con la propia fortaleza, el optimismo, la autocompasión, la resiliencia y las relaciones positivas.

El proceso de diagnóstico

Uno de los aspectos que afectan a la forma de relacionarse con el dolor es el proceso de diagnóstico, un proceso que conlleva mucha estigmatización e incertidumbre, lo que hace que se incremente el malestar y conduce a la desesperación: “¿qué me está pasando?, ¿por qué me duele?, ¿esto normal?, ¿se va a ir el dolor?” (Toye et al., 2017). Poder ser diagnosticadas otorga cierta validación a la experiencia de malestar y poder “poner nombre” a lo que sucede disminuye la ansiedad, aunque también trae consigo el reconocimiento de “estar/ser enfermo” (Snelgrove y Lioffi, 2013; Tove et al., 2014; Rodrigues-de-Souza et al., 2016; Mengshoel et al., 2018; Toye et al., 2017).

Por ejemplo, Escudero-Carretero et al. (2010) y Mengshoel et al. (2018) coinciden en que las personas diagnosticadas con fibromialgia describen el establecimiento de su diagnóstico como un hito esencial en el proceso de enfermedad, que da entidad a su dolencia y proporciona cierto alivio (algo que se disuelve con el tiempo al notar la ineficacia de tratamientos y terapias).

A nivel general, las personas con dolor crónico describen el proceso de diagnóstico como inquietante y desesperanzador. Un proceso que se hace más difícil por la percepción de incompreensión (no sentirse escuchadas) e incredulidad por parte del personal médico, que conduce a la decepción y la falta de adherencia a los tratamientos (Tove et al., 2014; Snelgrove y Lioffi, 2013; Mengshoel et al., 2018; Gordon et al., 2017).

1.2.2. Afrontamiento, adaptación y resiliencia

Poder aceptar la experiencia tal y como es se relaciona con un afrontamiento adaptativo a la experiencia de dolor crónico. Puesto que hay tantas formas de afrontar el dolor como personas (Geniusas, 2020), preguntarse por el afrontamiento implica preguntarse por la forma en que la persona vive con la enfermedad y de qué manera esa forma de vivir genera bienestar y equilibrio, o malestar.

Los estudios de Edwards et al. (2016) y Meints y Edwards (2018) concluyen que la experiencia de dolor se encuentra modulada por constructos psicosociales generales y específicos del dolor crónico. Entre los constructos específicos los autores señalan que la catastrofización, las expectativas y la autoeficacia son algunos de los factores más importantes que inciden sobre el afrontamiento del dolor.

El rol de las percepciones y creencias juega un papel importante en el afrontamiento, ya que la percepción de la experiencia de dolor, se teje desde la cultura, las experiencias de otros y las creencias propias sobre el dolor (Anarte et al., 2001). En el meta-análisis desarrollado por Orhan et al. (2018) se confirma que las formas de afrontamiento entre distintas culturas varían de acuerdo a las creencias, cogniciones, valoraciones y comportamientos que configuran la percepción que la persona tiene sobre la experiencia de dolor. Por ello, es importante tener

presentes estas variables para analizar el afrontamiento de una persona frente a esta enfermedad.

Yildizeli (2018) señala que las creencias sobre el dolor y la intensidad afectan el bienestar psicológico de las personas con dolor crónico. La autora concluye que para aumentar los niveles de bienestar psicológico será necesario trabajar sobre las actitudes y creencias sobre el dolor y el control de la experiencia.

Las creencias son las cogniciones (pensamientos) que la persona tiene sobre su problema de dolor. En la percepción del dolor se distinguen tres tipos de creencias: relativas a los objetivos y metas personales (valores nucleares); relativas a la personalidad (locus de control -estilo atribucional- y la autoeficacia); y relacionadas específicamente con el dolor, como el tiempo de persistencia del dolor, la causa de origen, el diagnóstico y la efectividad del tratamiento -expectativas- (Anarte et al., 2001; Moretti, 2010).

La percepción de control del dolor tiene que ver con todas ellas y es uno de los factores que más influyen el afrontamiento (Moretti 2010). Atendiendo al constructo de locus de control encontramos personas que sienten que hay aspectos de su vida y de la enfermedad que está en su mano manejar (locus de control interno) y otras que sienten que su manejo no depende de ellas, sino de aspectos externos (locus de control externo). Frente a las primeras, que consiguen niveles de funcionalidad altos, las segundas presentan un peor ajuste a la enfermedad (Turk et al., 2016), fortalecido por el hecho de pensar que el dolor es incontrolable y que no hay nada que pueda ayudar.

Uno de los componentes de la percepción de control que cuenta con más literatura es la de autoeficacia, que involucra la expectativa de alcanzar algo y la confianza en la propia capacidad para lograrlo a pesar del dolor. Cuando la persona se siente capaz de gestionar el dolor, deja de controlar su vida y se adopta una actitud proactiva que ayuda a disminuir la indefensión (Turk et al., 2016; Moretti, 2010; Burke et al., 2015).

Sentirse capaz y poder confiar en atravesar la experiencia (autoeficacia) se ha identificado como un recurso psicológico protector en pacientes con dolor persistente y un factor resiliente asociado con mejores resultados funcionales entre niños, niñas, adolescentes y adultos con dolor crónico (Edwards et al., 2016).

En una meta síntesis Crowe et al. (2017) señalan que la aceptación es un proceso que implica un equilibrio entre la lucha y la rendición ante el dolor, en el que hay fluctuación de momentos de mayor o menor lucha. En el estudio de Pietilä et al. (2018) realizado a través de entrevistas, se exponen algunos de los cambios afectivos que se observan del descrédito a la reparación, de la incertidumbre al conocimiento y de la soledad a la unión.

Estrategias de afrontamiento

La percepción del dolor teje en gran medida la forma como la persona vive con él. El afrontamiento se entiende como el conjunto de esfuerzos y estrategias conductuales, emocionales y cognitivas que se ponen en marcha para manejar situaciones de distrés.

Estos esfuerzos y estrategias pueden ser adaptativas/activas o desadaptativas/pasivas y vienen condicionadas en gran medida por la intensidad del dolor y la percepción de autoeficacia. Algunas son predominantemente cognitivas como: la distracción, la

autoafirmación, rezar, la resignificación de la sensación dolorosa, ignorar el dolor o catastrofizar (Meints y Edwards, 2018) y pueden incidir sobre el pensamiento automático y las distorsiones cognitivas (Anarte et al., 2001); otras, predominantemente conductuales, consisten en acciones que ayudan a paliar el dolor como frotarse la zona afectada, aplicarse calor/frío, etc. (Moretti, 2010).

Las estrategias vienen determinadas por un proceso de valoración (*appraisal*) entre: antecedentes causales (valores y creencias de la persona), las características de la situación a afrontar, la naturaleza del estresor, y la percepción de los recursos disponibles (Lazarus y Folkman, 1986). Esta valoración se caracteriza por ser dinámica, en el sentido de ir incorporando elementos nuevos y abandonando otros en función de los resultados alcanzados (Soriano y Monsalve, 2005). En personas con dolor crónico este proceso involucra el significado, las expectativas y el estado afectivo de la persona respecto al dolor (Turk y Adams, 2016).

Las estrategias que una persona pone en marcha para afrontar el dolor informan de su percepción del dolor, sus niveles de angustia emocional, la discapacidad funcional que puede tener y también si esa forma de afrontar el dolor le está permitiendo vivir con cierto bienestar o no. Las adaptativas/activas implican activamente a la persona en el manejo de la enfermedad, facilitando un mejor ajuste psicológico a la misma, mayor conexión con emociones agradables y menor depresión e interferencia del dolor en la vida (Turk, 2005; Stewart y Yuen, 2011; Vanhaudenhuyse, 2018). Mientras que las desadaptativas/pasivas, basadas en ceder el control del dolor a otros o a un factor externo (retirarse o crear dependencia de otros) (Ramírez et al., 2001; Meints y Edwards, 2018), correlacionan con mayor interferencia del dolor en la vida, altos niveles de distrés, catastrofización y depresión.

A lo largo de la vida, una persona puede fluctuar entre estilos de afrontamiento pasivos y activos. Turk et al. (2016) señalan que este proceso evoluciona en el tiempo, de manera que la forma de hacer frente a un problema en un momento particular no predice el afrontamiento que hará la persona ante el mismo problema en otro momento. En general, la persona utiliza todos los recursos de los que dispone ante una situación de tanta vulnerabilidad y sufrimiento como el dolor crónico.

Por ello, las intervenciones psicológicas en dolor crónico tienen entre sus objetivos que la persona con dolor incremente el uso de estrategias de afrontamiento activas, en aras de mantener o recuperar el funcionamiento en las distintas áreas de su vida, trabajando a partir de las creencias y actitudes que tenga hacia el dolor y/o facilitando vías que le permitan relacionarse de una forma menos limitante con el dolor (Soriano y Monsalve, 2005; Vanhaudenhuyse et al., 2018).

Resiliencia en dolor crónico

La resiliencia es la capacidad de adaptación ante una situación adversa. Es un aspecto dinámico en el que interfieren diversos factores que pueden mejorar o reducir las capacidades resilientes en una persona (Herrman et al., 2011).

El dolor crónico constituye, en si mismo, una situación adversa que afecta a todas las áreas de la vida. Del análisis de las entrevistas realizadas a personas con dolor crónico, Lennox et al.

(2019) concluyen que la aceptación de la experiencia de dolor es un paso básico para el afrontamiento resiliente de la enfermedad.

Este hallazgo pone en evidencia que el tratamiento puede ser un gran reto, porque el dolor cambia la percepción que la persona tiene sobre sí misma, y aceptarlo supone también enfrentarse a ese cambio. La enfermedad puede dejar sin efecto las cualidades que hasta entonces daban sentido a su self. Los autores definen esto como una “pérdida de coherencia de sí”, derivada de la creencia de que las capacidades, motivaciones y metas, se corresponden con los valores personales, y dan sentido a lo que la persona es (Lennox et al., 2019).

La literatura permite identificar algunos aspectos que pueden ayudar a desarrollar recursos resilientes en personas con dolor crónico:

Reocupar el self o autodescubrirse de nuevo: proceso que se dirige a conectar con el sentido de las cosas y construir una relación con el dolor diferente, en la que no haya lucha y sí mayor aceptación de la experiencia de dolor (Devan et al., 2018; Lennox et al., 2019).

Reconocer la propia fuerza: relacionado con la creencia y sensación de sentirse capaz de afrontar sin negar la propia vulnerabilidad (autoeficacia), pudiendo desarrollar tolerancia al dolor y tener paciencia con las consecuencias e implicaciones que el dolor tiene en la vida (Devan et al., 2018; Rolbiecki, et al., 2017; y West et al., 2012).

Conectar con el disfrute o con cosas que traen bienestar, incluye formas como: reírse de las cosas, tener la capacidad para encontrar el “lado bueno” y disfrutar de experiencias cotidianas o buscadas a propósito. Este aspecto supone una conexión con emociones saludables y tiene efectos a nivel autonómico y neurológico, facilitando la autorregulación emocional, bajando la reactividad al dolor y disminuyendo el pensamiento catastrofista (Sturgeon y Zautra, 2010).

Aceptar la ayuda de otros, implica reconocer la vulnerabilidad como parte de la vida; dejarse ayudar y aprender a pedir ayuda sin sentirse débil (West et al., 2012).

El estudio cualitativo de Holtrop et al. (2019), centrado en identificar las características resilientes de las personas que afrontan el dolor crónico, revela dos creencias claves para la movilización de recursos resilientes: “puedo hacer lo que necesito”, y “puedo seguir adelante con la vida”. Desde ahí las personas pueden reconocer pensamientos y sentimientos que no generan bienestar y dirigirse proactivamente a desarrollar estrategias para estar mejor, pudiendo reconocerse desde su condición de personas más que desde su condición de enfermas.

Puesto que gran parte de las capacidades resilientes se construyen en las relaciones sociales, el grupo como dispositivo terapéutico es un lugar importante para facilitar su desarrollo (Devan et al., 2018; Rolbiecki, et al., 2017). Aunque más adelante hablaremos con mayor detalle al respecto, conviene señalar aquí que entablar relaciones de intimidad incide en diferentes aspectos de la experiencia de dolor, como: la frecuencia del dolor, la percepción de intensidad y el pensamiento catastrofista (Sturgeon y Zautra, 2013).

Una de las actitudes características de la resiliencia es la proactividad. En gran medida, el trabajo terapéutico en dolor crónico implica orientar los recursos atencionales que se emplean

en el dolor y el miedo, hacia una actitud proactiva que ayude a mantener la funcionalidad y permita gestionar la interferencia del dolor en la vida. La proactividad consta de dos aspectos: la autonomía y la autoeficacia (sentirse capaz y competente para...) (Goubert y Trompeter, 2017).

La percepción de sentirse capaz y competente para algo, impulsa a que la persona ponga en marcha estrategias y se involucre en actividades que le ayuden a sobrellevar la situación difícil. Rolbiecki et al. (2017) nos señalan algunas: buscar mantenerse informada sobre la enfermedad; participar activamente de tratamientos; buscar oportunidades para establecer redes de apoyo social; y buscar actividades que le ayuden a conectar con emociones agradables, entre otras.

Un recurso de las personas resilientes se relaciona con prestar atención a sus emociones y su cuerpo como una forma de identificar cómo se sienten. Esto favorece que, a partir del reconocimiento de sus emociones, puedan movilizarse hacia su autorregulación (Tabor et al., 2020; West et al., 2012).

Goubert y Trompeter en su revisión (2017), concluyen que la flexibilidad psicológica, la afectividad positiva (emociones agradables) y la satisfacción de las necesidades psicológicas básicas, son mecanismos de resiliencia en personas con dolor crónico. Los autores invitan a orientar la investigación hacia la identificación de mecanismos resilientes, en lugar de aquellos que se encuentran centrados en la disfuncionalidad.

Los autores señalan que un enfoque resiliente al dolor debe tener en cuenta tanto la recuperación de la discapacidad, depresión como la sostenibilidad del bienestar óptimo y la acción basada en valores en presencia del dolor (Goubert y Trompeter, 2017).

1.2.3. Interferencia del dolor en la vida

El dolor crónico interfiere en todas las dimensiones de la vida, laboral, social, familiar, personal, física, etc. La literatura informa que el 61% de las personas con dolor refieren sentirse menos capaces o incapaces de trabajar fuera de casa; el 19% ha perdido su empleo a causa del dolor y el 16% ha cambiado de trabajo a causa de la enfermedad (Breivik et al., 2006). La interferencia del dolor crónico en la vida laboral se asocia principalmente a trastornos del sueño, fatiga crónica y problemas con el uso de medicamentos (Hadi et al., 2019; Grant et al., 2019).

En una revisión sistemática sobre la calidad del sueño de las personas con dolor realizada por Afolalu et al. (2018) se evidencia que los cambios en el sueño están asociados prospectivamente con el dolor. En Ramlee et al. (2016) se concluye que “la calidad del sueño no está determinada únicamente por los parámetros nocturnos, sino también por los procesos diurnos a través de un juicio retrospectivo. Las personas con dolor crónico ven la experiencia del dolor y la calidad del sueño como dos entidades vinculadas que influyen en su decisión de participar en actividades diurnas” (p. 269).

Por su parte, los estudios de Escudero-Carretero et al. (2010), Breivik et al. (2013) y Hadi et al. (2019) señalan que la enfermedad es altamente incapacitante y difícil de llevar, interfiriendo en el desarrollo de actividades cotidianas como lavarse los dientes o calzarse; así como en los roles y responsabilidades sociales y familiares, hasta el punto de que la persona reduce su actividad recreativa y social (Ojeda et al. 2014) y termina aislándose.

Lestoquoy et al. (2017) agregan que una de las formas de impacto del dolor en la vida, es que la persona ha de hacer frente a la pérdida de lo que fue y esto suma sufrimiento a la experiencia, este no poder *estar en el mundo* como antes, también aísla y afecta el concepto de la persona sobre sí misma.

El aislamiento es un comportamiento humano natural que se deriva de la evitación a una experiencia difícil, que inicialmente puede ser adaptativo pero que mantenido en el tiempo cuando se convierte en un hábito puede generar problemas en la calidad de vida y en la funcionalidad, generando pérdida de vitalidad, pérdida de vida social, mayor discapacidad y depresión (Snelgrove y Lioffi, 2013).

Las investigaciones de Escudero-Carretero et al. (2010) y Rodrigues-de-Souza et al. (2016) revelan que, en personas con dolor crónico, el aislamiento se acompaña de una gran incompreensión social. Reciben etiquetas de “mentirosas, exageradas, locas”, sobre todo al no existir un diagnóstico claro al inicio de la enfermedad. Además, y en el intento de complacer a otros pueden sobre esforzarse en actividades, utilizando estrategias como ignorar el dolor al percibir una demanda mayor de lo que le es posible dar.

La cultura del secreto es otro aspecto del manejo del dolor a nivel social. La necesidad de dar la “imagen” de estar afrontando “bien” el dolor, inhibe la libertad de expresar por lo que se está pasando y lleva a evitar aquellas situaciones sociales incómodas que anticipan la vergüenza de sufrir un episodio de dolor en compañía de otros y el temor de no agotar el apoyo social que pueden recibir (Toye et al., 2014).

1.3. Aceptación de la experiencia de dolor

La aceptación es un aspecto básico del afrontamiento adaptativo al dolor crónico. Kabat-Zinn (2016) señala que implica “el reconocimiento de un amplio abanico de posibilidades para relacionarnos con las circunstancias y retos a los que nos enfrentamos (...) en lugar de rechazar la experiencia como algo indeseable” (p. 318).

Por tanto, la aceptación involucra una orientación receptiva a la experiencia del presente (Lindsay y Creswell, 2019) que se alcanza por promover una actitud sin juicio y de apertura, contraponiéndose a la evitación de experiencias indeseadas o desagradables.

Desde la perspectiva de la terapia de Aceptación y Compromiso (ACT) en dolor crónico, la aceptación involucra la voluntad activa de estar con el dolor, sin intentar reducirlo o evitarlo (sin controlarlo), lo que permite que la persona pueda dirigir sus esfuerzos a otros aspectos de la vida diaria, mejorando su funcionamiento. Bajo este punto de vista, la aceptación tiene efectos sobre la funcionalidad, a nivel conductual hay mayor vinculación a actividades cotidianas incluso en presencia del dolor; y a nivel cognitivo, hay desvinculación con la lucha desde el reconocimiento de que la evitación y el control son estrategias ineficaces (McCracken y Eccleston, 2003; McCracken et al., 2005; McCracken y Vowles, 2008).

Si bien la idea misma de aceptar el dolor crónico es difícil, ya que implica reconocer que los cambios que trae consigo son inevitables y permanentes, poder aceptar la experiencia de dolor permite, paradójicamente, poder hacer cambios. Con esto, la aceptación del dolor implica: detener la lucha por eliminar el dolor para aprender a vivir con él; integrar el dolor como parte

ineludible de la experiencia; conectar con aspectos valiosos y con la propia fortaleza (West et al., 2012).

Aceptar el dolor es distinto que resignarse a él, implica que la persona esté dispuesta a recuperar o resignificar aspectos afectados por la enfermedad, dejar la lucha y los esfuerzos infructuosos, con el fin de aceptar la realidad del sufrimiento pudiendo orientarse a aspectos valiosos de la vida (McCracken et al., 2004).

Poder conectar con áreas saludables a la vez que se experimenta dolor, facilita involucrarse en actividades valiosas y experimentar emociones saludables. La apertura al dolor como experiencia y la acción comprometida a pesar de la presencia del dolor, son por tanto dos mecanismos de influencia en el funcionamiento emocional y cognitivo (Sturgeon y Zautra, 2013),

La posibilidad de cambio es la principal consecuencia de la aceptación y surge naturalmente cuando algo es aceptado. Ya decía Rogers (2000) que para cambiar el primer paso es aceptar, pues solo cuando nos aceptamos como somos podemos dar pasos hacia la transformación. En relación con esto McCracken et al. (2004) señala que en personas con dolor crónico, la aceptación permite abandonar luchas infructuosas que mantienen a la persona estancada en pensamientos, sentimientos o sensaciones indeseadas, congruente con el hecho de que la resistencia genera persistencia.

La investigación cualitativa (Devan et al., 2018) reitera sobre esta idea y refiere que la aceptación es un proceso complejo pero nuclear para el manejo del dolor, siendo un proceso continuo, que fluctúa a lo largo del tiempo y es interdependiente de otros procesos como la desidentificación, la autoeficacia y la influencia de factores estresantes en la vida diaria.

Cuando la persona se instala en luchar contra el dolor lo hace con la expectativa de llegar a eliminarlo, librando una lucha infructuosa y desgastante que trae como consecuencia un incremento del malestar: fatiga, alteraciones del sueño, depresión, ansiedad, etc. así como rigidez para sortear las situaciones diarias (Crombez et al. 2012; González et al., 2010). Por el contrario, las personas que aceptan el dolor como experiencia de sufrimiento, abandonan la expectativa de alcanzar una cura definitiva, sueltan la lucha y se centran en cambiar aspectos de su vida que la puedan convertir en algo más gratificante y significativo.

Pietilä et al. (2018) reconocen la aceptación como un proceso continuo y no estático, que toma tiempo. Y señalan que aspectos como: aprender más sobre el dolor crónico y compartir con otros que tienen la misma condición, facilitan la aceptación de la experiencia de dolor.

Como recurso impulsa hacia la desconexión de objetivos rígidos y orienta hacia otros más flexibles, conectando con valores y metas valiosas, que mantienen la funcionalidad y facilitan la resiliencia. La evitación y aceptación del dolor son por tanto dos caras de la misma experiencia y focos de las intervenciones terapéuticas (Kranz et al., 2010; Sturgeon, 2014).

Además, la aceptación produce dos efectos simultáneos: desacopla el pensamiento catastrofista, disminuyendo la ansiedad, la interferencia del dolor en la vida y la irritabilidad; e inhibe la conexión con objetivos inalcanzables a favor de otros más accesibles, incrementando la funcionalidad y, con ella, el bienestar afectivo (Kranz et al., 2010; Sturgeon y Zautra, 2013).

Se trata por tanto de un importante mecanismo psicológico que incide sobre los aspectos claves del modelo de miedo-evitación al dolor, amortiguando las consecuencias negativas del dolor en la vida y cuestionando las creencias subyacentes a la dinámica de evitación y miedo al dolor (Ravn et al., 2018).

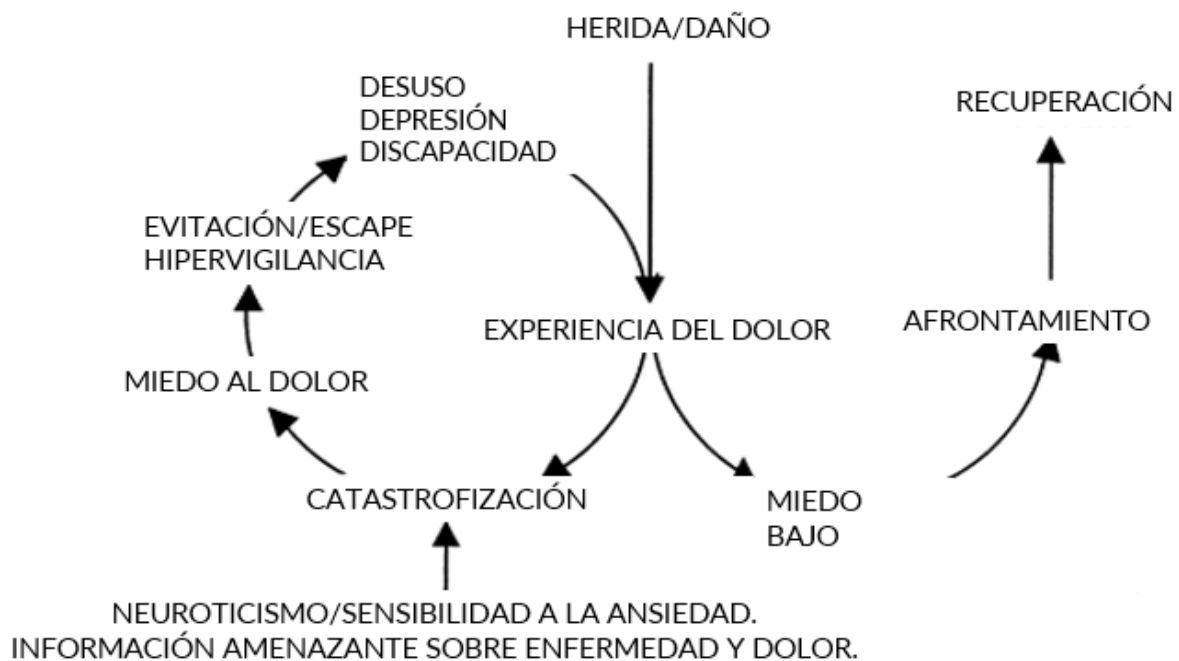
de Boer et al. (2014) sostienen que los tratamientos psicológicos en dolor crónico han de dirigirse a promover, la aceptación psicológica general, considerada un fuerte predictor de la disminución de la catastrofización y del miedo-evitación al dolor. Aunque el efecto de la aceptación de experiencias psicológicas desagradables, debe ser explorada con mayor amplitud, promete importantes resultados para el manejo del dolor.

1.3.1. Modelo de miedo-evitación al dolor

El Modelo de miedo-evitación al dolor es una de las teorías psicosociales más influyentes de los últimos cuarenta años para explicar la relación entre dolor y disfuncionalidad, en especial la dinámica de “evitación” del dolor.

El Modelo sostiene que cuando la persona tiene poco miedo al dolor le es posible atravesar la experiencia, compararla con sus expectativas previas y ajustar su respuesta manteniendo la funcionalidad. En cambio, cuando el nivel de miedo es alto, la persona lo anticipa como amenaza inminente, afloran los pensamientos catastrofistas y se produce una respuesta de evitación de la experiencia que inhibe la posibilidad de responder de otra manera ante el dolor (ver figura 3).

Figura 3. Modelo del miedo-evitación al dolor



Nota: Traducido de Vlaeyen y Linton (2000).

Si bien huir o evitar aquello que puede generar dolor es una respuesta humana natural modulada por el aprendizaje y dirigida a preservar el bienestar e integridad (Snelgrove y Lioffi, 2013). Sin embargo, ante un dolor persistente la conducta de evitación tiene peores consecuencias.

La conducta de evitación por miedo al dolor tiene como consecuencia inmediata que se dejan de desarrollar muchas de las actividades diarias, con lo que la inactividad física aumenta, se produce un detrimento del sistema musculoesquelético y cardiovascular, y aparece el denominado síndrome del desuso que empeora el problema (Vlaeyen y Linton, 2000).

Basándose en el condicionamiento pavloviano el Modelo considera que el dolor es un potente estímulo incondicionado que activa el sistema de defensa y facilita el condicionamiento de otros estímulos que se perciben asociados, de esta forma señales o estímulos a priori neutros pueden llegar a activar el sistema de defensa del cuerpo como si se tratase de estímulos dolorosos (Vlaeyen y Linton, 2012; Vlaeyen y Crombez, 2019; Meulders, 2020; Alaiti et al. 2020).

Se denomina “generalización de estímulos” al proceso por el cual fuentes no dolorosas en sí mismas, quedan condicionadas como señales dolorosas. De esta forma, ante una situación considerada segura para otros, la persona con dolor crónico puede sentir un nivel de ansiedad tan alto que da lugar a su evitación (Nicholas et al., 2009; Meulders, 2019). Además, bajo la premisa “mejor prevenir que curar” se extrapolan los conocimientos sobre el dolor a otras situaciones que son percibidas análogas, y por tanto evitadas aun cuando ni siquiera hayan sido experimentadas (Vlaeyen y Crombez, 2019).

Puesto que la evitación responde a la anticipación y no al dolor o sus síntomas, la probabilidad de continuar evitando es muy alta, ya que son pocas las oportunidades en las que la persona contrasta su experiencia directa con las expectativas, creencias o mitos catastrofistas del dolor (Vlaeyen y Linton, 2000; 2012).

La evitación experiencial se alimenta del pensamiento catastrofista y se sustenta en la necesidad de mantener la desconexión con el sufrimiento (Hayes et al. (2006) y Meulders (2019): el miedo al dolor orienta a la persona hacia las posibles amenazas y al evitarlas se siente aliviada en cierto modo, consolidándose así la dinámica cíclica de catastrofismo-miedo-evitación-hipervigilancia-depresión, disfuncionalidad y desuso.

Evolución del Modelo integrando la perspectiva motivacional

La perspectiva motivacional parte de la idea de que el miedo y la evitación del dolor pueden modularse en función de las metas y valores personales. Es decir, la evitación del dolor se reduce cuando interfiere con el desarrollo de actividades vinculadas a objetivos y aspectos valiosos de la vida, siendo más probable que la persona, a pesar del dolor, mantenga e incluso incremente el esfuerzo que supone continuar con ellas, lo que puede derivar en una mejor funcionalidad y hace parte de los factores psicosociales vinculados a un mejor ajuste al dolor (Crombez et al., 2012).

En este sentido, la conducta de evitación puede llegar a resultar más o menos adaptativa en función de la intención a la que responda. Este aspecto motivacional otorga al comportamiento evitativo una cualidad idiosincrática en la que la misma persona puede llevar a cabo el mismo comportamiento por razones diferentes, y de acuerdo con ello será más o menos adaptativo (Volders et al., 2015).

Esto explica, por ejemplo, lo que sucede cuando la persona con dolor, en lugar de dejar de hacer determinadas tareas, realiza esfuerzos excesivos para hacerlas, entrando en una especie de “espiral del hacer” tan extenuante, que genera deterioro y reduce su funcionalidad. A menudo

son intentos que responden al anhelo de recuperar la “normalidad de la vida”, lo que los vuelve difícilmente manejables por el alto costo que suponen en ambos sentidos. Otros aparecen como consecuencia de la comparación entre el ahora y el “el antes de” la enfermedad, generalmente acompañados de pensamientos rumiativos y de preocupación que incrementan el malestar y pueden llegar a generar una idealización de la vida anterior (Crombez et al., 2012).

Vlaeyen y Linton (2012) señalan que, si bien en la base de estos intentos están procesos cognitivos destinados a evitar, eliminar o aliviar el dolor, con cada fracaso se incrementa el malestar y la frustración; la persona siente que se aleja de las metas personales y valores que por mucho tiempo le han dado sentido, y aumenta la posibilidad de que experimente episodios de ansiedad y depresión.

Las teorías de la autorregulación inciden precisamente sobre la necesidad de identificar objetivos insostenibles para favorecer el compromiso con objetivos alternativos. Crombez et al. (2012) señalan que desde la ACT la intervención se dirige a incrementar la aceptación del dolor como forma de reducir los esfuerzos infructuosos que supone tratar de eliminarlo. El trabajo terapéutico consiste en que la persona pueda identificar y comprometerse con objetivos valiosos independientes del dolor a la vez que rebaja e incluso abandona el objetivo de aliviar el dolor o curarlo, sobre todo cuando este objetivo interfiere costosamente en la vida o se cubre a costa de los valores que le dan sentido.

En esta línea, estudios como el de Slepian et al. (2019) sitúan la catastrofización como un factor clave de la dinámica evitativa. Aspecto que ha sido clave en adaptaciones del modelo desde mindfulness.

Adaptación al modelo de miedo-evitación: Mindfulness

Schütze et al. (2010) encuentran que Mindfulness juega un papel significativo en el modelo de miedo-evitación que representa entre el 17% y el 41% de la varianza en los constructos claves del modelo (catastrofización 41%, miedo al dolor 26%, hipervigilancia 22% y discapacidad 17%). Mindfulness predice de manera única la catastrofización del dolor debido a su enfoque metacognitivo en los procesos atencionales.

Las cualidades de apertura y no juicio propias de mindfulness implican una forma de atención intencionada y orientada hacia todo el conjunto de factores que componen la experiencia en el presente (aquí y ahora), que interfiere con el pensamiento catastrofista, caracterizado por el automatismo, la atención orientada al dolor, y la desconexión del presente.

Las personas que permanecen más conectadas al presente, manteniendo una actitud de apertura a la experiencia que incluye áreas de comodidad e incomodidad (no juicio), emplean menos estrategias de rumiación negativa sobre el dolor. Al incidir sobre la percepción y la interpretación de señales dolorosas pueden intervenir en estadios tempranos del ciclo miedo-evitación, reduciendo la rumiación, la **catastrofización** y el riesgo de depresión y discapacidad funcional (ver figura 6).

Figura 4. Modelo del miedo-evitación al dolor adaptado a mindfulness



Nota: traducido y recuperado de Schütze et al. (2010)

Desde esta perspectiva mindfulness incide sobre la dimensión emocional de la experiencia de dolor, disminuyendo la catastrofización y así frenando el círculo de mantenimiento del dolor y la discapacidad (McCracken y Morley 2014; Tabor et al., 2020).

1.3.2. Flexibilidad psicológica

La flexibilidad psicológica se define como la capacidad de comportarse con apertura, consciencia y compromiso (Hayes et al., 2011). Su relevancia en el ámbito de la salud mental ha llevado a que sea constituida como un factor clave de un funcionamiento psicológico saludable. El Modelo de Flexibilidad Psicológica se basa en la Teoría de Marcos Relacionales y propone seis procesos interrelacionados que dan lugar a la flexibilidad (Hayes et al., 2006; Hayes et al., 2012; Pincus y McCracken 2013; Sturgeon, 2014).

El contacto consciente y abierto con el pensamiento y los sentimientos tal y como aparecen, situado en el presente, y en correspondencia con las metas y valores propios es característico del ajuste de los eventos internos con el contexto (flexibilidad). La flexibilidad facilita la adaptación y mantiene el equilibrio entre los aspectos importantes de la vida. Los seis procesos asociados al Modelo de Flexibilidad Psicológica son:

- **Aceptación:** apertura hacia experiencias indeseadas. Es la orientación receptiva y sin interferencia a las experiencias, promovida por una actitud de no juicio, apertura y receptividad;
- **Defusión cognitiva:** habilidad meta cognitiva que deriva de observar los pensamientos y distanciarse de ellos de forma saludable;
Perspectiva del self: desidentificación de “formas” de ser conceptualizadas;
- **Contacto con el presente:** habilidad de prestar atención a la experiencia interna y externa, tal y como aparece en el momento presente, sin juicio;

- **Valores:** principios importantes para la persona, elegidos libremente y,
- **La acción comprometida:** la capacidad de mantenerse implicada en metas y objetivos pese a las dificultades.

Todos ellos facilitan respuestas a las demandas del entorno más respetuosas con aspectos valiosos para la persona y su presente. La literatura señala que se agrupan en tres dominios principales: la apertura, la sintonía con el presente y la acción comprometida o basada en valores (Åkerblom et al., 2021; Davey et al., 2020; Gourbert y Trompetter, 2017; McCracken y Morley, 2014).

Estos procesos se superponen en patrones de comportamiento abiertos, conscientes y comprometidos. En personas con dolor crónico, estos procesos se vinculan a: la aceptación de que el dolor no se va a ir; la observación de los pensamientos sin sentirse dominada por ellos; y la vinculación a actividades deseadas incluso en presencia del dolor (valores y acción comprometida) (Åkerblom et al., 2021). Además, estos procesos contribuyen a la reducción del sufrimiento y la discapacidad derivada del dolor (McCracken y Velleman, 2010).

1.3.2.1. Apertura y defusión cognitiva

La apertura implica aceptar la experiencia aun cuando ésta puede ser desagradable. Davey et al. (2020) señala que facilita el descentramiento y la defusión cognitiva, permitiendo tomar distancia de los pensamientos y emociones.

La defusión cognitiva se ha relacionado con el descentramiento del dolor y la disminución de la rumiación, aspectos que tienen un impacto importante sobre el funcionamiento social y emocional de la persona con dolor crónico (McCracken et al., 2014).

Los estudios (Hayes et al., 2006; McCracken y Morley; 2014) señalan que la fusión cognitiva (proceso relacionado con la inflexibilidad) es inherente al pensamiento catastrofista; un tipo de pensamiento automático por el que la persona toma lo que piensa y siente como reflejo directo de la realidad, sin contrastarlo o atender a la forma en que aparece en el contexto de la experiencia del presente.

Este tipo de pensamiento puede adoptar muchas formas: magnificante, rumiante, indefenso, desesperado, deprimente, enojado, autocrítico, irracional o dicotómico. Goubert y Trompetter (2017) destacan que la fusión cognitiva es un proceso subyacente a la evitación experiencial y ambos constituyen la base para la inflexibilidad psicológica.

La defusión cognitiva o descentramiento correlaciona con uno de los recursos metacognitivos que desarrolla la práctica de la atención plena. Desde esta perspectiva, la persona puede transformar creencias como: "lo que pienso es realidad", a otras como: "los pensamientos son pasajeros", facilitando una atención selectiva a los pensamientos en lugar de rígida (Schütze et al., 2017).

Davey et al. (2020) remarcan la relación de la apertura con la autocompasión señalando que en ambos enfoques las experiencias difíciles son aceptadas en lugar de ser suprimidas, evitadas o cambiadas. Y también resaltan que este la apertura ejerce una contribución única a la interferencia del dolor en la vida.

1.3.2.2. Sintonía con el presente

La consciencia del momento presente involucra la atención de lo que ocurre en el momento sin juicio y ha sido descrita como un proceso implícito que consiste en tomar perspectiva sobre las experiencias, y correlaciona a su vez con el desarrollo de un “self en contexto” (Davey et al., 2020).

El “self en contexto” parte de un “yo observador” que se percibe a sí mismo independientemente del contenido de las experiencias. En personas con dolor crónico esto es especialmente importante porque permite desidentificarse del dolor y de “formas de ser” que alientan dinámicas disfuncionales en un intento de mantener un “yo conceptualizado” pese al dolor (Yu et al., 2017).

McCracken y Velleman (2010) señalan que el self en contexto es un proceso que contrarresta el denominado “yo conceptualizado”, que concibe el “yo” como algo estático, construido a partir de un conjunto de atributos e historias hacia los que la persona siente apego. Estos aspectos, mantenidos incluso cuando puedan ser distorsionados o poco realistas, constituyen patrones de comportamiento poco saludables. Roles como: “la víctima”, “el perfeccionista”, “el controlador” o “el enojado” son algunas de las representaciones de este yo conceptualizado que puede ser contrarrestado por un self en contexto, dinámico, sintonizado con el presente y dispuesto a responder en lugar de reaccionar.

La mayoría de investigaciones cualitativas, señalan que uno de los efectos más agresivos del dolor crónico es que las personas pierden la capacidad de verse a sí mismas y se identifican con él (Devan, et al., 2018; Lennox et al., 2019). El desarrollo de la capacidad para contextualizar el self, amortigua el impacto de este efecto, proporciona recursos que permiten objetivar cambios en el “yo”, incrementando la capacidad de descentralización y autorreconocimiento diferenciado del dolor.

El yo como contexto y la defusión cognitiva son dos procesos inherentes a los entrenamientos de la atención plena o *mindfulness*, ya que la práctica debilita las dinámicas reactivas y automatizadas (McCracken y Velleman, 2010). Aspectos que serán descritos con mayor amplitud más adelante.

1.3.2.3. La acción comprometida y basada en valores

Los procesos basados en valores son muy relevantes en el tratamiento de personas con dolor crónico, puesto que contrarrestan la interferencia del dolor en la vida y la baja funcionalidad. Cuando la persona se centra en reducir o evitar el dolor a toda costa, el dolor guía el comportamiento y las decisiones de su día a día (McCracken y Keogh, 2009). En cambio, cuando la acción se basa en valores son éstos los que conducen a la acción pese a la presencia del dolor.

Los comportamientos orientados en valores son un factor de resiliencia en personas con dolor crónico (Gentili et al., 2019). Desde el Modelo de Flexibilidad Psicológica, la acción comprometida y basada en valores implica esfuerzos persistentes por alcanzar diferentes metas y objetivos que pueden ser mantenidos gracias a que conectan con aspectos que dan sentido a la experiencia y al self (McCracken y Morley 2014; Åkerblom et al., 2017). Goubert y Trompeter (2017) señalan que algunas de estas acciones pueden ser: invertir tiempo en hobbies, hacer cosas divertidas, jugar con los niños, etc.

Como resultado de la investigación realizada por Lennox et al. (2019), se encuentra que, entre los factores asociados a vivir bien con el dolor, la ocupación en actividades que tienen un sentido para sí mismas, proporciona un incremento no solo la funcionalidad sino del sentido del self, un aspecto importante para el afrontamiento adaptativo al dolor crónico.

La acción basada en valores es una diana terapéutica en el tratamiento de personas con dolor crónico, tanto de la Terapia Cognitiva Conductual (Huet et al., 2009; Miró et al., 2018) como de las intervenciones basadas en Mindfulness y Aceptación (McCracken y Velleman, 2010).

1.3.2.4. Inflexibilidad psicológica y evitación experiencial

En personas con dolor crónico la flexibilidad psicológica puede llegar a obstruir la dinámica evitativa, orientando a la persona a conservar sus valores personales, fortalecer sus habilidades resilientes (Hayes et al., 2006) y encontrar formas de integrar la experiencia de sufrimiento que genera el dolor, a fin de favorecer un estilo de afrontamiento adaptativo (Goubert y Trompetter, 2017; Gentili et al., 2019).

Orientarse hacia aquello que verdaderamente importa y da sentido a la experiencia, es el núcleo del concepto de Flexibilidad Psicológica. Cuando el comportamiento se encuentra comprometido con los valores internos los obstáculos y dificultades que puedan presentarse se sortean con mayor efectividad y se tolera mejor el dolor y su interferencia con la vida diaria, es por esto que la acción comprometida a los valores es quizá el aspecto más relevante de la flexibilidad psicológica para personas con dolor crónico (Gentili et al., 2019).

Por otra parte, los procesos involucrados la flexibilidad psicológica se oponen a formas de respuesta ineficaces ante la experiencia de sufrimiento, como:

- la evitación experiencial: luchar con las experiencias indeseadas con el objetivo de eliminarlas;
- la fusión cognitiva: tomar los pensamientos como una realidad.
- la preocupación por el futuro y pasado: centrarse en lo sucedido o lo que sucederá, desconectando de la experiencia actual;
- la dificultad para separar el pensamiento y sentimiento: sobre identificarse con los pensamientos y sentimientos;
- la poca claridad o dificultad en la búsqueda de valores: no encontrar el sentido o conectar con lo que puede ser importante para sí y,
- la persistencia rígida o evitación impulsiva: inflexibilidad y persistencia en aspectos que pudieron traer algún beneficio en el pasado, pero actualmente no (McCracken y Morley, 2014).

La evitación experiencial se propone como uno de los seis procesos involucrados en la inflexibilidad, un aspecto clave en el contexto del dolor crónico, que correlaciona con niveles altos de sufrimiento y desadaptación al dolor. Paradójicamente, el intento por controlar el dolor evitando experiencias que se asocian con su exacerbación, dan como resultado un incremento del dolor y del malestar (McCracken et al., 2005).

En su intento por controlar el dolor la persona cambia deliberadamente muchos aspectos de su vida, disminuyendo la frecuencia y la forma de ciertas actividades, desplazando elementos que

hasta el momento habían sido importantes, piensa que su vida se ha interrumpido y cree que cuando el dolor desaparezca la podrá recuperar de nuevo (Rodrigues-de-Souza et al., 2016).

Como consecuencia aparece un ánimo frecuentemente irritable, sentimientos de frustración, depresión y aislamiento (Hayes et al., 2006). Sabemos que las personas con dolor se sienten menos incluidas en la sociedad y se desvinculan de compromisos sociales (Karayannis et al., 2019).

En relación con lo anterior McCracken y Keog (2009) vinculan la inflexibilidad psicológica a la necesidad de controlar la experiencia de dolor, y a la utilización de distintas estrategias como la hipervigilancia, la negación o la limitación del contacto con experiencias emocionales, cognitivas o físicas, que puedan resultar difíciles o desagradables (dolor, fatiga, ira, recuerdos dolorosos, etc.) (McCracken y Morley, 2014).

En conclusión, dado que la flexibilidad psicológica ayuda al desarrollo de bienestar y salud mental en dolor crónico, se ubica como un factor clave de muchas intervenciones. La ACT la sitúa como objetivo básico del avance terapéutico, y la investigación la propone como un factor clave a trabajar en otros abordajes terapéuticos como la Terapia Cognitivo Conductual, ya que ha demostrado su eficacia en el ámbito del dolor crónico reduciendo la discapacidad y mejorando el funcionamiento (McCracken y Vowles, 2014; Scott et al., 2016; Åkerblom et al., 2021).

Davey et al. (2020) sostienen que la flexibilidad psicológica y la autocompasión son factores terapéuticos que alcanzan efectos similares en cuanto a la interferencia el dolor y la adaptación a la vida laboral y social. Sin embargo, señalan que la autocompasión tiene una incidencia mayor sobre el bienestar afectivo, concretamente sobre la depresión.

1.3.3. Conexión con los Valores

Los valores son un aspecto importante de la aceptación y la flexibilidad psicológica. Son entendidos como principios, virtudes o cualidades que son importantes para una persona o un grupo social, motivan sus acciones y forman parte del sistema de creencias. Además, definen en gran medida cómo desean vivir y compartir sus experiencias con quienes les rodean.

A nivel general podríamos hablar de valores como el respeto, la tolerancia, la solidaridad, honestidad, amistad, bondad, amor, justicia, libertad, etc. pero de otros más específicos, de índole familiar, religiosa y personal. Estos últimos constituyen las guías sobre las que cada persona sustenta su conducta.

Ruiz y López (2012) señalan que los valores pueden entenderse como cualidades resilientes que ayudan a adaptarse a situaciones difíciles como el dolor, siendo algunos de ellos: recibir apoyo, el esfuerzo equilibrado (conocer los límites y manejar el tiempo), la honestidad, responsabilidad, integridad, autoestima, control interno, habilidades para solucionar problemas (proactividad).

Los valores determinan implícita o explícitamente las decisiones y las acciones de las personas. Su relevancia ha ido tomando un lugar de importancia en la clínica psicológica, especialmente en la ACT, que entiende que dan sentido al comportamiento, propósito y dirección a la conducta en cada momento (Páez-Blarrinal et al., 2006).

Las situaciones difíciles y de sufrimiento pueden llegar a interferir en los valores, al cambiar las condiciones de vida de la persona. Por ello, parte de la adaptación de la situación tiene que ver con poder reajustar lo valioso y conectar con ello desde el lugar en que sea posible para la persona con su nueva condición de vida. Poder reconectar con lo valioso es un paso importante en la aceptación y adaptación de la experiencia de dolor crónico, dispone a la persona a valorar de lo que hay. Además, se ha podido encontrar que la conexión con los valores personales aumenta la capacidad de autocompasión y moviliza hacia un yo prosocial (Lindsay y Creswell, 2014).

En general los valores han sido un punto clave de diferentes tratamientos como la ACT y Mindfulness Self Compassion (MSC). Uno de los objetivos principales en ACT es que las personas puedan conectar con acciones significativas basadas en valores a pesar de encontrarse ante una situación de sufrimiento, a fin de promover un aumento de la flexibilidad psicológica y generar un comportamiento guiado en valores en lugar de perseguir el control o la eliminación de la fuente de malestar. El enfoque, por tanto, se orienta a que la persona pueda aumentar la voluntad de experimentar las cosas tal como son, y dirigirse a vivir una vida más valiosa. Desde el MSC se sostiene que la conexión con valores nucleares permite contactar con el sentido de la vida. Generosidad, honestidad, amistad, lealtad, valentía, tranquilidad, curiosidad y gratitud son algunos de ellos (McGehee et al., 2017).

1.3.3.1. Gratitud

El estudio de la gratitud ha ido recibiendo atención en el ámbito terapéutico con el tiempo, al constatar su efecto positivo en el bienestar subjetivo y la salud mental. La gratitud correlaciona positivamente con emociones agradables como la esperanza y el amor; y negativamente con emociones difíciles como la vulnerabilidad y el miedo (Jans-Beken et al., 2018). Schotanus-Dijkstra et al. (2019) la ubica como un factor de bienestar en población general, y Ruiz y López (2012) como un factor resiliente en personas con dolor crónico.

La gratitud puede concebirse como un valor, un sentimiento, un estado, un rasgo o una actitud ante la vida, lo que da a entender que es un concepto amplio. Consiste en el reconocimiento de algún beneficio que se ha recibido en distintas situaciones de la vida. Está vinculada con valores como la justicia y la solidaridad, lo que la convierte en un potente instrumento para la reciprocidad y el comportamiento prosocial; implica una orientación más amplia hacia la vida, notando los aspectos positivos de la experiencia; despierta un sentimiento de suficiencia en la medida en que se aprecian pequeñas cosas de la vida (Jans-Beken et al., 2020; Syropoulos y Markowitz, 2021).

Emmons y Crumpler (2000) agregan que la gratitud genera fuerza para dirigirse hacia el bienestar propio y el de otros, de manera que impulsa el alcance de objetivos y conecta con el sentido de plenitud personal. Witvliet et al. (2019) señalan que se trata de una emoción profundamente social que infunde esperanza (al futuro) y conecta con la felicidad (en el presente).

Toussaint et al. (2017) señalan que, en personas con fibromialgia con niveles bajos de calidad de vida, la gratitud tiene una presencia escasa. Y Sirois y Wood (2017) identifican la gratitud como un factor predictivo único de la depresión en personas con dolor crónico, lo que deja claro que un alto nivel de gratitud se relaciona con menos probabilidad de desarrollar

depresión. Dados sus beneficios ambos estudios concluyen que la gratitud puede ser una diana terapéutica para intervenciones en dolor crónico, sobre la que hace falta mayor investigación.

Kindt et al. (2017) concluyen que demostrar gratitud ante otros, incentiva la ayuda proactiva (esto es, ayudar por querer y no por deber), y la receptividad, ya que “dejarse ayudar” en ocasiones puede suponer cierto conflicto en personas con dolor crónico. De forma contraria, Lee et al. (2019) investigado la ayuda y la gratitud en población general, señala que la ayuda reactiva (ayuda dada por petición o deber) se vincula a mayor recepción de gratitud.

La gratitud constituye un componente de las intervenciones basadas en autocompasión (Kirby, 2017). En el Programa de Mindfulness Self Compassion (MSC) se dedica un espacio exclusivo donde se trabaja la gratitud junto con la conexión con el disfrute, y el autoaprecio con la intención de “abrazar” lo bueno de la vida (Germer y Neff, 2019). La gratitud hacia otros se trabaja dentro de este programa en el aprecio a lo que otros han podido dar/ayudar para construir fortalezas y capacidades (McGehee et al., 2017).

Lathren et al. (2018) señalan que la gratitud, tal y como aparece en las prácticas autocompasivas, permite aliviar el malestar y conduce a una relación diferente con las limitaciones o con aquello que es fuente de sufrimiento. Rao y Kemper (2017) encuentran que la práctica de la meditación facilita el desarrollo de la gratitud, el bienestar y la autocompasión.

1.4. Intervenciones terapéuticas en dolor crónico

En el contexto del dolor crónico el tratamiento no farmacológico convoca a escenarios de interdisciplinariedad necesarios para facilitar la adaptación y aceptación a la enfermedad (Vanhaudenhuyse et al. 2018).

Una de las formas más comunes de intervención psicológica son los programas multicomponentes, que se desarrollan en formato grupal (Turk, 2005). Davey (2016) destaca que es una alternativa de bajo costo y alto beneficio, que permite prevenir el consumo de medicación, las recaídas, mejora la adaptación a la experiencia de dolor, el estado emocional, la funcionalidad, reduce el aislamiento y permite llegar a más personas con pocos recursos.

La psicoeducación del dolor forma parte de la base de la mayoría de estos programas independientemente de su enfoque, ya que facilita la comprensión de las implicaciones que tiene la enfermedad y el reconocimiento de estrategias de afrontamiento desadaptativas que afectan la funcionalidad. Entender la dinámica del dolor y la incidencia de las emociones y pensamientos en la experiencia, ayuda a las personas a responder a incógnitas importantes sobre su enfermedad (Davey, 2016; Keefe et al., 2013), y permite el aprendizaje de técnicas y estrategias de manejo del dolor como técnicas de relajación, cambios posturales, etc. (Salveti et al., 2012).

La mayoría de las intervenciones psicológicas en dolor crónico inciden sobre la catastrofización y toman como punto de partida el pensamiento rumiativo (Meints et al. 2017; Craner et al., 2016; Schütze et al., 2017). Entre las intervenciones y técnicas más comunes encontramos: la Terapia Conductual Operante; la Terapia Cognitivo Conductual –gold standard- (TCC); las Terapias Basadas en Mindfulness; la terapia de Aceptación y Compromiso (ACT); y con menor evidencia científica el biofeedback; la hipnosis; la escritura emocional; y las técnicas de relajación (Moix et al., 2011; Sturgeon, 2014).

Tabla 2. Descripción y eficacia de tratamientos psicológicos en dolor crónico

Modalidad terapéutica	Descripción del tratamiento	Eficacia demostrada en población con dolor
Terapia cognitivo conductual	<p>El tratamiento aplica un enfoque biopsicosocial centrado en las respuestas conductuales y cognitivas al dolor.</p> <p>Entre sus componentes más frecuentes se encuentra: psicoeducación del dolor, relajación o biofeedback, establecimiento de metas, estimulación y actividad graduada, principios operantes (refuerzo/exposición de estímulos), manejo de la atención (técnicas de control de la imaginación y distracción), comunicación asertiva, reestructuración cognitiva (pensamientos distorsionados y desadaptativos sobre el dolor) y generalización de estrategias aprendidas.</p>	síndromes complejos de dolor regional, dolor lumbar, dolor crónico mixto, trastornos asociados con esguince cervical.
Mindfulness-based Stress Reduction	<p>El tratamiento promueve la desidentificación con el dolor y el desacoplamiento de los aspectos físicos y psicológicos del dolor, sin juicios. Enseña a responder en lugar de reaccionar al dolor, a través de la práctica meditativa diaria, destinada a aumentar la conciencia corporal, la consciencia de la respiración y el desarrollo de actividades conscientes.</p>	Artritis, cáncer, dolor lumbar crónico, dolor de cabeza crónico, migraña crónica, síndromes complejos de dolor regional, fibromialgia, síndrome del intestino irritable, artritis reumatoide, dolor crónico de cuello.
ACT	<p>Se basa en el modelo de flexibilidad psicológica y se enfoca en el desarrollo de la aceptación de los eventos mentales y del dolor; y en el cese de los intentos maladaptativos por eliminar y controlar el dolor a través de la evitación y otros comportamientos problemáticos; enfatiza la consciencia, la defusión y la aceptación de pensamientos y emociones, así como el compromiso conductual en la búsqueda de objetivos personales.</p>	Dolor musculoesquelético (cuerpo completo, espalda baja, extremidad inferior, cuello, extremidad superior), trastornos asociados al esguince cervical.

Fuente: adaptado de Sturgeon (2014). Descripción y eficacia de tratamientos psicológicos en dolor crónico. pag. 117

En el ámbito del dolor crónico las intervenciones psicológicas se dirigen a alcanzar beneficios clínicamente relevantes, a partir de tratamientos que involucren diferentes mecanismos de acción como una forma de optimizar sus efectos (Kazdin, 2007).

Estudios como el de Torrijos-Zarcero et al. (2021) apuntan a considerar la aceptación como principal mecanismo de acción de las terapias basadas en mindfulness y también de la TCC. Aunque cada abordaje terapéutico se apoya en diferentes mecanismos para alcanzarla, se ha

podido evidenciar que la aceptación media los beneficios conseguidos por todos ellos en personas con dolor crónico.

1.4.1. Terapia Cognitivo Conductual

En las últimas décadas la Terapia Cognitivo Conductual (TCC) ha sido la intervención psicoterapéutica por excelencia (gold standard) en dolor crónico. Ha demostrado su eficacia sobre factores cognitivos, emocionales y conductuales de la experiencia de dolor (Day et al., 2012; Sturgeon 2014; Williams et al., 2020).

Entre sus objetivos la TCC ofrece recursos para que la persona pueda gestionar las sensaciones físicas del dolor, transformar el pensamiento catastrofista y reconducir conductas desadaptativas con el fin de mejorar el funcionamiento y la interferencia del dolor (McCracken et al., 2013; Wetherell et al., 2011).

Según Turk y Herta (2007) el proceso de intervención involucra principalmente cinco fases:

1. Evaluación: en esta fase se valoran los factores psicosociales y conductuales que influyen en la dinámica desadaptativa de la persona.
2. Reconceptualización: partiendo de la relación entre estrés y dolor, se identifican aspectos de la experiencia de dolor que la persona puede controlar, como pensamientos automáticos, ideas negativas y catastrofistas.
3. Adquisición de habilidades: se modifica la respuesta habitual al dolor a partir de estrategias como: resolución de problemas; relajación conductual; control de la respiración; desviación de la atención; distracción; imaginación; asertividad; ejercicio y actividad (desensibilización).
4. Consolidación y aplicación en la vida: desarrollo de los aprendizajes en la vida diaria, involucrando también las redes familiares.
5. Evaluación postratamiento y seguimiento del paciente: sesiones dilatadas en el tiempo tras el tratamiento (Turk y Herta, 2007).

A través de un proceso de **reevaluación cognitiva** se busca disminuir las creencias desadaptativas del dolor y el pensamiento catastrofista. La idea es reconducir y manejar pensamientos y comportamientos, de manera que pensamientos catastrofistas (estables y globales) dejen paso a otros más flexibles, que introduzcan factores de temporalidad o posibilidad de manejo que cuestionen su inmutabilidad (Davis et al., 2015; Jensen y Turk, 2014; Gammon, 2016).

La TCC ha mostrado su eficacia reduciendo la ansiedad, el miedo a las sensaciones corporales y disminuyendo el pensamiento catastrofista (Wong et al., 2014). Williams et al. (2012) tras comparar la TCC con TAU (*treatment as usual*) o lista de espera, encontraron efectos estadísticamente significativos, pero pequeños, sobre la intensidad del dolor y la discapacidad, y efectos postratamiento sobre el estado de ánimo y la catastrofización. Sin embargo, en el seguimiento de 6 a 12 meses, el único efecto significativo fue el estado de ánimo.

En un meta-análisis Hoffman et al. (2007) encontraron que, en contraste con diferentes condiciones de control, la TCC presentó efectos positivos en la interferencia del dolor en las actividades, la calidad de vida y la depresión. Y Henschke et al. (2010) concluyó que los tratamientos cognitivos conductuales eran más efectivos que la atención habitual para el dolor

tras el tratamiento, pero no diferían en los efectos sobre el dolor y estado funcional alcanzados por TAU a mediano y largo plazo

Aunque la eficacia de la TCC se sustenta en evidencia científica, los resultados a mediano y largo plazo, y la variabilidad en los efectos alcanzados en diferentes diagnósticos de dolor crónico, muestran que existen aspectos que aún quedan por explorar (Broderick et al., 2016; Hammond y Freeman, 2006).

Miró et al. (2018) señalan que la TCC puede traer resultados significativos a la catastrofización del dolor, el compromiso con actividades y la disposición al dolor. Situando estos aspectos como objetivos terapéuticos del manejo del dolor crónico, invitando a que las intervenciones de TCC para el manejo del dolor no solo se centren en el contenido cognitivo (lo que la persona piensa sobre el dolor, por ejemplo, reducir los pensamientos catastrofistas), sino también en los procesos cognitivos subyacentes (cómo la persona piensa sobre el dolor, por ejemplo, para mejorar el compromiso con actividades valiosas) con el fin de aportar resultados eficaces y adaptativos.

1.4.1.1. Programa para el Tratamiento Cognitivo Conductual del Dolor Crónico

Moix et al. (2009) plantea un Programa para el Tratamiento Cognitivo Conductual del Dolor crónico, en 10 sesiones grupales y 2 individuales (12 en total) desarrolladas semanalmente con una duración aproximada de dos horas. Cada sesión se compone de una parte de exposición teórica del tema principal a trabajar, seguido de prácticas. Se cuenta con material para casa compuesto por un dossier y audios de prácticas dirigidas. El siguiente cuadro esquematiza el tema de cada una de las sesiones grupales:

Tabla 3. Esquema de sesiones del Programa TCC

Sesión / tema	Desarrollo
1. Introducción a la terapia cognitivo conductual	Utilizando la teoría de la compuerta de forma metafórica, se explica el objetivo del trabajo sobre el manejo de los pensamientos, conductas y emociones que generan sufrimiento.
2. Entrenamiento en respiración y relajación	Se expone la influencia de la relajación en el círculo vicioso generado por la tensión y el dolor. Se introduce la respiración diafragmática y la técnica de relajación de Jacobson.
3. Manejo de la atención	Se explica la influencia de los mecanismos atencionales sobre la “puerta” al dolor, y la capacidad de control sobre éstos. Se practica la redirección de la atención hacia estímulos externos; propioceptivos; o hacia imágenes mentales.
4. Reestructuración cognitiva	Se identifican distorsiones cognitivas y pensamientos automáticos, reconociendo aquellos que son fuente de malestar emocional e irracionales.
5. Reestructuración cognitiva	A través de estrategias para gestionar pensamientos automáticos e irracionales, se incentivan pensamientos alternativos (racionales).
6. Solución de problemas	A través de la comprensión de las fases de solución de problemas, se explican los errores más frecuentes y la mejor forma de evitarlos, integrando la experiencia del grupo.
7. Manejo de emociones y asertividad	Se identifican emociones desagradables y su relación con el dolor. Se plantea el distanciamiento emocional como estrategia para la gestión de emociones y se explican los tres pasos para ser asertivos
8. Valores vitales y establecimiento de objetivos	Se establecen objetivos realistas que permitan retomar el sentido de actividades perdidas a causa de la enfermedad.
9. Organización del tiempo y actividades	Trabajo con estrategias de organización del tiempo, enfatizando en la importancia de incluir actividades de ocio y actividades reforzantes, con el ánimo de incorporarlo a su vida diaria.
10. Ejercicio físico, higiene postural y del sueño, prevención de recaídas	Pautas para fomentar ejercicio físico, la higiene postural y mejorar el sueño para reducir el dolor. Se discute sobre las recaídas y los pasos para su gestión.

Fuente: Moix et al. (2009).

Torrijos-Zarcelero et al. (2021) ha utilizado la adaptación de este programa a ocho semanas como grupo de control activo en un Ensayo Clínica Aleatorizado (ECA) que valora la eficacia del Programa de Mindfulness y Autocompasión. Lo que ha comprobado la eficacia de la adaptación del programa de Moix et al. (2009) en personas con dolor crónico en aspectos como: la aceptación del dolor, funcionalidad social, vitalidad, salud mental y la disminución de la catastrofización, intensidad e interferencia del dolor.

1.4.2. Terapias de “tercera generación”: Terapia de Aceptación y Compromiso y Terapias basadas en Mindfulness

Las terapias de tercera generación provienen de la TCC y se centran en la relación de la persona con sus pensamientos y emociones a partir de los procesos de aceptación y de defusión cognitiva. Desde esta perspectiva se habla de aceptación más que de afrontamiento (Veehof et al., 2011; Hayes et al., 2006; McCracken y Vowles, 2014).

Los abordajes más explorados en dolor crónico son la Terapia de Aceptación y Compromiso (ACT) y Mindfulness. Hoy en día existen numerosos programas basados en mindfulness, siendo los más estudiados: Mindfulness-Based Stress Reduction (MBSR) en español Reducción de estrés basada en Mindfulness, y Mindfulness-Based Cognitive Therapy (MBCT), Terapia Cognitiva basada en Mindfulness. En el ámbito del dolor crónico, estos programas fomentan la aceptación de la enfermedad en lugar de entrenar estrategias para controlarla, generando bienestar emocional y mayor compromiso con objetivos vitales.

En una comparativa entre tres intervenciones (TCC; una intervención basada en mindfulness y aceptación; y una intervención psicoeducativa en dolor crónico) encontraron que las personas del grupo de mindfulness obtuvieron resultados tan eficaces como los de TCC, presentando mejores parámetros en fatiga, catastrofización, disfuncionalidad y ansiedad respecto a los demás grupos (Davis et al., 2015).

Diferentes investigaciones y meta-análisis han concluido que intervenciones estructuradas basadas en mindfulness y aceptación (MBSR y ACT) tienen una eficacia superior al tratamiento habitual en los diferentes diagnósticos de dolor crónico, pero mantienen una eficacia similar a TCC en la mayoría de parámetros (Turner et al., 2016; Pardos-Gascón et al., 2020; Cherkin et al., 2016; Veehof et al., 2016).

Además, las intervenciones basadas en mindfulness y aceptación han alcanzado un tamaño del efecto entre pequeño y moderado en intensidad del dolor, depresión, discapacidad y calidad de vida; y un tamaño del efecto moderado y largo en ansiedad e interferencia del dolor, manteniendo sus efectos tras el tratamiento, lo que las ha convertido en una alternativa para el tratamiento en dolor crónico (Veehof et al., 2016). Siendo mindfulness el principal componente de estas terapias explicaremos cómo influye en el manejo del dolor crónico.

1.4.2.1. Mindfulness: definición y principales beneficios en dolor crónico

Mindfulness es una forma de prestar atención al presente de manera intencionada, amable y sin juicio. Este tipo de ‘atención’ permite aprender a relacionarse de forma directa con aquello que está ocurriendo en ‘el aquí y el ahora’. Implica una consciencia no elaborativa y de aceptación de los pensamientos, sentimientos y sensaciones como se presentan. A nivel general su práctica cultiva una actitud de apertura ante las experiencias, que permite disminuir los automatismos y la reactividad (Kabat-Zinn, 1982; Bercovitz et al., 2017).

Sus inicios se remontan a los años 80’s teniendo a Jon Kabat-Zinn como pionero en el ámbito del dolor crónico, con un programa de 10 semanas que alcanzó efectos significativos en la salud mental, la calidad de vida y la autorregulación (Kabat-Zinn, 1982; Kabat-Zinn et al., 1987a; Kabat-Zinn et al., 1987b). Desde entonces su crecimiento exponencial ha dado lugar a múltiples programas en diversos ámbitos de la salud.

En dolor crónico hay evidencia de que estas intervenciones mejoran la calidad de vida, la salud mental, disminuyen la depresión (Hilton et al., 2017), la interferencia del dolor en la vida diaria, la ansiedad (Majeed et al., 2018), la negatividad afectiva, la catastrofización al dolor, el miedo relacionado al dolor, la hipervigilancia y la discapacidad (Schütze et al., 2010; Davis et al., 2015) dejándonos ante escenarios optimistas respecto a sus efectos para el dolor crónico.

Palao et al. (2019) señalan que mindfulness ayuda a atravesar la experiencia de dolor, estableciendo una relación diferente en la que hay menor juicio, anticipación y rumiación. Esto permite vivir el dolor con menos aislamiento, discapacidad, distrés emocional y mayor tolerancia.

Los Programas de Mindfulness incluyen dos tipos de práctica fundamentales: formal (que implican un espacio y un tiempo específicos para llevarse a cabo) e informal (que puede realizarse en cualquier momento y circunstancia.). Las primeras se realizan bajo la forma estructurada de una meditación (sentada, tumbada, de pie o en movimiento) e implican distintas formas de enfoque atencional, que van desde las centradas en un 'objeto' (como en la respiración o en las sensaciones corporales) a las de monitorización abierta; las segundas se realizan utilizando como soporte las actividades diarias (comer, andar, asearse, etc.), sobre las que la persona se enfoca con atención plena (Dahl et al., 2015).

Desde esta perspectiva la práctica es el escenario de entrenamiento de un modo de conexión con el aquí y ahora en el que priman la apertura, el trato amable y la desidentificación; y en el que la integración cuerpo - mente se convierte en el núcleo de la intervención. El terapeuta, en tanto practicante que transmite al paciente esa forma de estar en el presente, se convierte en un elemento esencial para el desarrollo del trabajo (Kabat-Zinn, 1982; Kabat-Zinn et al., 1987b; Sturgeon, 2014; Hervás et al., 2016).

1.4.2.2. Mecanismos de acción

Los objetivos de las intervenciones basadas en Mindfulness en dolor crónico son: "desacoplar" la experiencia sensorial del dolor de sus aspectos evaluativos y emocionales; y promover el desarrollo de un tipo de consciencia "que observa" sin juicio y se desidentifica tanto de las sensaciones corporales, como de las emociones y los pensamientos (Sturgeon, 2014).

Según Hölzel et al. (2011) los principales mecanismos de acción son la regulación de la atención, la consciencia corporal, la regulación emocional y el cambio en la perspectiva del self (desidentificación).

La regulación de la atención se relaciona con la atención ejecutiva y la consciencia no elaborativa. La práctica de mindfulness entrena la atención sostenida, selectiva y flexible. Por ejemplo, centrarse en la respiración mantiene la atención anclada a la experiencia del presente, a la vez que hace posible percibir los pensamientos, emociones y sensaciones. Este proceso de monitorización atencional fomenta la consciencia no elaborativa en la medida en que los pensamientos, emociones y sensaciones son observadas y reconocidas tal cual aparecen en el campo de la consciencia, sin mayor elaboración (juicio) (Bishop et al., 2004; Hölzel et al. 2011; Prakash et al., 2020).

Según Bishop et al. (2004) al liberarse el pensamiento elaborativo se ponen a disposición más recursos para procesar la información relacionada con la experiencia actual, lo que trae consigo una amplificación de la experiencia y favorece la apertura, la “mente de principiante”.

Esto es especialmente beneficioso para personas con dolor crónico, pues muchas de sus dificultades cognitivas se relacionan con problemas derivados del fuerte sesgo atencional que produce el dolor (Vlaeyen et al., 2016; Moore et al., 2012; Carleton et al., 2020). La práctica de la atención plena implica llevar la consciencia al conjunto de los eventos de la mente-cuerpo, inhibiendo los posibles sesgos o llevando consciencia también a ellos. Esto trae consigo efectos beneficiosos para la persona con dolor, según Elomaa et al. (2009) entre los beneficios del manejo de la atención se encuentra la reducción de la hipervigilancia, la ansiedad y la disminución de la interferencia del dolor en la vida.

Dado que el foco atencional de la práctica se centra principalmente en el cuerpo (sensaciones de la respiración, sensaciones relacionadas a las emociones u otras sensaciones corporales), se favorece la consciencia corporal (Bhikkhu, 2010; Hölzel et al. 2011). Diversos estudios relacionan la consciencia corporal derivada de mindfulness con la activación de la ínsula y mayor activación del área somatosensorial secundaria (involucrada en el procesamiento de eventos sensoriales exteroceptivos) (Farb et al., 2007; Farb et al., 2010; Zeidan y Vago, 2016). Resultados similares se han encontrado en el contexto del dolor (Gard et al., 2012; Grant et al., 2010) respecto a la activación de la ínsula, la corteza somatosensorial secundaria y el tálamo, lo que sustenta que con la práctica el dolor es procesado desde la sensación real que genera y no con la valoración cognitiva que lo magnifica.

La práctica de mindfulness permite que las personas con dolor crónico alcancen mayor discriminación de la sensación dolorosa, acercándose a lo desagradable con curiosidad y amabilidad (Jong et al., 2016),

En personas con dolor crónico poder acercarse con curiosidad a las sensaciones de su cuerpo puede favorecer el reconocimiento de que su cuerpo es un lugar de recursos y no solo como una fuente de malestar (Palao y Rodríguez, 2016). En las intervenciones basadas en mindfulness el escáner corporal y el movimiento consciente, son dos de las prácticas más desarrolladas para cultivar la consciencia corporal.

Además, la consciencia corporal tiene un rol clave en la experiencia consciente de las emociones, ya que ser consciente de la respuesta del cuerpo ante las emociones facilita su reconocimiento y su autorregulación. La regulación emocional, otro de los mecanismos de mindfulness (Tang et al., 2015).

Hay evidencia de que la práctica de Mindfulness se asocia a menor interferencia emocional (Ortner et al., 2007, Koechlin et al., 2018). La atención consciente de las emociones tanto agradables/placenteras como desagradables/displacenteras facilita su aceptación y disminuye la reactividad, permitiendo alcanzar la calma con mayor facilidad.

Según Hölzel et al. (2011) el entrenamiento de mindfulness permite desligar la respuesta de miedo cuando éste no tiene una función adaptativa, pudiendo generar respuestas emocionales y conductas mayormente adaptativas.

Respecto a las estructuras y mecanismos cerebrales implicados en la regulación emocional, la práctica de mindfulness se ha asociado a la activación de estructuras prefrontales (corteza prefrontal lateral, ventral y dorsomedial y la corteza cingulada anterior) y la disminución de la actividad en la amígdala. La hipótesis es que las estructuras superiores ejercen una influencia inhibitoria a la amígdala, desarrollando un mecanismo de arriba-abajo (Banks et al., 2007; Creswell et al., 2007; Hölzel et al., 2007; Hölzel et al., 2010; Teper et al. 2013; Lutz et al., 2014).

También su práctica permite una regulación desde el mecanismo de abajo-arriba, dado que involucra el trabajo con las emociones, las sensaciones corporales, etc. lo que quiere decir que la práctica de mindfulness supone un doble mecanismo de regulación.

La práctica de mindfulness también permite desacoplar la carga emocional de los pensamientos. Éstos pasan a percibirse como elementos pasajeros en lugar de señales de alarma (descentramiento cognitivo y desidentificación). Con esto se interrumpe el sistema por el cual se desencadenan reacciones desadaptativas, favoreciendo también la autorregulación de las emociones (Sturgeon, 2014; Zorn et al., 2020).

La práctica de mindfulness cultiva la observación de sensaciones y de emociones independientemente de su intensidad o de si son desagradables, agradables o neutras (Kabat-Zinn, 1982), ayudando a la autorregulación y al autocuidado. Esto permite que la persona pueda observar la sensación de dolor, los sentimientos y pensamientos sin “engancharse” en ellos.

Además, ayuda a generar un cambio en la perspectiva del self, puesto que la persona se desvincula de un sentido estático de sí misma y de la sobreidentificación con sus pensamientos y emociones, pudiendo diferenciar entre el ser y el dolor “*tú no eres tu dolor*” (Hölzel et al., 2011; Tang et al., 2015).

Estos procesos de desidentificación y flexibilidad psicológica además de favorecer la aceptación también permiten restar significado al dolor y relativizar su situación (Luiggi-Hernandez et al., 2018).

La literatura informa que el cambio en la perspectiva del self se relaciona con la disminución de la “red neuronal por defecto”. Esta red se define como la actividad neuronal oscilante en un grupo de regiones cerebrales, que se activa mientras la mente está en reposo o divagante (Poerio et al., 2017; Maki-Marttunen et al., 2016); mientras está en este modo, la mente se enfoca en cuestiones “relevantes” para el self como problemas pasados o futuros, proporcionando un sentido longitudinal a la experiencia.

La investigación con meditadores expertos muestra que la práctica de mindfulness implica una menor actividad de esta red que la observada en población estándar que correlaciona con menor pensamiento rumiativo, catastrofización, mayor desidentificación (de emociones y pensamientos) y menor procesamiento auto-referencial (Garrison et al., 2015; Jang et al., 2010; Gard et al., 2012; Reddan y Wager, 2018).

Algunos estudios (Adler-Neal y Zeidan, 2017; Zeidan et al., 2019; Nascimento et al., 2018) señalan que el efecto de mindfulness se apoya en los mecanismos de reevaluación de la experiencia de dolor que se activan ante un estímulo nocivo. A nivel neurobiológico la práctica favorece la desactivación de la actividad talámica impulsada por la corteza prefrontal generando un mecanismo ascendente de activación de la información sensorial, modulado selectivamente a través de procesos de control cognitivo de orden superior (como enfocarse

intencionalmente en la sensación de respiración), el cual permite reducir la transmisión talámica a la corteza.

Este mecanismo ascendente se relaciona con la integración de información sensorial en tiempo real. Es así como se altera la evaluación contextual de las sensaciones dolorosas, más que la intensidad del dolor, lo que genera cierta sensación de alivio (Zeidan et al., 2019). La desactivación de la actividad en la parte dorsal de la corteza cingulada posterior junto con la desactivación de la red neuronal por defecto, dan lugar a menor sensibilidad al dolor (más tolerancia) y menor pensamiento rumiativo, permitiendo que la persona con dolor pueda atender a las sensaciones, sin evaluar la experiencia, generar juicios, anticipaciones y reaccionar automáticamente (Zeidan et al., 2018; Gard et al., 2012; Nascimento et al., 2018).

Ong et al. (2019) concluyen que el apoyo social y emocional tiene efectos neurológicos similares a la práctica meditativa (aumenta la actividad en el córtex prefrontal lateral izquierdo y medial), permitiendo distinguir un posible mecanismo que podría producir la “antinocicepción” y ayudar en el afrontamiento del dolor.

La investigación de los efectos de mindfulness para el dolor crónico indica que uno de los mecanismos subyacentes a sus beneficios es la metacognición (conocimiento sobre el propio proceso de pensamiento). La habilidad para monitorear la experiencia momento a momento, permite que sea posible distanciarse de los pensamientos y sentimientos para percibirlos como eventos mentales en lugar de como un reflejo de la realidad (Kerr et al., 2013; McCracken et al., 2014).

Diferentes investigaciones han permitido concluir que el grado de experiencia con la práctica de mindfulness puede llegar a incidir en la experiencia subjetiva del dolor. En meditadores novatos se comprueban sus efectos sobre la evaluación y el significado del dolor (Zeidan et al., 2016; Zeidan et al., 2015). Y en meditadores expertos se evidencia un desacoplamiento de la experiencia sensorial y el significado de lo que el dolor significa para la persona (Zorn et al., 2020; Gard et al., 2012; Grant et al., 2011).

Aunque la intensidad o frecuencia del dolor no disminuye con la práctica de mindfulness, lo que sí puede afirmarse es que el afrontamiento del dolor sí mejora (Morone et al., 2008; Vago, Nakamura, 2011). Se ha podido evidenciar que con la práctica la dimensión desagradable del dolor disminuye, siendo posible percibir el dolor sin tanto malestar (Brown y Jones, 2010; Gard et al., 2012; Perlman et al., 2010; Zeidan et al., 2016).

Finalmente, la compasión y autocompasión, se reconocen como aspectos inherentes a la práctica de mindfulness cuyo efecto es el alivio del sufrimiento (Hölzel et al., 2011). Palao y Rodríguez (2016) la sitúan como un recurso central del entrenamiento de mindfulness en dolor crónico.

1.4.3. Principales intervenciones basadas en Mindfulness y Aceptación

Las intervenciones basadas en mindfulness y aceptación son principalmente programas protocolarizados que se desarrollan entre 8 y 10 semanas, a través de sesiones grupales y semanales que duran alrededor de dos horas. La mayoría plantean un trabajo en casa que se complementa en algunos casos con audios de práctica y un libro de apoyo.

Los principales intervenciones y programas estructurados con evidencia científica son: Programa para la Reducción del Estrés Basado en Mindfulness (MBSR); Terapia Cognitiva Basada en Mindfulness (MBCT); Programa de Manejo del dolor Basado en Mindfulness. Respira Vida. (MBPM) y la Terapia de Aceptación y Compromiso (ACT), los cuales se describirán en los siguientes apartados.

1.4.3.1. Programa para la Reducción del Estrés Basado en Mindfulness (MBSR)

El Programa Mindfulness Based Stress Reduction (MBSR por sus siglas en inglés) -Programa para la reducción del estrés basado en mindfulness- es la primera intervención basada en mindfulness aplicada en el contexto clínico y en dolor crónico. Su principal objetivo es reducir el estrés, el pensamiento catastrofista y fomentar la autorregulación emocional a través del cultivo de la atención plena (Kabat-Zinn, 1982; Kabat-Zinn et al., 1987b).

Cada sesión de entrenamiento versa sobre los siguientes temas:

- 1) Introducción al programa, qué es mindfulness: alimentación consciente, Yoga, meditación con atención en la respiración y exploración corporal.
- 2) La percepción y el condicionamiento en la apreciación y valoración del estrés: exploración corporal guiada, yoga sentados o de pie, meditación sentada con foco en la respiración y anclas.
- 3) El poder de estar presentes: Yoga tumbados, exploración corporal, meditación sentada y caminando.
- 4) Fundamentos fisiológicos y psicológicos de la reactividad al estrés: Yoga tumbados, exploración corporal, y meditación sentada.
- 5) Consciencia de patrones y automatismos ante el estrés y formas de afrontamiento: Yoga de pie, meditación sentada.
- 6) Estrategias de afrontamiento transformadoras y la comunicación interpersonal: Yoga de pie/movimiento, meditación sentada.

Retiro: yoga, escáner corporal, comida consciente, meditación de la montaña, sentada y caminando. Meditación de la bondad amorosa.

- 7) Responder vs reaccionar y el estilo de vida: movimiento consciente y meditación sentada.
- 8) Repaso y cierre: exploración corporal, yoga autoguiado y meditación sentada.

Santorelli et al. (2017).

El mecanismo subyacente del MBSR para el manejo del dolor es similar a la “desensibilización del dolor” (conocida en el modelo de aprendizaje por condicionamiento), pues la práctica meditativa puede ser vista como una “exposición en vivo” al dolor, en el que se exploran las sensaciones en ausencia de las consecuencias catastrofistas. Aunque conviene señalar que su propósito es más amplio, como desarrollar mayor tolerancia a emociones desagradables. Tras la participación en el MBSR las personas presentan menos reactividad al dolor, rumiación, hipervigilancia, y mayor consciencia de su cuerpo, mente y emociones. Todo esto ayuda a que la experiencia de dolor pueda ser aceptada (Sturgeon, 2014).

Diferentes meta-análisis concluyen que el MBSR mejora el funcionamiento físico, reduce la depresión, y la ansiedad, aumenta el bienestar psicológico y ayuda a adaptarse al dolor. En otras palabras, facilita el poder vivir con el dolor sin el objetivo de eliminarlo o curarlo; además comparando sus efectos con la TCC no se evidencian diferencias significativas en estos parámetros, corroborando su eficacia en personas con dolor crónico (Grossman et al., 2004; Garmon et al., 2014; Veehof et al., 2016; Anheyer et al., 2017; Khoo et al., 2019).

1.4.3.2. Terapia Cognitiva Basada en Mindfulness (MBCT)

Creado por el Dr. Zindel Segal, John Teasdale y Mark Williams integra la práctica de mindfulness con la terapia cognitiva, en 8 sesiones semanales (2.5 horas de duración) y 1 día intensivo (6 horas). En la actualidad el MBCT es uno de los tratamientos recomendados por el Instituto Nacional para la Salud y Excelencia Clínica (NICE Guidelines) del Reino Unido, para la prevención de recaídas en depresión.

El trabajo se centra en que la persona pueda generar un distanciamiento y desidentificarse del pensamiento rumiativo depresivo y de sentimientos que puedan llevarle a recaer (Teasdale et al., 2000; Parra-Delgado y Latorre-Postigo, 2013). En un segundo plano, ha demostrado su efectividad sobre la mejora de la interferencia del dolor, la catastrofización, manejo y aceptación del dolor (Day y Thron, 2017).

Comparando el MBCT y el MBSR Fjorback et al. (2011) concluyen que el MBCT es más efectivo en prevenir recaídas de depresión (sobre todo en personas que ya hubiesen tenido alguna), y el MBSR más efectivo en mejorar la salud mental en general.

Una de las prácticas relevantes de este Programa que ha sido utilizada en otros programas específicos de manejo del dolor, son los tres minutos de respiración, que introduce la pausa en medio de la rutina del día a día. En algunas adaptaciones específicas de este programa al dolor crónico se incrementa el trabajo corporal, la autorregulación y en el empleo de estrategias de afrontamiento adaptativas, que desplazan la distracción o la evitación como alternativa para manejar el dolor (Jong et al., 2016).

1.4.3.3. Programa de Manejo del dolor Basado en Mindfulness. Respira Vida. (MBPM)

Fundado por Vidyamala Burch el Mindfulness Based Pain Management (MBPM) es un programa diseñado específicamente para mejorar la salud mental y física de personas con dolor crónico, involucra la práctica individual de 45 minutos en casa (Brown y Jones, 2013).

Burch y Duff (2012) afirman que Mindfulness incide sobre el sufrimiento primario y el secundario. El sufrimiento primario es inevitable, lo produce la enfermedad en sí misma (los síntomas y las consecuencias que tiene en la vida), el secundario deriva de la relación que cada persona mantiene con esa parte inevitable del sufrimiento, es el malestar que produce la lucha en sí misma, la resistencia mental, emocional y física a la enfermedad. Las personas con dolor crónico con frecuencia pasan de la evitación (bloqueo) al ahogamiento, huyen de lo desagradable hasta agotarse, lo que conduce a una pérdida de perspectiva e irritabilidad.

Desde esta perspectiva mindfulness atiende al deseo genuino que tiene todo ser humano de estar libre de sufrimiento y encontrar la felicidad (Burch, 2015), ayudándole a aceptar el sufrimiento primario y a reducir o superar el secundario (Burch y Duff, 2012).

Según la autora, el trabajo del Programa consta de cinco pasos:

Conectar con el momento presente, poder tener la disposición de estar con el dolor.

Enfocar en lo desagradable con aceptación y autocompasión. Observar la experiencia emocional difícil ayuda a la persona con dolor crónico a ver que el sufrimiento primario es un proceso y no una “cosa” estática, percibiendo el flujo de sensaciones que nunca es el mismo, lo que poco a poco ayuda a desintegrar la densidad del dolor (Burch, 2015).

Buscar “el tesoro del placer”, emociones agradables que surgen y abren a la capacidad para apreciar el placer o la belleza.

Expandir la consciencia como forma de ganar perspectiva, cultivar la ecuanimidad y el equilibrio.

Y finalmente, vivir con la elección, aprender en lugar de reaccionar (Burch y Duff, 2012).

EL MBPM combina meditación, atención consciente, el desarrollo de emociones positivas, la planificación del esfuerzo y movimientos conscientes basados en Yoga y Pilates. El Programa plantea prácticas específicas como: la atención al propio ritmo, donde se realiza un seguimiento a las actividades en días de poco y mucho dolor para prevenir el colapso del propio ritmo y equilibrar los esfuerzos de las actividades; y la consciencia amable, entrenada en la práctica de la meditación de la bondad amorosa (Cusens et al., 2010; Burch y Duff, 2012).

De manera similar que otros programas el MBPM ha demostrado su efectividad en afrontamiento a la experiencia de dolor, la regulación emocional, mejora de la calidad de vida, salud mental, funcionalidad, disminuye el pensamiento rumiativo, la anticipación y la catastrofización (Cusens et al., 2010; Brown y Jones, 2013).

1.4.3.4. Terapia de Aceptación y Compromiso (ACT)

Creada por Steve Hayes la Terapia de Aceptación y Compromiso (ACT por sus siglas en inglés) incide en la tendencia evitativa a experiencias emocionales, físicas y situaciones no deseadas que son fuente de malestar y sufrimiento (Gourbert y Trompetter, 2017; McCracken et al., 2004; Hayes et al., 2006; Gammon, 2016).

Sus principales mecanismos se basan en el Modelo de Flexibilidad Psicológica descrito en apartados anteriores: aceptación, defusión cognitiva, valores, acción comprometida, perspectiva del self y el contacto con el presente.

En el dolor crónico se busca la no evitación de lo que genera malestar, comprometiendo a la persona en actividades valiosas que restablezcan su funcionalidad, frente a la evitación que genera el dolor (como sensación o experiencia de dolor: sensaciones, cogniciones y emociones), lo que supone abandonar el objetivo de querer eliminar o cambiar el dolor, aceptándolo (Rodero et al., 2013).

Veehof et al. (2016) sostienen que la ACT genera un tamaño del efecto significativamente mayor que el MBSR y MBCT respecto a ansiedad y depresión.

1.5. Compasión y autocompasión

Cultivar la compasión y autocompasión en personas con dolor crónico permite hallar vías para el autocuidado ante el sufrimiento que supone la enfermedad, con todos los desafíos físicos, emocionales y sociales que acompañan la experiencia. El entrenamiento de la autocompasión permite atender a la experiencia de dolor con amabilidad, sin juicio, comparación y autocrítica.

La compasión ha ido tomando lugar en las intervenciones psicológicas, integrando el autocuidado y la amabilidad como potentes recursos para afrontar el sufrimiento (Gammon, 2016). Las implicaciones de la compasión y autocompasión en la práctica clínica han permitido incrementar el interés por investigar si emergen implícitamente en la psicoterapia como un factor terapéutico que nace de la relación terapéutica (Baer, 2010; Neff et al., 2007; Gilbert y Procter, 2006; Siegel y Kermer, 2012).

Hollis-Walker y Colosimo (2011) lo consideran un factor actitudinal nuclear a los efectos que pueden alcanzarse en los entrenamientos de mindfulness en salud mental. Según Vivino et al. (2009) los terapeutas pueden optimizar las condiciones para fomentar la compasión en la terapia, aunque muchas de estas condiciones emergen de forma natural en la evolución del proceso terapéutico.

1.5.1. Definición y principales componentes

Actualmente no existe un consenso claro sobre la definición de la compasión, ya que puede ser entendida como una emoción (Goetz et al., 2010), un constructo multidimensional (Strauss et al., 2016) o un sistema motivacional (Gilbert, 2014).

Goetz et al. (2010) delimitan el concepto de compasión a partir de tres aspectos. 1) la compasión surge ante una situación en la que alguien está sufriendo, como confianza en la capacidad (propia o del otro) para aliviar dicho sufrimiento; 2) activa respuestas fisiológicas que facilitan mantener la calma en un momento difícil (activación del sistema nervioso parasimpático); y 3) la compasión es diferente a la empatía: aunque puede surgir como una respuesta empática al sufrimiento, no encarna el sufrimiento, sino que se orienta a proporcionar una respuesta emocional cálida y amable que involucra el anhelo de aliviar el sufrimiento del otro.

Strauss et al. (2016) la entienden como un constructo de cinco aspectos: 1) reconocer el sufrimiento; 2) comprenderlo como parte de la experiencia humana (universalidad); 3) sentir empatía por el sufrimiento del otro, y conectar emocionalmente con su malestar; 4) tolerar los sentimientos incómodos que surgen en respuesta al sufrimiento de esa persona (ira, miedo, distrés); y 5) actuar con la motivación de aliviar el sufrimiento.

Por su parte, Gilbert (2014) la define como “la sensibilidad al sufrimiento en uno mismo y de los demás (compromiso), con el cometido de tratar de aliviarlo y/o prevenirlo (acción)”. Involucra una actitud proactiva orientada hacia el cuidado y el alivio, en el que la persona se encuentra atenta a su experiencia de sufrimiento (o la del otro), sin rumiar sobre lo doloroso o desagradable que pueda ser (Neff y Germer, 2013).

La autocompasión es definida por Neff y Germer (2013) como “ser tocado por el propio sufrimiento” generando el deseo de aliviarlo con amabilidad y cariño. Ante una situación de sufrimiento, la respuesta autocompasiva implica una pausa para ofrecerse calma y comodidad, más que controlar o querer solucionar el problema.

Neff (2003a) y Germer y Simón (2011) afirman que la autocompasión puede representar mayor dificultad que la compasión, sin embargo, la autocompasión es la base sobre la que se desarrolla la compasión. El anhelo genuino de aliviar el propio sufrimiento es el punto de referencia sobre el cual puede percibirse el anhelo de aliviar el de otros.

Alonso y Germer (2016) señalan que la compasión y autocompasión se relacionan con la consciencia sobre el sufrimiento y las necesidades propias, propiciando acciones de autocuidado que involucran una intención activa y explícita de aliviar, confortarse y suavizar.

La investigación cualitativa señala que el autocuidado promovido desde intervenciones para el manejo del dolor, es facilitador de la consciencia de sí misma, la desidentificación con el dolor y la autocompasión. El autocuidado se vincula al desarrollo de “prácticas de autogestión” (que en este estudio preferimos denominar como acciones de autocuidado) que se realimentan desde la creencia y el sentimiento de ser capaz con el dolor (autoeficacia) (Devan et al., 2018).

La autocompasión se ha conceptualizado a partir de tres componentes: amabilidad consigo misma vs autocrítica; humanidad compartida vs aislamiento; y mindfulness vs sobreidentificación. Ante una situación de sufrimiento una persona se debatirá entre los polos de cada componente (Neff, 2003b), es un sistema dinámico que representa una sinergia de interacción entre los elementos claves de cada polo (Neff, 2016).

La amabilidad o bondad consigo misma, se relaciona con la forma de tratarse cuando hay sufrimiento. Este trato involucra una voz interior amable, gentil, comprensiva y suave. Neff (2016) señala que implica alcanzar la calma y consolarse activamente en momentos de angustia contraponiéndose a la autocrítica dejando a un lado la culpa y el enfado.

La humanidad compartida es el reconocimiento de la naturaleza imperfecta de la condición humana y del sufrimiento ante experiencias difíciles. Implica asumir que no siempre las cosas salen como se quiere. Permite restar importancia a sentimientos irracionales y la experiencia de un self aislado o separado de otros, permitiendo cambiar la creencia de que otros tienen una vida perfecta. En otras palabras, facilita dejar esa visión de túnel y normalizar la imperfección y el sufrimiento como parte de la vida (Germer y Neff, 2013).

Neff y Germer (2013) enfatizan que el rol de mindfulness dentro del MSC, tiene que ver con la capacidad de atender a la experiencia interna del presente, disminuyendo la reacción y la sobreidentificación con los pensamientos, emociones y sensaciones. Neff y Dahm (2015) señalan que solo a través del reconocimiento de las experiencias internas, las personas pueden generar un sentido de amabilidad y conexión.

Ante un momento de sufrimiento una reacción común es activar el “modo de resolución de problemas”, que encauza un cúmulo de acciones e intentos dirigidos a quitar de en medio la dificultad y continuar. Mindfulness aporta el poder ser consciente de que se está pasando por un momento de sufrimiento (poder verlo con cierta claridad). El reconocimiento de que se está pasando por una situación difícil impulsa la acción compasiva, sin engancharse en el pensamiento de lo que ha salido mal o los aspectos negativos de sí mismo, permitiendo relativizar y delimitar tanto la situación como las posibles consecuencias (Germer y Neff, 2013).

Alonso y Germer (2016) señalan que mindfulness responde a la pregunta de “¿qué estoy experimentando ahora?” y la autocompasión a “¿qué necesito ahora mismo?”. Estos componentes de la autocompasión corresponden a las diferentes formas en las que una persona puede responder emocionalmente al dolor y al fracaso (con amabilidad o crítica), entender su situación (como parte de la experiencia humana o como una experiencia aislada), y atender al sufrimiento (considerándolo como parte de la experiencia o sobreidentificándose) (Neff, 2016).

1.5.2. Mecanismos de acción y beneficios

Aunque se sabe poco de los mecanismos de acción de las intervenciones con compasión y autocompasión, algunos avances de la investigación sobre la desconexión social y papel del sistema de apego, han permitido enunciar algunas hipótesis para su comprensión.

Según Eisenberger (2012) la experiencia de desconexión social es considerada una de las experiencias más “dolorosas” que el ser humano puede soportar. La evidencia sugiere que la experiencia de dolor social, el aislamiento o el rechazo, se basan en los mismos sustratos neurobiológicos que subyacen a las experiencias de dolor físico. Esto quiere decir, que el dolor de la desconexión social es análogo al dolor físico.

A nivel neuroquímico el dolor físico y social dependen del sistema opioide endógeno, el cual regula la transmisión del dolor y el distrés emocional asociado al aislamiento o la separación social. A nivel neurobiológico comparten la activación predominante de la corteza cingulada anterior dorsal y la ínsula anterior, aunque aún hace falta investigación sobre los tipos de dolor social que pueden provocar este procesamiento tan similar al dolor físico (Eisenberger, 2012).

Por su parte, la compasión se basa en el vínculo de apego, afiliación y comportamiento social. Aprovecha un sistema específico de regulación del afecto basado en la afiliación en el que se libera oxitocina y opioides en respuesta a la experiencia de cuidado y conexión. Este sistema conocido como “the soothing system” (sistema de calma) (Gilbert y Procter, 2006; Gilbert, 2014), activa el sistema nervioso parasimpático (Germer y Neff, 2013) y el sistema oxitocinérgico (Wang et al., 2019). Lo que permite: disminuir el nivel de cortisol desactivando el sistema de amenaza y con él las emociones difíciles que desencadena (ira, miedo, asco, culpa, vergüenza); facilitar la activación del córtex prefrontal, posibilitando capacidades de orden superior como la mentalización; y experimentar sensaciones de seguridad, calma y confianza (Kirby, 2017).

El efecto sobre la regulación emocional también puede alterar la experiencia de dolor (Purdie y Morley, 2015). La liberación de oxitocina (al ser un opiáceo natural) y la actividad parasimpática (que genera tranquilidad y seguridad) generan un funcionamiento similar al que

se alcanza con los opiáceos aliviando el dolor físico y el distrés (Carvalho et al., 2020a; Eisenberger, 2012).

El trabajo con la compasión podría incidir sobre el sentimiento de aislamiento y el dolor derivado de la desconexión social, influyendo en los mecanismos compartidos con el procesamiento del dolor físico.

Por su parte, Neff (2003a) señala que la autocompasión es un factor importante de la salud mental, las personas autocompasivas se encuentran en general más satisfechas con la vida, presentan mayor afectividad positiva, optimismo, amabilidad, curiosidad (Neff et al., 2007; Gilbert, 2005, 2010; Feldman y Kuyken, 2011; Muris y Petrocchi, 2017) y estabilidad en su autoestima (Neff y Vonk, 2009; Barnard y Curry, 2011; Zessin et al. 2015) que las personas menos autocompasivas.

Siguiendo la línea de lo anterior, las personas con un alto nivel de autocompasión muestran mejores habilidades para afrontar y menos aislamiento, mayor disposición a experimentar emociones difíciles, atravesándolas con amabilidad (Germer y Neff, 2013).

En personas con dolor crónico la autocompasión es un indicador de adaptación a la enfermedad y es un buen predictor del funcionamiento físico, social y psicológico. Correlaciona positivamente con: aceptación, estrategias flexibles para afrontar el dolor, éxito en el desarrollo de actividades valiosas; y negativamente con depresión, ansiedad, discapacidad física y psicosocial. También se relaciona con menor angustia emocional, modera la relación entre la fusión cognitiva y síntomas depresivos en dolor crónico (Carson et al., 2005; Edwards et al., 2019; Wren et al., 2012; Costa y Pinto-Gouveia, 2013; Chapin et al., 2014; Purdie y Moley, 2015; Carvalho et al., 2018; Carvalho et al., 2020; Torrijos-Zarcero et al., 2021).

Carvalho et al. (2020a) nos dicen que estos efectos se alcanzan en gran medida por la proactividad que promueve la respuesta autocompasiva, la cual se sustenta en la desactivación del sistema amenazante que disminuye la respuesta de evitación y miedo, generando las condiciones para poder hacer algo en un momento de sufrimiento.

En personas con dolor crónico la autocompasión alivia el sufrimiento que se genera por estándares sociales, la comparación constante con sí mismo en el pasado y otros; gestando problemas de aceptación, ajuste del ritmo, aumentando la autocrítica, la culpa y la vergüenza. La autocompasión genera un diálogo interno reconfortante, en el que se puede atender a estos estándares sociales reconociendo y contextualizando la dificultad y el sufrimiento como parte de la humanidad compartida (Purdie y Morley 2015; 2016).

Tomar consciencia de la humanidad compartida facilita la conexión social y permite salir del aislamiento e impulsa una mejor adaptación al dolor (Chang et al., 2019).

Como ha podido señalarse en apartados anteriores las intervenciones basadas en mindfulness y aceptación inciden en el alivio del sufrimiento secundario, Edwards et al. (2019) enfatiza que éste es uno de los impactos de la autocompasión en personas con dolor crónico. Y es indudable su efecto terapéutico en el bienestar psicológico y el ajuste a la enfermedad (Purdie y Morley, 2015; Carvalho et al., 2020a).

1.5.3. Programas basados en compasión y autocompasión

Las intervenciones basadas en compasión y autocompasión se estructuran en programas multicomponentes o en entrenamientos focalizados en alguna práctica meditativa. Son intervenciones laicas que se encuentran influenciadas por el Budismo Tibetano (Kirby, 2017). Siendo las más conocidas: la Terapia Centrada en la Compasión (CFT), el Programa de Mindfulness y Autocompasión (MSC), Entrenamiento en Compasión Basado en la Cognición (CBCT), Programa para Cultivar el Balance Emocional (CEB), Compassion and Loving Kindness Meditation Meditation (LKM/CM) en español meditación compasiva y meditación de la bondad amorosa.

Todas tienen un componente de psicoeducación, con un componente experiencial activo, involucran el trabajo en casa y pueden ser entrenadas en formato grupal. A excepción de la CFT, todos son programas protocolarizados (Gilbert, 2017).

En un meta-análisis de intervenciones basadas en compasión Kirby et al. (2017) señalan tamaños del efecto moderado significativos en mediciones pre-pos intervención para compasión, autocompasión y mindfulness. Y un tamaño del efecto moderado en la reducción de depresión, ansiedad, distrés psicológico y bienestar, resultados que se mantienen en ECA con grupos control.

Tabla 4. Componentes de las intervenciones basadas en compasión.

CFT	MSC	CBCT	CCT	CEB	LKM/CM
<ul style="list-style-type: none"> • La definición de compasión incluye 2 conceptos: 1) compromiso y 2) alivio y protección. • Psicoeducación de la "mente difícil" evolucionada, emociones básicas y motivos regulados y orquestados por las competencias sociales humanas. • Concepto de múltiples versiones de sí mismo que surgen del contexto genético y social: fenotipos para desmitificar y despersonalizar. • La naturaleza de la regulación del afecto (amenaza, impulso y alivio) y sus vínculos con los sistemas fisiológicos. 	<ul style="list-style-type: none"> • Basado principalmente en la conceptualización de autocompasión de Neff, utilizando construcciones bipolares de: 1) Amabilidad frente al autocrítica; 2) la humanidad común frente al aislamiento; 3) atención plena frente al ensimismamiento. • Influenciado por varios enfoques, incluidas las experiencias personales de dificultades de la vida, Insight Meditation, CFT, ACT, y otras intervenciones basadas en la atención plena, como MSBR. • Inclusión del ejercicio "self-compassion break", basado en la definición de autocompasión. 	<ul style="list-style-type: none"> • Basado principalmente en la tradición budista lojong. • Examina la compasión como aspiracional y activa. • Foco en los cuatro "inconmensurables": ecuanimidad, bondad amorosa, alegría apreciativa y compasión. • Enseña la contemplación activa de la bondad amorosa, la empatía y la compasión hacia los seres queridos, los extraños y los enemigos. • Integra intervenciones cognitivas. 	<ul style="list-style-type: none"> • Basado en la definición de compasión de Jinpa que implica cuatro constructos: cognitivo, afectivo, intencional y motivacional. • Comienza y termina cada sesión con una práctica de meditación, que incluye meditación centrada en la respiración. • Inclusión de tonglen. • Foco principal en las prácticas meditativas para cultivar la compasión y la bondad amorosa hacia uno mismo 	<ul style="list-style-type: none"> • Compasión más enfocada en los demás como prosocialidad. • Concentración y prácticas de meditación dirigidas. • Reconocimiento de emociones. • Comprensión de patrones emocionales. • Reconocimiento de emociones en otros (cara, verbal), como una forma de promover la empatía. • Yoga y práctica de movimientos. • Conocimiento de funciones, sensaciones, disparadores, evaluaciones y cogniciones asociadas con estados afectivos. 	<ul style="list-style-type: none"> • Basado en tradiciones budistas y orientales y tradiciones contemplativas. • LKM tiene como objetivo desear la bondad amorosa y los sentimientos de cuidado hacia uno mismo y los demás. • CM pretende desear el alivio del sufrimiento de uno mismo y de los demás. <p>Componentes de Meditación típicos:</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. Establecer la mente. 2. Extender los deseos entrenados en LKM o CM a uno mismo, a sus seres queridos, conocidos, extraños, personas difíciles y todos los seres sin distinción.

CFT	MSC	CBCT	CCT	CEB	LKM/CM
<ul style="list-style-type: none"> • La mente compasiva como motivación que incluye: Compasión por los demás, apertura a la compasión de otros, y autocompasión. • Desarrollar imágenes y un sentido de sí mismo compasivos utilizando técnicas de actuación para convertirse y "actuar desde" un rol propio construido. • Desarrollar y utilizar la mente compasiva para abordar dificultades como la vergüenza, la autocrítica y los conflictos relacionales. • Abordar los temores, los bloqueos y las resistencias al afecto positivo y la compasión • Ejercicios de escritura y cartas. 	<ul style="list-style-type: none"> • Divide las meditaciones en prácticas básicas e informales. • Se centra en "saborear" y en la psicología positiva. • Incluye ejercicios de escritura-cartas. • Trabajar con problemas de explosividad a través de la compasión. • Componentes del programa de entrenamiento: <ol style="list-style-type: none"> 1. Introducción y revisión de la autocompasión. 2. Entrenamiento en Mindfulness. 3. Aplicación de la autocompasión a la vida diaria. 4. Desarrollar una voz interior compasiva. 5. Vivir de acuerdo a valores personales. 	<ul style="list-style-type: none"> • 8 pasos: <ol style="list-style-type: none"> 1. Desarrollar atención y estabilidad de la mente. 2. La naturaleza de la experiencia mental. 3. Desarrollar autocompasión. 4. Desarrollar ecuanimidad hacia otros. 5. Desarrollar aprecio y gratitud hacia otros. 6. Desarrollar afecto y empatía. 7. Realización, deseo y compasión. 8. Compasión activa hacia otros. 	<ul style="list-style-type: none"> • y hacia los demás. • 6 pasos: <ol style="list-style-type: none"> 1. Establecerse y enfocar la mente. 2. Bondad amorosa y compasión por un ser querido. 3a. Compasión por uno mismo. 3b. Bondad amorosa para uno mismo. 4. Abrazar la humanidad común y desarrollar el aprecio por los demás. 5. Cultivar la compasión por otros. 6. Práctica de compasión 	<ul style="list-style-type: none"> • Componentes del programa de entrenamiento: <ol style="list-style-type: none"> 1. Entrenamiento de la concentración. 2. Entrenamiento en Mindfulness. 3. Promoción de la empatía y la compasión. 4. Yoga y otras prácticas de movimiento. 5. Discusión conceptual con foco en los valores, significado de la vida... 6. Conocimiento de funciones, sensaciones, disparadores, evaluaciones automáticas y cogniciones asociadas con estados afectivos específicos (ira, 	

CFT	MSC	CBCT	CCT	CEB	LKM/CM
<ul style="list-style-type: none"> Respiración, entrenamiento postural, con “matices de pensamiento emocional” Enfoque de la terapia: <ol style="list-style-type: none"> Individualizado en función de la presentación del paciente y la conceptualización del caso. “Compassionate Mind Training” también está disponible como una intervención de 8 semanas. 	<ol style="list-style-type: none"> Relacionarse con emociones difíciles. Relacionarse con situaciones interpersonales desafiantes/reto. Relacionarse con los aspectos positivos de uno mismo y de la propia vida con Se incluye a menudo una sesión/retiro de 4 horas en la mitad del programa. 		<p>activa (tong-len) y cultivar la práctica compasiva en la vida diaria.</p>	<ol style="list-style-type: none"> miedo, tristeza...) Reconocimiento de las propias emociones. Comprensión de los patrones emocionales de uno mismo. Reconocimiento de emociones en otros (cara, verbal) para promover la empatía. 	

Nota: Kirby (2017) citado y traducido por Torrijos (2018).

1.5.3.1. Programa de Mindfulness y Autocompasión (MSC)

Dada la importancia de este Programa para este estudio, se señalarán algunos aspectos adicionales sobre el mismo.

Entre las principales prácticas nucleares en las intervenciones basadas en compasión y autocompasión, se encuentran: “la respiración afectuosa”, “la meditación de la bondad amorosa” y la de “dar y recibir compasión”. La primera propone la observación de la respiración conectando con afecto y calidez; la segunda busca aumentar la buena voluntad hacia sí mismo y los demás, despertando la compasión ante sentimientos de insuficiencia o estrés, e implica la construcción de frases propias que van expandiéndose, por ejemplo: “que yo pueda sentirme segura, que tú puedas sentirte segura, que podamos sentirnos seguras”; la tercera busca conectar con los flujos de compasión interpersonales a partir de las primeras (Germer y Neff, 2013; Kirby, 2017).

Las frases son un aspecto ampliamente utilizado en las intervenciones de compasión y autocompasión, incluso en intervenciones breves. Por ejemplo, Luo et al. (2019) en un ámbito experimental de dolor, encuentran que una intervención breve de frases autocompasivas llega a tener beneficios en el tono emocional del diálogo interno frente al dolor, generando un patrón de “mentalidad positiva” que impacta sobre la experiencia subjetiva del dolor.

El MSC propone 11 meditaciones formales, ejercicios interpersonales para cultivar la autocompasión y 18 prácticas informales. Entre algunas de las prácticas formales se encuentran la meditación de la bondad amorosa, la respiración afectuosa, el escáner corporal compasivo, dar y recibir compasión. Los ejercicios interpersonales son empleados para ampliar la conexión con el sentido de la humanidad compartida entre el grupo; y algunas de sus prácticas informales son **la pausa; las frases autocompasivas** “que yo pueda ser amable conmigo misma”, “que pueda estar segura”, que desenganchan de la rumiación, el aislamiento y generan confianza en sí mismo; el **tacto tranquilizador** que permite a la persona encontrar un lugar cómodo en el cuerpo donde pueda sentir el calor y la presión suave de sus manos (Germer y Neff, 2013).

Cada sesión versa sobre los siguientes temas:

- 1) Descubriendo la autocompasión: práctica de la pausa por autocompasión, Pausa y Tacto tranquilizador.
- 2) Practicando Mindfulness: práctica de la meditación afectuosa, el sufrimiento innecesario.
- 3) Practicando la bondad amorosa: encontrar las frases de bondad amorosa.
- 4) Descubriendo tu voz compasiva: la Autocrítica y Seguridad. Práctica de la Bondad Amorosa para sí mismo.
- 5) Viviendo profundamente: descubrir los valores nucleares. Práctica de Dar y Recibir Compasión.
- 6) Manejando emociones difíciles: práctica de Ablanda, Tranquiliza y Permite y Práctica de la Bondad Amorosa para sí mismo.
- 7) Explorando relaciones desafiantes: el dolor de la conexión y desconexión. Compasión y ecuanimidad.
- 8) Abrazando tu vida: Meditación de la bondad amorosa, cultivar la felicidad, la gratitud y el autoaprecio.

Según Germer y Neff (2019) “cuando sufrimos practicamos no para sentirnos mejor, sino porque nos sentimos mal” y “cuando nos damos amor incondicional, descubrimos las condiciones en las que no fuimos amados” (p5).

Esta última paradoja es señalada como un fenómeno denominado “backdraft” o “contracorriente”. La práctica de la autocompasión puede conducir a esta experiencia, conceptualizada metafóricamente a partir del efecto explosivo que se produce cuando entra aire en un lugar rodeado por el fuego y privado de oxígeno. “De forma similar, las personas acostumbradas a la autocritica constante suelen explotar de ira y negatividad intensa cuando intentan adoptar un enfoque más amable y cariñoso consigo mismas”. (Neff, 2012, p. 144). Este fenómeno que emerge en ocasiones en las sesiones de MSC, es un aspecto a tener en cuenta en el momento de desarrollar las practicas grupales. Las personas pueden llegar a desbordarse emocionalmente y será necesario contar con un espacio de contención y seguridad que pueda sostener.

Dado que el entrenamiento de la autocompasión puede ser un desafío emocional, se considera que es mejor enseñarla en el contexto de otros valores humanos positivos como la bondad amorosa, la gratitud, el aprecio, la sabiduría, la ecuanimidad y la alegría. Desde el Programa se plantea que el entrenamiento de la capacidad autocompasiva debe estar vinculado a la conexión de otros valores humanos fundamentales como: la bondad amorosa, la gratitud, el aprecio, la sabiduría, la ecuanimidad y la alegría (Germer y Neff, 2019; McGehee et al., 2017).

Entre sus efectos se ha comprobado que el MSC disminuye significativamente la depresión, la ansiedad, el estrés y la evitación emocional; así como aumenta la autocompasión; mindfulness; la compasión por los demás y la satisfacción con la vida. Sus efectos son consistentes con la práctica del participante, de manera que a mayor práctica mayores niveles de autocompasión. Y su efecto se mantiene incluso seis meses posteriores a su tratamiento (Neff y Germer, 2013).

Aunque la investigación de los efectos del MSC en dolor crónico todavía es escasa, Torrijos-Zarcero et al. (2021) aporta evidencias que indican que este Programa es tan eficaz como la TCC en parámetros relacionados con calidad de vida, malestar emocional y autocuidado, obteniendo diferencias estadísticamente significativas en la mejora de ansiedad. La autora señala que la autocompasión es un factor predictor de salud mental y depresión en mediciones postratamiento.

1.6. El grupo como lugar de aprendizajes

El dispositivo grupal es una de las formas más extendidas de trabajo terapéutico en dolor crónico. El grupo brinda la oportunidad de salir del aislamiento, permite salir de sí mismo para escuchar a otros y sentirse reflejado en las dificultades y retos que supone la enfermedad. Poder compartir con otras personas que pasan por lo mismo, ayuda a aprender estrategias de afrontamiento diferentes y también a saber que cada persona lidia con la enfermedad de la manera que puede rebajando los niveles de autoexigencia (Keefe et al., 2013).

Almendro et al. (2011) dicen que para las personas con dolor crónico el grupo es un espacio que fomenta la responsabilidad ante diferentes aspectos de la vida, potencializando la capacidad de asimilación y acomodación. Donde a través de la experiencia se incorpora nueva información a los esquemas propios, para dar lugar a nuevos esquemas o modificar los preexistentes. Según las autoras con esto se fomenta el equilibrio de estrategias de

afrontamiento activas, la aceptación de las limitaciones y el malestar emocional relacionado con la enfermedad.

Edey et al. (2016) destacan que el grupo disminuye los pensamientos catastrofistas, permite encontrar vías alternativas para el manejo de síntomas, e infunde esperanza.

Por otra parte, la relación entre sus miembros (participantes y terapeuta) da lugar al desarrollo de la tarea terapéutica (razón que ha constituido el grupo) y construye recursos para el afrontamiento de situaciones difíciles (García-Bardón et al., 2018).

Estudios como los de Tøye et al. (2014) y Lestoquoy et al. (2017), señalan que las personas que se involucran en asociaciones o grupos cuentan con más recursos para afrontar el dolor. Los autores señalan de que la psicoeducación en estos grupos, junto con el intercambio de experiencias ayuda a salir de la soledad, es fuente de seguridad y validación, ayuda a sentirse escuchado y comprendido, y a conectar con el bienestar.

El grupo ayuda a percibir una “normalidad” que trae seguridad y restablece la autoconfianza para manejar el dolor y los aspectos de la vida, promoviendo el empoderamiento y el mantenimiento de la práctica en el tiempo. La investigación cualitativa aporta evidencias acerca de cómo la percepción de autoeficacia que aporta el grupo promueve la activación de estrategias de autocuidado y confirma que sentirse parte de un grupo construye vías para la aceptación (Devan et al., 2018; Pietilä et al., 2018; Snelgrove y Lioffi, 2013).

1.6.1. Factores terapéuticos de la intervención grupal

Los factores terapéuticos grupales son independientes del marco referencial del terapeuta y propios del ciclo vital del grupo en sí mismo (Vidal, 2000; García-Bardón et al., 2018; Ribé et al., 2018). Vinogradov y Yalom (1996) explicita once factores terapéuticos: infundir esperanza; universalidad; transmitir información; altruismo; desarrollo de técnicas de socialización; comportamiento imitativo; catarsis; recapitulación correctiva del grupo familiar primario; factores existenciales; cohesión del grupo y aprendizaje interpersonal.

Infundir esperanza es uno de los factores terapéuticos grupales claves para alcanzar la adherencia y el efecto del tratamiento (Yalom y Leszcz, 2006). El grupo como lugar en el que compartir experiencias y estrategias, abre a poder pensar que se puede estar o vivir de forma diferente con la enfermedad, pues hay una experiencia compartida que cada miembro afronta de manera diferente. Howell et al. (2015) relacionan la esperanza con la expectativa de que el grupo servirá para algo, ya que implica la creencia en que el cambio es posible.

Ribé et al. (2018) señala que la esperanza y, especialmente la universalidad, que afloran en los estadios iniciales, son factores necesarios para la emergencia de otros, como la cohesión y el altruismo, que aparecen en estadios más avanzados del grupo.

El grupo ofrece la oportunidad de sentirse reflejado y pensar que “al otro le pasa lo mismo que a mí”, ayudando a salir del aislamiento y se pensamientos de incomprensión y soledad, a este aspecto se le reconoce como universalidad.

La universalidad puede decirse que es uno de los factores terapéuticos grupales que emergen con mayor facilidad en la experiencia de grupal. Una experiencia muy común en un grupo terapéutico es el sentimiento de aislamiento, las personas tienden a pensar que son las únicas

que pasan por ciertos problemas o situaciones difíciles, reduciendo cada vez más las oportunidades para el intercambio social franco y sincero. Vinogradov y Yalom (1996) dice: “en un grupo de terapia, especialmente en las primeras fases, los pacientes experimentan una fuerte sensación de alivio cuando se dan cuenta de que no se encuentran solos con sus problemas.” (p. 26).

Sentirse solo, dentro de una situación difícil, activa un proceso de aislamiento que se retroalimenta a sí mismo: “cuanto más solo me siento, más me aílo, cuanto más me aílo, más solo me siento” y que trae como consecuencia, la pérdida significativa de la red social. El grupo permite ver a otros que comparten una experiencia similar y hace posible salir del aislamiento y la sensación de estar solo en una situación (Vidal, 2000).

Esta percepción de no estar solo y poder identificarse en cierto sentido con otros, favorece poder hablar de sí mismo, abrirse a los demás y compartir la experiencia difícil (Keefe et al. 2013).

Trasmitir información implica las instrucciones del terapeuta y los consejos de los miembros del grupo. La instrucción del terapeuta puede tener una naturaleza didáctica en la que se utilicen textos, audios, etc. y pueden incorporar explicaciones respecto a la naturaleza de la enfermedad o sobre la situación vital del individuo. En grupos especializados los terapeutas pueden enseñar cómo desarrollar estrategias o mecanismos para afrontar y poner en práctica técnicas para la reducción del estrés. Además, los consejos de los miembros emergen sin excepción en cualquier terapia en grupos interactivos y dinámicos, principalmente en fases iniciales del grupo (Vinogradov y Yalom, 1996). Matthias et al (2016) agregan que transmitir información reduce la incertidumbre y la inseguridad a la que se enfrentan las personas con enfermedades crónicas, ya sea por el proceso diagnóstico o por el devenir de la enfermedad. Es un factor que trae calma y permite llegar al conocimiento de la naturaleza y efectos de la enfermedad a través de la experiencia de otros.

El altruismo se relaciona con la capacidad de sentirse valioso y útil, emerge como la oportunidad de ayudar y verse a sí mismo con la capacidad de dar y ofrecer algo. Lo que trae alivio a la experiencia de dolor y beneficios en términos de salud mental (Vidal, 2000; Wang et al., 2020).

El desarrollo de técnicas de socialización (Vinogradov y Yalom, 1996) se relaciona con el aprendizaje social derivado de habilidades sociales básicas, principalmente comunicativas. En algunos grupos puede ser un factor explícito y dirigido a que sus miembros puedan construir mejores habilidades para comunicarse con otros.

El comportamiento imitativo (o aprendizaje vicario) se relaciona con poder ver a otros en situaciones diferentes o análogas a la propia, puede ayudar a conectar con aspectos que no se habían contemplado hasta el momento, ayudando a mejorar. Por ejemplo, una persona callada, cerrada y solitaria puede animarse a expresar cosas, a partir de ver otro miembro del grupo que lo hace de forma abierta y franca.

La catarsis es entendida como un factor terapéutico complejo que se asocia a la universalidad y la cohesión. Si bien liberar emociones no da lugar a un cambio duradero en la persona, puede producir cierto alivio emocional. La importancia de este factor radica en poder abrirse al grupo con emociones profundas y encontrar comprensión y aceptación (Vinogradov y Yalom, 1996).

Yalom (2000) señala que la expresión emocional es una muestra de autenticidad que aparece ante cierto grado de intimidad y confianza grupal, es un factor necesario pero que en sí mismo no se asocia siempre con buenos resultados, pues quienes dan mucha importancia a la expresión de sentimientos, suelen reflejar menos aprendizajes y satisfacción de la experiencia grupal, respecto a quienes no se la dan.

La recapitulación correctiva del grupo familiar primario, alude a patrones establecidos en experiencias familiares tempranas que pueden llegar a interferir en la dinámica del grupo. A menudo los roles fijos que puedan adquirir los miembros tendrán que ver con esto, y la invitación del terapeuta al grupo va encaminada en la exploración de otros roles que permitan encontrar una experiencia diferente que mejore el bienestar.

Los factores existenciales se encuentran presentes en todos los grupos, pero son más evidentes en grupos de personas con enfermedades crónicas o próximos a morir. La muerte, el aislamiento, la falta de libertad y la carencia de sentido, son aspectos de la existencia ante los que puede haber lucha. El grupo ofrece la oportunidad de aceptar estos hechos Vinogradov y Yalom (1996) y enseña que enfrentarse a estos aspectos con franqueza y valor, facilita poder vivir con ellos.

La cohesión es uno de los factores determinantes para obtener buenos resultados terapéuticos. Vinogradov y Yalom (1996) señala que: “los miembros de un grupo cohesivo se aceptan y apoyan mutuamente y tienden a formar relaciones significativas en el seno del grupo” (p. 31).

La cohesión provee de cierta identidad colectiva dando la posibilidad de hablar de un “nosotras”; estimula y favorece la relación de inclusión, pertenencia y filiación, factores intersubjetivos que estimulan la lealtad grupal, el compromiso y la complicidad (Andersen et al., 2014; Finlay et al., 2018).

Finlay et al. (2018) agregan que se relaciona con esa fuerza unificadora y protectora que teje seguridad, confianza y apertura. Es la condición necesaria para que aparezcan los demás factores terapéuticos y tenga lugar el desarrollo de un trabajo efectivo. Además, ofrece un marco de aceptación y comprensión, de forma que en un grupo cohesivo sus miembros tienden a abrirse más, expresarse, y examinarse más a sí mismos, tomando consciencia de aspectos de sí que antes le resultaban inaceptables, y generando una identificación profunda con los demás.

Los aprendizajes interpersonales parten de considerar que el grupo es un microcosmos social en el que cada uno de sus miembros se relacionan con los otros de las mismas formas como lo hacen fuera de él. Poder aprender de las interacciones que surgen en el grupo, supone que exista una base de seguridad y confianza; respeto por cada experiencia y persona, libertad para poder ser con autenticidad, y capacidad para apoyarse y ofrecer un feedback constructivo y sincero.

La percepción de apoyo social que emerge de estar en un grupo es visto como un factor de resiliencia importante, que amortigua el impacto negativo del dolor sobre el bienestar y facilita la adaptación al dolor crónico. Penn et al. (2019) sostienen que la sensación de pérdida e injusticia que se deriva de la experiencia de dolor se contrarresta con la red de apoyo social. Y McKillop et al. (2017) concluyen que ayuda a salir del malestar emocional y mejora la depresión.

Cabe agregar que, en la percepción de apoyo un aspecto clave tiene que ver con sentirse escuchada y comprendida, siendo una forma de cuidar de otra en la que se da y se recibe apoyo de otras (Matthias et al., 2016).

1.7. La presencia terapéutica

La presencia terapéutica es tal vez de los aspectos menos tenidos en cuenta a la hora de encontrar la eficacia de un tratamiento o los cambios terapéuticos obtenidos después de una intervención. Siendo ésta una variable moderadora sin la cual ninguna terapia tendría éxito (Michel, 2011), Norcross y Wampold (2019) exponen la importancia de que la relación terapéutica ocupe un lugar legítimo y basado en la evidencia, en las guías de tratamiento psicológico. Revisiones como las de Flückiger et al. (2018) generan un escenario esperanzador sobre el que parece que la investigación avanza hacia la exploración de las potencialidades de este vínculo.

El estudio de Firth et al. (2015) analizó el efecto que los terapeutas podían tener sobre el bienestar de sus participantes en la aplicación de un programa protocolarizado, concluyendo que el efecto del terapeuta fue diferencial e independiente sobre los efectos alcanzados por el tratamiento en sí, a pesar de que se trataba de intervenciones desarrolladas en protocolos. Otros estudios como el de Goldberg et al. (2018a) arrojan resultados similares, pero en el contexto de un tratamiento psicoterapéutico, los autores concluyen que hay “terapeutas de alto rendimiento” que cuentan con características interpersonales facilitadoras (como la calidez y la empatía), habilidades interpersonales, experiencia previa y mayor “duda profesional” (refiriéndose a no dar “por sentada” su eficacia como terapeuta en el tratamiento).

La relación con un terapeuta o un médico, puede llegar a proporcionar una interacción afectiva, sin juicios y de apoyo que trae alivio en un momento de alto estrés. Son relaciones que facilitan el desarrollo de experiencias de interacción positivas y tienen la capacidad de transformar y enriquecer las experiencias de las personas, de ahí la importancia de que los profesionales de la salud puedan involucrarse terapéuticamente con las personas que atienden para mejorar los resultados relacionados con la salud (Kornhaber et al., 2016).

Wampold (2018) señala que las principales características de tales alianzas incluyen amabilidad, empatía, calidez e interés genuino en el otro. Aspectos que versan desde el lenguaje corporal, la expresión facial hasta la escucha activa, receptividad, capacidad de atención y respuesta a las necesidades del otro, son los que pueden fortalecer la relación y llegar a empoderar a una persona desde este vínculo.

Estudios como los de Devan et al. (2018) y Gordon et al. (2017) señalan que una alianza terapéutica puede ser alcanzada a partir de una comunicación sin prejuicios, en la que se crea y legitime lo que el otro dice de su experiencia. Esto implica una escucha atenta y sin prejuicio que legitime al otro y le tenga en cuenta como agente activo en su proceso de tratamiento.

Por su parte Arman y Hök (2016) resaltan que relaciones terapéuticas compasivas, en las que el terapeuta se oriente al alivio del sufrimiento y cuidado del otro, son algunos de los factores que, desde las narrativas de personas con dolor crónico permitieron fomentar su capacidad autocompasiva y de autocuidado. Con lo cual el terapeuta de alguna manera actúa aquello que quiere fomentar en el otro, impulsando el bienestar.

En relación con lo anterior, el estudio de Sanghavi (2006) identifica tres categorías principales que pueden hacer una relación terapéutica más compasiva: la comunicación, los puntos en

común (capacidad empática) y el respeto a la individualidad (concebir la singularidad de la persona).

Finalmente, un aspecto reiterativo en la narrativa de personas con dolor crónico tiene que ver con la relación médico-paciente, en la que sienten rechazo y una significativa incomprensión, despertando rabia y frustración en lugar de alivio (Toye et al. 2017).

1.8. Antecedentes: estudio sobre la eficacia del MSC en la mejora de la calidad de vida, compasión, autocuidado y malestar emocional

No se han encontrado estudios que aborden específicamente la efectividad del programa MSC en el tratamiento del dolor, por ello el único estudio que podemos reportar es el de Torrijos-Zarcelo et al. (2021). Cabe decir que es también el que más directamente está relacionado con esta investigación, ya que sirve de soporte para ella.

En él se investigó la eficacia del MSC respecto a la TCC en una ECA con grupo de control activo, con mediciones antes, después y tras seis meses de la intervención. De este estudio podría concluirse a grandes rasgos que el MSC es tan eficaz como la TCC, presentando resultados significativamente mejores respecto a ansiedad.

En cuanto a la muestra a nivel socio demográfico el 89.3 % de las participantes en el estudio fueron mujeres y la media de edad fue 48.68. Y respecto a las características del dolor no se especifican tipos de dolor crónico o su etiología ya que se hipotetiza que independientemente del tipo o etiología del dolor, el funcionamiento psicológico y el sufrimiento es similar en las participantes.

Los resultados que el estudio ofrece sobre el desarrollo de la capacidad de autocompasión y autocuidado en personas con dolor crónico apuntan a que:

- Existe una correlación negativa entre la autocompasión y la interferencia del dolor, la catastrofización (especialmente en rumiación) y malestar emocional (ansiedad y depresión).
- Y una correlación positiva con aceptación, calidad de vida en aspectos como la vitalidad, la función social y el rol emocional.
- No se encontró correlación significativa entre la autocompasión e intensidad del dolor o la interferencia del dolor.
- La autocompasión global postratamiento ha demostrado ser un factor predictor de los niveles de depresión y salud mental postratamiento.
- Las personas que presentan cambios clínicamente relevantes son aquellas que parten de un nivel de compasión más bajo en ambas intervenciones.
- Ambos tratamientos generaron mejoras significativas con un tamaño del efecto pequeño en autoamabilidad y humanidad común.
- Los resultados son ligeramente mejores en MSC en las mediciones globales de autocompasión, autoamabilidad y humanidad común.
- No se recogen resultados significativos para el componente de mindfulness tal vez a causa de que se mide desde la consciencia del malestar y la capacidad de separarse de ello, sin incorporar elementos mucho más amplios.

Los resultados obtenidos en el subcomponente de autoamabilidad en ambos tratamientos generan una incógnita, ya que en TCC no son factores trabajados específicamente en la intervención. No obstante, se atribuyen sus resultados en parte a factores no específicos de la terapia, como la invitación constante durante el desarrollo de las sesiones a que valorarán qué necesitaban para poder estar de la mejor manera durante la sesión para sentirse más cómodos y hacerlo; y a factores específicos como el trabajo sobre las actividades agradables en la vida diaria o la reestructuración cognitiva que fomentan el autocuidado y reducir la voz autocrítica.

En general los resultados obtenidos en la autocompasión en ambos grupos permiten pensar que estamos hablando de un efecto no específico del tratamiento de TCC, que puede estar en gran medida influenciado por aprender de la relación terapéutica, ya que es difícil encontrar un terapeuta que no se encuentre dispuesto a contribuir en la mejora del malestar del otro, lo que supone un reconocimiento del sufrimiento del otro.

Por su parte los resultados obtenidos respecto a la humanidad compartida se atribuyen a estar en una terapia grupal, específicamente sustentados posiblemente en la cohesión grupal generada por ver a otras que comparten la experiencia.

Por otro lado, respecto al malestar emocional el 66% de las participantes del estudio presentaban sintomatología depresiva que podría considerarse depresión y el 73.6% presentaba sintomatología ansiosa de tal intensidad que podría considerarse ansiedad. Respecto a esto la autora señala que:

- Tanto en TCC y MSC se generan mejoras estadísticamente significativas en ansiedad y depresión.
- Respecto a cambios clínicamente relevantes, el 30.6% de las personas del grupo de TCC redujeron al menos en un 20% sintomatología depresiva y en MSC esta reducción fue de 30.5%

La autora concluye que los resultados obtenidos en MSC fueron congruentes con las investigaciones previas, pero no fue posible generar comparaciones respecto a los cambios clínicamente relevantes al ser un aspecto poco explicitado en los estudios.

Entre los principales resultados respecto a la **calidad de vida** de las participantes en el estudio, la autora afirma que en general la calidad de vida de las pacientes es baja. Encontrando que:

- Existen mejoras estadísticamente significativas en vitalidad, salud mental y función social.
- En MSC existe un cambio ligeramente mayor respecto a vitalidad, las participantes informan de mayor energía y vitalidad al final del tratamiento.
El 48.8% de las participantes del grupo de TCC consiguieron mejoras significativas en al menos un 20% en vitalidad y en MSC fue de un 51.2%.
- En ambos tratamientos el tamaño de los cambios respecto a salud mental es pequeño y similar para ambos tratamientos.
- Las participantes en el estudio refieren menor interferencia del dolor en su vida social al final del tratamiento, teniendo el tamaño de los cambios mediano para MSC y pequeño para TCC.
- No se encuentran resultados significativos en función física y salud general.

Con todo esto, posible concluir que, respecto a la calidad de vida, las intervenciones tienen mayor impacto en vitalidad, salud mental y función social.

Por otra parte, el 80.9% de las participantes tenía una intensidad del dolor por encima de 7 puntos en una escala de 0 a 10. Y el 59.1% presentaban interferencia del dolor también por encima de 7. Respecto a ello, la autora afirma que:

- Ambas intervenciones permitieron disminuir la intensidad del dolor y su interferencia en la vida diaria, obteniendo unos tamaños del efecto pequeños, pero ligeramente superiores en MSC.

Estos resultados son congruentes con la literatura respecto a los efectos en la intensidad del dolor, lo que se sustenta en que los objetivos terapéuticos no se dirigen a ello, sino a mejorar la forma de vivir con el dolor.

Se evidencia una correlación significativamente negativa entre la tendencia a la catastrofización y la aceptación, calidad de vida (en todos sus componentes), la autocompasión global, la amabilidad y la humanidad compartida:

- Ambas intervenciones son eficaces para disminuir la catastrofización ante el dolor.
- La catastrofización postratamiento es un factor predictor de salud mental, depresión y ansiedad postratamiento.
- La disminución de la catastrofización podría ser una variable mediadora o mecanismo de acción en ambas terapias, pudiendo ser alcanzada desde diferentes vías (reestructuración cognitiva en TCC, y desapego de los pensamientos en MSC).

Respecto a la aceptación se encuentra una correlación negativa además de la catastrofización con la intensidad del dolor, la interferencia, la ansiedad y la depresión y positiva con todos los componentes de la calidad de vida (función física, rol físico, dolor, vitalidad, salud general, función social, rol emocional y salud mental):

- La aceptación postratamiento es predictora significativamente de función social, vitalidad, intensidad del dolor, interferencia del dolor y el nivel de depresión postratamiento.
- El 26% de las participantes de TCC consiguieron una mejora significativa de al menos un 20% en la capacidad de aceptación del dolor, siendo un 36.7% en MSC.

Aunque la aceptación no es un factor específicamente trabajado en TCC, como lo es en el programa MSC, la autora señala que es también un mediador de los beneficios que se alcanzan con esta terapia, y que se puede apoyar en el trabajo que se realiza con las creencias sobre el dolor, el apoyo social, el afrontamiento, la autoeficacia, la indefensión y la catastrofización

En cuanto al programa MSC, se observa eficaz para aumentar la aceptación, no solo del dolor, sino de la situación psicológica general y para disminuir la evitación.

Respecto a la satisfacción y adherencia al tratamiento, la autora señala la importancia de la relación con las terapeutas, así como que las participantes de MSC presentan mayor adherencia asistiendo a mayor número de sesiones que las participantes de TCC.

Finalmente, la autora afirma que los resultados obtenidos en el grupo de MSC se mantienen respecto a Función social, Sintomatología Ansiosa y Aceptación del Dolor. Y en TCC se mantienen respecto autocompasión, autoamabilidad y catastrofización.

MSC resultó ser más eficaz respecto a TCC en la satisfacción el tratamiento, pese a que esta no apuntaba a la mejora de la intensidad del dolor, permitiendo evidenciar la importancia del trabajo psicológico para las personas con dolor crónico.

1.9. Aportes de la investigación cualitativa al dolor crónico

Se cuenta con numerosos instrumentos diseñados para valorar la eficacia de las intervenciones psicoterapéuticas en dolor crónico, así como para medir el impacto de la enfermedad en diferentes aspectos de la vida. Son escalas y cuestionarios estandarizados que permiten conocer el grado de influencia de diferentes factores en la calidad de vida, el distrés emocional, la funcionalidad, etc. y también medir el impacto de las intervenciones. No obstante, para entender el dolor crónico es necesario atender a la experiencia subjetiva, a la vivencia de las personas con la enfermedad y a los procesos de cambio, aspectos que no son susceptibles de ser captados a través de estos medios (Campbell et al., 2003; Wideman et al., 2013).

En este sentido, la investigación cualitativa, que tiene como objetivo comprender la realidad subjetiva tal y como se presenta a las personas y utiliza como fuente de datos sus representaciones, discursos y narrativas sobre su experiencia, resulta ser una vía imprescindible. Es su capacidad para explorar y llegar a conocer en profundidad fenómenos complejos, lo que la ha extendido como método de investigación en el ámbito de la salud (Bedregal et al., 2017).

Sin embargo, la revisión de la literatura indica que la investigación en el ámbito del dolor crónico es predominantemente cuantitativa. En una búsqueda web realizada en septiembre del 2020, limitando la búsqueda a los últimos 5 años y utilizando palabras claves como: “qualitative research” AND “chronic pain” se encontraron: 910 documentos en PUBMED, 424 en MEDLINE y 116 en PSYINFO. Con los mismos parámetros de búsqueda y palabras clave como “controlled trial” AND “chronic pain” (uno de los diseños más frecuentes), se encontraron 3452 documentos en PUBMED, 2723 en MEDLINE y 476 en PSYINFO.

Se observa también la investigación cualitativa en dolor crónico ha permitido llegar a lugares a los que los cuestionarios y baremos no llegan, informando de matices de la experiencia de dolor que enriquecen la comprensión del fenómeno y permiten comprender mejor las distintas formas de afrontarlo (Snelgrove y Liosi, 2013; Rodrigues-de-Souza et al., 2016). Tomaremos por ello como referencia para nuestra investigación esos estudios, puesto que se aproximan más a nuestra propia perspectiva.

El impacto de la experiencia de dolor en el sentido de sí mismo o self, ha sido ampliamente evidenciado en las investigaciones cualitativas (Toye et al. 2014; Lennox et al., 2019; Snelgrove y Liosi, 2013; Crowe et al., 2017; Devan et al., 2018; Toye et al., 2017). Lo que lleva a incidir sobre la importancia de las intervenciones en dolor crónico para mejorar la forma como la persona vive con dolor como un aspecto esencial de recuperar el sentido de sí mismo.

Soria (2018) a través de un estudio en el que se desarrollaba un programa de Relajación, Meditación y Mindfulness encontró que los participantes referían un cambio de vida que se sustentaba en pasar de un modo de hacer (automático) a un modo de ser. Desde esta perspectiva, parece que la percepción del dolor se torna más ligera gracias a la consciencia sobre los pensamientos, emociones y sensaciones. En el programa los recursos para la gestión del dolor estaban centrados en la consciencia corporal; y para la gestión emocional y del sufrimiento, en encontrar el equilibrio entre las prioridades y las exigencias “no desgastarse en la entrega”, enfocando el autocuidado principalmente en el conocimiento de los propios límites.

En el contexto de personas mayores con dolor crónico se ha podido evidenciar que la práctica de mindfulness ayuda a dejar el miedo al dolor, esto es gracias a la consciencia que se adquiere de la experiencia de dolor. La meditación se convierte en un recurso que ayuda a afrontar el dolor, a “centrar la mente”, mejora la latencia del sueño y cultiva emociones agradables (Luiggi-Hernandez et al., 2018; Morone et al., 2008).

Por su parte, Barnes et al. (2018) encuentran que, tras una intervención enfocada en la autocompasión, las mujeres participantes reflejaban mayor consciencia en el reconocimiento de emociones dolorosas, disposición a aceptar el dolor y responder a este con amabilidad, entendimiento y conexión. El principal recurso transformador de la relación con el dolor se situaba en ser amable consigo mismo, en lugar de recurrir a la autocrítica y la culpa. Resultados similares se hayan en la investigación de Thompson et al. (2018) tras una intervención de ACT, donde se encuentra que uno de los principales cambios se da en la relación consigo mismo, la cual involucraba un trato amable, mayor flexibilidad, mayor conexión con valores personales y una relación con el dolor basada en menor lucha con el dolor.

Nøst et al. (2017) explora las expectativas de las personas con dolor crónico respecto a participar en intervenciones para el manejo del dolor, sy encuentran que se sustentan principalmente en la esperanza de que *“en algo podrá servir la intervención para mejorar su vida”*. En menor medida también se identifican expectativas de aprender algo nuevo, adquirir y reforzar habilidades (hacer algo por aliviar activamente el dolor), seguir creciendo como persona y conocer a otros que pasen por situaciones similares y que reconozcan los mismos desafíos. Geurts et al. (2017) indican que aquellos que tienen la expectativa de curación completa del dolor, señalan que este tipo de intervenciones poco les ayudarán para manejar su experiencia de dolor.

En general la investigación cualitativa en dolor crónico permite identificar ingredientes activos del cambio terapéutico desde el punto de vista de la persona con dolor crónico, lo que puede resultar valioso en un contexto en el que prima la investigación cuantitativa. A manera de resumen de este apartado citaremos los principales temas identificados en la investigación cualitativa, apoyándonos en la mega-etnografía desarrollada por Toye et al. (2017) que analiza 11 meta-etnografías que representan un alcance de 187 estudios cualitativos y cerca de 5000 personas que viven con dolor crónico.

Este estudio describe la experiencia de dolor señalando que las personas con dolor crónico comparten una experiencia en la que hay poca conexión con aspectos valiosos, lucha consigo mismas y su cuerpo, experiencia de incomprensión y poca gestión de la interferencia del dolor, específicamente:

- Se ven saturadas por el dolor y disminuyen su conexión con aspectos valiosos de su vida, vivenciando un empobrecimiento de su vida “el dolor invade mi vida entera”;
- Les cuesta aceptar y luchan contra su propio cuerpo para ser ellas mismas (el self) “mi cuerpo se ha vuelto en mi contra, no soy yo”;
- Experimentan una necesidad de credibilidad que incrementa la experiencia de aislamiento “nadie cree que mi dolor es real, necesito saber qué es” lo que repercute en una lucha por encontrar un diagnóstico y con él la cura;
- Tienen interferencias importantes en sus relaciones sociales debido a que quieren mantener las apariencias “me guardo el dolor para mí, no quiero que me vean débil y no quiero estropear la vida de otros”;
- Tienen una necesidad imperante de ser tratados con amabilidad y compasión, necesitan ser tratados con dignidad sobre todo en el sistema de salud “nadie escucha mi historia, nadie hace nada por ayudarme”;
- Necesitan poner fin a la búsqueda del diagnóstico como punto de partida para aceptar y aprender a vivir con el dolor “cuando tuve dolor por primera vez pensé que habría una cura y ahora me doy cuenta de que tengo que aprender a vivir con él. A veces acepto que lo único que pueden hacer los médicos es ayudarme a afrontar la situación y tranquilizarme”.

La siguiente tabla ilustra los temas y categorías principales señaladas en las meta-etnografías y meta-síntesis revisadas, con el fin de dar una breve introducción a los principales hallazgos de la investigación cualitativa en el ámbito del dolor crónico:

Tabla 5. Principales temas encontrados en meta-etnografías y meta-síntesis sobre investigación cualitativa en dolor crónico

Nombre del artículo	Año	No. De art. Revisados	Inclusión de los estudios	Metodología empleada	Principales Temas y Categorías
Toye et al. (2014)	2014	32	Desde inicio marzo hasta marzo 2014	meta-etnografía	1) dolor implacable y abrumador; 2) amenaza a uno mismo; 3) imprevisibilidad, lucha por construir el dolor como normal o patológico; 4) una cultura del secreto; validación por diagnóstico; 5) experiencia ambigua de la asistencia sanitaria; 6) elevación del conocimiento experiencial y encarnación del conocimiento a través de una comunidad
Snelgrove y Lioffi (2013)	2013	33	2000-2012	meta-etnografía	1) el impacto del dolor lumbar crónico en uno mismo; 2) relaciones con otras personas importantes; 3) hacer frente al dolor lumbar crónico.
Crowe et al. (2017)	2017	41	2000-2015	meta-síntesis	1) el cuerpo como obstáculo; 2) invisible pero real; 3) sentido de sí mismo alterado; 4) imprevisibilidad; 5) seguir adelante.
Mengshoel et al. (2018)	2018	28	inicios mayo 2016	meta-ethnography	Trayectoria del diagnóstico 1) el rol del diagnóstico en la validación y sentido de las experiencias corporales 2) el rol del diagnóstico en la legitimidad de la enfermedad

Nombre del artículo	Año	No. De art. Revisados	Inclusión de los estudios	Metodología empleada	Principales Temas y Categorías
Devan et al. (2018)	2018	33	inicios julio 2016	hastameta-síntesis	<p>Facilitadores de la autogestión:</p> <ol style="list-style-type: none"> 1) descubrimiento de uno mismo: la capacidad de distinguir el yo (es decir, el cuerpo, los pensamientos y los sentimientos) del dolor; 2) sentirse empoderado al incorporar estrategias de autogestión en la práctica; 3) ambiente de apoyo a través de relaciones de colaboración con los médicos y el apoyo de familiares y amigos. <p>Barreras para la autogestión:</p> <ol style="list-style-type: none"> 1) mantener la motivación para el autocontrol del dolor; 2) angustia experimentada por dolor, ansiedad y depresión continuos; 3) relaciones de falta de apoyo con médicos, familiares y amigos
Toye et al. (2017)	2017	11	inicios febrero 2016	hastameta-etnografía	<ol style="list-style-type: none"> 1) mi vida está empobrecida y confinada; 2) luchando contra mi cuerpo para ser yo; 3) la búsqueda del diagnóstico "santo grial"; 4) credibilidad personal perdida; 5) tratando de mantener las apariencias; 6) necesitan ser tratados con dignidad; y 7) decidir poner fin a la búsqueda del grial no es fácil. <p>*Cada categoría conceptual fue apoyada por al menos 7 de las 11 síntesis de evidencia cualitativa</p>

Fuente: elaboración propi

CAPÍTULO 2. METODOLOGÍA

2.1. Justificación

La experiencia de dolor acarrea niveles muy altos de sufrimiento físico, emocional y psicológico. La enfermedad impacta significativamente en la calidad de vida de las personas, llegando a ser altamente incapacitante en personas de gravedad (Gatchel, 2004). Frecuentemente experimentan un cambio en sus hábitos, transforman sus roles familiares y sociales y terminan aislándose, e incluso llegan a no poder reconocerse a sí mismas librando una lucha infructuosa por huir del dolor o escapar de su presencia (Lennox et al., 2019).

Cerca de un 21% de las personas con dolor crónico son diagnosticadas con depresión (Breivik et al., 2006) convirtiéndola junto con la ansiedad en los trastornos con mayor comorbilidad. Habitualmente su estado emocional se torna principalmente irritativo y triste, se perciben indefensas ante el dolor perdiendo la noción de “control” sobre su cuerpo, experimentando altos niveles de malestar emocional que realimenta el ciclo de miedo-evitación al dolor.

Lo que se sabe sobre la experiencia de dolor permite decir que es un fenómeno complejo, en el que numerosos factores influyen en su afrontamiento y adaptación. Se ha podido evidenciar que el miedo, la ansiedad y la evitación experiencial, se relacionan con niveles altos de discapacidad y menor adaptación a la enfermedad, siendo el miedo al dolor el mayor predictor del sesgo atencional hacia el mismo, por encima del propio dolor (Wideman et al., 2013; Schütze et al., 2010; Curtin y Norris, 2017).

También se ha podido conocer que la aceptación del dolor (McCracken y Vowles, 2008), la autocompasión (Torrijos-Zarcelo et al., 2021), la flexibilidad psicológica (Goubert y Trompeter, 2017) y la resiliencia (Turk et al., 2008) se relacionan con mejores niveles de funcionalidad, menor interferencia del dolor, mayor conexión con emociones saludables, entre otros beneficios.

Geniusas (2020) defiende que una de las mejores formas de conocer la experiencia de dolor es acercándose desde una perspectiva fenomenológica. Las percepciones, creencias y expectativas sobre el dolor (mediadas por la cultura y la experiencia) tienen un rol importante en el afrontamiento, querer huir o eliminar el dolor (evitación) se ha podido asociar con niveles altos de disfuncionalidad que tener la disposición de tolerarlo (McCracken et al., 2005).

En general las intervenciones psicológicas buscan incidir en el proceso de aceptación de la enfermedad, ayudando a las personas a mejorar su forma de vivir con un dolor persistente. Siendo entre las más frecuentes la TCC y las Terapias basadas en Mindfulness y Aceptación (Sturgeon, 2014). Los instrumentos diseñados para valorar la eficacia de estas intervenciones son útiles para medir y cuantificar el impacto en aspectos como el distrés emocional, la disfuncionalidad, la calidad de vida, así como para comparar entre distintos tipos de tratamiento.

Sin embargo, no alcanzan a captar matices de la experiencia ni permiten acercarse a las formas de vivir y afrontar el dolor crónico (Wideman et al., 2016). Campbell et al. (2003) encuentran una baja concordancia entre resultados derivados de métodos cuantitativos y cualitativos, incidiendo en la necesidad de emplear ambas metodologías para comprender el fenómeno del dolor crónico en profundidad.

El estudio de Torrijos-Zarcero et al. (2021) permite afirmar que intervenciones como la TCC y MSC ayudan en la aceptación del dolor, mejoran la calidad de vida, disminuyen el malestar emocional, la catastrofización, la intensidad y la interferencia del dolor, y que, si bien ambos programas son eficaces, se observan mejorías ligeramente mayores en los grupos de MSC.

Dicho estudio explicita la conveniencia de realizar una investigación cualitativa, orientada a comprender los cambios que los tratamientos han producido en la experiencia de dolor tras la participación en los programas, a fin de explorarlos desde una perspectiva fenomenológica. A partir de sus hallazgos en algunos factores como mindfulness, se concluye que las escalas de medición podrían estar dejando de lado matices importantes de los factores asociados a la mejoría de la calidad de vida y la aceptación del dolor crónico.

Atendiendo a ello, esta investigación pretende aportar profundidad y densidad a los hallazgos cuantitativos encontrados por Torrijos-Zarcero et al. (2021). A través de las narrativas de las participantes nos aproximaremos a su vivencia y a los procesos de cambio que puedan haber quedado anidados a la experiencia de dolor después de participar en las intervenciones. En este sentido, el Grupo Focal resulta ser un instrumento sensible, que además aporte información significativa en cuanto al cómo y al qué de la intervención.

Acercarse a la comprensión de la compleja experiencia de dolor y poder encontrar factores terapéuticos que pueden ayudar a vivir mejor con el dolor, amplía posibilidades a la clínica psicológica de ajustar sus dianas terapéuticas para acercarse a tratamientos cada vez más certeros y efectivos.

2.2. Problema de investigación y objetivos

Partiendo del ECA precedente que homologa la eficacia del MSC respecto a la TCC (“gold standard”) en la mejora de la calidad de vida, la compasión, el autocuidado y el malestar emocional de la persona con dolor crónico (Torrijos-Zarcero et al., 2021), nos preguntamos por los factores terapéuticos que se encuentran implicados en los procesos que conducen a la aceptación de la experiencia de dolor y a la mejoría en la calidad de vida, desde la percepción subjetiva de las participantes en los programas de MSC y TCC.

Con esto, como objetivo general nos planteamos: identificar, describir y analizar los factores terapéuticos que actúan como mediadores en la aceptación de la experiencia de dolor y la mejoría en la calidad de vida desde la percepción subjetiva (narrativa) de las participantes en los programas de MSC y TCC.

Y como **objetivos específicos**:

1. Identificar, describir y analizar factores terapéuticos relacionados con la aceptación de la experiencia de dolor a partir de la narrativa de las participantes.
2. Identificar, describir y analizar factores terapéuticos relacionados con la mejora de la calidad de vida a partir de la narrativa de las participantes
3. Identificar, describir y analizar factores terapéuticos relacionados con la autocompasión a partir de la narrativa de las participantes
4. Identificar, describir y analizar factores terapéuticos relacionados con la experiencia grupal a partir de la narrativa de las participantes

Finalmente planteamos la siguiente **hipótesis** a modo de guía:

El análisis de la narrativa acerca de la experiencia de dolor en las participantes de los grupos (MSC y TCC) permitirá identificar qué factores terapéuticos pueden estar interviniendo en los procesos de aceptación y la mejora de la calidad de vida de las personas con dolor crónico.

2.3. Diseño de la investigación y participantes

La presente investigación se ubica dentro del marco de la investigación **cualitativa**, que busca comprender situaciones o fenómenos de determinado contexto a través de los significados que los sujetos construyen de sí mismos y de su realidad, obtener detalles de los fenómenos, sentimientos, pensamientos y emociones difíciles de captar a través de métodos cuantitativos (Strauss y Corbin, 2002).

Desde un enfoque **fenomenológico**, buscamos comprender el fenómeno de la experiencia de dolor crónico y los procesos implicados en su tratamiento, desde la perspectiva subjetiva de las personas que han participado en los programas de MSC y TCC. De esta forma, y de manera inductiva se espera llegar a identificar los factores terapéuticos que han podido ayudar en la aceptación del dolor y la mejora de la calidad de vida a partir de su discurso.

En cuanto al análisis, el estudio se apoya en el paradigma interpretativo (**hermenéutica**), según el cual se realiza una reconstrucción interpretativa de los datos para comprender el sentido y el significado de fenómenos complejos (Berenguera et al., 2014).

Los diseños cualitativos se caracterizan por ser flexibles, abiertos y cambiantes, capaces de poner en relación múltiples aspectos que permitan acercarse al fenómeno estudiado (Flick, 2012). Dada esta naturaleza, la investigación cualitativa no sigue un método lineal entre las fases de la investigación, sino que el conocimiento se construye en un proceso dinámico entre la teoría, los métodos y los datos (Berenguera et al., 2014).

Según Maxwell (2013) la investigación cualitativa se basa en tres propósitos: 1) ayudar a comprender los sentidos y perspectivas de las personas (conocer su mundo), 2) comprender el contexto físico, social y cultural que le rodea y, 3) comprender los procesos involucrados en el mantenimiento o el cambio de dichos fenómenos.

Respecto a los diseños fenomenológicos Mertens (2015) que se enfocan en la experiencia de los participantes, buscando comprender cómo son. Bogdan y Biklen (2003) agregan que estos estudios permiten reconocer las percepciones de las personas y el significado que un fenómeno o experiencia tiene para ellos. Una pregunta de investigación de un diseño fenomenológico tendrá en cuenta el significado, la estructura y esencia de una experiencia ya sea de una persona, un grupo o comunidad (Patton, 2015).

El reto de la investigación fenomenológica es dilucidar la esencia de los fenómenos para generar un análisis descriptivo que permita avanzar en el entendimiento del mismo. Esto se logra teniendo en cuenta la reducción eidética, que implica suspender las preconcepciones sobre el fenómeno, lo que implica al investigador acercarse como si fuese la primera vez que lo reconociera (Lugo 2002; Villanueva, 2012).

Geniusas (2020) defiende que la perspectiva fenomenológica es la aproximación más adecuada al estudio del dolor, señala que “es una eidética del dolor” que alcanza su objetivo centrándose

en la naturaleza de la experiencia de dolor en tanto que es experimentada o vivida. En palabras del autor:

“la fenomenología es una forma de hermenéutica de la simpatía: describe la experiencia (en este caso la experiencia del dolor) al nivel de su fenomenalidad y sobre la base de esta descripción se esfuerza por aclarar las estructuras esenciales que envuelven sus diversas manifestaciones” (p.196).

Por otra parte, Mertens (2015) sostiene que las principales características de un estudio fenomenológico son:

- Describir y entender los fenómenos desde la perspectiva de los y las participantes,
- Analizar el discurso de las personas identificando los posibles significados,
- Contextualizar la experiencia en su temporalidad, espacio, corporalidad y contexto relacional y,
- Realizar una recolección de la información de manera intencionada con personas que se encuentran directamente implicadas al fenómeno de estudio.

En este proceso el lenguaje juega un papel esencial en el conocimiento del fenómeno que nos ocupa. La narrativa de las personas con dolor permite conocer el significado de la experiencia dolorosa vivida, lo que sucede en el cuerpo y las percepciones. Hovey et al. (2018) afirman que el lenguaje y la narrativa de la persona con dolor le permite al investigador ver el sufrimiento que acarrea la experiencia, además de que escuchar sobre el dolor permite aprender del mismo y conocer los posibles matices entre las diferentes vivencias de las personas.

En las metodologías cualitativas los datos se obtienen principalmente a través de técnicas conversacionales, aunque se combinan con otras como la observación o documentos relevantes (Berenguera et al., 2014). En este estudio hemos explorado los factores terapéuticos relacionados a la aceptación de la experiencia de dolor y la mejora de la calidad de vida a partir de grupos focales.

2.4. Contexto de la investigación, diseño muestral y características de las participantes

2.4.1. El contexto de la investigación

En el Programa de Dolor Crónico del Hospital Universitario La Paz en Madrid (HULP) la propuesta terapéutica que se ofrece desde hace muchos años involucra: programas multicomponentes; la educación sobre el dolor; acercamiento a la terapia narrativa y el trabajo con las cogniciones y conductas; la práctica de mindfulness o atención plena; entre otras (Rodríguez y Palao, 2008).

Dentro de los Programas ofrecidos se encuentra una adaptación al Programa de Terapia Cognitivo Conductual de Moix et al. (2009) realizado en ocho semanas. Y el Programa de Mindfulness y Autocompasión desarrollado por terapeutas certificadas, para conocer el contenido de la adaptación véase el anexo 1.

Ambos programas se llevan a cabo en coterapia, siendo cuatro en total las terapeutas que desarrollan los grupos de esta investigación (2TCC/2MSC). Los años de experiencia en el

trabajo con dolor crónico de las terapeutas, oscilaban entre los tres y diez, y contaban con supervisión en la práctica clínica. Los grupos se desarrollaban en sesiones semanales (siguiendo los protocolos de las intervenciones), en salas diáfanas del HULP disponibles en la Unidad del Dolor o en el Edificio Materno Infantil.

El número de integrantes de los grupos de intervención (MSC y TCC) osciló entre los 20 y 25 personas. Uno de los aspectos particulares del encuadre de las sesiones grupales, tuvo que ver con la invitación a buscar “poder estar de la mejor manera”, pues al ser personas con dolor crónico, el mantenerse en una postura durante un cierto tiempo puede resultar molesto y doloroso. esto significa que las personas del grupo podían ponerse en pie o tumbarse cuando lo considerarán necesario para poder estar mejor dentro de las sesiones.

2.4.2. Diseño muestral

El diseño muestral de esta investigación se ha llevado a cabo siguiendo los criterios del **muestreo teórico**, algunas de las características principales de éste son:

- Intencionado y razonado: las unidades de muestreo son elegidas por representatividad de la variabilidad de los discursos. Se buscan personas que puedan responder a las preguntas de investigación y que permitan describir y estudiar el fenómeno. En nuestro estudio hemos convocado a las personas que han participado de los grupos de MSC y TCC, ya que eran el grupo diana al haber pasado por las intervenciones.
- Acumulativo y secuencial: se recolecta información hasta obtener lo suficiente para responder a los objetivos (saturación teórica). Se han desarrollado 8 grupos focales que reflejan la perspectiva de 33 personas, tras el proceso de recolección de información y codificación inicial se saturan las categorías (por densidad y por la falta de emergencia de nuevos códigos).
- Flexible, circular y reflexivo: la recolección inicial de información puede derivar a la exploración de otros informantes. Dado que el objeto de investigación se centra en las participantes de los grupos, en nuestro estudio no ha sido necesario recolectar información por parte de otros informantes, aunque podría ser una posible línea de estudio para futuras investigaciones.

En resumen, el muestreo teórico consiste en que la recolección de datos se lleva a cabo con personas claves, hasta alcanzar la saturación teórica. Esto quiere decir que la recolección de la información se detiene según la saturación alcanzada en el análisis de los datos (Strauss y Corbin. 2002).

Respecto al tamaño muestral, en la investigación cualitativa, no existe un consenso que permita establecer un referente en cuántas entrevistas, grupos focales o personas son suficientes para considerar la representatividad de los datos. El National Center for Research Methods nos señala que el tamaño muestral dependerá del diseño y fenómeno estudiado (Baker y Edwards, 2012).

Al respecto, Hernández et al. (2006) destacan que en los estudios fenomenológicos eligen los sujetos en tanto que experimentan el fenómeno estudiado, cumpliendo criterios previamente establecidos en la investigación. Dado que nuestro fenómeno de estudio son los factores terapéuticos relacionados con la aceptación y la mejora de la calidad de vida de las participantes

tras las intervenciones, era necesario que las participantes como mínimo hubiesen asistido a seis sesiones en alguno de los programas (MSC o TCC).

2.4.3. Características de las participantes

Esta investigación se desarrolla con personas derivadas para tratamiento al Programa de Dolor Crónico (HULP), desde las consultas de las Unidades de Dolor o de las consultas de Salud Mental de este hospital, entre febrero de 2017 y junio de 2018.

Este estudio se desarrolló con 33 participantes y nos referiremos a ellas en femenino dado que el 94% son mujeres. Todas las participantes de nuestros grupos hicieron parte del ECA precedente a esta investigación, donde se confirma que tratamos con una muestra clínica grave con niveles de malestar emocional moderados, principalmente en sintomatología depresiva. Los cuales fueron medidos en dicho estudio a través de instrumentos auto administrados, y también a través de una entrevista clínica realizada por especialistas en salud mental (Torrijos-Zarcelo et al., 2021).

Como criterios de inclusión para la participación en el estudio se establecieron:

- Ser mayor de edad y haber dado su consentimiento informado para participar en el estudio.
- Haber asistido al menos a un 80% de las sesiones de los programas en los últimos seis meses.
- Padecer de un dolor crónico persistente por más de seis meses.

La media de edad es de 48 años, las edades oscilan entre los 29 y 72. La media de años con dolor crónico es de 3.6, siendo la mínima 2 años y la máxima 4 años. El 36% de las participantes tenía un nivel de estudios universitarios, el 28% EGB/ESO, el 24% Bachiller/FP y un 12% tenían estudios de primaria. El 68% son pareja o se encontraban casadas, y un 20% eran viudas. Respecto a su ocupación laboral, el 44% se encontraba de baja temporal o permanente, 24% jubiladas, un 16% activas, un 4% desempleadas, y el 12% eran amas de casa. Estos datos han sido obtenidos de la base de datos del estudio precedente de Torrijos (2018).

2.4.4. Técnica de recolección de la información

Dentro de las técnicas más utilizadas en la investigación cualitativa encontramos las conversacionales o narrativas. En este caso, desarrollamos **8 grupos focales**, 4 de cada intervención conformado mínimo por 3 integrantes y máximo 7.

Según Escobar y Bonilla-Jimenez (2017) el número de integrantes puede variar entre 3 y 12 personas; aquellos grupos pequeños (3 a 6 personas) favorecen la expresión emocional y facilitan la exploración en profundidad de temas complejos (Creswell, 2015). Respecto a cuántos grupos focales conviene desarrollar para explorar un tema Guest et al. (2017) encuentran que más del 80% de las categorías o temas pueden ser extraídos con 2 o 3 grupos, y cerca del 90% entre 3 y 6 grupos.

Los grupos se realizaron entre septiembre de 2017 y julio de 2018, con una duración de una hora aproximadamente. La siguiente tabla señala algunas características generales de cada grupo.

Tabla 6. Características generales de los grupos focales

Grupo*	Tipo de intervención	Número de Participantes: (mujeres/hombres)	Grupo ejecutado en mes/año	Duración del grupo (minutos)
G1	TCC	3 (2/1)	Septiembre 2017	31
G2	MSC	3 (3/0)	Abril 2018	57
G3	TCC	7 (7/0)	Abril 2018	61
G4	MSC	4 (4/0)	Abril 2018	49
G5	TCC	3 (3/0)	Septiembre 2017	48
G6	TCC	5 (4/1)	Julio 2018	50
G7	MSC	3 (3/0)	Septiembre 2017	31
G8	MSC	5 (5/0)	Julio 2018	58

*la correlación numérica del grupo se relaciona con el orden en que fue analizado, en el apartado de análisis de los datos se especificará en detalle al respecto.

Berenguera et al. (2014) señala que el grupo focal en un tipo de entrevista grupal en el que se escucha a todos los integrantes del grupo, la interacción grupal sirve para estimular el discurso individual, su moderación suele ser mayormente directiva y se ciñe a un tema o una guía de preguntas abiertas que den lugar a la conversación y a explorar el tema.

El moderador del grupo además de conducir y motivar a la conversación, promueve y crea las condiciones grupales necesarias para generar un ambiente distendido y de confianza (respeto de la opinión, del turno, etc.). También, es quien se encarga de aclarar los objetivos del grupo, si esté será grabado, etc. La neutralidad del moderador será importante para incentivar la expresión libre, la escucha sin juicio, ni interpretaciones (Escobar y Bonilla-Jimenez, 2017). Nuestros grupos fueron conducidos por cinco moderadores diferentes, cada moderador contaba con una guía previa sobre cómo presentarse al grupo y cómo presentar el objetivo del estudio (ver anexo 2). Todos eran agentes ajenos a las participantes y a excepción de la investigadora, eran parte de la sección del servicio de Psiquiatría y Salud mental del Hospital Universitario La Paz.

Aunque pueda parecer evidente, conviene señalar que las participantes de los grupos focales se conocían dado que habían sido compañeras del mismo grupo de intervención. Esto facilitó la confianza y expresión de emociones difíciles y favoreció el ambiente del grupo.

Con el ánimo de recabar fehacientemente la información los grupos fueron grabados en **video**, con autorización y permiso de las participantes, conservando la confidencialidad de la imagen personal. La convocatoria se realizó telefónicamente mínimo con una semana de antelación a su desarrollo. De cada grupo se contactaron entre 10 y 15 personas contando con la posibilidad de ausencias y rechazos por incompatibilidades. Todos los grupos se llevaron a cabo en una sala diáfana, con sillas reclinables en el Edificio General del HULP.

2.4.5. El diseño de las preguntas

El instrumento diseñado es una guía de preguntas semi-estructuradas que permitiera la flexibilidad de ahondar o explorar sobre aspectos que el conductor de grupo considerará necesarios. Las preguntas guían determinadas áreas temáticas, es un instrumento que permite mantener el hilo y el objetivo de lo que se quiere explorar, además fue especialmente útil dado que se trataba de diferentes conductores de grupo.

Las preguntas indirectas generan la probabilidad de respuesta abierta, estas preguntas invitan a una respuesta más allá del sí o no. En el ámbito clínico son empleadas para explorar cómo la persona entiende su enfermedad, y explorar sus actitudes y temores al respecto (Buzzi, 2009). Para explorar los factores terapéuticos involucrados en la aceptación de la experiencia de dolor crónico y la mejora de la calidad de vida se diseñaron 5 preguntas que buscaban obtener información de forma indirecta. Las preguntas se caracterizaron por ser amplias y explorar la experiencia de dolor después de haber participado en los programas. Éstas fueron:

PRIMERA PREGUNTA. ¿Ha habido algún cambio en tu experiencia del dolor que creas que tiene que ver con haber participado en esta experiencia? En caso de que fuera así ¿cómo describirías esos cambios?

SEGUNDA PREGUNTA. ¿Qué contenidos que hubieran surgido del grupo te han sido más relevantes como ayuda para el manejo del dolor?

TERCERA PREGUNTA ¿Crees que el que esta experiencia haya sido en formato de grupo ha tenido importancia? ¿O crees quizás hubieras extraído lo mismo si hubiera sido en forma individual?

CUARTA PREGUNTA ¿Cuáles han sido tus aprendizajes más valiosos a lo largo de estas sesiones? ¿Qué retos se te han presentado a lo largo de las mismas?

QUINTA PREGUNTA Si volvieras a participar en una experiencia parecida, ¿qué aspectos te gustaría ver modificados? ¿Te gustaría añadir algún otro comentario?

Para el guion completo véase el anexo 2.

2.5. Análisis de la información

El proceso de análisis se ha llevado a cabo siguiendo los lineamientos del análisis temático, el cual involucra 6 fases: 1) familiarización con los datos, 2) generación de códigos iniciales, 3) búsqueda de temas, 4) Revisión de temas, 5) definición y denominación de temas, y 6) la producción del informe final (Braun y Clarke, 2006).

Se hace importante señalar que en la práctica estas fases no se desarrollan de manera lineal, siendo en realidad un proceso sobre todo flexible. Barrera et al. (2012) señalan que en general el análisis cualitativo se caracteriza por su flexibilidad, circularidad, dinamismo y complejidad. Es un proceso dinámico y creativo que se nutre de la experiencia directa del equipo investigador y el contexto de investigación.

Uno de los criterios de consistencia del análisis temático se relaciona con que diferentes investigadores puedan detectar los mismos códigos, categorías y temas (Berenguera et al., 2014). En nuestro estudio las fases iniciales del análisis se llevaron a cabo con un grupo de

expertas, cuatro personas con experiencia (entre los 3 y 15 años) en el ámbito de la salud mental y el dolor crónico. El trabajo se llevó a cabo en dos sesiones de análisis por semana, desarrollándose en total 13 sesiones para analizar los 8 grupos.

El rol de la investigadora en este proceso en las sesiones de análisis, consistió en trasladar los códigos consensuados y las anotaciones (memos) al Programa NVIVO12 tras cada sesión de análisis, el cual se utilizó para las fases posteriores de análisis. A continuación, describimos cada fase y el proceso llevado a cabo en cada una de ellas.

Fase 1- Familiarización con los datos: esta fase involucra la preparación del corpus textual, se refiere a la transcripción y preparación de la documentación para desarrollar el análisis. Y también propone el acercamiento a la información para familiarizarse con los mismos.

En nuestro estudio los videos fueron transcritos trasladando la textualidad de lo dicho y las dimensiones de interacción no verbales, siguiendo los lineamientos de Beiley (2008). Cada participante ha sido identificado con la letra G y P, y números correlativos que se refieren al grupo al que pertenece y a la ubicación en la que se encontraban sentadas respectivamente, empezando de derecha a izquierda (véase las indicaciones previas para la lectura de los grupos focales dadas a las expertas anexo 3).

Cada grupo focal se estructuró en un documento separado (anexo 4), y en formato de tabla en donde se numeraba cada párrafo para facilitar el proceso de lectura y ubicarse más fácilmente los saltos necesarios en el proceso de análisis (ir adelante o atrás en el texto). Esto también fue especialmente útil en el NVIVO, pues las unidades de significado codificadas se podían ver en el contexto sin alterar la densidad de la codificación de los temas.

Figura 5. Ejemplo de codificación y lectura de contexto

<Files\\Grupo 6 tcc> - § 1 referencia codificada [Cobertura 0,22%]

Referencia 1 - Cobertura 0,22%

7	G6P3: ...pues yo me uno a la opinión de los dos perfectamente. El dolor físico no se quita pero entra en tu mente una nueva figura que es, bueno es algo que pasa, es un poco, si vas a ver consuelo de tontos, que tampoco es que sea eso, pero es algo que tenemos muchos y el tratar de asimilar esa nueva cosa y que te relaje, sacar algo positivo y decir "bueno, pues esto es algo que tengo que aprender a sobrellevar" esos 50 gramos como le decía yo a P5, yo he mejorado.
---	---

Nota: la parte codificada es la frase que se encuentra en color negro, el recuadro señala el contexto en que fue dicha.

Antes de cada sesión de análisis se enviaban los documentos a revisar en la sesión, para que las expertas pudiesen familiarizarse con los grupos, leyéndolos antes de las sesiones. Cabe mencionar que las expertas no conocían si el grupo que analizaban era de TCC o MSC.

Fase 2-generación de códigos (nodos) iniciales: el proceso de codificación consiste en organizar la información en grupos de significado similares. En otras palabras, la tarea de codificación implica generar etiquetas en las unidades de significado (segmentos de texto),

agrupándolas en un código. En este proceso hemos seguido las pautas de Braun y Clarke (2006) quienes recomiendan:

- Codificar la mayor cantidad de patrones en la información;
- Incorporar en cada código la suficiente información como para no perder la perspectiva del contexto;
- Y un mismo extracto puede ser codificado más de una vez.

En esta investigación este proceso ha sido totalmente inductivo y abierto sin un sistema de categorías previo. En las sesiones de análisis alguna de las expertas o la misma investigadora iba leyendo el documento y deteniéndose en cada frase, donde las expertas expresaban los posibles códigos (identificados previamente o en la misma sesión). En algunos casos los códigos coincidían entre las expertas, pero en otros no, lo que implicaba debatir al respecto.

Una premisa a lo largo de las sesiones de análisis fue intentar codificar los niveles más básicos de las cosas y “no elevar” los códigos a categorías “altas”, sino que fuesen lo más posiblemente apegados a los datos. También otra premisa tuvo que ver con que cada experta estuviese atenta a las inferencias e interpretaciones propias o del resto, lo que permitía generar consciencia de las inferencias y poder explicitarlas.

Este proceso de codificación inicial dio como resultado 274 nodos.

Figura 6. *Captura del espacio de trabajo NVIVO12 – codificación inicial*

Códigos	Archivos	Referen	Creado el	Creado	Modificado el	Modificado
Nombre						
Reflejo	3	4	08/08/2019 1	MAB	16/08/2019 1	MAB
Dificultad cognitiva, memoria	3	9	08/08/2019 1	MAB	13/08/2019 1	MAB
Sentirse capaz	3	3	08/08/2019 1	MAB	16/08/2019 1	MAB
Mejora intervención-tamaño del grupo	3	3	08/08/2019 1	MAB	14/08/2019 1	MAB
Arropamiento	3	3	13/08/2019 1	MAB	13/08/2019 1	MAB
Problemas preguntas	4	6	31/07/2019 1	MAB	16/08/2019 1	MAB
Pensamiento de Rumiación	4	6	31/07/2019 1	MAB	05/08/2019 1	MAB
Emociones	4	12	31/07/2019 1	MAB	16/08/2019 1	MAB
Catastrofización	4	13	31/07/2019 1	MAB	14/08/2019 1	MAB
Evitación experiencial	4	6	31/07/2019 1	MAB	13/08/2019 1	MAB
Reto-asistencia	4	8	31/07/2019 1	MAB	16/08/2019 1	MAB
Reto-seguir con ejercicios, prácticas	4	6	31/07/2019 1	MAB	14/08/2019 1	MAB
Colorín-irse a ubeda	4	12	31/07/2019 1	MAB	14/08/2019 1	MAB
Momentos-Aquí y ahora	4	15	31/07/2019 1	MAB	14/08/2019 1	MAB
Soltar-permitir	4	9	01/08/2019 1	MAB	07/08/2019 1	MAB

Finalmente, conviene señalar que durante las sesiones las expertas señalaban cuando los segmentos de texto eran especialmente representativos, lo que facilitó la elección de las unidades de significado que se presentan en los resultados de esta investigación.

Fase 3-búsqueda de temas (categorías): los temas o categorías se refieren a la agrupación por similitud de los códigos que se relacionan entre sí. Este proceso se considera abierto cuando las categorías se construyen de forma emergente a la par que se realiza el análisis. Las categorías deben contener toda la información relevante que las conforma, y deben ser entre

sí mutuamente excluyentes. Siguiendo lo dicho por Berenguera et al. (2014) “de modo que cada unidad de información se incluya solo en una, aunque un mismo fragmento pueda referirse a diferentes ámbitos temáticos” pp 144.

A partir de esta fase el proceso se desligó del grupo inicial de expertas. Y el trabajo consistió en comparar constantemente unos códigos con otros identificando sus propiedades. Implicó fusionar, agrupar y eliminar códigos en función de su representatividad (si contenían una o dos unidades de significado o si todas las unidades de significado eran de la misma persona), así como renombrar algunos de los códigos.

Fase 4-revisión de temas (categorías superiores y subcategorías): en esta fase se revisan las categorías identificando sus niveles, es un proceso abstracción que va de categorías menos interpretativas (más ligadas a los datos brutos) a las más interpretativas.

Fase 5-definición y denominación de temas (categorías): se estudian las categorías entrando en cada una de ellas, analizando su estructura, definiéndolas y precisando nombres. En este proceso se crea el libro de definiciones utilizando la herramienta ofrecida por el Programa NVIVO (véase el anexo 5) y se identifican las relaciones/diferencias entre las categorías.

La fase 3, 4 y 5 se llevan a cabo simultáneamente obedeciendo a la naturaleza flexible y dinámica del análisis cualitativo. En este proceso de revisión y análisis se llevó a cabo una bitácora en la que se especificaba el trabajo realizado cada día, para que, en fases posteriores, fuese posible identificar los saltos y cambios en un código (figura 7), además se guardó una copia del fichero de trabajo por cada día de revisión. El trabajo consistió en entrar al contenido de los códigos, identificar los códigos relacionados a la misma unidad de significado, así como agruparlos tejiendo poco a poco las categorías. Este proceso fue desarrollado y supervisado por las directoras del presente estudio.

Figura 7. Ejemplo de bitácora de trabajo

A	B
1	Archivado Tarea desarrollada
20	creo el nodo indefensión disminución: pero está pendiente porque tal vez esta sea una categoría que englobe cosas como centrarse, quererse,
21	cambio nombre dolor nociceptivo empeoramiento a empeoramiento
22	creo nodo no temporalidad
23	creo nodo reto sobrellevar, controlar
24	23-oct terminé de pasar lo de la tutoría (lo que hice el 21 fue todo producto de eso)
25	trasladé los cambios en la codificación en el excel de catastrofización (como revisión2), en la pestaña de TODOS (marcando lo que queda pendiente) y en "para cruces" quitando lo que se encuentra en rojo
26	24-oct Revisión de ansiedad: para determinar sus relaciones y matices.Lo dividí entre mejoría y presencia
27	02-nov revisión de síntoma
28	se crea insomnio y mejora
29	se trae al grupo de síntoma el nodo de dif. Cognitiva
30	reviso los hijos de dif cognitiva y se eliminan
31	eliminación dif. Cognitiva
32	03-nov revisión nodo de empeoramiento
33	revisión de queja
34	revisión de sin mejoría a cambio
35	cambio el nombre de sin mejoría a cambio a con contraste con dolor
36	agrupo reconocimiento de mejoría co mejoría con contraste con dolor + consciencia de cambio
37	11-nov cambie nombre y puse estructuras a como les entregué los grupos en ppt a ellas
38	21-nov expectativa respecto al dolor lo pasé al grupo de dolor pq estaba suelta
39	hice cronograma de revisión
40	sigo revisando por donde quedé para después seguir el cronograma, el orden de revisión será: ya, 1, 2, 3...
41	se terminó de revisar el nodo sin mejoría a cambio que ha cambiado a contraste con dolor ubicado en el grupo de reconocimiento de mejoría. Lo que pasó con este nodo, fue que al empezar la revisión fui dándome cuenta que sí eran mejorías en su mayoría, pero ya llevaba un rato quitando cosas, entonces paré, recuperé lo que había quitado y le cambié el nombre y los que sí eran de no reconocer mejoría o cambio los puse en dolor sólido
42	eliminado VIVIR CON EL DOLOR (EXPERIENCIA) VIDA CENTRADA EN EL DOLOR
43	revisión de emociones componente corporal: esto es algo q seguro cambiará cuando entre a revisar emociones pero le he cambiado el nombre a remover y he mantenido componente corporal como un subgrupo
44	22-nov eliminar permitir emociones difíciles porque también está exactamente el mismo trozo en transformación de emociones
45	ELIMINAR sensación de fracaso
46	se elimina dolor en las relaciones desconexión
47	se elimina comparación con otros dentro de universalidad agregando solo una de las unidades de significado a el nodo de comparación con otros que también existía en el grupo (Estaba duplicado)
48	se elimina ablanda, tranquiliza y permite -> se deja en ejercicios interpersonales de msc
49	entro a soltar comparación con el pasado con la intención de eliminar pero no lo hago porque no sé si en comparación con el pasado, habrá más nodos que reflejen el soltarla, por tanto, lo dejo por ahora y se decide eliminar después
50	24-nov revisión de nodos: sobreidentificación con la enfermedad, resignificar el dolor
51	elimino ombligo del mundo

En este proceso de depuración quedaron 52 códigos agrupados en 6 temas, los cuales pueden presentar hasta cuatro niveles de “profundidad”.

Fase 6- redacción del informe final: esta fase implicó la elaboración de un marco explicativo que especifique las relaciones entre las categorías. Configura el todo a partir de sus partes y se relacionan con los objetivos de la investigación intentando dar respuesta a los mismos. El informe de nuestro estudio corresponde al capítulo de resultados y discusión de la presente investigación, donde se pondrán evidenciar estos aspectos.

En el proceso de establecer relaciones nos apoyamos en las extracciones de las matrices de codificación que genera el NVIVO12, distinguiendo la codificación en cada uno de los nodos por grupos TCC y MSC, para dilucidar si existían matices entre los mismos.

2.6. Criterios de calidad y rigor de la investigación

En la investigación cualitativa hablamos principalmente de cuatro criterios de calidad que se ajustan al marco teórico-metodológico de los diseños cualitativos. La credibilidad, transferibilidad, consistencia y confirmabilidad (Guba et al., 1994):

Credibilidad: se relaciona con la coherencia entre los objetivos y necesidades de la investigación con la pertinencia de la información buscada y encontrada, las herramientas y los métodos de recolección de la información.

Transferibilidad: es el grado en que los resultados y las conclusiones pueden ser transferidos a contextos similares.

Consistencia: también conocida como dependencia, este criterio se refiere a conseguir la consistencia de los resultados obtenidos en caso de repetirse la investigación. Aunque en la investigación cualitativa es imposible alcanzar con exactitud los mismos resultados, se trata de que las conclusiones y resultados reflejen la correspondencia con los hallazgos iniciales.

Confirmabilidad: se refiere al grado de influencia del investigador en los hallazgos, la forma como sus ideas previas y prejuicios afectan la producción de los resultados y las conclusiones.

Yardley (2017) señala que los procedimientos para mejorar y demostrar la calidad se agrupan en cuatro dimensiones principales: sensibilidad al contexto, compromiso y rigor, transparencia y coherencia, impacto e importancia.

La sensibilidad al contexto: se relaciona con demostrar sensibilidad al contexto y a las perspectivas de los participantes. El análisis cualitativo debe ser capaz de mostrar sensibilidad a los datos, considerando de forma cuidadosa los significados de las personas en su narrativa.

Compromiso y rigor: comprometerse con profundizar en el fenómeno de estudio, recopilar la información suficiente y realizar un análisis detallado y profundo que se adscribe al proceso metodológico referencial.

La transparencia y coherencia: el proceso de análisis y el cómo se llega a los resultados, debe ser dilucidado con claridad.

Impacto e importancia: se relaciona con el aporte de la investigación al contexto de estudio. La utilidad de los resultados.

A continuación, se señalan las principales estrategias para alcanzar el rigor y la calidad en las investigaciones cualitativas (Whittemore et al., 2001), contextualizándolo en el presente estudio.

1. La reflexión y el reconocimiento del efecto del investigador en su influencia en los hallazgos y el apoyo en otros investigadores y expertos (Guba et al. 1994; Thomas y Magilvy, 2011). Esta investigación ha sido un proceso de trabajo en equipo, en el que no solo ha participado la investigadora y las directoras, sino también profesionales de la salud que día a día atienden a personas con dolor crónico. Esto permitió consciencia los posibles sesgos. La investigadora ajena al contexto, realizó durante los primeros años de la tesis observación de los grupos y los programas, para acercarse más al fenómeno investigado y comprender la realidad de las personas con dolor crónico.
2. Favorecer la participación libre y honesta de los participantes (Houghton et al., 2013): los conductores de los grupos focales eran ajenos a las participantes, además de que cada grupo contaba con una confianza de base al haber pasado juntas por la intervención.
3. La triangulación tiene como objetivo aumentar la validez de los resultados, confrontando diferentes aspectos de la investigación, desde diferentes miradas. Éste puede ser desarrollado en diferentes momentos del estudio: metodologías y métodos, fuentes de información y análisis (Tracy, 2010). La principal triangulación de la investigación se ha llevado a cabo en el proceso de análisis y en el proceso metodológico, aunque esta investigación es de carácter cualitativo, se ha hecho evidente el estudio precedente de corte cuantitativo.
4. Detallar el entorno y el desarrollo de la investigación, para que se pueda decidir la transferibilidad a otros contextos (Baillie, 2009). Se espera que el nivel de detalle trasladado en este apartado metodológico, como en los anexos aportados sirva para ello.
5. La investigadora mantiene registro de las etapas de la investigación, registra sus decisiones y pensamiento (Maxwell et al., 2013). Además de las anotaciones recogidas por las expertas en el análisis que reflejan el sentido de los códigos, los debates, etc. se ha mantenido una bitácora de trabajo en el tratamiento de los resultados y las decisiones del análisis. Así como se han construido memos reflexivos en torno a los datos (véase figura 7 (bitácora), anexo 6 (ejemplos de memos y de anotaciones en nodos).
6. Se consulta a expertos para el desarrollo y elaboración de la revisión literaria y la metodología empleada (Strauss y Corbin, 2002). Se ha contado con el proceso de supervisión de las directoras de la presente investigación.

2.7. Consideraciones éticas

Esta investigación se ha ceñido a los principios éticos de la Asamblea Médica Mundial en la Declaración de Helsinki (última modificación aprobada en la 52ª Asamblea General, Edimburgo, Escocia; octubre 2000), respetando los principios de autonomía, beneficencia, no maleficencia y justicia.

Las participantes en el estudio han dado su consentimiento para su participación y grabación (anexo 7), además de reiterarlo verbalmente al inicio de cada sesión del grupo focal, respetándose la confidencialidad de los datos personales tanto en la recogida de la información como en el tratamiento y publicación de los resultados bajo el Reglamento General de Protección de Datos (UE) 2016/679 del Parlamento europeo y del Consejo de 27 de abril, relativo a la protección de las personas físicas en lo que respecta al tratamiento de datos personales y a la libre circulación de estos datos (vigente desde el día 25 de mayo de 2016, y de obligado cumplimiento a partir del 25 de mayo de 2018), conocido como Reglamento General de Protección de Datos (RGPD).

Los datos personales fueron y serán tratados con la finalidad indicada en el consentimiento informado y serán conservados durante los años necesarios para cumplir la normativa vigente aplicable. El proyecto de investigación fue aprobado por el Comité Ético de Investigación Clínica (CEIC) del Hospital Universitario La Paz (código HULP:4557). En el Anexo 8 se incluye el informe favorable del CEIC para la realización del proyecto. Conviene señalar que para nuestro estudio se realizó la ampliación del proyecto presentado para la investigación precedente de Torrijos-Zarcelo, et al. (2021).

2.8. Apuntes para la lectura de los resultados

A continuación, se especifican algunos apuntes importantes y necesarios para la lectura y comprensión del capítulo de resultados de esta investigación.

Los resultados se estructuran en el desarrollo de los temas principales encontrados en el estudio (6 temas). Como se ha mencionado, cada tema puede llegar a tener hasta cuatro niveles de profundización, los cuales podrá distinguirse por numeración, por ejemplo: 1. Aceptación (tema de nivel 1), 1.1. soltar la lucha (subtema nivel 2).

Al inicio de cada tema, se expone un esquema de su estructura y posteriormente, una tabla que da cuenta de la densidad de la codificación dentro de cada tema. Para la lectura de la tabla, conviene tener en cuenta lo siguiente:

- La codificación de un tema subordinado, no debe coincidir en todos los casos con el número de referencias de un tema superior. Esto es porque los temas de nivel superior, pueden tener referencias codificadas en tal nivel. Por ejemplo:

Figura 8. Ejemplo de tablas en resultados

	MSC	TCC
1. Tema nivel 1	22	9
1.1. Tema nivel 2	20	8

- Los números bajo las columnas MSC y TCC corresponden a la densidad de codificación por número de referencias (cuadro azul) y la presencia de grupos focales (columna de la derecha) que lo componen. Esto permite ver en cada caso de todas las referencias codificadas, cuál ha sido la representatividad por grupo.

CAPITULO 3. RESULTADOS

A partir de la narrativa de las participantes de nuestro estudio, ha sido posible identificar diferentes factores terapéuticos relacionados a la aceptación de la experiencia de dolor y la mejora de la calidad de vida. El análisis temático realizado ha agrupado los factores en seis temas principales: factores terapéuticos relacionados a la aceptación, factores terapéuticos relacionados a las mejoras de la calidad de vida, autocompasión, factores terapéuticos grupales, cualidades terapéuticas de las terapeutas y estrategias terapéuticas aprendidas.

1. FACTORES TERAPÉUTICOS RELACIONADOS A LA ACEPTACIÓN: soltar la lucha y dirigirse hacia cosas que pueden ser valiosas para la persona. Reconocimiento activo de que las cosas son como son, sin una reacción emocional.
2. FACTORES TERAPEUTICOS RELACIONADOS A LAS MEJORAS DE LA CALIDAD DE VIDA: factores que indican un estado de bienestar y salud en las participantes tras su participación en los grupos.
3. AUTOCOMPASIÓN: “ser tocado por el propio sufrimiento” generando el deseo de aliviarlo con amabilidad y cariño.
4. FACTORES TERAPÉUTICOS GRUPALES: factores terapéuticos y recursos derivados de la experiencia de grupal.
5. CUALIDADES TERAPÉUTICAS DE LAS TERAPEUTAS: aspectos que son resaltados por las participantes en relación con las terapeutas que llevaron los grupos.
6. ESTRATEGIAS TERAPÉUTICAS APRENDIDAS: factores terapéuticos y recursos derivados de la práctica.

Dentro de estos temas será posible distinguir hasta cuatro niveles de profundización. Estos niveles permitirán describir en mayor detalle los diferentes factores terapéuticos encontrados, así como describir la experiencia de las participantes al respecto.

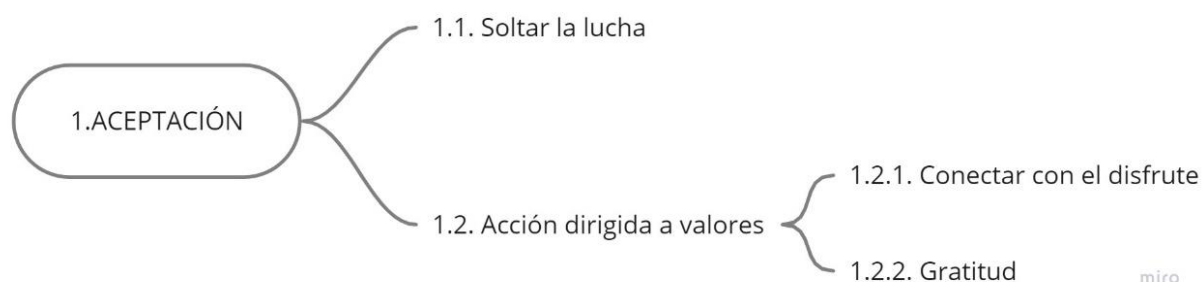
3.1. Factores terapéuticos relacionados a la aceptación

Para empezar, queremos resaltar que la aceptación es un resultado perseguido y alcanzado en las intervenciones estudiadas. Aunque en estos resultados especificamos la aceptación como un tema delimitado, conviene señalar que se encuentra en la base de todos los factores terapéuticos, constituyendo así su importancia.

La finalidad de precisar la aceptación como un tema específico (aunque se encuentre presente en otros) tiene que ver con poder delimitar los factores básicos y comunes sobre los que se constituye la aceptación de la experiencia de dolor.

A partir de las narrativas de las participantes la aceptación ha sido definida como soltar la lucha con la experiencia de dolor (con que no esté) y dirigirse hacia cosas que pueden ser valiosas para la persona, reconociendo activamente que las cosas son como son, sin reactividad emocional, su estructura puede verse en la figura a continuación:

Figura 9. Esquema de los factores terapéuticos de la aceptación



Aunque la experiencia vital común a todas las participantes es el dolor crónico, conviene señalar que la aceptación ha sido evidenciada con mayor amplitud, yendo más allá de la aceptación de la experiencia de dolor, aspecto que podrá ser evidenciado en la narrativa de las participantes a lo largo de estos resultados. Evidenciamos que la mayoría de ellas han encontrado vías para “aprender a vivir con el dolor”, reconectando con su vida y cotidianidad con mayor sentido, encontrando vías para adaptarse a la enfermedad.

La siguiente tabla permite evidenciar la cantidad de referencias codificadas que componen este tema y sus subtemas.

Tabla 7. Densidad de codificación de la aceptación, distinguida por grupos de intervención

		MSC	TCC	
1. Factores relacionados a la aceptación	43	4	19	4
1.1. Soltar la lucha	20	4	8	3
1.2. Acción basada en valores	21	4	9	4
1.2.1. Conectar con el disfrute y el bienestar	10	4	6	3
1.2.2. Gratitud	11	3	3	2

1.1. Soltar la lucha

Soltar la lucha implica dejar de resistirse a lo que es, permitir que las cosas sean como son, sin pelearse con el hecho de que no lo sean. Para el grupo de participantes esto supone un cambio de actitud respecto a la enfermedad, que implica permitirse tener dolor crónico, con lo que aproximarse a la aceptación de su condición. Esto también se evidencia como un proceso que da lugar a constatar que las experiencias varían y cambian según el momento, facilitando atravesar la experiencia de dolor con menor reactividad.

G2P2: (..) en general todo me ha ayudado a eso, aceptación, aceptar el hecho de “mira estás enferma” que es algo que antes no... y no sabes si vas a volver al estado anterior, si, no, regular, mejor, un poco mejor, es un poco aceptar la situación que estás viviendo ahora y vivirla lo mejor posible o lo más...con sus altibajos, con sus momentos que...lógicamente hay momentos en que se te es más fácil, hay momentos en que es más difícil, momentos en que te encierras, “ni me habléis hoy” ¿no? Porque tengo rabietas.

También ha sido posible evidenciar que la no aceptación de la enfermedad, posicionaba en una lucha infructuosa por eliminarlo y por seguir manteniendo aspectos que ya no es posible sostener a causa del impacto del dolor en la vida. De ahí que poder optar por dejar de luchar con ello, cambia la forma de aproximarse a lo difícil, en algunos casos con mayor calma y en otros como un cambio de perspectiva.

G3P2: yo, por ejemplo, la aceptación, yo no aceptaba y creo que eso también aumenta más el dolor, yo tenía unos dolores inhumanos, no, no sabría explicarlo, tuve fractura de sacro, se me inflamaba toda la zona abdominal y se me inflama (..) veo como un cambio muy brusco de un día para otro y yo creo que el hecho ya...a parte de lo que supone, encima no aceptas, no quería entender que ya no iba a hacer muchas cosas (..)

G5P2: (..) lo que sí ha cambiado en mi es de empezar a asimilar que esto probablemente ha venido para quedarse, entonces, algo que al principio en mi generaba ansiedad, la sigue generando, pero, no sé, como que ahora lo miro de otra manera, no lo veo todavía ¿eh?, todavía no lo veo, pero lo miro desde otro punto de vista (..)

Para algunas participantes aceptar también supone la aprender a vivir con el dolor, desde el reconocimiento de que la enfermedad es parte de la condición humana y su vulnerabilidad. Este reconocimiento ayuda a poder dejar de lado el miedo, permitir las emociones difíciles y sentirse con la capacidad de afrontarlo.

G7P2: yo de lo positivo es la aceptación, la aceptación de “soy un crónico”, que eso está ahí, como tú dices, pues ya está, el mundo es imperfecto, tu tampoco eres perfecto, ni siquiera ya no solo físicamente porque estas enfermo, sino que si tengo ira la tengo, si tengo pena la suelto y ya está, abandonar ese catastrofismo, abandonar ese miedo tan horrible y esa idea de decir “es que nunca voy a ser normal, si es que esto nunca va acabar” (..)

G8P3: eso, si, el dolor sigue ahí, lo único que yo he aprendido a vivir con ese dolor (..) yo me veo, que bueno, que voy avanzando mucho psicológicamente, porque me está enseñando a vivir con ese dolor y a la vez en momentos puntuales, cuando me surge pues como tener caminos para mediarlo un poquito (..)

1.2. Acción basada en valores

La acción basada en valores significa poder conectar con principios que se consideran importantes, los cuales forman parte de su sistema de creencias, determinan su forma de actuar, sus pensamientos, expresan sus intereses y sentimientos, así como la forma como desean vivir y compartir sus experiencias con quienes le rodean.

Dentro de la conexión con los valores identificamos dos subtemas: conectar con el disfrute y el bienestar y la gratitud.

1.2.1. Conectar con el disfrute

Conectar con el disfrute ha sido identificado como un valor en el que hay una búsqueda por vivir experiencias agradables que permiten disfrutar del momento. Poder conectar con

experiencias de disfrute abre paso a la alegría, a reír, al placer, a la livianidad, permitiendo desconectar del sufrimiento y del dolor momentáneamente, como lo dice una participante: “cuando estamos más alegres, parece que no te duele nada ¿no?” (G3P4).

Es tal vez por ello, que se identifica como una necesidad de poder conectar con experiencias diferentes como antídoto a esa sensación o emoción difícil, como algo que le sienta bien al cuerpo. De la narrativa de las participantes es posible identificar que uno de los recursos que facilita poder conectar con este tipo de experiencia, se relaciona con la sintonía con el presente, de esta manera hay mayor apertura a darse cuenta de las experiencias y buscar en ellas cierto bienestar.

G2P2: (..) si ahora lo único que puedes disfrutar con tus hijos es ver una película en la cama, pues disfruta, o sea, no es ese sufrimiento por “pues fíjate, en vez de estar de excursión con mis hijos” o sea, pues si es esto, disfruta de eso o de...y acepta la situación...acepta

G4P1: (..) me he dedicado a escribir cosas para niños, aprendes otras cosas, otros hobbies, disfruto mucho más del campo, tengo un perro, lo paseo, bueno, me saca él a mi evidentemente (el grupo se ríe), sino, sino no saldría (..)

G7P1: más alegría, volver a sonreír, yo en el huerto vuelvo a hablar con los “abueletes”, me encanta, era mi trabajo, salgo al medio día a ver los huertos y me encanta eso de las plantas, que yo no hacía eso en años.

G5P2: (..) yo en algún momento planteé una sesión de risa, lo típico que te olvidas de todo, y empiezas con una chorrada y al final terminas con una sensación de disfru...yo estoy cansada de estar triste, estoy cansada...

1.2.2. Gratitud

La gratitud como valor universal se relaciona con la capacidad para dar valor a lo cotidiano y poder apreciar las situaciones con las que se cuenta. En algunas participantes involucra “ver el lado bueno de las cosas” y en otras, apreciar las condiciones y oportunidades que le rodean. A partir de ello es posible conectar con un estado emocional agradable que genera bienestar.

G2P3: y cuando trabajamos lo del agradecimiento, a mí eso también me ha ayudado mucho porque estamos aquí, viviendo una España tan decadente, y yo muchas veces cuando me duele y tal, digo “si encima de estar así, me toca nacer en África, en un lugar donde no tengo medicamentos, donde si me quiero dar una ducha calentita para relajarme el musculo que me duele, no me lo puedo dar (..)

G5P2: (..) yo me lo propongo todos los días “intenta ver todas las cosas buenas” las veo, yo todos los días le doy gracias a Dios porque yo he tenido una enfermedad muy grave, o sea si no me la cogen, yo ahora mismo ya no estoy aquí, a pesar de todos mis dolores, a pesar de todo, tengo por qué dar gracias a Dios, poder aprovechar eso, poder disfrutar más de la vida (..)

G5P3: (..) hay que dar gracias de lo que uno tiene, de cuidados, de comodidades, de todo, para poder llevar mejor este paso (..)

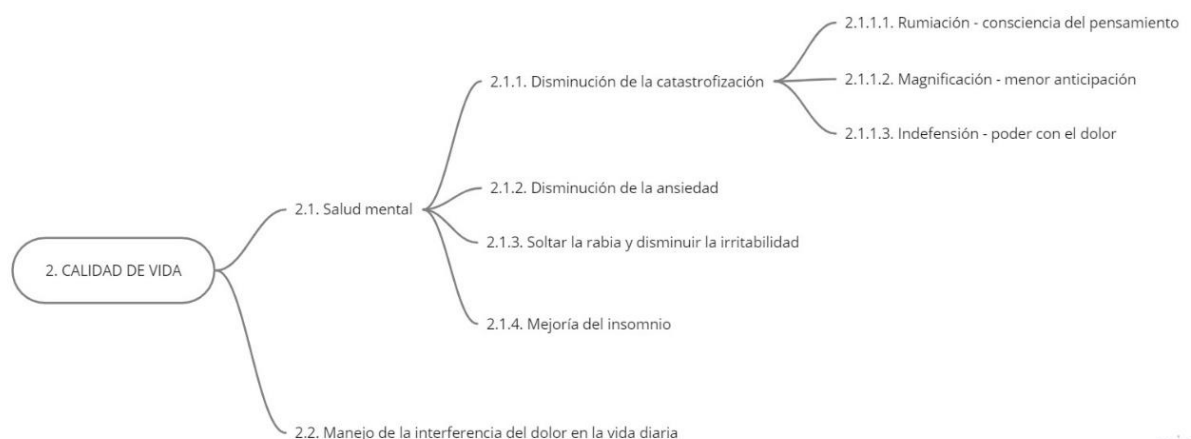
G7P1: (..) me ha cambiado, me ha cambiado la forma de ver la vida, que sí, que ya lo sé que no se va a ir el dolor...voy a ir a peor, son cosas degenerativas, que tengo una enfermedad que tal, pero bueno, también hay mucha gente, nos enseñaron a respirar, y no todo el mundo tiene la misma oportunidad que tuvimos nosotras, porque a mucha gente que se lo he comentado le hubiera gustado estar en ese grupo, a mi desde luego, todo bien (hace una venia, inclinando un poco el torso).

A manera de conclusión de los factores asociados a la aceptación de la experiencia de dolor, es posible señalar que soltar la lucha refiere una actitud necesaria para aceptar aquello que inevitablemente es. Con esto evidenciamos que es posible despertar recursos que permitan dar pasos hacia la aceptación del dolor. En este proceso, será de vital importancia que la persona pueda conectar con aspectos valiosos que amplíen la atención a lo que está presente y que le sienta bien, conectando con la gratitud hacia sí misma y hacia fuera. Poder conectar con aspectos valiosos da lugar a dirigir acciones basadas en ellos, aumenta la conducta prosocial y permite evidenciar mayor flexibilidad.

3.2. Factores terapéuticos relacionados a las mejoras de la calidad de vida

La calidad de vida se relaciona con la percepción de la persona respecto a diferentes condiciones de su vida, involucrando valores, metas, expectativas, estándares e intereses. Los factores identificados en este tema dan cuenta de un estado de bienestar y salud en las participantes tras los grupos, específicamente en dos grandes aspectos: la salud mental y el manejo de la interferencia del dolor en la vida diaria. La figura 10 expone la estructura de esta categoría:

Figura 10. Esquema de los factores terapéuticos relacionados a las mejoras de la calidad de vida



Este tema presenta cuatro niveles de profundización en el subtema de salud mental. La tabla 8 evidencia el número de referencias y grupos que conforman la codificación.

Tabla 8. Densidad de codificación de factores asociados a la calidad de vida, distinguida por grupos de intervención

		MSC	TCC	
2. Factores relacionados a la calidad de vida	61	4	46	4
2.1. Salud mental	41	4	30	4
2.1.1. Disminución de la catastrofización	22	3	9	3
2.1.1.1. Rumiación - consciencia del pensamiento	13	3	4	3
2.1.1.2. Magnificación - menor anticipación	8	3	0	0
2.1.1.3. Indefensión - poder con el dolor	2	1	5	2
2.1.2. Disminución de la ansiedad	7	4	6	3
2.1.3. Soltar la rabia y disminuir la irritabilidad	9	2	2	1
2.1.4. Mejoría del insomnio	1	1	2	2
2.2. Manejo de la interferencia del dolor en la vida	22	4	23	4

2.1. Salud mental

La salud mental se refiere a un estado de bienestar físico, mental (predominantemente emocional) y social, que trasciende la concepción sobre la ausencia de enfermedades o afecciones. En las narrativas del estudio se observan diferentes factores terapéuticos que han derivado en las participantes mayor salud mental, como: la disminución de la catastrofización, de la ansiedad, de la irritabilidad y la mejoría de insomnio.

2.1.1. Disminución de la catastrofización

La catastrofización se caracteriza por pensamientos de rumiación, magnificación y un sentimiento de sentirse indefensa. La narrativa de las participantes ha permitido identificar que la disminución de cada uno de los aspectos que constituyen este constructo se asocia a algún recurso.

2.1.1.1. Rumiación- consciencia del pensamiento

La narrativa de las participantes indica que la rumiación consiste en un tipo de pensamiento cíclico y persistente localizado en algo que genera malestar. Las participantes lo conceptualizan como una “rueda de hámster” o la “rueda de la mente”. Se observa que darse cuenta del propio pensamiento es una habilidad metacognitiva que ayuda a disminuir la rumiación y permite detener este tipo de pensamientos que las participantes reconocen como desgastantes, pudiendo con esto incluso recuperar energía.

G2P1: si, bueno pero ahí está el pensar conscientemente, ahí sí que era lo que yo le contaba a ella antes de entrar...lo de, esos pensamientos que te sabotean, ser consciente de ellos, y poder decirles “no, basta” y en este último tiempo que no estoy en el grupo, y que si he tenido una recaída y estoy con más dolor, incluso soy más consciente de esos pensamientos, pero no era consciente hasta que empezamos a hacer las prácticas en este grupo, pero para mí eso es muy importante porque es desgastante, ¡es desgastante! Es todo el tiempo, “fun, fun, fun” (lleva una las manos hacia adelante y hacia atrás a la altura de su cabeza) en lo que dices tú (refiriéndose a P2) “ay que yo podría, que yo quisiera, que yo...y si no estuviese así, y si...” o de repente

imágenes de...puede sonar egoísta, pero imágenes de tus amigos concretando cosas y tú, y tu aquí...el ser consciente, simplemente el ser consciente y poder decirles "basta" aporta energía, te aporta energía y yo creo que eso también fue valioso.

G3P4: (..) tengo esto aquí (sostiene un papel) y muchas veces cuando se me olvida, pues le echo una ojeada, y lo subrayo, y digo "hoy me he ido al catastrofismo este" y nada, nada, tengo que volver otra vez a mi sitio porque para mí el reto es seguir activa (..)

G4P1: a mí me ha gustado mucho las técnicas de visualización, las cosas que, sí que te hacen quitar la mente del dolor, si estas friendo patatas pues ver cómo burbujea, todo esto que dices bueno, para no estar con "me duele, me duele", fíjate lo que están haciendo tus hijos, pero ¿cómo lo hacen? (se ríe) yo qué sé, el desviar la... controlar tu mente, tus pensamientos en el momento en el que...

2.1.1.2. Magnificación – menor anticipación

La magnificación es un tipo de pensamiento que se preocupa por lo que va a ocurrir, anticipando las peores consecuencias, lo que representa en muchos casos angustia, intranquilidad y ansiedad.

En el estudio se observa una disminución de la magnificación gracias a anclar la experiencia en el presente, o siendo consciente de la inquietud emocional que genera esta anticipación para poder parar el pensamiento. Como consecuencia se genera mayor consciencia de la experiencia y un punto de referencia que permite contrastarla con el pensamiento al que se podría llegar.

G2P2: me ha ayudado también un poco a centrarme un poco en el momento que estoy viviendo ahora, dejar de pensar quizá un poco en lo que hacía cuando no estaba enferma, o lo que podría hacer si algún día Dios lo quiera, dejo de esta enferma, porque tiendes a pensar lo que hacía, hay que ver lo que ya no puedo hacer, entonces eso me ha ayudado un poco a separarlo, a decir "esto pasó, aquello llegará o no, no lo sabes, pues intenta con lo que hay..." pues intentar vivir, intentar sacar lo máximo posible cuando puedas.

G4P1: si, si, de no irme al futuro siempre de "me agobio, me agobio" me entra muchísima ansiedad, yo he controlado muchísimo la ansiedad con este grupo, mucho, mucho...

G7P3: (..) pensar en el aquí y ahora, y no pensar en el futuro, en qué será, o en las cosas que han pasado que me creaban muchísima angustia (..) entonces sí, ha habido momentos en los que he estado francamente mejor...y hay veces que tengo dolor, convivo con él y no, procuro no centrarme en él, me dedico a mi rutina diaria y bueno, a veces lo paso muy mal pero bueno, procuro no pensar en ello y voy mejorando poco a poco.

2.1.1.3. Indefensión, poder con el dolor

Encontramos que sentirse capaz de "poder con el dolor", es un recurso que permite disminuir el sentimiento de sentirse indefensa ante el dolor. La narrativa de algunas participantes señala

que tras las intervenciones han podido sentirse capaces de seguir adelante y dispuestas a afrontar de la mejor manera que puedan el dolor. Asimismo, identificamos que disminuir la indefensión también puede implicar tomar distancia del dolor, dejar de identificarse con él.

G3P2: (..) 10% no tener dolor a por ejemplo ahora, un 70 u 80% controlar el dolor, con la mente, no sólo con la medicación, o sea, he aprendido a vivir, a aceptar a no sé, mi cabeza se ha ido fortaleciendo (..)

G4P1: yo tengo rachas, tengo rachas malas, yo veo que también baja el dolor, o sea es controlar más el dolor (..)

G6P4: o sea, el dolor sigue ahí, el dolor está ahí, pero ya lo ves un poco a distancia, un poquito, es lo que yo he sacado del grupo, intentar el dolor verlo como un poco, controlarlo mentalmente, no es que lo controles porque el dolor está ahí, ahí, pero lo asimilas un poco más, él lo ha explicado muy bien.

2.1.2. Disminuir la ansiedad

La regulación de la ansiedad es otro de los factores que permite sustentar la mejoría en la salud mental de las participantes. De manera similar a lo que ocurre con la catastrofización, observamos que darse cuenta de que se sienten ansiosas o de aquello que les causa ansiedad, es el primer paso para poder calmarla, pues les permite ser proactivas y hacer algo con ello, como poner en marcha recursos aprendidos en las intervenciones (meditar, respirar, relajarse...).

G2P3: (..) pero es que eso le viene bien a todo el mundo, ser consciente de tu realidad, y no tener unas aspiraciones sobre elevadas que te van a crear angustia y te van a crear ansiedad, vivimos llenos de ansiedad yo creo que muchas veces sin necesidad, las personas que tienen dolor, por el dolor; y las personas cuando no tienen dolor pues también porque nos la generamos, este es un mundo en el que tendría que haber más meditación, la tendrían que dar hasta en los colegios.

G3P4: (..) por ejemplo, estaba sola ayer en mi casa cogí lo que te digo, un cojín y me volví a acostar un poquito, hice unas cuantas respiraciones porque tenía ansiedad encima, hice las respiraciones y cuando eso, cogí y me envolví, cuando eso, me volví otra vez a echar y luego me volví a levantar (..)

G7P3: y no pensar en el futuro, en qué será, o en las cosas que han pasado que me creaban muchísima angustia y muchísima ansiedad, y yo creo que esa misma ansiedad es la que muchas veces me tensa y me provoca dolor (..)

2.1.3. Soltar la rabia y disminuir la irritabilidad

De manera similar a la disminución de la ansiedad se observa que el reconocimiento de lo que se siente como un “momento” que pasará, facilita darse cuenta de que la experiencia tiene matices diferentes, brinda la posibilidad de ampliar el campo atencional hacia otros aspectos que ocurren y permite derivar la atención a otro lugar distinto del malestar. De esta forma la

persona se aproxima a una experiencia en la que se siente capaz y con cierto poder para manejar o sobrellevar.

G4P4: el estado de ánimo, el humor, no descarto y no quito que tenga días todavía en los que sigo siendo...no voy a decir, agresiva, pero sí muy sensible (..) pero sí que estoy más tranquila, mas... ¿cómo explicarlo? antes estaba muy irritable, o sea todo me parecía mal, todo me sentaba mal, aún lo bueno, no había momento en que yo encontrase un poco de paz o sonrisas, incluso cuando estaba con mi familia, estaba siempre muy nerviosa, muy triste, hoy no puedo decir lo mismo.

G4P3: sí, cambió totalmente, en lo que dice ella. Yo antes estaba rabiosa, o sea cuando ella dice que no sabía cómo expresar, yo estaba pensando, “yo cuando eso digo: rabiosa” es esa sensación de...de...pues eso, como un perro cuando empieza a dar vueltas, que no sabe qué hacer, que nada te viene bien, cualquier cosa con la que te quieras entretener en la tele no te viene bien, dibujar no te viene bien, era como rabia.

G5P2: (..) antes era, verdadera rabia y ganas de llorar, ahora hay veces que bueno, me siento mal, me cambio de postura, intento relajarme, intento hacer los ejercicios, unas veces lo consigo y otras no, y a veces ante este debate a lo mejor me quedo dormida, cosa que antes solamente era en el sentido “qué me está pasando, qué me está pasando, que nadie es capaz de saber qué es lo que me está pasando” que nadie es capaz de saber qué es lo que me está pasando”, en ese aspecto también me ha ayudado (..)

G7P1: (..) mi cambio ha sido importante, muy importante, ellas sacaron mucha rabia que tenía dentro (..) es el miedo al dolor y que no hay comprensión, que nadie me entendía, que yo era medio boba, más o menos, que no iba a poder a aceptarme la sociedad, porque como había estado tanto tiempo encerrada en una casa, que no iba a poder volver a hablar como lo hacía antiguamente, que yo era así muy ratón, de pronto quedarme así, y sí que conseguí, consiguieron que sacara toda esa rabia, ya no tengo ese “reguño” que te hace daño en el alma, lo conseguí sacar.

2.1.4. Mejoría del insomnio

Aunque se presenta como un tema con poca densidad de referenciación, la mejoría del insomnio es una mejora tras las intervenciones. Al respecto encontramos que la práctica hace posible conciliar con mayor facilidad el sueño, algunas participantes aprovechan el tiempo de antes de dormir para practicar y como efecto logran conciliar mejor el sueño. Un aspecto que llama la atención respecto a esto, es que se evidencia una actitud proactiva que ayuda a sobrellevar de forma diferente el malestar que puede generar el insomnio.

G2P3: (..) y es por la noche cuando yo poniéndome los cascos, y es mi momento del día en el que estoy serena, y encima me sirve para poder relajarme, para poder dormir mejor, que también es otro problema que tengo que no puedo dormir (..)

G3P6: (..) yo por lo menos con los ejercicios y eso, he conseguido dormir mejor (..)

G5P2: eso, por un lado, luego por la noche yo, a mí me atacan muchísimos los dolores por las noches, yo no duermo, y en ese aspecto la terapia me ha venido bien, no todos los días consigo relajarme y volver a dormirme, pero bueno, por lo menos lo acometo de otra manera (..)

2.2. Manejo de la interferencia del dolor en la vida diaria

Aunque el dolor impacta sobre todos los escenarios de la vida de las participantes, se observa que los aprendizajes en la intervención, hacen posible manejar este impacto de una forma más adaptativa.

El dolor puede condicionar los planes y las tareas cotidianas, generando evitación experiencial y disminuyendo la funcionalidad, pero su impacto puede ser menor cuando un recurso aprendido es la no identificación. Poder desidentificarse implica verlo como una parte y no como el todo de la vida de la persona. Cuando la vida deja de estar centrada en el dolor, la persona se siente más capaz para sobrellevarlo y entonces, la funcionalidad aumenta.

G4P3: si y el no centrar tu vida en el dolor, yo había mucho en lo que centraba mi vida en el dolor, es decir, “depende de cómo me levante hoy, como estoy hoy, hago hoy esto o no” y ahora intento, no es fácil como dice ella (refiriéndose a P4), ahora intento cambiarlo decir: “hoy voy a ir a comprar unas botas”, no me gusta comprar pero bueno...tenga o no tenga dolor, porque es verdad que aunque tenga dolor, por estar sentada en mi casa no voy a dejar de tener dolor, porque no es un dolor que en mi caso, hombre claro que si ando muchísimo me duele más, pero por andar un poco o salir a la calle no me va a doler más, entonces que no me obstaculice, que no conduzca mi vida el dolor, sino que yo lo controlo (con las manos extendidas, señala con sus pulgares su pecho, moviendo las manos hacía ella).

G4P1: yo tengo rachas, tengo rachas malas, yo veo que también baja el dolor, o sea es controlar más el dolor. Antes, el dolor era estar en la cama, y ahora por lo menos me levanto, ando, tengo momentos, pero yo creo que me ha bajado el dolor realmente, pero tengo momentos muy malos, pero también consigo un poco relajarme, concentrarme y...no sé...

Este proceso de desidentificación permite a la persona reconectar con aspectos que son importantes para sí. La conexión con los valores motiva e impulsa a involucrarse en diferentes actividades que despierten emociones agradables como lo señala P1 o P4 a continuación:

G7P1: yo mi cambio a raíz del tratamiento por BC y DC, mi cambio ha sido importante, muy importante, ellas sacaron mucha rabia que tenía dentro, el dolor lo sigo teniendo, sigo viviendo con el maldito dolor, pero me metí en una asociación de huertos para minusválidos y sí que a raíz de las charlas y de meterme en este tipo de huertos me ha ayudado mucho, me ha ayudado mucho, he vuelto a reír de hecho.

G3P4: bueno, los retos...por ejemplo, como ayer que pase un día muy mala, yo tengo un problema de mareo, ya no es que me den mareos por las cervicales, sino encima por los oídos también (..) ahora he vuelto a trabajar y estoy contenta, y estoy esperando para que me llamen para por la tarde (..)

No obstante, también se observa que el manejo de la interferencia del dolor no siempre implica mayor funcionalidad o mayor nivel de actividad social o física, sino menor lucha y mayor aceptación de las limitaciones, pudiendo sobrellevar la poca funcionalidad con menor frustración y rabia, e incluso disfrutando lo que es posible desde la experiencia.

G2P2: eso me ha ayudado mucho porque eso, cuando eres jovencita dices “voy a cambiar el mundo, me comeré el mundo” y me comió mi cama, entonces esa frase, yo he de reconocer que a mí me ha ayudado un poco a hacer pequeñas cosas con mucho amor.

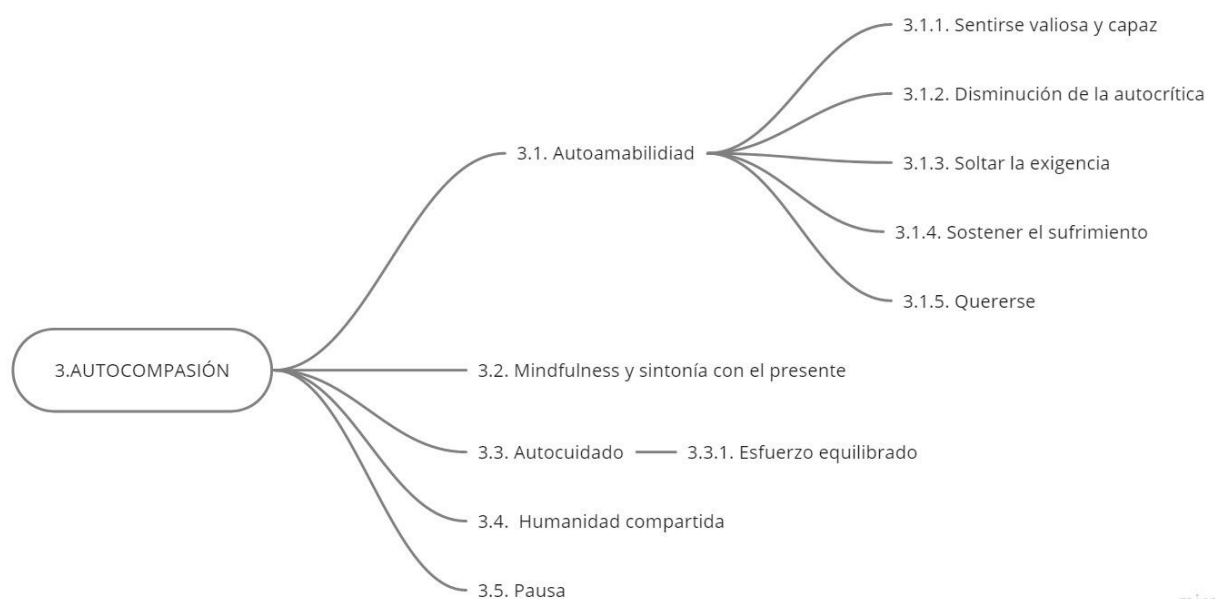
G3P5: a mí lo que más me ayudo, fue escuchar la experiencia de los demás, me ayuda, no en el mismo dolor, sino en no pensar cuando tengo que dormir, por ejemplo, que es lo que más hago en mi vida básicamente (sonríe).

G4P1: si, cuando yo me meto a la cama, me meto consciente de que bueno, me ha tocado esto, soy una persona que viene enferma en esto, pero en otras cosas no, y ya no me echo la: “qué mala soy, que no hago nada por mí, que no me arreglo, que no...” no empiezo con ese tipo de rollos, antes me autoflagelaba mucho.

3.3. La autocompasión

La autocompasión se refiere a “ser tocado por el propio sufrimiento” generando el deseo de aliviarlo con amabilidad y cariño. Ante una situación de sufrimiento, la respuesta autocompasiva implica una pausa para ofrecerse calma y comodidad, más que controlar o querer solucionar el problema. En las participantes la autocompasión ha sido un recurso favorecido por las intervenciones que involucra cinco aspectos: la autoamabilidad, mindfulness y sintonía con el presente, el autocuidado, la humanidad compartida y la pausa. La figura 11 presenta la estructura de esta categoría:

Figura 11. Esquema del factor terapéutico de autocompasión



miro

Aunque el MSC trabaja de manera específica con este factor, se ha podido evidenciar su presencia en ambos grupos de intervención, la tabla 9 muestra la densidad de la codificación en cada uno de los subtemas, permitiendo notar que existen algunos componentes que son más predominantes que otros según la intervención.

Tabla 9. Densidad de codificación de la autocompasión, distinguida por grupos de intervención

	MSC		TCC	
3. Autocompasión	83	4	30	4
3.1 Autoamabilidad	39	4	18	4
3.1.1. Sentirse valiosa y capaz	11	4	7	3
3.1.2. Disminución de la autocrítica	6	3	3	2
3.1.3. Soltar la exigencia	4	2	5	2
3.1.4. Sostener el sufrimiento	17	4	3	2
3.1.5. Quererse	6	2	1	1
3.2. Mindfulness y sintonía con el presente	15	4	0	0
3.3. Autocuidado	5	4	12	2
3.3.1. Esfuerzo equilibrado	1	1	11	2
3.4. Humanidad compartida	14	4	1	1
3.5. Pausa	18	4	2	1

3.1. Autoamabilidad

Tratarse a sí misma con amabilidad, gentileza, comprensión y suavidad cuando se está ante un momento de sufrimiento, implica alcanzar la calma y consolarse activamente en momentos de angustia contraponiéndose a la autocrítica, la culpa y el enfado (Neff, 2016).

La autoamabilidad ha sido el componente con mayor peso en la autocompasión, se han codificado referencias de los ocho grupos y se ha centrado en cinco temas que serán descritos a continuación: sentirse valiosa y capaz, disminución de la autocrítica, soltar la exigencia, , sostener el sufrimiento y quererse.

3.1.1. Sentirse valiosa y capaz

Se ha podido evidenciar que tras la experiencia por los programas algunas de las participantes han podido conectar con su propio valor y capacidad desde su vulnerabilidad. Este aspecto trasciende la funcionalidad o “modo de hacer” y le permite dar un valor a las experiencias que se sitúan en el “modo de ser”, dando lugar a conectar con sentimientos de amor, cariño y empoderamiento.

También las intervenciones se convierten en un escenario que les aproxima a experiencias de logro, no por “alcanzar” algo, sino por haber podido atravesar experiencias que no creían posibles o que representaban cierta dificultad a causa del dolor.

G2P2: (..) sentirte valiosa cuando pasas el noventa por ciento del día en cama, es difícil, pero...es un reto...pero hay algo que...que a mí me ayudó mucho, que es una frase que dejó Santa Teresa, que es “puede que no puedas hacer grandes cosas, pero puedes

hacer pequeñas cosas con un gran amor”, entonces eso a mí me ayuda mucho para decir “bueno, no podré a lo mejor hacer tal” pero no sé, el rato que este con mis hijos con mucho cariño, con mucho...y eso a mí me ha ayudado un poco a intentar {sentirme valiosa}.

G2P1: (..) me sentía valiosa, cosa que a mí me cuesta horrores sentirme así, y esa sensación de estar todos como uno, pidiendo no solamente por nosotros, sino por todo, y luego te ibas con el espíritu como...crecida (..) para mí, el reto fue y sigue siendo el sentirme valiosa, cuando hicimos el ejercicio de los valores, me ayudó en dos cosas: una aprender a aceptarme tal cual soy ahora, y la otra es sentirme valiosa yo (..).

G3P2: (..) pues “tengo que sacar todo lo que pueda, todas las herramientas que pueda para poder volver” porque siempre he tenido en mi cabeza que a mí me quedaba mucho por hacer aquí todavía en esta casa (..) (se refiere a sacar de la intervención herramientas para volver a su trabajo).

G4P3: (..) entonces que no me obstaculice, que no conduzca mi vida el dolor, sino que yo lo controlo (con las manos extendidas, señala con sus pulgares su pecho, moviendo las manos hacía ella).

G8P1: a quererme un poco más, a decir, mira te ha tocado esto, pero vas a luchar con esto, te tienes que querer, estas aquí porque tienes que dar algo, por ejemplo, a mis hijos, mis nietos, si tú te quieres y estas bien (..).

3.1.2. Disminución de la autocrítica

Una consecuencia de tratarse con amabilidad es la disminución de la voz autocrítica. La narrativa de las participantes indica que la voz autocrítica se caracteriza por ser repetitiva y con tono de reproche. Encontramos que poder notar esta voz (darse cuenta de ella), permite hacer algo al respecto y suavizar.

Poder bajar la voz autocrítica se evidencia como un beneficio importante en el que el paso por las intervenciones ha tenido gran incidencia. Implica también un aprendizaje que involucra darse cuenta de que se es más que el dolor y la enfermedad, y no engancharse a pensamientos sobre sí misma que incrementan el malestar.

G2P1: (..) a salir de esa ruedita de hámster (hace círculos con la mano) donde estaba metida y de los pensamientos que podía yo tirarme a mí críticamente.

G4P1: si tu estas mal, no tener contra ti algo, (-) eso me ha ayudado mucho (..) si, cuando yo me meto a la cama, me meto consciente de que bueno, me ha tocado esto, soy una persona que viene enferma en esto, pero en otras cosas no, y ya no me echo la: “qué mala soy, que no hago nada por mí, que no me arreglo, que no” no empiezo con ese tipo de rollos, antes me auto flagelaba mucho.

G6P4: a mí me ha pasado como a él, yo de los contenidos pues, recuerdo un poco lo que vimos como no tratarse tan mal, y eso que yo suelo ser una persona que a mí misma siempre me estoy haciendo poco, no sé cómo decirlo, entonces intentar ver un

poco lo bueno de ti para no ver solo la fase del dolor, pero vamos, que el dolor sigue ahí.

3.1.3. Soltar la exigencia

La narrativa de las participantes indica que soltar la exigencia implica permitir la experiencia sin condiciones, reconociendo las capacidades y los límites hasta donde es posible llegar. Involucra dejar de insistir en mantener aspectos que ya no son como antes y se han visto transformados a causa de la enfermedad. Esto supone un reajuste importante dado que, en algunos casos, son aspectos que han dado sentido a la experiencia y han sido significativos para la persona.

G5P3: (..)También me he dado cuenta de eso que decíamos, de cuidarnos y tal, porque he estado una semana de vacaciones y he estado mejor, con lo cual algo tiene que ver lo físico, las obligaciones que uno mismo se pone, pues eso lo han dicho también en el grupo, que te lo piden tanto, te lo pides tú, que no quieres bajar el listón ese de tu imagen, de tu no sé qué, claro tú, pues que viene tu familia, pues quedar lo mejor posible, tus hijas y tal, pues no nos lo imponen, nos lo imponemos nosotros muchas veces (..)

G5P2: (..) pues quiero no ser tan autoexigente, ni tan crítica conmigo misma para darme un poquito de respiro, pero bueno, a veces lo consigo y otras veces no lo consigo tanto pero bueno, por lo menos, no añadir yo sufrimiento a mi sufrimiento.

De manera similar a la autocrítica, darse cuenta de la exigencia da lugar a poder hacer algo con ella, flexibilizando la forma de verse a sí misma y sentirse libre.

G3P2: (..) yo tenía una imagen como de persona activa, muy trabajadora, tenía un podio tan alto y yo me exigía tanto ¿os acordáis de la perfeccionista? (pregunta al grupo) bueno, pues ya no soy tan perfeccionista, ya me he ido un poco yo misma a raíz de esto, he tenido que aprender.

G8P1: (..) te ayuda a estar más centrada en ti que en el dolor, empiezas a ver el dolor de otra manera, tu para ti misma, que dices “yo siento un alivio, si no tengo dueño”, siempre he tenido un dueño, he tenido que dar, que responder a alguien, entonces ahora es mi vida, y tengo el dolor y es aceptar lo que me ha tocado. Hay algunas ocasiones en que te cuesta, hay momentos de pelea...

3.1.4. Sostener el sufrimiento

Sostener el sufrimiento se relaciona con la sensibilidad y el reconocimiento del sufrimiento propio y el del otro, teniendo la disposición de permitirlo y atravesarlo. En las participantes es posible evidenciar que implica: darse cuenta, la pausa y tomar cierta distancia, no dejarse llevar por un momento difícil y tener la apertura de notar otros aspectos que también se encuentran presentes en la experiencia, anclarse al presente.

G7P2: (..) por ejemplo lo que si me ha servido mucho es que, en un momento de mucho sufrimiento, reconocerlo, reconocer lo que me estaba pasando, o sea conseguir lo que ellas querían que era ponerte en la atención de ese momento, prestar atención a ese

momento, reconocer “estoy en un momento muy malo”, e intentar todo lo que había alrededor, mirarlo de otra manera, no obviarlo, pero no catastro...bueno esa palabra, {catastrofizar}

Poder sostener el sufrimiento es no querer evitar o huir de la experiencia difícil, e involucra una actitud de espera o paciencia al malestar y el sufrimiento que genera el dolor. Atender a la propia necesidad a partir de poder parar a preguntarse sobre lo que se necesita o darse cuenta de ello, abre a generar una respuesta autocompasiva.

G2P3: (..) el comprenderme, el ser compasiva creo que viene a ser la palabra, el ser compasiva y no exigirme que tenga que ser ahora mismo, tener paciencia, en otro momento, más despacito, no todo tan rápido como lo quiero ya, “quiero que esta pastilla me haga efecto, en vez de una hora, pues en media hora” (..)

G2P2: te cambia la vida, el otro día iba en el autobús y me quería marear, porque estaba así “no puedo, no puedo, no puedo” y digo “venga, vamos a ver si podemos”, a ver si paro ese...es como ese {“cliiing -imita el sonido de las campanas que se utilizaban en la intervención-, a ver si puedo, vamos a ver si puedo”}

G4P4 (..) haber aprendido a saber comportarme, a saber estar, poder pensar aun estando mal, cómo nos ayudaban, qué teníamos que hacer, en recapacitar, cuando hacíamos mindfulness, ser consciente de todo lo que te está sucediendo y no machacarte.

G5P2: (..) intentar entre comillas pasar un poco de puntillas por este tiempo que me estoy dando de margen, a ver si soy capaz de ir cogiendo fuerza, yo no pierdo la esperanza de que, igual que haya gente que tarda más en recuperarse de los tratamientos estos tan agresivos, bueno, a lo mejor mi cuerpo tarda más, mi cabeza tarda más, y bueno llegará un momento en que me voy adaptando un poco mejor (..)

3.1.5. Quererse

Poder tratarse con amabilidad y cariño, ha sido reconocido como un aprendizaje derivado de la experiencia en los programas, donde se identifica la importancia de cambiar la forma de verse a sí misma.

Las narrativas informan que las participantes se dan cuenta de que existe cierta dificultad en cultivar una mirada de cariño hacia sí mismas, que puede encontrarse fundada en el contacto cercano con el dolor y la irritabilidad. Y aunque parece más fácil mirar a otros con cariño y amor que a sí mismas, reconocen que solo es posible cultivar esa mirada hacia otros teniéndola hacia sí mismas.

G4P4: (..) ha sido justo antes de entrar, no es que no te quieras, que eso también, has llegado más a entender, a quererte, a mirarte mejor, vamos a dejarlo ahí, a preocuparte un poco más de ti, pero es verdad que es más fácil el que yo te quiera ayudar a ti, que el que yo me quiera ayudar a mí.

G6P5: bueno, yo lo que dijiste antes (refiriéndose a P3), sacar la conclusión de no tener un pensamiento negativo siempre, quererme un poco más e intentar sobrellevarlo, yo sí que me quede un poco con esa parte.

G8P1: a quererme un poco más, a decir, mira te ha tocado esto pero vas a luchar con esto, te tienes que querer, estas aquí porque tienes que dar algo, por ejemplo, a mis hijos, mis nietos, si tú te quieres y estas bien...he aprendido a quererme, y luego a relajarme un poco más, ves que no tienes que ir con tanta prisa, entonces valoras, vas pensando, es como una película, te pasa todo por la cabeza y ves todo eso, y lo ves de manera distinta, a mí me ayudó mucho eso, el grupo, a quererme, y a pensar, y a irme relajando.

3.2. Mindfulness y sintonía con el presente

Conectar con el presente implica llevar consciencia de lo que sucede, dándose cuenta de lo que hay en el momento. Es un aprendizaje principalmente encontrado en los grupos de MSC, y consistente con lo esperado de la práctica de mindfulness.

Conectar con el momento presente permite una relación diferente con la experiencia en la que se encuentra la persona disminuyendo la anticipación del futuro, ajustando expectativas, pudiendo aliviar el sufrimiento que hay aquí y ahora.

G2P2: aprendizaje valioso...perdona que me reitere pero el aquí y el ahora, vivir el aquí y el ahora, hombre, yo sé que a lo mejor tienes que tener un poco de visión, pero siempre vivimos pensando, esperando algo, espero (..) yo voy a lo mismo, es verdad, que todos seguimos un camino, que todos creemos que vamos a disfrutar cuando lleguemos a la meta y se te olvida disfrutar del camino, o sea en el camino en sí, porque llegar a la meta, llegas y “pum”...siempre vienes como esperando a que llegue algo más y algo más para poder disfrutar, para poder tranquilizar y “cuando pase esta época de tal, y cuando lleguen las vacaciones...entonces...” no, mira, lo mismo cuando llegue...disfruta de esto, es verdad que siempre vivimos pensando que vamos a ser más felices cuando llegue algo que no sabemos si va a llegar o no, a ver si paras de soñar para que llegue aquello que es una incertidumbre que nos creamos, o una necesidad que nos creamos, o un tal y vivimos pues eso, corriendo...

G4P1: {si no se te va al futuro la} (señala su cabeza y hace un gesto con la mano de la cabeza hacía fuera, hacía delante) y es una desesperanza porque no tiene remedio, no tiene (-) ...y no sé qué, pues pensar en el momento y en el ahora, pues parece que...bueno pues hoy esto, hoy esto, y eso te ayuda mucho a las cosas.

También vemos que algunas participantes integran de manera informal la práctica en la vida diaria, así como también evidenciamos que les permite saborear la experiencia, pudiendo conectar con aspectos que resultan agradables en la cotidianidad.

G8P3: (..) muchas veces voy acelerada, voy a comer, y ahora con lo del retiro pues cuando estoy comiendo, tengo que dejar el cubierto, no tengo que comer tan deprisa, como y dejo el tenedor, y mastico, un poquito, aunque a lo mejor al minuto este, pero

sé que voy a volver a dejar el tenedor para apreciar las cosas, apreciar el momento de la comida y todo, entonces a mí, son cosas que sí que me van ayudando.

3.3. Autocuidado

La narrativa de las participantes nos indica que el autocuidado ha sido evidenciado a través de acciones emprendidas con la intención de estar mejor. Esto ocurre principalmente desde la consciencia de la intención de autocuidarse en determinadas acciones, y a través del desarrollo de estrategias. Este aspecto ha sido reconocido como un recurso principalmente proactivo que permite transformar el momento de sufrimiento, suavizando la experiencia de dolor.

G7P2: y es cierto, yo nunca he conseguido olvidarme del dolor como tú (refiriéndose a P3), pero si he conseguido ser mucho más suave en ese aspecto, o sea, el concepto...trabajamos un tema que es la autocompasión, yo creo que es el que mejor comprendí, que era el autocuidado y no tener pena por ti, y bueno, es verdad que autocuidarte en ese momento de sufrimiento lo cambia, cambia el dolor, te duele mucho, pero lo cambia, es mucho trabajo mental y emocional que a todos nos hacía mucha falta (..)

G5P2: (..) entonces yo, mi reto es, ir pasando los días, de la mejor manera posible, cuidándome lo mejor que pueda y lo mejor que sé, a ver si me voy recuperando un poco, sin poner en tela de juicio si hoy estoy mejor o no (..)

G8P4: ganas de arreglarte, ganas de decir “vamos, ponte, arréglate y vámonos a tomar un café” por ejemplo, yo antes no lo hacía, ahora soy otra.

3.3.1. Esfuerzo equilibrado

El esfuerzo equilibrado es una forma de autocuidarse que involucra poder conservar los recursos propios, por ejemplo, fragmentando actividades en periodos que puedan ser manejables con tiempo para descansar. Esto implica ser consciente de los propios límites y adecuar los esfuerzos para no sobre exigirse y generar mayor fatiga y dolor.

Podemos señalar también que, aunque parece un aspecto básico de cuidado, el discurso de las participantes señala que ha sido un reto por aprender o que se encuentran aprendiendo, ya que sus capacidades físicas han cambiado a causa de la enfermedad y aquello que anteriormente podían desarrollar con cierta agilidad y fuerza, ahora no les es posible. Este aspecto se ve reflejado como un aprendizaje en el que han flexibilizado su forma para llevar a cabo determinadas actividades.

G3P7: bueno, pues yo aprendí con DC porque yo le decía que...yo con el problema de estar con dolores no podía hacer las cosas de casa, “tú tienes que aprender a aceptar, que si un día vas a hacer la cocina, la hacías en dos horas; pues ahora tu no la vas hacer en dos horas, tú te vas a tirar tres días, entonces tienes que aceptar que ya no lo vas a poder hacer como lo hacías” entonces ahora cuando voy a hacer algo, me acuerdo de BC y de DC y digo “verdad que me enseñaron...” es que por eso, mire por dónde va la cosa, yo digo “DC y BC me enseñaron a tener ese valor, a valorar de que si yo hacía la cocina en dos horas, ya no la puedo sacar en dos horas” ahora tengo que esperarme

tres días para ir haciendo poco a poco para no enfermarme, porque yo era una que me ponía a arreglar la cocina y luego me tiraba cuatro días en la cama que no me podía levantar, entonces ahora eso lo aprendí con ellas.

Otra parte del esfuerzo equilibrado involucra la capacidad para poder poner los límites a otros. Respecto a esto las participantes señalan que es un reto importante a nivel laboral y familiar, por un lado, por la incompreensión que se recibe por parte de los demás y por el otro, por los estándares o exigencias que hacen parte o hacían parte de su auto concepto antes de estar enfermas. Una forma de establecer este límite es poder “decir no” y posicionarse ante el otro priorizando el bienestar propio.

G3P2: (..) también he tenido muchas inclemencias sociales alrededor, laborales, porque me habían dicho que me iban a dar una incapacidad y no la quería, y bueno pues, no sé de dónde, saqué esa fuerza, a mí eso me ha ayudado muchísimo a saber decir no (..) es que yo era incapaz, yo tuve con esto que aprender a decir no, (..) y parece que como que yo iba faltando al respeto de decir “yo no puedo tocar esta camilla” (..) oye y fue salir del grupo, y tuve que aprender a vivir y a decir no, y a empezar a plantearme que me tenía que querer yo, más. Y, de hecho, ahora mismo con mis compañeras decir “¿me cambias una noche?” “espera, yo primero voy a ver mi cuadrante, dos, vale, pero tres, no puedo” es que yo no es que no quiera, es que mi cuerpo no me deja, yo me habré reforzado de la cabeza, pero el cuerpo no, no me deja.

G5P2: (..) quizá en lo que más me han ayudado ellas, es en no pensar que no voy a ser capaz de trabajar en qué dirán los demás, sino que me cuide yo, y que, si yo noto que a partir de un momento determinado yo no puedo continuar, pues no continuo. Que primero soy yo antes que el resto, que para mí era al revés siempre, siempre era mi trabajo, mi familia, mis hijas, mi casa, todo, todo, todo el resto hay que dar a tope y yo, según estoy ahora no soy capaz de dar ni la mitad en cada uno de los sitios, y antes me producía muchísima ansiedad, ahora no es que no me la produzca, intento dejar aparcado, que quizá es una de las cosas que más me enseñaron ellas, “¿puedes hacer algo al respecto?, si puedes hacer algo al respecto, hazlo, pero si no, intenta que no te haga daño” (..)

G5P3: (..) pues lo estoy empezando a manejar y a decir que no a muchas cosas, y en eso mi marido también me acompaña, pero hay veces que ya no puedo decir que no, entonces no he aprendido a decir que no puedo hacer la vida que hacia cuando no tenía estos dolores, y me meto en unos berenjenales como me metía antes el hacer, el hacer, el hacer, o me obligo a **situaciones (..)**.

3.4. Humanidad compartida

La narrativa de las participantes nos indica que la humanidad compartida es el reconocimiento de la naturaleza imperfecta de la condición humana y del sufrimiento ante experiencias difíciles. Implica un sentimiento de conexión con otros, en el que es posible abandonar la experiencia de un self aislado o separado de otros que tienen una vida “normal, perfecta o feliz”. En otras palabras, facilita dejar esa visión de túnel y normalizar la imperfección y el sufrimiento como parte de la vida.

En las participantes de esta investigación la humanidad compartida es un factor terapéutico principalmente encontrado en el grupo de MSC. En este factor que emerge principalmente de la experiencia grupal, hemos podido distinguir una diferencia con la universalidad, la cual será detallada dentro de los factores terapéuticos grupales más adelante.

De las narrativas se comprende que la humanidad compartida, además de ser un recurso que ayuda a salir de la perspectiva de “ombligo de mundo” en la que puede sumergir el contacto frecuente con el dolor, involucra el sentimiento de conexión con el otro, encontramos que desde este lugar el grupo se convierte en un lugar de vinculación compasiva en el que además de compartir una experiencia vital común, hay la sensación de sentirse vinculada/conectada a otros.

G2P2: (..) entonces pues conoces gente que está igual, peor o mejor...pero sabes que no eres tu solo, no por “mal de muchos, consuelo de tontos” ni mucho menos, sino por el “puedo dejar de mirarme a mí, porque te estoy escuchando a ti y comprendo perfectamente”, entonces en ese rato no me estoy mirando a mí, no estoy mirando dónde me duele, no estoy...sino que estoy comprendiendo, entendiendo, atendiendo al de al lado, poniéndome en el lugar de el de al lado y ya dejas de ponerte solamente en tu lugar (..) alguien te puede explicar lo que duele un parto, pero hasta que no le ponen la epidural pues no tienes ni idea de lo que duele un parto, pues esto es lo mismo, te puede contar lo bonito que es flotar, sin gravedad, pero hasta que no flotas sin gravedad no puedes...pero en este caso sí, porque uno ha flotado a cinco metros de altura, otro habrá flotado a diez metros, pero has flotado, entonces te sientes muy unido a los compañeros que están al lado porque tienes una experiencia vital común...

G3P2: (..) la fuerza de saber que todas estábamos en las mismas condiciones, otra cosa que eso...eso lo teníamos desde el primer día, porque a lo mejor estas más vinculado con el sufrimiento de los demás, se lo dije, digo “mira yo estoy tan mal como vosotras, pero vamos a hacer lo imposible por venir y no fallar, y a ver si podemos estar unidas” (..)

3.5. Pausa

La pausa es un recurso en el que es posible tomar consciencia de los pensamientos, las emociones o sensaciones corporales, pudiendo permitirlos y hacer algo con ellos. Para las participantes es útil porque les permite darse cuenta y parar el ciclo de pensamientos y emociones, inhibir la reactividad, adoptar una actitud proactiva y decidir cómo responder a la situación. Por tanto, es un recurso que permite la regulación emocional y trae alivio.

G4P1: uff yo creo que la rueda de la mente puede mucho (mueve circularmente la mano al lado de la cabeza), la puedes parar, te puedes auto convencer de muchas cosas que te ayudan a soportar el dolor (..) aprendes a parar también, a decir: “uy me estoy yendo por donde no quiero” te das cuenta, te vas vigilando un poco más a ti misma, cómo estas...te das cuenta que “me estoy metiendo con los niños, los pobres, qué culpa tienen de mi dolor” entonces paras (-) ...

G5P1: (..) yo he tenido momentos de rabia, de enfado, pues aplicar como el stop y ver si eso al final tiene o no, una consecuencia, muchas veces ni siquiera la tiene y tú has

estado un tiempo cabreado, un tiempo mal, pero luego te das cuenta que no tiene ningún resultado, entonces, el respirar ¿no?, el decir “bueno ¿qué voy a hacer?” el ponerme en verde, ir pasando de rojo al verde, es el reto que se me ha presentado cada día, tener que asumir lo que tengo delante, y bueno en esas pequeñitas tácticas que nos han enseñado, cuando lo recuerdas, como bien dice la voz de DC, cuando lo recuerdas, entonces dices, “frena, frena, respira y después miras a ver si te conviene llegar o no llegar” porque la gran mayoría de las veces, no te hace falta, es mucho más tu rabia descontrolada, y todo eso, el dolor, que otra cosa, los ejercicios que nos han puesto han ido muy bien para eso, porque además era como por momentos que tenías, qué te pasaba en cada momento, en qué situación, y los ejercicios que nos han mandado.

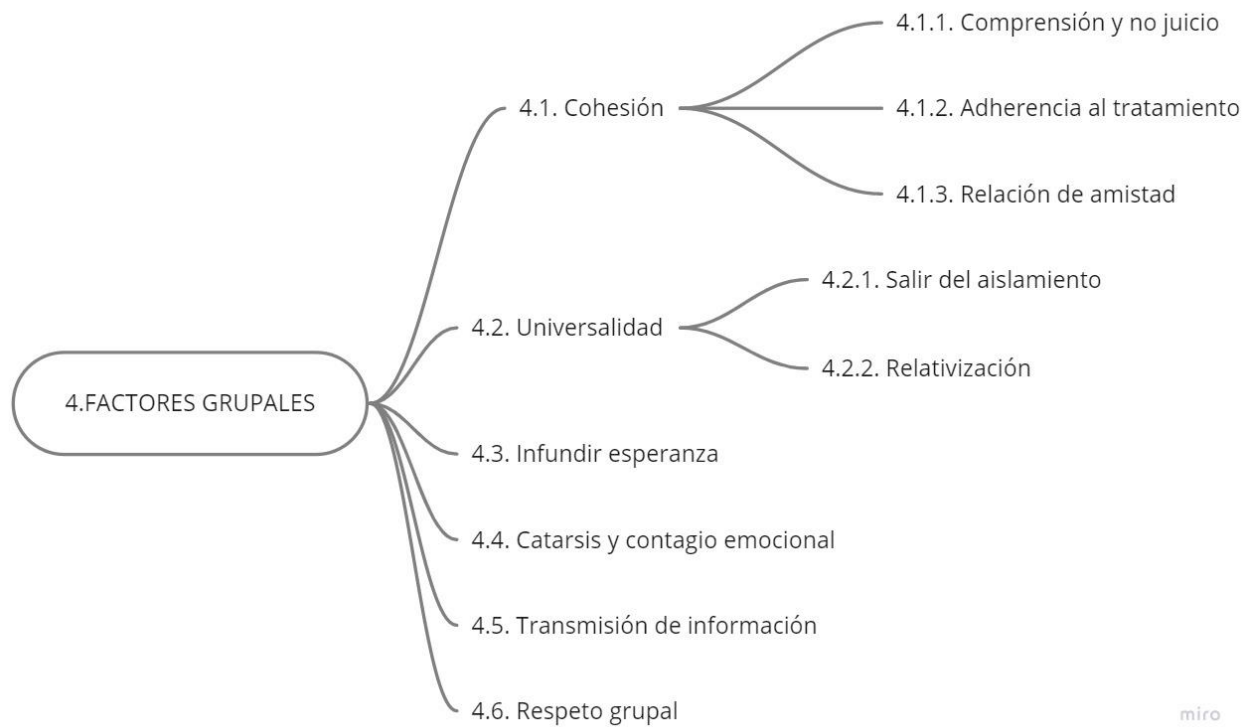
G7P2: (..) abandonar ese miedo tan horrible y esa idea de decir “es que nunca voy a ser normal, si es que esto nunca va acabar” eso que dices tú de decir, aquí estoy, aquí me paro, o sea, poder parar cuando estas en momento de mayor sufrimiento, lo que nos decían, en ese momento, en ese instante paras, y te buscas una imagen, te buscas un tal...y te repites las frases que eso ha calado, lo mejor que ha calado y que funciona, bajo mi punto de vista es que funciona (..)

G8P2: en eso estamos todas todavía, tenemos todas aquí las cosas (lleva la mano cerca de su cabeza), pero cuando yo me pongo nerviosa digo “para, para” aquel “para” que repetía tanto BC (se pone una mano sobre el estómago) ... en el parar es lo que ella decía (señala a P3) vivimos en un torbellino, pero ya no quiero más torbellino, ya no tengo la capacidad, ya no soy la misma persona (..)

3.4. Factores terapéuticos grupales

Al ser el grupo el formato de desarrollo de ambas intervenciones, es un escenario de grandes aprendizajes que ha constituido la categoría más grande de nuestro estudio. El grupo es un escenario donde se facilita salir del yo y encontrarse con otras personas que comparten una experiencia vital. Este aspecto es el principio que fundamenta muchos de los factores que hemos podido encontrar a partir del discurso de las participantes, donde el grupo ha sido también una fuente de empoderamiento para el cambio y la aceptación.

Figura 12. Esquema de los factores terapéuticos grupales



A diferencia de los temas que hemos podido ver hasta el momento, encontramos que los factores grupales son el tema más representativo en las participantes de los grupos de TCC. La tabla 10 nos señala el número de personas que participan en cada categoría, subcategoría y tema.

Tabla 10. Densidad de codificación de los factores terapéuticos grupales, distinguida por grupos de intervención

	MSC		TCC	
4. Factores terapéuticos grupales	53	4	81	4
4.1. Cohesión	24	4	39	4
4.1.1. Comprensión y no juicio	17	4	26	4
4.1.2. Adherencia al tratamiento	4	3	4	2
4.1.3. Relación de amistad	2	1	3	2
4.2. Universalidad	11	4	11	3
4.2.1. Salir del aislamiento	11	4	5	3
4.2.2. Relativización	2	2	6	3
4.3. Infundir esperanza	13	3	9	2
4.4. Catarsis y contagio emocional	6	3	8	3
4.5. Transmisión de información	2	1	13	4
4.6. Respeto grupal	3	3	9	2

4.1. Cohesión

La narrativa de las participantes nos indica que el grupo ha sido percibido como un lugar de aceptación, apoyo y comprensión entre sí, un lugar donde se establecen vínculos significativos que generan seguridad y confianza. Con esto, se constituye un espacio que resulta reconfortante para la mayoría de las participantes, donde se sienten miradas de forma genuina.

Poder sentirse parte de un grupo que está cohesionado, configura para algunas una experiencia de seguridad.

G3P7: yo pienso que habíamos muchas, y llegábamos y nos saludábamos y de pronto cada una “¿qué tal hoy?” “¿qué tal la noche?” “¿cómo habéis pasado?” y muchas veces, yo venía peor, o de pronto ella venía peor (señala a P4), entonces el estar como más unidas como que nos apoyábamos de la una a la otra, pienso yo que es como un apoyo.

G3P3: ...pues eso al final es un poco como solidaridad con lo que tienes enfrente, el del frente tiene un problema, tú tienes otro y al final es...ni el tuyo es peor que el mío, ni el mío es peor que el tuyo, pero es como esa piña que conformamos ahí.

G7P1: yo es que fue una experiencia sumamente bonita (se limpia las lágrimas) y sigo insistiendo que el grupo es especial, porque yo he tratado, llevo doce años tratando con psiquiatras, me lleva una doctora que es increíblemente...que lleva doce años a mi lado, y me ha ayudado muchísimo, cuando llegue la última vez después de haber hecho estas sesiones de haberme encontrado con el grupo, fue muy...es que el grupo es como...es una familia que todos compadecemos los dolores estos, trágicos, tan asquerosos, (mueve los brazos en señal de abrazo, los trae hacia sí misma) pues nos unimos mucho, entre nosotras nos uníamos, nos ayudábamos etc. (..)

Dentro de este factor terapéutico, se han identificado tres elementos claves: la comprensión y el no juicio, la adherencia al tratamiento y la relación de amistad.

4.1.1. Comprensión y no juicio

La comprensión y el no juicio involucran un sentimiento de sentirse entendida y reflejada en el grupo, a partir de compartir las mismas dificultades. En las participantes poder sentirse comprendidas y reflejadas es un aspecto sumamente importante al que se le otorga mucho valor a causa de la incompreensión que usualmente se encuentra con la familia y amigos.

G4P1: sentirte comprendido, tampoco lo hubieras hecho individualmente, porque sentirte comprendido...vamos, tu familia no lo entiende, los niños tampoco porque estas durmiendo, (-) la gente no lo puede entender, no lo entiende, bueno, por lo menos te sientes comprendido, te sientes valorado (..)

G2P2: también te ayuda a olvidarte de ti y de tu dolor porque empatizas con otras personas, entonces eso te saca un poco de ese círculo y ese ombligo de mundo que ves solamente cuando estás tú (..) creo que ayuda mucho a...a eso...sientes como una empatía muy especial, un vínculo muy especial con los que están en el grupo, te hace

comprenderles tanto, tanto que...porque sabes perfectamente por lo que...más o menos (..)

G1P1: (..) yo creo que eso es muy importante, hacer algunas veces, esos problemas tuyos, creo que es algo muy importante (..)

El “no juicio” aporta tranquilidad al encontrar un espacio que ayuda a estar mejor, y en el que es posible expresarse con libertad y sin miedo de sentirse señalada. También vemos que la comprensión entre las participantes ha sido un ingrediente para alcanzar cierta intimidad, una sensación que trasciende la palabra y se manifiesta en acciones concretas de cuidado del otro.

G7P2: de hecho, yo creo que fue la segunda sesión cuando la mitad de las que estamos aquí empezamos a llorar, por el simple hecho de: “Dios mío, alguien me comprende” y no estaba loco (..) el grupo te ayuda...elimina muchos miedos que tenemos todos, acaba mucho con el miedo, esa comprensión, esas miradas, esa asertividad, esos cabeceos así cuando tú hablas (asiente con la cabeza y P1 también), que te aparezca un kleenex cuando te agarras a llorar, sin que te mire, todo eso, acaba con muchos miedos que tenemos y acaba con muchísima soledad que sentimos (..)

Como un efecto de la comprensión y el “no juicio” algunas participantes se abren a otras con más facilidad, sienten confianza de hablar su historia en un espacio en el que perciben que otras escuchan sin juicios. Además, poder escuchar la historia de otras permite ampliar los propios esquemas y contar con más referentes.

G5P2: apoyo perfectamente que sea en grupo. Es verdad que a lo mejor nosotros hemos tenido un grupo muy implicado y entonces la gente se ha abierto mucho, cada sesión era mejor, las primeras eran un poquito más distantes, bien, pero un poco distantes, pero hubo un momento en el que yo creo que todos y cada uno de nosotros fuimos capaces de ir sacando, e ir entregando los unos a los otros, yo apuesto totalmente a que es mucho mejor en grupo que...o sea, yo he aprendido mucho de ellos, de todos en general.

G6P4: no es cómo lo individual porque yo también he ido a psiquiatra, pero es distinto, te abres más. Cuando estás solo, estas solo en lo que te preguntan, pero no te abres, el grupo te da más opción a abrirte.

G8P1: cuando estas tu sola es tu problema, tu dolor y cuando tú hablas o cuentas algo, o escuchas a los demás un poco ves, que parece que hablan de ti, que tiene ese problema y que lo vas aceptando, y sabes que como única solución es aceptarlo, con otras opiniones, hacen que la mente te cambie, el pensamiento cambie, y te vas, parece que no pero cuando tú cambias de pensar el dolor es diferente, ya no piensas en tu dolor, ya no, en el grupo.

Vivenciar una experiencia grupal de comprensión configura una base de seguridad y confianza, en la que hay una sensación de protección, cariño y cuidado.

G1P2: (..) el grupo es muy importante porque ves las vivencias de las otras personas y estas en un entorno, mejor dicho, te estas arropando (trae las manos de fuera hacia él, haciendo círculos), te estas arropando, te estas cogiendo de los demás, unas veces con más tristeza, pero otras veces yo creo que bueno, el grupo es la materia de todas las materias, yo creo que es importantísimo, desde mi punto de vista.

G5P1: (..) nos hemos llevado todos muy bien y eso me ha aportado una confianza que normalmente no tienes con el resto del mundo, o familia, compañeros, o amigos (..)

4.1.2. Adherencia al tratamiento

Para las participantes el grupo también se convierte en un factor de adherencia al tratamiento. Para muchas el sentido de pertenencia era una motivación para continuar asistiendo y superar las dificultades o resistencias que puedan presentarse, tanto para la asistencia como para la práctica que debían desarrollar en casa.

G2P1: además yo creo que también es muy fácil sabotearse a ti misma y el día que estas citado, no ir, pero aquí, era como que todos queríamos estar y si nos perdíamos de algo era como “ay a la siguiente no voy a poder estar” o sea que eso también ayuda a que la persona se movilice y diga “no” ahí voy, arrastrando las piernas, pero ahí estoy, ahí estoy.

G7P2: yo también, yo lo haría en grupo sin duda, el grupo ha sido un acierto, porque el grupo te abraza, el grupo te empuja a volver (..) o sea, yo también voy a psiquiatras y salgo vacía, salgo...no suelo salir con buenas caras, de hecho, acabo abandonando las sesiones y en estas estamos locos por volver, ha sido un acierto.

4.1.3. Relación de amistad

La relación de amistad es uno de los mas “pequeños” de los aspectos grupales, sin embargo, su presencia en tres grupos nos señala que ha sido una parte de la cohesión grupal identificada que conviene describir. La relación de amistad se refiere a contar con los miembros del grupo más allá de la intervención, valorando esa relación.

Dado que el grupo es un espacio de socialización y vínculo que resulta significativo, es natural que dé lugar a relaciones que trascienden el espacio de intervención. A partir de ello, las participantes refieren sentirse apoyadas por el grupo fuera del contexto de intervención, se convierten en personas cercanas con quienes consultar y compartir experiencias, teniendo de alguna manera la certeza de que van a ser comprendidas. También ha sido un aspecto que resulta valioso, dado que estas relaciones perduraron al menos después de seis meses de la intervención.

G1P1: (..) porque he conocido gente y sigo manteniendo una relación con ellos ¿y qué tal estamos? Y bueno pues eso sí, y tratas con gente

G5P2: (..) ahora cada vez que alguno tenemos algún problema o tal, casi que...por mi lado por lo menos, lo pregunto antes a ellos que en tu casa porque sabes que en tu casa te van a poder ayudar poco, respecto a eso, la verdad es que ha ido fenomenal (..)

4.2. Universalidad

La narrativa de las participantes ha permitido que podamos definir la universalidad como: percibir que otros comparten una experiencia similar, permitiendo entender que no se está ante una experiencia aislada. Identificamos que conocer que otras personas pasan por situaciones similares de dolor crónico trae alivio y calma, sobre todo cuando hablamos de personas que vienen de procesos diagnósticos largos y complejos.

G5P1: en mi caso me ha servido muchísimo darme cuenta que hay mucha más gente también, con diferentes patologías, pero un poco en la misma línea, el grupo ha sido muy positivo(..) y me ha hecho ver pues eso, que hay otra gente con este tipo de problemas similares a los míos, y me ha servido de gran apoyo (..)

En el apartado de humanidad compartida, señalábamos que en nuestro estudio hemos podido encontrar una diferencia entre estos dos factores terapéuticos. Aunque la universalidad es una condición necesaria para la humanidad compartida, encontramos que ésta no se encuentra en todos los casos de universalidad. La universalidad tiene que ver con una identificación, sentir que hay condiciones de vida que se comparten “estamos aquí (en el grupo) y somos iguales o parecidos”. En la humanidad compartida, aunque vemos la presencia de la universalidad, se evidencia un sentimiento que trasciende el grupo, implica el reconocimiento de que el sufrimiento es parte de la condición humana y despertando un sentimiento de conexión. La tabla 11 a continuación presenta una ejemplificación de testimonios donde es posible notar el matiz señalado.

Tabla 11. *Ejemplo de Humanidad compartida y universalidad*

Testimonio de humanidad compartida	Testimonio de universalidad
G7P3: (..) y luego cuando estoy con dolor y no consigo disminuirlo u olvidarlo en cierto modo, pues pienso lo que me decían, que el dolor es universal, que todos lo padeceremos en algún momento, o lo padecerán, porque a mí me angustiaba mucho y decía, “es que yo estoy enferma, y los demás están sanos, y yo estoy enferma” y me obsesionaba mucho con eso, y el pensar que realmente es así, que el dolor es universal, me tranquiliza, todos estamos en el mismo barco (..)	G4P3: (..) entonces parece que tienes que justificar tu dolor y cuando llegué aquí y vi “es que no soy la única”, “es que hay mucha gente a la que le ha pasado lo mismo”, entonces eso, o sea, el primer día, me emocioné, primero de ver a tanta gente, por ver a tanta gente joven también (..) entonces luego, llegar aquí y ver eso, y decir “oye que hay más gente como yo” dices: “¡ostras! qué bien, no soy la única”, o sea, lo siento por vosotras, pero dices “qué bien, no soy la única” (lo dice con la voz quebrantada).
G2P3: a mí eso mucho, lo de la humanidad compartida, porque muchas veces tiendes a pensar que es a ti la única persona que hay en el mundo que le puede doler, tienes que pararte y reflexionar, que hay personas que a lo mejor les puede doler mucho más que a mí, no tengo que ser egoísta, tengo que aceptarlo y serenarme en lo que pueda, y aceptarlo (..)	G8P2: intentando aceptarlo, eso es duro, que a ratos lo intento y a ratos no ¿eh? pero el estar con ellas, ver que hay más gente con más gravedad que yo, sabes, eso me hace pensar “mogollón”, no sé, también las compañeras, el apoyo, es que es un poco, no sé cómo expresarte, pero a mi si me ayudo un “mogollón” de verdad.

Ahora bien, a partir de la universalidad hemos podido identificar que para las participantes este factor a dado lugar a poder salir del aislamiento y soledad, y a poder relativizar su experiencia, restándole importancia.

4.2.1. Salir del aislamiento

Las participantes reflejan que la experiencia grupal y conocer a otros en condiciones similares les ha permitido salir del sentimiento de sentirse aislada y sola. El grupo se convierte en un escenario de aproximación a experiencias sociales a las que se les tiene cierto miedo, al pensar en el rechazo o el juicio que pueden recibir, pudiendo incluso “atreverse” a vivenciarlas a partir de haber compartido en el grupo.

Salir del aislamiento a partir de compartir un espacio con otros que tienen las mismas condiciones vitales, también da lugar a una comprensión profunda en la que se percibe el grupo como un escenario único que es difícil de hallar en otro tipo de encuentros sociales.

G4P1: yo con el dolor, la premisa que tengo es “aíslate, aíslate”, cuando los amigos se van por ahí, tú te tienes que quedar, no puedes ir, es que es muy aislante todo, y al estar compartiendo experiencias y cosas con gente que parece que estamos luchando por lo mismo, que no te dejan ahí abandonado, “no es que lo tuyo no tiene”, no sé, para mí es muy importante.

G2P2: en mi caso un poco como a ella, el estar en grupo, si es cierto que te ayuda mucho a ver que no estás sola, que cada uno tiene su dolor, cada uno con lo que tenga, pero que no estás sola y que hay más gente como tú, claro si no tienes a nadie cerca a tu alrededor un poco con el que puedas compartir esa experiencia, pues hay veces que te sientes solo, muy sólo, muy incomprendido, muy como que nadie, aunque te digan “si te entiendo” pero o lo vives o no...mi experiencia es que o vives algo, o aunque te intenten poner en la situación del otro, en realidad dista mucho.

G3P2: Entonces me he empezado a dar cuenta que la gente no es un ogro, y que por que le digas no, yo eso lo he aprendido aquí, yo era impensable, es que me acuerdo que DC decía “que sí mujer, que esto se acaba consiguiendo, que la gente empiece a entender lo que te ha pasado” y oye, os puedo asegurar que es verdad, yo le tenía pánico a volver, a ver, yo era la primera que quería volver a trabajar, pero tenía mucho miedo a la no aceptación de los demás, a que no aceptaran (..)

G6P4: (..) el grupo pues eso, una empatía que me ayudo un poco en ese momento a ver que, no aislarte del mundo porque tú vives muy aislado.

G7P1: (..) Y a mí me ha ayudado muchísimo, entre otras cosas, volver a salir a la calle, volver a hablar con los demás, yo no salía de mi casa, yo estaba encerrada en mi casa ocho años sin, yo salía a hospitales exclusivamente, a médicos, a hospitales, yo no salía a la calle, no me conocía nadie. Y ahora que me ven y digo donde vivo y “madre mía, yo vivo al lado que si no te veo” (..)

4.2.2. Relativización

La relativización se refiere a poder conceder menor valor e importancia a la situación propia a partir de ver la del otro. La narrativa de las participantes indica que es resultado de la comparación con otras personas del grupo, e indica que de alguna manera ayuda a alivianar la propia realidad.

G3P2: (..) Yo lo que sí creo es que...el grado en el que estoy yo con respecto a los demás, había días que...hubo un día en especial, no sé si os acordáis que nos quedamos calladas, nos quedamos todas calladas, y yo decía: “madre mía, yo estoy mal, pero es que ellas están peor que yo” esa comparación, el ir comparando. Muchas veces en mi casa me decían: “pero que mal estas, pero péinate, pero date una crema...” yo no veía lo mal que estaba, entonces en el grupo había días que decías: “uy hoy estoy estupendamente”

Aunque la comparación puede que no sea un recurso que en todos los casos pueda ser adaptativo o saludable, parece que emerge con naturalidad de la dinámica grupal, y mientras tenga cierto límite puede resultar beneficioso. En algunas de las participantes también encontramos que es la oportunidad de salir de la queja y valorar lo que se tiene de alguna forma. Aunque es complejo poder entrever el alcance de su beneficio, se encuentra que, mientras no configure una imagen de sí “solida” o rígida, puede ser útil.

G1P2: (..) pero también estoy viendo que otra persona están peor, otras personas están peor, a lo mejor yo me estoy quejando viendo otros cuadros que están peores” (..)

G5P3: (..) nos hemos hecho parte de lo que le pasa al otro y hemos aprendido, bueno, yo creo que yo he aprendido, de ver casos, de reflexionar y de pensar que bueno, “no te quejes tanto que fíjate”, bueno, que yo ya lo sabía, todo el mundo sabe que hay casos peores, aunque también para cada uno lo tuyo es primero lo que puedes atajar, lo que tienes las riendas sobre ello y es lo más importante, pero bueno, te das cuenta de que hay casos muchos peores y que bueno, como he dicho siempre y en peores condiciones, porque yo cuantas veces digo “jolín esta se tiene que levantar por la mañana para ir a trabajar” porque las bajas duran lo que duran, y las situaciones familiares no son todas igual y tal, y yo he aprendido pues eso hace ya tiempo, pero el que sea en grupo se ha reforzado, hay que dar gracias de lo que uno tiene, de cuidados, de comodidades, de todo, para poder llevar mejor este paso y con el grupo te das cuenta que hay casos peores y también hay casos peores, también te puedes dar cuenta de lo fuerte que eres, porque hay casos menores, y mira yo lo estoy llevando, estoy ahí entremedias, que ves que hay veces que te ves como muy “ñoño”, y hay veces en que te ves como fuerte, te comparas, depende de con quién te compares.

G8P1: (..) y lo que yo veo es que cuando vengo a estos grupos, que todos son personas jovencísimas, yo soy mayor, entonces digo “yo no tengo derecho a quejarme” (..)

4.3. Infundir esperanza

Esta subcategoría se relaciona con poder conectar con que es posible estar mejor. El grupo ofrece la oportunidad de conectar con la fuerza para seguir adelante a partir de que descubren que es posible aliviar el sufrimiento secundario derivado de la experiencia de dolor.

G4P1: la verdad es que todos, al final estamos pasando por los mismos procesos, por el mismo dolor, por la misma desesperanza, por el mismo rabia e ira, que es algo natural del dolor y que se puede mejorar, es que se puede mejorar...

G5P2: (..) alguno de los días salimos como muy crecidos todos, como muy...como...no sé cómo explicar, o sea como con un empujón, como si nos hubieran dado un empujón de "venga que vas a poder con esto" (..)

G8P4: (..) la conversación de esa persona te puede ayudar a ti y hacerte más fuerte.

También es posible señalar que la esperanza puede reconocerse como un proceso. Esto es importante porque no es una imposición, sino un proceso en el que es posible o no alcanzar ciertos logros y respetar el propio ritmo. Al respecto, P5 nos señala que le aporta esperanza y tranquilidad sentir que cuenta con herramientas que puedan ayudarle a conseguir estar mejor, aunque ahora mismo no le sea posible llegar allí.

G8P5: (..) Luego lo demás es un proceso que estoy gestionando todavía que lleva tiempo, me imagino, pero por lo menos las pautas, las tienes que eso es lo importante, tener un camino...

G2P3: (..) pero es verdad...pero me acuerdo y...como decía BC, este es el principio del camino (..)

4.4. Catarsis y contagio emocional

Otro factor terapéutico grupal se relaciona con la capacidad de expresar emociones profundas en el grupo, sin percibir rechazo. Permitirse el llanto y la sensibilidad al escuchar al otro, o al poder hablar de sí mismo.

G2P2: yo creo que lloramos todos, menos DC y BC, yo creo que lloramos todos

G3P6: el escuchar muchas veces cuando vienes con un mal día, no te apetece hablar porque sabes que si hablas vas a llorar, pero al escuchar a las compañeras pues...lloras

Respecto a esto, encontramos que la catarsis y el contagio emocional es un aspecto del cual es necesario cuidar en el grupo, ya que puede ser valioso para algunas, pero difícil para otras. Valioso porque es posible encontrar un espacio para descargar y compartir emociones difíciles con otras, y difícil porque puede despertar cierta abreacción y generar un malestar difícil de regular y soltar.

G1P1: a ver por un lado con el grupo está bien, porque ves gente, hablas con gente, no estás en tu mundo, no eres tú, tú, entonces el estar con gente, sí que es verdad que te abre, pero a la vez que te abre, te da tristeza, o sea para mí es como...es que no sé

cómo explicar, ¿ha sido positivo? Pues sí porque he conocido gente, ¿ha sido negativo? pues sí, porque me ha dado mucha más tristeza de la que ya de por sí tienes...

G3P4: y tu acabas sintiéndote mal porque se sienten mal, es como un bucle

G4P3: el no salirte de la sesión y a mí a veces me costaba mucho hablar con vosotras después de la sesión, porque me iba como tan agobiada con lo mío, pensando lo mío, que cuando me contabais lo vuestro era como “no puedo, mi cabeza no puede con más” (..)

No obstante, poder liberar emociones es una experiencia grupal necesaria, que da lugar a sentirse conectado con otros.

G2P1: (..) era un grupo de dolor, pero muchas veces ni hablábamos del dolor, entonces eso para mí lo hacía especial, quizá hablábamos del dolor a través de las lágrimas (..)

G5P2: (..) las emociones de todos eran muy parecidas, la tristeza estaba siempre presente y ha habido, a veces espontáneamente que nos hemos llegado a echar unas risas (..)

4.5. Transmitir información

La transmisión de información se relaciona a aprendizajes derivados de compartir con las compañeras del grupo, elementos del programa, o por las terapeutas. Muchos de estos aprendizajes tienen que ver con estrategias o conocimientos para gestionar mejor la enfermedad. En algunos casos es una forma de aprendizaje vicario, pues no es un conocimiento que se transmita explícitamente.

G3P4: es verdad, yo estuve en el cumpleaños de mi hija que hizo una fiesta muy grande y estuve bailando y todo, y recordé que había una que me dijo que se ponía a bailar cuando le dolía, y yo dije: “pues me voy a poner a bailar”, y efectivamente, me puse a bailar, y como que me puse más contenta y al estar más contenta también me sube la melatonina o lo que fuera, me iba a sentir mejor, las experiencias, los trucos de las demás, yo pienso que menos fármacos y más reuniones de estas.

Entre los elementos de la intervención a los que las participantes hacían referencia, encontramos el dossier del programa y los audios. Notamos que por un lado estos aspectos ayudan a recordar o mantener los conceptos trabajados y por otro, es una forma de mantener la práctica que se promueve en los programas.

G4P3: (..) muchas veces leo el libro y los ejercicios, y los vuelvo a releer y digo “yo ya no estoy en ese punto”

G5P1: mi opinión es que cada uno de los temas que nos han aportado en cada sesión, cierto es que si tu después te lo has leído tranquilamente, lo has aplicado en el caso de los ejercicios que nos ponían a veces, a nivel físico, a nivel respiración, a nivel mental, estaban muy bien escritos, muy fáciles de poner en práctica, que luego se pongan o no como se debería, al cien por cien, es bastante complicado, pero a mí me han ayudado

un montón, sobre todo eso, el programa de cada sesión que nos han dado, para de cara a la siguiente semana, tener un poco de visión de qué ibas a hacer y luego si lo podías aplicar pues perfecto, si no, pues...cosas como muy sencillamente escritas ¿sabes? Pero muy, muy claras, para entender muchos de los comportamientos, como ella (refiriéndose a P3) dice que no sabe decir que no en determinado momento en otras tantas cosas.

G5P2: Al margen de todas las explicaciones, que ahí fue, en esa charla que nos dieron, donde yo entendí determinadas cosas también, lo que es el dolor, lo que es esta sensación que os digo en que de repente necesito dormir, como los niños que se quedan dormidos en cualquier sitio, yo necesito relajarme, cerrar los ojos y descansar la mente, es que no soy capaz, no soy capaz de procesar, me pongo a leer y no soy capaz

También conviene señalar que los aprendizajes derivados de las terapeutas tendrán su apartado específico también más adelante.

4.6. Respeto grupal

A partir de la narrativa de las participantes, el respeto grupal ha sido entendido como la consideración de que algo es digno y debe ser tolerado. En las participantes se evidencia como una forma de escuchar y relacionarse con las demás. El respeto es parte de la cultura del grupo, es un aspecto pactado al inicio de las sesiones que se mantiene y es valorado por las participantes como una actitud y una forma de relacionarse.

G1P3: (..) el respeto...el respeto con lo que hemos tratado todos los temas y todo lo que hemos hecho.

G1P2: (..) salen los aspectos personales, las vivencias, y muchas veces podrías decir "pues no me importa" pues se ha respetado {mucho} lo que son las vivencias...

G8P2: si, ha habido muchísimas veces que yo no meditaba, me quedaba así con respeto, respiraba (..)

Las participantes reflejan que el respeto además de evidenciarse en el trato con otras, también se evidencia en sentirse escuchado (y escuchar a otros) sin juicios. Conservar la intimidad grupal y no comentar por fuera del grupo aspectos que hayan sido hablados por otros.

G4P3: yo cuando hablaba en grupo, yo sentía que vosotras no me juzgabais, y a mí me pasa a veces en terapia que es un defecto mío, que siento como que ellos están haciendo su profesión, entonces me sentía como en más libertad de hablar en grupo, por saber que eso, que vosotras no me estáis juzgando, que me estáis escuchando (..)

G5P2: (..) de repente estábamos todos como muy abatidos porque la compañera (P3) había contado algo, siempre con muchísimo respeto ¿vale?, porque lo primero que nos dijeron es que eso tenía que quedar entre nosotros, que no debíamos hablar ni fuera, ni entre nosotros con faltas de respeto, o sea que nos cuidáramos mucho (..)

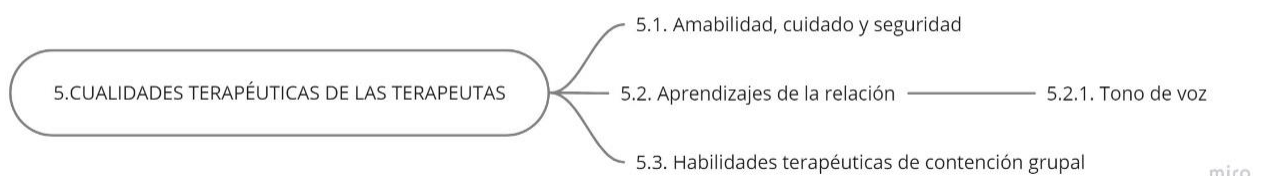
La cultura grupal del respeto también se relaciona con aspectos del encuadre de las sesiones. Al respecto P3 destaca sentir la libertad de participar o no.

G2P3: a mí en cambio me gustó del grupo, el que fuera totalmente voluntario, aleatorio, el que cada uno de nosotros en el momento, cuando nos daba la gana, como si te querías quedar callado...me hubiera sentido muy incómoda que me hubieran dicho “ahora a ti, ahora a ti” porque yo había veces que no tenía mucho que decir, ni ganas de nada...en cambio, el ver esa libertad de expresión, de expresarse cada uno, me ha animado, y yo a lo mejor iba a decir “yo no tengo ganas hoy”.

3.5. Cualidades terapéuticas de las terapeutas

La narrativa de las participantes nos indica que un factor terapéutico importante se relaciona a las terapeutas, éstas favorecen el aprendizaje a través de este vínculo, del que se resalta su amabilidad, cuidado, seguridad y otras habilidades terapéuticas que han sido valiosas desde la perspectiva de las participantes.

Figura 13. Esquema del tema cualidades terapéuticas de las terapeutas



También conviene señalar que este tema es uno de los que tiene menor densidad de codificación, pero presente en la narrativa de todos los grupos focales.

Tabla 12. Densidad de codificación del tema cualidades terapéuticas de las terapeutas

	MSC		TCC	
5. Cualidades terapéuticas de las terapeutas	22	4	15	4
5.1. Amabilidad, cuidado y seguridad	6	3	8	4
5.2. Aprendizajes de la relación	10	4	5	2
5.2.1. Tono de voz	3	2	3	1
5.3. Habilidades terapéuticas de contención grupal	6	3	2	2

5.1. Amabilidad, cuidado y seguridad

Las participantes refieren sentirse miradas, cuidadas por las terapeutas, son una “figura” que aporta seguridad y confianza. Una sensación de confianza y respaldo que constituye una experiencia importante, a causa de la posibilidad de una relación de comprensión por parte de profesionales de la salud que es difícil de encontrar en otros especialistas.

G1P2: las profesionales que hemos tenido en frente, nos han tratado bien, en ningún momento han dicho, “oye, que mala situación, estoy es muy violento porque esta

persona está todo el día dele y dele”, “oye ya estoy cansado de oírte” como eso no lo ha habido (..)

G6P4: BC y DC siempre se han puesto en nuestro lugar y ese sentir de otra persona, comprendían un poco las cosas, un poquito, porque yo también siempre he sentido con los especialistas y tal, que no entienden muy bien lo que estas queriendo expresar, el dolor que llevas en el fondo, es que te acaba, el dolor físico acaba haciéndote una persona diferente, no eres tú, eres una persona que se siente inútil, que nadie la entiende (..)

G6P5: (..) en este caso de las personas que nos atendieron en este caso DC y BC su comprensión a mí si me ayudo, porque esa falta de comprensión en otros especialistas médicos, es lo que he echado de menos a lo largo de mis enfermedades, a mí ellas sí me han ayudado (..)

Cuidar al grupo y a sus miembros de manera personal (sin perder el formato grupal) permite sentirse sostenido personalmente pese a estar en grupo.

G8P3: (..) en el grupo en sí, las profesoras, las doctoras o lo que sea, siempre estaban ahí para cualquier cosa que pasara, es decir, una atención máxima, entonces yo me sentía muy respaldada (..) mucha seguridad porque si yo en cualquier momento me sentía mal, estaban ahí, “a ver, qué te pasa”, “por qué lloras”, “vamos para afuera”, es decir, a parte del grupo había cosa íntima para cada persona, que te sentías más protegida por ellas y a mí eso me daba mucha tranquilidad también, que ellas estuvieran ahí (..) y tanto antes como después si tenías alguna cosa, se lo decías y te seguían ayudando, entonces, aunque se hiciera en grupo, también era una cosa como personal, y mucho...o ellas te mandaban cosas para...

Finalmente, en las narrativas de las participantes evidenciamos el reconocimiento de esta relación como una relación de ayuda en la que hay voluntad por aliviar el sufrimiento. De esta forma, la presencia terapéutica, la comprensión y el sostén emocional, tejen un vínculo seguro en el que hay una sensación de protección y de cuidado.

G4P4: yo no creía que iba a ser capaz, te lo prometo, por el estado en el que estaba, que cómo hablaban, como nos ayudaban BC y DC, es...no sabía que se podía (..) pues se me viene mucho a la mente día a día BC y DC, mucho. Es decir (-) pero es verdad que pienso mucho en ellas, yo me siento muy arropada, me siento muy protegida, me siento muy cuidada, es como que no estás sola, eso, con eso me quedo en que me da como un...algo más de fuerza para poder sentirme mejor

G5P1: (..) aparte de que nos han tratado con muchísimo cariño, yo es uno de los grupos que más a gusto me he sentido.

5.2. Aprendizajes de las terapeutas

La narrativa de las participantes también ha permitido identificar que la figura de las terapeutas, ofrece una experiencia de aprendizaje en un nivel explícito e implícito, donde el grupo aprende

no solo de lo que las terapeutas expresan verbalmente, sino también a través del ejemplo y del trato.

Las menciones a las terapeutas dan cuenta de que muchos de los aprendizajes y recursos tomados de la intervención, se vinculan en algún sentido a la presencia terapéutica, aunque en algunos apartados anteriores ha podido ser evidenciada dicha mención en las narrativas, precisamos algunos ejemplos que exponen con claridad este aspecto:

G3P7: (..) me acuerdo de BC y de DC y digo “verdad que me enseñaron...” es que, por eso, mire por dónde va la cosa, yo digo “DC y BC me enseñaron a tener ese valor, a valorar de que si yo hacía la cocina en dos horas, ya no la puedo sacar en dos horas” (..)

G4P4: (..) con BC y DC he sacado mucho la tranquilidad que nos han transmitido, en llegar a poder pensar, en tomarte la vida un poco más serena (..) y por supuesto, la práctica, la práctica que era incapaz de realizar sin haberlo hecho con ellas

G5P2: (..) que quizá es una de las cosas que más me enseñaron ellas, “¿puedes hacer algo al respecto?, si puedes hacer algo al respecto, hazlo, pero si no, intenta que no te haga daño” (..)

G7P1: si, fue a raíz del grupo, ellas como que me dieron el empujoncito. Gracias a ellas y sus charlas fue cuando yo por fin como que reaccione un poco (..)

G8P2: a mí me ha ayudado a escuchar, yo no escuchaba a la gente como vosotros

5.2.1. Tono de voz

En las narrativas de las participantes se hace referencia a la voz de las terapeutas asociada a una forma de recuperar ciertos aprendizajes o a la sensación de sentirse cerca emocionalmente de ellas trayendo calma y tranquilidad.

G5P1: (..) y bueno en esas pequeñitas tácticas que nos han enseñado, cuando lo recuerdas, como bien dice la voz de DC, cuando lo recuerdas, entonces dices, “frena, frena, respira y después miras a ver si te conviene llegar o no llegar” (..)

G5P3: ha cambiado a que de vez en cuando me repito, lo que nos han dicho en el grupo, que tengo que aprender a vivir, y decir que no cuando tenga que decir que no, y a cuidarme y no llegar más allá de lo que uno puede porque eso es lo que te empeora claro, eso estoy...no lo he terminado de aprender, estoy...me resuena continuamente la voz de DC (mención a las terapeutas, de ahora en adelante DC y BC) y la voz de las compañeras, pero estoy en el camino, no lo he aprendido...

G7P2: y realmente cuando consigues meterte porque había sesiones que eran largas y te metías, por la calidez de su voz, a veces era un arrullo sus voces y las campanitas y eso, todo hacia un poquito, y descubrir eso, lo que decía aquí la compi: “pff”

5.3. Habilidades terapéuticas de contención grupal

También hemos podido identificar aspectos que han sido resaltados principalmente como habilidades para la contención y conducción del grupo, que generan confianza y el sentimiento de que las terapeutas pueden sortear las dificultades que puedan presentarse, o centrar a los miembros del grupo en el objetivo grupal cuando fuese necesario.

G2P1: y además yo creo también el hecho de que...como nos hacían tanto hincapié cuando nosotros teníamos que intervenir o hablar, “hablamos de práctica aquí” (..) cuando un ejercicio o alguna cosa no se hablaba del dolor como tal, como pasa que se hace en otros grupos que nos han citado o que yo he tenido oportunidad de estar, entonces para mí eso yo creo que eso ha sido mágico (..) pero cuando empezaba a irse DC o BC, decían “no, ven, no te vayas por las ramas” aquí y ahora.

G4P4: si es muy duro, aunque sabíamos desde el principio, tanto BC como DC nos dijeron “aquí no venimos a que se os quite el dolor” fueron muy, muy claras, sabemos que eso era verdad...es verdad que se nos ha (hablo en primera persona, pero sé que ellas estarán de acuerdo) que se nos ha tranquilizado y ayudado mucho, en muchas cosas...

G5P3: yo creo que sí, que la hubiera controlado DC de “bueno tienes respetar el turno” y...yo creo que sí, que hubiera terminado entendiendo, pero se fue. Nos ha llevado bien, nos han llevado bien y hemos hablado dentro del tiempo que había, la gente que ha querido hablar ha hablado y hemos estado bien (..)

G8P3: yo veía que, a lo mejor, en ese caso me...yo veía que a lo mejor personas que se ponían mal en un momento, o sufrían o lo que sea, ahí estaba tanto BC como DC, y las cogían y se las llevaban y las cuidaban, es decir que no hay un miedo de que te puedas perder porque ellas estaban ahí...

3.6. Estrategias terapéuticas aprendidas

Tal y como hemos podido evidenciar en las narrativas de las participantes las estrategias terapéuticas aprendidas se ubican principalmente en la práctica, como un aspecto que potencializa el cambio, gesta y afianza recursos. Las prácticas y ejercicios que promueven en ambos programas, se convierten en recursos que ayudan en momentos de sufrimiento y dolor.

Figura 14. Esquema del tema de estrategias terapéuticas aprendidas

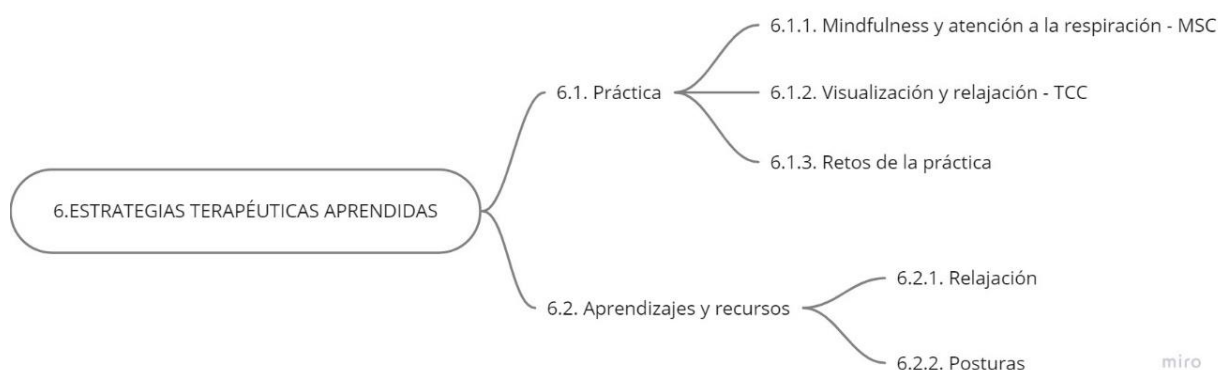


Tabla 13. Densidad de codificación del tema: estrategias terapéuticas aprendidas, distinguida por grupos de intervención

	MSC		TCC	
6. Estrategias terapéuticas aprendidas	48	4	33	4
6.1. Práctica	36	4	27	4
6.1.1. Mindfulness y Respiración - MSC	26	4	2	2
6.1.2. Visualización y relajación-TCC	0	0	13	4
6.1.3. Retos de la práctica	10	3	8	1
6.2. Aprendizajes y recursos	14	3	10	3
6.2.1. Relajación	11	3	7	3
6.2.2. Posturas	4	3	3	2

6.1. Práctica

Las prácticas son estrategias aprendidas en la intervención que, con la repetición o el entrenamiento, ayudan a la persona a estar mejor. Ambas intervenciones promueven diferentes prácticas, en el caso del MSC hemos podido identificar referencias principalmente acerca de la práctica de mindfulness y la respiración, y en TCC principalmente a las visualizaciones y la relajación.

La práctica facilita que lo aprendido en las sesiones pueda ser integrado a la vida y empleado como un recurso. Su entrenamiento y utilización en la vida cotidiana involucra una actitud proactiva, que permite disminuir la indefensión y sentir que se cuenta con la capacidad de hacer frente y de hacer algo por estar mejor.

También hemos podido evidenciar que la práctica facilita a algunas participantes mayor consciencia sobre diferentes aspectos de sí mismas (pensamiento, emociones, cuerpo, etc.) que le permiten darse cuenta o ser consciente de lo que le está pasando, y así poder hacer algo.

Tabla 14. Referencias sobre la práctica en ambos grupos

MSC	TCC
<p>G4P4: (..) y por supuesto, la práctica, la práctica que era incapaz de realizar sin haberlo hecho con ellas. Tengo días muy malos, pero esos días tan malos son los que realmente me aportan a poder recordar lo que he hecho con ellas.</p>	<p>G5P2: por la noche a mí me atacan muchísimos los dolores por las noches, yo no duermo, y en ese aspecto la terapia me ha venido bien, no todos los días consigo relajarme y volver a dormirme, pero bueno, por lo menos lo acometo de otra manera. Antes era, verdadera rabia y ganas de llorar, ahora hay veces que bueno, me siento mal, me cambio de postura, intento relajarme, intento hacer los ejercicios, unas veces lo consigo y otras no, y a veces ante este debate a lo mejor me quedo dormida (..)</p>

6.1.1. Meditación y respiración- MSC

Según las participantes, la práctica de la meditación y la atención a la respiración son especialmente útiles en momentos de dolor, pues ayudan a centrar la atención en algún aspecto concreto de la experiencia, ayudando a sostener lo difícil y soltarlo.

Adicionalmente, identificamos que las participantes distinguen que hay momentos en que puede ser más fácil o difícil poner en marcha la práctica, a causa de la experiencia de dolor. Lo que nos permite esclarecer que es posible darse cuenta de que la experiencia de dolor varía, transformando una imagen sólida y cristalizada de la experiencia.

El desarrollo de la práctica permite relajar el cuerpo y así calmar la experiencia de dolor. En la práctica se evidenciamos proactividad, favoreciendo la puesta en marcha de diferentes estrategias para buscar estar mejor, y la disposición de atravesar la experiencia de dolor con menor evitación experiencial.

G2P2: es cierto que a mí hay veces que la respiración es el ejercicio que más me ayuda, me ayuda un poco cuando tengo mucho dolor, un poco a disipar, o a no centrarme en “como me duele, como me duele, como me duele”, sino que me ayuda a abstraerme un poco de ahí y entonces me centro más en las respiraciones, yo he de reconocer que a mi es lo que más me ayuda y lo que más utilizo, y sí, también depende del día, de la intensidad del dolor, de cómo se haya levantado una ese día (P1 sonrío) y del estado anímico de ese día, hay días que se da muy bien, hay días que se da regular (..)

G7P2: (..) hay un ejercicio que lo tengo en la mente aún porque lo hago que era el de ablanda, tranquiliza y permite, ¿te duele? Permite que este ahí (..)

Las practicas permiten una conexión con el cuerpo desde un lugar diferente al dolor, permitiendo cultivar una forma de habitar el cuerpo que persigue, aunque sea un poco, una sensación agradable y de bienestar. La consciencia sobre el cuerpo se incrementa, hasta notar la relajación y la calma que producen y el bienestar corporal que generan.

G7P3: yo las meditaciones en general todas me han ayudado muchísimo, sobre todo para encontrar el lugar donde estoy tensa, la zona física donde tengo acumulada tensión y claro, a través de eso, me ha ayudado a relajarme y a disminuir el dolor (..)

G8P1: mi experiencia ha sido muy buena, el dolor está ahí, pero me ha ayudado mucho a relajarme, muchas veces hacer las respiraciones profundas, con las respiraciones parece que se relaja todo, que se oxigena, y yo creo que te ayuda un poco, el dolor pues, el dolor lo sigo teniendo, pero parece que lo acepto mejor (..)

Se observa que las meditaciones ayudan a afianzar el entrenamiento desarrollado en las sesiones y permiten integrar la práctica en la vida cotidiana. Estos momentos de práctica en el día a día, en algunos casos, se convierte en un espacio específico, reservado para ellas mismas que puede ser tomado como un gesto de autocuidado.

G4P3: yo lo puse en el móvil, y muchas veces, o sea, vamos es que incluso ir en el metro y digo... paro la música y me lo pongo. Y soy capaz de centrarme, aunque sea en el metro lleno de gente, de decir, venga (cierra los ojos y hace círculos con la mano que van desde ella, hacía afuera) (..)

G2P3: a mí la experiencia de dolor, yo digo lo que ellas, cuando duele mucho, mucho, es que soy incapaz de controlar las respiraciones, ni nada, es que no, y entonces, prefiero dejarlo para el momento en que yo pienso en que me puede servir. Lo que si me ha ayudado en el tema de dolor es a serenarme, a serenarme, aprovecho lo de las meditaciones, las grabaciones que nos dio BC, sobre todo por la noche, porque es mi momento, porque a lo largo del día, pues siempre estás, que no consigo centrar los pensamientos a lo mejor en lo que los tengo que centrar, y es por la noche cuando yo poniéndome los cascos, y es mi momento del día en el que estoy serena, y encima me sirve para poder relajarme, para poder dormir mejor, que también es otro problema que tengo que no puedo dormir. Entonces sí que noto que me va bien, me va bien, el tono de la voz, que me lo vayan pautando, es una cosa que no puedo hacer yo sola, yo necesito esa persona que me lo está diciendo, entonces, si no hubiera venido a lo mejor toda esa experiencia no la tendría.

G7P2: y una parte si (mira a P1) cuando nos enseñaron a...a mí esto se me ha quedado, en la respiración, ese momento en el que te llevas la mano al pecho, ese momento tranquilizador (se lleva la mano al pecho, y P1 también), yo es que lo he hecho esta mañana, eso ha sido un éxito de ese curso...

6.1.2. Visualización y relajación -TCC

Las participantes del grupo de TCC refieren que en la práctica de visualización y la relajación encuentran una estrategia para sentir que es posible controlar la experiencia de dolor (poder con ella) y hacer algo, lo que disminuye la indefensión.

G3P6: en mi caso, por ejemplo, si lo ha habido, sigo teniendo dolores, pero son muchos más suaves y lo que me ha ayudado mucho son los ejercicios de las visualizaciones, visualizarlo, a lo mejor darle...eso me ha ayudado muchísimo y con eso, la verdad es

que lo controlo...a ver, que lo controle...pero por lo menos me baja la intensidad y mejor.

G3P2: ella lo que dice es verdad, la visualización, porque bueno, no sé si debería decir esto, pero yo me subía a los palos de (-), era libre, era feliz, es una manera visualmente de subirme ahí y sentir que me liberaba, y eso me apaciguaba el dolor, he pasado de un 10% no tener dolor a por ejemplo ahora, un 70 u 80% controlar el dolor con la mente, no sólo con la medicación, o sea, he aprendido a vivir, a aceptar a no sé, mi cabeza se ha ido fortaleciendo (..)

Aquí también los audios han sido de utilidad para integrar la práctica en la vida cotidiana y sacar un espacio para cuidar de sí.

G5P3: ahora sí, la relajación pues la hago y me viene bien pero no hago todo lo que debería de hacer, pero me viene muy bien ponerme planita y escuchar la voz de DC y hacerlo, porque algunas veces cuando lo hago sin ponerme el audio, lo hago también, pero es peor, ya lo tengo aprendido y lo hago sin la voz, si no lo tengo a mano, el móvil o lo que sea, es mejor con el audio y eso si me ha venido bien (..)

6.1.3. El reto de la práctica

Practicar puede llegar a ser un reto para las participantes, dado que integrarla como parte de la cotidianidad requiere de cierto esfuerzo y disciplina. La narrativa de las participantes indica que mientras se encuentran asistiendo a las sesiones, el desarrollo de la práctica en su cotidianidad resulta más fácil.

G2P1: Y no, por el lado en que se termina el grupo y tienes un momento de...como recuerdas si lo tienes fresco, fenomenal, pero ya después, bueno, quizá en mi caso particular también el dolor ha ido en aumento, entonces ahí no he sido capaz de poder aplicarme como lo hacía cuando estaba en el grupo. Pero yo sí considero que sí ha sido positivo.

También identificamos que puede suponer un reto cuando la intención de llevar a cabo la práctica persigue la eliminación o disminución de la sensación dolorosa. Ya que al no experimentar tal cosa hay frustración, y por ende se pierde el interés y no se perciben los beneficios.

G6P5: (..) únicamente los ejercicios de relajación pero que a mí no me alivian el dolor porque yo no soy capaz de concentrarme para que realmente el dolor me desaparezca (..)

G8P5: yo he captado muy bien los conceptos, pero no los he llevado del todo a la práctica todavía, a veces intento pensar en lo que estoy haciendo, y todo eso, pero conectar todavía me cuesta mucho (la voz se le quebranta).

6.2. Aprendizajes de ejercicios y recursos

Hemos podido evidenciar algunos aprendizajes valiosos construidos a partir de la experiencia con los ejercicios y la práctica, la relajación y la postura son algunos de ellos, aunque también lo son: la pausa y mindfulness que han sido expuestas en apartados anteriores.

6.2.1. Relajación

La relajación corporal es un efecto buscado por las participantes para estar mejor, para algunas se convierte en una clave para sortear el malestar de los síntomas y para poder llevar mejor el dolor en la cotidianidad. También es posible observar que las participantes buscan y descubren diferentes elementos que puedan relajarlas (posturas, música, el sonido de los crótalos, ducha caliente, etc.) y los incorporan como parte de sus acciones de autocuidado.

G1P3: (..) en tema de relajación repito que los ejercicios si me han venido muy bien.

G3P3: yo sí, la verdad es que como decía P2, con las técnicas de relajación y eso pues por lo menos el rato para decir “me duermo y descanso un rato” es maravilloso, pues a ver, igual tengo mis dolores diarios y otros días con picos y esos días no los soporto, o sea, ni con técnicas de relajación, ni con mil historias, pero por lo menos para llevarlo a diario sí. (..)

G7P1: el ponerme música zen y tener...la hago dos veces al día, me quedo sola en mi habitación, me pongo en una postura cómoda, como BC decía, que me pusiera en una situación muy cómoda para que yo estuviera relajada y me pongo mi música y esos momentos, no pienso en nada, solamente pienso en esa música, como hacia ella con lo de las campanitas, pues parecido, y entonces me relajo cuando tengo mucha furia dentro digo “me voy” me meto a la habitación, me pongo mi música (exhala fuerte)

G8P4: pues mi experiencia de dolor cambió en que estoy más tranquila, a relajarme yo sola.

6.2.2. Postura

Ahora bien, la postura se referencia como una estrategia fácil y accesible, que puede ser empleada en cualquier momento. Algunas de las participantes la emplean para sortear algunos síntomas o el dolor en sí mismo y es una forma de cuidar de su cuerpo cuando se encuentran con algún malestar físico.

No es posible evidenciar que este aspecto sea un aprendizaje concreto del paso por las intervenciones, parece que tiene una trayectoria anterior, pues la higiene postural suele ser uno de los primeros aprendizajes de estadios iniciales del dolor. No obstante, se identifica que darse cuenta de lo que el cuerpo necesita cuando duele, y poder traer lo aprendido en otros momentos al presente, atendiendo a la propia necesidad, pueden ser aprendizajes derivados de los programas.

G3P4: (..) estaba mareada, pero mira me puse la lavadora, me acosté, como suena la musiquita, cogí y la tendí, se me caían cosas al suelo y yo ya he aprendido también muchas posturas (..)

G4P3: (..) yo a veces hago yoga y hago una postura, una postura que además me descarga todas las lumbares y las cervicales, y a veces me he quedado dormida (..)

G7P1: el ponerme música zen y tener...la hago dos veces al día, me quedo sola en mi habitación, me pongo en una postura cómoda, como BC decía, que me pusiera en una situación muy cómoda para que yo estuviera relajada

G8P4: no lo sé, porque en cuanto veo que me pongo...que veo que no me puedo mover, porque en el momento en el que digo "jope, ya tocó", entonces ya cojo, me pongo mi alfombrilla y me tumbo en el suelo y me paro...

CAPÍTULO 4. DISCUSIÓN

Puesto que esta investigación se apoya en el estudio precedente de la Dra. Torrijos-Zarcero et al. (2021) y tiene como finalidad dar un salto de lo cuantitativo a lo cualitativo, buscamos encontrar desde las narrativas recogidas qué factores terapéuticos se han encontrado involucrados en la mejoría clínica, específicamente en la aceptación de la experiencia de dolor y la mejora de la calidad de vida.

Esto es coherente con la propuesta de encontrar factores terapéuticos individuales y no tanto “paquetes de tratamiento”, que puedan ser desarrollados de una manera sensible a las necesidades individuales y al contexto actual de tratamiento tal y como propone McCracken (2020) en su revisión.

Es decir, encontrar tratamientos psicológicos que traigan beneficios clínicamente relevantes y comprender los mecanismos de acción que pueden maximizar el impacto clínico de los tratamientos (Åkerblom et al., 2021; Kazdin, 2007; McCracken, 2021).

En el artículo publicado por el equipo de Torrijos-Zarcero et al. (2021) se estudian las variables más comunes en la investigación de dolor crónico (catastrofización y aceptación) y se introducen otras más novedosas como: autoamabilidad que ha mostrado que trae beneficios relevantes para el cambio clínico y la mejoría de las participantes. Nuestro estudio busca comprender estos mecanismos en su contexto junto con otros, que intervienen en la percepción de bienestar psicológico de las personas con dolor crónico, y que no aparecen medidos cuantitativamente como son: el disfrute con la vida, la experiencia de conexión con otros, la gratitud, etc. por su papel.

En cuanto a la autocompasión, el estudio de Torrijos-Zarcero et al. (2021) de manera similar a otros (Carvalho et al., 2020a; Costa y Pinto-Gouveia, 2011; 2013; MacBeth y Gumley, 2012; Purdie y Morley, 2015; Wren et al., 2012) que sostienen que la autocompasión correlaciona negativamente con la interferencia del dolor, catastrofización (rumiación) y el malestar emocional (ansiedad y depresión). Y positivamente con aceptación del dolor y la calidad de vida en aspectos como: vitalidad, función social, afectividad, en definitiva, el bienestar (Zessin et al., 2015), podemos decir que esto es congruente con la narrativa de las participantes en los programas.

En línea con la investigación en dolor crónico en los últimos años, que considera como factores terapéuticos fundamentales en dolor crónico la flexibilidad cognitiva y la autocompasión (Davey et al., 2020), los factores terapéuticos identificados en nuestro estudio se vinculan con la flexibilidad psicológica (apertura, darse cuenta y acción comprometida en valores) y con la autocompasión.

4.1. Factores terapéuticos relacionados con la aceptación

Los resultados de este estudio, concuerdan con los encontrados en Torrijos-Zarcero et al. (2021) indican que las participantes, independientemente del grupo de intervención (MSC y TCC) en el que estuvieran, se han acercado a la aceptación de la experiencia de dolor tras los

programas: “a mí me ayudó mucho a aceptarlo, lo que decía ella de la aceptación, yo ahí me vi reflejada en que yo durante este tiempo, yo no aceptaba mi regalo, yo no aceptaba el estado en el que estaba” (TCC). “Mi aprendizaje más valioso, es aprender a vivir el día a día y aceptarme tal y como soy, y con lo que venga” (MSC).

Se observa que la aceptación se relaciona a la totalidad de los factores terapéuticos identificados y a las mejoras en la calidad de vida encontradas. Es la base sobre la que se infundan los cambios, siendo: soltar la lucha, la flexibilidad psicológica, la conexión con lo agradable (y el bienestar) y la gratitud, factores terapéuticos relacionados a la aceptación de la experiencia de dolor.

Los hallazgos de este estudio coinciden con los que reportan otras investigaciones, que concluye que la aceptación de la experiencia de dolor implica como punto de partida para poder manejarla mejor, el reconocimiento de que la cronicidad, las pérdidas y el sufrimiento forman parte de ella (McCracken y Eccleston, 2003; McCracken et al., 2004; McCracken et al., 2005; McCracken y Vowles, 2008). La aceptación implica buscar formas de vivir con el dolor, de conectar con aspectos disponibles que resultan valiosos o de recuperar áreas de experiencia inhibidas por la enfermedad (West et al., 2012). Como consecuencia la persona deja de luchar contra el dolor: “yo creo que en general todo me ha ayudado a la aceptación, aceptar el hecho de: mira estas enferma, que es algo que antes no...y no sabes si vas a volver al estado anterior, sí, no, regular, mejor, un poco mejor, es un poco aceptar la situación que estás viviendo ahora y vivirla lo mejor posible, con sus altibajos, con sus momentos, lógicamente hay momentos en que se te es más fácil, hay momentos en que es más difícil”.

Desde la perspectiva de la ACT la aceptación es un constructo que involucra principalmente aspectos cognitivos, principalmente mayor disposición por aceptar las experiencias desagradables y conductuales, una acción comprometida y basada en valores (McCracken y Vowles, 2008), los resultados de este estudio confirman tales cosas y añaden que la aceptación también se acompaña de amabilidad y de un cambio en la postura del self.

de Boer et al. (2014) recomiendan que los tratamientos en dolor crónico se dirijan a lograr mayor aceptación psicológica general, ya que disminuyen la catastrofización e intervienen la dinámica del miedo-evitación al dolor. En este estudio podemos constatar, a través las narrativas de las participantes, que la aceptación trasciende la experiencia de dolor y que los Programas han favorecido la aceptación psicológica en general.

4.1.1. No evitación experiencial

Los resultados de este estudio se suman a los de otras investigaciones cualitativas (Snelgrove y Lioffi, 2013) y cuantitativas (Zale et al., 2013), que informan de que la evitación del dolor se vincula a la expectativa de eliminar el dolor y es una estrategia de afrontamiento ineficaz, que genera altos niveles de sufrimiento.

La evitación al dolor supone el abandono de actividades diarias con el anhelo de huir o escapar de la experiencia dolorosa, lo que trae consigo altos niveles de malestar psicológico y emocional (Vlaeyen y Crombez, 2019). Lo que encontramos en esta investigación es que hay algunos factores terapéuticos que se contraponen a esta dinámica evitativa: promoviendo una mayor vinculación con actividades diarias (lo que redundaría en el manejo de la interferencia del dolor en la vida y el autocuidado); permitiendo un reconocimiento del dolor y el sufrimiento como

parte de una experiencia que puede ser compartida; e impulsando a una mayor conexión con lo agradable y el bienestar como un valor que reconecta con la vida. Aspectos que forman parte, según. Pietilä et al. (2018) del proceso de aceptar vivir con el dolor: “[el dolor sigue ahí, lo único que yo he aprendido a vivir con ese dolor](#)”.

Además, los hallazgos de esta investigación son coherentes a la perspectiva motivacional del modelo de miedo-evitación, que integra el rol de los valores personales y las motivaciones (Crombez et al., 2012). La narrativa de los grupos respecto a valores, tales como: la gratitud, sentirse valiosa y capaz, y la conexión con el disfrute, se vinculan a una mejor funcionalidad y ajuste a la enfermedad; y los factores terapéuticos como el autocuidado, contrarrestan la “espiral del hacer” que hace parte de la dinámica evitativa y de disfuncionalidad.

Por su parte, dado el importante rol de la catastrofización en la evitación y miedo al dolor (Nicholas et al., 2009; Schütze et al., 2010; Slepian et al., 2019), vale la pena señalar que nuestro estudio identifica que aspectos como: la consciencia sobre el pensamiento catastrofista y de anticipación, y la conexión con la propia capacidad, como claves en el trabajo con la evitación y la aceptación de la experiencia de dolor.

Se ha comprobado que la aceptación es un mecanismo que contrarresta las consecuencias negativas del dolor y las creencias de evitación y miedo (Ravn et al., 2018). Las narrativas de nuestro estudio coinciden con esto, la aceptación permite que la experiencia de dolor sea vivenciada con menor angustia, y que el miedo no guíe el comportamiento.

Podemos añadir que la aceptación del dolor no solo involucra aceptar las experiencias psicológicas desagradables. Vemos que el hecho de poder conectar con aspectos valiosos de sí mismas, orientarse hacia el disfrute y atender a los momentos de sufrimiento, reconociéndolos desde una posición cuidadosa y amable, son algunos de los aspectos que parten de la aceptación y se vinculan a mayor bienestar y salud mental en las participantes.

4.1.2. Soltar la lucha

Toye et al. (2013) en su meta-etnografía dejan claro que la experiencia de dolor involucra lucha. Con “lucha” nos referimos a una forma de funcionamiento dirigido a eliminar el dolor a través de estrategias de evitación y control. En este estudio, encontramos que lo opuesto implica “soltarla” a partir del reconocimiento de su ineficacia, darse cuenta del incremento de sufrimiento que conlleva cada nuevo fracaso lo que en últimas implica aceptar el dolor: “[yo no aceptaba y creo que eso también aumenta más el dolor \(..\) aparte de lo que supone, encima no aceptas, no quería entender que ya no iba a hacer muchas cosas](#)”.

Soltar la lucha libera a la persona de la exigencia de evitar la experiencia de dolor o sustituirla por otra en la que no aparezca, lo que paradójicamente reduce su nivel de sufrimiento. En nuestro estudio este aspecto se manifiesta bajo la forma de aceptar la experiencia tal y como se presenta, reconocerla e incluso explorarla con el fin de encontrar maneras de hacerla más tolerable. Este aspecto coincide con lo que Anarte et al. (2001) y Moretti (2010) consideran creencias que inciden en la percepción y el afrontamiento del dolor. Saber que el objetivo no es eliminar el dolor facilita soltar la lucha: “[nos dijeron: ‘aquí no venimos a que se os quite el dolor’ fueron muy, muy claras, sabemos que eso era verdad](#)”, “[cambios en el dolor no ha habido, físicos no ha habido porque es cierto es lo primero que nos dijeron, la magia no existe](#)”.

En este proceso de soltar la lucha – dirigirse a la aceptación-, resulta fundamental reconocer la dimensión crónica del dolor; saber que es algo con lo que hay que vivir es necesario para que sea posible impulsar el cambio (McCracken et al., 2004; Rogers, 2000): “lo que sí ha cambiado en mí es de empezar a asimilar que esto probablemente ha venido para quedarse (..) no lo veo todavía, pero lo miro desde otro punto de vista”.

Se trata de un proceso fluctuante en el que la expectativa de eliminar el dolor no siempre se deja a un lado, y en ese sentido observamos (aunque con menos frecuencia) que algunas participantes mantienen una lucha infructuosa vinculada a la dinámica evitativa que las desgasta emocional, psicológica y físicamente (Crombez et al., 2012; González et al., 2010): “los ejercicios de relajación pero que a mí no me alivian el dolor porque yo no soy capaz de concentrarme para que realmente el dolor me desaparezca, no sé yo, el dolor es constante y es lo que me recuerda que estoy fastidiado constantemente”.

De manera similar a estudios como el de West et al. (2012) encontramos que soltar la lucha y todo lo que implica, fortalece recursos resilientes para el afrontamiento del dolor en la medida en que dirige hacia la aceptación del mismo: “el dolor sigue ahí, lo único que yo he aprendido a vivir con ese dolor (..) voy avanzando mucho psicológicamente porque me está enseñando a vivir con ese dolor”.

4.1.3. Flexibilidad psicológica

Dada la relación que mantiene con la aceptación y la autocompasión (Åkerblom et al., 2021; Davey et al., 2020; Emmerich et al., 2020) la flexibilidad psicológica aparece como un potente factor terapéutico en esta investigación. En sintonía con otros estudios (Hayes et al., 2011; Hayes et al., 2012; Pincus y McCracken 2013; Sturgeon, 2014) las narrativas de las participantes informan que tras las intervenciones hay más apertura, sintonía con el presente y puesta en marcha de acciones basadas en valores. Esto permite llegar a dar sentido a su experiencia, sortear las dificultades con mayor efectividad y tolerar el dolor, lo que deriva en menor interferencia del dolor en la vida diaria (Gentili et al., 2019): “no centrar tu vida en el dolor, yo había mucho en lo que centraba mi vida en el dolor, es decir: depende de cómo me levante hoy, como estoy hoy, hago hoy esto o no (..) ahora intento cambiarlo y decir: hoy voy a ir a comprar unas botas, no me gusta comprar, pero tenga o no tenga dolor, porque es verdad que, aunque tenga dolor, por estar sentada en mi casa no voy a dejar de tener dolor”.

4.1.3.1. Apertura y defusión cognitiva

Lindsay y Creswell (2019) señalan que la apertura se observa formando parte de una postura que implica no juicio y receptividad (aceptación), incluso cuando la experiencia es desagradable o indeseada. En este sentido, evidenciamos esta postura por parte de las participantes tras las intervenciones, el dolor en tanto que experiencia desagradable, es “atravesado” desde otro lugar: “yo creo que cambia en que, aunque este álgido el dolor, no me agobia”.

En línea con lo anterior, sabemos que la apertura a la experiencia también se relaciona a la defusión cognitiva. Existen estudios que evidencian cuantitativamente que las intervenciones basadas en Mindfulness y Aceptación (Yu et al., 2017) o cognitivas conductuales (Åkerblom et al., 2021) facilitan este proceso de flexibilidad cognitiva. Los hallazgos de nuestra investigación

confirman lo anterior desde un enfoque cualitativo; se evidencia en las narrativas que el paso por las intervenciones ha permitido a las participantes establecer mayor distancia entre ellas y el dolor: “el dolor sigue ahí, el dolor está ahí, pero ya lo ves un poco a distancia, un poquito, es lo que yo he sacado del grupo (..) lo asimilas un poco más”.

También existe evidencia acerca de que la fusión cognitiva (proceso contrario a la flexibilidad) es un mecanismo que subyace en la catastrofización, bajo la forma de un tipo de pensamiento automático, magnificante, rumiante, dicotómico e indefenso que es tomado como un reflejo de la realidad (Hayes et al, 2006; McCracken y Morley, 2014). Las intervenciones cuyos efectos estudia esta investigación permiten construir recursos que contrarrestan la catastrofización (algo que será mostrado ampliamente más adelante), siendo la consciencia metacognitiva el recurso que resulta más prominente.

4.1.3.2. Sintonía con el momento presente

La sintonía con el presente es uno de los procesos asociados a la flexibilidad psicológica y un aprendizaje fruto del Programa de MSC que las participantes consideran valioso dado que les ha permitido desarrollar recursos para manejar la experiencia de dolor desde: la consciencia de estar en un momento de sufrimiento, conectar con la intención de saborear experiencias cotidianas, cultivar la consciencia no elaborativa y con poco juicio, y orientarse a aceptar lo que la experiencia ofrece:

Coincidiendo con la literatura (McCracken y Velleman, 2010; Yu et al., 2017) la sintonía con el momento presente facilita la aceptación del dolor y la “integración” del hecho de estar enferma, como parte de la experiencia del presente; permite tomar cierta perspectiva del dolor y contextualizar el self: “un poco centrarme en el ahora, y aceptar “mira, estás enferma”, que te entre en la cabeza y que no pienses en lo que vendrá y no vendrá, o lo que fue, tu concéntrate en el aquí y el ahora”.

Las investigaciones cualitativas muestran una amplia evidencia que demuestra que uno de los impactos más agresivos del dolor en la vida de la persona se relaciona con el impacto que ejerce el dolor en el sentido del self (Crowe et al., 2017; Devan et al., 2018; Lennox et al., 2019; Toye et al., 2017). Nuestro estudio permite señalar que, tras las intervenciones las participantes desarrollan recursos que les han permitido desidentificarse del dolor y descentrarse de él: “no tratarse tan mal y eso que yo suelo ser una persona que a mí misma siempre me estoy haciendo poco, no sé cómo decirlo, entonces intentar ver un poco lo bueno de ti para no ver solo la fase del dolor”.

Uno de los principales recursos es la sintonía con el presente, en línea con Devan et al. (2018) que afirman que intervenciones centradas en el autocuidado y la aceptación, alcanzarán efectos en la conextualización del self, encontramos que la autoamabilidad, la disminución de la autocrítica, sentirse valiosa y el autocuidado son recursos facilitadores.

Atendiendo a la definición de McCracken y Velleman (2010) respecto al “yo contextualizado”, evidenciamos que algunas de las participantes logran abandonar atributos de sí mismas que en algún momento les caracterizaban, para seguir adelante con la vida: “yo me exigía tanto ¿os acordáis de la perfeccionista? (pregunta al grupo) bueno, pues ya no soy tan perfeccionista, ya me he ido un poco yo misma a raíz de esto, he tenido que aprender”.

4.1.3.3. Acción basada en valores

La conexión con los valores al centrarse en la acción, resulta ser uno de los aspectos de la flexibilidad psicológica/aceptación, con mayores efectos terapéuticos en personas con dolor crónico en cuanto a la interferencia y la funcionalidad (McCracken y Keogh, 2009; Miró et al., 2018). Nuestros resultados son coincidentes con la perspectiva de que la acción basada en valores implica esfuerzos persistentes por alcanzar objetivos, que son sostenibles en la medida en que conectan con aspectos valiosos y dan un sentido diferente de sí mismas (McCracken y Morley 2014; Åkerblom et al., 2017): “*porque para mí el reto es seguir activa, ese es mi reto seguir activa, entonces estaba de baja por la porra de pastillas esas, y ahora he vuelto a trabajar y estoy contenta*”.

Nuestros resultados coinciden con otros estudios cualitativos que exploran la experiencia de dolor tras intervenciones terapéuticas (Huet et al., 2009) y sostienen que la acción basada en valores se asocia a estrategias de autocuidado, como ajustar el propio ritmo, vincularse a actividades de la vida diaria, y la conexión con actividades y tareas valiosas, aspectos que se mantienen tras los tratamientos: “*me he dedicado a escribir cosas para niños, aprendes otras cosas, otros hobbies, disfruto mucho más del campo tengo un perro, lo paseo, bueno, me saca él a mí evidentemente (el grupo se ríe) (..) me gusta cocinar y como estoy más tiempo en casa pues...y antes odiaba cocinar, vas sacando otras cosas de tí*”.

Lennox et al. (2019) afirman que la acción basada en valores se asocia a una percepción mayor de coherencia y reconocimiento de sí misma y estudios como el de Devan et al. (2018) a la autoeficacia. De la narrativa de las participantes se infiere que, tras los programas, se recuperan aspectos perdidos a causa de la enfermedad y se despierta el deseo por explorar nuevas actividades: “*fue a raíz del grupo, ellas como que me dieron el empujoncito. Gracias a ellas y sus charlas fue cuando yo por fin como que reaccioné un poco (..) me insistían que entrara al huerto y yo me negué, pero cuando fui a la terapia con las doctoras, a la cuarta terapia ya llamé y me presenté, me aceptaron de muy buen ver, de muchas ganas, y sigo con ellos*”.

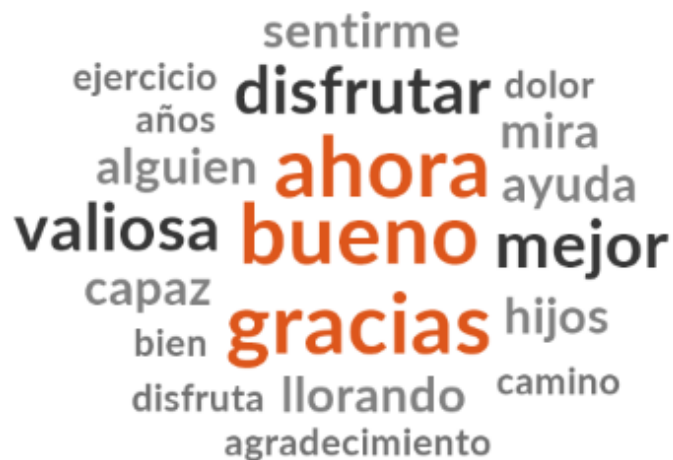
La investigación muestra que la acción basada en valores resulta ser una de las dianas terapéuticas en dolor crónico, independientemente del enfoque de la intervención (Miró et al., 2018; McCracken y Velleman, 2010). Los dos programas que forman parte de este estudio promueven esta forma de funcionamiento desde diferentes lugares. La narrativa de las participantes de TCC indica que la conexión con los valores se vincula principalmente a lo que podría denominarse ‘modo de hacer’, y esto queda reflejado en las palabras más frecuentes que aparecen en la categoría de conexión con valores de este grupo.

Figura 15. Frecuencia de palabras en conexión con valores, grupos de TCC



Por su parte en las participantes de MSC encontramos que la conexión con los valores se relaciona más con lo que podríamos denominar 'modo de ser'. De forma que vincularse a emociones agradables es lo que más ayuda a dirigirse a acciones basadas en valores.

Figura 16. Frecuencia de palabras en conexión con valores, grupos de MSC



Estos hallazgos son congruentes con la propuesta terapéutica de cada Programa. En el programa MSC se trabaja la conexión con los valores desde una perspectiva fundamentalmente emocional: la gratitud, generosidad, colaboración, altruismo (Davey et al., 2020; McGehee et al., 2017). En la TCC se trabaja desde una perspectiva más conductual, a través de la identificación de actividades y acciones que pueden conectar con el bienestar y la conexión con la autoeficacia (Åkerblom et al., 2021). No obstante, desde ambos lugares se impulsa la acción comprometida y basada en valores.

Finalmente, coincidimos con Carvalho et al. (2020a) quienes indican que responder a situaciones difíciles de la vida con calidez y cuidado (en lugar de dureza y autocrítica) se relaciona con la acción comprometida y basada en valores.

4.1.4. Conexión con el disfrute y el bienestar

La conexión con el disfrute, con emociones agradables y el bienestar hacen parte de los mecanismos resilientes al dolor crónico (Goubert y Tromppeter, 2017; Turk et al., 2008) y ha sido identificado en nuestro estudio principalmente como un valor para las participantes.

Los resultados de nuestro estudio coinciden con lo que Lindsay y Creswell (2014) concluyen respecto a que la conexión los valores deriva en más capacidad autocompasiva, moviliza a comportamientos prosociales y conecta con emociones agradables. En concreto evidenciamos que las participantes tras las intervenciones reconectan con aspectos valiosos de su vida (perdidos por el dolor), despiertan emociones agradables y ponen en marcha comportamientos prosociales: “más alegría, volver a sonreír, yo en el huerto vuelvo a hablar con los abueletes, me encanta, era mi trabajo, salgo al medio día a ver los huertos y me encanta eso de las plantas, que yo no hacía eso en años”.

Investigaciones como las de Kranz et al. (2010) y Hopper et al. (2016) señalan que el bienestar de personas con dolor crónico se encuentra estrechamente relacionado con el desarrollo de actividades valiosas (aspecto del que se presupone una actitud de aceptación al dolor) y que despiertan emociones agradables. En nuestro estudio la conexión con el disfrute se vincula al desarrollo de actividades valiosas, y también, a poder conectar con las experiencias identificando aspectos traen cierto placer y bienestar: oler un perfume, contemplar una flor, observar lo que hacen los hijos, flotarse una crema, etc. Lo que desde la perspectiva de Sturgeon y Zautra (2013) se identifica como uno de los mecanismos de resiliencia al dolor crónico.

En 2008 Turk et al. ya identificaban en las narrativas de personas con dolor crónico, la importancia de conectar con el disfrute de la vida y el bienestar emocional como los aspectos más valiosos de vivir con el dolor. De manera coincidente las narrativas de las participantes indican que tras las intervenciones han podido contactar con emociones agradables que han supuesto un cambio en su forma de ser y estar en la vida: “no era como antes que estaba todo el día nerviosa en casa, mi familia no me había visto sonreír en años, ahora vuelvo a sonreír por lo menos, vamos mi familia está encantada, mis médicos están encantados, esta todo el mundo diciéndome que qué me ha pasado”, teniendo esto un notable impacto en la relación con los demás.

La conexión con el disfrute es un factor terapéutico específicamente asociado a la disminución del sufrimiento y el aumento del bienestar, un aspecto que es reconocido como una necesidad por las participantes. Goubert y Tromppeter (2017) lo reconocen como una necesidad psicológica imperante en personas con dolor crónico, lo que se confirma a la luz de algunos estudios cualitativos (Turk et al., 2008; Huet et al., 2009). En nuestro estudio evidenciamos en las participantes el anhelo por conectar con cierta “livianidad” y placer que permitan vincularse a lo agradable y el disfrute, como una necesidad: “empiezas con una chorrada y al final terminas con una sensación de disfrute...yo estoy cansada de estar triste, estoy cansada”.

Burch y Duff (2012) propone la búsqueda del placer y lo agradable como un tesoro, ya que involucra el descubrimiento de saber que, aunque la experiencia sea desagradable puede haber algo placentero con lo que sea posible conectar. Este aspecto es importante en nuestro estudio dado que se ve relacionado con el saboreo de la experiencia del que dan cuenta algunas de las

participantes de nuestro estudio: “empiezas a disfrutar de otras cosas que...pues que existen y otros no ven tampoco, se lo pierden (se ríe y mira a sus compañeras) ¡de verdad!”.

Saborear la experiencia del presente, es uno de los aspectos promovidos en las Intervenciones Basadas en Mindfulness y Aceptación (Burch, 2015; McGehee et al., 2017). La narrativa de algunas de las participantes del MSC, ha permitido constatar que la conexión con el presente es una vía que favorece el disfrute de las experiencias: “creemos que vamos a disfrutar cuando llegemos a la meta y se te olvida disfrutar del camino, o sea del camino en sí, porque llegar a la meta, llegas y ‘pum’...siempre vienes como esperando a que llegue algo más, y algo más para poder disfrutar, para poder tranquilizar: ‘cuando pase esta época de tal, y cuando lleguen las vacaciones...entonces...’ no, mira, lo mismo cuando llegue...disfruta de esto, es verdad que siempre vivimos pensando que vamos a ser más felices cuando llegue algo que no sabemos si va a llegar o no, a ver si paras de soñar para que llegue aquello que es una incertidumbre que nos creamos, o una necesidad que nos creamos, o un tal y vivimos pues eso, corriendo”.

Estudios como los Kranz et al. (2010) y Yildizeli, (2018) señalan que la aceptación de que el dolor no se va a ir, es un aspecto central en el bienestar psicológico de las personas con dolor crónico. Nuestro estudio nos permite corroborar que la aceptación dirige hacia el bienestar y la conexión con la vida: “sabiendo que es un problema que tenemos, que no va a ser remediable pero que tenemos que llevarlo con dignidad y aceptarnos a nosotras mismas, que vivamos hacia los demás con más vida”.

Del análisis realizado en este estudio, se concluye que la aceptación ha resultado ser un factor generador de cambio vital, expresado con claridad por algunas participantes en ambos programas, pero especialmente en el MSC. Esto es consistente con la literatura, que considera la aceptación como un factor terapéutico indispensable que: incrementa el bienestar, disminuye el pensamiento catastrofista y la ansiedad, ayuda a manejar la interferencia del dolor y conecta con aspectos valiosos de la vida (Kranz et al., 2010; McCracken et al., 2004; Sturgeon, 2014; Yildizeli, 2018).

Las narrativas de las participantes de este estudio nos permiten señalar que conectar con lo que sienta bien es en sí mismo terapéutico, alivia el sufrimiento, genera emociones saludables y mejora la conexión con los demás. Más adelante en el apartado de autocompasión también podremos ampliar al respecto. La literatura ubica la capacidad autocompasiva como un mecanismo clave del bienestar en las personas (Barnard y Curry, 2011; Schotanus-Dijkstra et al., 2019) principalmente a nivel cognitivo y psicológico (Zessin et al., 2015).

Para finalizar Turk et al. (2008) señala que el disfrute de la vida, el bienestar emocional, la fatiga, la debilidad y los problemas relacionados con el sueño fueron los aspectos más importantes referenciados por personas con dolor crónico en cuanto a lo que consideraban importante de su experiencia de dolor.

4.1.5. Gratitud

En este estudio la gratitud emerge como un valor común a ambos grupos de intervención. La literatura informa que la gratitud es un factor de bienestar y de resiliencia (Ruiz y López, 2012; Schotanus-Dijkstra et al., 2019) que se relaciona con una actitud ante la vida en la que se aprecian los beneficios recibidos (Jans-Beken et al., 2020; Syropoulos y Markowitz, 2021). Las narrativas de las participantes de este estudio coinciden con estos supuestos, dado que la

gratitud les permite conectar con aspectos positivos de la vida y despierta emociones agradables: “yo me lo propongo todos los días ‘intenta ver todas las cosas buenas’ las veo, yo todos los días le doy gracias a Dios porque yo he tenido una enfermedad muy grave, o sea si no me la cogen, yo ahora mismo ya no estoy aquí, a pesar de todos mis dolores, a pesar de todo, tengo por qué dar gracias a Dios, poder aprovechar eso, poder disfrutar más de la vida”.

De manera similar a otros estudios encontramos que la gratitud permite conectar de forma diferente con lo que hay y genera una disposición emocional de mayor conexión con el bienestar (Lathren et al., 2018), aporta alivio, conexión y amabilidad a la experiencia, especialmente cuando es difícil, aspectos que han sido vinculados en estudios como el de Rao y Kemper (2017) a la capacidad autocompasiva.

Cabe decir que las intervenciones basadas en la compasión trabajan valores como la gratitud y la conexión con el disfrute, como aspectos que se vinculan a “abrazar” lo bueno de la vida, pues parte de la capacidad autocompasiva se vincula precisamente a poder reconocer y disfrutar de las experiencias positivas (Germer y Neff, 2019; McGehee et al., 2017): “me ha cambiado, me ha cambiado la forma de ver la vida, que sí, que ya lo sé que no se va a ir el dolor...voy a ir a peor, son cosas degenerativas, que tengo una enfermedad que tal, pero bueno, también hay mucha gente, nos enseñaron a respirar, y no todo el mundo tiene la misma oportunidad que tuvimos nosotras, porque a mucha gente que se lo he comentado le hubiera gustado estar en ese grupo”.

También sabemos que en MSC la gratitud se trabaja para conectar con aquellos aspectos valiosos de sí mismas (autoaprecio), que de alguna manera han sido desarrollados por la presencia de figuras de importancia en la vida (Germer y Neff, 2019), algo que aparece en las narrativas de algunas participantes: “te centrabas en una persona o bien que había influido en ti o que querías agradecer (..) a mi me pareció muy significativo, yo pude en ese ejercicio transformarlo, quizá le doy gracias, por lo bueno que sacó de mí, que yo a partir de eso fui una niña muy trabajadora, muy responsable de mí misma, quizá obsesiva con tener las cosas a tiempo “esto tiene que ser así y asá” y para mi fue en beneficio”.

También la gratitud es un factor terapéutico que se vincula a la disposición de dar y recibir ayuda, en este sentido es una emoción profundamente social que se asocia a mejoras significativas en la salud mental en general y potencializa conductas prosociales (Kindt et al., 2017; Lee et al., 2019). Evidenciamos en nuestras participantes que la gratitud dispone hacia el bienestar emocional y psicológico (Emmons y Crumpler, 2000; Jans-Beken et al., 2020).

A manera de conclusión de los factores terapéuticos relacionados con la aceptación de la experiencia de dolor, podemos señalar que los factores identificados se relacionan con lo que Goubert y Trompeter (2017) identifican como mecanismos de resiliencia vinculados a lo que denominan “espiral de sustentabilidad”. La actividad basada en valores, las emociones agradables y el bienestar psicológico y social, son aspectos que han facilitado ambas intervenciones y a los que se dirigen las narrativas de las participantes de este estudio.

Asimismo, el estudio pone de manifiesto que las participantes han conseguido encontrar una mayor sintonía con el presente, áreas de descentramiento y desidentificación con la experiencia de dolor, mayor apertura a las experiencias y menor evitación experiencial; aspectos que se asocian a mejoras en la salud mental y la calidad de vida (Åkerblom et al., 2021;

Davey et al., 2020; McCracken y Morley, 2014) y de lo que se infiere que, tras su paso por los programas, cuentan con recursos capaces de proporcionar una mayor flexibilidad psicológica.

4.2. Factores terapéuticos relacionados a la calidad de vida

En nuestro estudio evidenciamos que los principales cambios en la calidad de vida de las participantes tras las intervenciones se reflejan principalmente en su salud mental, en el manejo de la interferencia del dolor en la vida, la vitalidad y en la función social, coincidiendo desde las narrativas lo que el estudio cuantitativo previo obtuvo como resultados (Torrijos-Zarcero et al., 2021).

Entendiendo que la calidad de vida se relaciona en gran medida con la percepción subjetiva de bienestar o malestar en relación a los diferentes aspectos la vida (Theofilou, 2013), observamos que, tras las intervenciones, las participantes perciben mejoría y bienestar psicológico, en el sentido de estar “reforzadas” mentalmente: “he aprendido a vivir, a aceptar a no sé, mi cabeza se ha ido fortaleciendo”, “a mí me ha hecho mucho en la mente, tengo que reconocer que, en la mente, me ha aportado mucho este curso”.

Los factores terapéuticos aquí encontrados, apuntan a lo que Turk et al. (2016) reconocen como factores psicosociales claves en el funcionamiento de personas con dolor crónico; mecanismos de afrontamiento adaptativos al dolor crónico, en los que la aceptación de la experiencia de dolor y la autocompasión se presentan como bases para responder a un momento de sufrimiento.

De manera similar a Torrijos-Zarcero et al. (2021) dentro de las mejoras en salud mental identificamos la disminución de la catastrofización con menor pensamiento rumiativo, la disminución de la magnificación y el desarrollo de una actitud proactiva que disminuye la indefensión (el dolor deja de controlar y guiar las experiencias), mejor regulación emocional y mayor bienestar emocional y afectivo.

4.2.1. Disminución de la catastrofización

La narrativa de las participantes nos permite constatar desde un enfoque cualitativo que ambas intervenciones inciden en la disminución de la catastrofización (Torrijos-Zarcero et al., 2021).

Ya sabemos que la disminución de la catastrofización ha sido el foco terapéutico de la mayoría de las intervenciones psicosociales en dolor crónico, las estrategias dirigidas hacia la proactividad y la disminución de la indefensión, soltando la creencia de algo incontrolable y mejorando la metacognición son factores de las intervenciones (Ziadni et al., 2018; Sun et al., 2017) que coinciden con los resultados de este estudio.

Investigaciones previas señalan que uno de los principales efectos de las intervenciones psicológicas en dolor crónico se relaciona con la disminución del pensamiento rumiativo y la preocupación en relación al dolor (Emmerich et al., 2020; de Boer et al., 2014; Veehof et al., 2016). *Darse cuenta y la metacognición* (defusión cognitiva) son factores terapéuticos que contrarrestan este tipo de pensamiento (Schütze et al., 2019). En análisis cualitativos previos (Schütze et al., 2017) encontramos que lo que aparece bajo la forma de un “darse cuenta” del pensamiento, soltar la creencia del dolor como algo incontrolable y dañino, y llevar la atención

a lo que es posible hacer (proactividad), son aspectos que se constatan en el discurso de las participantes: “soy más consciente de esos pensamientos, pero no era consciente hasta que empezamos a hacer las prácticas en este grupo, para mí eso es muy importante porque es desgastante, ¡es desgastante! Es todo el tiempo: “fun, fun, fun” ‘ay que yo podría, que yo quisiera, y si no estuviese así, y si...’ o de repente imágenes de tus amigos concretando cosas y tú, y tu aquí...el ser consciente, simplemente el ser consciente y poder decirles: basta, aporta energía, te aporta energía y yo creo que eso también fue valioso”.

Aunque las dos intervenciones (TCC/MS) inciden de forma diferente sobre la consciencia del pensamiento (reestructuración cognitiva/defusión cognitiva), en su base podemos distinguir que ambas fortalecen las capacidades metacognitivas. La consciencia del pensamiento, es decir, la metacognición (como se ha explicado anteriormente) se ha identificado como un factor terapéutico fundamental, que permite a las participantes de ambos grupos observar y soltar el pensamiento rumiativo: “salir de esa ruedita de hámster donde estaba metida y de los pensamientos que podía yo tirarme a mí críticamente (..) pensar conscientemente (..) esos pensamientos que te sabotean, ser consciente de ellos, y poder decirles: no, basta”.

El pensamiento rumiativo, descrito por las participantes con frases como: “la rueda de la mente” o “ruedita de hámster se percibe como un tipo de pensamiento repetitivo, intrusivo, que interfiere de alguna manera en su bienestar y se orienta a eliminar el dolor, coincidiendo con lo que la literatura describe al respecto (Schütze et al., 2017; Wong et al., 2014) : “qué me está pasando, qué me está pasando”, “por qué a mí”, “esto nunca va a acabar, nunca seré normal”, “como me duele, como me duele”.

Schütze et al. (2017) identificaron, en la narrativa de personas con dolor crónico, cierta utilidad del pensamiento rumiativo asociado a la búsqueda de soluciones a los problemas, que era útil cuando el “objetivo” no era eliminar el dolor. En nuestro estudio no ha podido evidenciarse.

Sabemos que la catastrofización aparece como anticipación de las consecuencias negativas que puede tener el dolor (Craner et al., 2016; Nicholas et al., 2009). En nuestro estudio la *disminución de la anticipación* de un futuro catastrofista es un factor mediador que ha permitido disminuir la ansiedad y mejora la regulación emocional: “no irme al futuro siempre de ‘me agobio, me agobio’ me entra muchísima ansiedad, yo he controlado muchísimo la ansiedad con este grupo”.

Pincus y McCracken (2013) señalan que la *magnificación* es una valoración anticipada del dolor, en la que se sobredimensionan sus consecuencias y su sintomatología. En nuestro estudio se ha identificado que un recurso valioso para trabajar con este tipo de pensamiento es la no anticipación: “centrarme un poco en el momento que estoy viviendo ahora, dejar de pensar quizá un poco en lo que hacía cuando no estaba enferma”.

La *indefensión* aparece en el contexto de dolor crónico como la incapacidad para predecir y manejar el dolor, externalizando el locus de control de la experiencia; en este sentido, encontramos que el *sentirse capaz* es un factor terapéutico asociado a su disminución.

Diferentes estudios sustentan que la autoeficacia es una de las creencias claves del afrontamiento del dolor, que contrarresta la indefensión ante el dolor (Anarte et al., 2001; Burke et al., 2015; Edwards et al., 2016). En nuestro estudio, al igual que otros cualitativos (Devan et al., 2018; Holtrop et al., 2019; Rolbiecki et al., 2017; Snelgrove y Lioffi, 2013)

encontramos que la conexión con la propia capacidad es un factor terapéutico que permite a las participantes poder estar con el dolor y seguir adelante con la vida: “he pasado de un 10% no tener dolor a por ejemplo ahora, un 70 u 80% controlar el dolor con la mente, no sólo con la medicación, o sea, he aprendido a vivir, a aceptar a no sé, mi cabeza se ha ido fortaleciendo”.

West et al. (2012) encuentran, a partir de las narrativas de personas con dolor crónico, que uno de los factores más potentes de la adaptación y resiliencia al dolor es poder reconocer la propia fuerza. De manera similar, encontramos que las participantes se movilizan a poder reconocer su propia fuerza, cultivando la sensación de sentirse capaz sin negar su vulnerabilidad: “también te puedes dar cuenta de lo fuerte que eres (..) ves que hay veces que te ves como muy ‘ñoño’, y hay veces en que te ves como fuerte”.

En la metasíntesis de Crowe et al. (2017) se identifica que las personas con dolor crónico tienden a querer controlar la experiencia de dolor lo que paradójicamente se relaciona con una percepción de incontrol (indefensión). De manera similar en nuestro estudio hemos podido evidenciar que el anhelo por controlar la experiencia de dolor (queriendo eliminarlo): “entonces intento, y a veces digo: voy a relajarme, pero es imposible, imposible porque me duele más todavía”, resulta en una estrategia ineficaz que nada tiene que ver con sentirse en la capacidad de poder con él: “entonces que no me obstaculice, que no conduzca mi vida el dolor, sino que yo lo controlo”.

Además, constatamos de manera similar a otros estudios (Edwards et al. 2016 y Meints y Edwards, 2018) que la conexión con la propia capacidad es un factor adaptativo básico que permite mantener una actitud proactiva ante el malestar y el sufrimiento: “te cambia la vida, el otro día iba en el autobús y me quería marear, porque estaba así: no puedo, no puedo, no puedo. Y digo: venga, vamos a ver si podemos...es como ese cling (asemeja el sonido de los crótalos), a ver si puedo, vamos a ver si puedo”.

En conclusión, las mejoras en la catastrofización favorecen la adaptación al dolor, permiten equilibrar la respuesta ante el sufrimiento y dispone a formas de afrontamiento “activas”, disminuyendo los niveles de distrés emocional, intensidad del dolor, ansiedad, irritabilidad e interferencia (Edwards et al. 2016; Kranz et al., 2010; Meints y Edwards, 2018).

4.2.2. Regulación emocional, disminución de la ansiedad y la depresión

Encontramos que la disminución del pensamiento catastrofista como en otros estudios (Lame et al., 2005; Lindsay y Creswell, 2019; Schütze et al., 2010) se relaciona también con la regulación emocional y mejoras en la salud mental de las participantes. Cultivar la atención al presente, la consciencia sin juicios y la pausa son recursos que favorecen darse cuenta de las emociones y la atención al cuerpo para disminuir la reactividad (Goldberg et al., 2018; Kirby 2017; Wielgosz et al. 2019).

En la narrativa de las participantes identificamos que el cambio sobre la dimensión afectiva-emocional de la experiencia de dolor es un aspecto clave de la mejora en su calidad de vida. Su discurso evidencia consciencia sobre la incidencia que puede tener el estado afectivo y emocional sobre la experiencia de dolor, amplificándola y realimentando la dinámica repetitiva

de nocicepción-angustia-disfuncionalidad (Williams y Craig, 2016; Gatchel et al., 2007; Markfelder y Pauli, 2020):

- “Yo al ponerme más nerviosa los grados de dolor todavía suben más”,
- “Lo que si me ha ayudado en el tema de dolor es a serenarme, a serenarme”,
- “Y no pensar en el futuro, en qué será, o en las cosas que han pasado que me creaban muchísima angustia y muchísima ansiedad, y yo creo que esa misma ansiedad es la que muchas veces me tensa y me provoca dolor”.

En este sentido la regulación emocional se instaura como un aspecto clave en las intervenciones, aportando consciencia sobre lo que la persona puede hacer: “el dolor físico ya sabemos que no nos lo podemos quitar, pero el psíquico sí”.

Evidenciamos que, tras las intervenciones, las participantes encuentran diferentes vías para la regulación de sus emociones, las reconocen y las permiten, activando recursos que les ayudan a hacer algo con ellas (regulación): “yo tengo ciertos dolores y son terribles (..) me pongo mi música, me relajo, si tengo que gritar, grito; si tengo que llorar, lloro; porque llorar también limpia el alma, me desahogo como ellas me enseñaron a hacer”.

Permitir las emociones también facilita conectar con mayor bienestar ante la frustración, la ira, la impotencia que puede generar el dolor, cambiando la actitud de estar con otros (Barnes et al., 2018; Farb et al., 2012; Lestoquoy et al., 2017; Snelgrove y Lioffi, 2013): “es que hay veces que me duelen hasta las uñas de los dedos, entonces me da mucho cabreo, y ellas lo que me enseñaron a expulsar todo eso, pues hago eso, me meto ahí sola o me voy afuera en el huerto donde estoy, me voy fuera y empiezo a gritar como una loca ‘ahhh’ ya me tranquilizo y ahí mismo me calma la tensión, no era como antes que estaba todo el día nerviosa en casa, mi familia no me había visto sonreír en años”.

En apartados anteriores identificábamos que la “pausa” (en tanto auto observación) es un recurso que facilita a las participantes la regulación de sus emociones (Sturgeon, 2014; Zorn et al., 2020): “te das cuenta, te vas vigilando un poco más a ti misma, cómo estas...te das cuenta que: me estoy metiendo con los niños, los pobres, qué culpa tienen de mi dolor, entonces paras”.

Nuestros resultados nos permiten constatar los hallazgos de Torrijos-Zarcero et al. (2021) desde un enfoque cualitativo respecto a la *mejora de la ansiedad*. Evidenciamos que la aceptación permite reconocer la ansiedad como parte de un momento de sufrimiento: “asimilar que esto probablemente ha venido para quedarse, entonces, algo que al principio en mi generaba ansiedad, la sigue generando, pero, no sé, como que ahora lo miro de otra manera”. “aceptarlo, y tratar de mitigarlo, pero tampoco agobiarme si no mitigo, si me agobio pues no consigo nada”.

Y que la autocompasión activa una actitud proactiva y de autocuidado que favorece la puesta en marcha de diferentes recursos que ayudan en el manejo de la ansiedad (Macbeth y Gumley, 2012): “estaba sola ayer en mi casa cogí lo que te digo, un cojín y me volví a acostar un poquito, hice unas cuantas respiraciones porque tenía ansiedad encima, hice las respiraciones y cuando eso, cogí y me envolví”.

Esto es un hallazgo importante a la luz de que la ansiedad es uno de los trastornos con mayor comorbilidad en dolor crónico y se asocia a altos niveles de malestar emocional y sufrimiento (Gatchel, 2004; Junghans et al., 2020).

En cuanto a la *depresión* en el estudio de Torrijos-Zarcero et al. (2021) encontraban mejoría en las escalas de depresión HADS, y en la narrativa de las participantes también encontramos esta mejoría, vemos mayor conexión con la calma y con los demás. Ya sabemos que las intervenciones basadas en Mindfulness son eficaces en la disminución de la depresión en dolor crónico (Day et al., 2019; Jong et al., 2018; Khoo et al., 2019). Aunque muchas de ellas ya han sido discutidas en apartados anteriores y siguientes, se considera importante poder precisarlas, con lo cual, evidenciamos (Gatchel et al., 2007; Linton y Bergbom, 2011; Nicholas et al., 2009):

- Cambios en su estado emocional y conexión con emociones agradables: “el estado de ánimo, el humor, no descargo y no quito que tenga días todavía en los que sigo siendo...no voy a decir, agresiva, pero sí muy sensible (..) tengo momentos en los que las lágrimas no han desaparecido, esas son imposibles. Pero sí que estoy más tranquila, mas... ¿cómo explicarlo? antes estaba muy irritable, o sea todo me parecía mal, todo me sentaba mal, aún lo bueno, no había momento en que yo encontrase un poco de paz, o sonrisas, incluso cuando estaba con mi familia, estaba siempre muy nerviosa, muy triste, hoy no puedo decir lo mismo”,
- El desarrollo de una actitud proactiva y de autocuidado ante situaciones difíciles y de sufrimiento: “ayer que pase un día muy mala, yo tengo un problema de mareo, ya no es que me den mareos por las cervicales, sino encima por los oídos también tengo, estaba mareada, pero mira me puse la lavadora, me acosté, como suena la musiquita, cogí y la tendí, se me caían cosas al suelo y yo ya he aprendido también muchas posturas”,
- Disminución de la indefensión y conexión con la su capacidad (autoeficacia): “te puedes dar cuenta de lo fuerte que eres, porque hay casos menores, y mira yo lo estoy llevando, estoy ahí entremedias, que ves que hay veces que te ves como muy “ñoño”, y hay veces en que te ves como fuerte” y
- Y mayor percepción de apoyo social, derivada de la experiencia de grupo.

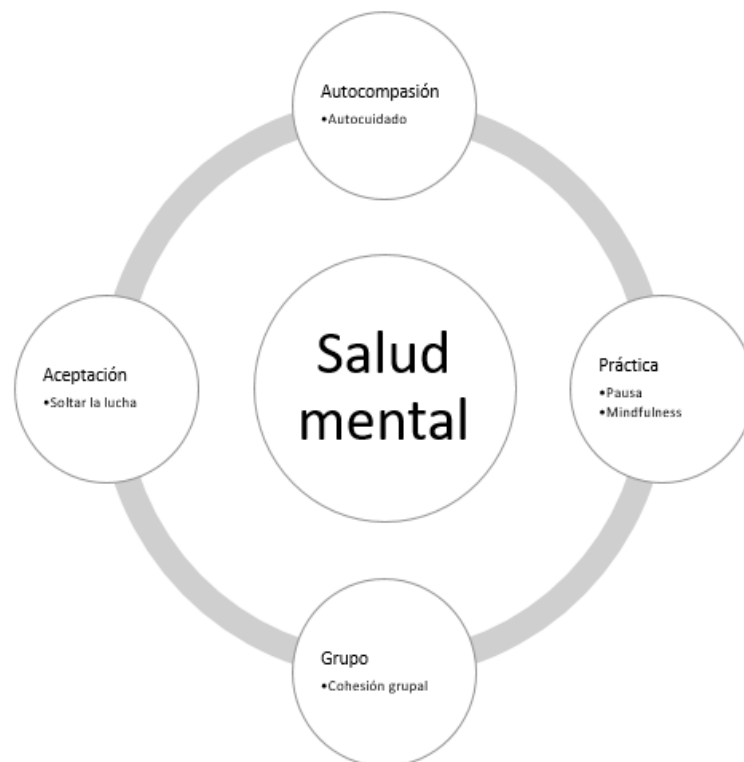
En definitiva, la narrativa de las participantes nos permite inferir una menor sintomatología depresiva e interferencia del dolor en su vida y (aunque sobre esto se ampliará en el siguiente apartado) un menor aislamiento (Turk, 2005; Stewart y Yuen, 2011; Vanhaudenhuyse, 2018): “yo estaba encerrada en mi casa ocho años, yo salía a hospitales exclusivamente, a médicos, a hospitales, yo no salía a la calle, no me conocía nadie. Y ahora que me ven y digo donde vivo me dicen: madre mía, yo vivo al lado que si no te veo...me ha cambiado”.

En nuestro estudio encontramos disminución de las ideas de *suicidio*, como alternativa al sufrimiento a través de conectar con el aquí y ahora, la impermanencia de los pensamientos y de las sensaciones, y la autocompasión: “yo estaba en un momento de tal agudeza de dolor que era como (se le quebranta la voz) ‘si estoy más tiempo así, yo no aguanto’...yo trabajaba en la planta 14 y yo decía, si sigo así: ‘me tiro por la ventana’, yo no aguanto más tiempo así, entonces me decía ‘bueno, esto es temporal, esto tal’, el centrarme y el quererme, el decirme: no vas a hacer eso”. Estudios como el de Ducasse et al. (2019) señalan que la disminución de la desesperanza, la ansiedad, la depresión, la rabia, la mejora de la calidad de vida, y la conexión con emociones agradables (y la gratitud) son factores asociados a la disminución del suicidio.

Conviene señalar que las participantes manifiestan, precisamente, que sería conveniente poder desarrollar este tipo de intervenciones en estadios iniciales de su enfermedad: “si me hubiesen mandado esta terapia a poco de haber...bueno, si me hubiese venido al año o año y medio del suceso (..) no hubiese llegado a esa depresión que llegue, ni a esta situación tan...”, como algo que podría ser beneficioso para la prevención de trastornos de salud mental de alta comorbilidad en dolor crónico.

La figura 17, presenta aquellos factores terapéuticos que juegan un rol importante y predominan en la mejora de la salud mental de las participantes de acuerdo a las narrativas de las participantes.

Figura 17. Factores terapéuticos que inciden en la mejora de la salud mental de acuerdo a la narrativa de las participantes



Nota: estas relaciones han podido ser evidenciadas a partir de las matrices de codificación extraídas del tema de salud mental. Los factores terapéuticos aquí señalados son los más predominantes de todas las relaciones encontradas.

Finalmente, nuestros resultados también son coherentes con el planteamiento de Schotanus-Dijkstra et al. (2019) quienes señalan que aspectos como: la conexión con emociones agradables, la conexión con la propia fuerza, el optimismo, la autocompasión, la resiliencia y las relaciones positivas son mecanismos de bienestar y salud mental que contrarrestan la ansiedad y la depresión.

4.2.3. Manejo de la interferencia del dolor en la vida

La interferencia del dolor en la vida es un indicador del nivel de impacto que puede llegar a tener el dolor sobre las actividades de la vida diaria. En la narrativa de las participantes es posible evidenciar que la gestión de la interferencia del dolor es un aspecto importante del

bienestar y la calidad de vida, que no se asocia en todos los casos a niveles altos de funcionalidad (Schwartzmann, 2003).

Dos de los aspectos más facilitadores de la gestión de la interferencia son el trato amable y el autocuidado. Ambos se han vinculado principalmente al manejo de la interferencia del dolor en la vida laboral y dan cuenta del rol que la capacidad autocompasiva puede llegar a tener en la interferencia del dolor en la vida.

Respecto al trato amable, la disminución de la voz autocrítica y soltar la exigencia, disminuyen la culpa asociada a no poder tener un rendimiento al mismo nivel que antes de encontrarse limitadas por el dolor (Purdie y Morley, 2016): “la gente se queda a trabajar hasta las cinco y yo a las tres me tengo que ir porque no aguanto más, me voy, ya veremos a ver lo que pasa (..) lo que si tengo claro es que, si no puedo, no tengo porque tener cargo de conciencia”.

Respecto al trato amable, la disminución de la voz autocrítica y soltar la exigencia, disminuyen la culpa asociada a no poder tener un rendimiento al mismo nivel que antes de encontrarse limitadas por el dolor (Kranz et al., 2010; Sturgeon y Zautra, 2013): “oye y fue salir del grupo, y tuve que aprender a vivir y a decir no, y a empezar a plantearme que me tenía que querer yo, más (..) es que yo no es que no quiera, es que mi cuerpo no me deja, yo me habré reforzado de la cabeza, pero el cuerpo no, no me deja” .

Ser más conscientes de lo que cada persona es capaz de hacer, en cuanto al conocimiento de sus propios límites, hace posible desarrollar una vida laboral más satisfactoria, pues permite reconocer sus necesidades de descanso, sus capacidades y planearse el trabajo desde lo que les es posible hacer y lo que no, dejando la lucha por rendir a los mismos niveles de antes de padecer el dolor crónico (Hadi et al., 2019; Grant et al., 2019).

La conexión con los valores tiene un rol importante en la interferencia del dolor en la vida. La narrativa de algunas participantes nos indican que sentirse valiosa puede llegar a ser un factor importante que ayuda a dar sentido a situaciones cotidianas aun cuando los niveles de funcionalidad (por ejemplo, física) pueden ser bajos (Crombez et al., 2012; Edwards et al., 2016): “si ahora lo único que puedes disfrutar con tus hijos es ver una película en la cama, pues disfruta, o sea, no es ese sufrimiento por ‘pues fíjate, en vez de estar de excursión con mis hijos’ o sea, pues si es esto, disfruta de eso o de...y acepta la situación...acepta”.

El estudio de Turk et al. (2008) encuentra que la conexión con el disfrute es uno de los aspectos que más se ven afectados por el dolor, destacando en las narrativas de las personas con dolor crónico como uno de los más importantes. En nuestro estudio la conexión con el disfrute ha sido un importante factor terapéutico, puesto que, además de conectar con el bienestar, favorece el aumento de la funcionalidad en diferentes ámbitos de la vida (conecta con la vitalidad): “aprendes otras cosas, otros hobbies, disfruto mucho más del campo tengo un perro, lo paseo”, “estoy como voluntaria en un huerto”, “hice una excursión aparentemente impensable”, y dirige hacia el desarrollo de conductas prosociales: “estoy hasta por Facebook”, “hablo con lo abueletes”, “los amigos ya saben lo que hay, entonces voy más tranquila”, “se preguntan que qué me ha pasado, están todos encantados conmigo”, “he empezado a dejarme ayudar”.

Esto a su vez es congruente con la literatura (Bendelin et al., 2020; Davey et al., 2020; Lindsay y Creswell, 2014; McGhee et al., 2017) que indica que las acciones comprometidas a los valores

conectan con el sentido de la vida y ayudan a mantener el funcionamiento aun en situaciones de sufrimiento, disminuyendo la interferencia del dolor en la vida.

Por otra parte, otro de los hallazgos más recurrentes de investigaciones cualitativas en la exploración de la experiencia de dolor y su impacto en la vida, se ubica en la interferencia del dolor a nivel social y familiar (Devan et al., 2018; Lew y Xin, 2021; Snelgrove y Lioffi, 2013; Toye et al., 2013; Toye et al., 2017; Turk et al., 2008). Nuestra investigación coincide con ello, encontramos que la narrativa de las participantes indica que gran parte de la interferencia del dolor en este ámbito se deriva de la percepción de incomprensión, desencadenando emociones difíciles como el enfado, la rabia, dificultando la comunicación y la conexión con otros, en últimas, aumentando el aislamiento.

Coincidiendo con la literatura (Escudero-Carretero et al., 2010; Rodrigues-de-Souza et al., 2016; Snelgrove y Lioffi, 2013; Toye et al., 2014) encontramos que en algunos casos esta incomprensión viene dada a causa del desconocimiento sobre el dolor crónico como enfermedad, los síntomas, etc.: “mi hija dice que soy una vaga porque me la paso en la cama”, “tu familia no entiende los cambios en tu estado de ánimo”, “no entienden esta necesidad de que tienes que dormir, como un bebé que se queda dormido mientras le dan la comida”.

Permitiéndonos identificar que una posible vía de trabajo para la mejora de la interferencia social y familiar, puede ser involucrar a las familias en procesos de psicoeducación del dolor crónico, aspecto que también ha sido referenciado por las participantes como una mejora en algunos grupos: “que fuera la familia, que ellos también tuvieran un día de terapia para que nos entendieran a nosotros (..) la situación en la que vivimos nosotras porque muchas veces: jolín es que ya te estas quejando, jolines otra vez con dolor, jolín ¿otra vez te duele?, oye ¿salimos, tú crees que podrás”, es como decía BC no es lo mismo decir “Hola, buenas tardes” (con tono amable), a decir “Hola, buenas tardes” (con tono de enfado), no es el mismo contenido”.

Ha sido posible identificar en algunas participantes una postura de “comprensión de la incomprensión” derivada del paso por las intervenciones en algunas y en otras a partir de la comprensión grupal (Lew y Xin, 2021; Toye et al., 2013; Toye et al., 2014): “luego en la experiencia de dolor me perjudicaba mucho mi propio dolor en relación a mi relación con los demás, con mi familia. Sí que he notado que la experiencia de las sesiones me ha ayudado a pensar que los demás no tienen culpa de lo que a mí me pase, ni cuando me está doliendo para que encima me mosquee (..) tratar de hacerme comprender, y comprenderles a ellos, que bastante a lo mejor soportan cuando a mí me duele. Cosas que no me planteaba antes de venir aquí.”.

Por otra parte, la *mejoría del insomnio* es un aspecto que tiene que ver con la salud mental y la interferencia del dolor en la vida (Hadi et al., 2019; Grant et al., 2019). En la narrativa de las participantes encontramos esta mejoría gracias a soltar y conectar con la relajación. Encontramos que algunas separan el momento antes de dormir, para la práctica y con ello, alcanzan estados de relajación que les permiten conciliar el sueño, pudiendo disminuir la interferencia del dolor en este aspecto de su vida. Conviene señalar que, a diferencia de otros estudios, no hemos podido encontrar elementos que permitan señalar si las mejoras del insomnio se relacionan con una mejora en la calidad del sueño, ni tampoco si hay algún tipo de relación entre la calidad del sueño y la percepción de dolor (Ramlee et al., 2016).

Finalmente, de manera similar a salud mental, la figura 18 expone los factores terapéuticos predominantes en el manejo de la interferencia, a partir de las relaciones entre los temas del estudio.

Figura 18. Factores terapéuticos predominantes en la mejora de la interferencia



Evidenciamos que las participantes logran conectar con aspectos de sí mismas (**self**) que no se encuentran vinculados al dolor, incentivando la desidentificación con el modo de hacer y conectando con un self valioso que mejora la sensación de bienestar (Rusu y Pincus, 2016). Los resultados de nuestra investigación nos permiten evidenciar que la aceptación, la autocompasión y la cohesión grupal favorecen unas “condiciones” que permiten aliviar el “self en dolor” que caracteriza la severidad de vivir con el dolor y resistirse a aceptarlo (Purdie y Morley, 2016).

Vemos a mujeres (como dicen ellas) “**fortalecidas**”, que se sienten capaces de seguir adelante pese a vivir con el dolor constante y persistente. Podemos señalar que en muchas su funcionamiento psicológico mejora, sin dejar de reconocer que hay “momentos” y días en los que afrontar y aceptar sea más difícil. Ambas intervenciones fortalecen recursos resilientes y factores de protección en las participantes: disminuyen la catastrofización, ajustan las expectativas de su enfermedad y conectan con su propia capacidad y valía como merecedoras de respeto y trato amable (Burke et al., 2015; Edwards et al., 2016; Meints y Edwards, 2018).

Factores terapéuticos transversales

En nuestro estudio hemos podido evidenciar la presencia de otros factores terapéuticos derivados de las intervenciones y que tienen un carácter trasversal a los resultados alcanzados

por las intervenciones. Estos factores son la autocompasión, el grupo, las cualidades terapéuticas de las terapeutas y estrategias terapéuticas aprendidas (la práctica).

4.3. La autocompasión

La autocompasión es un concepto que recibe cada vez más atención debido a sus beneficios para la salud mental. Es un constructo que implica: 1) ser amable consigo mismo en momentos de dolor o fracaso, 2) ser consciente del presente en lugar de sobreidentificarse con los problemas, y 3) sentirse conectada a otros en lugar de aislarse (Neff, 2003a); aspectos que serán descritos, de acuerdo con las narrativas de las participantes, en este apartado.

Ser autocompasiva involucra el autocuidado, conectar y reconocer el sufrimiento propio y llevar a cabo alguna acción relacionada con ello. Es decir, implica adoptar una actitud proactiva ante el sufrimiento.

De manera similar a otros estudios, en esta investigación encontramos que la autocompasión es un factor terapéutico importante en personas con dolor crónico, porque ayuda a disminuir la autocrítica, el aislamiento y la rumiación (Davey et al., 2020; Gooding et al., 2020; Torrijos-Zarcero et al., 2021). Ser compasivo se relaciona con mayor percepción de bienestar general, satisfacción con la vida, sabiduría y conexión social, y menor depresión y ansiedad (Leary et al., 2007; Neely et al., 2009; Neff et al., 2007; Schotanus-Dijkstra et al., 2019; Sinclair et al., 2017; Zessin et al., 2015).

La autocompasión y la conexión con el bienestar son factores terapéuticos en dolor crónico (Inwood y Ferrari, 2018; Torrijos-Zarcero et al., 2021) que se consideran transdiagnósticos (Barlow et al., 2018; McCracken, 2020). En línea con la literatura (Gammon, 2016; Kılıç et al., 2020; Kornhaber et al., 2016), en nuestro estudio hemos podido evidenciarlos en ambos grupos (TCC y MCS) en relación con el autocuidado, la disminución de la voz autocrítica (amabilidad) y la relación terapéutica.

La autocrítica es un factor transdiagnóstico, sobre el que es probable que gran parte de las psicoterapias incidan de alguna manera (Alonso y Germer, 2016; Barlow et al., 2018; Torrijos-Zarcero et al., 2021). La autocompasión da lugar a un espacio en el que se trabaja la intención de cuidarse, tratarse mejor, como una forma de aliviar el sufrimiento, disminuyendo la autocrítica, aspecto que ha podido ser evidenciado en este estudio.

Estudios como el de Edwards et al. (2019) revelan que altos niveles de autocompasión se relacionan con menor miedo, depresión y discapacidad relacionada al dolor, así como una mayor aceptación, el éxito en actividades valiosas y la utilización de estrategias para afrontar el dolor. Estos aspectos aparecen en las narrativas de las participantes y nos llevan a afirmar, coincidiendo con Davey et al. (2020), que la autocompasión es uno de los factores terapéuticos principales en dolor crónico, junto con la flexibilidad psicológica.

En línea con lo que señala Gooding et al. (2020), nuestro estudio revela que la autocompasión ha permitido a las participantes descubrir nuevas y más proactivas formas de aliviar el sufrimiento, conectando con la calma, la amabilidad y el cariño: “es otra cosa que han hecho buenísima, cómo nos podemos calmar a nosotros mismos, como si yo abrazase a una (-) o me abrazara a mí misma, “relájate y tranquilízate”, esas técnicas han sido un éxito”.

Tal y como apuntan (Neff, 2003a; Germer y Simon, 2011), algunas de las participantes señalan que les resulta más fácil ser compasivas con otros que consigo mismas: “es verdad que es más fácil el que yo te quiera ayudar a ti, que el que yo me quiera ayudar a mí”. No obstante, reconocen la importancia de atender al sufrimiento propio como un paso importante para dirigirse al de los otros: “pero es que lo mejor es quererse a uno mismo primero, para ayudar a los demás”.

Por último, encontramos que la autocompasión (como la aceptación) permite atender de una forma específica al sufrimiento derivado de la experiencia de dolor (secundario): “no añadir yo sufrimiento a mi sufrimiento”. Uno de los aprendizajes que se observa es la conciencia de que los síntomas y las consecuencias directas del dolor (sufrimiento primario) no son sólidos y estáticos. Si bien esto es inherente a los programas de mindfulness (Burch y Duff, 2012), es posible evidenciarlo también en el programa TCC. Las participantes refieren mayor conciencia de que la experiencia es cambiante (impermanencia), lo que facilita su manejo: “aceptar que tienes que vivir con esto toda la vida, que unos días vas a tener unos picos y otros días vas a tener los picos más bajos, que ya sabes vivir con un dolor así y así” (TCC). “Con sus altibajos, con sus momentos que...lógicamente hay momentos en que se te es más fácil, hay momentos en que es más difícil, momentos en que te encierras: ni me habléis hoy, porque tengo rabietas” (MSC).

4.3.1. Autoamabilidad y autocrítica: sentirse valiosa y conductas prosociales

Los resultados de esta investigación indican que el componente “amabilidad” es el más potente dentro de autocompasión. Está representada en todos los grupos focales y obtiene la mayor densidad de codificación dentro de esta categoría. En la literatura, encontramos estudios como el de Barnes et al. (2018) y Thompson et al. (2018), que analiza las narrativas de personas con dolor explorando el rol de la autocompasión, donde se concluye que su mayor incidencia se encuentra en dimensión emocional de la experiencia de dolor. En línea con esto, encontramos evidencias que muestran que ser amable consigo mismo y responder a situaciones difíciles de la vida (como el dolor) con calidez y cuidado (en lugar de autocrítica) alivia el sufrimiento derivado de la experiencia de dolor: “ser compasiva y no exigirme que tenga que ser ahora mismo, tener paciencia, en otro momento, más despacito, no todo tan rápido como lo quiero ya: quiero que esta pastilla me haga efecto, en vez de una hora pues en media hora”.

Por otra parte, otros estudios (Barlow et al., 2018; Torrijos-Zarcero et al., 2021) señalan que la disminución de la autocrítica implica el aumento de la autoamabilidad y el trato amable en momentos de sufrimiento, tal y como hemos constatado en ambos Programas; y otros (Oudou y Brinker, 2014; Purdie y Morley, 2015) relacionan la disminución de la autocrítica con la disminución de la catastrofización. Este vínculo es importante ya que, en la línea de lo mencionado por Barnes et al. (2018), las narrativas de personas con dolor crónico muestran que con frecuencia los altos niveles de autocrítica generan un sufrimiento que incrementa el dolor, algo que se reduce cuando la persona se vuelve consciente de la crítica: “esos pensamientos que te sabotean, ser consciente de ellos, y poder decirles: no, basta (..) dejar esos pensamientos que me podía tirar a mí misma críticamente te aporta energía, te aporta energía y yo creo que eso también fue valioso”.

En relación con la autoestima, los estudios (Emmerich et al., 2020; Leary et al., 2007; Neff y Vonk, 2009) señalan que ser autocompasiva y tratarse amablemente facilita permanecer con el sufrimiento, permitiéndolo, cuidándose y queriéndose más: “has llegado más a entender, a quererte, a mirarte mejor, vamos a dejarlo ahí, a preocuparte un poco más de ti”.

Una de las consecuencias más drásticas del dolor crónico es su impacto en el self (modo de ser). Este es un aspecto ampliamente documentado en la investigación cualitativa (Crowe et al., 2017; Devan et al., 2018; Lennox et al., 2019; Snelgrove y Lioffi, 2013; Toye et al., 2014; Toye, et al., 2017) y que recoge también nuestra investigación. Las participantes refieren que el trato amable y la disminución de la autocrítica que conlleva, facilita su desidentificación con el dolor, de manera que pueden llegar a reconocerse a través de un self mejor contextualizado y más amable: “si tu estas mal, no tener contra ti algo, eso me ha ayudado mucho (..) yo me meto a la cama y soy consciente de que me ha tocado esto, soy una persona que viene enferma en esto, pero en otras cosas no, y ya no me echo la: qué mala soy, que no hago nada por mí, que no me arreglo, que no...no empiezo con ese tipo de rollos, antes me auto flagelaba mucho”.

Purdie y Morley (2015) también informan que la prevalencia del pensamiento autocrítico y la vergüenza en las personas con dolor crónico es muy elevada. A menudo este aspecto se asocia con el impacto que tiene el dolor en la identidad social, especialmente en cuanto a la posibilidad de que la persona pueda mantener los roles que valora. En nuestro estudio encontramos que una disposición hacia “cuidar, querer, ayudar...” da lugar a un cambio en el “modo de hacer” que motiva al desarrollo de conductas prosociales, intrínsecamente valiosas: “el ver que alguien necesita ayuda, a mí me ayuda mogollón, el ver que alguien necesita ayuda, se me olvida todo esto, empiezo a pensar en otra cosa”, “quererme un poco más, a decir: mira te ha tocado esto, pero vas a luchar con esto, te tienes que querer, estás aquí porque tienes que dar algo, por ejemplo, a mis hijos, mis nietos, si tú te quieres y estás bien”.

En consonancia con los hallazgos de Torrijos-Zarcero et al. (2021) quien ha encontrado una correlación positiva entre compasión, aceptación del dolor y calidad de vida que se traduce en mayor bienestar; identificamos que sentirse valiosa, cuando se vincula a la autocompasión y a la aceptación de la experiencia de dolor, aporta bienestar a las participantes: “yo el sentirte...bueno, sentirte valiosa cuando pasas el noventa por ciento del día en cama, es difícil, pero es un reto (..) no podré a lo mejor hacer tal, pero no sé, el rato que esté con mis hijos con mucho cariño”.

Además, sentirse valiosa también permite sentirse capaz, fortalecer el sentido del self (dirigirse “modo de ser”) y generar una forma de (auto) reconocimiento que se aleja del sufrimiento y el dolor, evidenciando el papel que la conexión con los valores tiene en el entrenamiento de la autocompasión (McGehee et al., 2017): “esos fueron los momentos en que mejor me sentí, como súper más, era como ‘yo soy capaz de desear’ no solamente para mí, sino para otros”.

4.3.2. Mindfulness: atención al presente (aquí y el ahora)

Hay estudios que encuentran diferencias al medir los resultados de mindfulness en distintos grupos, como la de Neff y Germer (2013). Sin embargo, encontramos investigaciones cuantitativas (Kirby et al., 2017; Feliu-Soler et al., 2017; Mantzios y Wilson, 2014) que arrojan resultados estadísticamente poco significativos en las mediciones de mindfulness realizadas en distintos grupos de tratamiento. En este sentido aparecen también los hallazgos de Torrijos-

Zarcelo et al. (2021), que indican que no existieron diferencias significativas en la escala de mindfulness entre los programas terapéuticos MSC y TCC.

En nuestro estudio, sí hemos podido evidenciar la presencia de mindfulness y esta no es precisamente poca. Creemos, en línea con García-Campayo et al. (2014), que este constructo puede no estar siendo captado en su amplitud a través de escalas cuantitativas, pues al atender a la dimensión cualitativa de mindfulness, a través de las narrativas, aparecen evidencias que indican de su presencia y relevancia. Es decir, evidencias de la presencia de mindfulness a las que las escalas cuantitativas parecen no ser del todo sensibles. En este sentido, y en línea con la literatura (Neff, 2003b; Germer y Neff, 2013; Alonso y Germer, 2016) entendemos que mindfulness está implicado en el darse cuenta de que se está en un momento de sufrimiento, abriéndose a la experiencia del momento presente sin juicio y sin crítica y hemos podido identificarlo en todos los grupos del MSC:

- Grupo 1 MSC: “aprendizaje valioso...perdona que me reitere pero el aquí y el ahora”,
- Grupo 2 MSC: “pues pensar en el momento y en el ahora, pues parece que...bueno pues hoy esto, hoy esto, y eso te ayuda mucho a las cosas”,
- Grupo 3 MSC: “lo que más me ha ayudado ha sido lo que nos decían, de pensar en el aquí y ahora”,
- Grupo 4 MSC: “anclarme en el presente, es que hacerle un hueco a todo eso, a mí me ha ayudado muchísimo”.

Las narrativas de las participantes indican que la conexión con el presente les ha ayudado a atender al malestar sin evitarlo: “lo que estabas sintiendo en ese momento, aprender a saber a parte del dolor qué es lo que yo siento”, así como a conectar con momentos cotidianos con más sentido: “muchas veces voy acelerada y voy a comer (..) no tengo que comer tan deprisa (..) para apreciar las cosas, apreciar el momento de la comida”. Al respecto, nuestro estudio coincide en parte con los hallazgos de Luiggi-Hernandez et al. (2018) que identifican la no evitación como uno de los temas predominantes de la experiencia de personas con dolor crónico tras una intervención. Sin embargo, mientras dichos autores encuentran que gracias a la práctica de mindfulness el dolor adquiere una cualidad de “insignificante”, las narrativas que hemos recogido no lo muestran.

Algo parecido ocurre con la investigación de Morone et al. (2008) quienes indican que la práctica de mindfulness resulta una estrategia de “distracción productiva del dolor”, gracias a la cual el dolor se reduce. Este aspecto tampoco se recoge en nuestro estudio, lo que puede ser congruente con el hecho de que la práctica de mindfulness en el programa MSC se orienta principalmente al reconocimiento del sufrimiento (Neff, 2016) en lugar de constituirse como una estrategia de afrontamiento del dolor propiamente dicha: “en un momento de mucho sufrimiento, reconocerlo (..) conseguir prestar atención a ese momento, reconocer: estoy en un momento muy malo”.

La práctica de mindfulness es muy importante aquí, porque darse cuenta de que se está en un momento “malo” y poder abrirse a las cualidades que presenta, permite poner “nombre” a lo que está sucediendo y manejar mejor las emociones difíciles que lo acompañan. Este proceso ha sido identificado como uno de los aportes de la autocompasión en personas con dolor crónico (Barnes et al., 2018).

Encontramos en la literatura estudios que ofrecen resultados más sintónicos con nuestros hallazgos, como el de Soria (2018), que explora los cambios en la percepción del dolor y el sufrimiento tras una intervención basada en mindfulness. La autora identifica que la práctica de mindfulness permitió a las personas dirigirse hacia un “modo de ser” (más abierto y responsivo) en lugar de seguir instaladas en el “modo de hacer” automático y reactivo. Nuestra investigación ofrece evidencias en este sentido, informa de una actitud de apertura al presente en la que es posible darse cuenta de lo que está pasando fuera y dentro de sí en el momento: “reconocer lo que me estaba pasando, o sea conseguir ponerte en la atención de ese momento, prestar atención a ese momento (..), e intentar todo lo que había alrededor, mirarlo de otra manera”.

También, en línea con otros autores (Bishop et al., 2004; Vlaeyen et al., 2016; Carleton et al., 2020), la narrativa de las participantes nos indica que hay presencia de mayor consciencia del momento, sin elaboración posterior (lo que disminuye el pensamiento catastrofista), que permite desacoplar la experiencia sensorial de aspectos evaluativos y emocionales, y logra promover una consciencia que observa un campo perceptivo más amplio, con lo que disminuye el sesgo atencional hacia el dolor “si estás friendo patatas pues ver cómo burbujea, todo esto que dices bueno, para no estar con: me duele, me duele, fíjate lo que están haciendo tus hijos, pero ¿cómo lo hacen?”.

4.3.3. Autocuidado

La autocompasión implica preguntarse acerca de qué se necesita (Alonso y Germer, 2016), tanto como por la forma en que esa necesidad puede ser atendida. Ambos cuestionamientos son interdependientes y están en la base de la naturaleza proactiva de este importante factor terapéutico, expresados a menudo en términos de autocuidado: “autocuidarte en ese momento de sufrimiento lo cambia, cambia el dolor, te duele mucho, pero lo cambia, es mucho trabajo mental y emocional que a todos nos hacía mucha falta”.

La respuesta autocompasiva permite desactivar buena parte del sistema de amenaza que desencadena el dolor (Carvalho et al., 2020a), generando unas condiciones desde las cuales sea posible plantearse “hacer algo” en lugar de solo defenderse: “es una de las cosas que más me enseñaron ellas, ¿puedes hacer algo al respecto? Si puedes hacer algo al respecto, hazlo, pero si no, intenta que no te haga daño”.

La proactividad juega un papel importante en la autocompasión, aparece como una forma de orientarse hacia el alivio del sufrimiento, que se establece como una nueva prioridad, capaz de sobreponerse incluso a emociones difíciles en relación con la mirada del otro, como la vergüenza (Purdie y Morley, 2015): “quizá en lo que más me han ayudado ellas, es en no pensar que no voy a ser capaz de trabajar en qué dirán los demás, sino que me cuide yo”.

En nuestro estudio, una de las formas de autocuidado que aparece es “el esfuerzo equilibrado”. Este aspecto implica el reconocimiento de los límites propios para ajustar los niveles de actividad y no caer en la “espiral del hacer” que se asocia a mayor deterioro y evitación (Crombez et al., 2012): “tú tienes que aprender a aceptar, que si un día vas a hacer la cocina, la hacías en dos horas; pues ahora tu no la vas hacer en dos horas, tú te vas a tirar tres días, entonces tienes que aceptar que ya no lo vas a poder hacer como lo hacías.” Se trata de un

recurso que, además de ajustar los esfuerzos a los propios límites, consigue disminuir la autocritica y la culpa que pudieran derivarse de la autoexigencia.

El reconocimiento de los límites también ofrece a las participantes la posibilidad de lo que Soria (2018) denomina “el desgaste de la entrega”. Encontramos en las narrativas de las participantes, que el esfuerzo equilibrado permite también poner el límite a otros, pudiendo dar prioridad al autocuidado, más que a las exigencias: “que tengo que aprender a vivir, y decir que no cuando tenga que decir que no, y a cuidarme y no llegar más allá de lo que uno puede porque eso es lo que te empeora claro”.

En este sentido, la aceptación de las propias limitaciones hace posible dejar de luchar (West et al., 2012), como paso indispensable para hacer algo, por ejemplo, pedir ayuda: “yo era en muy soberbia ‘déjate ayudar porque hay cosas que tú ya estas incapacitada para hacerlo’ y sí, me he dejado ayudar y ya no tengo esa ansiedad porque yo decía ‘es que tardo un montón para hacer las cosas’, pues tardas un montón porque no las puedes hacer, entonces tienes que adaptarte a tu situación”.

Cabe agregar que lo que en este estudio hemos encontrado respecto a la práctica se vincula en gran medida con la intención de autocuidarse. Las participantes separan “momentos” para practicar porque los vinculan al alivio del sufrimiento o porque identifican que les ayuda a estar mejor.

Arman y Hök (2016) desde una perspectiva cualitativa refieren que uno de los resultados que puede dar cuenta de la efectividad de las intervenciones en dolor crónico es la capacidad de la persona para autocuidarse después de la intervención. En este sentido, las narrativas de la mayoría de las participantes indican que seis meses después de la intervención, siguen dando importancia a aliviar su sufrimiento y buscar proactivamente su bienestar.

4.3.4. Humanidad compartida

En estudios específicos de MSC como el de Neff y Germer (2013) las mediciones en “humanidad compartida” no muestran cambios significativos tras la implementación del programa. Pero otros como el de Albertson et al. (2015) sí. Entre nuestros hallazgos encontramos que las narrativas de las participantes si refieren cambios al respecto y nos permiten encontrar diferencias entre grupos.

La humanidad compartida se identifica en este estudio como un componente fundamental del MSC. Siguiendo a Germer y Neff (2013) encontramos que se vincula principalmente a la toma de conciencia de la existencia del sufrimiento propio y del otro, en tanto es una experiencia inherente a la condición humana y, por tanto, compartida. En el contexto de esta investigación, por las características del grupo, aparece además como generador de un sentimiento de conexión: “puedo dejar de mirarme a mí, porque te estoy escuchando a ti y comprendo perfectamente, entonces en ese rato no me estoy mirando a mí, no estoy mirando dónde me duele, sino que estoy comprendiendo, entendiendo, atendiendo al de al lado, poniéndome en el lugar de el de al lado y ya dejas de ponerte solamente en tu lugar”.

Torrijos-Zarcelo et al. (2021) identificaba la humanidad compartida como uno de los componentes representativos de la autocompasión en los grupos de TCC. Sin embargo, a tenor

de la diferenciación que hemos realizado entre “universalidad” y “humanidad compartida”, podríamos inferir que lo que aparece en este grupo es, sobre todo, universalidad.

Atendiendo a la forma en que se mide este componente de la autocompasión, es posible explicar los resultados de Torrijos-Zarzero et al. (2021), ya que, como señalan Strauss et al. (2016), las escalas de medición entienden la autocompasión como la comprensión de la universalidad del sufrimiento. Sin embargo, para este estudio, encontramos necesario establecer diferencias entre ambos. La humanidad compartida implica la sensibilidad hacia la imperfección y el sufrimiento como inherentes a la condición humana, lo que deriva en un sentimiento de conexión con otros que trasciende el grupo. En cambio, la universalidad se vincula con el reconocimiento de la existencia de otros que pasan por algo similar, que comparten dificultades o condiciones de vida análogas, de manera que la universalidad resulta ser un factor necesario para dar lugar a la humanidad compartida pero no es lo mismo.

Humanidad compartida: “y luego cuando estoy con dolor y no consigo disminuirlo u olvidarlo en cierto modo, pues pienso lo que me decían, que el dolor es universal, que todos lo padeceremos en algún momento, o lo padecerán, porque a mí me angustiaba mucho y decía, “es que yo estoy enferma, y los demás están sanos, y yo estoy enferma” y me obsesionaba mucho con eso, y el pensar que realmente es así, que el dolor es universal, me tranquiliza, todos estamos en el mismo barco” (MSC).

Figura 19. Frecuencia de palabras de humanidad compartida



Universalidad: “me ha servido muchísimo darme cuenta que hay mucha más gente también con diferentes patologías, pero un poco en la misma línea, (..) y me ha hecho ver pues eso, que hay otra gente con este tipo de problemas similares a los míos, y me ha servido de gran apoyo” (TCC).

Figura 20. Frecuencia de palabras universalidad



Evidenciamos que algunas de las participantes se sienten más conectadas a otros, disminuyendo la sensación de estar solas (humanidad compartida) (Germer y Neff, 2013): “[esa sensación de estar todos como uno, pidiendo no solamente por nosotros, sino por todo, y luego te ibas con el espíritu como, crecida](#)”. Y que conectan con la experiencia de vulnerabilidad e imperfección como parte de la condición humana, reconociendo y permitiendo emociones.

También evidenciamos que la humanidad compartida permite conectar con la experiencia de vulnerabilidad e imperfección como parte de la condición humana, trasciende la perspectiva egocéntrica de situar las situaciones como causas y errores personales (McGehee et al., 2017): “[la aceptación, la aceptación de: soy un crónico, que eso está ahí, el mundo es imperfecto, tu tampoco eres perfecto, ni siquiera ya no solo físicamente porque estas enfermo, sino que si tengo ira la suelto, si tengo pena la suelto y ya está](#)” propulsando la respuesta autocompasiva.

No obstante, sabemos que la experiencia grupal es terapéutica, facilita aprender de otros y conectar con los demás, resultando en un antídoto al dolor de la desconexión social. La cohesión grupal ha sido un factor significativo evidenciado en todos los grupos del estudio (Eisenberger, 2012).

4.3.5. La pausa

La pausa es un recurso del programa MSC, que permite a las participantes parar y tomar un momento para conectar con sus pensamientos, emociones y cuerpo, con el fin de poder “reconducir” la experiencia para conectar con mayor bienestar (Kabat-Zinn, 1982; McGehee et al., 2017): “[aprendes a parar también, a decir: “uy me estoy yendo por donde no quiero” te das cuenta](#)”.

La narrativa de las participantes indica que es también una forma de dar espacio y tiempo a la pregunta por aquello que se necesita, da lugar a la observación de lo que está pasando con el ánimo de tomar distancia en un momento difícil y decir “basta” o simplemente “parar la rueda de la mente”.

Además, desde las participantes es posible identificar la pausa como un recurso que ofrece la posibilidad de atender a las necesidades propias con mayor amabilidad y cariño (Neff y Germer,

2013), lo que se relaciona con la autocompasión: “decir: aquí estoy, aquí me paro, o sea, poder parar, cuando estas en momento de mayor sufrimiento (..) en ese instante paras, y te buscas una imagen, te buscas un tal”.

Conviene señalar que, aunque las características de este recurso son propias del trabajo del MSC, nuestros hallazgos señalan que en TCC ha sido posible trabajarla a partir de ejercicios como el “semáforo”. Un ejercicio que presenta muchas similitudes con la pausa, en el sentido de que invita a detenerse y dar una respuesta adecuada a las necesidades en un momento emocionalmente difícil: “el ponerme en verde, ir pasando de rojo al verde (..) cuando lo recuerdas, entonces dices, ‘frena, frena, respira y después miras a ver si te conviene llegar o no llegar’ porque la gran mayoría de las veces no te hace falta, es mucho más tu rabia descontrolada, el dolor, que otra cosa”.

La pausa, sin embargo, no es únicamente parar y pensar. Implica dirigirse al cuerpo y atender al malestar, identificar que se está en un momento de sufrimiento, y desde ahí, dirigirse a calmar, permitiendo la experiencia (autorregulación emocional) (Tang et al., 2015; Wong et al., 2014; Van Vliet et al., 2018; Prakash et al., 2020). Poder conectar con el cuerpo es especialmente relevante en personas con dolor crónico, implica tomarlo como recurso para disminuir el malestar aun en presencia de la sensación dolorosa, facilitando atender a la experiencia con mayor receptividad (Palao y Rodríguez, 2016): “yo he tenido momentos de rabia, de enfado, pues aplicar como el stop y ver si eso al final tiene o no, una consecuencia, muchas veces ni siquiera la tiene y tú has estado un tiempo cabreado, un tiempo mal, pero luego te das cuenta que no tiene ningún resultado, entonces, el respirar ¿no? el decir: bueno ¿qué voy a hacer?”

4.3.6. Autocompasión y bienestar

Estudios como el de Carvalho et al. (2020b) señalan las contribuciones de la autocompasión a la depresión, y encuentran que la respuesta compasiva al sufrimiento se relaciona con una vida valorada. En nuestro estudio podemos encontrar coincidencia con esto, dado que la relación que encontramos entre la aceptación y la autocompasión viene dada principalmente por la conexión con aspectos valiosos de la vida. La conexión con los valores no solo facilita la acción basada en ellos, sino que también conecta con conductas prosociales que permiten salir del aislamiento, facilitan conectar con la amabilidad y parar la crítica, permitiendo a las participantes conectar de alguna manera con el sentido de la vida.

En línea con lo anterior, estudios cualitativos como el de Barnes et al. (2018) afirman que la mayor contribución de la autocompasión al bienestar de personas con dolor crónico se produce en el ámbito de la dimensión emocional del dolor (como ha sido mencionado anteriormente): “nos pautaron una serie de técnicas, digamos, más emocionales que otra cosa, lo que sí me ha servido mucho es que, en un momento de mucho sufrimiento, reconocerlo”.

Esto es congruente con los resultados de Inwood y Ferrari (2018) que consideran que la regulación emocional es el principal mecanismo de cambio que media entre la autocompasión y la salud mental; algo coherente con los hallazgos encontrados en las narrativas de las participantes.

La correlación entre la autocompasión y el bienestar es clara, según la literatura (Barnard y Curry, 2011; Neely et al., 2009; Schotanus-Dijkstra et al., 2019; Sinclair et al., 2017; Yarnel y

Neff, 2013; Zessin et al., 2015) y nuestros hallazgos conectar con lo que sienta bien, resulta terapéutico tanto por el alivio del sufrimiento como por la conexión con los demás, con lo valioso y con emociones saludables que supone. Además, existen correlaciones negativas entre la autocompasión y la depresión, la ansiedad, la catastrofización y el estrés en personas con patología médica (Carvalho et al., 2020a; Emmerich et al., 2020), que nos permiten afirmar que la autocompasión es un factor terapéutico clave para el tratamiento en dolor crónico.

4.4. Factores terapéuticos grupales

El grupo se configura como un espacio en el que cada persona construye recursos, impulsando simultáneamente el cambio y la aceptación en las participantes. El gráfico que muestra las palabras más frecuentes dichas por las participantes nos confirma que “grupo” es una de las palabras que más aparece en la narrativa, y lo hace en la misma proporción que la palabra dolor. Con esto, podemos decir que la experiencia grupal es narrada como la más significativa para las participantes.

Figura 21. Las 30 palabras más frecuentes en la narrativa de las participantes



La mayoría de investigaciones cualitativas que exploran el discurso de personas con dolor tras una experiencia terapéutica grupal, sustentan grandes cambios en la experiencia de dolor a causa del encuentro significativo con otros que comparten la misma experiencia (Devan et al., 2018; Escudero-Carretero et al., 2010; Gooding et al., 2020; Lestoquoy et al., 2017; Pietilä et al., 2018; Rolbiecki et al., 2017; Toye et al., 2014). Aunque en nuestro estudio hemos podido identificar otros factores terapéuticos, podemos constatar que los factores grupales representan gran densidad de la codificación, haciéndolo el tema más representativo del estudio.

En la meta etnografía de Toye et al. (2014) se señala que el grupo genera validación y sentido de pertenencia, aspecto que podemos evidenciar en la narrativa de nuestras participantes a partir de una vivencia de comprensión que genera alivio: “muchas veces no te sientes comprendido por tu entorno, porque ellos no están pasando por ello y no saben cómo ayudarte, ni saben comprenderte, y cuando llegas al grupo y ves que los demás si te comprenden, que están igual, pasando por lo mismo, dices: por fin estoy en casa”.

Crowe et al. (2017) señalan que para lograr vivir de manera diferente con el dolor (con más adaptación) es necesario (entre otras cosas), encontrar apoyo social. En consonancia con esto, las narrativas de las participantes indican una experiencia de apoyo social significativa que les acerca a la aceptación del dolor, en la medida en que deja de ser una experiencia aislada:

“Cuando pasas estos momentos tan duros, en mi caso me faltan órganos, también llevo tiempo sin trabajar, o sea, todo se te vuelve, todo en tu contra, y no es que se te vuelva, es que tú crees que se te ha vuelto, entonces necesitas algo que aplicar diariamente, para seguir creyendo en ti, para seguir valorándote, para seguir al lado de la vida, porque es verdad que bueno, la sociedad es bastante injusta, por eso insisto y he coincidido que me ha parecido muy bien, muy bien, el grupo”.

En la línea de lo anterior, Devan et al. (2018) y Lestoquoy et al. (2017) señalan que el grupo es un facilitador de la aceptación a la experiencia de dolor, ofrece un ambiente de apoyo que permite el autodescubrimiento, la conexión con la propia capacidad. En nuestro estudio encontramos que el grupo facilita soltar la lucha, especialmente a aquella enfocada en aspectos inevitables de la experiencia de la enfermedad, mientras permite orientarse hacia la oportunidad y el aprendizaje que ofrece formar parte de él: “me ha cambiado la forma de ver la vida, que sí, que ya lo sé que no se va a ir el dolor...voy a ir a peor, son cosas degenerativas, que tengo una enfermedad que tal, pero bueno, también hay mucha gente, nos enseñaron a respirar, y no todo el mundo tiene la misma oportunidad que tuvimos nosotras”.

El grupo es una fuente de bienestar emocional que permite expresar emociones difíciles libremente (Keefe et al., 2013), esto es constatado en las narrativas de las participantes, percibimos mayor bienestar emocional asentado en la experiencia del nosotras: “la tristeza estaba siempre presente y ha habido, a veces espontáneamente que nos hemos llegado a echar unas risas”.

Teniendo en cuenta el planteamiento de Eisenberger (2012) respecto a que el dolor de la desconexión social, puede llegar a alcanzar niveles de sufrimiento similares al dolor físico, encontramos que el grupo trae alivio a este dolor, permite salir del aislamiento, les sostiene en medio de la adversidad y genera una corriente cohesiva basada en la comprensión mutua que opera como antídoto al aislamiento y al miedo: “yo creo que fue la segunda sesión cuando la mitad de las que estamos aquí empezamos a llorar, por el simple hecho de: “Dios mío, alguien me comprende” y no estaba loco (..) el grupo te ayuda...elimina muchos miedos que tenemos todos, acaba mucho con el miedo, esa comprensión”.

Los hallazgos de este estudio coinciden con otras investigaciones de Matthias, et al. (2016) que muestran que el grupo genera un espacio de encuentro y conexión con otros que permite interiorizar aprendizajes y cambios personales, facilita la mentalización y desplaza la meta de eliminar el dolor: “estar en grupo, cuando escuchabas a tus compañeros, te sentías reflejado, identificado, o a veces no, y podías aportar también algo, otro punto de vista. Salir de esa rueda hámster o cambiar de canal porque siempre es el mismo, el mismo, para mí, particularmente creo que fue lo más enriquecedor”.

4.4.1. Cohesión grupal y comprensión

La cohesión grupal ha sido identificada en los resultados de nuestro estudio como un factor terapéutico relevante. La narrativa de las participantes nos permite evidenciar que el grupo es

un lugar de inclusión, pertenencia, lealtad, compromiso y complicidad, cualidades fundamentales para generar la base de un espacio seguro (Andersen et al., 2014; Finlay et al., 2018; Vinogradov y Yaloom, 1996): “es que fue una experiencia sumamente bonita (se limpia las lágrimas) y sigo insistiendo que el grupo es especial (..) es que el grupo es como...es una familia que todos compadecemos los dolores estos, trágicos, tan asquerosos, pues nos unimos mucho, entre nosotras nos uníamos, nos ayudábamos etc.”.

Finlay et al. (2018) aunque en un contexto grupal autogestionado por sus miembros, las autoras concluyen que en el grupo la persona con dolor puede constituir una nueva normalidad que favorece la construcción de una identidad y fuerza. La narrativa de las participantes nos indica que el grupo ha sido un lugar de aceptación y comprensión, en el que han podido sentirse reflejadas. Esto ha ayudado a las participantes a comprender mejor su experiencia y a que se permitan explorar otras formas de responder ante situaciones/emociones difíciles: “las experiencias de los demás ves que muchas son coincidentes, sobre todo en nuestras emociones negativas y nos ha ayudado a comprender mejor o a entendernos mejor, o a reaccionar de otra manera también”.

Estudios como los de Lestoquoy et al. (2017) y Toye et al. (2014) señalan la importancia de la escucha grupal sin juicio, para dejar de sentirse definida por la enfermedad. Las narrativas de las participantes de este estudio refieren que el no juicio favorece la libertad y oxigena la experiencia de incompreensión que se vive fuera de él: “yo cuando hablaba en grupo, yo sentía que vosotras no me juzgabais (..) entonces me sentía como en más libertad de hablar en grupo, por saber que eso, que vosotras no me estáis juzgando, que me estáis escuchando”.

Estos aspectos constituyen un entorno apropiado (Finlay et al., 2018) para abrirse más ante otras, entregando partes de sí mismas, desarrollando una actitud basada en la confianza y la seguridad en el seno del grupo, que ha contribuido a aumentar la conexión y la compasión: “la gente se ha abierto mucho, cada sesión era mejor, las primeras eran un poquito más distantes (..) pero hubo un momento en el que yo creo que todos y cada uno de nosotros fuimos capaces de ir sacando e ir entregando los unos a los otros”.

Vemos que la experiencia de grupo es un antídoto frente a la soledad y el sufrimiento. Sentirse reflejadas y comprendidas en otras, favorece la experiencia de empatía y ayuda a salir del yo aislado (Edey et al., 2016; Ribé et al., 2018): “también te ayuda a olvidarte de ti y de tu dolor porque empatizas con otras personas, entonces eso te saca un poco de ese círculo y ese ombligo de mundo que ves solamente cuando estás tú, y entonces pues conoces gente que está igual, peor o mejor”.

Además en línea con las teorías que sostienen que la cohesión grupal es uno de los factores determinantes de los resultados terapéuticos (Vinogradov y Yaloom, 1996), encontramos en las narrativas de las participantes que el principal factor de adherencia al tratamiento es el grupo en sí mismo: “se lo dije: ‘mira yo estoy tan mal como vosotras, pero vamos a hacer lo imposible por venir y no fallar, y a ver si podemos estar unidas’ y creo lo hicimos, y no faltamos nada, o sea, fue rarísimo, el que faltaba era: ¿quién falta? Nos daba fuerza porque creo que es importante, en este caso que estábamos todas en diferentes condiciones, ellas tenían unas enfermedades más parecidas que la mía, una red que nos hacía como sobrellevar el dolor mejor”.

Los resultados de este estudio confirman de manera similar a otros cualitativos (Devan et al., 2018 y Rolbiecki, et al., 2017) que la participación en los programas ha dado lugar a relaciones de amistad que trascienden el espacio de las sesiones, aumentando la funcionalidad social, como ya había señalado Torrijos-Zarcelero et al. (2021) en el estudio cuantitativo previo. Este aspecto resulta valioso dado que aporta densidad a una red de apoyo a veces muy debilitada y necesaria para contrarrestar el aislamiento, a la vez que constituye un factor de protección en personas con dolor crónico: “ha sido un grupo en el que yo creo que en general, cada uno de nosotros hemos hecho mella en el resto, mella por un lado y apoyo por el otro, porque ahora cada vez que alguno tenemos algún problema o tal, casi que...por mi lado por lo menos, lo pregunto antes a ellos que en tu casa porque sabes que en tu casa te van a poder ayudar poco, respecto a eso, la verdad es que ha ido fenomenal”.

Teniendo en cuenta todo lo anterior, constatamos que la cohesión grupal es un factor del que depende en gran medida el alcance de los resultados terapéuticos de las intervenciones. La cohesión favorece las condiciones de aceptación necesarias que aproximan a las participantes hacia la aceptación de sí mismas (Vinogradov y Yaloom, 1996).

4.4.2. Universalidad

En cuanto a la **universalidad** se evidencia como un factor terapéutico que, junto con la humanidad, trae calma, alivia el sufrimiento y ayuda a salir del aislamiento: “cuando llegué aquí y vi que no soy la única, es que hay mucha gente a la que le ha pasado lo mismo, el primer día me emocioné; primero de ver a tanta gente (..) y decir oye que hay más gente como yo dices: ¡ostras! qué bien, no soy la única, o sea, lo siento por vosotras, pero dices: qué bien, no soy la única (lo dice con la voz quebrantada).”

Implica que la persona pueda verse reconocerse a través del otro y relativizar su situación. Un movimiento que implica la comparación con otros pero también poder compartir el sufrimiento individual y ser consciente de él: “yo lo que sí creo es que...el grado en el que estoy yo con respecto a los demás, había días que...hubo un día en especial, no sé si os acordáis que nos quedamos calladas, nos quedamos todas calladas, y yo decía: madre mía, yo estoy mal, pero es que ellas están peor que yo, esa comparación, el ir comparando (..) en el grupo había días que decías: uy hoy estoy estupendamente”.

Aunque la comparación puede generar autocrítica y sufrimiento (Purdie y Morley, 2016) y puede ser un pensamiento rumiativo; encontramos que, en un contexto en el que están presentes la cohesión grupal y el autocuidado, parece convertirse en un mecanismo de descentramiento del yo, que permite relativizar la experiencia propia y abrirla a un campo perceptivo más amplio.

La investigación cualitativa refiere que la comparación es un aspecto grupal que emerge naturalmente al estar con otros que comparten la misma experiencia. Edey et al. (2016) de hecho señala que la comparación se relaciona a la esperanza de poder estar mejor; y Finlay y Eleander (2016) señalan que las personas con dolor tienen la necesidad de una “amistad comparativa” que instaure empatía y traslade normalidad de que hay un otro que pasa por lo mismo.

Tanto la universalidad, como la humanidad compartida son factores que permiten salir del aislamiento y sostenerse en el sentimiento de soledad que supone la enfermedad. Encontrar a

otros que pasan por la misma experiencia trae alivio al ver que no se está solo (Vinogradov y Yaloom, 1996).

4.4.3. Respecto a otros factores terapéuticos grupales

La experiencia grupal infunde valía, capacidad, sentimientos de bienestar y vitalidad; que se vinculan a la esperanza de estar mejor (Edey et al., 2016): “alguno de los días salimos como muy crecidos todos (..) con un empujón, como si nos hubieran dado un empujón de: venga que vas a poder con esto”.

En cuanto a la esperanza, se observa vinculada al alivio del sufrimiento secundario, en lugar de la eliminación del dolor. Un aspecto que aparece en línea con otras investigaciones cualitativas (Nøst et al., 2017; Snelgrove y Lioffi, 2013; Toye y Barker, 2012) que ubican la esperanza como un factor que mantiene prácticas de autocuidado y se vincula a la aceptación: “todos, al final estamos pasando por los mismos procesos, por el mismo dolor, por la misma desesperanza, por el mismo rabia e ira, que es algo natural del dolor y que se puede mejorar, es que se puede mejorar”.

Desde el punto de vista de su relación con la adherencia a la práctica y al tratamiento encontramos que, por un lado, permite conectar con los posibles beneficios que se obtendrían cuando practicar cuesta o cuando es difícil reconocer para qué sirve: “estoy convencida que me aportará, o sea yo sé que es un trabajo de tiempo”. Aspecto que coincide con estudios como el de Nøst et al. (2017) en donde la esperanza es el principal factor del mantenimiento de acciones de autocuidado y mantenimiento de la práctica tras una intervención.

Por otro, facilita la adherencia al tratamiento a partir de la expectativa de que la intervención aportará en algo (Howel et al., 2015; Ribé et al., 2018): “la Dra. B cuando habló conmigo le dije: ya no se puede hacer nada, y me dijo: sí, todavía te puedo ayudar, y me ofreció esto y dije: ala, pues tengo que sacar todo lo que pueda, todas las herramientas que pueda para poder reincorporarme al trabajo, porque siempre he tenido en mi cabeza que a mí me quedaba mucho por hacer”. Aunque reiteramos que de acuerdo a nuestros resultados el principal factor de adherencia es el grupo en sí mismo.

Respecto a la catarsis y el contagio emocional, aparecen asociados al hecho de compartir la experiencia de sufrimiento: “quizá hablábamos del dolor a través de las lágrimas”, algo que no siempre se vincula a buenos resultados. Algunas participantes refieren que en ocasiones, se sentían cargadas o desbordadas de escuchar el sufrimiento de las otras: “sí que es verdad que te abre, pero a la vez que te abre, te da tristeza (..) ¿ha sido positivo? Pues sí porque he conocido gente, ¿ha sido negativo? pues sí, porque me ha dado mucha más tristeza de la que ya de por sí tienes”, uno de los problemas que la literatura señala en relación con la catarsis como factor terapéutico de la catarsis (Yalom, 2000).

En algunos grupos, sin embargo, se identifica como un aspecto sugerido para la mejora de las intervenciones: “tener una pequeña apertura quizá a la persona que en ese momento se encuentra fatal, poder dejar que esa persona lloré, diga, se desahogue y entonces (..) tener un pequeño espacio para esos casos”. En este sentido nos preguntamos acerca de cuándo es terapéutico dejar más espacio para la expresión del malestar individual y cuando no. Finlay et al. (2018) encuentra que hablar del dolor fue deliberadamente evitado en un grupo

autogestionado por sus miembros, dado que predisponía a un discurso negativo poco constructivo; en lugar de esto, refieren que orientarse activamente a prestar apoyo emocional fue asociado con resultados más positivos.

Respecto a la transmisión de información en consonancia con Vinogradov y Yaloom (1996) encontramos que las participantes refieren como principales fuentes de información y aprendizaje: a las terapeutas, las compañeras del grupo, los audios y los dosieres. Respecto a las compañeras del grupo, se señalan los aprendizajes derivados de compartir estrategias para gestionar momentos difíciles o la sintomatología del dolor: “tratar con gente quieras o no, te abre a otras cosas: a mí me funciona esto, a mí me funciona lo otro, o sea que creo que compartes vivencias”.

Por su parte, los audios y los dosieres, han sido recursos que han permitido reconectar con la práctica y con aprendizajes durante y después de terminar las sesiones. De manera similar a Matthias et al. (2016) encontramos que estos recursos de transmisión de información reducen la incertidumbre y permiten contar con pautas cuando les es difícil practicar o también sirven como una forma de reconectar con aspectos aprendidos en la intervención: “entonces sí que noto que me va bien, me va bien, el tono de la voz, que me lo vayan pautando, es una cosa que no puedo hacer yo sola, yo necesito esa persona que me lo está diciendo”, “cada uno de los temas que nos han aportado en cada sesión, cierto es que si tu después te lo has leído tranquilamente, lo has aplicado en el caso de los ejercicios que nos ponían a veces, a nivel físico, a nivel respiración, a nivel mental, estaban muy bien escritos, muy fáciles de poner en práctica, que luego se pongan o no como se debería, al cien por cien, es bastante complicado, pero a mí me han ayudado un montón”.

El respeto define una forma de estar en el grupo asociada a una forma de trato entre las participantes, aspecto que hace parte de lo que Yaloom (2000) denomina como cultura del grupo: “sí, ha habido muchísimas veces que yo no meditaba, me quedaba así con respeto, respiraba” y relacionarse con las demás: “salen los aspectos personales, las vivencias, y muchas veces podrías decir: pues no me importa, pues se ha respetado mucho lo que son las vivencias”.

Tanto el respeto, como el no juicio son factores terapéuticos que aparecen en la narrativa de las participantes y que forman parte del encuadre de las sesiones. Las participantes señalan la escucha sin juicios y la libertad de poder compartir su historia y sus pensamientos cuando ellas quieran, como las formas genuinas de respeto a otro.

Finalmente, aunque ha podido evidenciarse que para las participantes de ambos grupos terapéuticos el grupo ha sido realmente un espacio significativo, debemos señalar que la densidad de codificación nos indica que en TCC los factores grupales parecen tener mayor representatividad respecto a MSC. Teniendo en cuenta que ambas intervenciones plantean este formato, creemos que podría ser una futura línea de investigación explorar qué elementos pueden estar vinculados a este fenómeno.

4.5. Cualidades terapéuticas de las terapeutas

Norcross y Wampold (2019) resaltan la importancia de que los cambios terapéuticos alcanzados en las intervenciones involucren la incidencia de los factores asociados a la relación terapéutica, aspecto que resulta congruente con la narrativa de las participantes de este

estudio, en quienes identificamos que la relación terapéutica ha sido propulsora de aprendizajes y de la capacidad autocompasiva.

Las participantes reconocen en la alianza terapéutica componentes compasivos: amabilidad, comprensión, calidez y un genuino interés por parte de las terapeutas, aspecto que ha sido reconocido por Torrijos-Zarcelo et al. (2021) como uno de los factores que podría dar explicación a la capacidad autocompasiva hallada en TCC: “yo me siento muy arropada, me siento muy protegida, me siento muy cuidada, es como que no estás sola, eso, con eso me quedo en que me da como un...algo más de fuerza para poder sentirme mejor”.

De manera similar a estudios como el de Arman y Hök (2016) encontramos que el contacto con una compasiva, ha cultivado la autocompasión y el autocuidado en las participantes. Sanghavi (2006) señala aspectos que involucran el trato y otros menos explícitos como la postura, pueden ser utilizados por los terapeutas como elementos que pueden establecer una relación compasiva entre terapeuta-paciente. En este sentido, elementos presentes en las intervenciones, tales como: invitar a buscar la propia comodidad y en caso necesario, optar por cualquier postura (incluso tumbarse), recordar los nombres de las participantes de los grupos, ser tratadas con amabilidad o adoptar una disposición corporal abierta y dispuesta hacia el grupo, entre otros, son solo algunos de los aspectos presentes en las intervenciones

De manera similar a otras investigaciones (Devan et al., 2018; Gordon et al. 2017; Kornhaber et al., 2016; Wampold, 2018), encontramos que la escucha activa, genuina y sin prejuicio son algunas de las características más valoradas por las participantes, siendo la base para una interacción afectiva y de apoyo que proporciona alivio y transformación: “el poder hablar libremente en el grupo, poder exponer y demás, aparte de que nos han tratado con muchísimo cariño, yo es uno de los grupos que más a gusto me he sentido”.

Además, la relación con las terapeutas favorece un encuentro con profesionales de la salud que desmonta la percepción de incompreensión y falta de compasión percibida por parte de médicos y especialistas, la cual se encuentra ampliamente sustentada en la investigación cualitativa (Adams et al., 2019; Gordon et al., 2017; Sanghavi, 2006; Snelgrove y Lioffi, 2013; Mengshoel et al., 2018; Toye et al., 2014; Toye et al., 2017): “se han puesto en nuestro lugar y ese sentir de otra persona, comprendían un poco las cosas porque yo también siempre he sentido con los especialistas y tal, que no entienden muy bien lo que estas queriendo expresar, el dolor que llevas en el fondo, es que te acaba, el dolor físico acaba haciéndote una persona diferente”.

Wampold (2018) señala que la relación de terapéutica que favorece un ambiente seguro y positivo, permite que el paciente pueda internalizar su propio proceso de curación. En este sentido de la narrativa de las participantes se desprende que la comprensión y validación del malestar por parte de las terapeutas, da lugar a que puedan comprender y validar ellas mismas su experiencia: “en este caso de las personas que nos atendieron (..) su comprensión, a mi si me ayudo, porque esa falta de comprensión en otros especialistas médicos, es lo que he echado de menos a lo largo de mis enfermedades, a mi ellas sí me han ayudado”.

Algunos estudios señalan que gran parte de los resultados del proceso terapéutico se deben a las habilidades del terapeuta (Firth et al., 2015; Goldberg et al., 2018; Norcross y Wampold, 2019), aspectos como la calidez y la capacidad empática son algunas de las características que

se asocian a mejores resultados. Al respecto, podemos señalar que estas han sido habilidades reconocidas en las narrativas de ambos grupos, y que además las participantes indican que otras habilidades como: el buen manejo de intervenciones de miembros del grupo que podrían generar malestar a otros, el equilibrio entre dar espacio de libertad para hablar e intervenir, la contención cuando un miembro se encontraba emocionalmente desbordado; fueron percibidas como aspectos que les proporcionaban confianza y seguridad en las terapeutas.

Un aspecto que ha llamado la atención se relaciona con la voz de las terapeutas como un elemento que conecta con la amabilidad, tanto en el trato con las mismas, como en la disminución de la voz autocrítica. Las participantes conectan con un tono amable que recuerdan de las terapeutas como un recurso para conectar con algún aprendizaje. Aspecto que coincide con lo que Fiedler en los años 50`s reconocía como una de las características ideales para la alianza terapéutica: el uso del tono de la voz para facilitar la conexión con emociones. No obstante, se identifica la necesidad de que sea desarrollada mayor investigación para identificar con mayor claridad esta cualidad terapéutica.

La presencia terapéutica ofrece una oportunidad de aprendizaje y de transmisión de información valiosa para las participantes, que va más allá de compartir conocimientos acerca de la enfermedad. Evidenciamos que tener un propósito con el lenguaje corporal, las expresiones faciales, escuchar activamente, mostrar preocupación, receptividad y capacidad de respuesta, son algunas de las cualidades que fortalecen la relación terapéutica y establecen el tono necesario para que pueda construirse una alianza empoderadora, capaz de generar las condiciones propias de un ambiente seguro, positivo y apto para la internalización del propio proceso de sanación (Vinogradov y Yaloom, 1996; Wampold, 2018).

4.6. Estrategias terapéuticas aprendidas

De las narrativas de las participantes ha sido posible evidenciar el aprendizaje de estrategias que pueden resultar útiles independientemente del tipo de intervención terapéutica, siendo las principales: la respiración, la visualización y la relajación.

Todas ellas son aprendizajes derivados de los programas y se emplean en respuesta a situaciones difíciles derivadas del dolor, o como parte de la vida diaria. Correspondiendo a estrategias activas, adaptativas que ayudan a conectar con recursos diferentes a ignorar el dolor o catastrofizar (Anarte et al., 2001; Meints y Edwards, 2018).

Sus beneficios y principales características se asocian a los reconocidos en la literatura respecto a este tipo de estrategias (Meints y Edwards, 2018; Turk y Adams, 2016) en tanto que son recursos que involucran a las participantes en un rol activo y tienen incidencia en la percepción del dolor, las expectativas y las emociones (conectan con mayor bienestar) ayudando a abandonar estrategias desadaptativas instauradas en ceder el control o la evitación: “por supuesto, la práctica, la práctica que era incapaz de realizar sin haberlo hecho con ellas. Tengo días muy malos, pero esos días tan malos son los que realmente me aportan a poder recordar lo que he hecho con ellas”.

Coincidiendo parcialmente con la revisión de Devan et al. (2018) quienes señalan que la investigación cualitativa ubica como una de las barreras para el manejo del dolor la “motivación sostenida” de la práctica y recursos aprendidos en las intervenciones; en nuestro estudio la narrativa de las participantes nos permite identificar que esta experiencia varía, ya que la

dificultad en algunos casos se asume como un reto despertando la proactividad: “seguir haciendo los ejercicios, porque aún sigo haciéndolos, y para mí es un reto porque pensaba que no iba a ser capaz por los dolores que tengo algunos días”, pero en otros resulta desmotivante: “pues yo creo que lo de la relajación que decimos todos, yo no me concentraba y si me concentraba, sentía más dolor porque estabas como fijándote más en él, no sé, lo intentaba practicar en casa y todo, pero se me quedaba, no podía concentrarme, pensaba más, o sea, pensaba más en el dolor”.

Aunque tal vez haga falta mayor indagación sobre los factores que pueden estar incidiendo en esto. Sí hemos podido identificar que la “eficacia” de la práctica parece ubicarse en la aceptación y en el objetivo que se tenga al momento de llevarla a cabo, la narrativa nos indica que practicar con la finalidad de reducir o eliminar el dolor, resulta ser una experiencia frustrante: “únicamente los ejercicios de relajación pero que a mí no me alivian el dolor porque yo no soy capaz de concentrarme”.

Ahora bien, siguiendo la línea de las estrategias que Meinst y Edwards (2016) señalan como las más frecuentes en personas con dolor, encontramos que algunas participantes emplean estrategias cognitivas como: la distracción: “hice una excursión que aparentemente era impensable (..) y es bueno porque te olvidas un poco de los dolores (..) nos pasó que nos confundimos de callejuela para poder llegar a lo más bonito, y pues después estas distraída y estas mejor”; las afirmaciones o frases: “cuando estas en momento de mayor sufrimiento (..) te repites las frases: que yo pueda ser feliz”; y la resignificación de la sensación dolorosa: “cuando ya estoy desesperada y digo: no puedo más, ni la respiración me vale, digo: bueno, si alguien le ayuda a estar mejor aunque yo este mal, pues yo ofrezco el dolor”.

Y encontramos otras a nivel conductual (Moretti, 2010) como: el uso de posturas: “yo a veces hago yoga y hago una postura, una postura que además me descarga todas las lumbares y las cervicales”; y el tacto: “ese momento en el que te llevas la mano al pecho, ese momento tranquilizador (se lleva la mano al pecho, y P1 también), yo es que lo he hecho esta mañana, eso ha sido un éxito de ese curso”.

Algunas de estas estrategias se vinculan principalmente a la práctica desarrollada en ambos programas, aspecto que se trabaja en el desarrollo de las sesiones, y también se incentiva fuera de ellas en tareas para casa (audios y el dossier). La importancia que se le da a la práctica en los Programas es coherente con el supuesto de que ésta ayuda a construir e incorporar recursos para afrontar y aceptar el dolor crónico (Devan et al., 2018), “cuando sufrimos practicamos no para sentirnos mejor, sino porque nos sentimos mal” (p5) (Germer y Neff, 2019).

En línea con lo anterior encontramos que la práctica ha ido teniendo lugar en la vida diaria de las participantes, como un recurso que sirve para manejar el dolor, ayudando a mejorar en diferentes sentidos su calidad de vida: “vamos, todos los días hago una relajación, o sea para mí eso es como cepillarte la boca y comer, algo tan necesario, y tan, tan necesario, si me vengo a La Paz y todavía no lo he podido hacer, es como que me falta, mi cuerpo lo agradece”.

En línea la literatura que expone los beneficios que tiene el desarrollo de estrategias activas para el manejo del dolor y el afrontamiento (Anarte et al., 2001; Meints y Edwards, 2018; Stewart y Yuen, 2011; Turk, 2005; Vanhaudenhuyse, 2018), identificamos en la narrativa de las participantes que la práctica ayuda a:

- Sostener o permanecer con la experiencia de dolor sin evitarla (sin que esto suponga negar que a veces cueste más llevarla a cabo): “me centro más en las respiraciones, yo he de reconocer que a mi es lo que más me ayuda y lo que más utilizo, y sí, también depende del día, de la intensidad del dolor, de cómo se haya levantado una ese día”,
- Conectar con el cuerpo para permitir la experiencia y soltar: “yo las meditaciones en general todas me han ayudado muchísimo, sobre todo para encontrar el lugar donde estoy tensa, la zona física donde tengo acumulada tensión y claro, a través de eso, me ha ayudado a relajarme y a disminuir el dolor”,
- Afianzan la sensación de sentirse en condiciones de hacer algo para estar mejor (conectar con su capacidad): “estaba sola ayer en mi casa cogí lo que te digo, un cojín y me volví a acostar un poquito, hice unas cuantas respiraciones porque tenía ansiedad encima, hice las respiraciones y cuando eso, cogí y me envolví, cuando eso, me volví otra vez a echar y luego me volví a levantar”,
- Facilita la conexión con emociones agradables: “yo la relajación, la tranquilidad, no me va a peor, me va a mejor. Una tranquilidad, a lo mejor un sosiego”,
- Cultiva y desarrolla una actitud proactiva: “por lo menos lo acometo de otra manera, antes era, verdadera rabia y ganas de llorar, ahora hay veces que bueno, me siento mal, me cambio de postura, intento relajarme, intento hacer los ejercicios, unas veces lo consigo y otras no (..) cosa que antes solamente era en el sentido: ‘qué me está pasando, qué me está pasando, que nadie es capaz de saber qué es lo que me está pasando’, en ese aspecto también me ha ayudado”.

Por su parte, la relajación es un aprendizaje valioso señalado por las participantes de ambos grupos. En general, las participantes identifican en la relajación un recurso que les permite encontrar cierto descanso y alivio en la experiencia de dolor: “me relajaba, y me sentía bien, en casa yo lo hago y claro, no puedo dormir, entonces trato más bien de relajarme y buscar ese momento para poder descansar, como para sentirme más liviana. En ese sentido me siento liviana” (TCC). “me ha ayudado mucho a relajarme, muchas veces hacer las respiraciones profundas, con las respiraciones parece que se relaja todo, que se oxigena, y yo creo que te ayuda un poco, el dolor pues, el dolor lo sigo teniendo, pero parece que lo acepto mejor” (MSC).

Además, los beneficios de la relajación para el cuerpo se asocian a un estado emocional de tranquilidad y serenidad en las participantes, aspecto que es congruente con la investigación (Moix et al., 2011; Salvetti et al., 2012; Sturgeon, 2014): “yo la relajación, la tranquilidad (..) eso me va a mejor. Una tranquilidad, a lo mejor un sosiego”. Aspectos que confirman que es una estrategia efectiva para el manejo del dolor.

Respecto a TCC identificamos que la práctica de la visualización y relajación, ayudan a cambiar la respuesta habitual al dolor, a partir de que permiten a las participantes sentirse en capacidad de manejar la experiencia dolorosa (Turk y Herta, 2007): “sigo teniendo dolores, pero son muchos más suaves y lo que me ha ayudado mucho son los ejercicios de las visualizaciones (..) con eso, la verdad es que lo controlo (..) por lo menos me baja la intensidad y mejor”.

Respecto a la atención a la respiración implica atender a las sensaciones derivadas de la inhalación y la exhalación. Y en consonancia con la literatura (Crowe et al., 2010; Palao y Rodríguez, 2016) identificamos que esta práctica permite conectar con el cuerpo como un recurso y lugar de bienestar. En este sentido, la respiración es un recurso que sirve para

sostener el sufrimiento y dar lugar a la amabilidad en presencia de la sensación dolorosa (Jong et al., 2016): “las respiraciones profundas, con las respiraciones parece que se relaja todo, que se oxigena, y yo creo que te ayuda un poco”.

Con todo esto, nuestros hallazgos son congruentes con la literatura (Brown y Jones, 2010; Gard et al., 2012; Morone et al., 2008; Perlman et al., 2010; Zeidan et al., 2016) que señala la práctica ofrece la posibilidad a las participantes de construir recursos que ayudan a atravesar la experiencia de dolor con menor malestar, aun cuando la sensación dolorosa es frecuente e intensa.

CAPÍTULO 5. CONCLUSIONES, IMPLICACIONES PARA LA PRÁCTICA CLÍNICA Y LIMITACIONES

5.1. Conclusiones

1. Nuestros resultados nos permiten confirmar que el paso por las intervenciones y la experiencia grupal han permitido a las participantes construir vías para la aceptación de la enfermedad y recursos para reconectar con la vida con mayor bienestar y satisfacción. La narrativa de las participantes nos indica que se producen algunos cambios relevantes:

Del descredito a la reparación: compartir con personas que tienen situaciones vitales similares, y con las terapeutas, ha dado lugar a la validación de su experiencia y sufrimiento.

De la incertidumbre al conocimiento: la experiencia por los grupos ofrece la oportunidad de conocer más el dolor crónico y múltiples formas de afrontamiento.

De la soledad a la unión: sentirse parte de un grupo, encontrarse reflejado en el otro permite sentirse vinculado a otros desarrollando relaciones significativas.

2. La narrativa de las participantes nos permite afirmar que el paso por las intervenciones fortalece recursos que involucran un manejo activo del dolor crónico.
3. Los factores terapéuticos identificados en esta investigación han sido parte de los procesos de cambio de las participantes. Hemos aportando matices que permiten comprender mejor aquellos aspectos que “funcionan” y son valorados como aprendizajes significativos desde su perspectiva. Esto sirve de complemento a la investigación de Torrijos-Zarcero et al. (2021), quien ya señalaba en el 2018 la importancia de explorar la experiencia de las participantes tras los grupos, con la finalidad de comprender con mayor precisión aquellas dianas terapéuticas que favorecían el cambio en las participantes.
4. Teniendo en cuenta los hallazgos de esta investigación es posible afirmar que en términos generales las participantes de este estudio pasan de:
 - Sentir que la experiencia de dolor satura y dirige sus vidas a **sentir que pueden manejarla**, pasando de la indefensión a la percepción de autoeficacia y la proactividad: “entonces que no me obstaculice, que no conduzca mi vida el dolor, sino que yo lo controlo”.
 - Tener poca conexión con aspectos valiosos de su vida, a **la acción comprometida con valores, mayor funcionamiento pro-social y aspectos valiosos de su vida**: “si ahora lo único que puedes disfrutar con tus hijos es ver una película en la cama, pues disfruta”.
 - Vivenciar un empobrecimiento de su vida, a **conectar con el disfrute y con emociones agradables/adaptativas**: “más alegría, volver a sonreír, yo en el huerto vuelvo a hablar con los abueletes, me encanta, era mi trabajo, salgo al medio día a ver los huertos y me encanta eso de las plantas, que yo no hacía eso en años”.
 - La no aceptación y la lucha con su propio cuerpo, a **sostener el malestar y soltar la lucha**: “pues disfruta, o sea, no es ese sufrimiento por: pues fíjate, en vez de estar de excursión con mis hijos, disfruta de eso y acepta la situación, acepta”.
 - Sentirse incomprendidas y aisladas, a la **cohesión grupal y la humanidad compartida**: “el grupo te abraza, el grupo te empuja a volver, el grupo te ayuda...elimina muchos miedos que tenemos todos, acaba mucho con el miedo, esa comprensión, esas miradas, esa asertividad, esos cabeceos así cuando tú hablas”.

5. Sobre la aceptación de la experiencia de dolor:

- 5.1. Evidenciamos que la aceptación es un proceso complejo y multifactorial, que favorece la activación de recursos para un afrontamiento adaptativo y proactivo de la experiencia de dolor, podemos decir que es la base sobre la que se construye la posibilidad del cambio.
- 5.2. Las participantes han podido tener mayor apertura a la experiencia de dolor, a partir de “soltar” la lucha y dejar de pelearse con aquello que no es posible cambiar, abriéndoles a lo que sí es posible cambiar, y a lo que también está presente en sus vidas.
- 5.3. La conexión con el disfrute ha supuesto una conexión con la vida de forma diferente, es un factor terapéutico que genera bienestar, y vitalidad. Esto lo manifiestan como una necesidad tras participar en los programas terapéuticos.
- 5.4. Evidenciamos que la aceptación en las participantes va más allá de la aceptación de la experiencia de dolor. Encontramos una aceptación psicológica general que involucra un cambio del modo de hacer al modo de ser, en el que hay menos crítica, exigencia, y más amabilidad.
- 5.5. Los factores terapéuticos aquí identificados se relacionan con los procesos involucrados en la flexibilidad psicológica (apertura, sintonía con el presente y acción basada en valores), lo que se conoce como un factor altamente relacionado a la salud mental y mejora de la calidad de vida.
- 5.6. El paso por las intervenciones ha permitido que las participantes puedan aliviar el sufrimiento secundario derivado de la experiencia de dolor. La narrativa indica que las participantes tienen más claros los aspectos que pueden cambiar y los que no, pudiendo aliviar con mayor “eficacia” su sufrimiento. Y es un factor muy estudiado en dolor crónico y especialmente en las intervenciones de tercera generación.
- 5.7. Poder sentirse valiosa y capaz, y la gratitud han sido valores identificados como importantes factores terapéuticos que han favorecido tanto la aceptación como la autocompasión en las participantes. Devolviendo dignidad ante situaciones de limitación y enfermedad.

6. Sobre la autocompasión

- 6.1. La autocompasión ha sido evidenciada en ambos grupos de participantes pese a ser un componente específico del MSC. Las participantes identifican los momentos de sufrimiento, se dirigen a aliviarlos y desarrollan la capacidad de tratarse con mayor amabilidad.
- 6.2. La disminución de la voz autocrítica es un factor transdiagnóstico que se ha vinculado a la autoamabilidad (componente de autocompasión). Un aprendizaje valioso para las participantes tras las intervenciones ha sido poder tratarse mejor y suavizar su voz interior. Aspecto que también ha sido promovido desde la relación terapéutica al sentir la receptividad y el cariño de su parte.
- 6.3. Mindfulness ha sido un factor terapéutico identificado en las participantes de MSC que ha permitido atender al malestar sin querer evitarlo y conectar con los momentos cotidianos con atención plena. La narrativa de las participantes confirma su presencia y también le sitúa como uno de los aprendizajes más valiosos del paso por el MSC.
- 6.4. Se evidencia el desarrollo de una actitud proactiva que tiene como objetivo ofrecer calma y atender a un momento de sufrimiento poniendo en marcha diferentes acciones de autocuidado. Encontramos que las participantes integran la aceptación

de sus propios límites como una forma de autocuidarse y adaptar situaciones que pueden ser difíciles a sus propias capacidades.

- 6.5. La humanidad compartida se ha identificado como un sentimiento de conexión con otros en el que hay comprensión de que el sufrimiento es parte de la condición humana. En nuestro estudio ha sido diferenciado de la universalidad dado que representa mayor amplitud que “saber que hay otros que les pasa lo mismo que a mí”. Ha sido un factor terapéutico que ha dado lugar a un alivio del sufrimiento de las participantes y les ha permitido vincularse a mayor bienestar emocional.

7. Sobre el grupo

- 7.1. La experiencia grupal en sí misma es terapéutica para las participantes. El espacio grupal fortalece y es fuente de bienestar. El grupo alivia el dolor de la desconexión, el aislamiento y la soledad.
- 7.2. Identificamos que la cohesión grupal es un factor terapéutico clave de los aprendizajes que puede ofrecer el grupo. La experiencia de comprensión, apoyo, confianza y seguridad trae alivio. Ha sido posible observar que bajo el contexto de un grupo cohesivo, las integrantes “aprovechan” lo que les sirve del mismo y descartan con facilidad lo que no, favoreciendo los procesos de cambio individuales.
- 7.3. De la exploración de la experiencia terapéutica grupal frente a la individual, las narrativas de las participantes apuntan hacia la preferencia de tratamientos grupales. Valoran que el grupo ayuda a “salir del yo” y de la experiencia de “creer que es a la única que le pasa esto”, darse cuenta de que el otro también tiene sufrimiento trae beneficios.
- 7.4. La universalidad permite saber que hay otros en las mismas condiciones. Ofrece una experiencia de comparación que, lejos de desencadenar autocrítica y desánimo, conecta con la esperanza de saber que es posible estar mejor. También la universalidad ha permitido relativizar la propia experiencia aliviar y alivianar en este sentido el sufrimiento.
- 7.5. El grupo facilita conectar con la capacidad de ofrecer ayuda, permite conectar con la propia valía y la capacidad, devolviendo la posibilidad de sentirse “útil” y valiosa de poder ofrecer algo a otros, conectando con la generosidad y el altruismo, fuentes de bienestar y salud. Este aspecto resulta de importancia ya que, a causa de la enfermedad, las participantes sienten a menudo que tienen poco que pueden ofrecer a otros.

8. Sobre las terapeutas

- 8.1. Las terapeutas han sido figuras importantes, en cuanto a referentes de amabilidad, cuidado y apoyo. Las participantes refieren que se han sentido “miradas” en un sentido profundo, contactando con una relación compasiva que ha sido referente para despertar la propia capacidad autocompasiva.
- 8.2. También han servido para desmontar la percepción de incompreensión percibida por parte del personal sanitario. Las participantes valoran encontrar calidez, atención y comprensión por parte de las figuras terapéuticas y la contrastan con lo que perciben en otros profesionales de la salud.
- 8.3. Encontramos que habilidades terapéuticas más significativas han sido las relacionadas con: el manejo a miembros del grupo que pueden ser “difíciles”, la contención emocional, y el equilibrio entre atender el grupo y lo individual; han sido valoradas por las participantes como elementos que aportaban seguridad y

respaldo a la labor de las terapeutas. También la voz ha sido un elemento terapéutico de conexión con la amabilidad.

9. Sobre la práctica

- 9.1. En ambas intervenciones la práctica provee de recursos de afrontamiento activos a la experiencia de dolor. Algunas participantes valoran la práctica como una forma de sacar un momento valioso del día para autocuidarse o como un recurso que ayuda en un momento de dificultad.
- 9.2. La “pausa”, la relajación, las respiraciones y el “aquí y ahora” son algunos de los aprendizajes más valiosos derivados de la práctica. La “pausa” implica parar en medio de un momento de sufrimiento para poder responder en la vía de satisfacer y traer alivio (siendo parte de la autocompasión); la relajación significa conectar con el cuerpo para suavizar y soltar; la respiración calma y permite conectar con el cuerpo desde un lugar diferente al malestar; el “aquí y ahora” (mindfulness) implica conectar con el presente, identificar un momento de sufrimiento y saborear las experiencias. Estos aspectos pueden ser útiles a la hora de trabajar con personas con dolor crónico independientemente del abordaje terapéutico.

10. Sobre la calidad de vida

- 10.1. Ambas intervenciones han llevado mejoras a la calidad de vida de las participantes. Evidenciamos que se sienten y reconocen en un mejor estado psicológico, resaltando este aspecto como uno de los mayores aportes de la intervención a su vida.
- 10.2. Encontramos que las mejoras en la salud mental se relacionan con menos catastrofización. Recursos como: tener mayor consciencia del pensamiento, no anticiparse a las consecuencias del dolor (la no anticipación) y sentirse capaz a través de la conexión con los valores y de la proactividad ante el sufrimiento, ayudan a manejar el pensamiento rumiativo, la magnificación y el sentimiento de indefensión.
- 10.3. Los programas han aportado vías para el manejo de la ansiedad. Aspectos como darse cuenta de la ansiedad (y las emociones) y de su impacto sobre la experiencia de dolor, han permitido que puedan sentirse capaces de manejarla, como también lo ha sido el aprendizaje de las estrategias necesarias para hacerlo.
- 10.4. Evidenciamos un cambio importante en el estado emocional. Encontramos que las participantes se reconocen menos irritables, han podido soltar la rabia y encontrar vías para manejar emociones difíciles. Algunos recursos valiosos para esto han sido: darse cuenta de que se encuentran en un “momento” difícil, que pasará; y conectar con su propia capacidad y confiar en que pueden atender a la emoción y “atravesarla” sin que resulte desbordante o tenga consecuencias negativas con otros.
Además, evidenciamos que la experiencia por los grupos genera y fortalece recursos de regulación emocional que permiten a las participantes el manejo de emociones difíciles, atendiendo a sus emociones de manera proactiva.
- 10.5. Tras las intervenciones también evidenciamos mejoras de la interferencia del dolor en la vida. La aceptación y la capacidad autocompasiva permiten a las participantes desarrollar acciones valiosas o conectar con lo que les es posible hacer desde sus limitaciones sin tanta frustración, soltando la lucha. Hay más conductas pro-sociales y se dirigen a actividades que les generan bienestar.

En conclusión, “soltar” la lucha, la conexión con el disfrute, sentirse valiosa y capaz, la gratitud, la autocompasión, la amabilidad, la humanidad compartida, mindfulness, el autocuidado, el grupo y la alianza terapéutica; son factores terapéuticos y aspectos que han favorecido la aceptación de la experiencia de dolor y la mejora de la calidad de vida (principalmente en salud mental e interferencia del dolor) en las participantes tras los Programas.

5.2. Implicaciones para la práctica clínica

De acuerdo con los hallazgos de este estudio, es posible señalar aspectos significativos para la práctica clínica, que aparecen desde la perspectiva de personas con dolor crónico.

- Ofrecer claridad respecto al alcance de las intervenciones. Para personas con dolor crónico es importante poder escuchar con amabilidad y cariño que el “dolor no se va a ir” y que la tarea del grupo es ayudar a encontrar vías y recursos para vivir mejor con el dolor. Esto permite que en cierta medida puedan soltar la expectativa de eliminar o huir del dolor, dejando a un lado la experiencia de un “dolor sólido” inmutable y permanente. Aquellas participantes que no refieren cambios en su experiencia e incluso empeoramiento, se mantenían en la lucha y en la expectativa de eliminar el dolor.
- Las intervenciones terapéuticas deben incluir los aspectos de la experiencia del dolor que sí son posibles de manejar por las participantes, favoreciendo la aceptación de aquellos que no.
- En general, las participantes han mencionado la importancia de contar con “dosis de recuerdo” que les permitan reconectar con la práctica. Algunas refieren que les resultaba más fácil practicar mientras se encontraban en el grupo que al terminar. También ha podido evidenciarse que el mantenimiento de la práctica en la vida cotidiana es un reto para las participantes, y se ha evidenciado que generar oportunidades grupales para reconectar con sus beneficios facilita el mantenimiento de los efectos de la intervención en el tiempo.
- También es importante considerar ofrecer los Programas en fases iniciales de la enfermedad. Las participantes y la literatura confirman que las intervenciones en fases iniciales pueden activar factores de protección que disminuyen la severidad de la enfermedad en la vida: “**menos pastillas y más reuniones de estas**”.
- Facilitar la conexión con experiencias placenteras, el juego y el disfrute son aspectos muy importantes en las intervenciones terapéuticas en dolor crónico, atienden a una necesidad profunda de la persona con dolor que facilita la reconexión con la vida. Su importante beneficio y lo sencillo que podría resultar su desarrollo, nos permiten ubicarlo como un aspecto valioso a fomentar en la práctica clínica.
- Un aspecto que parece prometedor, en cuanto a cambio y mejora de las relaciones sociales para las participantes, es integrar (en una intervención breve) a familiares o figuras de cuidado cercanas. Se evidencia que gran parte de la molestia (malestar) hacia familiares o figuras de cuidado cercanas aparece desde la percepción de incompreensión, es decir, parece que hay poco conocimiento sobre el impacto psicológico del dolor en la vida de quien lo padece por parte de estas figuras.
- Finalmente, los estudios cualitativos pueden ser una opción viable (y necesaria) en la exploración de los cambios clínicos relevantes, que capta aspectos que las escalas y mediciones se dejan por fuera.

5.3. Limitaciones y recomendaciones para futuros estudios

Las aportaciones de este estudio deben tenerse en cuenta bajo el siguiente contexto de limitaciones:

- Nuestro trabajo puede ser un punto de partida valioso para explorar los factores terapéuticos asociados a la aceptación de la experiencia de dolor y la mejora de la calidad de vida en personas con dolor crónico. Sin embargo, como es propio de la investigación cualitativa, nuestros hallazgos corresponden directamente a la descripción de la experiencia concreta de las participantes de este estudio, con lo cual su alcance es de por sí limitado respecto a la generalización de los resultados.
- Otra de las limitaciones de este estudio se relaciona con el instrumento utilizado para la exploración de las narrativas de las participantes. Algunas preguntas se mostraron algo confusas y ambiguas, y creemos que la elaboración de grupos focales piloto hubiese podido ofrecer un mejor ajuste del instrumento utilizado.
- Dado que los datos han sido recolectados en el contexto de grupos focales, encontramos que hay cierto “contagio” del discurso en los grupos que podría representar un sesgo importante a tener en cuenta en la narrativa de las participantes. Tal vez la integración de entrevistas individuales podría ayudar a identificar hasta dónde se da este sesgo.
- Otro aspecto limitante se relaciona con que, en el proceso de análisis, se integró el Programa NVIVO después de la codificación abierta inicial realizada por el grupo de expertas. Esto generó la creación de múltiples códigos similares que no podían diferenciarse entre sí y supuso una inversión de tiempo significativa, dado que se aplicó el método de comparación constante y cada código debía someterse a comparación con otros similares de forma simultánea. Integrar desde la primera fase de análisis el Programa podría facilitar el proceso de análisis de los resultados.
- Aunque podría ser altamente costoso de cara a futuros estudios, tal vez convendría plantearse una codificación por expertos en todas las fases del análisis.
- Como recomendación a investigaciones venideras, se cree que una exploración de las narrativas antes de la intervención podría favorecer la identificación de procesos de cambio individuales, lo que ayudaría a ampliar la comprensión de los efectos terapéuticos de las intervenciones, un aspecto al que parece dirigirse la investigación de la clínica psicológica en el ámbito del dolor crónico.

Un último apunte, sobre la narrativa de los grupos

Respecto al desarrollo de los grupos focales hubo ciertos aspectos que fueron analizados respecto a características discursivas de las participantes que han sido, en cierta medida llamativos, y que se describen brevemente a continuación:

Evidenciamos que en algunos casos las participantes emplearon analogías y metáforas para hablar de su experiencia. Este aspecto puede ser interesante de explorar, dado que el empleo de metáforas genera un espacio común, que permite establecer cierta distancia de la experiencia propia y a su vez acerca a quien escucha al entendimiento y la comprensión de la vivencia. Esto podría ser estudiado a la luz de ser un recurso valioso del que podrían extraerse beneficios terapéuticos que vale la pena indagar en el contexto del dolor crónico.

También hemos evidenciado que en la narrativa de los grupos de TCC hay mayor tendencia a hablar de factores extra terapéuticos, así como también evidenciamos mayor presencia de discurso que no se relacionaba con las preguntas.

Las participantes de MSC ofrecen descripciones que parecen más detalladas de su experiencia en general.

Estos aspectos se puntualizan como pequeños apuntes descriptivos de las narrativas de las participantes de nuestros grupos, sobre los cuales hará falta mayor indagación en futuras investigaciones cualitativas en dolor crónico.

REFERENCIAS

- Adams, J., Lowe, W., Protheroe, J., Lueddeke, J., Armstrong, R., Russell, C., Nutbeam, D., & Ballinger, C. (2019). Self-management of a musculoskeletal condition for people from harder to reach groups: a qualitative patient interview study. *Disability and Rehabilitation*, 41(25), 3034–3042. <https://doi.org/10.1080/09638288.2018.1485182>
- Adler-Neal, A. L., y Zeidan, F. (2017). Mindfulness Meditation for Fibromyalgia: Mechanistic and Clinical Considerations. In *Current Rheumatology Reports* (Vol. 19, Issue 9). Current Medicine Group LLC 1. <https://doi.org/10.1007/s11926-017-0686-0>
- Afolalu, E. F., Ramlee, F., & Tang, N. K. Y. (2018). Effects of sleep changes on pain-related health outcomes in the general population: A systematic review of longitudinal studies with exploratory meta-analysis. In *Sleep Medicine Reviews* (Vol. 39, pp. 82–97). W.B. Saunders Ltd. <https://doi.org/10.1016/j.smrv.2017.08.001>
- Åkerblom, S., Perrin, S., Rivano Fischer, M., & McCracken, L. M. (2021). Predictors and mediators of outcome in cognitive behavioral therapy for chronic pain: the contributions of psychological flexibility. *Journal of Behavioral Medicine*, 44(1), 111–122. <https://doi.org/10.1007/s10865-020-00168-9>
- Åkerblom, S., Perrin, S., Rivano Fischer, M., & McCracken, L. M. (2017). Further validation of the Chronic Pain Values Inventory in a Swedish chronic pain sample. *Journal of Contextual Behavioral Science*, 6(3), 261–267. <https://doi.org/10.1016/j.jcbs.2017.06.001>
- Alaiti, R. K., Zuccolo, P. F., Hunziker, M. H. L., Caneiro, J. P., Vlaeyen, J. W. S., & Fernandes da Costa, M. (2020). Pain can be conditioned to voluntary movements through associative learning: an experimental study in healthy participants. *Pain*, 161(10), 2321–2329. <https://doi.org/10.1097/j.pain.0000000000001919>
- Albertson, E. R., Neff, K. D., & Dill-Shackleford, K. E. (2015). Self-compassion and body dissatisfaction in women: A randomized controlled trial of a brief meditation intervention. *Mindfulness*, 6(3), 444–454. <https://doi.org/10.1007/s12671-014-0277-3>
- Almendro M. M. T., Clariana M. S. M., Hernández C. S., Rodríguez C. C., Camarero M. B., & del Río M. T. (2011). Programa de atención psicológica al dolor crónico: El reto de un afrontamiento activo. *Revista de La Asociación Española de Neuropsiquiatría*, 31(2), 213–227. <https://doi.org/10.4321/s0211-57352011000200003>
- Alonso, M. M. y Germer. C. K. (2016). Autocompasión en psicoterapia y el programa Mindful Self Compassion: ¿hacia las terapias de cuarta generación? *Revista de Psicoterapia*. 27(103), 169–185.
- American Chronic Pain Association, (2020). Pain types, sources y classification. En ACPA- Stanford Resource Guide to Chronic Pain Management an integrated guide to medical, interventional, behavioral, pharmacologic and rehabilitation therapies. (pp. 10). California, Estados Unidos: Stanford Medicine.
- Anarte, M. T., Esteve, R., López, A. E., Ramírez, C. y Camacho, L. (2001). El rol de las cogniciones en la modulación del dolor: evaluación de creencias en pacientes con dolor crónico. *Revista Española de Neuropsicología*, 3, 4:46–62.

- Andersen, L. N., Kohberg, M., Herborg, L. G., Søggaard, K., & Roessler, K. K. (2014). "Here we're all in the same boat" - A qualitative study of group based rehabilitation for sick-listed citizens with chronic pain. *Scandinavian Journal of Psychology*, 55(4), 333–342. <https://doi.org/10.1111/sjop.12121>
- Anheyer, D., Haller, H., Barth, J., Lauche, R., Dobos, G., & Cramer, H. (2017, June 6). Mindfulness-based stress reduction for treating low back pain: A systematic review and meta-analysis. *Annals of Internal Medicine*. American College of Physicians. <https://doi.org/10.7326/M16-1997>
- Arman, M., & Hök, J. (2016). Self-care follows from compassionate care - chronic pain patients' experience of integrative rehabilitation. *Scandinavian Journal of Caring Sciences*, 30(2), 374–381. <https://doi.org/10.1111/scs.12258>
- Asociación Internacional para el Estudio del Dolor. (1994). IASP Terminology. Recuperado de <https://www.iasp-pain.org/terminology?navItemNumber=576#Pain>
- Baer, R. A. (2010). Self-Compassion as a Mechanism of Change in Mindfulness and Acceptance-Based Treatments. En *Assesing Mindfulness and Acceptance Processes in Clients: Illuminaing the Theory and Practice of Change*. New Harbinger Publications Inc.
- Bailey J. (2008). First steps in qualitative data analysis: transcribing. *Family Practice*, 25, 2, 127-31. <https://doi.org/10.1093/fampra/cmn003>
- Baillie, L. (2009). Patient dignity in an acute hospital setting: A case study. *International Journal of Nursing Studies*, 46(1), 23–37. <https://doi.org/10.1016/j.ijnurstu.2008.08.003>
- Baker, S. E., & Edwards, R. (2012.). *How many qualitative interviews is enough? Expert voices and early career reflections on sampling and cases in qualitative research*. National Center of Research Methods.
- Baller, E. B., & Ross, D. A. (2017). Your System Has Been Hijacked: The Neurobiology of Chronic Pain. *Biological psychiatry*, 82(8), 61-63. <https://doi.org/10.1016/j.biopsych.2017.08.009>
- Banks, S.J., Eddy, K.T., Angstadt, M., Nathan, P.J., & Phan, K.L. (2007). Amygdala-frontal connectivity during emotion-regulation. *Social Cognitive and Affective Neuroscience*, 2, 303–312
- Barlow, D. H., Farchione, T. J., Sauer-Zavala, S., Murray Latin, H., Ellard, K. K., Bullis, J. R., Bentley, K. H., Boettcher, H. T., & Cassiello-Robbins, C. (2018). *Unified protocol for transdiagnostic treatment of emotional disorders*. Second Edition. Oxford University Press
- Barnard, L.K., & Curry, J.F. (2011). Self-compassion: Conceptualizations, correlates, & interventions. *Review of General Psychology*, 15 (4), 289– 303. doi:[10.1037/a0025754](https://doi.org/10.1037/a0025754)
- Barnes, A., Adam, M. E. K., Eke, A. O., & Ferguson, L. J. (2018). Exploring the emotional experiences of young women with chronic pain: The potential role of self-compassion. *Journal of Health Psychology*.3 <https://doi.org/10.1177/1359105318816509>

- Barrera, M., Tonon, G., Victoria, S., & Salgado, A. (2012). Investigación cualitativa: el análisis temático para el tratamiento de la información desde el enfoque de la fenomenología social. *universitas humanística*, 74, 195 – 225
- Bedregal, P., Besoain, C., Reinoso, A. y Zubarew, T. (2017). La investigación cualitativa: un aporte para mejorar los servicios de salud. *Revista Medica de Chile*, 45, 3, 373-379
- Bendelin, N., Björkdahl, P., Risell, M., Nelson, K. Z., Gerdle, B., Andersson, G., & Buhrman, M. (2020). Patients' experiences of internet-based Acceptance and commitment therapy for chronic pain: A qualitative study. *BMC Musculoskeletal Disorders*, 21(1). <https://doi.org/10.1186/s12891-020-03198-1>
- Berenguera, A., Fernandez de Sanmamaed, M., & Pons, M., Pujol, E., Rodríguez, D., Saura, S. (2014). Escuchar, Observar y comprender. Recuperando la narrativa en las Ciencias de la Salud. En *Aportaciones de la investigación cualitativa*. Barcelona: Institut Universitari d'Investigació en Atenció Primària Jordi Gol.
- Bhikkhu, T. (2010). Satipatthana Sutta: Frames of reference (MN10). Retrieved from http://www.accesstoinight.org/tipitaka/mn/mn_010.than.html
- Bishop, S. R., Lau, M., Shapiro., Carlson, L., Anderson, N., Carmody, J., Segal, Z. V., Abbey, S., Speca, M., Velting, D. y Devins, G. (2004). Mindfulness: A proposed operational definition. *Clinical Psychology: Science and Practica*. 11(3), 230-241. doi: 10.1093/clipsy/bph077
- Borsook, D. Neurological diseases and pain, *Brain*, Volume 135, Issue 2, February 2012, Pages 320–344, <https://doi.org/10.1093/brain/awr271>
- Braun, V. y Clarke, V. (2006). Using thematic analysis in psychology. *Qualitative Research in Psychology*, 3 (2), 77-101. doi:10.1191/1478088706qp063oa
- Breivik, H., Collett, B., Ventafridda, V., Cohen, R. y Gallacher, D. (2006). Survey of chronic pain in Europe: Prevalence, impact on daily life, and treatment. *European Journal of Pain*, 10(4), 287-333. doi:10.1016/j.ejpain.2005.06.009
- Breivik, H., Eisenberg, E. y O'Brien, T. (2013). The individual and societal burden of chronic pain in Europe: the case for strategic prioritisation and action to improve knowledge and availability of appropriate care. *BMC Public Health* ,13(1229), 1-14. doi:10.1186/1471-2458-13-
- Broderick, J. E., Keefe, F. J., Schneider, S., Junghaenel, D. U., Bruckenthal, P., Schwartz, J. E., Kaell, A. T., Caldwell, D. S., McKee, D., & Gould, E. (2016). Cognitive behavioral therapy for chronic pain is effective, but for whom? *Pain*, 157(9), 2115–2123. <https://doi.org/10.1097/j.pain.0000000000000626>
- Brown, C. A., & Jones, A. K. P. (2010). Meditation experience predicts less negative appraisal of pain: Electrophysiological evidence for the involvement of anticipatory neural responses. *Pain*, 150(3), 428–438. <https://doi.org/10.1016/j.pain.2010.04.017>
- Brown, C. A., & Jones, A. K. P. (2013). Psychobiological Correlates of Improved Mental Health in Patients With Musculoskeletal Pain After a Mindfulness-based Pain Management Program. *Clinical pain*, 29, 3, 233 - 244.

- Burch, V. y Duff, C. (2012). The mindful way to living wel. *British Journal of Cardiac Nursing*, 7(3), 134-136. Recuperado de <https://www.magonlinelibrary.com/doi/pdf/10.12968/bjca.2012.7.3.134>
- Burch, B. (2015). *Vivir con el dolor y la enfermedad*. Barcelona: Kairós
- Burke, A. L. J., Mathias, J. L., & Denson, L. A. (2015). Psychological functioning of people living with chronic pain: A meta-analytic review. In *British Journal of Clinical Psychology* (Vol. 54, Issue 3, pp. 345–360). John Wiley and Sons Ltd. <https://doi.org/10.1111/bjc.12078> Burke, Mathias y Denson (2015)
- Buzzi, A. (2009). La entrevista terapéutica. *Revista de la Asociación Médica Argentina*, 122.
- Campbell, R., Quilty, B., & Dieppe, P. (2003). Discrepancies between patients' assessments of outcome: qualitative study nested within a randomised controlled trial. *Bmj*, 326(7383), 252-253.
- Carleton, R. Nicholas; Asmundson, Gordon J.G.; Korol, Stephanie L.; LeBouthillier, Daniel M.; Hozempa, Kadie; Katz, Joel D.b; Vlaeyen, Johan W.S.; Crombez, Geerte Evaluating the efficacy of an attention modification program for patients with fibromyalgia: a randomized controlled trial, *PAIN: March 2020 - Volume 161 - Issue 3 - p 584-594* doi: 10.1097/j.pain.0000000000001746
- Carson J. W., Keefe F. J., Lynch T. R., Carson K. M., Goli V., Fras A. M. y Thorp S. R. (2005). Loving-kindness meditation for chronic low back pain: results from a pilot trial. *Journal Holistic Nursing*, 23(3), 287-304. doi: 10.1177/0898010105277651
- Carvalho, S. A., Gillanders, D., Palmeira, L., Pinto-Gouveia, J. y Castilho, P. (2018). Mindfulness, selfcompassion, and depressive symptoms in chronic pain: The role of pain acceptance. *Journal of Clinical Psychology*, 74, 2094-2106. doi: 10.1002/jclp.22689
- Carvalho, S. A., Pinto-Gouveia, J., Gillanders, D., Lapa, T., Valentim, A., Santos, E., Paciência, J., & Castilho, P. (2020b). Above and beyond emotional suffering: The unique contribution of compassionate and uncompassionate self-responding in chronic pain. *Scandinavian Journal of Pain*, 20(4), 853–857. <https://doi.org/10.1515/sjpain-2020-0082>
- Carvalho, S. A., Trindade, I. A., Gillanders, D., Pinto-Gouveia, J. y Castilho, P. (2020). Self-Compassion and Depressive Symptoms in Chronic Pain (CP): a 1-Year Logitudinal Study. *Mindfulness*, 11, 709-719. doi: 10.1007/s12671-019-01292-7
- Cerveró, F. (2008). Neuroplasticidad y Dolor, *Colaboraciones Especiales Revista el dolor* (Figura 1), 44–48.
- Chang, E. C., Lucas, A. G., Chang, O. D., Angoff, H. D., Li, M., Duong, A. H., Huang, J., Perara, M. J., Sirois, F. M y Hirsch, J. K. (2019). Relationship between Future Orientation and Pain Severity in Fibromyalgia Patients: Self-Compassion as a Coping Mechanism. *Social Work*, 64(3), 253–258. doi:10.1093/sw/swz013
- Chapin, H. L., Darnall, B. D., Seppala, E. M., Doty, J. R., Hah, J. M., & Mackey, S. C. (2014). Pilot study of a compassion meditation intervention in chronic pain. 1–12.

- Cherkin, D. C., Sherman, K. J., Balderson, B. H., Cook, A. J., Anderson, M. L., Hawkes, R. J., Hansen, K. E., & Turner, J. A. (2016). Effect of mindfulness-based stress reduction vs cognitive behavioral therapy or usual care on back pain and functional limitations in adults with chronic low back pain: A randomized clinical trial. *JAMA - Journal of the American Medical Association*, 315(12), 1240–1249. <https://doi.org/10.1001/jama.2016.2323>
- Clauwaert, A., Cracco, E., Schoupe, S., Van Oosterwijck, J., Danneels, L., & Van Damme, S. (2019). Somatosensory attending to the lower back is associated with response speed of movements signaling back pain. *Brain Research*, 1723. <https://doi.org/10.1016/j.brainres.2019.146383>
- Costa, J. y Pinto-Gouveia, J. (2011). Acceptance of pain, self-compassion and psychopathology: Using the chronic pain acceptance questionnaire to identify patients' subgroups. *Clinical Psychology and Psychotherapy*. 18(4), 292–302. doi: 10.1002/cpp.718
- Costa, J., & Pinto-Gouveia, J. (2013). Experiential avoidance and self-compassion in chronic pain. *Journal of Applied Social Psychology*, 43(8), 1578–1591. <https://doi.org/10.1111/jasp.12107>
- Craner, J. R., Gilliam, W. P. y Sperry, J. A. (2016). Rumination, Magnification and Helplessness. *The Clinical Journal of Pain*, 32, 12, 1028-1035. doi:10.1097/AJP.0000000000000355
- Creswell, J. (2015). *Educational research: Planning, conducting, and evaluating quantitative and qualitative Research* (4. ed.). Upper Saddle River: Pearson Education Inc.
- Crombez, G., Eccleston, C., Van Damme, S., Vlaeyen, J. W. S., & Karoly, P. (2012). *Fear-Avoidance Model of Chronic Pain The Next Generation*. Retrieved from www.clinicalpain.com
- Crowe, M., Whitehead, L., Jo Gagan, M., Baxter, D., y Panckhurst, A. (2010). Self-management and chronic low back pain: A qualitative study. *Journal of Advanced Nursing*, 66(7), 1478–1486. <https://doi.org/10.1111/j.1365-2648.2010.05316.x>
- Crowe, M., Whitehead, L., Seaton, P., Jordan, J., McCall, C., Maskill, V., & Trip, H. (2017). Qualitative meta-synthesis: the experience of chronic pain across conditions. In *Journal of Advanced Nursing* (Vol. 73, Issue 5, pp. 1004–1016). Blackwell Publishing Ltd. <https://doi.org/10.1111/jan.13174>
- Curtin, K. B., & Norris, D. (2017). The relationship between chronic musculoskeletal pain, anxiety and mindfulness: Adjustments to the Fear-Avoidance Model of Chronic Pain. *Scandinavian Journal of Pain*
- Cusens, B., Duggan, G. B., Thorne, K y Burch, V. (2010). Evaluation of the Breathworks Mindfulness-Based Pain Maganement Programme: effects on well-being and multiple measures of mindfulness. *Clinical Psychology and Psychotherapy*. 17, 63-78. doi: 10.1002/cpp.653
- Dahl, C. J., Lutz, A. y Davidson, R. J. (2015). Reconstructing and deconstructing the self: Cognitive mechanisms in meditation practice. *Trends in Cognitive Sciences*, 19, 515–523. <http://dx.doi.org/10.1016/j.tics.2015.07.001>

- Davey, A., Chilcot, J., Driscoll, E., & McCracken, L. M. (2020). Psychological flexibility, self-compassion and daily functioning in chronic pain. *Journal of Contextual Behavioral Science*, 17(June), 79–85. <https://doi.org/10.1016/j.jcbs.2020.06.005>
- Davey, E. S. (2016). Psychology and chronic pain. *Anaesthesia & Intensive Care Medicine*, 17(11), 568–570. <https://doi.org/10.1016/j.mpaic.2016.08.004>
- Davis, M. C., Zautra, A. J., Wolf, L. D., Tennen, H. y Yeung, E. W. (2015). Mindfulness and cognitive-behavioral interventions for chronic pain: Differential effects on daily pain reactivity and stress reactivity. *Journal of Consulting and Clinical Psychology*. 83, 24–35. doi: 10.1037/a0038200
- Day MA, Thorn BE, Burns JW. The continuing evolution of biopsychosocial interventions for chronic pain. *J Cogn Psychother*. 2012;26(2):114–129.
- Day MA, Ward LC, Ehde DM, Thorn BE, Burns J, Barnier A, Mattingley JB, Jensen MP. (2019). A Pilot Randomized Controlled Trial Comparing Mindfulness Meditation, Cognitive Therapy, and Mindfulness-Based Cognitive Therapy for Chronic Low Back Pain. *Pain Med*, 1, 20, 11:2134-2148. doi: 10.1093/pm/pny273. PMID: 30605517
- Day, M. A. y Thorn, B. E. (2017). Mindfulness-based cognitive therapy for headache pain: An evaluation of the long-term maintenance of effects. *Complementary Therapies in Medicine*.33, 94-98. doi: 10.1016/j.ctim.2017.06.009
- de Boer, M. J., Steinhagen, H. E., Versteegen, G. J., Struys, M. M., y Sanderman, R. (2014). Mindfulness, acceptance and catastrophizing in chronic pain. *PloS one*, 9(1), e87445. <https://doi.org/10.1371/journal.pone.0087445>
- den Boer, C., Dries, L., Terluin, B., van der Wouden, J. C., Blankenstein, A. H., van Wilgen, C. P., Lucassen, P., & van der Horst, H. E. (2019). Central sensitization in chronic pain and medically unexplained symptom research: A systematic review of definitions, operationalizations and measurement instruments. In *Journal of Psychosomatic Research* (Vol. 117, pp. 32–40). Elsevier Inc. <https://doi.org/10.1016/j.jpsychores.2018.12.010>
- Devan, H., Hale, L., Hempel, D., Saïpe, B., & Perry, M. A. (2018). What Works and Does Not Work in a Self-Management Intervention for People With Chronic Pain? Qualitative Systematic Review and Meta-Synthesis Background. Self-management interventions fostering self-efficacy improve the. In *Physical Therapy* (Vol. 98). <https://academic>
- Maxwell, J. A. (2019). *Diseño de investigación cualitativa*. Editorial Gedisa.
- Ducasse D, Dassa D, Courtet P, Brand-Arpon V, Walter A, Guillaume S, Jausseït I, Olié E. Gratitude diary for the management of suicidal inpatients: A randomized controlled trial. *Depress Anxiety*. 2019 May;36(5):400-411. doi: 10.1002/da.22877. Epub 2019 Jan 18. PMID: 30657226
- Dueñas, M., Salazar, A., Ojeda, B., Fernández-Palacín, F., Micó, J.A., Torres, L. M., y Failde, I. (2015). A Nationwide Study of Chronic Pain Prevalence in the General Spanish Population: Identifying Clinical subgroups Through Cluster Analysis. *Pain Medicine*, 16, 811-822.

- Edey, W., King, R. L., Larsen, D. J., y Stege, R. (2016). The "Being Hopeful in the Face of Chronic Pain" Program: A Counseling Program for People Experiencing Chronic Pain. *Journal for Specialists in Group Work*. 41(2), 161–187. doi: 10.1080/01933922.2016.1146378
- Edwards, K. A., Pielech, M., Hickman, J., Ashworth, J., Sowden, G., y Vowles, K. (2019). The relation of self-compassion to functioning among adults with chronic pain. *European Journal of Pain*. 23, 1538-1547.
- Edwards, R. R., Dworkin, R. H., Sullivan, M. D., Turk, D. C., & Wasan, A. D. (2016). The Role of Psychosocial Processes in the Development and Maintenance of Chronic Pain. *Journal of Pain*, 17(9), T70–T92. <https://doi.org/10.1016/j.jpain.2016.01.001>
- Eisenberger, N. I. (2012). The pain of social disconnection: examining the shared neural underpinnings of physical and social pain. *Nature Reviews Neuroscience*, 13(6), 421. <https://doi.org/10.1038/nrn3231>
- Elomaa, M. M., Williams, A. C., & Kalso, E. A. (2009). Attention management as a treatment for chronic pain. *European Journal of Pain*, 13, 1062–1067. doi:10.1016/j.ejpain.2008.12.002 <https://www.sciencedirect.com/science/article/abs/pii/S109038010800253X>
- Emmerich AC, Friehs T, Crombez G, Glombiewski JA. Self-compassion predicting pain, depression and anger in people suffering from chronic pain: A prospective study. *Eur J Pain*. 2020 Nov;24(10):1902-1914. doi: 10.1002/ejp.1638. Epub 2020 Aug 20. PMID: 33448520
- Emmons, R. A., & Crumpler, C. A. (2000). Gratitude as a human strength: Appraising the evidence. *Journal of Social and Clinical Psychology*, 19(1), 56–69. <https://doi.org/10.1521/jscp.2000.19.1.56>.
- Escobar, J., F., & Bonilla-Jimenez, I. (2017). Grupo Focales: una guía conceptual y metodológica. *Cuadernos Hispanoamericanos de Psicología*, 9,1, 21-67.
- Escudero-Carretero MJ, García-Toyos N, Prieto-Rodríguez MA, Pérez-corrall O, March-Cerdá JC, López-Doblas M. (2010). "Fibromialgia: percepción de pacientes sobre su enfermedad y el sistema de salud. Estudio de investigación cualitativa". *Reumatol Clin*; 6(1):16-22
- Farb NAS, Anderson AK, Segal ZV. 2012. The mindful brain and emotion regulation in mood disorders. *Can. J. Psychiatry* 57(2):70–77
- Farb, N.A.S., Anderson, A.K., Mayberg, H., Bean, J., McKeon, D., & Segal, Z.V. (2010). Minding one's emotions: Mindfulness training alters the neural expression of sadness. *Emotion*, 10, 25–33.
- Farb, N.A.S., Segal, Z.V., Mayberg, H., Bean, J., McKeon, D., Fatima, Z., & Anderson, A.K. (2007). Attending to the present: Mindfulness meditation reveals distinct neural modes of self-reference. *Social Cognitive and Affective Neuroscience*, 2, 313–322.
- Feldman, C., & Kuyken, W. (2011). Compassion in the landscape of suffering. *Contemporary Buddhism*, 12, 143–155
- Feliu-Soler, A., Borràs, X., Peñarrubia-María, M. T., Rozadilla-Sacanell, A., D'Amico, F., Moss-Morris, R., ... & Serrano-Blanco, A. (2016). Cost-utility and biological underpinnings of Mindfulness-

Based Stress Reduction (MBSR) versus a psychoeducational programme (FibroQoL) for fibromyalgia: A 12-month randomised controlled trial (EUDAIMON study). *BMC complementary and alternative medicine*, 16(1), 81. <https://doi.org/10.1186/s12906-016-1068-2>

Fillingim, R. (2017) Individual Differences in Pain: Understanding the Mosaic that Makes Pain Personal. *Pain*, 158(1),11-18. doi: 10.1097/j.pain.0000000000000775

Finlay, K. A., & Elander, J. (2016). Reflecting the transition from pain management services to chronic pain support group attendance: An interpretative phenomenological analysis. *British Journal of Health Psychology*, 21(3), 660–676. <https://doi.org/10.1111/bjhp.12194>

Finlay, K. A., Peacock, S., & Elander, J. (2018). Developing successful social support: An interpretative phenomenological analysis of mechanisms and processes in a chronic pain support group. *Psychology and Health*, 33(7), 846–871. <https://doi.org/10.1080/08870446.2017.1421188>

Firth, M. N., Barkham, S. K., D. Saxon (2015). Therapist effects and moderators of effectiveness and efficiency in psychological wellbeing practitioners: A multilevel modelling analysis *Behaviour Research and Therapy*, 69 (2015), pp. 54-62, 10.1016/j.brat.2015.04.001

Fjorback, L., Arendt, M., Ørnbøl, E., Fink, P., & Walah, H. (2011). Mindfulness-Based Stress Reduction and Mindfulness-Based Cognitive Therapy – a systematic review of randomized controlled trials. *Acta Psychiatrica Scandinavica*. 124: 102–119. <https://doi.org/10.1111/j.1600-0447.2011.01704>.

Flick, U. (2012). *Introducción a la investigación cualitativa*. 3ª edición. Traducido por Tomás del Amo. Ediciones Morata, S. L. Madrid y Fundación Paideia Galiza, A coruña. Capítulo primero: Investigación cualitativa: Relevancia, historia y rasgos, pag 15 – 28.

Flückiger, C., Del, A. C., Wampold, B. E., & Horvath, A. O. (2018). The Alliance in Adult Psychotherapy: A Meta-Analytic Synthesis. *Psychotherapy*, 55(4), 316–340. <https://doi.org/10.1037/pst0000172>

Gammon, T., L. (2016). *Therapeutic Self-Care for Chronic Pain: The Effectiveness of an interdisciplinary self compassion intervention in a hospital setting* (Tesis Doctoral). California School of Professional Psychology, Alliant International University, San Diego.

García- Campayo, J., Rodero, B., Alda, M., Sobradie, N., Montero, J., y Moreno, S. (2008). Validación de la versión española de la escala de la catastrofización ante el dolor (Pain Catastrophizing Scale) en la fibromialgia. *Medicina Clínica*, 131(13), 487-492. <https://doi.org/10.1157/13127277>

García-Bardón, F. D., Trigueros, V., & Chacón, L. (2018). Análisis cualitativo sobre los vectores del cono invertido en psicoterapia grupal. *Área 3. Cuadernos de temas grupales e institucionales*. 3,3, 1-20.

Gard, T., Hölzel, B. K., Sack, A. T., Hempel, H., Lazar, S. W., Vaitl, D., & Ott, U. (2012). Pain attenuation through mindfulness is associated with decreased cognitive control and increased sensory processing in the brain. *Cerebral Cortex*, 22(11), 2692–2702. <https://doi.org/10.1093/cercor/bhr352>

- Garmon, B., Philbrick, J., Becker, D., Schorling, J., Padric M., Goodman, M. y Owens, J. E. (2014). Mindfulness-based stress reduction for chronic pain : A systematic review. *Journal of Pain Management*, (7), 23-36. Recuperado de: <https://search.proquest.com/docview/1626845663?accountid=14478>
- Garrison, K.A., Zeffiro, T.A., Scheinost, D., Constable, R.T., y Brewer, J.A. (2015). Meditation leads to reduced default mode network activity beyond an active task. *Cognitive, affective & behavioral neuroscience*, 15,3,712–720
- Gatchel, R. J. (2004). Comorbidity of chronic pain and mental health disorders: the biopsychosocial perspective. *American Psychologist*, 59(8), 795. <https://doi.org/10.1037/0003-066X.59.8.795>
- Gatchel, R. J., Peng, Y. B., Peters, M. L., Fuchs, P. N., & Turk, D. C. (2007). The Biopsychosocial Approach to Chronic Pain: Scientific Advances and Future Directions. <https://doi.org/10.1037/0033-2909.133.4.581>
- Geniusas, S. (2020). Más allá del naturalismo y del constructivismo social: la función de la fenomenología en la investigación sobre el dolor. *Revista Filosófica de Coimbra*, 29(57), 179–200. https://doi.org/10.14195/0872-0851_57_10
- Gentili, C., Rickardsson, J., Zetterqvist, V., Simons, L. E., Lekander, M., & Wicksell, R. K. (2019). Psychological Flexibility as a Resilience Factor in Individuals With Chronic Pain. *Frontiers in Psychology*, 10. <https://doi.org/10.3389/fpsyg.2019.02016>
- Germer, C. & Neff, K. D. (2019). Mindful Self-Compassion (MSC). In I. Itzhan (Ed.) *The handbook of mindfulness-based programs: Every established intervention, from medicine to education* (pp. 357-367). London: Routledge
- Germer, C. K., y Neff, K. D. (2013). Self-compassion in clinical practice. *Journal of Clinical Psychology*, 69, 856–867. doi:10.1002/jclp.22021
- Germer, K. C. y Simón, V. Compasión y Autocompasión. En *Aprender a practicar Mindfulness*. (pp. 1-20). Sello Editorial: Barcelona. (recuperado de: <http://dhammasati.org/wp-content/uploads/2013/05/Cap%C3%ADtulo-Germer-Sim%C3%B3n.pdf>)
- Geurts, J. W., Willems, P. C., Lockwood, C., van Kleef, M., Kleijnen, J., & Dirksen, C. (2017). Patient expectations for management of chronic non-cancer pain: A systematic review. In *Health Expectations* (Vol. 20, Issue 6, pp. 1201–1217). Blackwell Publishing Ltd. <https://doi.org/10.1111/hex.12527>
- Gilbert P. The origins and nature of compassion focused therapy. *Br J Clin Psychol* 2014;53:6–41.
- Gilbert, P. (2005). Compassion and cruelty: A biopsychosocial approach. In P. Gilbert (Ed.), *Compassion: Conceptualisations, research and use in psychotherapy* (pp. 9–74). London: Routledge.
- Gilbert, P. (2017). *Compassion: Definitions and controversies*. In P. Gilbert (Ed.), *Compassion: Concepts, research and applications* (p. 3–15). Routledge/Taylor & Francis Group. <https://doi.org/10.4324/9781315564296-1>

- Gilbert, P., & Procter, S. (2006). Compassionate mind training for people with high shame and self-criticism: Overview and pilot study of a group therapy approach. In *Clinical Psychology and Psychotherapy* (Vol. 13, Issue 6, pp. 353–379). <https://doi.org/10.1002/cpp.507>
- Goetz, J. L., Keltner, D., y Simon-Thomas, E. (2010). Compassion: An evolutionary analysis and empirical review. *Psychological Bulletin*, 136(3), 351–374. [doi:10.1037/a0018807](https://doi.org/10.1037/a0018807)
- Goldberg SB, Hoyt WT, Nissen-Lie HA, Nielsen SL, Wampold BE. (2018). Unpacking the therapist effect: impact of treatment length differs for high- and low-performing therapists. *Psychother. Res.* 28(4):532–44
- González, A. G., García, P. F., & Viejo, I. T. (2010). Aceptación del dolor crónico en pacientes con fibromialgia: adaptación del Chronic Pain Acceptance Questionnaire (CPAQ) a una muestra Española. / Acceptance of chronic pain in fibromyalgia patients: Adaptation of Chronic Pain Acceptance Questionnaire (CPA. *Psicothema*, 22(4), 997–1003. <http://hdl.handle.net/10651/25624>
- Gooding, H., Stedmon, J., & Crix, D. (2020). 'All these things don't take the pain away but they do help you to accept it': making the case for compassion-focused therapy in the management of persistent pain. *British Journal of Pain*, 14(1), 31–41. <https://doi.org/10.1177/2049463719857099>
- Gordon, K., Rice, H., Allcock, N., Bell, P., Dunbar, M., Gilbert, S., & Wallace, H. (2017). Barriers to self-management of chronic pain in primary care: A qualitative focus group study. *British Journal of General Practice*, 67(656), e209–e217. <https://doi.org/10.3399/bjgp17X688825>
- Goubert, L., & Trompetter, H. (2017). Towards a science and practice of resilience in the face of pain. *European Journal of Pain (United Kingdom)*. Blackwell Publishing Ltd. <https://doi.org/10.1002/ejp.1062>
- Grant, J. A., Courtemanche, J., & Rainville, P. (2011). A non-elaborative mental stance and decoupling of executive and pain-related cortices predicts low pain sensitivity in Zen meditators. *Pain*, 152(1), 150–156. <https://doi.org/10.1016/j.pain.2010.10.006>
- Grant, J. A., Courtemanche, J., Duerden, E. G., Duncan, G. H. & Rainville, P. Cortical thickness and pain sensitivity in zen meditators. *Emotion* 10, 43–53 (2010)
- Grant, M., O-Beirne-Elliman, J., Froud, R., Underwood, M., & Seers, K. (2019). The work of return to work. Challenges of returning to work when you have chronic pain: A meta-ethnography. *BMJ Open*, 9(6). <https://doi.org/10.1136/bmjopen-2018-025743>
- Grossman, P., Niemann, L., Schmindt, S. y Walach, H. (2004). Mindfulness-based stress reduction and health benefits a meta-analysis. *Journal of Psychosomatic Research*. 57, 35-43. [doi:10.1016/S0022-3999\(03\)00573-7](https://doi.org/10.1016/S0022-3999(03)00573-7)
- Guba E, L.Y. (1994). Competing paradigms in qualitative research. En Denzin NK, Lincoln YS, editores. *Handbook of qualitative research*. 1st edition. Thousand Oaks: Sage; 1994. p. 105-117

- Guest, G., Namey, E., & McKenna, K. (2017). How Many Focus Groups Are Enough? Building an Evidence Base for Nonprobability Sample Sizes. In *Field Methods* (Vol. 29, Issue 1, pp. 3–22). SAGE Publications Inc. <https://doi.org/10.1177/1525822X16639015>
- Hadi, M. A., McHugh, G. A., & Closs, S. J. (2019). Impact of Chronic Pain on Patients' Quality of Life: A Comparative Mixed-Methods Study. *Journal of Patient Experience*, 6(2), 133–141. <https://doi.org/10.1177/2374373518786013>
- Haggman, S. P., Sharpe, L. A., Nicholas, M. K., & Refshauge, K. M. (2010). Attentional biases toward sensory pain words in acute and chronic pain patients. *Journal of Pain*, 11(11), 1136–1145. <https://doi.org/10.1016/j.jpain.2010.02.017>
- Hammond, A., & Freeman, K. (2006). *Community patient education and exercise for people with fibromyalgia: a parallel group randomized controlled trial*. *Clinical Rehabilitation*, 20(10), 835–846. <https://doi.org/10.1191/0269215504cr766oa>
- Hayes SC, Luoma JB, Bond FW, Masuda A, Lillis J. Acceptance and commitment therapy: model, processes and outcomes. *Behav Res Ther*. 2006;44(1):1–25.
- Hayes, S. C., Strosahl, K. D., & Wilson, K. G. (2012). *Acceptance and commitment therapy: The process and Practice of Mindful Change*. New York, NY: Guilford Press
- Hayes, S.C., Villate, M., Levin, M. & Hildebrandt, M. (2011). Open, Aware, and Active: Contextual Approaches as an Emerging Trend in the Behavioral and Cognitive Therapies. *Annu. Rev. Clin. Psychol*, 1, 141 - 168. doi: 10.1146/annurev-clinpsy-032210-104449
- Henschke, N., Ostelo, R. W., van Tulder, M. W., Vlaeyen, J. W., Morley, S., Assendelft, W. J., & Main, C. J. (2010). Behavioural treatment for chronic low-back pain. *Cochrane Database of Systematic Reviews*, 2010(7), Article No. CD002014. doi:10.1002/14651858.CD002014.pub3
- Hernandez, R. S., Fernández-Collado, C. y Baptista, P. L. (2006). *Metodología de la investigación*. 4ta edición. Mc Graw Hill Interamericana. México D.F
- Herrman, H., Stewart, D. E., Diaz-Granados, N., Berger, E. L., Jackson, B., & Yuen, T. (2011). What is resilience? *Canadian Journal of Psychiatry*, 56(5), 258–265. <https://doi.org/10.1177/070674371105600504>
- Hervás, G., Cebolla, A., y Soler, J. (2016). Intervenciones psicológicas basadas en mindfulness y sus beneficios: estado actual de la cuestión. *Clínica y Salud*, 27(3), 115–124. doi: 10.1016/j.clysa.2016.09.002
- Hilton, L., Hempel, S., Ewing, B. A., Apaydin, E., Xenakis, L., Newberry, S., Maglione, M. A. (2017). Mindfulness Meditation for Chronic Pain: Systematic Review and Meta-analysis. *Annals of Behavioral Medicine*, 51(2), 199–213. <https://doi.org/10.1007/s12160-016-9844-2>
- Hoffman, B. M., Papas, R. K., Chatkoff, D. K., & Kerns, R. D. (2007). Meta-analysis of psychological interventions for chronic low back pain. *Health Psychology*, 26(1), 1–9. doi:10.1037/0278-6133.26.1.1 February–March
- Hollis-Walker, L., & Colosimo, K. (2011). Mindfulness, self-compassion, and happiness in non-meditators: A theoretical and empirical examination. *Personality and Individual Differences*, 50(2), 222–227. <https://doi.org/10.1016/j.paid.2010.09.033>

- Holtrop, J. S., Fisher, M., Martinez, D. E., Simpson, M., Awadallah, N. S., Nease, D. E., Zittleman, L., & Westfall, J. M. (2019). What Works for Managing Chronic Pain: An Appreciative Inquiry Qualitative Analysis. *Journal of Primary Care and Community Health*, 10. <https://doi.org/10.1177/2150132719885286>
- Hölzel B.K, Ott, U., Hempel, H., Hackl, A., Wolf, K., Stark, R., y Vaitl, D. (2007). Differential engagement of anterior cingulate and adjacent medial frontal cortex in adept meditators and non-meditators. *Neurosci Lett*. 421:16--21
- Hölzel, B. K., Lazar, S. W., Gard, T., Schuman-Olivier, Z., Vago, D. R., & Ott, U. (2011). How does mindfulness meditation work? Proposing mechanisms of action from a conceptual and neural perspective. In *Perspectives on Psychological Science* (Vol. 6, Issue 6, pp. 537–559). <https://doi.org/10.1177/1745691611419671>
- Hölzel, B.K., Carmody, J., Evans, K.C., Hoge, E.A., Dusek, J.A., Morgan, L., Lazar, S.W. (2010). Stress reduction correlates with structural changes in the amygdala. *Social Cognitive and Affective Neuroscience*, 5, 11–17.
- Hooley, J. M., Franklin, J. C., & Nock, M. K. (2014). Chronic pain and suicide: Understanding the association. *Current Pain and Headache Reports*. Current Medicine Group LLC 1. <https://doi.org/10.1007/s11916-014-0435-2>
- Hooten, W. M. (2016). Chronic Pain and Mental Health Disorders: Shared Neural Mechanisms, Epidemiology, and Treatment. *Mayo Clinic Proceedings*. Elsevier Ltd. <https://doi.org/10.1016/j.mayocp.2016.04.029>
- Hopper, M. J., Curtis, S., Hodge, S., & Simm, R. (2016). A qualitative study exploring the effects of attending a community pain service choir on wellbeing in people who experience chronic pain. *British Journal of Pain*, 10(3), 124–134.
- Houghton, C., Casey, D., Shaw, D., & Murphy, K. (2013). Rigour in qualitative case-study research. *Nurse Researcher*, 20(4), 12–17. <https://doi.org/10.7748/nr2013.03.20.4.12.e326>
- Hovey, R. B., Khayat, V. C., & Feig, E. (2018). Listening to and letting pain speak: poetic reflections. *British Journal of Pain*, 12(2), 95–103. <https://doi.org/10.1177/2049463717741146>
- Howell, A. J., Jacobson, R. M., & Larsen, D. J. (2015). Enhanced psychological health among chronic pain clients engaged in hope-focused group counseling. *The Counseling Psychologist*, 43, 586–613. doi:10.1177/0011000014551421
- Huet, H. Van, Innes, E., & Whiteford, G. (2009). Living and doing with chronic pain: Narratives of pain program participants. *Disability and Rehabilitation*, 31(24), 2031–2040. <https://doi.org/10.3109/09638280902887784>
- Humo, M., Lu, H., & Yalcin, I. (2019). The molecular neurobiology of chronic pain-induced depression. In *Cell and Tissue Research* (Vol. 377, Issue 1, pp. 21–43). Springer Verlag. <https://doi.org/10.1007/s00441-019-03003-z>
- IASP Taxonomy working Group (2011) Classification of Chronic Pain (Second Edition) [Accessed 25/02/2015 <https://www.iasp-pain.org/PublicationsNews/Content.aspx?ItemNumber=1673&navItemNumber=677>]

- Inwood, E., & Ferrari, M. (2018). Mechanisms of Change in the Relationship between Self-Compassion, Emotion Regulation, and Mental Health: A Systematic Review. *Applied Psychology: Health and Well-Being*, 10(2), 215–235. <https://doi.org/10.1111/aphw.12127>
- Jang, J.H., Jung, W.H., Kang, D.H., Byun, M.S., Kwon, S.J., Choi, C.H., & Kwon, J.S. (2010). Increased default mode network connectivity associated with meditation. *Neuroscience Letters*, 487, 358–362.
- Jans-Beken, L., Jacobs, N., Janssens, M., Peeters, S., Reijnders, J., Lechner, L., & Lataster, J. (2020). Gratitude and health: An updated review. *Journal of Positive Psychology*, 15(6), 743–782. <https://doi.org/10.1080/17439760.2019.1651888>
- Jensen, M. P., & Turk, D. C. (2014). Contributions of psychology to the understanding and treatment of people with chronic pain. *American Psychologist*, 69(2), 105–118. <https://doi.org/10.1037/a0035641>
- Jong M, Peeters F, Gard T, Ashih H, Doorley J, Walker R, Rhoades L, Kulich RJ, Kueppenbender KD, Alpert JE, Hoge EA, Britton WB, Lazar SW, Fava M, Mischoulon D. (2018) A Randomized Controlled Pilot Study on Mindfulness-Based Cognitive Therapy for Unipolar Depression in Patients With Chronic Pain. *J Clin Psychiatry*. 79(1):15m10160. doi: 10.4088/JCP.15m10160
- Jong, M., Lazar, S. W., Hug, K., Mehling, W. E., Hölzel, B. K., Sack, A. T., Petters, F., Ashih, H., Mischoulon, D. y Gard, T. (2016). Effects of mindfulness-based cognitive therapy on body awareness in patients with chronic pain and comorbid depression. *Frontiers in Psychology*, 7(jun). doi:10.3389/fpsyg.2016.00967
- Junghans, K. R., Menezes, M. M., Cardoso, M. B., Pinto, J. C., Almeida, T. S., Andrade, K. S., Pereira, R. C., Cerdeira, D., Carvalho, E. S., Lemos, S. M. y SantAnaHonorato, J. E. (2020). Psychological Factors Related to Fibromyalgia Syndrome Phenomenon. *International Journal for Innovation Education and Research*, 8(1), 178–195. <https://doi.org/10.31686/ijer.vol8.iss1.2149>
- Kabat-Zinn, J. (1982). An outpatient program in behavioral medicine for chronic pain patients based on the practice of mindfulness meditation: theoretical considerations and preliminary results. *General Hospital Psychiatry*. 4(1), 33-47. doi: [10.1016/0163-8343\(82\)90026-3](https://doi.org/10.1016/0163-8343(82)90026-3)
- Kabat-Zinn, J. (2016) *Vivir con plenitud las crisis*. Barcelona: Kairos
- Kabat-Zinn, J., Lipworth, L. y Burney, R. (1987b). The clinical use of mindfulness meditation for the self-regulation of chronic pain. *Journal of Behavioral Medicine*. 8, 163–190. doi:10.1007/BF00844934
- Kabat-Zinn, J., Lipworth, L., Burney, R. y Sellers, W. (1987a). Four-year follow-up of a Meditation-Based Program for the Self-Regulation of Chronic Pain: Treatment Outcomes and Compliance. *The Clinical Journal of Pain*. 2, 159-173.
- Karayannis, N. V., Baumann, I., Sturgeon, J. A., Melloh, M., & Mackey, S. C. (2019). The Impact of Social Isolation on Pain Interference: A Longitudinal Study. *Annals of Behavioral Medicine*, 53(1), 65–74. <https://doi.org/10.1093/abm/kay017>

- Kazdin, A. E. (2007). Mediators and mechanisms of change in psychotherapy research. In *Annual Review of Clinical Psychology* (Vol. 3, pp. 1-27). <https://doi.org/10.1146/annurev.clinpsy.3.022806.091432>
- Keefe, F., Beupre, P. M., Rumble, M. E., Kelleher, S., Van Denburg, A. (2013). Group Therapy for patients with Chronic Pain. En Turk, D. C., & Gatchel, R. J. (2013). *Psychological approaches to pain management: a practitioner's handbook*. New York, NY: Guilford Press (205- 229).
- Kerr, C. E., Sacchet, M. D., Lazar, S. W., Moore, C. I., & Jones, S. R. (2013). Title: Mindfulness starts with the body: Somatosensory attention and top-down modulation of cortical alpha rhythms in mindfulness meditation. *Frontiers in Human Neuroscience*, JAN. <https://doi.org/10.3389/fnhum.2013.00012>
- Khoo, E. L., Small, R., Cheng, W., Hatchard, T., Glynn, B., Rice, D. B., Poulin, P. A. (2019). Comparative evaluation of group-based mindfulness-based stress reduction and cognitive behavioural therapy for the treatment and management of chronic pain: A systematic review and network meta-analysis. *Evidence-Based Mental Health*. BMJ Publishing Group. <https://doi.org/10.1136/ebmental-2018-300062>
- Kılıç, A., Hudson, J., McCracken, L. M., Ruparelia, R., Fawson, S., & Hughes, L. D. (2020). A Systematic Review of the Effectiveness of Self-Compassion-Related Interventions for Individuals With Chronic Physical Health Conditions. *Behavior Therapy*. <https://doi.org/10.1016/j.beth.2020.08.001>
- Kindt, S., Vansteenkiste, M., Cano, A., & Goubert, L. (2017). When is your partner willing to help you? The role of daily goal conflict and perceived gratitude. *Motivation and Emotion*, 41(6), 671-682. <https://doi.org/10.1007/s11031-017-9635-5>
- Kirby, J. N. (2017). Compassion interventions: The programmes, the evidence, and implications for research and practice. *Psychology and Psychotherapy: Theory, Research and Practice*. 90, 432-455. doi: 10.1111/papt.12104
- Kirby, J. N., Tellegen, C. L., y Steindl, S. R. (2017). ScienceDirect A Meta-Analysis of Compassion-Based Interventions: Current State of Knowledge and Future Directions. *Behavior Therapy*, 48(6), 778-792. doi:10.1016/j.beth.2017.06.003
- Koehler, H., Coakley, R., Schechter, N., Werner, C., & Kossowsky, J. (2018). The role of emotion regulation in chronic pain: A systematic literature review. In *Journal of Psychosomatic Research*, 107, 38-45. <https://doi.org/10.1016/j.jpsychores.2018.02.002>
- Kornhaber, R., Walsh, K., Duff, J., & Walker, K. (2016). Enhancing adult therapeutic interpersonal relationships in the acute health care setting: An integrative review. In *Journal of Multidisciplinary Healthcare* (Vol. 9, pp. 537-546). Dove Medical Press Ltd. <https://doi.org/10.2147/JMDH.S116957>
- Kranz, D., Bollinger, A., & Nilges, P. (2010). Chronic pain acceptance and affective well-being: A coping perspective. *European Journal of Pain*, 14,10, 1021-1025. <https://doi.org/10.1016/j.ejpain.2010.03.010>
- Lamé, I. E., Peters, M. L., Vlaeyen, J. W. S., Kleef, M. V., & Patijn, J. (2005). Quality of life in chronic pain is more associated with beliefs about pain, than with pain intensity. *European Journal of Pain*, 9,1, 15-24. <https://doi.org/10.1016/j.ejpain.2004.02.006>

- Langley, P. C., Ruiz-Iban, M. A., Tornero, J. M., De Andres, J., y González-Escalada, J. R. C. (2011). The prevalence, correlates and treatment of pain in Spain. *Journal of Medical Economics*, 14,3, 367–380. doi: 10.3111/13696998.2011.583303
- Lathren, C., Bluth, K., Campo, R., Tan, W., & Futch, W. (2018). Young adult cancer survivors' experiences with a mindful self-compassion (MSC) video-chat intervention: A qualitative analysis. *Self and Identity*, 17(6), 646–665. <https://doi.org/10.1080/15298868.2018.1451363>
- Lazarus, R., y Folkman, S. (1984): Stress, appraisal and Coping. Springer, New York. (Versión española en Martínez Roca, 1986)
- Leary, M.R., Tate, E.B., Adams, C.E., Allen, A.B., & Hancock, J. (2007). Self-compassion and reactions to unpleasant self-relevant events: The implications of treating one- self kindly. *Journal of Personality and Social Psychology*, 92, 5, 887–904. doi:10.1037/0022-3514.92.5.887
- Lee, H. W., Bradburn, J., Johnson, R. E., Lin, S.H.J., & Chang, C.H. D. (2019). The benefits of receiving gratitude for helpers: A daily investigation of proactive and reactive helping at work. *Journal of Applied Psychology*, 104,2, 197–213. <https://doi.org/10.1037/apl0000346>
- Lennox, T. B., Gage, J., y Kirk, R. (2019). Living well with chronic pain: a classical grounded theory. *Disability and Rehabilitation*, 42,8, 1141–1152. <https://doi.org/10.1080/09638288.2018.1517195>
- Lestoquoy, A. S., Laird, L. D., Mitchell, S., Gergen-Barnett, K., Negash, N. L., McCue, K., Enad, R., & Gardiner, P. (2017). Living with chronic pain: Evaluating patient experiences with a medical group visit focused on mindfulness and non-pharmacological strategies. *Complementary Therapies in Medicine*, 35, 33–38. <https://doi.org/10.1016/j.ctim.2017.09.002>
- Lew, Y. F. H., & Xin, X. H. (2021). Using a Narrative Practice Approach to Understand In-Depth Experiences of Individuals Coping with Chronic Pain. *Pain Medicine (Malden, Mass.)*, 22(1), 191–202. <https://doi.org/10.1093/pm/pnaa223>
- Lindsay, E. K., & Creswell, J. D. (2014). *Helping the self help others: self-affirmation increases self-compassion and pro-social behaviors*. 5(May), 1–9. <https://doi.org/10.3389/fpsyg.2014.00421>
- Lindsay, E. K., & Creswell, J. D. (2019). Mindfulness, acceptance, and emotion regulation: perspectives from Monitor and Acceptance Theory (MAT). In *Current Opinion in Psychology* (Vol. 28, pp. 120–125). Elsevier B.V. <https://doi.org/10.1016/j.copsyc.2018.12.004>
- Linton, S. J., & Bergbom, S. (2011). Understanding the link between depression and pain. *Scandinavian Journal of Pain*. <https://doi.org/10.1016/j.sjpain.2011.01.005>
- Lugo, N. (2002). Investigación Fenomenológica: Una estrategia para comprender la experiencia vivida. Cuadernos de línea: Cognición y desarrollo humano,3, 7-20
- Luigi-Hernandez, J. G., Woo, J., Hamm, M., Greco, C. M., Weiner, D. K., & Morone, N. E. (2018). Mindfulness for chronic low back pain: A qualitative analysis. *Pain Medicine (United States)*, 19,11, 2138–2145. <https://doi.org/10.1093/pm/pnx197>

- Luo, X., Liu, J., y Che, X. (2019). Investigating the Influence and a Potential Mechanism of Self-compassion on Experimental Pain: Evidence from a Compassionate Self-talk Protocol and Heart Rate Variability. *The Journal of Pain*. doi:10.1016/j.jpain.2019.11.006
- Lutz, J., Herwig, U., Opialla, S., Hittmeyer, A., Lutz, J., Rufer, M., Grosse, M., Holtforth, A.B. y Brühl, (2014). Mindfulness and emotion regulation—an fMRI study, *Social Cognitive and Affective Neuroscience*, 9, 6, 776–785, <https://doi.org/10.1093/scan/nst043>
- MacBeth, A., & Gumley, A. (2012). Exploring compassion: A meta-analysis of the association between self-compassion and psychopathology. *Clinical Psychology Review*. 32, 6, 545–552). <https://doi.org/10.1016/j.cpr.2012.06.003>
- Macfarlane, G. J. (2016). The epidemiology of chronic pain. *Pain*, 157, 2158-2159. doi: 10.1097/j.pain.0000000000000676
- Majeed, M. H., Ali, A. A., & Sudak, D. M. (2018). Mindfulness-based interventions for chronic pain: Evidence and applications. *Asian Journal of Psychiatry*.32,79–83. <https://doi.org/10.1016/j.ajp.2017.11.025>
- Maki-Marttunen V, Castro M, Olmos L, Leiguarda R, Villarreal M. (2016). Modulation of the default-mode network and the attentional network by self-referential processes in patients with disorder of consciousness. *Neuropsychologia*, 82, 149–160.
- Mantzios, M., & Wilson, J. C. (2014). Making concrete construals mindful: a novel approach for developing mindfulness and self-compassion to assist weight loss. *Psychology & health*, 29(4), 422-441. <https://doi.org/10.1080/08870446.2013.863883>
- Markfelder, T. y Pauli, P. (2020). Fear of Pain Intensity: Meta-Analysis and Systematic Review. *American Psychological Association*, 146(5), 411-450. doi:10.1037/bul0000228
- Matthias, M. S., Kukla, M., McGuire, A. B., & Bair, M. J. (2016). How do patients with chronic pain benefit from a peer-supported pain self-management intervention? A qualitative investigation. *Pain Medicine (United States)*, 17,12, 2247–2255. <https://doi.org/10.1093/pm/pnw138>
- Maxwell, E., Baillie, L., Rickard, W., & McLaren, S. M. (2013). Exploring the relationship between social identity and workplace jurisdiction for new nursing roles: A case study approach. *International Journal of Nursing Studies*, 50,5, 622–631. <https://doi.org/10.1016/j.ijnurstu.2012.10.015>
- McCracken LM, Carson JW, Eccleston C, Keefe FJ. (2004). Acceptance and change in the context of chronic pain. *Pain*, 109:4–7
- McCracken LM, Morley S. (2014). The psychological flexibility model: A basis for integration and progress in psychological approaches to chronic pain management. *Journal of Pain*, 15,3,221–34
- McCracken, L. M. (2020). Necessary components of psychological treatment for chronic pain: More packages for groups or process-based therapy for individuals?. *European Journal of Pain (United Kingdom)*, 24, 6, 1001–1002. <https://doi.org/10.1002/ejp.1568>

- McCracken, L. M. (2021). Beyond therapy types: Mindful self-compassion and the future of process-based therapy for chronic pain. *European Journal of Pain (United Kingdom)*, 25, 4, 729–730 <https://doi.org/10.1002/ejp.1739>
- McCracken, L. M., & Keogh, E. (2009). Acceptance, Mindfulness, and Values-Based Action May Counteract Fear and Avoidance of Emotions in Chronic Pain: An Analysis of Anxiety Sensitivity. *Journal of Pain*, 10,4, 408–415. <https://doi.org/10.1016/j.jpain.2008.09.015>
- McCracken, L. M., & Velleman, S. C. (2010). Psychological flexibility in adults with chronic pain: A study of acceptance, mindfulness, and values-based action in primary care. *Pain*, 148,1, 141–147. <https://doi.org/10.1016/j.pain.2009.10.034>
- McCracken, L. M., & Vowles, K. E. (2008). A Prospective Analysis of Acceptance of Pain and Values-Based Action in Patients With Chronic Pain. *Health Psychology*, 27,2, 215–220. <https://doi.org/10.1037/0278-6133.27.2.215>
- McCracken, L. M., Barker, E., & Chilcot, J. (2014). Decentering, rumination, cognitive defusion, and psychological flexibility in people with chronic pain. *Journal of Behavioral Medicine*, 37,6, 1215–1225. <https://doi.org/10.1007/s10865-014-9570-9>
- McCracken, L. M., Eccleston, C., & Bell, L. (2005). Clinical assessment of behavioral coping responses: Preliminary results from a brief inventory. *European Journal of Pain*, 9,1, 69–78. <https://doi.org/10.1016/j.ejpain.2004.04.005>
- McCracken, L. M., & Vowles, K. E. (2014). Acceptance and commitment therapy and mindfulness for chronic pain: Model, process, and progress. *American Psychologist*, 69, 178–187. doi:10.1037/a0035623
- McCracken, L., & Eccleston, C., (2003). Coping or acceptance: What to do about chronic pain? *Pain*, 105, 197–204. [https://doi.org/10.1016/S0304-3959\(03\)00202-1](https://doi.org/10.1016/S0304-3959(03)00202-1)
- McCracken, L.M., Sato, A., & Taylor, G.J., (2013). A Trial of a Brief Group-Based Form of Acceptance and Commitment Therapy (ACT) for Chronic Pain in General Practice: Pilot Outcome and Process Results. *The Journal of Pain*, 14,11, 1398-1406. <https://doi.org/10.1016/j.jpain.2013.06.011>
- McGehee, P., Germer, C., & Neff, K. (2017). Core Values in Mindful Self-Compassion. *En Mindfulness-Based Intervention* (ed. Monteiro, L., Compson, J.F., Musten, F.), 279–293. Springer: New York. https://doi.org/10.1007/978-3-319-64924-5_11
- McKillop, A. B., Carroll, L. J., Jones, C. A., & Battié, M. C. (2017). The relation of social support and depression in patients with chronic low back pain. *Disability and Rehabilitation*, 39,15, 1482–1488. <https://doi.org/10.1080/09638288.2016.1202335>
- Meints, M. M., Stout, M., Abplanalp, S. & Hirsh, A. T. (2017). Pain-Related Rumination, but not Magnification or Helplessness, mediates race and sex differences in experimental pain. *The Journal of Pain*, 18, 3, 332-339. doi: 10.1016/j.jpain.2016.11.005
- Meints, S. M., & Edwards, R. R. (2018). Evaluating psychosocial contributions to chronic pain outcomes. In *Progress in Neuro-Psychopharmacology and Biological Psychiatry* (Vol. 87, pp. 168–182). Elsevier Inc. <https://doi.org/10.1016/j.pnpbp.2018.01.017>

- Mengshoel, A. M., Sim, J., Ahlsen, B., & Madden, S. (2018). Diagnostic experience of patients with fibromyalgia – A meta-ethnography. *Chronic Illness*. SAGE Publications Ltd. <https://doi.org/10.1177/1742395317718035>
- Mertens, D. M. (2015). Capítulo 8. Qualitative Methods. *Research and evaluation in Education and Psychology: Integrating diversity with quantitative, qualitative, and mixed methods* (4a. ed.). (pp. 235-276). SAGE Publications Inc.
- Meulders, A. (2019). From fear of movement-related pain and avoidance to chronic pain disability: a state-of-the-art review. *Current Opinion in Behavioral Sciences*. Elsevier Ltd. <https://doi.org/10.1016/j.cobeha.2018.12.007>
- Meulders, A. (2020). Fear in the context of pain: Lessons learned from 100 years of fear conditioning research. *Behaviour Research and Therapy*, 131. <https://doi.org/10.1016/j.brat.2020.103635>
- Michel, K. (2011). *General aspects of therapeutic alliance*. En K. Michel & D. A. Jobes (Eds.), *Building a therapeutic alliance with the suicidal patient* (p. 13–28). American Psychological Association. <https://doi.org/10.1037/12303-001>
- Miró, J. (2009). El dolor: aspectos conceptuales. Dolor crónico, procedimientos de evaluación e intervención psicológica. 2da edición. Bilbao: Desclée de Brouwer.
- Miró, J., Castarlenas, E., de la Vega, R., Galán, S., Sánchez-Rodríguez, E., Jensen, M. P., & Cane, D. (2018). Pain catastrophizing, activity engagement and pain willingness as predictors of the benefits of multidisciplinary cognitive behaviorally-based chronic pain treatment. *Journal of Behavioral Medicine*, 41,6, 827–835. <https://doi.org/10.1007/s10865-018-9927-6>
- Moix, J. y Casado, M. (2011). Terapias psicológicas para el tratamiento del dolor crónico. *Clínica y Salud*, 22(1), 41-50. doi: 10.5093/cl2011v22n1a3
- Moix, J. y Kovacs, F.M. (Eds.), (2009). *Manual del dolor: Tratamiento cognitivo conductual del dolor crónico*. Barcelona, España: Paidós.
- Moore, A., Gruber, T., Derose, J., & Malinowski, P. (2012). Regular, brief mindfulness meditation practice improves electrophysiological markers of attentional control. *Frontiers in Human Neuroscience*, JANUARY 2012. <https://doi.org/10.3389/fnhum.2012.00018>
- Moretti, S. L. (2010). Variables Cognitivas Implicadas en la Experiencia de Dolor Crónico. *Revista Argentina de Ciencias Del Comportamiento*, 2, 21–29. Recuperado de www.psych.unc.edu.ar/racc
- Morone, N. E., Lynch, C. S., Greco, C. M., Tindle, H. A., & Weiner, D. K. (2008). “I Felt Like a New Person.” The Effects of Mindfulness Meditation on Older Adults With Chronic Pain: Qualitative Narrative Analysis of Diary Entries. *Journal of Pain*, 9(9), 841–848. <https://doi.org/10.1016/j.jpain.2008.04.003>
- Muris, P., & Petrocchi, N. (2017). Protection or Vulnerability? A Meta-Analysis of the Relations Between the Positive and Negative Components of Self-Compassion and Psychopathology. *Clinical Psychology and Psychotherapy*, 24(2), 373–383. <https://doi.org/10.1002/cpp.2005>
- Nascimento, S. S., Oliveira, L. R., DeSantana, J.M. (2018). Correlations between brain changes and pain management after cognitive and meditative therapies: A systematic review of neuroimaging studies. *Complement Ther Med*. 39, 137-145

- Neely, M. E., Schallert, D. L., Mohammed, S. S., Roberts, R. M., & Chen, Y. J. (2009). Self-kindness when facing stress: The role of self-compassion, goal regulation, and support in college students' well-being. *Motivation and Emotion*, 33(1), 88–97. <https://doi.org/10.1007/s11031-008-9119-8>
- Neff, K. (2003b). The development and validation of a scale to measure self-compassion. *Self and Identity*, 2(3), 223–250. doi: [10.1080/15298860309027](https://doi.org/10.1080/15298860309027)
- Neff, K. (2012) Sé amable contigo mismo. El arte de la compasión hacia uno mismo. Barcelona: Oniro
- Neff, K. D. (2003a). Self-compassion: An alternative conceptualization of a healthy attitude toward oneself. *Self and Identity*, 2(2), 85-101. doi: [10.1080/15298860309032](https://doi.org/10.1080/15298860309032)
- Neff, K. D. (2016). The Self-Compassion Scale is a Valid and Theoretically Coherent Measure of Self-Compassion. *Mindfulness*, 7(1), 264–274. doi: [10.1007/s12671-015-0479-3](https://doi.org/10.1007/s12671-015-0479-3)
- Neff, K. D. y Vonk, R. (2009). Self-compassion versus global self-esteem: Two different ways of relating to oneself. *Journal of Personality*, 77(1), 23-50. doi: 10.1111/j.1467-6494.2008.00537.x
- Neff, K. D., Kirkpatrick, K. L., y Rude, S. S. (2007). Self-compassion and adaptive psychological functioning. *Journal of Research in Personality*, 41(1), 139–154. doi:10.1016/j.jrp.2006.03.004
- Neff, K. y Germer, C. (2013). A Pilot Study and Randomized Controlled Trial of the Mindful Self-Compassion Program. *Journal of Clinical Psychology*, 69(1), 28–44. doi: [10.1002/jclp.21923](https://doi.org/10.1002/jclp.21923)
- Neff, K., y Dahm, K. A. (2015). Handbook of mindfulness and self- regulation. New York: Springer.
- Nicholas, M. K., Coulston, C. M., Asghari, A., & Malhi, G. S. (2009). Depressive symptoms in patients with chronic pain. *Medical Journal of Australia*, 190(7 SUPPL.). <https://doi.org/10.5694/j.1326-5377.2009.tb02473.x>
- Norcross, J. C., & Wampold, B. E. (2019). Relationships and responsiveness in the psychological treatment of trauma: The tragedy of the APA clinical practice guideline. In *Psychotherapy* (Vol. 56, Issue 3, pp. 391–399). American Psychological Association Inc. <https://doi.org/10.1037/pst0000228>
- Nøst, T. H., Steinsbekk, A., Riseth, L., Bratås, O., & Grønning, K. (2017). Expectations towards participation in easily accessible pain management interventions: A qualitative study. *BMC Health Services Research*, 17(1). <https://doi.org/10.1186/s12913-017-2668-3>
- Odou, N., & Brinker, J. (2014). Exploring the Relationship between Rumination, Self-compassion, and Mood. *Self and Identity*, 13(4), 449–459. <https://doi.org/10.1080/15298868.2013.840332>
- Ojeda, B., Salazar, A., Dueñas, M., Torres, L. M., Micó, J. A. y Failde, I. (2014). The Impact of Chronic Pain: The Perspective of Patients, Relatives, and Caregivers. *Families, Systems, & Health*. 32, 41 399-407. doi: 10.1037/fsh0000069.supp
- OMS. (1998). Glosario de Promoción de la Salud de la OMS. Ginebra.
- OMS. (2019, 22 de noviembre). Salud mental. OMS: https://www.who.int/topics/mental_health/es/

- OMS. (octubre 2020). suicide.. Suicide. [web] <https://www.who.int/news-room/factsheets/detail/suicide>
- Ong, W. Y., Stohler, C. S., & Herr, D. R. (2019). Role of the Prefrontal Cortex in Pain Processing. In *Molecular Neurobiology*, 56, 2, 1137–1166. <https://doi.org/10.1007/s12035-018-1130-9>
- Orhan, C., Looveren, E., Van Looreven, E., Cagnie, B., Mukhtar, N. B., Lenoir, D., y Meeus, M. (2018). Systematic Review Are Pain Beliefs, Cognitions, and Behaviors Influenced by Race, Ethnicity, and Culture in Patients with Chronic Musculoskeletal Pain: A Systematic Review. *Pain Physician*, 21:541-558.
- Ortner, C.N.M., Kilner, S.J., & Zelazo, P.D. (2007). Mindfulness meditation and reduced emotional interference on a cognitive task. *Motivation and Emotion*, 31, 271–283
- Páez-Blarrina, M., Gutiérrez-Martínez, O., Valdivia-Salas, S., & Luciano-Soriano, C. (2006). Terapia de aceptación y compromiso (ACT) y la importancia de los valores personales en el contexto de la terapia psicológica. *International Journal of Psychology and Psychological Therapy*, 6,1, 1–20.
- Palao, Á. T., Rodríguez, B. V. (2016). Intervenciones Basadas en Mindfulness para el Dolor Crónico. *Revista de Psicoterapia*, 27,103, 21–35.
- Palao, Á. T., Torrijos, M. Z., del Río, M., & Muñoz-sanjosé, A. (2019). Intervenciones Basadas en Mindfulness y Compasión en Dolor Crónico. *RIECS*, 4, S1.
- Pardos-Gascón, E. M., Narambuena, L., Leal-Costa, C., & van-der Hofstadt-Román, C. J. (2020). Differential efficacy between cognitive-behavioral therapy and mindfulness-based therapies for chronic pain: Systematic review. *International Journal of Clinical and Health Psychology*. <https://doi.org/10.1016/j.ijchp.2020.08.001>
- Parra-Delgado, M., Latorre-Postigo, J. M. (2013). Effectiveness of Mindfulness-Based Cognitive Therapy in the Treatment of Fibromyalgia: a randomized trial. *Cognitive Therapy and Research*. 37, 1015-1026. doi: 10.1007/s10608-013-9538-z
- Patton, M. Q. (2015). Variety of Qualitative Inquiry Frameworks: Paradigmatic, Philosophical, and Theoretical Orientations. En *Qualitative research & evaluation methods*. Newbury Park: Sage (pp: 85- 160).
- Penn, T. M., Trost, Z., Parker, R., Wagner, W. P., Owens, M. A., Gonzalez, C. E., White, D. M., Merlin, J. S., & Goodin, B. R. (2019). Social support buffers the negative influence of perceived injustice on pain interference in people living with HIV and chronic pain. *Pain reports*, 4,2, 7-10. <https://doi.org/10.1097/PR9.0000000000000710>
- Perlman, D. M., Salomons, T. V., Davidson, R. J., & Lutz, A. (2010). Differential Effects on Pain Intensity and Unpleasantness of Two Meditation Practices. *Emotion*, 10,1, 65–71. <https://doi.org/10.1037/a0018440>
- Pietilä Holmner, E., Stålnacke, B. M., Enthoven, P., & Stenberg, G. (2018). “The acceptance” of living with chronic pain - An ongoing process: A qualitative study of patient experiences of multimodal rehabilitation in primary care. *Journal of Rehabilitation Medicine*, 50,1, 73–79. <https://doi.org/10.2340/16501977-2286>

- Pincus, T., & McCracken, L. M. (2013). Psychological factors and treatment opportunities in low back pain. In *Best Practice and Research: Clinical Rheumatology*, 27, 625–635. Bailliere Tindall Ltd. <https://doi.org/10.1016/j.berh.2013.09.010>
- Poerio, G. L., Sormaz, M., Wang, H.T., Margulies, D., Jefferies, E., Smallwood, J., (2017). The role of the default mode network in component processes underlying the wandering mind. *Social cognitive and affective neuroscience*, 12, 10, 47–62
- Prakash, R.S., Fountain-Zaragoza, S., Kramer, A.F. (2020). Mindfulness and Attention: Current State-of-Affairs and Future Considerations. *Journal Cognitive Enhanc* 4, 340–367. <https://doi.org/10.1007/s41465-019-00144-5>
- Purdie, F. y Morley, S. (2015). Self-compassion, pain, and breaking a social contract. *Pain*, 156, 2354-2363. doi: 10.1097/j.pain.0000000000000287
- Purdie, F., y Morley, S. (2016). Compassion and chronic pain. *Pain*. 157,12. doi:0.1097/j.pain.0000000000000638
- Racine, M. (2018). Chronic pain and suicide risk: A comprehensive review. *Progress in Neuro-Psychopharmacology and Biological Psychiatry*, 87, 269–280 <https://doi.org/10.1016/j.pnpbp.2017.08.020>
- Ramírez, M. C., Esteve, Z. R., & López, M. A. E. (2001). Neuroticismo, afrontamiento y dolor crónico. *Anales de Psicología*. 17,1, 129–137.
- Ramlee, F., Afolalu, E. F., & Tang, N. K. Y. (2016). Do People With Chronic Pain Judge Their Sleep Differently? A Qualitative Study. *Behavioral Sleep Medicine*, 16, 3, 259–271. <https://doi.org/10.1080/15402002.2016.1188393>
- Rao, N., & Kemper, K. J. (2017). Online Training in Specific Meditation Practices Improves Gratitude, Well-Being, Self-Compassion, and Confidence in Providing Compassionate Care Among Health Professionals. *Journal of Evidence-Based Complementary and Alternative Medicine*, 22,2, 237–241. <https://doi.org/10.1177/2156587216642102>
- Ravn, S. L., Vang, M. L., Vaegter, H. B., & Andersen, T. E. (2018). Pain-related acceptance as a mediator in the fear avoidance model of chronic pain: A preliminary study. *Pain Medicine (United States)*, 19(9), 1764–1771. <https://doi.org/10.1093/pm/pnx223>
- Reddan, M. C., & Wager, T. D. (2018). Brain systems at the intersection of chronic pain and self-regulation. *Neuroscience Letters*. <https://doi.org/10.1016/j.neulet.2018.11.047>
- Ribé, J. M., Mercadal, J., Carrió, A., Sánchez, J., Ramilans, C., & Alberich, C. (2018). Factores terapéuticos en psicoterapia grupal: un estudio desde la perspectiva de los participantes. *La Asociación Española de Neuropsiquiatría*, 38,134, 473–489. <https://doi.org/10.4321/s0211-57352018000200007>
- Rodero, B., Pereira, J. P., Cruz Pérez-Yus, M., Casanueva, B., Serrano-Blanco, A., Rodrigues Da Cunha Ribeiro, M. J., Luciano, J. V., & Garcia-Campayo, J. (2013). Validation of a Spanish version of the psychological inflexibility in pain scale (PIPS) and an evaluation of its relation with acceptance of pain and mindfulness in sample of persons with fibromyalgia. *Health and Quality of Life Outcomes*, 11, 62, 2-10. <http://www.hqlo.com/content/11/1/62>
- Rodrigues-de-Souza DP, Palacios-Ceña D, Moro-Gutiérrez L, Camargo PR, Salvini TF, Alburquerque-Sendín F. (2016). Socio-Cultural Factors and Experience of Chronic Low Back

Pain: a Spanish and Brazilian Patients' Perspective. A Qualitative Study. PLoS ONE 11(7): e0159554. doi:10.1371/ journal.pone.0159554

Rodriguez V. B. y Palao T. A. (2008). Convivir con el dolor. Afrontar el dolor crónico. JANO, 1, 6-10

Rogers, C.R. (2000) El proceso de convertirse en persona. Barcelona:Paidós

Rolbiecki, A., Subramanian, R., Crenshaw, B., Albright, D. L., Perreault, M., & Mehr, D. (2017). A qualitative exploration of resilience among patients living with chronic pain. *Traumatology*, 23(1), 89–94. <https://doi.org/10.1037/trm0000095>

Rost, S., Van Ryckeghem, D. M. L., Schulz, A., Crombez, G., & Vögele, C. (2017). Generalized hypervigilance in fibromyalgia: Normal interoceptive accuracy, but reduced self-regulatory capacity. *Journal of Psychosomatic Research*, 93, 48–54. <https://doi.org/10.1016/j.jpsychores.2016.12.003>

Ruiz Párraga, G. T., & López Martínez, A. E. (2012). Resiliencia psicológica y dolor crónico. *Escritos de Psicología / Psychological Writings*, 5(2), 1–11. <https://doi.org/10.5231/psy.writ.2012.1001>

Rusu, A. y Pincus, T. (2016). Chronic pain patients' perceptions of their future: a verbal fluency task. *Pain*, 158, 1, 171-178 [doi: /10.1097/j.pain.0000000000000740](https://doi.org/10.1097/j.pain.0000000000000740)

Salvetti, M., Cobelo, A., Vernalha, P., de Moura, V., Ilca de Almeida, C., Canarezi, L., Carvalho C., & Calegare, R. (2012). Effects of a psychoeducational program for chronic pain management. *Revista Latino-Americana de Enfermagem*, 20,5, 896-902. <https://dx.doi.org/10.1590/S0104-11692012000500011>

Sanghavi, D. M. (2006). What makes for a compassionate patient-caregiver relationship? *Joint Commission Journal on Quality and Patient Safety*, 32,5, 283–292. [https://doi.org/10.1016/S1553-7250\(06\)32037-5](https://doi.org/10.1016/S1553-7250(06)32037-5)

Santorelli, S. F., Florence Meleo-Meyer, M. A., Koerbel, L., & Kabat-Zinn, J. (2017). Mindfulness-Based Stress Reduction (MBSR) Authorized Curriculum Guide. Center for Mindfulness in Medicine, Health Care, and Society, University of Massachusetts Medical School, (pp:1-60)-

Schotanus-Dijkstra, M., Pieterse, M. E., Drossaert, C. H. C., Walburg, J. A., & Bohlmeijer, E. T. (2019). Possible mechanisms in a multicomponent email guided positive psychology intervention to improve mental well-being, anxiety and depression: A multiple mediation model. *Journal of Positive Psychology*, 14,2, 141–155. <https://doi.org/10.1080/17439760.2017.1388430>

Schütze R, Rees C, Smith A, Slater H, O'Sullivan P. (2020). Metacognition, perseverative thinking, and pain catastrophizing: A moderated-mediation analysis. *European Journal of Pain*. 24,1,223-233. doi: 10.1002/ejp.1479. Epub 2019 Oct 3. PMID: 31495040

Schütze, R., Rees, C., Preece, M., & Schütze, M. (2010). Low mindfulness predicts pain catastrophizing in a fear-avoidance model of chronic pain. *Pain*, 148,1, 120–127. <https://doi.org/10.1016/j.pain.2009.10.030>

Schütze, R., Rees, C., Slater, H., Smith, A., y O'Sullivan, P. (2017). 'I call it stinkin' thinkin': A qualitative analysis of metacognition in people with chronic low back pain and elevated catastrophizing. *British Journal of Health Psychology*, 22,3, 463–480. <https://doi.org/10.1111/bjhp.12240>

- Schwartzmann, L. (2003). Calidad De Vida Relacionada con la Salud: Aspectos Conceptuales. *Ciencia y Enfermería IX*, 2, 9-21.
- Scott, W., Hann, K. E. J., & McCracken, L. M. (2016). A Comprehensive Examination of Changes in Psychological Flexibility Following Acceptance and Commitment Therapy for Chronic Pain. *Journal of Contemporary Psychotherapy*, 46,3, 139–148. <https://doi.org/10.1007/s10879-016-9328-5>
- Sheng, J., Liu, S., Wang, Y., Cui, R., & Zhang, X. (2017). The Link between Depression and Chronic Pain: Neural Mechanisms in the Brain. *Neural Plasticity*. Hindawi Limited. <https://doi.org/10.1155/2017/9724371>
- Siegel, R. D., y Kermer, C. (2012). Part I. What are wisdom and compassion? Why should we care?. En *Wisdom and Compassion in Psychotherapy: Deeping Mindfulness in Clinical Practice* (pp. 5-58) The Guilford Press New York.
- Sinclair, S., Kondejewski, J., Raffin-Bouchal, S., King-Shier, K. M., & Singh, P. (2017). Can Self-Compassion Promote Healthcare Provider Well-Being and Compassionate Care to Others? Results of a Systematic Review. *Applied Psychology: Health and Well-Being*, 9,2,, 168–206. <https://doi.org/10.1111/aphw.12086>
- Sirois, F. M., & Wood, A. M. (2017). Gratitude uniquely predicts lower depression in chronic illness populations: A longitudinal study of inflammatory bowel disease and arthritis. *Health Psychology*, 36,2, 122–132. <https://doi.org/10.1037/hea0000436>
- Slepian, P. M., Ankawi, B., & France, C. R. (2019). Longitudinal Analysis Supports a Fear-Avoidance Model That Incorporates Pain Resilience Alongside Pain Catastrophizing. *Annals of Behavioral Medicine*. <https://doi.org/10.1093/abm/kaz051>
- Snelgrove, S., y Lioffi, C. (2013). Living with chronic low back pain: A metasynthesis of qualitative research. *Chronic Illness*, 9,4, 283-301. doi: 10.1177/1742395313476901
- Soria, C. B. (2018). Evaluación cualitativa de un programa de Relajación, Meditación y Mindfulness para gestión de la percepción del dolor y del sufrimiento. (Trabajo Fin de Máster). INSTITUT DE CIÈNCIES DE L'EDUCACIÓ UNIVERSITAT DE BARCELONA, Barcelona.
- Soriano, J., y Monsalve, V. (2005). El afrontamiento del dolor crónico. *Boletín de Psicología*. 84, julio, 91-107.
- Stewart, D.E. y Yuen, T., (2011). A systematic review of resilience in the physically ill. *Psychosomatics*, 52, 199–209. [doi:10.1016/j.psych.2011.01.036](https://doi.org/10.1016/j.psych.2011.01.036)
- Strauss, C., Taylor, B. L., Gu, J., Kuyken, W., Baer, R., Jones, F., & Cavanagh, K. (2016). What is compassion and how can we measure it? A review of definitions and measures. *Clinical psychology review*, 47, 15-27. <https://doi.org/10.1016/j.cpr.2016.05.004>
- StraussA. y Corbin, J. (2002). Introducción. En *Bases de la investigación cualitativa. Técnicas y procedimientos para desarrollar la teoría fundamentada* (pp. 3 – 16). Editorial Contus.
- Sturgeon, J. A., & Zautra, A. J. (2013). Psychological resilience, pain catastrophizing, and positive emotions: Perspectives on comprehensive modeling of individual pain adaptation topical collection on psychiatric management of pain. *Current Pain and Headache Reports*, 17(3). <https://doi.org/10.1007/s11916-012-0317-4>

- Sturgeon, J.A. (2014). Psychological therapies for the management of chronic pain. *Psychology Research and Behavior Management*, 7, 115-124. doi: [10.2147/PRBM.S44762](https://doi.org/10.2147/PRBM.S44762)
- Sturgeon, J.A., & Zautra, A.J. (2010). Resilience: A new paradigm for adaptation to chronic pain. *Curr Pain Headache Rep* 14, 105–112
- Sullivan MJL, Bishop SR, Pivik J. The pain catastrophizing scale: development and validation. *Psychol Assess*. 1995;7(4):524–532
- Sullivan, M. J., Thorn, B., Haythornthwaite, J. A., Keefe, F., Martin, M., Bradley, L. A., & Lefebvre, J. C. (2001). *Theoretical Perspectives on the Relation Between Catastrophizing and Pain*. Retrieved from <https://journals.lww.com/clinicalpain>
- Sun X, Zhu C, So SHW. Dysfunctional metacognition across psychopathologies: A meta-analytic review. *Eur Psychiatry*. 2017 Sep;45:139-153. doi: 10.1016/j.eurpsy.2017.05.029. Epub 2017 Jun 7. PMID: 2876368
- Syropoulos, S., & Markowitz, E. M. (2021). Prosocial responses to COVID-19: Examining the role of gratitude, fairness and legacy motives. *Personality and Individual Differences*, 171. <https://doi.org/10.1016/j.paid.2020.110488>
- Tabor, A., Van Ryckeghem, D. M. L., & Hasenbring, M. I. (2020). Pain Unstuck: The Role of Action and Motivation. *Clinical Journal of Pain*, 36(3), 143–149. <https://doi.org/10.1097/AJP.0000000000000786>
- Tang Y-Y, Tang R, Posner MI. (2016). Mindfulness meditation improves emotion regulation and reduces drug abuse. *Drug Alcohol Depend*. 163,13–18
- Tang, Y. Y., Hölzel, B. K. y Posner, M. I. (2015). The neuroscience of mindfulness meditation. *Nature Reviews Neuroscience*. 16, 213–225. doi: [10.1038/nrn3916](https://doi.org/10.1038/nrn3916)
- Teasdale, J. D., Segal, Z. V., Williams, J. M., Ridgeway, V. A., Soulsby, J. M., Lau, M.A. (2000). Prevention of relapse/recurrence in major depression by mindfulness-based cognitive therapy. *Journal of Consulting and Clinical Psychology*. 68,4, 615-623. doi:10.1037/0022-006X.68.4.615
- Theofilou, P. (2013). Quality of life: Definition and measurement. *Europe's Journal of Psychology*, 9,1, 150–162. <https://doi.org/10.5964/ejop.v9i1.337>
- Thomas, E., & Magilvy, J. K. (2011). Qualitative Rigor or Research Validity in Qualitative Research. *Journal for Specialists in Pediatric Nursing*, 16,2, 151–155. <https://doi.org/10.1111/j.1744-6155.2011.00283.x>
- Thompson, M., Vowles, K. E., Sowden, G., Ashworth, J., & Levell, J. (2018). A qualitative analysis of patient-identified adaptive behaviour changes following interdisciplinary Acceptance and Commitment Therapy for chronic pain. *European Journal of Pain (United Kingdom)*, 22,5, 989–1001. <https://doi.org/10.1002/ejp.1184>
- Thompson, M., Vowles, K. E., Sowden, G., Ashworth, J., & Levell, J. (2018). A qualitative analysis of patient-identified adaptive behaviour changes following interdisciplinary Acceptance and Commitment Therapy for chronic pain. *European Journal of Pain (United Kingdom)*, 22,5, 989–1001. <https://doi.org/10.1002/ejp.1184>

- Torrijos, 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. (Disertación Doctoral). De la base de datos de <https://repositorio.uam.es/handle/10486/687382>
- Torrijos-Zarcelero, Mediavilla, R., Rodríguez-Vega, B., Del Río-Diéguez, M., López-Álvarez, I., Rocamora-González, C. y Palao Tarrero, Á. (2021). Mindful Self-Compassion Program for Chronic Pain Patients: A Randomized Controlled Trial Running Head: MSC for Chronic Pain. *Journal of Pain*. Doi: 10.1002/EJP.1734
- Toussaint, L., Sirois, F., Hirsch, J., Weber, A., Vajda, C., Schelling, J., Kohls, N., & Offenbacher, M. (2017). Gratitude mediates quality of life differences between fibromyalgia patients and healthy controls. *Quality of Life Research*, 26,9, 2449–2457. <https://doi.org/10.1007/s11136-017-1604-7>
- Toye, F., Seers, K., & Barker, K. (2014). A meta-ethnography of patients' experiences of chronic pelvic pain: Struggling to construct chronic pelvic pain as "real." *Journal of Advanced Nursing*. Blackwell Publishing Ltd. <https://doi.org/10.1111/jan.12485>
- Toye, F., Seers, K., Allcock, N., Briggs, M., Carr, E., Andrews, J. A., & Barker, K. (2013). Patients' experiences of chronic non-malignant musculoskeletal pain: A qualitative systematic review. In *British Journal of General Practice*, 63,617. <https://doi.org/10.3399/bjgp13X675412>
- Toye, F., Seers, K., Hannink, E., y Barker, K. (2017). A mega-ethnography of eleven qualitative evidence syntheses exploring the experience of living with chronic non-malignant pain. *BMC Medical Research Methodology*, 17,1. <https://doi.org/10.1186/s12874-017-0392-7>
- Tracy, S. J. (2010). Qualitative Quality: Eight "Big-Tent" Criteria for Excellent Qualitative Research. *Qualitative Inquiry*, 16,10, 837–851. doi:10.1177/1077800410383121
- Treede, R., Rief, W., Barke, A., Aziz, Q., Bennett, M.I., Benoliel, R., Cohen, M., Evers, S., Finnerup, N. B., First, M. B., Giamberardino, M. A., Kaasa, S., Kosek, E., Lavand'homme, P., Notholas, M., Perrot, S., Scholz, J., Schung, S., Smith, B.H., Svensson, P., Vlaeyen, J. W.S., Wang S. (2015). A classification of chronic pain for ICD-11. *Pain the journal of International Associations for the Study of Pain*, vol 156, 6. International Association for the Study of Pain. 1003 – 1007 Lippincott Williams and Wilkins. <https://doi.org/10.1097/j.pain.000000000000160>
- Turk, D. C. & Monarch, L. S. (2018). Biopsychosocial perspective on chronic pain. En Turk, D. C. & Gatchel, R. J. (Ed.). *Psychological Approaches to Pain Management: A Practitioner's Handbook* (pp. 3-24). New York: The Guilford Press.
- Turk, D. C. (2005). The Potential of Treatment Matching for Subgroups of Patients With Chronic Pain Lumping Versus Splitting. In *Clin J Pain* • (Vol. 21, Issue 1).
- Turk, D. C. y Adams, L. M. (2016). Using a biopsychosocial perspective in the treatment of fibromyalgia patients. *Pain Management*.6(4), 357-369. doi: [10.2217/pmt-2016-0003](https://doi.org/10.2217/pmt-2016-0003)
- Turk, D. C., & Herta, F. (2007). Abordaje conductual-cognitivo en el tratamiento del dolor. In *Wall y Melzack. Tratado del Dolor* (pp. 345–355). Elsevier. <https://doi.org/10.1016/b978-84-8174-949-6.50022-8>
- Turk, D. C., Dworkin, R. H., Revicki, D., Harding, G., Burke, L. B., Cella, D., Cleeland, C. S., Cowan, P., Farrar, J. T., Hertz, S., Max, M. B., & Rappaport, B. A. (2008). Identifying important outcome

domains for chronic pain clinical trials: An IMMPACT survey of people with pain. *Pain*, 137,2, 276–285. <https://doi.org/10.1016/j.pain.2007.09.002>

- Turk, D., Fillingim, R. B., Ohrbach, R. y Kushang, P. V. (2016). Assessment of psychosocial and functional impact of chronic pain. *Journal of Pain*, 17,9, 21-49. doi 10.1016/j.jpain.2016.02.006
- Turner, J. A., Anderson, M. L., Balderson, B. H., Cook, A. J., Sherman, K. J., & Cherkin, D. C. (2016). Mindfulness-based stress reduction and cognitive behavioral therapy for chronic low back pain: Similar effects on mindfulness, catastrophizing, self-efficacy, and acceptance in a randomized controlled trial. *Pain*, 157,11, 2434–2444. <https://doi.org/10.1097/j.pain.0000000000000635>
- Vago, D. R., & Nakamura, Y. (2011). Selective attentional bias towards pain-related threat in fibromyalgia: Preliminary evidence for effects of mindfulness meditation training. *Cognitive Therapy and Research*, 35(6), 581–594. <https://doi.org/10.1007/s10608-011-9391-x>
- Van Damme, S., Legrain, V., Vogt, J. y Crombez, G. (2010). Keeping pain in mind: a motivational account of attention to pain. *Neuroscience and Biobehavioral Reviews*, 34, 204-213.
- Van Vliet, C. M., Meulders, A., Vancleef, L. M. G., & Vlaeyen, J. W. S. (2018). The Opportunity to Avoid Pain May Paradoxically Increase Fear. *The Journal of Pain*. doi:10.1016/j.jpain.2018.05.003
- Vanhauzenhuyse, A., Gillet, A., Malaise, N., Salamun, I., Grosdent, S., Maquet, D., Nyssen, A. y Faymonville, M. (2018). Psychological interventions influence patient's attitudes and belief about their chronic pain. *Journal of Traditional and Complementary Medicina*. 8, 295-302. doi: 10.1016/j.jtcme.2016.09.001 2225
- Veehof, M. M., Oskam, M. J., Schreurs, K. M. G., & Bohlmeijer, E. T. (2011). Acceptance-based interventions for the treatment of chronic pain: A systematic review and meta-analysis. *Pain*, 152,3, 533–542. <https://doi.org/10.1016/j.pain.2010.11.002>
- Veehof, M. M., Trompetter, H. R., Bohlmeijer, E. T. y Schreurs, K. M. G. (2016). Acceptance-and mindfulness-based interventions for the treatment of chronic pain: a meta-analytic review. *Cognitive Behavior Therapy*. 45,1, 5-31. doi: 10.1080/16506073.2015.1098724
- Vidal, F. J. (2000). *Los factores terapéuticos: ¿qué es lo que produce cambios en los grupos?* *Alternativas. Cuadernos de trabajo social*, 8, 205-229.
- Villanueva, J. (2012). La epojé y la reducción como acceso a la vida trascendental. *Letras*, 83,118, 213-232. Recuperado de:<http://revista.letras.unmsm.edu.pe/index.php/le/article/view/602>
- Vinogradov, S. y Yalom, I. (1996). *Guía breve de psicoterapia de grupo*. American Psychiatric Press, Inc.
- Vivino, B. L., Thompson, B. J., Hill, C. E., & Ladany, N. (2009). Compassion in psychotherapy: The perspective of therapists nominated as compassionate. *Psychotherapy Research*, 19(2), 157–171. <https://doi.org/10.1080/10503300802430681>

- Vlaeyen, J. W. S., & Crombez, G. (2019). Annual Review of Clinical Psychology Behavioral Conceptualization and Treatment of Chronic Pain. *Annual Review of Clinical Psychology*, 29, 1.12-1.18 <https://doi.org/10.1146/annurev-clinpsy-050718>
- Vlaeyen, J. W. S., & Linton, S. J. (2000). Fear-avoidance and its consequences in chronic musculoskeletal pain: a state of the art. *Pain*, 85, 317-332. Retrieved from www.elsevier.nl/locate/pain
- Vlaeyen, J. W. S., Crombez, G., & Linton, S. J. (2016). The fear-avoidance model of pain. *Pain*. Lippincott Williams and Wilkins. <https://doi.org/10.1097/j.pain.0000000000000574>
- Vlaeyen, J. W. y Linton, S. J. (2012). Fear-avoidance model of chronic musculoskeletal pain: 12 years on. *Pain*. 153(6), 1144-1147. [doi: 10.1016/j.pain.2011.12.009](https://doi.org/10.1016/j.pain.2011.12.009)
- Volders, S., Boddez, Y., De Peuter, S., Meulders, A., & Vlaeyen, J. W. S. (2015). Avoidance behavior in chronic pain research: A cold case revisited. *Behaviour Research and Therapy*, 64, 31-37. <https://doi.org/10.1016/j.brat.2014.11.003>
- Wampold, B. E. (2018). The Therapeutic Value of the Relationship for Placebo Effects and Other Healing Practices. *International Review of Neurobiology*, 139, pp. 191-210. <https://doi.org/10.1016/bs.irn.2018.07.019>
- Wang, Y., Fan, L., Zhu, Y., Yang, J., Wang, C., Gu, L., Zhong, S., Huang, Y., Xie, X., Zhou, H., Lou, S. y Wu, X. (2019). Neurogenetic Mechanisms of Self-Compassionate Mindfulness: the Role of Oxytocin-Receptor Genes. *Mindfulness*, 10,9, 1792-1802. [doi:10.1007/s12671-019-01141-7](https://doi.org/10.1007/s12671-019-01141-7)
- Wang, Y., Ge, J., Zhang, H., Wang, H., & Xie, X. (2020). Altruistic behaviors relieve physical pain. *Proceedings of the National Academy of Sciences (PNAS)*. 117, 2, 950-958 [doi:10.1073/pnas.1911861117/-/DCSupplemental](https://doi.org/10.1073/pnas.1911861117/-/DCSupplemental)
- West, C., Stewart, L., Foster, K., & Usher, K. (2012). The meaning of resilience to persons living with chronic pain: An interpretive qualitative inquiry. *Journal of Clinical Nursing*, 21, 9-10, 1284-1292. <https://doi.org/10.1111/j.1365-2702.2011.04005.x>
- Wetherell, J.L., Afari, N., Rutledge, T., Sorrell, J.T., Stoddard, J.A., Petkus, A.J., Solomon, B.C., Lehman, D.H., Liu, L., Lang, A.J., y Atkinson, J.H., (2011). A randomized, controlled trial of acceptance and commitment therapy and cognitive-behavioral therapy for chronic pain. *Pain*, 152, 2098-2107. <https://doi.org/10.1016/j.pain.2011.05.016>
- Whittemore, R., Chase, S. K., & Mandle, C. L. (2001). Validity in qualitative research. *Qualitative Health Research*, 11, 4, 522-537. <https://doi.org/10.1177/104973201129119299>
- Wideman, T. H., Asmundson, G. G. J., Smeets, R. J. E. M., Zautra, A. J., Simmonds, M. J., Sullivan, M. J. L., Haythornthwaite, J. A., & Edwards, R. R. (2013). Rethinking the fear avoidance model: Toward a multidimensional framework of pain-related disability. *Pain*, 154, 11, pp. 2262-2265. Elsevier B.V. <https://doi.org/10.1016/j.pain.2013.06.005>
- Wideman, T. H., Boom, A., Dell'Elce, J., Bergeron, K., Fugère, J., Lu, X., Bostick, G., & Lambert, H. C. (2016). Change narratives that elude quantification: A mixed-methods analysis of how people with chronic pain perceive pain rehabilitation. *Pain Research & Management*, 2016, Article 9570581. <https://doi.org/10.1155/2016/9570581>

- Wielgosz, J., Goldberg, S. B., Kral, T. R. A., Dunne, J. D., & Davidson, R. J. (2019). Mindfulness, Meditation and Psychotology. *Annual Review of Clinical Psychology Mindfulness Meditation and Psychopathology*, 15, 285–316. <https://doi.org/10.1146/annurev-clinpsy-021815>
- Williams, AC de C, Fisher E, Hearn L, Eccleston C. (2020). Psychological therapies for the management of chronic pain (excluding headache) in adults. *Cochrane Database of Systematic Reviews*, 8. Art. No.: CD007407. DOI: 10.1002/14651858.CD007407.pub4.
- Williams, A. C. de C., y Craig, K. D. (2016). *Updating the definition of pain*. *PAIN*, 157(11), 2420–2423. doi:10.1097/j.pain.0000000000000613
- Williams, A. C., Eccleston, C., & Morley, S. (2012). Psychological therapies for the management of chronic pain (excluding headache) in adults. *Cochrane Database of Systematic Reviews*, 2012(11), Article No. CD007407. doi:10.1002/14651858.CD007407.pub3
- Witvliet, C. van O., Richie, F. J., Root Luna, L. M., & Van Tongeren, D. R. (2019). Gratitude predicts hope and happiness: A two-study assessment of traits and states. *Journal of Positive Psychology*, 14,3, 271–282. <https://doi.org/10.1080/17439760.2018.1424924>
- Wong, W. S., Lam, H. M., Chow, Y. F., Chen, P. P., Lim, H. S., Wong, S., & Fielding, R. (2014). The effects of anxiety sensitivity, pain hypervigilance, and pain catastrophizing on quality of life outcomes of patients with chronic pain: a preliminary, cross-sectional analysis. *Quality of Life Research: An International Journal of Quality of Life Aspects of Treatment, Care and Rehabilitation*, 23,8, 2333–2341. <https://doi.org/10.1007/s11136-014-0683-y>
- Wren, A. A., Somers, T. J., Wright, M. A., Goetz, M. C., Leary, M. R., Fras, A. M., Huh, B. K., Rogers, L. L., & Keefe, F. J. (2012). Self-compassion in patients with persistent musculoskeletal pain: Relationship of self-compassion to adjustment to persistent pain. *Journal of Pain and Symptom Management*, 43,4, 759–770. <https://doi.org/10.1016/j.jpainsymman.2011.04.014>
- Wren, A. A., Somers, T. J., Wright, M. A., Goetz, M. C., Leary, M. R., Fras, A. M., Huh, B. K., Rogers, L. L., y Keefe, F. J. (2012). Self-compassion in patients with persistent musculoskeletal pain: relationship of self-compassion to adjustment to persistent pain. *Journal of pain and symptom management*, 43,4, 759–770. doi:10.1016/j.jpainsymman.2011.04.014
- Yalom, ID, & Leszcz, M (2006). *Psicoterapia de grupo: Teoría y práctica* (5ª ed.). Porto Alegre: Artmed
- Yaloom, I. (2000). *Psicoterapia existencial y Terapia de Grupo*. Paidós, Barcelona.
- Yardley, L. (2017). Demonstrating the validity of qualitative research. In *Journal of Positive Psychology* (Vol. 12, Issue 3, pp. 295–296). Routledge. <https://doi.org/10.1080/17439760.2016.1262624>
- Yarnell, L. M., & Neff, K.D. (2013). Self-compassion, interpersonal conflict resolutions, and well-being. *Self and Identity*, 12, 146–159. <http://dx.doi.org/10.1080/15298868.2011.649545>
- Yildizeli Topcu, S. (2018). Relations among Pain, Pain Beliefs, and Psychological Well-Being in Patients with Chronic Pain. *Pain Management Nursing*, 19, 6, 637–644. <https://doi.org/10.1016/j.pmn.2018.07.007>
- Yu, L., Norton, S., & McCracken, L. M. (2017). Change in “Self-as-Context” (“Perspective-Taking”) Occurs in Acceptance and Commitment Therapy for People With Chronic Pain and Is

Associated With Improved Functioning. *Journal of Pain*, 18,6, 664–672.
<https://doi.org/10.1016/j.jpain.2017.01.005>

Zale, E. L., Lange, K. L., Fields, S. A., & Ditre, J. W. (2013). The relation between pain-related fear and disability: A meta-analysis. In *Journal of Pain*. 14,10,1019–1030.
<https://doi.org/10.1016/j.jpain.2013.05.005>

Zeidan, F., & Vago, D. R. (2016). Mindfulness meditation–based pain relief: a mechanistic account. *Annals of the New York Academy of Sciences*, 1373,1, 114–127.
<https://doi.org/10.1111/nyas.13153>

Zeidan, F., Adler-Neal, A. L., Wells, R. E., Stagnaro, E., May, L. M., Eisenach, J. C., McHaffie, J. G., & Coghill, R. C. (2016). Mindfulness-meditation-based pain relief is not mediated by endogenous opioids. *Journal of Neuroscience*, 36,11, 3391–3397.
<https://doi.org/10.1523/JNEUROSCI.4328-15.2016>

Zeidan, F., Baumgartner, J. N., & Coghill, R. C. (2019). The neural mechanisms of mindfulness-based pain relief. *PAIN Reports*, 4,4, e759. <https://doi.org/10.1097/pr9.0000000000000759>

Zeidan, F., Emerson, N. M., Farris, S. R., Ray, J. N., Jung, Y., McHaffie, J. G., & Coghill, R. C. (2015). Mindfulness meditation-based pain relief employs different neural mechanisms than placebo and sham mindfulness meditation-induced analgesia. *Journal of Neuroscience*, 35,46, 15307–15325. <https://doi.org/10.1523/JNEUROSCI.2542-15.2015>

Zeidan, F., Salomons, T., Farris, S. R., Emerson, N. M., Adler-Neal, A., Jung, Y., & Coghill, R. C. (2018). Neural mechanisms supporting the relationship between dispositional mindfulness and pain. *Pain*, 159,12, 2477–2485. <https://doi.org/10.1097/j.pain.0000000000001344>

Zessin, U., Dickhäuser, O., & Garbade, S. (2015). The relationship between self-compassion and wellbeing: A meta-analysis. *Applied Psychology: Health and Well-Being*, 7,3, 340–364.
<https://doi.org/10.1111/aphw.12051>

Ziadni MS, Sturgeon JA, Darnall BD. (2018). The relationship between negative metacognitive thoughts, pain catastrophizing and adjustment to chronic pain. *European Journal of Pain*. 22, 4, 756-762. doi: 10.1002/ejp.1160. Epub 2017 Dec 7. PMID: 29214679; PMCID: PMC5854507

Zorina-LichteneWalter, K., Meloto, C. B., Khoury, S. y Diatchenko, L. B. (2016). Genetic predictors of human chronic pain conditions. *Neuroscience*, 338, 36-62. doi: 10.1016/j.neuroscience.2016.04.041

Zorn, J., Abdoun, O., Bouet, R., & Lutz, A. (2020). Mindfulness meditation is related to sensory-affective uncoupling of pain in trained novice and expert practitioners. *European Journal of Pain*, 00, 1- 13. <https://doi.org/10.1002/ejp.1576>

ANEXOS

Anexo 1. Descripción del contenido de las intervenciones terapéuticas del estudio

Terapia Cognitivo-Conductual

Sesión 1

Objetivos

1. Presentación del grupo.
2. Explicar la influencia de los factores psicológicos sobre el dolor.
3. Introducir la Terapia cognitivo-conductual y sus beneficios. Programa de las sesiones.
4. Comentar las normas del grupo.

Contenido

1. Presentación de los pacientes y los terapeutas. Comentar y corregir expectativas respecto al grupo.
2. Descripción breve del programa de intervención y sus objetivos. Aspectos prácticos: pueden levantarse, andar, ir al aseo, recolocarse cuando lo necesiten...
3. Psicoeducación sobre el dolor y su relación con factores psicológicos. Se invita a la participación activa de los pacientes, comentando su propia experiencia. Se explica la Teoría de la Puerta de Melzack.
4. Se explican los principios de la intervención Cognitivo-Conductual. Modelo A-B-C
5. Se proponen las tareas para casa: Reflexionar y elaborar un listado sobre los factores que modulan su dolor.

Sesión 2

Objetivos

1. Presentar el modelo del círculo vicioso dolor-tensión-dolor para facilitar la comprensión del propio dolor. Educación sobre el dolor a cargo de médico de la Unidad de dolor.
2. Facilitar la incorporación de la relajación como estrategia para romper dicho círculo.
3. Entrenar también respiración diafragmática.

Contenido

1. Revisión y comentarios sobre la tarea para casa: factores que modulan el dolor.
2. Educación sobre el dolor a cargo de médico de la Unidad de dolor.
3. Se introduce el modelo del círculo vicioso dolor-tensión-dolor. Se anima a los participantes a compartir su propia experiencia, si encaja o no en ese modelo. Se explica el mecanismo de acción de la relajación: incide en la base psicofisiológica del dolor a través del aprendizaje de una respuesta de relajación incompatible con la tensión, que desactiva la hiperreactividad muscular y permite también la desactivación autonómica y somática. Se orienta sobre las mejores posturas, Entrenamiento en Relajación Muscular Progresiva.
4. Se explica el mecanismo de acción de la Respiración Diafragmática, que estimula el nervio vago produciendo también una respuesta incompatible con la ansiedad y la tensión. Tiene efectos en la circulación y en el sistema nervioso. Produce un efecto corporal relajante que a la vez actúa sobre la mente dejándola más serena y tranquila. Se da instrucciones y se modela la respiración. Se invita a los pacientes a practicar durante la sesión.

5. Se proponen las tareas para casa: práctica de la relajación y la respiración. Se entrega CD con el audio de relajación.

Sesión 3

Objetivos

1. Comprender la naturaleza de la atención y su papel en la percepción del dolor
2. Practicar técnicas de manejo de la atención basadas en la distracción y la imaginación.
3. Introducir la técnica de Reestructuración Cognitiva (que se trabajará en dos sesiones). En esta primera sesión se pretende:
 - a. Entrenar al paciente en el modelo cognitivo. Subrayar el papel de los pensamientos en nuestras emociones y conductas.
 - b. Aprender a diferenciar entre pensamientos negativos disfuncionales y preocupaciones adaptativas.
 - c. Entrenar a los pacientes en la observación, la identificación y el registro de pensamientos negativos irracionales.

Contenido:

1. Revisión de las tareas para casa: relajación y respiración. Comentarios sobre aprendizajes y dificultades. Intentar resolver dificultades.
2. Se explican las características fundamentales del proceso atencional: selectivo, limitado y controlable. Se explica cómo influye la atención en el dolor desde el punto del modelo cognitivo-conductual.
3. Se practica ejercicio de manejo de la atención: distracción.
4. Se explica el modelo A-B-C, más a fondo que en la primera sesión. Se comenta la relación entre pensamientos y malestar emocional y reacciones conductuales. Introducimos y explicamos la técnica de Reestructuración Cognitiva. Se presentan las características de los pensamientos automáticos y los principales tipos de distorsiones cognitivas. Se trabaja en la sesión con ejemplos de los pacientes.
5. Se proponen las tareas para casa: Se entregan auto-registros A-B-C, se explica el funcionamiento de la tarea y cómo deben identificar y registrar los pensamientos automáticos negativos. Se anima a practicar el ejercicio de distracción entrenado en la sesión.

Sesión 4

Objetivos

1. Continuar con el entrenamiento en Reestructuración Cognitiva
2. Ofrecer estrategias de reestructuración cognitiva, estrategias de regulación de emociones a través del trabajo con los pensamientos.
3. Aplicar las estrategias mostradas para la sustitución de los pensamientos negativos.

Contenido

1. Revisión de las tareas para casa: especialmente en el entrenamiento en detección de pensamientos automáticos negativos durante la semana. Comentarios sobre aprendizajes y dificultades. Intentar resolver dudas y dificultades.
2. Estrategias para sustituir los pensamientos automáticos negativos por otros pensamientos. Para combatir los pensamientos, utilizaremos la siguiente técnica:

Los pasos son los siguientes:

1. Nombrar la emoción

2. Describir la situación o suceso.
3. Identificar las “distorsiones”.

4. “Darle la vuelta”. Para ello, seguiremos los siguientes pasos: ser objetivo y basarse en criterios de utilidad, discusión cognitiva (asumir temporalmente la posibilidad de que la idea sea real y discutirla), sustituir los pensamientos desadaptativos por otros que generen respuestas emocionales y conductuales con menos consecuencias negativas para mí.

3. Se comentan ejemplos de respuestas más adaptativas para sustituir los pensamientos automáticos. Se invita a los pacientes a comentar sus propios pensamientos detectados y registrados la pasada semana y practicar la reestructuración cognitiva en la sesión.

4. Se proponen las tareas para casa: identificar los pensamientos automáticos negativos y las distorsiones cognitivas, y comenzar a trabajar con el debate de pensamientos. Se explica de nuevo el funcionamiento de los auto-registros para realizar esta tarea. Se anima a los participantes a continuar practicando las estrategias entrenadas en sesiones previas: relajación, respiración, distracción.

Sesión 5

Objetivos

1. Identificar estados emocionales desagradables y su relación con el dolor. Identificar aquello que me ayuda a regular mis emociones.
2. Conocer y practicar el entrenamiento asertivo para mejorar las relaciones interpersonales. Habilidades sociales.

Contenido

1. Revisión de las tareas para casa: Respecto a la relajación, se exploran los posibles problemas y dificultades, y si han intentado generalizarla a su vida diaria. Se comenta también la práctica de la Reestructuración cognitiva, poniendo especial atención en esta sesión a la fase de debate de pensamientos. Comentarios sobre aprendizajes y dificultades. Intentar resolver dudas y dificultades.

2. Se realiza psicoeducación sobre emociones. Se explicita la relación que puede darse entre estados emocionales desagradables y dolor y viceversa, fomentando un círculo de sufrimiento que se retroalimenta. Se trabajan también mitos sobre emociones. Se realiza lluvia ideas, ¿qué cosas me ayudan a regular mis emociones?

3. Explicación: la asertividad y su utilidad. Explicar estilos de comunicación, comentar con cuál se identifican más ellos. Se explican los objetivos de ser asertivo. Y se comentan los derechos humanos básicos. Se dan algunas ideas sobre cómo poder expresar ideas, peticiones, deseos, rechazo, de forma asertiva la fórmula básica sería:

- *Escuchar de forma activa:* «Te entiendo», «Me pongo en tu lugar», «Comprendo lo que me dices»...

- *Decir lo que se piensa u opina:* «Sin embargo, yo...», «No obstante, yo...», «A pesar de eso, yo...».

- *Expresar lo que se quiere que ocurra:* «Por tanto, me gustaría...», «Es por ello por lo que quiero...».

Se propone role-playing en la sesión con alguna situación real que comenten los pacientes. 4. Se proponen las tareas para casa: intentar esta semana poner en marcha respuestas asertivas cuando se encuentren en situaciones interpersonales difíciles.

Sesión 6

Objetivos

1. Entrenar al paciente en la técnica de solución de problemas.
2. Mostrar y explicar las diferentes fases de la técnica.

3. Aplicar el procedimiento a un problema seleccionado por el paciente.

Contenido

1. Revisión de las tareas para casa: se ponen en común las experiencias que hayan tenido los pacientes al aplicar los pasos propuestos para mantener una relación asertiva. Comentarios sobre aprendizajes y dificultades. Intentar resolver dudas y dificultades.

2. Explicación de la técnica de solución de problemas. Se explica la finalidad de la técnica.

3. Se explican las distintas fases de la solución de problemas: orientación hacia el problema, definición y formulación del problema, generación de soluciones alternativas, toma de decisiones, ejecución de la solución elegida, verificar resultados.

4. Se invita a los pacientes a que pongan en común algún problema reciente y se practica entre todos, la técnica.

5. Se proponen las tareas para casa: intentar esta semana poner en marcha la técnica entrenada cuando se encuentren ante un problema, aunque sea leve. Se invita a seguir practicando el resto de técnicas aprendidas, en especial la reestructuración cognitiva.

Sesión 7

Objetivos

1. Promover la reflexión sobre los valores vitales.

2. Ayudar a establecer objetivos operativos.

3. Promover hábitos posturales saludables y ejercicio físico suave.

Contenido

1. Revisión de las tareas para casa: se ponen en común las experiencias que hayan tenido los pacientes al aplicar la técnica de solución de problemas. Comentarios sobre aprendizajes y dificultades. Intentar resolver dudas y dificultades.

2. Valores vitales. Se invita a la reflexión sobre ello, utilizando metáforas: “metáfora del jardín y el jardinero”.

3. Establecimiento de objetivos: Concretar las reflexiones que han surgido en el apartado anterior. Explicar las características de los objetivos/metas: deben ser personales, deben ser lo más concretas posible, deben desglosarse en distintos pasos.

4. Se realiza psicoeducación sobre la higiene postural y la importancia de realizar ejercicio físico en la medida de lo posible. Se entrega material gráfico en papel sobre la higiene postural para que puedan revisarlo en casa detenidamente.

5. Se proponen las tareas para casa: Se invita a los pacientes a reflexionar a lo largo de la semana y hacer una lista de valores vitales, y pensar en que objetivos concretos se materializarían.

Sesión 8

Objetivos

1. Organización del tiempo.

2. Introducir actividades agradables, gratificantes y de autocuidado en la vida diaria.

3. Cierre y despedida. Reflexión sobre los aprendizajes. Prevención de recaídas.

Contenido

1. Revisión de las tareas para casa: comentar si han surgido nuevas reflexiones sobre sus valores vitales. Comentarios sobre aprendizajes y dificultades para definirlos en objetivos concretos. Intentar resolver dudas y dificultades.

2. Organización del tiempo: el objetivo es prevenir situaciones de estrés elevado, de sobrecarga, el desbordamiento, y emociones como la frustración. Se explican pasos necesarios

para organizar el tiempo:

a. Reflexionar sobre la propia actividad.

b. Mejorar la distribución del tiempo:

- Establecer prioridades.
- Eliminar obligaciones.
- Simplificar actividades.
- Delegar actividades.
- Bajar el listón.
- Dividir tareas.
- Programar de forma holgada.

2. Inclusión de actividades agradables, gratificantes y de autocuidado en la vida diaria dentro de la organización del tiempo. Dificultades que pueden surgir para no hacerlo, tratar de pensar soluciones y cómo ponerlas en marcha.

3. Comentar en grupo cuáles podrían ser las posibles causas de una “recaída”, cuáles serían las señales que ayudarían a identificarlo, y qué puedo hacer en ese caso. Dejarlo por escrito a modo de “Plan ante recaídas”.

4. Despedida. Reflexión breve sobre aprendizajes.

Programa de Mindfulness y Autocompasión (MSC)

En la primera sesión se entrega el “Cuaderno de trabajo para el paciente” donde encontrarán material relacionado con los contenidos de las sesiones y material para la práctica en casa. Se entrega también CD con audios de las prácticas de meditación realizadas a lo largo de las 8 semanas.

Sesión 1: DESCUBRIENDO LA AUTOCOMPASIÓN

- ¿Qué es la Autocompasión?
- Falsas creencias sobre la Autocompasión.
- Práctica informal: “Pausa de la autocompasión”.
- Práctica informal: “Contacto tranquilizador”.
- Tarea para casa: Introducir Autocompasión en la vida diaria.

Sesión 2: PRACTICANDO MINDFULNESS

- Meditación de apertura: “Respiración afectuosa”. Es una de las meditaciones nucleares del programa.
- Práctica informal: “Las plantas de los pies”.
- Práctica informal: “La piedra del aquí y ahora”.
- Tarea para casa: Introducir Mindfulness en la vida diaria

Sesión 3: PRACTICANDO LA BONDAD AMOROSA

- Meditación de la bondad amorosa para un ser querido.
- Práctica informal: “Encuentra tus frases de bondad amorosa”.
- Tarea para casa: “Encuentra tus frases de bondad amorosa”.

Sesión 4: DESCUBRIENDO TU VOZ COMPASIVA

- Meditación: Bondad amorosa para uno mismo. Es una de las meditaciones nucleares del programa.
- Tarea para casa: Práctica informal: “Carta compasiva para mí mismo”

Sesión 5: VIVIENDO PROFUNDAMENTE

- Meditación de apertura: “Dar y recibir compasión”. Es una de las meditaciones nucleares del programa.
- Ejercicio: “Descubriendo tus valores nucleares”
- Ejercicio: “Haz tu voto de vida”.
- Práctica informal: Escucha compasiva.
- Tarea para casa: “Viviendo conforme a tu voto”

Sesión de retiro (esta sesión dura entre 4 y 6 horas)

- Body-Scan compasivo.
- Paseo para Sentir y Saborear.
- Saboreando alimentos.

Sesión 6: manejando las emociones difíciles

- Práctica informal: Etiquetar las emociones.
- Práctica informal: Mindfulness de la emoción en el cuerpo
- Práctica informal: “Ablanda, Tranquiliza y Permite”.
- Tarea para casa: Practicar “Ablanda, Tranquiliza y Permite” en la vida cotidiana.

SESIÓN 7: TRANSFORMANDO LAS RELACIONES DESAFIANTES

- Meditación Del Amigo Compasivo.
- Práctica informal: Manejar la fatiga del cuidador

SESIÓN 8: MANEJANDO TU VIDA

- Meditación: Compasión con uno mismo y con los demás.
- Ejercicio: Gratitud
- Ejercicio: ¿Qué me gustaría recordar?

Tomado de Torrijos (2018).

Anexo 2. Guion de entrevista para los grupos focales

Buenas tardes,

Mi nombre es _____, soy _____ y formo parte del grupo de investigación que está llevando a cabo el estudio del que van a formar parte los datos recogidos tras los grupos terapéuticos en los que habéis participado.

Lo primero, me gustaría agradeceros vuestra participación en el estudio.

El procedimiento que vamos a seguir hoy, como probablemente ya os habrán explicado al concertar esta cita es que os voy a proponer algunas preguntas relativas a la experiencia terapéutica grupal de la que habéis formado parte. Me gustaría que os tomarais un tiempo para pensar en cada una de estas preguntas, y que posteriormente todos podáis dar vuestra opinión al respecto. En este sentido os iré dando paso a cada uno de vosotros según me indiquéis que estáis listos para contestar. Con el fin de poder transcribirlas con mayor facilidad, vuestras respuestas van a ser grabadas con cámara de video para lo cual se os ha hecho entrega de un consentimiento informado explicando cómo esta grabación tiene fines puramente científicos y que habéis firmado de manera previa.

PRIMERA PREGUNTA. ¿Ha habido algún cambio en tu experiencia del dolor que creas que tiene que ver con haber participado en esta experiencia? En caso de que fuera así ¿cómo describirías esos cambios?

SEGUNDA PREGUNTA. ¿Qué contenidos que hubieran surgido del grupo te han sido más relevantes como ayuda para el manejo del dolor?

TERCERA PREGUNTA ¿Crees que el que esta experiencia haya sido en formato de grupo ha tenido importancia? ¿O crees quizás hubieras extraído lo mismo si hubiera sido en forma individual?

CUARTA PREGUNTA ¿Cuáles han sido tus aprendizajes más valiosos a lo largo de estas sesiones? ¿Qué retos se te han presentado a lo largo de las mismas?

QUINTA PREGUNTA Si volvieras a participar en una experiencia parecida, ¿qué aspectos te gustaría ver modificados? ¿Te gustaría añadir algún otro comentario?

Anexo 3. Indicaciones previas para la lectura de los grupos focales

Aspectos generales de las transcripciones:

- Al inicio de cada transcripción, se mencionará una “introducción”, en la que la persona que lleva el grupo (representado por T, durante la transcripción) se presenta y lee o dice con cierta fidelidad, el escrito de introducción de la entrevista. Para tener una idea de lo que dice la introducción y de las preguntas hechas, debajo de estas indicaciones, encontraréis la guía de la entrevista.
- Se han quitado los datos personales que pudieran identificar de manera directa a las terapeutas que han llevado la intervención, la forma de identificarlas es a través de las iniciales BC y DC.
- Las intervenciones de los participantes se pueden identificar con la letra P y el número corresponde al orden en que se encontraban sentados en la sala de izquierda a derecha, por esta razón, por ejemplo, pasará de la intervención de P1 a P4 sin que P2 y P3 hayan intervenido.
- Se realizan especificaciones del lenguaje corporal o de acciones concretas, cuando se perciben que acompañan el discurso de manera significativa. No obstante, movimientos frecuentes como tocarse la cara, mirar a los compañeros mientras hablan, ponerse en pie para cambiar de postura y estar más cómodos, etc. Si no han tomado espacio dentro del grupo de manera significativa, o no han acompañado el discurso, se han obviado.
- Se han establecido una serie de códigos que permiten identificar superposición de voces, pausas, silencios, vacíos o falta de comprensión a causa de la calidad de la grabación. Son las siguientes:
 - (-) no se entiende
 - (/) pausa corta
 - (//) pausa larga... pueden denotar interrupción de un participante a otro cuando se encuentran seguidas al final y al principio del discurso; también indica el ajuste del discurso del participante.
- {cccc} las frases que se encuentren contenidas en llaves, quieren decir que se han superpuesto las voces y es lo que se ha alcanzado a identificar del discurso de quién habla.
- Finalmente, el uso de las comas puede no ser sintácticamente correcto, denotan pausas en el discurso de las participantes, el uso de muletillas o la forma cómo estructuraban el lenguaje.

Anexo 4. Transcripciones de los grupos focales

GRUPO 1: TCC

No. Participantes: 3 (2 mujeres, 1 hombre)

1	CG: Lee la introducción ¿ha habido algún cambio en tu experiencia de dolor que creas que tiene que ver con haber participado en los grupos? Y en caso de que fuera así ¿cómo describirías esos cambios?
2	P1: para mí, yo estoy igual, peor, pero para mí mejoría ninguna.
3	P2: a mí el dolor no me lo ha quitado, lo único que la mentalidad si me ha cambiado, claro, porque veo cuestiones referentes a los demás, entonces yo me digo "yo tengo dolor, pero también estoy viendo que otra persona están peor, otras personas están peor, a lo mejor yo me estoy quejando viendo otros cuadros que están peores", la mentalidad al menos un poquito si me ha cambiado, pero el dolor sigo teniendo, porque sigo con las pastillas y medicamento.
4	CG: en tu caso ha sido que sigue el dolor, pero si mentalmente...
5	P2: ha sido cambiar la mente, me quejo, pero hay que ver que, hay cuadros que están peor, pero eso no soluciona mi problema, mentalmente si me ha venido bien. Me ha venido bien y no me ha venido bien, me ha venido bien porque veo que hay cosas peores, ojalá no hubiera sido así, pues mejor.
6	P3: a mí no me ha ayudado, o sea el dolor no me lo quita, lo que si me ha ayuda es a relajarme, los ejercicios que nos enseñaron, la verdad que, si los uso bastante y si me han ayudado, pero en temas de dolor no.
7	CG: ¿qué contenidos que hubieran surgido del grupo te han sido más relevantes como ayuda para el manejo del dolor?
8	P1: es que mi dolor no...o sea, yo no encuentro una ayuda en el pensar, en la relajación, antes al revés, la relajación todavía me pone mucho más nerviosa con lo cual, yo al ponerme más nerviosa los grados de dolor todavía suben más. O sea, a mí no me ha ayudado, me ha dado mucha tristeza y mucha pena, era lo que dije en las sesiones, pues, o sea, el remover yo creo que como que te empeora tu circunstancia, o sea te da mucha más pena, mucho más lloro, mucha más tristeza.
9	P2: yo la relajación, la tranquilidad, esto que nos dieron del (-) y eso, no me va a peor, me va a mejor. Una tranquilidad, a lo mejor un sosiego, pero cuando tengo que hacer, claro, yo tengo el dolor pero cuando hago una cosa, que debe ser normal, debe ser normal porque yo ir a por dos litros de leche, no es para que tengas dolor, yo tengo dolor, no, claro si no voy por dos litros de leche pues eso tampoco es normal en la vida, no te estoy diciendo que lledes diez kilos y medio, pero pues claro lo que nos han enseñado pues relaja.
10	CG: los contenidos para ti son los ejercicios de relajación, y que has aprendido a relajarte ha sido lo más relevante...
11	P3: los ejercicios, lo que he dicho antes, a mí me ha pasado lo mismo que ha P1, porque el grupo me removió muchas cosas, el grupo ese en el que estuvimos me removió, míos personales y de los demás, la mitad de los días nos íbamos llorando, yo por lo menos, luego en mi casa me daba lloradera, entonces, en ese aspecto no me ha ayudado, pero en tema de relajación repito que los ejercicios si me han venido muy bien.
12	CG: bueno, si os queréis extender un poco más que sepáis que tenemos tiempo para ello ¿crees que el que esta experiencia haya sido en formato de grupo ha tenido importancia, o crees que hubieras extraído lo mismo si fuera de forma individual?
13	P1: a ver por un lado con el grupo está bien, porque ves gente, hablas con gente, no estas en tu mundo, no eres tú, tú, entonces el estar con gente, sí que es verdad que te abre, pero a la vez que te abre, te da tristeza, o sea para mí es como...es que no sé cómo explicar, ¿ha sido positivo? Pues si porque he conocido gente, ¿ha sido negativo? pues sí, porque me ha dado mucha más tristeza de la que ya de por si tienes...
14	CG: es ambivalente ¿no?

15	P1: si exacto, es que no sé qué decir, es tristeza y alegría a la vez, porque he conocido gente y sigo manteniendo una relación con ellos ¿y qué tal estamos? Y bueno pues eso sí, y tratas con gente; pero a la vez, pues el problema de cada uno, pues al final te...mira yo hice el grupo...no fue mi momento adecuado cuando hice el grupo, entonces todo me removi6 mucho más, yo estaba pendiente de una operación, entonces yo estaba ahí, muchas semanas, muy al límite, pero bueno, me quedo con la gente, eso es con lo que me quedo.
16	CG: y crees que hubieras extraído lo mismo de forma individual.
17	P1: hombre creo que no, porque yo ya sé lo mío, yo puedo hablar contigo, pero siempre eres tú y yo, pues el tratar con gente quieras o no, te abre a otras cosas, "o a mí me funciona esto, a mí me funciona lo otro" o sea que creo que compartes vivencias, por decirlo así, que tu sola es lo de siempre, tu no cambias, entonces sí, en eso sí me ha sido positivo con la gente.
18	P2: sí, yo creo que muy importante lo del grupo, creo que individualmente, lo que acaba de decir cada uno tiene lo suyo, individualmente, independientemente de que tengas ahí un profesional pero individualmente no es lo mismo, el grupo es muy importante porque ves las vivencias de las otras personas y estas en un entorno, mejor dicho, te estas arropando (trae las manos de fuera hacia sí mismo, haciendo círculos), te estas arropando, te estas cogiendo de los demás, unas veces con más tristeza, pero otras veces yo creo que bueno, el grupo en esta materia de todas las maneras yo creo que es importantísimo, desde mi punto de vista.
19	P3: yo es que como soy la última ya lo han dicho todo
20	El grupo se ríe
21	P3: es que pienso lo mismo, individual llego yo al psiquiatra y es tu a tu, y aquí pues, hemos vivido otras experiencias, la vida de las personas, los problemas de esas personas, los problemas personales, y ha sido distinto, ha sido duro por una parte y satisfactorio por otra parte, a mi si me ha resultado bueno, a mi sí, me ha gustado, es la primera vez...bueno, hice otra terapia, pero era de para otra cosa, pero esta sí que me ha gustado mucho, pensé yo que me iba a costar mucho pero no, la verdad es que de ahí hemos sacado buena amistad, sí, es distinto, a mi sí me ha gustado.
22	P2: enriquece, enriquece...
23	CG: ¿cuáles han sido tus aprendizajes más valiosos a lo largo de estas sesiones? y ¿qué retos se te han presentado a lo largo de las mismas?
24	P1: no sé qué decir
25	CG: pensadlo si queréis.
26	P3: si puedes repetir que estoy un poco...
27	CG: si lo repito, además vamos bien de tiempo ¿cuáles han sido tus aprendizajes más valiosos a lo largo de estas sesiones? y ¿qué retos se te han presentado a lo largo de las mismas?
28	P2: yo creo que de aprendizaje es respetar las dolencias y lo que tiene la persona de al lado...
29	P1: tratar todo como con respeto, tratar a todos con mucho respeto.
30	P2: si, tratar a todos con mucho respeto y nos hemos respetado, no ha habido "barullos", respetando, porque después, lo que acabo de decir, dependiendo de las dolencias salen los aspectos personales, las vivencias, y muchas veces podrías decir "pues no me importa" pues se ha respetado {mucho} lo que son las vivencias...
31	P1: {muchísimo}, yo creo que es una de las cosas, eso sí que es un aprendizaje
32	P2: claro, cada uno saltan después, como en todas las conversaciones, uno dice "pero bueno, para qué me habla de esto" pero todo en la vida, la vida es hablar, en la vida se habla y salen matices particulares, entonces bueno, personas...la señora esta que tenía sus problemas con la hija, pues bueno, {la hemos admitido}, lo hemos hecho nuestro y la hemos cuidado, al final cada uno se va con su problema, ella tendrá sus problemas, los demás nos vamos con problemas y normal.

33	P1: {si le hemos hecho (-) en algo que no teníamos por qué, pero, yo creo que con eso no se daría}, sin el respeto que nos hemos tratado todos.
34	CG: intentemos no hablar al tiempo, cada uno en su momento ¿qué retos se te han presentado?
35	P2: hombre el reto de poder superar...no sé, en qué aspecto el reto, el reto es dices “bueno pues yo vengo aquí, vengo todos los días” el reto ha sido hacer el esfuerzo, eso para mí ha sido un reto, después cuando ya estaba aquí, bueno, pues ya, pero el venir era un reto todos los días, después lo agradecía.
36	CG: sobre todo el venir a las sesiones, el ser regular con las sesiones
37	P1: sí, exactamente, después estaba uno tranquilo, estaba (dibuja una línea con las manos hacia abajo, que va desde el centro de su torso hacia afuera, como alisando algo).
38	P1: si, yo creo que el reto de venir todos los días, por lo menos para mí es {muy complicado}
39	P3: {yo también...}
40	P1: y pues yo he conseguido, con lo cual me doy un canto en los dientes y lo otro, yo estoy con él, o sea, yo creo que el respeto que nos hemos tenido todos, con la educación que lo hemos hecho todos y eso es lo que...
41	CG: ¿y has aprendido algo más, quieres añadir algo más de lo que has dicho tú?
42	P1: no, yo me quedo con eso, yo creo que el respeto que nos hemos tenido creo que es una cosa muy importante, es un aprendizaje. A escuchar a los demás sin cortar las conversaciones, que yo creo que eso es muy importante, hacer algunas veces, esos problemas tuyos, creo que es algo muy importante, creo que eso es un reto y algo que has aprendido, ves que aunque tu estas mal, pero una sonrisa, o un (toca el brazo de P2)...puede ayudar al que tienes al lado, con eso es lo que me quedo.
43	P2: para cualquier persona ha sido un reto moral, algunos vienen de Plaza Castilla, otros son de Torrejón, otros de San Lorenzo del Escorial, otros de Móstoles, yo digo una cosa, para mí es un reto pero yo comprendo...yo cuando salía tomo un autobús pero en un cuarto de hora estoy en mi casa, pero yo me imaginaba mentalmente llegar hasta Torrejón, y estábamos hablando ya de junio, que estábamos para julio, que era ya lo último del verano, estamos hablando de algo que ya petaba, un reto...personas que llegaban a las 4:30 a la casa, y sin ganas de...era un reto muy grande.
44	P3: sí, yo también el reto de venir, y luego el reto de seguir haciendo los ejercicios, porque aún sigo haciéndolos, y para mí es un reto porque pensaba que no iba a ser capaz por los dolores que tengo algunos días.
45	CG: tú los haces regular y continuado
46	P3: para mí es un reto y lo demás igual, el respeto...el respeto con lo que hemos tratado todos los temas y todo lo que hemos hecho.
47	CG: si volvieras a participar en una experiencia parecida ¿qué aspectos te gustaría ver modificados?
48	P3: yo nada
49	P1: yo no cambiaría nada, cambiaría el momento, por estar mucho más tranquila, pero era mi momento tan malo, entonces ese momento, pero lo demás no cambiaría nada.
50	P2: viene un profesional y te cambia las cosas y dices “pues mira, mucho mejor”, pero nosotros que no somos profesionales, a lo mejor hay cosas que se pueden cambiar ¿no? pero...
51	CG: pero sin ser profesionales, algo que tu hayas echado de menos, o no cambiarías nada...
52	P2: las profesionales que hemos tenido en frente, nos han tratado bien y esto, como ellos no han tenido, en ningún momento han dicho, “oye, que mala situación, estoy es muy violento porque esta persona está todo el día dele y dele”, “oye ya estoy cansado de oírte a la otra persona” como eso no lo ha habido...a lo mejor hay otra fórmula y otra manera de llevar esto pero no lo conocemos, todo en la vida es superable, como no ha habido ese malestar pues, yo creo que está bastante bien
53	P3: si no, yo no cambiaría nada, las interrupciones que tuvimos, cada dos por tres, pero eso no es culpa suya, de la mala gestión que hay en este Hospital, me imagino, pero...

54	CG: ¿eran aquí las sesiones?
55	P3: sí, pero eran arriba, en maternidad
56	CG: y había muchas interrupciones...
57	P3: sí, hubo algunos días que sí...es lo único que cambiaría, pero por lo demás no, porque DC (mención a las terapeutas, de ahora en adelante DC y BC) y la otra niña...BC, eran encantadoras, nos trataron con mucho respeto, supieron llevarnos a cada uno de nosotros, en el grupo y muy bien, yo no lo cambiaría.
58	CG: pues muy bien, hemos terminado pero bueno...el extra es preguntar ¿si queréis añadir algún otro comentario?
59	P2: no, que hay otro grupo, a parte de este grupo, hay otro grupo superior y no sé si, nos llamaran, no nos llamaran como nos sabemos.
60	CG: me lo han preguntado antes pero no sé, hablaré con DC creo, pero yo no sé, yo estoy participando de forma puntual pero no lo sé.
61	P2: si nos llamaran, no sé si sería positivo seguir aproximadamente las mismas personas o es más positivo otras personas, eso ya no lo sé, eso ya lo tienen que saber los otros profesionales. Pero claro, la dolencia cada uno la sigue teniendo, lo que pasa, claro matizando siempre cada uno.
62	Mire yo hace unos años iba por la carretera a Extremadura, venía de Sevilla y una chica que era enfermera, salía del hospital de guardia, dio cuatro vueltas de campana y no se mató, salió ilesa, totalmente, ¿qué es lo que pasa? Como no le pasó nada, decía "hay madre mía, mi coche, hay mi coche, lo he destrozado" realmente si hubiera tenido algo muy grave, cualquier persona no se fija en el coche, es de que cada uno ve en un momento lo que le está pasando, si yo tengo un percance, si no me ha pasado nada, nada más que miro lo superficial, pero si lo tengo de esto, lo que miras es a la persona, yo creo que...
63	CG: pues muchísimas gracias por responder a las preguntas, por venir, por el tiempo que nos habéis concedido.

GRUPO 2: MSC

No. Participantes: 3 mujeres

1	CG: Introducción. ¿ha habido algún cambio en tu experiencia del dolor que creas que tiene que ver con haber participado en este grupo?
2	P1: pues yo te diría que sí y no, en mi caso. Sí, quizá cuando estaba con el grupo, fui capaz de cambiar, quizá la perspectiva de verme, eso que siempre decíamos "no, no eres la única" y no sólo por el hecho de...como dice el dicho "mal de muchos, consuelo de pocos" sino el sentir esa humanidad compartida, por ese lado, entonces eso me ayudaba a poder con el dolor, a salir de esa ruedita de hámster (hace círculos con la mano) donde estaba metida y de los pensamientos que podía yo tirarme a mí críticamente.
3	Y no, por el lado en que se termina el grupo y tienes un momento de...como recuerdas si lo tienes fresco, fenomenal, pero ya después, bueno, quizá en mi caso particular también el dolor ha ido en aumento, entonces ahí no he sido capaz de poder aplicarme como lo hacía cuando estaba en el grupo. Pero yo sí considero que sí ha sido positivo.
4	CG: en concreto en la experiencia de dolor ¿qué cambió? Si es que cambió algo
5	P1: yo creo que cambia en que, aunque este álgido el dolor, no me agobia, yo creo que eso.
6	P2: en mi caso un poco como a ella, el estar en grupo, si es cierto que te ayuda mucho a ver que no estás sola, que cada uno tiene su dolor, cada uno con lo que tenga, pero que no estás sola y que hay más gente como tú, claro si no tienes a nadie cerca a tu alrededor un poco con el que puedas compartir esa experiencia, pues hay veces que te sientes solo, muy sólo, muy incomprendido, muy como que nadie, aunque te digan "si te entiendo" pero o lo vives o no...mi experiencia es que o vives algo, o aunque te intentes poner en la situación del otro, en realidad dista mucho.

7	Me ha ayudado también un poco a centrarme un poco en el momento que estoy viviendo ahora, dejar de pensar quizá un poco en lo que hacía cuando no estaba enferma, o lo que podría hacer si algún día Dios lo quiera, dejo de esta enferma, porque tiendes a pensar lo que hacía, hay que ver lo que ya no puedo hacer, entonces eso me ha ayudado un poco a separarlo, a decir “esto pasó, aquello llegará o no, no lo sabes, pues intenta con lo que hay...” pues intentar vivir, intentar sacar lo máximo posible cuando puedas.
8	Es cierto que a mí hay veces que la respiración es el ejercicio que más me ayuda, me ayuda un poco cuando tengo mucho dolor, un poco a disipar, o a no centrarme en “como me duele, como me duele, como me duele”, sino que me ayuda a abstraerme un poco de ahí y entonces me centro más en las respiraciones, yo he de reconocer que a mí es lo que más me ayuda y lo que más utilizo, y sí, también depende del día, de la intensidad del dolor, de cómo se haya levantado una ese día (P1 sonrío) y del estado anímico de ese día, hay días que se da muy bien, hay días que se da regular, pero hay días que ni respiras, lo comparo mucho con...es una tontería, lo comparto hay veces con las respiraciones del parto, que tiendes a no... cuando te duele a no respirar, decir “no venga, respira, empieza a contar, céntrate” yo diría que para mí esa es la metodología que más he conseguido, con la que he conseguido cierto efecto.
9	P3: pues yo a parte de lo que ellas han dicho que sea en grupo, es lo que mejor me ha venido...
10	CG: ...luego os preguntaré concretamente, por qué ha aportado, qué sea en grupo y no individual ¿vale?, ahora preguntaba en concreto por ¿qué ha cambiado en la experiencia de dolor? Si es que ha cambiado algo
11	P3: a mí la experiencia de dolor, yo digo lo que ellas, cuando duele mucho, mucho, es que soy incapaz de controlar las respiraciones, ni nada, es que no, y entonces, prefiero dejarlo para el momento en que yo pienso en que me puede servir. Lo que si me ha ayudado en el tema de dolor es a serenarme, a serenarme, aprovecho lo de las meditaciones, las grabaciones que nos dio BC (<i>mención a las terapeutas, de ahora en adelante BC y DC</i>), sobre todo por la noche, porque es mi momento, porque a lo largo del día, pues siempre estás que no consigo centrar los pensamientos a lo mejor en lo que los tengo que centrar, y es por la noche cuando yo poniéndome los cascos, y es mi momento del día en el que estoy serena, y encima me sirve para poder relajarme, para poder dormir mejor, que también es otro problema que tengo que no puedo dormir. Entonces sí que noto que me va bien, me va bien, el tono de la voz, que me lo vayan pautando, es una cosa que no puedo hacer yo sola, yo necesito esa persona que me lo está diciendo, entonces, si no hubiera venido a lo mejor toda esa experiencia no la tendría.
12	Y luego en la experiencia de dolor, me perjudicaba mucho mi propio dolor en relación, a mi relación con los demás con, mi familia, entonces sí que he notado que la experiencia de las sesiones sí que me han ayudado a pensar que los demás no tienen culpa de lo que a mí me pase, ni cuando me está doliendo para que encima me mosquee, y me ayuda a respirar y serenarme, y tratar de hacerme comprender, y comprenderles a ellos, que bastante a lo mejor soportan cuando a mí me duele, cosas que no me planteaba antes de venir aquí, era más egoísta en ese sentido, era “mi dolor, mi dolor, mi dolor”, y esto me ha enseñado a que oye a lo mejor, ¿cuántas personas hay que les pueda doler más que a mí? a reflexionar sobre esos temas. Sí que es verdad que cuando me duele mucho, no consigo, no consigo...quiero...y aparte me agobio, porque intento, intento...
13	Hablan al tiempo, apoyando la idea.
14	P1: yo creo que eso, lo que yo le decía a ella (a la terapeuta) el agobio de ese querer y no poder, {a veces, o no sé, y...}
15	P3: {por eso yo prefiero dejar} ¿no puedo? Dejo
16	P1: a mí me ayudó, soy consciente de que estando en el grupo y no, el tema del agobio, pero estando en el grupo yo conseguía muchas más cosas con respecto al dolor que ahora.
17	CG: os voy a lanzar otra pregunta ¿qué contenidos que surgieran en el grupo, te han sido más relevantes como ayuda para el manejo del dolor?

18	P1: a mí principalmente lo que decía, aquí P2, el tema de la respiración. Lo primero es la respiración y luego, cuando hicimos el ejercicio de los valores, que hay algunos que son fundamentales, que todavía obviamente me cuesta, vencer, aceptar o cómo quieras llamarlo, pero fue importante, respiración, valores y lo de la humanidad compartida, creo que para mí fueron...
19	P3: a mí eso mucho, lo de la humanidad compartida, porque muchas veces tiendes a pensar que es a ti la única persona que hay en el mundo que le puede doler, tienes que pararte y reflexionar, que hay personas que a lo mejor les puede doler mucho más que a mí, no tengo que ser egoísta, tengo que aceptarlo y serenarme en lo que pueda, y aceptarlo, y tratar de mitigarlo, pero tampoco agobiarme si no mitigo, si me agobio pues no consigo nada, cuando estábamos juntos y nos trasladábamos el...{eso me afectaba}.
20	P1: {sí muchísimo}, y otro ejercicio que hicimos ya terminando que era como que visualizabas, eras consciente del dolor, dejarlo estar, ponerle un nombre y luego llevarlo a un cuartito, es lo que estabas sintiendo en ese momento, aprender a saber a parte del dolor qué es lo que yo siento, yo creo que eso fue muy importante para mí.
21	P2: a mí me...a mí cuando me duele intento centrarme en la respiración y yo creo que en general todo me ha ayudado a eso, aceptación, aceptar el hecho de "mira estas enferma" que es algo que antes no...y no sabes si vas a volver al estado anterior, si, no, regular, mejor, un poco mejor, es un poco aceptar la situación que estas viviendo ahora y vivirla lo mejor posible o lo más...con sus altibajos, con sus momentos que...lógicamente hay momentos en que se te es más fácil, hay momentos en que es más difícil, momentos en que te encierras, "ni me habléis hoy" ¿no? Porque tengo rabietas.
22	Luego lo de la humanidad compartida yo lo vivo un poco más como, de una manera un poco más cristianizada que es la comunión de los santos, es lo que he tenido ahí muy presente y lo intento aplicar, lo intento aplicar. Cuando ya estoy desesperada y digo, "no puedo más", ni la respiración me vale, digo "bueno, si alguien le ayuda a estar mejor aunque yo este mal" pues yo lo ofrezco para (-) es un poco la versión cristiana de la humanidad compartida, que le ayude a alguien a quien le puedo ayudar, que lo necesite por cualquier motivo o por lo que sea, eso es una...yo creo que también es lo que más me ha funcionado a mí, o más me ha marcado, o más me ha hecho ver.
23	P3: yo es que pienso...cuando estábamos ahí en el grupo con las meditaciones y tal, yo sentía que estábamos orando
24	P1: {es que había algo} ...
25	P3: {digo} "esto es como una oración", porque el desear que {"yo sea feliz, que tu seas feliz, que yo no tenga dolor y que tu no tengas dolor"}
26	P1: {sí, total}
27	P3: para mí era una oración, el poder de la oración es muy fuerte, es una oración general, universal, me da igual la religión que sea.
28	P1: {y cuando lo hacían extender, era...} (extiende los brazos hacia arriba)
29	P2: sí cada uno adapta a su...
30	P!: yo ahí en esos momentos, era cómo lo que te decía antes, que estábamos hablando ahí (se refiere a P2), me sentía valiosa, cosa que a mí me cuesta horrores sentirme así, y esa sensación de estar todos como uno, pidiendo no solamente por nosotros, sino por todo, y luego te ibas con el espíritu como...crecida
31	P3: esos fueron los momentos en que mejor me sentí, como super más, era como "yo soy capaz de desear" no solamente para mí, sino para otros
32	P2: de aliviar
33	P2: sí de aliviar, un poco eso de trasladar, o tratar de trasladar el alivio también, eso también te crece...

34	P2: eso te ayuda a ser...a ver cómo te lo diría...a ser útil, algo que en algún momento...ya te digo que habrá momentos en que no me sale ni el ofrecerlo, ni nada, lo único que estoy es acordándome de toda la parentela de todo el mundo, pero, quiero decir, le das una utilidad, le das un valor a tu dolor, entonces muchas veces dices, eso que pensamos muchas veces de decir “por qué yo, por qué a mí, por qué no se me pasa, por qué no consigo...” a mí a veces sobre todo hay veces que no consigo ni descansar, ni dormir, que ya no puedes más, entonces el darle cierta utilidad, cierto valor a ese dolor, es decir que no sea algo que no entiendes y que te está fastidiando la vida, sino el poderlo positivizar, pues eso, en cierta manera ayuda también, el decir que sirva para algo, ya que a mi no me sirve para nada, que a otro le sirva para sentirse mejor.
35	CG: yo no intervengo porque quiero que sea vuestro discurso muy limpio, no quiero sesgarlo ¿creéis que esta experiencia que haya sido en formato grupo ha tenido importancia, o creéis que si hubiera sido en formato individual hubierais extraído los mismos beneficios o los mismos aprendizajes?
36	P3: a mi me parece totalmente mejor en grupo, yo por lo menos...vamos, tampoco lo he tenido por separado, sinceramente, nunca he tenido una terapia individual, pero me fue tan grato el grupo que...vamos, pienso que sí.
37	P1: y además yo creo también el hecho de que...como nos hacían tanto hincapié cuando nosotros teníamos que intervenir o hablar, “hablamos de práctica aquí” era un grupo de dolor pero muchas veces ni hablábamos del dolor, entonces eso para mí lo hacía especial, quizá hablábamos del dolor a través de las lágrimas, cuando un ejercicio o alguna cosa, pero no se hablaba del dolor como tal, como pasa que se hace en otros grupos que nos han citado o que yo he tenido oportunidad de estar, entonces para mí eso yo creo que eso ha sido mágico, porque era el aquí y el ahora, y el hacernos...”pero bueno, ya lo que pasó, pasó...” cómo lo que decías tú (refiriéndose a P2) “y qué puedo hacer ahora por mí o por alguien ahora” y yo creo que eso de estar en grupo...o cuando escuchabas a tus compañeros, entonces te sentías...reflejado, identificado, o a veces no, y podías aportar también algo, otro punto de vista, salir de esa rueda hámster o cambiar de canal porque siempre es el mismo, el mismo, para mí, particularmente creo que fue lo más enriquecedor
38	P2: yo personalmente, pese a que no lo he tenido individualizado, pero si creo que beneficia mucho el grupo, porque (me repito) hay muchas veces en que te sientes muy solo... (empieza a llorar y las compañeras extienden su mano hacia sus brazos).
39	CG: parece que si os vais cerrando más ¿no? “soy yo y mi dolor” y así te vas cerrando puertas...
40	P2: no te sientes comprendido y juzgado (con la voz quebrantada), a veces te juzgan porque te quejas de que te duele aquí, allá, y puede que no le duela a él, pero me duele en otro sitio, entonces...
41	(/) ...P3 extiende de nuevo la mano hacia el brazo de P2. La terapeuta se pone en pie para pasarle pañuelos, pero P2 la detiene sacando uno de su bolsillo.
42	P2: entonces (mientras se limpia las lágrimas) yo creo que sí que no puede ser igual, no lo sé, efectivamente no lo he vivido, pero yo creo que ayuda mucho.
43	P1: además yo creo que también es muy fácil sabotearte a ti misma y el día que estas citado, no ir, pero aquí, era como que todos queríamos estar y si nos perdíamos de algo era como “ay a la siguiente no voy a poder estar” o sea que eso también ayuda a que la persona se movilice y diga “no” ahí voy, arrastrando las piernas, pero ahí estoy, ahí estoy.

44	P2: también te ayuda a olvidarte de ti y de tu dolor porque empatizas con otras personas, entonces eso te saca un poco de ese círculo y ese ombligo de mundo que ves solamente cuando estas tú, y entonces pues conoces gente que esta igual, peor o mejor...pero sabes que no eres tu solo, no por "mal de muchos, consuelo de tontos" ni mucho menos, sino por el "puedo dejar de mirarme a mí, porque te estoy escuchando a ti y comprendo perfectamente", entonces en ese rato no me estoy mirando a mí, no estoy mirando dónde me duele, no estoy...sino que estoy comprendiendo, entendiendo, atendiendo al de al lado, poniéndome en el lugar de el de al lado y ya dejas de ponerte solamente en tu lugar, creo que ayuda mucho a...a eso...sientes como una empatía muy especial, un vínculo muy especial con los que están en el grupo, te hace comprenderles tanto, tanto que...porque sabes perfectamente por lo que...más o menos...alguien te puede explicar lo que duele un parto, pero hasta que no le ponen la epidural pues no tienes ni idea de lo que duele un parto, pues esto es lo mismo, te puede contar lo bonito que es flotar, sin gravedad, pero hasta que no flotas sin gravedad no puedes...pero en este caso si por que uno ha flotado a cinco metros de altura, otro habrá flotado a diez metros, pero has flotado, entonces te sientes muy unido a los compañeros que están al lado porque tienes una experiencia vital común...
45	P3: a mi me pasó que antes de empezar a ir me daba un poco de miedo, porque yo soy muy llorona, soy muy emotiva, yo digo que me gustaría a veces no ser tan emotiva por que muchas veces no es apropiado en determinadas maneras, pues no solamente con nuestras cosas, sino que soy muy llorona...y digo "esto, como empecemos a hablar del tema y exponiendo, yo es que me voy a poner a llorar, voy a sentir vergüenza, me voy a poner a llorar más" y a mí me produjo...que no que quiera que lloréis, a ver si me entendéis, pero había gente que lloraba más que yo, y yo me quedé...no sé, me sentía muy bien porque "no soy yo sola la que estoy aquí llorando, no tengo que sentir vergüenza" hay más gente que sufre, que no se puede aguantar y llora, entonces eso, me sentí muy bien, no todo el mundo llorábamos, pero si que es cierto que dije "no quiero ser la llorona de la sala" iba con esa cosa que no, y es una cosa que mira, me relajé, y a la segunda sesión pues me surgía llorar, pues lloraba, que no me gusta, lo detesto, pero bueno...
46	P2: yo creo que lloramos todos, menos DC y BC, yo creo que lloramos todos
47	Se ríen
48	P3: entonces esa situación en las que fuera fácil
49	P2: yo como veis no me corto, pero es que al final tienes mucha...resistes, aguantas, a ver tampoco me quiero poner...genera mucha...
50	P3: mucha tensión, es que, si no se llora, yo lo he llegado a comprobar...
51	P2: esa ansiedad, no sé cómo decirlo, no sé, hay mucho ahí aguantando, vas guardando, vas guardando y en cuanto hacen "pum" yo...cuesta
52	P3: si cuesta
53	CG: voy a hacer una pregunta que puede que ya hayáis contestado en parte, pero a ver si la pregunta suscita más cosas ¿cuáles han sido tus aprendizajes más valiosos a lo largo de estas sesiones? y la otra parte de la pregunta ¿qué retos se te han presentado?, o sea, aprendizajes valiosos y retos.
54	P3: ¿mientras estábamos allí, dices? ¿en las sesiones?
55	CG: a partir de las sesiones pues ¿qué aprendizajes habéis obtenido y que retos se os han presentado?
56	P3: solamente con el dolor o en todas las sesiones
57	CG: no tiene por qué, en las sesiones de este grupo, pero...
58	P3: bueno, a parte de a mi...desde mi punto de vista, a parte de cómo serenarme, y cómo aceptarlo, que bueno, hay veces que no se puede y ya está, pero tratarlo, por lo menos de entenderlo y tratarlo, y conseguir que por la noche tener mi ratito para mí, para esto, para ponerme las cintas y...a ver si ya yo por mí misma puedo llegar a conseguir ponerme sola, aunque no creo que lo consiga, así como así, pero bueno.

59	Luego, hubo una sesión que a mí me resultó muy fuerte, no sé, perdoné a mi padre y para mí eso me supuso muchísimo, muchísimo, no lo había llegado nunca a perdonar, tampoco es que me haya hecho grandes cosas, pero esa figura de incompreensión, una postura muy autoritaria, nunca lo había llegado a entender, pero le llegue a perdonar en esa sesión que tuvimos y para mí fue muy valioso, a parte del dolor...
60	CG: ¿Algún ejercicio en concreto?
61	P3: si es que no me acuerdo cómo se llamaba, no sé si era la bondad compasiva, yo me acuerdo del ejercicio...
62	P1: fue en el mismo en que, yo también dije, me acuerdo que yo...que había perdonado a mi maestra de primaria, y era un ejercicio de si...te centrabas en una persona o bien que había influido en ti o que querías agradecer, o que querías entender, entonces claro, a mí, a mí se me vinieron por conexión, a mí se me vinieron primero las personas que quería agradecer, luego en concreto, en mi profesor de baile que ha sido también como pilar para mí a parte de mis padres y automáticamente "pup" apareció allí mi maestra de siete años, es que ni me acuerdo de la cara, simplemente me acordaba de la frase...
63	P3: {era una persona con la que teníamos algo no resuelto}
64	P1: {y yo lo compartí} porque a mi me pareció muy significativo, yo pude en ese ejercicio, transformarlo, quizá le doy gracias, pues bueno, por lo bueno que sacó de mí, que yo a partir de eso fui una niña muy trabajadora, muy responsable de mí misma, quizá obsesiva con tener las cosas a tiempo "esto tiene que ser así y asa" y para mi fue en beneficio, entonces me gustó, porque yo ahí sí que pude.
65	P3: a mi me pasó eso mismo con mi padre, porque era esto de que "no te comprendo, nunca te comprenderé, no le comprendo estas posturas, esta manera de pensar", pero luego si que es cierto que la meditación es que se transformaba en qué me había beneficiado, y claro que yo he entendido muchos beneficios que hizo mi padre para mí, y se lo agradecí, entonces es una manera de transformar totalmente porque te sientes como...
66	P1: yo por lo menos me liberé, por lo menos de ese ítem, me liberé, que me quedan otros, vale, pero de ese...
67	P3: si, pero que cuando estaba ahí en nuestra cabeza eso debía ser importante, cuando en plena meditación "pumba" te sale, debe de ser importante para nuestra forma de llevar nuestra vida y nuestros problemas y todo, el que te salga esa persona en la meditación, y para mí fue eso, pues quitarme una piedra grandísima y más siendo familia...
68	CG: Y a ti P2 aprendizaje valioso...
69	P2: aprendizaje valioso...perdona que me reitere pero el aquí y el ahora, vivir el aquí y el ahora, hombre, yo sé que a lo mejor tienes que tener un poco de visión, pero siempre vivimos pensando, esperando algo, espero...yo qué sé...cuando eres pequeña, "espero terminar el colegio, espero terminar la carrera, a ver si cuando tenga un trabajo", no, espérate, que cuando consigas una cosa, siempre vas...vas viviendo en el futuro, o esperando a que llegue algo para...entonces a mi me ayudó mucho eso, a dejar de pensar en la persona que era antes, la que me gustaría ser cuando me curará y un poco centrarme en el ahora, y aceptar "mira, estas enferma", que te entre en la cabeza y que no pienses en lo que vendrá y no vendrá, o lo que fue, tu concéntrate en el aquí y el ahora, si ahora lo único que puedes disfrutar con tus hijos es ver una película en la cama, pues disfruta, o sea, no es ese sufrimiento por "pues fíjate, en vez de estar de excursión con mis hijos" o sea, pues si es esto, disfruta de eso o de...y acepta la situación...acepta
70	P1: a mi no sé si tanto el hecho de aceptar, yo creo que yo estoy ahí en el inicio, me cuesta mucho...pero sí...
71	P2: ..bueno, te cuesta horrores pero ya no estás pensando constantemente...¿sabes?

72	P1: si, bueno pero ahí está el pensar conscientemente, ahí si que era lo que yo le contaba a ella antes de entrar...lo de, esos pensamientos que te sabotean, ser consciente de ellos, y poder decirles "no, basta" y en este ultimo tiempo que no estoy en el grupo, y que si he tenido una recaída y estoy con más dolor, incluso soy más consciente de esos pensamientos, pero no era consciente hasta que empezamos a hacer las prácticas en este grupo, pero para mí eso es muy importante porque es desgastante, ¡es desgastante! Es todo el tiempo, "fun, fun, fun" (lleva una las manos hacia adelante y hacia atrás a la altura de su cabeza) en lo que dices tú (refiriéndose a P2) "ay que yo podría, que yo quisiera, que yo...y si no estuviese así, y si..." o de repente imágenes de...puede sonar egoísta, pero imágenes de tus amigos concretando cosas y tú, y tu aquí...el ser consciente, simplemente el ser consciente y poder decirles "basta" aporta energía, te aporta energía y yo creo que eso también fue valioso
73	P3: y cuando trabajamos lo del agradecimiento, a mí eso también me ha ayudado mucho porque estamos aquí, viviendo una España tan decadente, y yo muchas veces cuando me duele y tal, digo "si encima de estar así, me toca nacer en África, en un lugar donde no tengo medicamentos, donde si me quiero dar una ducha calentita para relajarme el musculo que me duele, no me lo puedo dar" digo ¿entonces? Pues habrá personas que estén como yo ahí, y encima estarán mucho peor que yo "que el conformarte con el mal ajeno, no debe ser nada bueno" pero es como decir "¡jolín, tan mal no estoy, tan mal no estoy, se puede estar peor y yo gracias a Dios, no estoy peor" no sé cómo explicarlo, pero es el agradecimiento de haber nacido donde he nacido que tenemos medios, que tenemos una medicina que nos puede ayudar, que...
74	P1: fuiste tu en el ejercicio cuando estábamos en el ejercicio del agradecimiento, decir "bueno, una ducha calentita" y no sé qué, y tu dijiste "el haber nacido donde nací"
75	P3: si, es que soy consciente de que el haber nacido en determinados lugares, dentro de la misma enfermedad...te cambia todo
76	P2: te cambia la vida, el otro día iba en el autobús y me quería marear, porque estaba así "no puedo, no puedo, no puedo" y digo "venga, vamos a ver si podemos", a ver si paro ese...es como ese {"cling, a ver si puedo, vamos a ver si puedo"}
77	P1: {a mí la voz que se me viene más}
78	P2: ...para bajarme del autobús era "es que no puedo, no tengo ganas de...(el grupo se ríe) me senté y dije, bueno vamos a esperar otros cinco minutos y damos al siguiente paso, pero me llevo a eso que me dijeron con el "cling" (hace el gesto de las campanitas).
79	CG: ¿y retos chicas? porque estáis hablando del aprendizaje, pero...no quiero yo hablar...no quiero poner un ejemplo, lo que a vosotras os sugiera la palabra retos, qué retos se han presentado durante esas semanas
80	P1: ¿cuándo estábamos en el grupo? Bueno, para mí reto fue y sigue siendo el sentirme valiosa, cuando hicimos el ejercicio el tema de los valores, dos, una aprender a aceptarme tal cual soy ahora, y el otro es sentirme valiosa yo, para mí, ese reto estaba...cuando estábamos en grupo y era como que yo me sentía feliz porque creía que iba a poder avanzar en ello, ahora no estoy atrás como estaba, sino bueno quizá en el principio de ese momento, pero no avancé, y ese quizá sigue siendo un reto importante para mí.
81	(/)
82	P3: yo no sé, a ver reto, reto...hacía ejercicio de que iba a pasear, andar, siempre estaba "tengo que ir a la piscina, tengo que tratar de coger las tardes e ir a la piscina, tengo mucho trabajo pero tengo que ir a la piscina, que me viene muy bien el ejercicio", bueno, pues eso lo he hecho, que para mi es un reto, pero no es un reto grande, porque el mayor reto de serenarme a veces lo consigo y a veces no lo consigo, soy sincera, cuando tengo o tendría que serenarme por mi bien, no me sereno..
83	P2: el autocontrol

84	P3: eso, el autocontrol, se apodera de mí y no...hombre, mejor que antes si, porque antes que ni lo trataba de hacer, pero claro, hay veces que lo tengo que dejar, entonces pues me espero y en otro momento. El comprenderme, el ser compasiva creo que viene a ser la palabra, el ser compasiva y no exigirme que tenga que ser ahora mismo, tener paciencia, en otro momento, más despacito, no todo tan rápido como lo quiero ya, "quiero que esta pastilla me haga efecto, en vez de una hora, pues en media hora" pues no, es que puede que ni te haga el efecto "aguántate, confórmate y acéptalo" ese es el reto que no siempre ni lo consigo, ni lo acepto, ni me sereno, pero es como que quiero tender a ser...
85	P2: yo el sentirte...bueno, sentirte valiosa cuando pasas el noventa por ciento del día en cama, es difícil, pero...es un reto...pero hay algo que...que a mí me ayudó mucho, que es una frase que dejó Santa Teresa, que es "puede que no puedas hacer grandes cosas, pero puedes hacer pequeñas cosas con un gran amor", entonces eso a mí me ayuda mucho para decir "bueno, no podré a lo mejor hacer tal" pero no sé, el rato que este con mis hijos con mucho cariño, con mucho...y eso a mí me ha ayudado un poco a intentar {sentirme valiosa}
86	P3: {es muy grande, es muy grande}
87	P1: {tener el pensamiento ahí sí...}, porque claro, si intento sentirme valiosa por las grandes acciones del día, va a ser...
88	P3: {pero cada uno tiene un valor en la vida, por tu situación y fuerza...}
89	P2: {claro, pero lo tienes que llegar a ver...}
90	P3: {claro, lo vemos a lo mejor los demás}
91	P2: ¿y tu no te sientes muy crítico contigo misma? (se refiere a P3, tocándole el brazo y mirándola)
92	P3: yo si...con quien más
93	P2: o sea que tu no dices soy un ejemplo de inspiración cuando encima tienes un sentimiento de culpabilidad, porque encima no soy el negro, {no hay quien (-) y dices...}
94	P1: {encima te sientes culpable!}
95	P2: es que "ostras, cómo lo lleva tal" y luego te ves tu y dices "encima ni heroína, ni na"
96	P3: cuando nos hicieron ese ejercicio, de cualidades que vemos...a mí me costó yo decía "cualidad"
97	P1: si que hicimos super rápido para el resto, y después...
98	P3: yo no sabía, es que me quedé bloqueada, tuve que concentrarme...
99	P2: eso me ha ayudado mucho porque eso, cuando eres jovencita dices "voy a cambiar el mundo, me comeré el mundo" y me comió mi cama, entonces esa frase, yo he de reconocer que a mí me ha ayudado un poco a hacer pequeñas cosas con mucho amor
100	P3: eso es lo más importante
101	CG: la última, si volvieras a participar en una experiencia parecida ¿qué aspectos te gustaría que se modificasen?
102	(//)
103	P1: yo creo que quizá, está bien centrarnos en hacer la experiencia y ver qué ha pasado en cada uno y todo lo demás, pero si tener una pequeña apertura quizá a la persona que en ese momento, ha venido y quiere compartir con nosotros, y en ese momento, se encuentra fatal, poder dejar que esa persona lloré, diga, se desahogue y entonces, ahí también poder hacer eso de la humanidad compartida con él, como para darle como ese chute de energía que quizá en ese momento le falta o simplemente dejarlo ser, tener un pequeño espacio para esos casos, o quizá centrarse una vez en poder dar esa especie de compasión una vez a uno, una vez a otro, no sé, algo así...

104	P3: a mi en cambio me gustó del grupo, el que fuera totalmente voluntario, aleatorio, el que cada uno de nosotros en el momento, cuando nos daba la gana, como si te querías quedar callado...me hubiera sentido muy incomoda que me hubieran dicho "ahora a ti, ahora a ti" porque yo había veces que no tenía mucho que decir, ni ganas de nada...en cambio, el ver esa libertad de expresión, de expresarse cada uno, me ha animado, y yo a lo mejor iba a decir "yo no tengo ganas hoy"
105	P1: pero yo me refería a que nosotras cuando hablábamos, hablábamos de la experiencia que se hacía ahí, en ese momento, pero por ejemplo, si en ese momento tu tenías una angustia padre porque no sé, venías de la consulta y te decían que en dos meses te van a operar, es una angustia añadida que no te permite estar al mismo nivel quizá que los otros para poder compartir, entonces poder levantar la mano y decir "a mi me pasa esto" y ya está, listo, y después poder seguir, pero que pudieras tener ese momento de...
106	P3: nunca lo...lo hemos tenido, yo pienso...
107	P1: pero cuando empezaba a irse DC o BC, decían "no, ven, no te vayas por las ramas" aquí y ahora
108	P3: pero ellas lo decía, bajo mi punto de vista, no sé si era así o no, es que había una persona no era que se centrara en un dolor, que pudiéramos, no, era como más protagonismo en otros niveles, por qué sabes también a quién me refiero, si, pero yo pienso que a nadie de los que estábamos allí, hubiera llegado una persona es que "a mi me pasa esto, me van a operar, me han dado la noticia, estoy fatal, estoy destrozado", al revés, yo pienso que todos, le hubiéramos dejado estar, no sé a eso íbamos todos...
109	CG: ¿tú qué modificarías?
110	P3: yo no modificaría, quizá a lo mejor...pero es que eso no es modificable, porque eso depende de las personas que estábamos en el grupo, pero si que a lo mejor algunas veces me he sentido un poco incomoda con esa persona precisamente, que tenía tanto tiempo, requería tanto tiempo, pero no para enriquecer, luego al final se modificó porque en la última sesión también la percepción...era como...era su experiencia más como docente, que como participante...
111	P1: si lo estás explicando muy bien
112	P3: no sé cómo decirlo, para no herir tampoco
113	CG: eso no sería mucho...es como algo aleatorio, lo que pasa es que también estamos dando el alcance de poder modificar de cara a futuros grupos, si hay algo que...
114	P1 y P2 empeizan hablar al tiempo
115	P2: perdón que te...
116	P1: no, tranquila
117	P2: alguna practica a lo mejor yo creo que necesita más...práctica (valga la redundancia) que otras...a lo mejor el haber practicado más veces, en algún determinado punto, yo creo que...claro, a lo mejor eso también es muy difícil porque a lo mejor para mí es muy fácil y para la de al lado esa es la que le cuesta más y viceversa, pero yo, es lo único...que a lo mejor una que otra práctica si que la hubiera reforzado un poco más, en el sentido de repetirla más veces porque se me hacía más complicado...
118	P3: a mi las primeras, cuando se hablaba de amorosamente ven y trae el pensamiento...
119	P2 habla al mismo tiempo que P3, no se entiende.
120	P3: ...yo es que eso no lo entendía, yo amorosamente poder traerme a mí misma el pensamiento, me ha costado, todas las prácticas y todas las meditaciones que hemos hecho allí, pues como hasta la mitad, que ya iba yo entendiendo y me iba amoldando a cómo yo lo podía hacer, que a lo mejor decía "amorosamente dile que se vaya ese pensamiento"...suavemente" lo decía yo a mi modo para entenderlo, por que lo de amorosamente, no sabia cómo trasladarlo, me parecía un concepto muy abstracto, no sabía...y el amor es abstracto, pero es...no lo sabía hacer

121	P2: si, te entiendo, a mi ha habido alguna que me ha costado, entonces a la hora de a posteriori, practicarla, al final te quedas con esas que te son más fáciles, y son más efectivas, al fin y al cabo, es lo único, porque la verdad a mí me pareció muy bien...
122	P1: si quizás...bueno, a lo mejor también por estar todo el tiempo parada (de pie) y todo lo demás y decías que tú te podías traer todas las cosas, pero si que me hubiese gustado de pronto, que hubiese un espacio ya preparado, estábamos todos en círculo pero...a ver cómo explicarlo, a mí por ejemplo, me costaba mucho estar por: una el calor, la luz, las butacas, por suerte había dos, entonces yo me la pillaba de primero, quizá eso ergonómicamente no estaba preparado para personas con dolor, pero por lo demás yo disfruté mucho.
123	P2: es que son tres horas sentada, al principio me tomaba la pastilla después de tal, al final terminaba tomándomela antes y después de tres horas sentada pues...
124	P1: si eso, el mobiliario y la luz, habían...
125	P3: la gente que tenemos migraña nos tenemos que poner al contrario sino te daba...pero claro...
126	CG: las sillas es verdad que sería modificable, ahora bien, la luz que entra por la ventana eso ya no...
127	P3: bueno, no...
128	P1: bueno yo iba con las gafas y ya estaba, y el calor...
129	Se interponen voces...
130	P1: pero yo la verdad que...he estado muy bien tal cual
131	Se interponen voces...
132	P3: y las personas que lo impartieron
133	P1: también
134	P3: BC y DC las doctoras estupendas, se complementan muy bien...
135	CG: ¿hay alguna cosa más que queráis añadir que no haya surgido a raíz de las preguntas que yo os he hecho?
136	(/)
137	P3: yo me siento muy agradecida, lo dije allí y lo vuelvo a repetir o sea, es lo único que se me ocurre, es decir gracias por que haya estas cosas, estos grupos, realmente yo no lo conocía porque nunca había ido a ninguno y me siento muy agradecida, porque si, porque me sentí muy bien yendo, no lo sé practicar igual de bien en mi casa, pero es verdad...pero me acuerdo y...como decía BC, este es el principio del camino, sí que le encuentro como de vez en cuando, pero no nosotros que tenemos dolor, es que todo el mundo debe pararse, recapacitar un poquito, a pensar tu realidad, ¿porque cuántas veces queremos cosas que no pueden ser?, hablando del dolor, pues si lo tienes, lo tienes, si es que no hay manera de evitarlo que no te queda más que aceptarlo y tratar de mitigarlo como puedes, pero es que eso le viene bien a todo el mundo, ser consciente de tu realidad, y no tener unas aspiraciones sobre elevadas que te van a crear angustia y te van a crear ansiedad, vivimos llenos de ansiedad yo creo que muchas veces sin necesidad, las personas que tienen dolor, por el dolor; y las personas cuando no tienen dolor pues también porque nos la generamos, este es un mundo en el que tendría que haber más meditación, la tendrían que dar hasta en los colegios.
138	P2: yo voy a lo mismo, es verdad, que todos seguimos un camino, que todos creemos que vamos a disfrutar cuando lleguemos a la meta y se te olvida disfrutar del camino, o sea en el camino en sí, porque llegar a la meta, llegas y "pum" ...siempre vienes como esperando a que llegue algo más y algo más para poder disfrutar, para poder tranquilizar y "cuando pase esta época de tal, y cuando lleguen las vacaciones...entonces..." no, mira, lo mismo cuando llegue...disfruta de esto, es verdad que siempre vivimos pensando que vamos a ser más felices cuando llegue algo que no sabemos si va a llegar o no, a ver si paras de soñar para que llegue aquello que es una incertidumbre que nos creamos, o una necesidad que nos creamos, o un tal y vivimos pues eso, corriendo...

139	P3: muchas veces abro el grifo y tengo un vaso de agua, qué fresquita está, esto es un lujo, es que si nos pusiéramos realmente todo el mundo a pensar en todas las cosas...lo que pasa es que vamos a cien por hora, y con el dolor igual, "es que quiero que se me pase ya" y no puede ser, a mi la pastilla me hace efecto cuando me hace, porque tengo que...si sé que no va a poder ser eso, tengo que estar obsesionándome en que tiene que llegar antes y que se me pase; si no puede, no puedo hacerlo, pero claro, el llegar a ese entendimiento, yo pienso que se necesitan muchas sesiones.
140	P1: si yo luche mucho (se ríe) después y quizás, no sólo como le comentaba a ella (se refiere a P3), quizá no sólo que te tengas que desplazar hasta el hospital regional, sino que pueda ser en tu mismo centro, que eso ya sería idílico creo, pero es que es tan...es como muy necesario...o hacer esfuerzos, cada tanto, a la gente que participó y hacer refuerzos, quizá de menos horas pero centrar, y decir "bueno, esta vez vamos a hacer estas dos prácticas"
141	P2: eso si lo hacen cada poco...
142	Se interponen voces
143	P1: pero fue como aquel (se ríe)...en la que lo pase tan mal yo, ese era en el que no podías hablar, esa fue...yo es que no estaba preparada...yo no estaba preparada para eso, lo pase muy mal...
144	Se interponen voces
145	P2: como la ventaja que todos vemos es el hecho de estar con más gente compartiendo experiencias, el hecho de no poder hablar te quita esa parte que te llena mucho, que te ayuda mucho, que te ayuda mucho a ti, bueno, es mi experiencia personal, porque aunque son las prácticas, es verdad que se hacen las prácticas y no sé qué...pero también claro, si tienes dudas no las puedes solventar, ni tampoco te puedes apoyar, ni te pueden apoyar comentando la experiencia, entonces yo creo que si se pierde un poco esa terapia de grupo.
146	P3: el compartir.
147	P1: pero yo vi disfrutando más a las personas que ya habían pasado por el grupo y que no era la primera vez que lo hacían, y tu las veías y parecía que estaban vamos, en un estado, glorioso, en cambio yo creo que yo también lo asocié a ese momento en particular con mi enfermedad, tantos años de silencio, de no poder ponerle nombre, de no poder hablar, o bien porque tienes que ser fuerte, porque tu tienes que poder, porque yo que sé, yo sentía un hervidero por dentro, parecía un gato enjaulado y se lo dije a las chicas, por momentos quería gritar, quería gritar de verdad, no me sentí para nada...pero entonces yo, la conclusión que saco es que aquella persona que lo disfruto así, está en paz consigo misma o más en paz consigo misma que yo, o no...y lo podía lograr, yo sinceramente, ahora mismo, no lo repetiría, porque yo no me sentía capaz.
148	CG: ¿lo dejamos por aquí vale?

GRUPO 3: TCC

No. Participantes: 7 mujeres

1	CG: introducción del terapeuta. ¿ha habido algún cambio en tu experiencia del dolor que creas que tenga que ver con haber participado en el grupo?
2	P4: sí, yo la verdad es que entre la otra vez y está bien en el dolor, lo que pasa es que claro, es difícil, es difícil gestionarlo, casi mejor cuando estoy sola, que cuando estoy acompañada, porque cuando estoy sola puedo hacer lo que yo quiero hacer, puedo gestionar mi dolor, puedo hacer lo que yo...cuando estoy acompañada, todo el mundo delega en mí y me cuesta...
3	CG: voy a...seguramente os cortare de vez en cuando para ir a cosas concretas que vamos buscando un poco para no quedarnos aquí toda la tarde. Si creéis que ha habido algún cambio en la experiencia de dolor, en la experiencia de dolor, no estoy preguntando otra cosa ¿cómo sería ese cambio, cómo lo describirías?

4	P6: en mi caso, por ejemplo, si lo ha habido, sigo teniendo dolores, pero son muchos más suaves y lo que me ha ayudado mucho son los ejercicios de las visualizaciones, visualizarlo, a lo mejor darle...eso me ha ayudado muchísimo y con eso, la verdad es que lo controlo...a ver, que lo controle...pero por lo menos me baja la intensidad y mejor.
5	P2: yo por ejemplo, la aceptación, yo no aceptaba y creo que eso también aumenta más el dolor, yo tenía unos dolores inhumanos, no, no sabría explicarlo, tuve fractura de sacro, se me inflamaba toda la zona abdominal y se me inflama todavía, o sea, tengo un montón de dolores de una caída que fue aquí de espaldas, y yo creo que era una persona digamos que hiperactiva, me ha cambiado mi vida, veo como un cambio muy brusco de un día para otro y yo creo que el hecho ya...a parte de lo que supone, encima no aceptas, no quería entender que ya no iba a hacer muchas cosas...y ella lo que dice es verdad, la visualización, porque bueno, no sé si debería decir esto, pero yo me subía a los palos de (-), era libre, era feliz, es una manera visualmente de subirme ahí y sentir que me liberaba, y eso me apaciguaba el dolor, he pasado de un 10% no tener dolor a por ejemplo ahora, un 70 u 80 controlar el dolor, con la mente, no sólo con la medicación, o sea, he aprendido a vivir, a aceptar a no sé, mi cabeza se ha ido fortaleciendo, también he tenido muchas inclemencias sociales alrededor, laborales, porque yo no...me iban a...no es que me habían dicho que me iban a dar una incapacidad y no la quería, y bueno pues, no sé de dónde se sacar esa fuerza, a mi eso me ha ayudado muchísimo a saber decir no.
6	CG: vamos a esperar un momento, porque esa es una pregunta que viene después...
7	P2: vale, fenomenal.
8	CG: ¿ha cambiado la experiencia de dolor para alguien más?
9	P7: la verdad que no, a mí no me ha cambiado, los dolores han sido peores, he estado muchas veces en urgencias y la verdad que...
10	CG: tu experiencia del dolor no ha cambiado, el haber participado en el grupo.
11	P7: pues durante que estuve en el grupo yo la pase bien, o sea la pase bien ¿en qué sentido? en que como estábamos todas pues, todas como que nos dábamos ese ánimo, pero ya al encontrarme sola en casa, los dolores para mí han sido peores ahora.
12	CG: luego volveré un poco a la experiencia grupal y así me lo cuentas un poquito ¿y el resto?
13	P1: en la experiencia de dolor yo cuando hicimos el grupo pues muy bien, terminé y con mucho optimismo hasta que llego las fiestas navideñas, que empecé con unos dolores, no me ayudaba nada de nada, fue horrible, la pase muy mal, traté de eso...volví aquí a la unidad del dolor, me dijeron que pues con tranquilidad, que si no, me hacían una filtración, total, volví a mi médico de cabecera y me dijo "mira, vamos a probar con la Gabapentina y con otra que te voy a dar" estoy empastillada totalmente pero ahora afortunadamente, no tengo dolores.
14	P4: a mí T, (se refiere a la terapeuta que lleva el grupo) una medicación que me ha dado dolor de cabeza, de hecho es un antidepresivo...el caso es que he tenido una depresión mayor, me dieron los efectos secundarios pero a lo último, los dolores de cabeza que yo no podía, tuve que venir a urgencias, el médico de cabecera encima me dijo (-) a lo último vino mi hija a hablar con el médico de cabecera a ver si "es que mi madre algo de lo que está tomando le está haciendo esto" y encima yo, que tiro un poco (-) y digo "madre mía, que porquerías han quedado estos chicos" (-) y resulta que era la medicina, me la estoy quitando.
15	CG: vamos a volver para acá, P5, ¿has notado algún cambio en la experiencia de dolor?
16	P5: yo en el dolor, no.
17	P3: yo sí, la verdad es que como decía P2, con las técnicas de relajación y eso pues por lo menos el rato para decir "me duermo y descanso un rato" es maravilloso, pues a ver, igual tengo mis dolores diarios y otros días con picos y esos días no los soporto, o sea, ni con técnicas de relajación, ni con mil historias, pero por lo menos para llevarlo a diario sí.

18	CG: ¿qué contenidos que hubieran surgido del grupo te han sido más relevantes como ayuda para el manejo del dolor? Tu has comentado la relajación, pero ha habido más cosas o cosas diferentes en otros, que hayan ayudado en el manejo del dolor
19	P4: yo la respiración y la relajación me ayudo mucho y el mindfulness también, pero me pasa que se me habrá estropeado, no me lo coge, me nos mal que me lo guardé...
20	CG: eso es de otro grupo.
21	P2: la visualización, es lo que más me ha ayudado.
22	CG: qué más cosas del contenido, qué cosas que hayan explicado en el grupo, qué creéis que os ha podido ayudar.
23	P2: la visualización está también relacionado con la relajación, pero son distintos tipos...
24	P4: ...yo la visualización a veces sí, pero enseguida se me cruza con lo que yo pienso, con mis cosas que me hacen sufrir, es que yo me tensó sin querer, hasta dormida e inconscientemente.
25	CG: y ha habido algún contenido del grupo, para las que no han hablado, que os haya gustado, que os haya ayudado en alguna cosa, de lo que habéis aprendido, que os haya...
26	P7: pues a mí, en algunos momentos la relajación, pero lo que yo no me explico es el por qué he estado ahora más ansiosa, tengo mucha ansiedad, con la medicina que me mandó aquí el médico de la Unidad del Dolor, estaba yo bien, pero ahora último, no, o sea, siento desesperación, muchas ganas de llorar, estoy por la noche dormida y me despierto y se me vienen cosas a mi cabeza y quisiera como, gritar, correr, o sea, para mí ha sido peor.
27	P2: hubo una cosa, que si os acordáis lo hablábamos, era la red que habíamos creado, el estímulo...lo mal que veníamos, la fuerza de saber que todas estábamos en las mismas condiciones, otra cosa que eso...eso lo teníamos desde el primer día, porque a lo mejor estas más vinculado con el sufrimiento de los demás, se lo dije, digo "mira yo estoy tan mal como vosotras pero vamos a hacer lo imposible por venir y no fallar, y a ver si podemos estar unidas" y creo lo hicimos, y no faltamos nada, o sea, fue rarísimo, el que faltaba era "¿quién falta?" nos daba fuerza porque creo que es importante, en este caso que estábamos todas, unas condiciones, ellas tenían unas enfermedades más parecidas que la mía, pero una red que nos hacía como sobrellevar el dolor mejor
28	P6: una cosa que me ayudo a mí, lo que pasa es que no es referente al dolor, es una carta que nos leyeron
29	Varias del grupo asientes y dicen que sí.
30	P6: la del paquete, no me acuerdo cómo se titula, pero esa, a mí me ayudo mucho a aceptarlo, lo que decía ella de la aceptación, yo ahí me vi reflejada en que yo durante este tiempo, yo no aceptaba mi regalo, o yo no aceptaba el estado en el que estaba y la verdad es que esa carta a mí me ayudo mucho a cambiar el chip.
31	P2: ¿la conseguiste?
32	P6: no, no me la pasó.
33	P4: yo la encontré, no es la misma pero parecida.
34	P6: la verdad cuando me surge un problema... no me acuerdo de todo, pero sí que recuerdo lo del paquete y me intento agarrar al paquete y lo gestiono mejor.
35	Se interponen voces y no se comprende.
36	CG: sí, eso os ayuda también a...lo bueno es que en los grupos hay cosas que me ayudan y cosas que no, cosas con las que conecto yo y cosas con las que conecta el otro, que son para todos diferentes.
37	P2: sí yo me acuerdo que para la aceptación me dejó muy marcada lo del paquete.
38	P4: se me había olvidado de verdad.
39	P2: fíjate que se me sale una sonrisa, me acuerdo con buen sabor de boca, así que dile que no la quite cuando haga otra, que funciona.

40	P1: digámosle a la doctora que nos haga otro grupo, para darnos cuenta de que no es solamente nuestro dolor sino que hay muchas personas que tienen los mismos dolores o parecidos y entonces se creó un buen "feeling" durante el grupo y yo creo que sacamos un buen, no lo sé decir, que nos dio impulso por lo menos a mí, personalmente, un impulso que cuando llegamos a casa el simplemente hacer los ejercicios que aprendimos, los que nos recordábamos, los hacíamos con entusiasmo, y ya digo
41	CG: ¿las tareas de casa no?
42	P1: sí, yo dure hasta el 27, 25, 24 de diciembre porque el 27 estuve aquí en urgencias durante cuatro horas, sé que hay mucho, no es que me queje, pero estuve aquí, me hicieron de todo, eso es cierto, desde electro hasta un TAC, bueno de todo, electrocardiograma, análisis de sangre, me hicieron de todo eso es verdad, porque me ocurrió una cosa, una mañana yo abrí los ojos y veía cosas flotando...
43	CG: P1, vamos a volver aquí, porque si no nos vamos a diciembre hace tres meses y dejamos el grupo de hoy.
44	P1: vuelvo aquí, perdón
45	CG: es normal, a veces sucede, se va...la que no habéis comentado ¿algún contenido del grupo que te resulte más relevante para manejar el dolor?
46	P5: a mi lo que más me ayudo, fue escuchar la experiencia de los demás, me ayuda, no en el mismo dolor, sino en no pensar cuando tengo que dormir, por ejemplo, que es lo que más hago en mi vida básicamente (sonríe).
47	Algunas del grupo se ríen. C
48	P5: cuando necesito dormir porque si, siempre estoy pensando que debería hacer otra cosa, que no está bien dormir tanto y esas cosas, entonces eso me ayudó a evitar ese pensamiento, "pues si tengo que dormir pues voy a dormir" ...
49	P2: y nosotras todas con una envidia que ni te cuento
50	Algunas se ríen.
51	P7: yo pienso que, el dormir...yo soy una persona que no duerme ni de día y de noche, yo vine el 12 de febrero a la Unidad del Dolor que tenía cita con el especialista y me dijo ¿qué tal te va? Y yo pues, la verdad que he estado un poco mal en el sentido en que, no duermo, me dan las tres, cuatro de la mañana despierta y no puedo dormir, entonces me dio un volante y me dijo "toma, tu sigue tu tratamiento y hasta dentro de diez meses", desde ahí vengo peor...
52	CG: P7 y del grupo, yo entiendo que tienes un mal día, que también estas en una temporada peor, pero...
53	P7: pero ¿sabes por qué? por el mismo doctor, porque lo que yo no puedo hacer es esperar diez meses, y vengo donde un médico a que me diga o me dé algo, y me diga "toma este volante y vienes dentro de diez meses", desde ahí estoy con depresión, peor digo "el dolor cómo hago para quitármelo" pienso, hago la relajación, hago todo lo que aprendí aquí, pero son tantos los dolores que yo tengo ahora, que lo que yo quiero es morirme
54	CG: P7 y si volvemos un poco a la experiencia grupal, hubo algo del grupo que te hubiera ayudado, que te hubiera venido bien en aquel momento.
55	P7: mientras yo estuve aquí si...
56	CG: ¿qué cosas son las que te han ayudado?
57	P7: me relajaba, y me sentía bien, en casa yo lo hago y claro, no puedo dormir, entonces trato más bien de relajarme y buscar ese momento para poder descansar, como para sentirme más liviana. En ese sentido me siento liviana y eso, y de pronto quiero como "coger sueño", pero no puedo, entonces claro, ya pienso en el dolor otra vez, y se viene lo peor, pero sí que aprendí la relajación, el visualizar, y todo, hay momentos que yo no te voy a decir que todo ha sido para peor, no, tampoco; hay momentos en que lo puedo asimilar bien, lo puedo hacer bien, hay otras veces que como dice P4 se te pasan cosas por la cabeza y no estas enfocada, entonces pierdes como ya todo, pero sí, hubieron cosas que me sirvieron entonces sí.

58	CG: ahora volvemos a preguntar sobre ellas ¿creéis que el hecho de haberlo hecho en formato grupal ha ayudado más que si lo hubiéramos hecho en formato individual?
59	Indistintamente el grupo: si, sin duda
60	CG: ¿en qué cosas crees que os ha ayudado a hacerlo de forma individual?
61	P7: yo pienso que habíamos muchas, y llegábamos y nos saludábamos y de pronto cada una “¿qué tal hoy?” “¿qué tal la noche?” “¿cómo habéis pasado?” y muchas veces, yo venía peor, o de pronto ella venía peor (señala a P4), entonces el estar como más unidas como que nos apoyábamos de la una a la otra, pienso yo que es como un apoyo.
62	P2: y nos entendíamos
63	P4: y luego las profesionales que había también te ayudaban un montón
64	P2: mira que yo quería que estuvieras tú, te echaba de menos, pero luego ya dije “bueno, pues nada, ya no la echo de menos”
65	Se ríen.
66	P2: fui, no sé si te acuerdas, abajo, a decirte
67	CG: sí, qué te dije, daté una oportunidad a ver qué tal y mira
68	P2: mira, yo me alegré, te estuve buscando con la mirada, pero como no te vi, y qué maravilla con ellas...
69	P6: menos mal que no ha venido (entre risas)
70	CG: más cosas que creéis que os ayudó el formato grupal.
71	P7: también las psicólogas que de pronto si llegábamos, como llegué un día, que llegué muy mal y DC (mención a las terapeutas, de ahora en adelante BC y DC) me dijo P7 te pasa algo ¿no?, ¿qué te pasa? “que vengo hoy que no puedo ni andar, la verdad que me he levantado por cumplir aquí” porque yo pienso una cosa (enfaticando en el tono), el estar en la casa voy a tener el mismo dolor que estar aquí, entonces para estar con el dolor aquí y estar con el dolor en el hospital, pues cojo el autobús y me voy, sé que llego y sé que allí voy a estar con las compañeras, por eso te digo, me daba un apoyo con ellas y de pronto ese día me iba mejor. La verdad que, con las psicólogas, con BC y con DC pues me fue bien.
72	CG: ¿alguna experiencia más?
73	P4: consejos de algunas que iban bien, tenían truquillos, y cada una compartía sus truquillos, es que no es lo mismo, yo voy a una psicóloga y hablo con esa psicóloga de mi problema, no es lo mismo con personas que tenemos la misma patología de dolor crónico, y hablamos de nuestras experiencias, {de las cosas}.
74	Se interponen voces
75	P3: aprender a desahogarte
76	CG: ¿alguna cosa P1 que te hubiera servido del formato grupal, que te hubiera ayudado?
77	P1: pues si a mi el grupo, decir que cada una de mis compañeras pues tenían algo parecido a mí, que te daba la fuerza de decir “mira hoy estoy mejor, estuve con el grupo, estuve estupendamente bien” como digo hasta el mes de diciembre, porque luego, pues seguí haciendo los ejercicios, lo de levantar el pie, lo otro, o sea, que me vino muy bien pero llegó diciembre y no sé lo que me pasó, que me vine abajo, y eso es lo más malo de todo, venimos abajo, tenemos que tener un espíritu, siempre que podamos de decir “arriba porque si me hundo es peor”
78	CG: P3 tu crees que el formato grupal te aporta más qué...
79	P3: ...pues eso al final es un poco como solidaridad con lo que tienes enfrente, el del frente tiene un problema, tu tienes otro y al final es...ni el tuyo es peor que el mío, ni el mío es peor que el tuyo pero es como esa piña que conformamos ahí.
80	CG: ¿alguna cosa más que os surja?
81	P6: con el grupo a veces, escuchando a tus compañeros también aprendes, puedes hablar de tu experiencia, la verdad al escuchar a otros, a tus compañeras, la verdad puedes llegar a sacar conclusiones o lo que decía P3, “tampoco estoy tan mal” {o si, pero...}

82	P3: {no, no, pero yo no creo que sea una cuestión de “estoy mal”}
83	P6: el escuchar muchas veces cuando vienes con un mal día, no te apetece hablar porque sabes que si hablas vas a llorar, pero al escuchar a las compañeras pues...lloras
84	Hablan indistintamente
85	P2: ha llorado una y hemos llorado todas, es verdad que pasaba. Yo lo que si creo es que...el grado en el que estoy yo con respecto a los demás, había días que...hubo un día en especial, no sé si os acordáis que nos quedamos calladas, nos quedamos todas calladas, y yo decía: “madre mía, yo estoy mal, pero es que ellas están peor que yo” esa comparación, el ir comparando, muchas veces en mi casa me decían: “pero que mal estas, pero péinate, pero date una crema...” yo no veía lo mal que estaba, entonces en el grupo había días que decías: “uy hoy estoy estupendamente”
86	El grupo ríe.
87	P2: o había días que decía “hoy estoy yo mucho peor que ellas” esa graduación de ir viendo, según, desde la primera clase hasta la última, esa evolución que tu vas teniendo que claro era mucho y a la vez poco tiempo a la vez, para pues una cronicidad, pero si percibía ese grado, que individual tu no lo percibes
88	P4: no y el terminar, yo pienso, que tu vienes mal, pero al terminar después de todo, todos salíamos con el espíritu un poquito más fortalecido, lo único fue la chiquita esa que tenía los problemas que igual lo pasamos mal todas ese día, cuando terminamos hasta ella misma se reía y salió mejor, yo creo que salió mejor...
89	P2: ...yo también lo pensé de hecho hasta DC nos lo dijo, desde la primera, hasta el día que os vayáis puede que algunas personas necesitéis de una evolución, igual si que hubo algo ahí que por lo menos salimos reforzadas, de hecho nos dio pena, si os acordáis, que acabara, propusimos esto que nos estáis haciendo ahora: “por qué no nos juntáis dentro de unos meses para que nosotras mismas veamos como hemos seguido” y yo creo que esto ha sido un acierto.
90	CG: ¿Cuáles han sido tus aprendizajes más valiosos a lo largo de estas sesiones?
91	P2: yo, el no.
92	CG: el decir no.
93	P2: ¡hombre! treinta años en esta casa y que yo no sepa decir no, ni con un resfriado, ni con una...que yo no sepa decir no, no. Es que yo era incapaz, yo tuve con esto que aprender a decir no, y decir trabajo con médicos, con ginecólogos en las consultas y vamos a ver, que hay una serie de valores, de respeto, de educación y parece que como que yo iba faltando al respeto de decir, “yo no puedo tocar esta camilla”, para mí eso era...yo decía a DC “yo no voy a poder DC, yo no voy a poder”, “tu vas a poder como todo el mundo”, oye y fue salir del grupo, y tuve que aprender a vivir y a decir no, y a empezar a plantearme que me tenía que querer yo, más. Y de hecho, ahora mismo con mis compañeras decir “¿me cambias una noche?” “espera, yo primero voy a ver mi cuadrante, dos vale, pero tres, no puedo” es que yo no es que no quiera, es que mi cuerpo no me deja, yo me habré reforzado de la cabeza, pero el cuerpo no, no me deja.
94	Entonces me he empezado a dar cuenta que la gente no es un ogro, y que por que le digas no, yo eso lo he aprendido aquí, yo era impensable, es que me acuerdo que DC decía “que sí mujer, que esto se acaba consiguiendo, que la gente empieza a entender lo que te ha pasado, empieza...” y oye, os puedo asegurar que es verdad, yo le tenía pánico a volver, a ver, yo era la primera que quería volver a trabajar pero tenía mucho miedo a la no aceptación de los demás, a que no aceptaran que me había pasado porque yo tenía una imagen como de persona activa, muy trabajadora, tenía un podio tan alto y yo me exigía tanto ¿os acordáis de la perfeccionista? (pregunta al grupo) bueno, pues ya no soy tan perfeccionista, ya me he ido un poco yo misma a raíz de esto, he tenido que aprender.
95	CG: ¿cuáles son los aprendizajes más valiosos que cada una podáis contar? Aunque sea uno o dos

96	P4: intentar cambiar, intentar cambiar, aceptar que tienes que vivir con esto toda la vida, que unos días vas a tener unos picos y otros días vas a tener los picos más bajos, que ya sabes vivir con un dolor así y así (-), y eso lo tienes que aceptar, de eso he aprendido también a valorarme, que no...{yo no me valoraba}...
97	P7: ...{yo eso también lo aprendí aquí}...
98	P4: ...yo no me valoraba nada, yo solamente me veía que todo lo que me ha pasado en mi vida era por enfermedad, por mis enfermedades y ya me di cuenta que no era yo, eran los demás. Entonces yo voy un día por ejemplo al trabajo y digo "yo te hago esto" el que quiera que se lo crea, el que no quiera que no se crea, pero a mí me da lo mismo, el que me quiera, me querrá como soy, se quedan mis compañeras todas como así (hace cara de sorprendida y se ríe), y luego pasan una serie de circunstancias donde yo me echaba la culpa de que era yo la culpable por mi enfermedad, y me he dado cuenta que no, ¿que yo no soy la culpable?, cobarde, cobarde es la persona que me ha dejado por tener esto, y eso es lo que aprendí, lo aprendí todo en el grupo este de aquí, en el tuyo (se refiere a la terapeuta) aprendí a que tú me dijiste "pregúntale a tu marido si te quiere" nunca se me olvida, en el tuyo me diste la valentía, de verdad, y aquí en este aprendí a que yo no era la mala por estar enferma.
99	P3: eso mismo me paso a mí P3, el mío se va al garete el mes que viene.
100	Se rien.
101	CG: ¿qué aprendizajes valiosos habéis aprendido en el grupo, a ver? Todas tenéis que contar algo que haya sido un aprendizaje valioso, si lo ha habido.
102	P7: bueno, pues yo aprendí con DC porque yo le decía que...yo con el problema de estar con dolores no podía hacer las cosas de casa, "tú tienes que aprender a aceptar, que si un día vas a hacer la cocina, la hacías en dos horas; pues ahora tu no la vas hacer en dos horas, tú te vas a tirar tres días, entonces tienes que aceptar que ya no lo vas a poder hacer como lo hacías" entonces ahora cuando voy a hacer algo, me acuerdo de BC y de DC y digo "verdad que me enseñaron..." es que por eso, mire por dónde va la cosa, yo digo "DC y BC me enseñaron a tener ese valor, a valorar de que si yo hacía la cocina en dos horas, ya no la puedo sacar en dos horas" ahora tengo que esperarme tres días para ir haciendo poco a poco para no enfermarme, porque yo era una que me ponía a arreglar la cocina y luego me tiraba cuatro días en la cama que no me podía levantar, entonces ahora eso lo aprendí con ellas.
103	Algunas dicen que les pasa también.
104	CG: más aprendizajes que hayan sido valiosos para vosotras en las semanas del grupo ¿nada más? P6
105	P6: no, lo que están diciendo ellas, es que es lo mismo.
106	Hablan indistintamente, diciendo que es lo mismo.
107	CG: y P5, algún aprendizaje así más valioso
108	P6: yo la verdad es que asumir eso, que, si ahora no puedo, pues no puedo, no pasa nada...
109	P2: eso te envuelve.
110	P1: pues yo "déjate ayudar, déjate ayudar" que yo era en muy soberbia "déjate ayudar porque hay cosas que tu ya estas incapacitada para hacerlo" y sí, me he dejado ayudar y ya no tengo esa ansiedad que yo tenía porque yo decía "es que tardo un montón para hacer las cosas", pues "tardas un montón porque no las puedes hacer, entonces tienes que adaptarte a tu situación" eso si lo he aprendido y me dejó ayudar, que antes no quería dejarme ayudar porque yo creía que podía hacerlo sola, y hoy me doy cuenta que no, que no he podido y que hay ciertos ejercicios, no sé si a vosotras os pasa, que si estas haciendo aquí esto, no fallas ningún día, pero ya empiezas a fallar un poco más y tienes que volver a recordar otra vez, que te había ido bien, sigue con ellos, o sea mentalizarte mucho, nos ha servido eso, mentalizarnos para aceptar nuestra enfermedad, que ya es dura, pero sí, la aceptamos y decimos...hombre! Cuando tienes un dolor muy grande, , la verdad es que no piensas en eso, por lo menos yo, cuando el dolor da, pues eso no lo piensas, pero luego, igualmente recapacitas que te ha venido

	bien, que te has acostumbrado a depender de los demás, que se te ha quitado esa soberbia o ese...que has perdido un poco de ansiedad para hacer las cosas, yo, yo digo, yo tengo una tortuga y digo "pues mira, como la tortuguita, despacito, despacito", es la verdad
111	El grupo se ríe. Dicen indistintamente, al mismo ritmo.
112	CG: ¿y qué retos, qué retos se han presentado en estas semanas, en estas sesiones del grupo, que cosas habéis vivido como retos?
113	P3: a qué te refieres como retos
114	CG: retos como alguna dificultad que hayáis superado, o que haya sido un reto cuando lo habéis propuesto, igual puede ser incluso el haber venido las ocho semanas al grupo.
115	P4: bueno, los retos...por ejemplo, como ayer que pase un día muy mala, yo tengo un problema de mareo, ya no es que me den mareos por las cervicales, sino encima por los oídos también tengo...(-) estaba mareada pero mira me puse la lavadora, me acosté, como suena la musiquita, cogí y la tendí, se me caían cosas al suelo y yo ya he aprendido también muchas posturas...tengo esto aquí (sostiene un papel) y muchas veces cuando se me olvida, pues le echo una ojeada, y lo subrayo, y digo "hoy me he ido al catastrofismo este" y nada, nada, tengo que volver otra vez a mi sitio; porque para mí el reto es seguir activa, ese es mi reto seguir activa, entonces estaba de baja por la porra de pastillas esas, y ahora he vuelto a trabajar y estoy contenta, y estoy esperando para que me llamen para por la tarde, porque eso sí, sigo con el insomnio, a veces ya no por dolores, sino por estar dándole vueltas a la cabeza, a veces me voy un poco tocada pero bueno, ahí sí que ya voy a una psicóloga que me pueda ayudar particular.
116	Pero en lo que es en los dolores y cuando digo, mmmm...porque me gusta estar sola, porque yo sola me organizo, cuando tengo a mis hijos, tengo otra vez como que depender de hacer...de ¿sabes lo que te quiero decir? Y a mí eso no me gusta, a mí por ejemplo, estaba sola ayer en mi casa cogí lo que te digo, un cojín y me volví a acostar un poquito, hice unas cuantas respiraciones porque tenía ansiedad encima, hice las respiraciones y cuando eso, cogí y me envolví, cuando eso, me volví otra vez a echar y luego me volví a levantar, yo soy muy organizada, pero yo a lo mejor hago eso con mis hijos y me levanto y me dicen "mamá ya está bien" (dice en un tono masculino y alza los brazos y los bate de un lado a otro).
117	Se ríen
118	CG: . ¿qué más retos habéis tenido durante las sesiones?
119	P1: yo doctora, ahora me han puesto dos diuréticos y lo paso muy mal, y como reto me pongo a tomarme todo lo que me dan, que es horrible, pero lo paso fatal, porque no puedo ir a ningún sitio, con dos diuréticos tengo que estar cerca de un baño, porque es eso, de aquí que estoy sentada al baño, o algo por el estilo, y yo pienso que esta semana voy a ir al médico de cabecera por lo menos y decir "mire, estoy desesperada" yo esto de estar continuamente con esta ansiedad, con este reto de querer ir de acá para allá porque no aguanto, porque hoy ciertamente pues no me la acepto.
120	CG: ¿qué reto además habéis vivido en esas sesiones, a alguien le surge algo más, alguna idea o algo?
121	P6: yo en esas sesiones no, yo después, en no caer en como estaba antes, mantenerme en...
122	CG: para ti ha sido un reto el seguir manteniéndote ahí...
123	P6: sí, el no estar tan hundida como estaba.

124	P2: yo quería absorber todo lo que pudiera para poder volver, que en realidad la Dra. Bravo cuando habló conmigo le dije “ya no se puede hacer nada” y me dijo “si, todavía te puedo ayudar” y me ofreció esto y dije “ala, pues tengo que sacar todo lo que pueda, todas las herramientas que pueda para poder volver” porque siempre he tenido en mi cabeza que a mí me quedaba mucho por hacer aquí todavía en esta casa, sí, es una cosa de esa...no sé y absorbí todo lo que pude para ese reto que yo tenía, porque justo el día que acabamos, justo ese día empezaba yo, me incorporaba, después de dos años, ya te digo, veía que no volvía y la verdad es que lo convertí en un reto, y sobre todo, yo sabía y sé que si está (señala su cabeza) me funciona, tiro de todo, tiro de cuerpo y de lo que haga falta, y estaba muy mal de aquí (señala la cabeza), pues yo tengo que ir de una vez a por todas, si quiero volver a cambio tiene que haber una serie de cosas, pero si la cabeza.
125	P6: la cabeza hace mucho, hace mucho.
126	P4: en las sesiones nos han hablado mucho de eso.
127	Hablan indistintamente, al mismo tiempo.
128	P2: sí, yo tiro seguro, seguro que puedo tirar, me hicieron unas infiltraciones y empecé a decir “tengo que tirar” y tirar y fue un reto total, y es que de hecho, yo estoy segura que esto fue la palanca para que yo pudiera volver a nuestra casa, yo lo llamo nuestra casa; estoy convencida de que esa fue la última herramienta que me dieron para poder arrancar, porque yo creo que no hubiera podido, y si tu no puedes de aquí (señala la cabeza), no puedes de aquí (se pone la mano en el estómago), y yo no quería hacerme la idea de que ya no tenía nada más que hacer aquí, es que no, yo siempre he estado, siempre aprendiendo, siempre en conferencias, yo estaba en todo, en cursos, en...estaba metida en todo, estaba preparándome la oposición de técnico, o sea, yo estaba en tantas cosas metida que yo dije “bueno” y luego la aceptación claro, vi que no podía hacerlas, que eso fue lo más difícil, pero el reto de volver
129	CG: ¿alguien más?
130	P2: ¿perdona, tienes alguna pregunta que hacer?
131	CG: queda una más
132	P2: es que me tengo que ir a y media
133	CG: sí a alguien le surge algo del reto que me lo diga sin más, vale, ¿si volvieras a participar en una experiencia parecida, qué aspectos te gustaría modificar? De haber participado en este formato grupal, que te gustaría cambiar, modificar...
134	P2: ¿puedo deciros una cosa? Un poquito más largo
135	CG: las sesiones...
136	P2: si, nos quedamos todas como que nos faltaba un algo, para no sé, sí.
137	Hablan indistintamente.
138	CG: que sea más largo, alguna técnica más.
139	P3: no tanto quizá, hablar y hablar, sino algo más práctico, sino más variedad.
140	P2: lo que hicimos, pero alguna sesión más, dentro de las relajaciones, dentro de las visualizaciones, se queda ahí un poco cómo...
141	P4: yo uno de los aspectos que quiero tener que quitarme medicación, ya me han quitado el Tramadol, estoy contenta, tengo los mismos dolores de cuando tomaba Tramadol que ahora que no lo tengo, entonces me he dado cuenta de que lo que estaba era intoxicando de un opiáceo, me lo quitaron y no me dan dolores de cabeza por lo visto, y me costó.
142	CG: más cosas que os gustaría modificar del grupo y alguna {cosa más que queráis añadir}
143	P2: {yo me tengo que ir chicas}
144	P6: yo lo que...vamos, a mí me vino muy bien, pero ejemplo en mi caso, me hubiese venido mucho mejor, para una vez que he ido tanto, más reciente, en una situación más reciente.
145	CG: más cerca

146	P2: la espera
147	CG: ¿la espera hasta que te han llamado para el grupo te refieres?
148	P6: no, todo, o sea me hubiesen mandado esta terapia a poco de haber...bueno, a poco, yo creo que hacía unos tres años de suceso, pues si me hubiese venido al año o año y medio del suceso.
149	CG: ya, con menos cronicidad
150	P6: eso, no hubiese llegado a esa depresión que llegue, ni a esta situación tan...
151	P2: claro
152	P4: eso es importante, es verdad
153	P7: pues yo llevo lo mismo, tres años, y apenas hasta ahora que me mandaron aquí
154	P6: porque se sufre mucho cuando no sabes muy bien, ni entre lo que tienes, no tienes, que lo sepas pero te dicen que ya no hay solución, entonces, pasar un proceso de mucho tiempo, asimilando la situación que tienes, empeoras muchísimo, yo sí que veía que psicológicamente (también tenía problemas burocráticos) cuando tenía un problema psicológico, por eso, de nervios o...físicamente empeoro más, entonces claro, ibas en bucle, bucle, bucle y llega un momento que...entonces, este control, unos meses antes...que posiblemente lo hubiésemos tenido pero no tanto, o físicamente tanto, o hubieras aprendido a asimilar la situación antes, eso a mí si me hubiese gustado
155	P4: yo pienso que los grupos nos ayudan más que los fármacos, a lo mejor las infiltraciones y eso sí, pero, ya te puedes poner tus infiltraciones, ya te puedes tomar esa barbaridad de fármacos que tomas, pues lo que te hacen es empalmar cosas y te están fastidiando.
156	P6: pero muchas veces esos fármacos, a mí me ha pasado, a mí claro, me han mandado la medicación porque entras en una depresión, en un bucle que tratas con fármacos o vamos...pero esa situación más o menos antes, no es que tengas que controlarla, pero si posiblemente no harían falta tantos fármacos o menos...yo por lo menos con los ejercicios y eso, he conseguido dormir mejor, luego el medicamento de dormir ya lo he cambiado por uno natural, la pastilla esa que tomas en el día, yo ya tomo la melatonina normal, natural, o sea que si que puedes modificar la medicación, llega un momento en que te dan pastillas, pero ante las pastillas si fuese la terapia, no haría falta tanta medicación, en una parte del proceso, claro, la física del dolor sí, porque ahí...pero en la psicológica si se podría reducir muchísimo...
157	P2 deja el grupo.
158	P1: sí, la psicológica pero cuando duele, duele y yo ahora estoy tomando muchos, muchos medicamentos (expira fuerte)...
159	P4: ...y te sigue doliendo...
160	P1: ...pero afortunadamente, no me duele.
161	Se ríen
162	CG: alguna cosa más que creéis que podría modificarse o que queráis comentar acerca de las sesiones, del grupo
163	P5: a mí me llamó la atención, cuando hablamos de las familias y de la visión que tiene la gente cercana a nosotras de lo que tenemos, y me acuerdo que hablábamos de esto, sobre todo contigo (se refiere a P7) y bueno, yo tengo pues un...ahí una cosa con una hermana mía que no entiende que ella no tiene la misma enfermedad que la mía, como no tiene síntomas, pues piensa que lo mío es lo mismo que lo suyo, entonces pues eso, y no sé, a mí me hizo mucho pensar esto, intentar pensar como ella puede pensar, no sé, entrar un poco en su visión de las cosas para entender mejor, no sé...

164	P7: si, yo aprendí también porque me fastidiaba mucho, que me llamaran de casa y me dijeran “pero si es que te vemos en fotos y te vemos muy bien”, y no me creían, y no me creen todavía porque yo vivo aquí y mi familia en Colombia, y ellos no creen, ellos me dicen “pero si te vemos bien” y mi sobrino me dice “es que mi tía se hace la enferma”, es que de verdad que no tiene nada, entonces una vez hablando con DC y BC comenté en la reunión y entonces ellas me preguntaron si yo hablaba con mis hermanos y familia, les dije que sí, pero que esa era la respuesta que me daban, entonces he optado por no llamar porque me van a decir lo mismo; entonces como ya tengo como muchas veces que llamo y llamo y siempre escuchas lo mismo, entonces yo he optado por no llamar y el día que me siento muy mal o alguna cosa es mi hermana la que me llama...somos gemelas, y sabe ella qué es lo que me pasa y de pronto les dice pero yo he optado por no...porque me he sentido mal en ese...porque la familia y mira no te entienden, entonces como que tratan de hundirte, pero no me he dejado hundir por eso, yo he dejado más bien, de no llamar, no contar lo mío y ya está.
165	P4: la verdad que hubo también cosas personales que todas hablamos y eso nos ayudó mucho porque yo pienso que parte del dolor tiene mucho que ver con tus preocupaciones, tus agobios, con tu entorno, con todos los problemas, te pones a pensarlo, lo hemos hablado aquí, cada una tenía su problema particular, en otra sesión se habló mucho de lo psicológico, lo de en sí el dolor pero también lo mental, lo que podía hacer, o sea, el lobo que podía comerte, lo de los paquetes y todo esto, el aceptar, el que tu no quisieras una cosa, o no quisieras una...estas preocupada, todo eso te acaba sacando factura, entonces se habló, todas hablamos un poquito de nuestros problemas y que eso nos hacía sentir peor, y cuando estamos más alegres pues parece que no te duele nada ¿no?
166	Es verdad, yo estuve en el cumpleaños de mi hija que hizo una fiesta muy grande y estuve bailando y todo y había una que me dijo...no sé, que se ponía a bailar cuando le dolía, y yo dije “pues me voy a poner a bailar” y efectivamente, me puse a bailar, y como que me puse más contenta y al estar más contenta también me sube la melatonina o lo que fuera, pero me iba a sentir mejor, las experiencias, los truquitos de las demás, yo pienso que menos fármacos y más reuniones de estas.
167	CG: alguna cosa más ¿qué modificarías de las sesiones?
168	P6: yo una sugerencia, dar una sesión a la familia, a los familiares más cercanos...
169	P1: la familia te comprenderá, pero luego el dolor lo pasa tú, hay que entender que ellos por mucho...además se sienten incluso, por lo menos, pienso o sea, hablo personalmente, ellos también se sienten mal al verte con tu dolor y no poder hacer nada.
170	P4: y tu acabas sintiéndote mal porque se sienten mal, es como un bucle
171	P7: mira yo ahora mismo, todo el invierno la he pasado mal porque han sido más duros los dolores, la medicación ya no me hace nada, que por eso te digo, yo vine aquí el doce, hablé con el especialista, la verdad que no me dejó ni hablar me dijo “tome este volante y dentro de diez meses vuelve”, o sea, pienso yo misma que soy la que siento mis dolores, que le dije que no podía dormir y que me diga a mí que espere diez meses, o sea que los diez meses que yo esperé tomando mi medicación y aguantando mis dolores, esperando yo tan ansiosa de que llegara ese día.
172	P1: P7, ¿pero aquí en la unidad del dolor?
173	P7: si, en la Unidad del Dolor, no me dejó ni hablar el médico le dije “es que yo no duermo ni de día, ni de noche y sigo lo mismo, yo sé que tengo que asimilar el vivir con esta enfermedad que tengo, pero es que no duermo ni de día, ni de noche” mira, ni me miró a la cara, me dio el volante y me dijo “lleve el mismo tratamiento hasta dentro de diez meses” mi marido, me dice “¿cómo va a ser que esperas diez meses a ir al especialista y que te esperes otro año más?”
174	P4: a mí me han infiltrado hace...las piramidales que me duelen mucho, además me falló una pierna, me caigo, me rompí dos dedos, fui al médico y tal, y me da las infiltraciones y casi que...
175	CG: vamos a volver aquí un poco ¿alguna cosa más que os apetezca decir y decir de las sesiones?
176	P4: que a mí me gustan mucho.

177	P7: la verdad que a mí también me gustaron mucho porque lo que fue DC, nos ayudó mucho, hasta que ella tuvo su accidente en la pierna, pero vino BC y nos ayudó mucho también porque es una chica también muy maja, nos ayudó y en lo que no podía de pronto, "voy a hablarlo con BC" y nos sentimos como con ese apoyo moral cada una, se contaba lo que se había pasado y bueno, fue buena la idea.
178	P4: yo vine un día hundida, hundida, bueno, ya sabéis mi problema, vine hundida y salí bastante bien...
179	P3: yo te he encontrado muy bien P4, te he encontrado muy bien
180	P4: sí, porque voy a parte a una psicóloga, lo hecho de menos, pero fui a una psicóloga, me acuerdo de...
181	CG: temas personas ¿alguna cosita más que queráis...que os parezca importante, que quisierais añadir ahora al final?
182	P4: pues lo de la familia sí, porque a lo mejor tú piensas una cosa, pero a lo mejor ellos piensan otra cosa y como no tenemos esto telepático, pues cómo te ven ellos a ti.
183	P6: claro, nosotros lo aceptamos, pero es que la familia también tiene que aceptar esta situación
184	P7: yo en mi caso, yo digo que eso depende de cada hogar que se tiene, porque en mis condiciones, mi marido me ayuda mucho, me colabora mucho y me entiende en mis dolores, porque es un hombre que si no puedo dormir se levanta, se sienta conmigo, me dice "te traigo un vaso de agua" o "te ayudo con esto, qué vas a tomar" o sea, somos los tres, mi niña y él, pero la verdad que los dos me ayudan mucho, yo no tengo ese problema de que de pronto me vean mal mi marido y la niña y no se levanten. No, ellos son muy buenos conmigo, entonces lo que yo quiero es...lo que yo he querido es verme mejor en el sentido de mis dolores y poder dormir aliguito más, porque yo no duermo, por eso me encuentro más mal ahora, porque yo digo "vale, yo mis dolores los sobrellevo" porque si me da un dolor, yo me acuesto, dejo que pase, me tomo mi medicación, de pronto me siento bien, como de pronto tengo que tomar a las cuatro horas un Dolotil y voy sobrellevándolo, pero claro, el no dormir ni de día y de noche que es lo que yo esperaba en febrero.
185	CG: vale, a ver voy a parar ya, ¿vale?...alguna cosa que queráis comentar de las sesiones de grupo
186	Indistintamente responden que no.

GRUPO 4: MSC

4 mujeres

1	CG: Introducción del CG. ¿ha habido algún cambio en vuestra experiencia de dolor, que creáis que tiene que ver con haber participado en este grupo? Hablamos del grupo de menciona el nombre de la intervención que habéis hecho en diciembre.
2	P4: sí, a ver el dolor no ha desaparecido, es cierto que yo oigo mal, sigo oyendo mal, pero sí que se me viene mucho el recuerdo de las terapias que hemos hecho. Recapacitar, sobre todo, el pensar que antes no lo podía hacer. Con BC y DC (<i>hace mención de las terapeutas, de ahora en adelante BC y DC</i>) he sacado mucho la tranquilidad que nos han transmitido, en llegar a poder pensar, en tomarte la vida un poco más serena, sin descartar que el dolor desaparezca pero si...es como una autoayuda por haber tenido ese curso, yo por momentos me paro en ello, me vienen ellas mucho a la cabeza... y por supuesto, la práctica, la práctica que era incapaz de realizar sin haberlo hecho con ellas. Tengo días muy malos, pero esos días tan malos son los que realmente me aportan a poder recordar lo que he hecho con ellas.
3	CG: ¿y qué en concreto de la experiencia del dolor crees que ha cambiado en ti?
4	P4: el estado de ánimo, el humor, no descargo y no quito que tenga días todavía en los que sigo siendo...no voy a decir, agresiva, pero sí muy sensible, sigo hablando con BC, tengo cita el día 9, tengo momentos en los que las lágrimas no han desaparecido, esas son imposibles. Pero sí que estoy más tranquila, mas... ¿cómo explicarlo? antes estaba muy irritable, o sea todo me parecía mal, todo me sentaba mal, aún lo bueno, no había momento

	en que yo encontrase un poco de paz, o sonrisas, incluso cuando estaba con mi familia, estaba siempre muy nerviosa, muy triste, hoy no puedo decir lo mismo.
5	P3: muy rabiosa, yo cuando eso, lo llamo rabiosa...yo cuando empecé el curso, yo tengo que decir que yo deje el curso porque no me venía bien, porque es verdad que en el momento en que yo me metí en el curso iba a empezar un tratamiento, entonces, ese tratamiento el objetivo que tenía quitar o reducir el dolor, entonces, para mí el curso, tratar de aceptar el dolor, pues yo no lo quería aceptar, mi objetivo era otro, por eso yo no terminé el curso, {sólo fui a seis sesiones}
6	CG: {a veces os voy a ir cortando un poco} para centrar en las preguntas, aunque dejaste el grupo ¿tu experiencia de dolor cambió en algo en esas sesiones?
7	P3: sí, cambio totalmente, en lo que dice ella. Yo antes estaba rabiosa, o sea cuando ella dice que no sabía cómo expresar, yo estaba pensando, “yo cuando eso digo: rabiosa” es esa sensación de...de...pues eso, como un perro cuando empieza a dar vueltas, que no sabe qué hacer, que nada te viene bien, cualquier cosa con la que te quieras entretener en la tele no te viene bien, dibujar no te viene bien, era como rabia. Y luego cuando empezó igual, de rabia, “por qué por qué, por qué a mí”, pues eso si que me lo ha tranquilizado un montón, me ha ayudado mucho.
8	CG: estáis hablando de emociones, ¿pero en dolor cómo describiríais ese cambio? si lo ha habido, porque a lo mejor no.
9	P1: yo tengo rachas, tengo rachas malas, yo veo que también baja el dolor, o sea es controlar más el dolor. Antes, el dolor era estar en la cama, y ahora por lo menos me levanto, ando, tengo momentos, pero yo creo que me ha bajado el dolor realmente, pero tengo momentos muy malos, pero también consigo un poco relajarme, concentrarme y...no sé...
10	P4: a mí en el dolor no, sinceramente en el dolor no, yo sigo muy mal, a mí me ha hecho mucho en la mente, tengo que reconocer que la mente...me ha aportado mucho en la mente ellas (refiriéndose a las terapeutas), este curso...
11	Se corta el video y sigue otro
12	CG: os reconduzco vale, con la pregunta era ¿qué contenidos concretos del grupo de mindfulness os han servido en el manejo del dolor? Tu decías el mantra (las frases).
13	P3: si y el no centrar tu vida en el dolor, yo había mucho en lo que centraba mi vida en el dolor, es decir, “depende de cómo me levante hoy, como estoy hoy, hago hoy esto o no” y ahora intento, no es fácil como dice ella (refiriéndose a P4), ahora intento cambiarlo decir: “hoy voy a ir a comprar unas botas”, no me gusta comprar pero bueno...tenga o no tenga dolor, porque es verdad que aunque tenga dolor, por estar sentada en mi casa no voy a dejar de tener dolor, porque no es un dolor que en mi caso, hombre claro que si ando muchísimo me duele más, pero por andar un poco o salir a la calle no me va a doler más, entonces que no me obstaculice, que no conduzca mi vida el dolor, sino que yo lo controlo (con las manos extendidas, señala con sus pulgares su pecho, moviendo las manos hacia ella).
14	P2: eso es ponerse barreras, entre más barreras nos pongamos peor...
15	P3: eso es, eso me ha ayudado
16	P1: a mi me ha ayudado mucho el...lo que es la autocompasión, el permitirte estar enferma...
17	P3: ...eso también...
18	P1: si tu estas mal, no tener contra ti algo, (-) eso me ha ayudado mucho
19	Algunas del grupo asientes.
20	CG: y a ti P2 ¿qué ibas a decir?
21	P2: a mí me ha ayudado en salir día a día adelante, porque muchas veces me metía a la cama.
22	CG: ¿pero qué cosas concretas?
23	P2: la autocompasión, la autoayuda.

24	P1: a mí me ha gustado mucho las técnicas de visualización, las cosas que, sí que te hacen quitar la mente del dolor, si estas friendo patatas pues ver cómo burbujea, todo esto que dices bueno, para no estar con “me duele, me duele”, fíjate lo que están haciendo tus hijos, pero ¿cómo lo hacen? (se ríe) yo qué sé, el desviar la... controlar tu mente, tus pensamiento en el momento en el que...
25	P2: ...sí a mí lo que más me costaba, pero que me gustaba, era cuando te decían “piensa en el ahora y {en el momento”}
26	P1: {si no se te va al futuro la} (señala su cabeza y hace un gesto con la mano de la cabeza hacía fuera, hacía delante)...y es una desesperanza porque no tiene remedio, no tiene (-)...y no sé qué, pues pensar en el momento y en el ahora, pues parece que...bueno pues hoy esto, hoy esto, y eso te ayuda mucho a las cosas.
27	P3: yo me sigo poniendo los audios de DC, me ayuda muchísimo.
28	P1: si te ayuda a estar más cerca del momento.
29	P2: yo es que cd no tengo...o sea, tengo, pero en la torre no me va, entonces tiene que ser en el centro cada vez que me lo ponga.
30	P3: yo lo puse en el móvil, y muchas veces, o sea, vamos es que incluso ir en el metro y digo... paro la música y me lo pongo. Y soy capaz de centrarme, aunque sea en el metro lleno de gente, de decir, venga (cierra los ojos y hace círculos con la mano que van desde ella, hacía afuera) y lo que decías tú, el permitirme estar enferma, es que yo aguante mucho trabajando, “es que no puedo parar de trabajar, es que cómo puedo estar mal, es una tontería, pero el qué dirán, o el que...”
31	P2: ...tu no digas nunca el qué dirán, tu eres tú, si estás enferma, estás enferma...
32	P1: {ya, pero lo pasas, lo pasas...}
33	P3: {ya, pero la cabeza va a todo lado}
34	CG: ¿cómo es tu nombre? (dirigiéndose a P4) ¿y a ti qué técnicas o contenidos del grupo te han ayudado?
35	P4: a mí me ha ayudado mucho la terapia esa que hicimos del silencio es como que además yo, por mi estado, por cómo me encuentro, es como más a gusto estoy, cuando no hablo, es verdad que no es positivo en muchas, porque, no sé, me puedo estar callada, pero sí que es necesario en mí, por cómo me encuentro. Me molesta un ruido, me molesta todo ¿sabes?, entonces cuando estoy...incluso la música, cuando se ha terminado el día, que es verdad que yo en mí, en mi cuerpo por mucha trayectoria que yo he pasado y he sufrido, es como...he llorado mucho, sigo llorando, es como la terapia más selecta, la más adecuada en mi estado, como repito, no es la más adecuada y no es la más eficaz, como te digo, no puedes estar callada, hoy estoy hablando, y necesito contarte, y estamos aquí...es una experiencia más a desahogarte, a explicar tu mal que tienes. Yo sí que es verdad que cuando llegas, yo en mi cuerpo cuando estoy más agitada, a lo mejor que llevas una semana de médicos, o si voy a comprar con mi madre, no puedo cargar, voy con muletas, he salido con ella; ese cansancio mayor que hay en mi cuerpo, lo exteriorizo ya no me voy a cabrear, ya no me voy a gritar, lo exteriorizo en lágrimas, nada más que en silencio, es verdad que me aporta mucho, es un desahogo necesario, me quedo muy a gusto.
36	P3: ¿puedo preguntarte una cosa?
37	P4: si
38	P3: ¿vives sola?
39	P4: no, vivo con mi madre porque me separé
40	P3: ¿y tu madre lleva bien cuando... entiende bien ese silencio?
41	P4: ella me entiende, es que me entiende...
42	P3: mi pareja a veces no entiende cuando yo necesito ese silencio...
43	P4: yo he estado casada y me separé hace poco en diciembre, lo que llevamos de diciembre hasta ahora, y lo he pasado muy mal BC lo sabe, no se pasa bien tampoco por ese momento también que estoy atravesando, y yo cuando estaba viviendo, yo tenía mi espacio de ponerme mi relajación, él no lo entendía y me quería con él en todo, que de hecho, yo me he separado y me ha venido a buscar, o sea, yo me he separado por su hijo de 21 años, su hijo me ha echado (-) no quería, no quería ¿sabes? Lo que son las normas de una casa, yo no soy su madre y (-) pero me ha volcado mucho y eso ha sido una suma de dolor.
44	P1 y P2 hablan al tiempo, pero no se distingue lo que dicen.

45	CG: no hay alguna otra cosa del grupo que recordéis “bueno, pues esta práctica en concreto, esto que comentaron quién sea, esta historia que nos contaron me ayudó”
46	P3: a mí me emocionó mucho la practica con una persona que no conocías de nada, la de mirarle como si fuese un niño, y sentir esa compasión por ese niño, desearle lo mejor y tal, o sea, lloré muchísimo más por ver a otra persona, que no por verme a mí.
47	P4: yo también.
48	Se interponen voces
49	P4: ha sido justo antes de entrar, no es que no te quieras, que eso también, has llegado más a entender, a quererte, a mirarte mejor, vamos a dejarlo ahí, a preocuparte un poco más de ti, pero es verdad que es más fácil el que yo te quiera ayudar a ti, que el que yo me quiera ayudar a mí
50	P3: eso es, sí, el sentir compasión por alguien, que, por ti mismo...
51	P2: pero es que lo mejor es quererse a uno mismo primero, para ayudar a los demás...
52	P4: pero no es que no me quiera, yo es que me da más pena de alguien que de mí...
53	P2: si a ti te pasa cómo a mí, no te preocupes...
54	P4: ...yo estoy sufriendo hoy por mi madre, la tengo en casa con 83 años, el otro día llegué de la Paz y la encontré en el suelo, se cayó, ella lloraba por mí y yo lloraba por ella, por verla cómo estaba, en el suelo (se le quebranta la voz) estaba llorando además, tenía hematomas, me vine con ella a urgencias, porque se dio un golpe en la cabeza.
55	CG: y hay algo de...no tanto para el dolor, pero por ejemplo sino para el manejar el sufrimiento, para manejar las emociones, algo del grupo que te sirviera para...pues parece que llevas una temporada difícil ¿no? Hay algo del grupo que hayas rescatado también, que te ayude a sobrellevar mejor esto, de una forma mejor...
56	P4: pues como en todo momento, siendo muy sincera, y la realidad es que en todos los cursos, en todos los cursos intensivos que hemos dado, hemos salido con un sabor pff, un bienestar, un deseando que vuelva a haber otro, un deseando cuando me mandasteis el correo, o sea, ansiosa incluso, o sea, me aporta mucho bienestar, exteriorizar, desahogarte, decir todo lo mal que estas y lo bien, decirlo todo. Pero <i>T</i> (se refiere a la terapeuta que lleva el grupo), es difícil el día a día, que no tengas momentos que, aunque hayas estado en esos cursos y hayas estado super bien...
57	CG: preguntaba si había algo que pudiera aliviar, aunque fuera momentáneamente todo eso.
58	P4: pues se me viene mucho a la mente día a día <i>BC</i> y <i>DC</i> , mucho. Es decir (-) pero es verdad que pienso mucho en ellas, yo me siento muy arropada, me siento muy protegida, me siento muy cuidada, es como que no estás sola, eso, con eso me quedo en que me da como un...algo más de fuerza para poder sentirme mejor.
59	CG: voy a lanzar otra pregunta que a lo mejor tenga algo que ver con esto ¿creéis que el que esta experiencia haya sido en formato grupo y no individual ha tenido importancia?
60	P3: a mí me ha ayudado muchísimo, a mí hasta que me diagnosticaron tardé un montón, he tenido como que ir lloriqueando, por así decirlo, médico tras médico, tras médico, “todo está bien”, no sé qué, hasta que al final han encontrado la enfermedad, entonces parece que tienes que justificar tu dolor y cuando llegué aquí y vi “es que no soy la única”, “es que hay mucha gente a la que le ha pasado lo mismo”, entonces eso, o sea, el primer día, me emocioné, primero de ver a tanta gente, por ver a tanta gente joven también, hubo una persona que me desajustó un montón, que por eso también dejé de ir (se le quebranta la voz) es una persona...no sé si os acordáis de un señor, que estaba como muy bien y tal, y me daban unas ganas de decirle “si estas bien, no vengas, o sea, si no lo necesitas, no vengas, estamos jodidos todos y tu no” ¿sabes?
61	P2: dice el nombre de la persona ¿no?
62	P3: sí (sonriendo) y luego, al contrario que ella (señala a P4), como yo si he mejorado en el dolor, gracias a que me han encontrado algo y no pierdo la esperanza de que la medicina va evolucionando, entonces, muchas veces leo el libro y los ejercicios, y los vuelvo a releer y digo “yo ya no estoy en ese punto”
63	P2: qué guay

64	P1: yo con el dolor, la premisa que tengo es “aíslate, aíslate”, cuando los amigos se van por ahí, tú te tienes que quedar, no puedes ir, es que es muy aislante todo, y al estar compartiendo experiencias y cosas con gente que parece que estamos luchando por lo mismo, que no te dejan ahí abandonado, “no es que lo tuyo no tiene”, no sé, para mí es muy importante.
65	P2: te ayudan más entre los desconocidos que la misma familia.
66	CG: y a ti qué te aportó el que fuera en grupo, si te apporto algo, que fuera en grupo en vez de consulta individual.
67	P2: mucho.
68	CG: te ayudó en mucho ¿en qué?
69	P2: me ha ayudado un montón, hasta en el centro me lo dicen.
70	CG: pero em...qué te ayudó de que fuera en grupo ¿entiendes lo que quiero decir? Que fueras a una terapia con muchas personas, en lugar de sola ¿eso te aportó cosas?
71	P2: si (-) porque cada una ya sabíamos las enfermedades que tenía cada una, y oías la de una, la de otra.
72	P1: la verdad es que todos, al final estamos pasando por los mismos procesos, por el mismo dolor, por la misma desesperanza, por el mismo rabia e ira, que es algo natural del dolor y que se puede mejorar, es que se puede mejorar...
73	P3: ...y porque luego, no sé si es sólo a mí, porque la sociedad, amigos tal...tienden por animarte a decir “ah pues fulanito se hizo tal tratamiento y le fue bien, a no sé quién se hizo tal y bien” había veces en que decías “pues yo no seré la única “gilipollas” que estoy bien ¿sabes?” te lo juro yo a veces decía “yo soy la única con una artritis, que soy...¿sabes? Que...que...que encuentran tratamiento, que no tal...que todo el mundo a la primera la pusieron algo y le fue estupendamente” ...te planteas todo, hasta...yo al médico te lo juro, yo le decía, mándame donde sea, o sea, al psiquiatra donde quieras, porque a lo mejor no es físico, y a lo mejor es mental...
74	P1: estaba yo igual, estaba por pensar eso
75	P3: yo llegué a pensar de todo, es que a lo mejor se me ha ido la cabeza y estoy mal ¿sabes? Entonces luego, llegar aquí y ver eso, y decir “oye que hay más gente como yo” dices: “¡ostras! qué bien, no soy la única”, o sea, lo siento por vosotras, pero dices “qué bien, no soy la única” (lo dice con la voz quebrantada).
76	CG: y tu P4 ¿qué dices, de este formato grupal, crees que es mejor que el formato individual?
77	P4: bueno igual mejor no es la palabra correcta, ve a saber si tú y yo tenemos una (-) yo pienso que exponer cada uno cómo se siente, no tiene que ver con que haya más gente. Es verdad que, si te abres más, te abres a comunicar, a expresar con más gente, porque sin saber cómo sois, yo voy a decir lo mismo, a ella, a ti o a ella, lo único que escuchara otras personas también, que hay muchos casos en que como bien dicen ellas, no eres la única, pero no ha hecho falta hoy hacer un grupo para saber que no eres la única.
78	P3: no, pero a mí me pasaba por ejemplo, que a lo mejor contaban algo y decía yo “ostras, a mí también me pasa eso”, yo no percibía eso como un...me he dado cuenta hasta ahora que es verdad, que...no sé cómo explicarlo, que yo también tiendo a eso, tiendo a echarme más, tiendo a reprogramar las cosas con amigos, pues yo no me daba cuenta de eso, entonces que alguien lo diga es como “es verdad, yo también lo hago” eso a lo mejor en terapia individual, a lo mejor no lo hubiese sido capaz de sacar.
79	P1: yo creo que en la técnica compasiva, esto de escuchar, y de ver al otro, y recibir, recibir emociones y pensamientos de otras personas, yo creo que te da más pie a saber un poco lo que es la compasión para luego poder dártela a ti misma, el decir “él la necesita y yo la estoy necesitando” es decir, te da más, te centra un poquito más en lo que es “por qué ayudo yo a los demás y no me ayudo a mí misma” si eso no es terapia de grupo, yo creo que eso no saldría, es imposible porque no compartes, no hay un feedback, no participas, no te das cuentas de los sentimientos..
80	P4: ...es más el enfoque, yo lo enfocaría también...
81	P1: interrumpe
82	CG: espera un segundo (refiriéndose a P1)

83	P3: es más también el comunicarte con otras personas, que esos son sentimientos, que tu misma has sacado de ti en esos momentos que has estado con gente, a lo mejor si yo te estoy contando todo lo malo de mi encuentro, tu no estas escuchando, yo no te estoy escuchando o a otra persona que está mal, eso es lo que sí que he sacado...bueno, vamos a decir que sí, porque escuchar a mí me gusta y muchas veces tiendo más a escuchar que a hablar de mí. No quiero dar pena, si es que yo no quiero hablar de mí, de mi me da tristeza, es que últimamente cuando hablas de ti, es que no quieres hablar de ti, ha llegado un punto en que yo digo es que no quiero porque es lastimarte y darte pena, cosa que me niego a ello.
84	P3: yo cuando hablaba en grupo, yo no sentía que vosotras no me juzgabais, y a mí me pasa a veces en terapia que es un defecto mío, que siendo como que ellos están haciendo su profesión, entonces me sentía como en más libertad de hablar en grupo, por saber que eso, que vosotras no me estáis juzgando, que me estáis escuchando; que con ellos, que a veces siento que ellos pues eso, que están tomando nota, que se están fijando en tal, que se están fijando en cual, entonces, a mí de la manea cómo me han criado o lo que sea, que siento como si tuvieses que demostrar, o que tuvieseis que...
85	P4: si es que ha sido muy bonito, si yo no estoy en contra...para mí ha sido muy bonito, o sea compartir con gente que...pero ya no es decir "porque sé que yo estoy mal y he visto a mucha gente mal" yo no quiero, porque yo sé que hay mucha gente incluso peor que nosotras, y fíjate, me da mucha lastima y todos los días en las noticias que fallecen, de niños, de maltratos, de...pero la vivencia que hoy, desde hoy... que he vivido con muchas personas, ha sido fíjate, la compasión, la lastima, aun estando tu mal, quiero decir, estando yo mal me ha dado mucha pena las personas con las que he estado con ellas.
86	P3: porque sacan de ti un sentimiento bonito.
87	P1: sentirte comprendido, tampoco lo hubieras hecho individualmente, porque sentirte comprendido...vamos, tu familia no lo entiende, los niños tampoco porque estas durmiendo, (-) la gente no lo puede entender, no lo entiende, bueno, por lo menos te sientes comprendido, te sientes valorado, yo qué sé, yo en mi casa mi hija dice que soy una vaga, el otro que no sé qué, entonces te sientes cada vez más pequeño y es que es así, mi marido ya te digo que me ha dejado, así que...ya no soy la buena moza que era, te cambia el humor, te cambia todo, entonces...
88	CG: voy a otra pregunta vale chicas, igual es un poco repetitiva pero bueno, a ver si surgen cosas nuevas, ¿cuáles han sido tus aprendizajes más valiosos a lo largo de esas ocho sesiones?
89	P1: uffff yo creo que la rueda de la mente puede mucho (mueve circularmente la mano al lado de la cabeza), la puedes parar, te puedes autoconvencer de muchas cosas que te ayudan a soportar el dolor
90	CG: ¿ese es un aprendizaje que has tenido tu?
91	P1: si, si, de no irme al futuro siempre de "me agobio, me agobio" me entra muchísima ansiedad, yo he controlado muchísimo la ansiedad con este grupo, mucho, mucho...
92	P2: ...yo ya a lo que no voy es al pasado, antes iba mucho al pasado, ahora estoy entre el presente...y el...
93	P1: el futuro
94	P2: no, el presente
95	P1: el presente y el presente (entre risas).
96	P3: yo el quererme más, porque yo, bueno, lo que te contaba me vino un poco de rebote, pero al final me vino a cuento, porque yo estaba en un momento de tal agudeza de dolor que era como (se le quebranta la voz) "si estoy más tiempo así, yo no aguanto"...yo trabajaba en la planta 14 y yo decía, si sigo así, "me tiro por la ventana", yo no aguanto más tiempo así, entonces me decía "bueno, esto es temporal, esto tal", el centrarme y el quererme, el decirme "no vas a hacer eso, vas a..."
97	P2: están llorando aquí las dos... (refiriéndose a P3 y P4, estira la mano hacia T)
98	T pasa los pañuelos...y dice: no pasa nada por llorar...
99	Todas sonríen.

100	P3: ...iba a decir "...eso es, esto lo puedes pasar, esto tal"...y yo no pensé que iba a poder con ello, o sea, yo me considero una persona fuerte pero llego a un punto de decir, "pues a lo mejor no lo soy" y el grupo en ese momento, o sea, al final lo dejé porque vi que me encontré mejor y vi que me aportaba esa parte negativa, porque empecé el tratamiento y todo eso, pero si no llegase las primeras semanas, yo no sé qué hubiera pasado, así de claro (llora).
101	P1: mira yo trabajaba en (-) tu además me conoces de...(asiente mientras se ríe mirando a P3, quien también asiente y sonríe) y lo que más me decía "bueno, yo quiero trabajar, lo consigo, quiera sacar todo adelante", y estoy en medio turno, no puedo ampliar la jornada, porque ya me sobra el trabajo y vamos hay estaciones que como que te duele todo esto (se toca los hombros con las manos) a veces no llego ni al jueves, pido el día libre, me gasto los días libres tirada en la cama del dolor, y esa falta de no meter trabajo, no puedo con el trabajo, eso es vital, es vital.
102	P3: además tenemos unos trabajos que suelen ser muy vocacionales entonces nos gustan, y a mí me (se interponen voces) y a mí me ingresa mucha gente por dolor, me ingresaba mucha gente por dolor, y yo le quitaba el dolor, y decía "cómo es posible que yo quite a esta gente oncológica el dolor ¿y yo? o sea, ¿conmigo no lo puedan hacer?" era como "o sea, le estoy dando una charla del dolor a una persona que a mí misma no me la aplico y encima, a mí no me lo están controlando ¿cómo es posible? O sea, llega un punto en el que esto es ridículo, es desesperante...
103	P1: es tan contradictorio...
104	CG: qué más aprendizajes tenéis, aprendizajes valiosos de estas sesiones.
105	P1: yo creo que con estas cosas se puede ser feliz...
106	P3: ¡sí!...
107	P1: ...yo mira, me he dedicado a escribir cosas para niños, aprendes otras cosas, otros hobbies, disfruto mucho más del campo, tengo un perro, lo paseo, bueno, me saca él a mí evidentemente (el grupo se ríe), sino, sino no saldría, bueno, empiezas a disfrutar de otras cosas que...pues que existen y otros no ven tampoco, se lo pierden (se ríe y mira a sus compañeras) de verdad! también me gusta cocinar y como estoy más tiempo en casa pues...y antes odiaba cocinar, vas sacando otras cosas de ti.
108	CG: P2 qué dirías que has aprendido de este grupo, si es que has aprendido algo, no tiene por qué, algo valioso...
109	P2: sí, aparte de quererme, que ya me quería, he aprendido a quererme mucho más, y luego pues estar centrada, porque me centraba poco con la ansiedad, ahora estoy más centrada, aunque tengo una amiga que cada vez que viene me pone de los nervios, me descentra a mí y a la perra, y a mi marido, pero bien, cuando estoy bien puedo hacer las cosas, cuando no me meto a la cama, me quedo ahí doblada, no puedo hacer nada.
110	P1: sí, cuando yo me meto a la cama, me meto consciente de que bueno, me ha tocado esto, soy una persona que viene enferma en esto, pero en otras cosas no, y ya no me echo la..."qué mala soy, que no hago nada por mí, que no me arreglo, que no..." no empiezo con ese tipo de rollos, antes me autoflagelaba mucho.
111	P2: te sientes culpable, eso lo tenía yo antes, y lo hacía, pero desde que tengo la revista del (-) que vienen consejos, lo dice bastante, que no te autocritiques, que no...
112	P1: sí claro, te sale
113	P2: sí, te sale, hombre, ya no lo tenemos aquí automático.
114	CG: hay algo más que quieras aportar a esto pregunta P4
115	P4: sí, la verdad es que estoy muy encantada del curso, el curso me ha aportado en todo, ya te digo que antes me sentía mucho más sola que ahora, vamos, todos los días hago una relajación, o sea para mí eso es como cepillarte la boca y comer, algo tan necesario, y tan, tan necesario, si me vengo a La Paz y todavía no lo he podido hacer, es como que me falta, necesito, mi cuerpo lo agradece, es una terapia como esa contigo, de verdad, soy muy sincera (se refiere a T), y cómo veras, yo contesté enseguida de querer venir y... todos los cursos que hicieseis y programaseis, los necesito y saco mucho.
116	CG: me habláis de los aprendizajes, yo os pregunto ahora, si durante esas semanas en el grupo, os surgió también algún reto, alguna dificultad que tuvieseis que asaltar... ¿qué retos se te han presentado a lo largo de esas sesiones?

117	P1: yo no salirme de la sesión (entre risas)
118	P3: el no salirte de la sesión y a mí a veces me costaba mucho hablar con vosotras después de la sesión, porque me iba como tan agobiada con lo mío, pensando lo mío, que cuando me contabais lo vuestro era como "no puedo, mi cabeza no puede con más", y no sé si fui alguna vez incluso mal educada de irme muy rápido, porque era como, es mucho, es mucho...
119	P4: es mucho
120	P2: te agobiaba
121	P3: si es mucho, ya me volcó con lo mío, pensando "ta,ta,ta,ta" no puedo escuchar a nadie más...
122	P4: si es como si se te hubiesen venido más cosas, que no eran más, simplemente por escuchar a esas personas que estaban mal, pero era una cosa muy extraña a reaccionar, estabas como, yo por lo menos, recuerdo estar muy rara, muy en...me encontraba rara, y sin embargo, muy a gusto a la vez, por haber aprendido a saber comportarme, a saber estar, saber poder pensar aun estando mal, cómo nos ayudaban, qué teníamos que hacer, en recapacitar, cuando hacíamos mindfulness, ser consciente de todo lo que te está sucediendo y no machacarte.
123	P1: yo venía muy bloqueada, yo no era capaz de leer un texto y quedarme con ello, o ver una película y decir "pero esto de dónde ha salido" no era capaz de enfocar la mente; y ahora sí, ahora...
124	P4: yo no creía que iba a ser capaz, te lo prometo, por el estado en el que estaba, que cómo hablaban, como nos ayudaban BC y DC, es...no sabía que se podía...
125	P2: a mí sí me ha gustado, es más me gustaría que del otro curso me llaméis...
126	P3: a mí me gustó mucho las herramientas, pero cuando llegamos al punto de "vamos a aceptar a vivir con esto y que tal" ahí fue cuando yo me metí en la cama, pasaron dos días, tres, vino otra vez que me costó (se le quebranta la voz), vino otra vez y otros tres días y dije, "no puedo volver, porque a lo mejor dentro de un año tengo que volver a este curso, y tengo que aceptar que mi vida es así, pero ahora que voy a empezar un tratamiento no puedo empezar un tratamiento pensando que no voy a mejorar y que voy a seguir así" entonces me dio mucha pena, porque sé lo solicitados que están y que...
127	P1: cada cosa tiene su momento, es como dejar de fumar como digo yo, muchas fases que estas pasando
128	P3: sí, sí y entonces, yo no puedo dejar de vivir, es que además fue radical no voy más, y es que además moví mucho, moví mucho a mis compañeras y tal para que me pudiesen dejar meter en el curso y me sentí que las defraude un poco, "lo siento, pero es que no puedo volver" si de verdad yo acepto que mi vida va a ser así, uff, es que no empezaría el nuevo tratamiento, o sea, no me sentiría con fuerzas, porque además el nuevo tratamiento me mejora mucho el dolor, pero también me está dando muchas contraindicaciones, entonces, debo también estar con fuerzas para llevarlo.
129	P4: si es muy duro, aunque sabíamos desde el principio, tanto BC como DC nos dijeron "aquí no venimos a que se os quite el dolor" fueron muy, muy claras, sabemos que eso era verdad...es verdad que se nos ha (hablo en primera persona, pero sé que ellas estarán de acuerdo) que se nos ha tranquilizado y ayudado mucho, en muchas cosas...
130	El grupo en general asiente, dice que sí
131	P4: el objetivo era ese y está {conseguido}
132	P3: {ese está conseguido}
133	P4: incluso como persona, ya te digo, esa irritabilidad, esa...todo eso, ha mejorado mucho como persona, que era la causa es en todo el momento ese dolor, lo que nos hace reaccionar y estar mal, pero claro no hablamos de un simple dolor, ¿quién no tiene dolores en cualquier momento? hablamos de un dolor que está como incrustado, pegado...
134	P1: aprendes a parar también, a decir: "uy me estoy yendo por donde no quiero" te das cuenta, te vas vigilando un poco más a ti misma, cómo estas...te das cuenta que "me estoy metiendo con los niños, los pobres, qué culpa tienen de mi dolor" entonces paras (-) ...
135	P4: a mí se me hace insoportable
136	CG: ¿insoportable?

137	P4: sí, yo de hecho estoy yendo a la unidad del dolor, me quieren poner unas inyecciones, de Lidocaína porque como vieron que ahora sí parece que no, el hablar te tranquiliza y todo, pero yo venía...
138	Se interponen voces
139	P1: {el dolor es el dolor}
140	CG: {una última pregunta os quiero hacer}, si volvierais a participar en una experiencia parecida de grupo ¿qué aspectos os gustaría que se modificaran?
141	P3: me parecía que el grupo era demasiado grande, al principio, luego es verdad que mucha gente dejó de venir, pero en un principio me parece que el grupo era demasiado grande, es verdad que nosotras estamos más acostumbradas a que en oncología, o yo por lo menos en oncología estamos más acostumbrados, pero yo por ejemplo, yo creo que la chica de...la chica de la (-) a la media hora se levantó y se fue, y yo creo que se fue porque se sintió super agobiada, ella me lo dijo una vez "estoy agobiada" y le dije "tranquilízate, respira, aguanta un poco y espérate" creo que tiene que ser así porque a lo mejor no hay más espacio para más, pero creo que es eso, que te da, que te da poco para expresarte tu porque es demasiada gente.
142	CG: eso lo compartís ¿no?
143	El grupo asiente.
144	CG: ¿qué más cambiarías?
145	P4: yo de cambios, como salgo con tan buen sabor de boca, como salgo tan llena de...
146	P2: a mí es que me gustó tanto
147	El grupo se ríe
148	CG: no cambiaríais...
149	P2: yo no cambiaría nada, sólo lo que ella ha dicho...
150	P4: ¡que haya más! y de hecho se lo dijimos...
151	El grupo indistintamente: "que haya más"
152	P4: de hecho, yo lo vi corto, me pareció corto, y fíjate que BC me lo decía que "con lo delicada que vengo, que estoy, que es admirable personas que...soportar tantas horas como ha sido el intensivo", es verdad que, no te voy a decir que estuvieras... (se acomoda en la silla, señalando incomodidad) ¿vale?
153	P3: es verdad que en el intensivo era bastante complicado el que estuvieras...mira, por ejemplo, esta silla, ojalá usarais estas sillas, a mi hubo días que más complicados se me hicieron.
154	CG: aunque os dicen "bueno, si necesitáis moveros o levantaros" ...
155	P3: sí, pero
156	Hablan al mismo tiempo y no se distingue, pero apoyan la idea de P3.
157	CG: {no habléis todas al mismo tiempo, perdón}, termina si quieres tú (señala a P3 y sigue...)
158	P3: yo había...o sea, es verdad que te decían "levántate" pero había días que terminaba y me iba a trabajar, y ese día a mí me dicen...porque intento ser una persona que si le preguntan: "¿qué tal? " yo digo "bien" aunque no esté bien, entonces me decías:
159	- "uy ¿qué te pasa hoy? te ves mal"
160	- "no es que vengo del curso"
161	- "¿y qué, mal el curso?"
162	- "no el curso bien, pero es que vengo ya que estoy agotada y son las tres de la tarde y hasta las diez no me voy".
163	T. pensáis lo mismo ¿no?
164	P4: si yo de hecho me llevaba un cojín, es verdad que mi espalda no me permite que esto (toca el descansa brazos de la silla del lado) pero las sillas que tienen barras, a mí no me pueden dar las barras en la espalda, vamos mobiliario que tampoco es una cosa...pero sí que estaba incomoda con dolor más...
165	P3: eso hace que...por lo menos a mí que eso me hace un punto más al dolor de espalda con la incomodidad ya tengo que estar "escucha a DC, escucha a DC", me tomo un (-) "escucha a DC, escucha a DC", porque la mente se te va todo el rato al dolor, al dolor, a la espalda, cuando de repente ya me he perdido, espera que "ah que tenemos que hacer un ejercicio" ¿sabes? entonces, si te despista muchas veces el dolor....

166	Hablan al tiempo
167	P2: si, es verdad, el culo, la espalda, la cabeza, todo, madre mía, sobre todo el culo que hay que tenerle ahí... (se acomoda en la silla)
168	P3: eso es algo, por ejemplo, que al a hora de (-) sí que se puede modificar...creo yo ¿no?
169	P4: hay cosas más buenas desde mi punto de vista, que malas, eso es importante para nosotras por nuestro estado....
170	P2: si fuera en estas, de maravilla
171	CG: lo sabemos, es verdad que siempre nos lo decís, sino que hacerlo en esta sala no es posible porque es muy pequeña...
172	P2: no, no digo estas llevarlas (toca la silla mientras dice la frase)
173	CG: nos las llevamos todas ¿no?
174	Se ríen
175	CG: bueno, se puede plantear, que se haga en esta sala
176	P2: claro, ahora que se va a reformar, que se haga un poco de presupuestillo
177	Hablan al tiempo.
178	P2: {te firmamos si quieres nosotras el email} y lo hacemos a la dirección del hospital y si queréis lo escribimos todos y hacemos la queja conjunta...
179	P4: a mí me gusta más la parte del Carlos III
180	CG: ¿el Carlos III?
181	P4: no, a mí me gusta más aquí
182	CG: ¿esta?
183	P4: sí, si me dan a elegir
184	CG: pero estabas en la maternidad de aquí ¿no?
185	P4: en la maternidad de aquí o en la biblioteca
186	CG: y alguna cosa más que se haya quedado pendiente por decir, a parte de estas cosas...
187	P2: a mí me gustaba lo que me gustaba era la relajación de las campanitas, me relajaba
188	P3: yo encontré un montón de esas en el reiki, si pones en (toca con su mano el brazo de la compañera P2 que tiene al lado) YouTube reiki campanas, las hay...a mí uno de los síntomas que me está dando el tratamiento son los acúfenos, el pitido de los sonidos "piiii" que ahora me estoy adaptando a ellos pero al principio me volvía loca, entre que me despertaba por la noche con el dolor y el "piiii" bueno. Me agotó fatal, ahora no, ahora me he mejorado y me he acostumbrado a ellos, me ponía la música toda la noche y te digo, que sí que hay unos que cada tres, diez minutos suenan las campanas y "pliiing" y es verdad, qué tontería pero qué sonido tan uff, me lleva a la total relajación, yo a veces hago yoga y hago una postura, una postura que además me descarga todas las lumbares y las cervicales, y a veces me he quedado dormida. Que a veces llega mi marino y me dice "¿pero tú cuánto rato llevas así?" le digo: "pff no sé" tengo el gato dormido al lado...
189	P2: yo me voy al baño y llego y pongo las piernas así fuera de la cama (alza los pies y los mantiene en el suelo) y llega mi marido y me pregunta "¿qué haces?", le digo, "voy al baño" y me dice "pero si estás dormida"
190	Se ríen
191	CG: bueno chicas, ha sido un placer reunirme con vosotras.
192	P4: es mutuo, es mutuo
193	P2: todo lo que sea para ayudar.

GRUPO 5: TCC

3 mujeres

1	CG: Presentación del terapeuta e introducción. ¿Ha habido algún cambio en tu experiencia del dolor que creas que tiene que ver con haber participado en esta experiencia, y en caso de que fuera así, cómo describiríais esos cambios?
2	//

3	<p>P1: en mi caso me ha servido muchísimo darme cuenta que hay mucha más gente también, con diferentes patologías, pero un poco en la misma línea, el grupo ha sido muy positivo, nos hemos llevado todos muy bien y eso me ha aportado una confianza que normalmente no tienes con el resto del mundo, o familia, compañeros, o amigos, y me ha hecho ver pues eso, que hay otra gente con este tipo de problemas similares a los míos, y me ha servido de gran apoyo, el poder hablar libremente en la clase, poder exponer y demás. A parte de que nos han tratado con muchísimo cariño, yo es uno de los grupos que más a gusto me he sentido.</p>
4	(/)
5	<p>P2: yo todo lo que dice ella es verdad, o sea ha sido un grupo en el que yo creo que en general, cada uno de nosotros hemos hecho meya en el resto, meya por un lado y apoyo por el otro, porque ahora cada vez que alguno tenemos algún problema o tal, casi que...por mi lado por lo menos, lo pregunto antes a ellos que en tu casa porque sabes que en tu casa te van a poder ayudar poco, respecto a eso, la verdad es que ha ido fenomenal, y más personalmente, respecto al dolor, yo con los dolores sigo, de hecho estoy metida ahí metida un poco en un bucle en el que los médicos ya no saben muy bien a que puede ser debido, las medicaciones...una serie de cosas...lo que sí ha cambiado en mí es de empezar a asimilar que esto probablemente ha venido para quedarse, entonces, algo que al principio en mí generaba ansiedad, la sigue generando, pero, no sé, como que ahora lo miro de otra manera, no lo veo todavía ¿eh?, todavía no lo veo, pero lo miro desde otro punto de vista, porque veo que es verdad lo que dice P3 que hay muchos ámbitos de la vida que te pueden llevar a situaciones de estas, entonces bueno, como que te sientes muy arropada en el que te entienden un poco qué es lo que te esta pasando, cosa que en casa no es que no te entiendan, no es que no te escuchan; te escuchan pero muchas veces no lo entienden, yo antes en el trabajo, pues que muchas cosas las comentas y te parece que es el resto de tu vida en la que tienes apoyo...no apoyo sino, en la que te desenvuelves, cada vez estoy más lejos de la gente, no porque la gente no se quiera acercar a mí, ni mucho menos, o sea, yo noto el cariño de los compañeros no hay ni un día que me dicen “hoy tienes mejor cara” aunque yo me sienta fatal, bueno, por su parte intentan animar, siempre te ven mucho mejor, luego voy y me miro al espejo y digo “no sé dónde me ven mejoría si yo no soy ni la sombra de lo que era” pero bueno, pero sí que es verdad que cada vez me siento más alejada ante determinadas situaciones anteriores a todo el tema, y más cerca de la gente que a lo mejor entiende más, situaciones paralelas a las que estoy pasando...por las que estamos pasando.</p>
6	<p>Eso por un lado, luego por la noche yo, a mí me atacan muchísimos los dolores por las noches, yo no duermo, y en ese aspecto la terapia me ha venido bien, no todos los días consigo relajarme y volver a dormirme, pero bueno, por lo menos lo acometo de otra manera. Antes era, verdadera rabia y ganas de llorar, ahora hay veces que bueno, me siento mal, me cambio de postura, intento relajarme, intento hacer los ejercicios, unas veces lo consigo y otras no, y a veces ante este debate a lo mejor me quedo dormida, cosa que antes solamente era en el sentido “qué me está pasando, qué me está pasando, que nadie es capaz de saber qué es lo que me está pasando”, en ese aspecto también me ha ayudado. No a que se me quiten los dolores, a mí los dolores no se me quitan, yo cuando me levante de aquí, no puedo andar, las manos y las articulaciones las tengo hecho polvo, igual, mejoré un poquitín en vacaciones pero yo creo que también porque me relajé más, no sé ahora, por ejemplo los ojos, la cabeza, yo noto mucha presión continuamente, mi situación física no ha mejorado pero sí es verdad que me ha ayudado.</p>

7	<p>P3: pues a mí, me ha ayudado como dicen ellas a conocer un poco más la situación, lo que estoy es en el camino de aprender, aprender...no acabo de ser capaz de ver que no puedo hacer lo mismo que hacía antes cuando, antes de operarme, antes de tener estos dolores porque tengo otros hace veintisiete años me operaron de problemas digestivos y esos si los tengo hace veintisiete años y parece que lo tengo como más asimilado, y eso lo manejo mejor porque sé que si por ejemplo, tengo que venir, pues ya sé que tengo que comer como dos horas antes o tres, si quiero venir, porque si no, corro el riesgo de no venir, pues eso parece lo voy manejando mejor pero los otros dolores de no aguantar de pie, de no aguantar caminar, de tal, pues lo estoy empezando a manejar y a decir que no a muchas cosas, y en eso mi marido también me acompaña, pero hay veces que ya no puedo decir que no, entonces no he aprendido a decir que no puedo hacer la vida que hacia cuando no tenia estos dolores, y me meto en unos berenjenales como me metía antes el hacer, el hacer, el hacer, o me obligo a situaciones en el pueblo, en ocasiones o esto, eso no, no soy capaz de ponerme tajante porque es que por un lado, es que no quiero tampoco, porque sería como aislarme, me dirían...yo es que me lo imagino, claro eso no lo quiero, "ah no pues tú quédate en casa" y el día que me ocurra eso, lo voy a llevar muy mal entonces tengo ahí una lucha...(lleva las manos de un lado a otro, semejando fuerza).</p>
8	<p>CG: ¿y crees que ha cambiado algo en la experiencia de dolor?</p>
9	<p>P3: ha cambiado a que de vez en cuando me repito, lo que nos han dicho en el grupo, que tengo que aprender a vivir, y decir que no cuando tenga que decir que no, y a cuidarme y no llegar más allá de lo que uno puede porque eso es lo que te empeora claro, eso estoy...no lo he terminado de aprender, estoy...me resuena continuamente la voz de DC (mención a las terapeutas, de ahora en adelante DC y BC) y la voz de las compañeras pero estoy en el camino, no lo he aprendido...</p>
10	<p>CG: gracias</p>
11	<p>P3: ahora si, la relajación pues la hago y me viene bien pero no hago todo lo que debería de hacer, pero me viene muy bien ponerme planita y escuchar la voz de DC y hacerlo, porque algunas veces cuando lo hago sin ponerme el audio, lo hago también pero es peor, ya lo tengo aprendido y lo hago sin la voz, si no lo tengo a mano, el móvil o lo que sea, es mejor con el audio y eso si me ha venido bien. El conocer, pues eso, pensar que no eres el ombligo del mundo, que sabes que hay gente que lo tiene mucho peor o igual y aprender a sobrellevarlo.</p>
12	<p>CG: muy bien, gracias. Vamos con la segunda ¿qué contenidos que hubieran surgido del grupo te han sido más relevantes como ayuda para el manejo del dolor? Esta pregunta es un poco más específica que la anterior, ¿qué de cosas del grupo en concreto, que contenidos han sido más relevantes como ayuda para el manejo del dolor?</p>
13	<p>P1: mi opinión es que cada uno de los temas que nos han aportado en cada sesión, cierto es que si tu después te lo has leído tranquilamente, lo has aplicado en el caso de los ejercicios que nos ponían a veces, a nivel físico, a nivel respiración, a nivel mental, estaban muy bien escritos, muy fáciles de poner en práctica, que luego se pongan o no como se debería, al cien por cien, es bastante complicado, pero a mi me han ayudado un montón, sobre todo eso, el programa de cada sesión que nos han dado, para de cara a la siguiente semana, tener un poco de visión de qué ibas a hacer y luego si lo podías aplicar pues perfecto, si no, pues...cosas como muy sencillamente escritas ¿sabes? Pero muy, muy claras, para entender muchos de los comportamientos, como ella (refiriéndose a P3) dice que no sabe decir que no en determinado momento en otras tantas cosas, a mi hoy por hoy no me pasa, porque me operaron hace un año y dolores físicos ya no hay, hoy por hoy, dolores físicos ya no hay, es más los mentales y los interiores y entonces, digamos que es más a nivel psicológico, pero a mi eso por ejemplo me ha parecido muy bien, la parte de temas, además con ejemplos de psicología, filosofía, un poco de todo y eso me ha gustado mucho.</p>

14	P3: pues a mi me gustó, la sesión que tuvimos abajo con una Dra. Que no me acuerdo cómo se llama, no sé. Que nos estuvo explicando con una pantalla y todo, un poco lo del dolor, como se abre la puerta y se cierra la puerta. Entonces eso me hizo comprender, cómo, cómo...aunque bueno, sería incapaz de explicarlo, yo me quede con esa información pero ni siquiera en casa lo he podido explicar, cómo se desencadena el dolor y tal, yo he aprendido de eso, de las células de no sé qué, no sé cuántos, todo ese lío que yo no sé explicarlo, pues que viene bien para descansar antes de llegar a eso...me ha venido bien porque yo me he adelantado mi medicación dos horas, que yo tomaba ocho y ocho, lo tenía así, y la he adelantado y me esta viniendo bien, me va mejor porque me anticipo al dolor, porque según dijo la doctora, si el dolor pasa de cierto...ciertas hormonas, no era, células, no sé cómo se llama, pero que si pasa cierto punto es más difícil...
15	P2: las neuronas
16	P3: eso, pues como me anticipo un poco por la pastilla, lo estoy controlando mejor, antes he mejorado un poquillo porque en verano estoy mejor, pues eso. También me he dado cuenta de eso que decíamos, de cuidarnos y tal, porque he estado una semana de vacaciones y he estado mejor, con lo cual algo tiene que ver lo físico, las obligaciones que uno mismo se pone, pues eso lo han dicho también en el grupo, que te lo piden tano, te lo pides tú, que no quieres bajar el listón ese de tu imagen, de tu no sé qué, claro tú, pues que viene tu familia, pues quedar lo mejor posible, tus hijas y tal, pues no nos lo imponen, nos lo imponemos nosotros muchas veces. Hombre si hay que cuidar a unos niños, eso no, es cuando toca, cuando haga falta, pero meternos en moviditas, o liarnos, pues muchas veces es...o invitar, muchas veces nos metemos en líos que no nos impone nadie, nos lo imponemos nosotros. Y eso si me ha venido bien también, lo de atajar el dolor un poquito antes que nunca lo llegas a atajar, pero si no te tomas la pastilla es mucho peor, claro.
17	P2: a mi quizá, me uno perfectamente a lo que dicen ellas, pero quizá lo que más me ha favorecido es, yo por un lado tengo temas físicos, pero sobre todo, a mí me afecta muchísimo para la memoria, o sea, hay determinadas cosas que yo no soy capaz...he tenido tratamiento de quimioterapia entonces yo noté que prácticamente a la segunda o tercera sesión de quimio, yo empecé a perder la memoria y el poder de concentración, entonces eso, yo se lo decía al doctor continuamente y me decía "bueno eso pasa, no te preocupes que eso pasa" pero yo me di cuenta que no, que realmente eso a mí no se me pasa, este cansancio, este agotamiento que yo tengo continuo de que si hago un poquito de esfuerzo ya no puedo, pues a mi me preocupa mucho a la hora de trabajar, quizá en lo que más me han ayudado ellas, es en no pensar que no voy a ser capaz de trabajar en qué dirán los demás sino que me cuide yo, y que si yo noto que a partir de un momento determinado yo no puedo continuar, pues no continuo, que primero soy yo antes que el resto, que para mí era al revés siempre, siempre era mi trabajo, mi familia, mis hijas, mi casa, todo, todo el resto hay que dar a tope y yo, según estoy ahora no soy capaz de dar ni la mitad en cada uno de los sitios y antes me producía muchísima ansiedad, ahora no es que no me la produzca, intento dejar aparcado, que quizá es una de las cosas que más me enseñaron ellas, "¿puedes hacer algo al respecto?, si puedes hacer algo al respecto, hazlo, pero si no, intenta que no te haga daño", bueno pues, un poco en esa línea, eso a mí personalmente me ha ayudado, yo ahora voy a trabajar, yo trabajo porque yo no he podido todavía arreglar lo de mi trabajo, estoy en una situación un poco extraña, un poco rara, porque de momento la empresa no me permite, no sé hasta cuándo porque estoy de abogados, de denuncias, y de cosas de esas, porque el (-) me ha dado el alta, entonces a mi esto me ha provocado y me sigue provocando mucha inquietud, claro, porque yo intento por todos los medios ver si voy a ser capaz un poco, con el paso del tiempo, a recuperar, por lo menos parte de lo que he perdido, pero hasta ese momento, mientras va pasando el tiempo, intento que no me genere la ansiedad que antes me generaba, y no cargo de conciencia si la gente se queda a trabajar hasta las cinco y yo a las tres me tengo que ir porque no aguantó más, me voy, ya veremos a ver lo que pasa, no tengo ni idea, a lo mejor me terminan echando, lo que si tengo claro es que si no puedo, no tengo porque tener cargo de conciencia, todavía hay días que me voy con cargo de conciencia, con cargo de conciencia y con tristeza, porque claro, no soy la que era, en eso, quizá a mí es lo que más me ha ayudado.

18	Al margen de todas las explicaciones, que ahí fue, en esa charla que nos dieron, donde yo entendí determinadas cosas también, lo que es el dolor, lo que es esta sensación que os digo en que de repente necesito dormir, como los niños que se quedan dormidos en cualquier sitio, yo necesito relajarme, cerrar los ojos y descansar la mente, es que no soy capaz, no soy capaz de procesar, me pongo a leer y no soy capaz, es una sensación muy extraña, pero muy extraña que yo intento, intento explicarla y no sabes, a mi en eso es en lo que más me han aportado, de verdad.
19	CG: gracias, vamos a pasar a la tercera pregunta ¿crees que el que esta experiencia haya sido en formato de grupo ha tenido importancia o crees quizá que hubieras extraído lo mismo si hubiera sido en formato individual?
20	P2: no, para nada, apoyo perfectamente que sea en grupo. Es verdad que a lo mejor nosotros hemos tenido un grupo muy implicado y entonces la gente se ha abierto mucho, cada sesión era mejor, las primeras eran un poquito más distantes, bien, pero un poco distantes, pero hubo un momento en el que yo creo que todos y cada uno de nosotros fuimos capaces de ir sacando, e ir entregando los unos a los otros, yo apuesto totalmente a que es mucho mejor en grupo que...o sea, yo he aprendido mucho de ellos, de todos en general.
21	P3: yo también creo que es mejor en grupo, quizá hemos sido más de la cuenta, o así un poco tiempo, o hemos sido muchos o ha sido poco tiempo, pues estábamos todos, éramos como doce, a lo mejor ha sido mucha gente o poco tiempo pero esta bien que sea grupo porque conoces otros casos y otros...
22	Yo tomaba apuntes, todavía no recuerdo, me lio las caras con los nombres y tal pero bueno, ahí nos hemos hecho parte de lo que le pasa al otro y hemos aprendido, bueno, yo creo que yo he aprendido, de ver casos, de reflexionar y de pensar que bueno, "no te quejes tanto que fíjate", bueno, que yo ya lo sabía, todo el mundo sabe que hay casos peores, aunque también para cada uno lo tuyo es primero lo que puedes atajar, lo que tienes las riendas sobre ello y es lo más importante, pero bueno, te das cuenta de que hay casos muchos peores y que bueno, como he dicho siempre y en peores condiciones, porque yo cuantas veces digo "jolín esta se tiene que levantar por la mañana para ir a trabajar" porque las bajas duran lo que duran, y las situaciones familiares no son todas igual y tal, y yo he aprendido pues eso hace ya tiempo, pero el que sea en grupo se ha reforzado, hay que dar gracias de lo que uno tiene, de cuidados, de comodidades, de todo, para poder llevar mejor este paso y con el grupo te das cuenta que hay casos peores y también hay casos peores, también te puedes dar cuenta de lo fuerte que eres, porque hay casos menores, y mira yo lo estoy llevando, estoy ahí entremedias, que ves que hay veces que te ves como muy "ñoño", y hay veces en que te ves como fuerte, te comparas, depende de con quién te compares.
23	P1: yo he tenido dos experiencias de poder compartir en grupo, a nivel individual no he hecho nunca nada, ni privado, ni público, ni nada...y para mi ha sido una experiencia maravillosa, hemos empatizados todos fenomenal, cosa que a lo mejor en otros grupos no ha pasado.
24	Como dice P1 te das cuenta de lo fuerte o lo débil que puedes ser, las emociones de todos eran muy parecidas, la tristeza estaba siempre presente y ha habido, a veces espontáneamente que nos hemos llegado a echar unas risas (mira a P1), de repente estábamos todos como muy abatidos porque la compañera (P3) había contado algo, siempre con muchísimo respeto ¿vale?, porque lo primero que nos dijeron es que eso tenía que quedar entre nosotros, que no debíamos hablar ni fuera, ni entre nosotros con faltas de respeto, o sea que nos cuidáramos mucho, por eso digo que hemos empatizado bastante bien, y es lo que te aporta, las experiencias de los demás ves que muchas son coincidentes, sobre todo en nuestras emociones negativas y nos ha ayudado a comprender mejor o a entendernos mejor, o a reaccionar de otra manera también, muchas veces cuando uno esta embotado y como ella bien dice, es verdad que uno ya no es lo que era, cuando pasas estos momentos tan duros, en mi caso me faltan órganos, también llevo tiempo sin trabajar, o sea, todo se te vuelve, todo en tu contra, y no es que se te vuelva, es que tu crees que se te ha vuelto, entonces necesitas algo que aplicar diariamente, para seguir creyendo en ti, para seguir valorándote, para seguir al lado de la vida, porque es verdad que bueno, la sociedad es bastante injusta, por eso insisto y he coincidido que me

	ha parecido muy bien, muy bien, el grupo e incluso las psicólogas, por supuesto, la doctora esta de la Unidad del Dolor, explicó muy bien, y logré entenderlo un poquito mejor, pero es difícil tener una cura, pero si algo a nivel paliativo, y yo veo que ha funcionado.
25	(/)
26	CG: cuarta pregunta, ¿Cuáles han sido tus aprendizajes más valiosos, a lo largo de estas sesiones, qué retos se te han presentado a lo largo de las mismas?
27	(/)
28	P1: el reto es un poco en la vida diaria, lo que uno tiene, cómo se puede comportar, qué obligaciones tiene, a mi se me ha presentado cada día, estoy en la búsqueda de empleo y en cada una de las entrevistas, tengo reconocido un mínimo grado de discapacidad, parecen centrados más en eso que en lo que yo pueda aportar, cuál es mi valía y demás.
29	Entonces a mí el reto se me presenta todos los días, me levanto con mi marido con...en sí, yo he tenido momentos de rabia, de enfado, pues aplicar como el stop y ver si eso al final tiene o no, una consecuencia, muchas veces ni siquiera la tiene y tú has estado un tiempo cabreado, un tiempo mal, pero luego te das cuenta que no tiene ningún resultado, entonces, el respirar ¿no?, el decir "bueno ¿qué voy a hacer?" el ponerme en verde, ir pasando de rojo al verde, es el reto que se me ha presentado cada día, tener que asumir lo que tengo delante, y bueno en esas pequeñitas tácticas que nos han enseñado, cuando lo recuerdas, como bien dice la voz de DC, cuando lo recuerdas, entonces dices, "frena, frena, respira y después miras a ver si te conviene llegar o no llegar" porque la gran mayoría de las veces, no te hace falta, es mucho más tu rabia descontrolada, y todo eso, el dolor, que otra cosa, los ejercicios que nos han puesto han ido muy bien para eso, porque además era como por momentos que tenías, qué te pasaba en cada momento, en qué situación, y los ejercicios que nos han mandado.
30	P2: ¿una era un reto y la otra?
31	CG: aprendizaje. En su caso ella ha dicho que ha sido un reto la búsqueda de trabajo y el aprendizaje controlar el enfado y ha usado los ejercicios de ir del rojo al verde...
32	P1: para poderme autocontrolar un poco más que antes, es verdad que tú te coges el tema, te pones a leerlo y lo entiendes perfectamente, si eres capaz de estar relajado y tal, y dices "pues de esto soy capaz" y lo tienes que ver en una situación diaria, del día a día.
33	P2: pues para mí ha sido todo muy diferente el aprendizaje como apuntaba antes era a no autoexigirme tanto, yo soy una persona, sigo siendo una persona muy exigente conmigo misma, y lo que intento cada día es no ser así de exigente conmigo misma, no estar comparando continuamente cómo era yo, no hace tanto, con la energía, con las ganas de hacer tantas cosas, con la mentalidad con el: "no pasa nada, yo lo hago", en todas partes y ese empuje que ahora no tengo, no me sale, pero soy consciente de que lo he perdido y me gustaría en parte volver a recuperarlo, entonces me quiero dar un margen de tiempo a ver si las cosas pueden volver un poco, aunque no fueran tanto como antes, todo el mundo me dice que parto de una situación muy alta y que porque me exijo tanto si lo normal es no ser uno tan...exigirse tanto, pero bueno, yo comparo con lo que tenía antes, no con el resto de los que me rodean. Entonces yo, mi reto es, ir pasando los días, de la mejor manera posible, cuidándome lo mejor que pueda y lo mejor que sé, a ver si me voy recuperando un poco, sin poner en tela de juicio si hoy estoy mejor o no, intentar entre comillas pasar un poco de puntillas por este tiempo que me estoy dando de margen, a ver si soy capaz de ir cogiendo fuerza, yo no pierdo la esperanza de que igual que haya gente que, tarda más en recuperarse de los tratamientos estos tan agresivos, bueno, a lo mejor mi cuerpo tarda más, mi cabeza tarda más, y bueno llegará un momento en que a lo mejor, me voy adaptando un poco mejor, pues quiero no ser tan autoexigente, ni tan crítica conmigo misma para darme un poquito de respiro, pero bueno, a veces lo consigo y otras veces no lo consigo tanto pero bueno, por lo menos, no añadir yo sufrimiento a mi sufrimiento.
34	P3: a ver yo, me da la sensación a veces, a lo mejor me contradigo con lo que he dicho antes, pero me da la sensación que no he aprendido nada, otras veces parece que sí, que estoy en el camino, pero otras me cuesta arrancar, me cuesta mucho...hay veces que hasta tiro la toalla porque también tengo depresión, me cuesta mucho ver a los amigos, cuando estoy en la calle yo no me quiero ir para casa, pero me cuesta mucho ponerme los zapatos, cuando estoy en la calle a no, yo ya tengo los zapatos puestos la misma alegría de siempre,

	<p>pero me cuesta mucho ponérmelos y salir, y hacer la vida más normal, me cuesta mucho, porque también estoy muy acostumbrada a estar en casa y bueno, como es mi mundito, ahí estoy protegida y eso no lo he terminado de aprender...de que, porque también lo he visto que el otro día hice una excursión que aparentemente era impensable, en la Ciudad Encantada ahí en Cuenca, y bueno, era impensable pero lo hice, todavía tengo agujetas, todavía estoy cansada, fuimos el viernes y todavía estoy mal, pero ves que es bueno una vez que estas allí, aunque luego...yo hay veces que tengo esa lucha conmigo misma, si me esfuerzo para los demás porque no me esfuerzo para mí, si yo me esfuerzo limpiando la casa, me esfuerzo en guisar más de...estando más horas de pie de lo que...o planchar... ¿por qué no me puedo esforzar también en esto otro? Pues estoy con el “no puedo, no puedo” y bueno, a lo mejor tengo que gritar eso otro, sin sobrecargar a nadie, tampoco quiero sobrecargar a mi marido, y poder hacer lo otro, que sigo haciéndolo lo más que puedo por él, porque mi marido quiere que salgamos, que estemos, que hagamos una vida lo más normal posible. Y es bueno porque te olvidas un poco de los dolores, aunque bueno si hay que ir allí, “espérate porque como es una subida, a lo mejor no es por allí”, nos pasó, “anda nos confundimos de callejuela” para poder llegar a lo más bonito, y pues después estas distraída y estas mejor. Con la comida pues igual, si tienes cuidado, no se me puede sacar de casa, le digo a mi marido “no se me puede sacar de casa” con el tema de la indigestión, y con esto otro, pero bueno, lo llevo ahí, ahí y si vas con gente, estos amigos con los que fuimos ya saben lo que hay, pues bueno, pero que te va bien salir y hacer la vida normal, aunque estés un poco peor es el sofá, claro. Es bueno y eso no lo termino de aprender, todavía tengo que aprenderlo mejor y bueno, pues sentarme, también me cuesta mucho si me tengo que sentar, hay veces que me paro en las escaleras del metro, y me paro un ratito, respiro y sigo, pero me da corte, todavía no lo he terminado de aprender.</p>
35	<p>CG: estas en el aprendizaje, vamos ya a la última, si volvieras a participar en una experiencia parecida ¿qué aspectos te gustaría ver modificados? ¿Y también si te gustaría añadir algún otro comentario?</p>
36	<p>(/)</p>
37	<p>P1: en cuanto a los temas y las explicaciones que nos dieron yo no cambiaría nada, pero a lo mejor sí añadiría algo como más físico, un ejercicio más físico, lo que pasa que bueno, como también había dos tipos grupos, uno de Mindfulness y el otro era en el que estamos nosotros que era más cognitivo, pues a lo mejor no se puede aplicar ese tipo de...es verdad que nos dijeron que nos podíamos reunir entre los que quisiéramos, que podíamos traer colchoneta y demás, pero si me hubiera gustado que hubiera un ejercicio un poco más físico. Por lo demás no modificaba nada, creo que ha estado todo muy medido</p>
38	<p>CG: ¿algún comentario que quieras hacer?</p>
39	<p>P1: no, ya te digo que me ha servido de mucho, he estado muy contenta, y hoy por hoy mi situación no es tan mala por así decirlo, pero ahora digamos que estoy un poco al revés, ahora estoy asimilando que mi cuerpo no tiene dolor y eso también tiene que salir, como si yo me hubiera acostumbrado a vivir de una manera con dolor, porque había días que no me podía levantar de cama, y ahora que estoy bien como que el cuerpo todavía acusa eso ¿no? Que han sido más de veinte años de dolor diario, con medicaciones cada vez más fuertes, no puedo ser madre, entonces bueno, hay muchas cosas que unas serán a nivel físico y otras a nivel mental, me cuesta más o menos, pero que se debería hacer mucho más, que deberíamos tener un acceso mayor también a los psiquiatras y a los psicológicos, en nuestro sistema, pero bueno eso lo sabemos todos, es un comentario que bueno, yo tengo que seguir tratada por eso mismo que te estoy comentando, es fácil cuando lo has aceptado, cuando lo has asumido, pero luego la sociedad tampoco te ayuda, hay bastante discriminación, bastante rechazo, y yo por ejemplo, con personas femeninas muy pocas actualmente, no es que no me relacione, pero no comento, siempre estas es desvalorando, es un tema muy...el de los hijos es un tema muy complejo todavía, hay gente que no lo entiende y que...por ejemplo a mí no me aceptan nuestros suegros porque yo no puedo tener hijos, porque como no soy la adecuada, no nos aceptan y no tenemos familia, entonces eso unido a un tema, el que comentábamos, en que estas mal porque estas para dentro, yo siempre soy una persona muy valiente y los últimos años, estoy para dentro, para dentro, y cuesta salir, digamos que es como una situación a la que habías llegado pero ahora tienes que ir como deshaciendo para entender que ya no estas medicado, ya no vas</p>

	a tener ese problema, pero tienes otros, pero si un poco tu cuerpo y tu mente te lo va diciendo, gracias, eso es todo.
40	P2: a mí me parece, a ver, no sé cómo hacer para explicar esto, ya hemos partido de la base de que nos ha venido fenomenal. Incluiría en alguna sesión, lo comenté en el momento, quizá más de positivismo, creo que en algún punto lo necesitábamos, de, de, no sé, creo que es complicado, a lo mejor no es la palabra que debo usar, como que nos ayudaran a valorarnos un poco más, a empoderarnos un poco más, creo que en el fondo a pesar de...un tema son los dolores, que igual cada uno tenemos por un motivo y por una razón, y en unos momentos serán mayores y en otros serán peores pero creo que en el fondo de todos, había mucho tema psicológico también cada uno pues de las pérdidas que has tenido o...hablo un poco en general y por supuesto de mi caso, quizá hacer un poco más de apoyo en ver las cosas más positivas, más...no sé cómo explicarlo, no sé si soy capaz de...igual que puede...alguno de los días salimos como muy crecidos todos, como muy...como...no sé cómo explicar, o sea como con un empujón, como si nos hubieran dado un empujón de "venga que vas a poder con esto", no sé cómo se puede hacer eso y no sé si se puede hacer, yo en algún momento planteé una sesión de risa, lo típico que te olvidas de todo, y empiezas con una chorrada y al final terminas con una sensación de disfrute...yo estoy cansada de estar triste, estoy cansada...
41	P3: ...cansada de estar cansada, hay un anuncio por ahí que lo dice...
42	P2: ...sí, estoy cansada de estar triste cuando tengo muchos motivos por los que estar contenta, entonces como si necesitáramos un empujón, no sé si soy capaz de explicarme, entonces, si pueden ayudarnos en eso porque nos han ayudado en muchas cosas, o quizá por falta de tiempo, o no lo sé, a lo mejor lo veo como muy personal, y yo necesitaría un empujón, que yo me lo propongo todos los días "intenta ver todas las cosas buenas" las veo, yo todos los días le doy gracias a Dios porque yo he tenido una enfermedad muy grave, o sea si no me la cogen yo ahora mismo ya no estoy aquí, a pesar de todos mis dolores, a pesar de todo, tengo por qué dar gracias a Dios, poder aprovechar eso, poder disfrutar más de la vida...y...pero claro, luego en el fondo está el día a día, en lo que yo necesito y en lo que me impone, porque por ejemplo para mí ahora mismo ir a trabajar supone un sacrificio, y una tristeza, porque yo me enfrento a algo que yo ahora mismo no puedo hacer, con lo cual por mucho que yo quiera decir "pues mira, qué le den por ahí" no puedo decir que le den por ahí, porque todos los días me tengo que enfrentar a algo que a mí me está haciendo mucho daño, eso al margen del cuadro que tengo, el cuadro que tengo es...la terapia me puede ayudar a relajarme, a no sentir tanto dolor y tal, ahí están las pastillas...hay otra serie de razones y de cosas, pero no sé, yo, yo hecho de menos.
43	Yo ayer me fui a ver una, yo normalmente he dejado de hacer muchas cosas como dice ella, yo era mucho de salir y tal, y como que me canso, con lo cual al final no salgo o salgo poco, salgo menos, me arreglo mucho menos, no tengo ganas, no tengo fuerza, la ropa me queda grande, para mí ha sido muy importante ir arreglada y ahora ya no me veo con nada, con lo cual pues no sé, como que no soy yo, no sé una serie de cosas, bueno, había oído la crítica de una obra de teatro de Ana Obregón, me fui ayer porque la ponía ayer en Tres Cantos me resultaba muy cómodo, porque yo si tengo que venir a Madrid, o tengo quien me lleve, yo hoy por hoy, no tengo fuerza para coger coche como lo cogía antes, ir al parking, ir, volver, bueno pues la gente se reía, y cuando mi marido me preguntó ¿qué tal? "no sé si es que yo tenía el listón muy alto", de que me iba a reír, de que iba a conseguir evadirme, digo "pues no, no estaba mal" ...en esa línea es en la que yo digo, no sé si hay alguna terapia de esas, no lo sé
44	P3: yo todavía tengo el listón muy alto...de la {risa}...
45	P2: ... {lo que pasa es que yo siento que necesito} olvidarme por un rato de la situación real, como cuando te duermes de verdad que tienes un sueño y te evades, pues así, no sé si se podrá hacer, pero...como cortar y...
46	P3: la pregunta era...
47	CG: si volvieras a participar en una experiencia parecida, qué aspectos te gustaría ver modificados
48	P3: pues a mí me ha sabido a poco, o el tiempo del día o los días que hemos tenidos, hemos tenido ocho días...

49	CG: ¿cuánto tiempo duraban?
50	P1: dos horas y pico
51	P3: sí, porque entre que te sientas y te levantas a lo mejor un poco más, no sé, más tiempo, y lo demás pues está bien, tal y como está planteado está bien, porque no hemos respetado el turno, quitando a una señora que, al principio, que luego dejo de ir, que si estoy segura que si hubiera continuado yo no hubiera terminado...
52	P1: no hubiera sido el grupo igual, no hubiese evolucionado el grupo...
53	P3: yo creo que sí, que la hubiera controlado DC de “bueno tienes respetar el turno” y...yo creo que sí, que hubiera terminado entendiendo, pero se fue, quitando eso, nos ha llevado bien, nos han llevado bien y hemos hablado dentro del tiempo que había, la gente que ha querido hablar ha hablado y hemos estado bien, quizás un poquito más de tiempo. El lugar no era como este, también el lugar hace, las sillas muy regulares.
54	Se ríen.
55	P2: muy incómodas
56	P3: no era el sitio, no eran de estas sino de esas que tienen al lado para escribir, para los cuerpos doloridos casi mejor estas.
57	CG: vales, pues muchas gracias.

GRUPO 6: TCC

5 personas (4 mujeres, 1 hombre)

1	CG: Introducción. ¿ha habido algún cambio en tu experiencia del dolor que crees que tenga que ver con haber participado en esta experiencia? En caso de que fuera así ¿cómo describiríais estos cambios?
2	P5: para mí personalmente no ha habido ningún cambio en cuanto al dolor, yo tengo una enfermedad articular y creo que va en crescendo. En cuanto a lo psicológico, sí que he notado una mejor, o un saber llevarlo de determinada forma, porque antes no lo asimilaba, o no lo entendía un poco y bueno, a raíz de la experiencia vivida si me ha servido para afrontarlo de mejor manera.
3	P4: yo creo como él, a mí me pasa igual, afrontarlo, ver las cosas como que ya no eres la única, que hay otras personas que también lo sufren, entonces ya lo llevas un poquito mejor.
4	CG: o sea, más que nada...
5	P4: o sea, el dolor sigue ahí, el dolor está ahí, pero ya lo ves un poco a distancia, un poquito, es lo que yo he sacado del grupo, intentar el dolor verlo como un poco, controlarlo mentalmente, no es que lo controles porque el dolor está ahí, ahí, pero lo asimilas un poco más, él lo ha explicado muy bien.
6	CG: también lo has explicado...
7	P3: ...pues yo me uno a la opinión de los dos perfectamente. El dolor físico no se quita pero entra en tu mente una nueva figura que es, bueno es algo que pasa, es un poco, si vas a ver consuelo de tontos, que tampoco es que sea eso, pero es algo que tenemos muchos y el tratar de asimilar esa nueva cosa y que te relaje, sacar algo positivo y decir “bueno, pues esto es algo que tengo que aprender a sobrellevar” esos 50 gramos como le decía yo a P5, yo he mejorado.
8	P2: yo igual.
9	CG: cómo ha sido tu experiencia, descríbemelo así sea...
10	P2: si igual, el dolor sigue igual, además tengo más, estoy perdiendo fuerza en la pierna, pero ¿qué voy a hacer? No sé qué hacer.
11	(la participante al ser extranjera tiene dificultades en ocasiones, durante la sesión para expresarse).
12	CG: Pero el haber participado en el grupo ¿en qué te ha ayudado? Respecto al...
13	P2: ...sí, cuanto escucho lo que tiene cada uno, yo intento vivir con él, pero es difícil, para mí es difícil, a veces el dolor me lleva a mi mente y me agobia, y sufro mucho, tengo

	ansiedad, tengo...estoy sufriendo, pero intento salir, como dice mi marido "tienes que salir", porque si no, voy a enfermar más de la cabeza, también.
14	CG: o sea que vosotros distinguís como dos partes, una la física y otra la psíquica.
15	P2: claro, además escucho lo que dicen, y eso y digo, no soy la única.
16	P1: pues yo no distingo ninguna, porque yo no salgo de mi casa, yo cada vez voy mucho peor, yo el brazo ya no lo muevo (se le quebranta la voz) y sí, sé que hay mucha gente, pero a mí no me consuela que la gente esté en mi caso, porque yo cada día estoy, no peor, sino mucho peor, la cadera ya no me funciona, tengo que llevar muletas y no puedo por los brazos, no puedo coger un plato porque se me cae de los brazos y mi fatiga cada día es peor, ya no puedo salir.
17	CG: tu consideras que haber participado en el grupo, no te ha aportado...
18	P1: hombre, me aporta porque he conocido gente, porque yo no hablo con nadie, lo que hablo por teléfono, es lo único que hablo con gente.
19	CG: te ha aportado en ese sentido, en poder conocer a otras personas ¿no?
20	P1: sí, pero no me ha consolado nada, el que haya otras personas...
21	CG: ¿qué contenidos que hubieran surgido del grupo, te han sido más relevantes en el manejo del dolor? ¿qué contenidos veis que de pronto han podido, os han parecido interesantes o útiles para poder ayudar a manejar el dolor?
22	P5: yo de los contenidos es que ni me acuerdo, es algo no te lo he dicho pero no he llevado en práctica la teoría de lo que nos dieron, no lo he llevado en práctica, únicamente los ejercicios de relajación pero que a mí no me alivian el dolor porque yo no soy capaz de concentrarme para que realmente el dolor me desaparezca, no sé yo, el dolor es constante y es lo que me recuerda que estoy fastidiado constantemente, los contenidos es que no me acuerdo, sinceramente porque no los he llevado a la práctica.
23	CG: vale, no pasa nada.
24	P4: a mí me ha pasado como a él, yo de los contenidos pues, recuerdo un poco lo que vimos como no tratarse tan mal y eso que yo suelo ser una persona que a mí misma siempre me estoy haciendo poco, no sé cómo decirlo, entonces intentar ver un poco lo bueno de ti para no ver solo la fase del dolor, pero vamos, que el dolor sigue ahí.
25	CG: tu rescatas el contenido de tratarte un poco mejor ¿verdad?
26	P4: sí...un poco mejor mentalmente, porque es que ya el dolor hace que te sientas como un inútil para todo, que no vales para nada, yo por lo menos, antes era muy activa y ahora a penas hago nada en casa, siempre que salgo a algún sitio luego tengo que...sí salgo a médicos tengo que estar derrumbada en casa, o sea, cualquier esfuerzo...antes era una persona super activa y ahora, o sea eso me deprime.
27	CG: vale
28	P3: es que yo creo que entrar en tu mente, o entrar en la mente y un poco dominarla, o simplemente relajar, es tremendamente difícil, tienes un segundo que puedes, no sé, que a mí me pasa como a P5, lo del relajarme, como no me dé un palo entre las orejas es que no me veo, es que no, trato un momento pero enseguida me voy para acá, me voy para allá, aprieto los dientes, o sea, entonces, a mí el dominar esa área de la psiquis, de que tu mente un poco desconecte y ahora la mano derecha y luego...me es tremendamente difícil, entonces tienes un momento que tu mente se te va un poco, pero es una constante, pero yo creo que relativamente, el llegar un poco a dominar tiene que ser a base de años, años y que tú te mentalices mucho, yo no creo, y yo creo que todo el mundo, habrá alguien que lo logre, yo creo que es difícil pero el dominar la mente...porque es que lo otro vale, me tomo una pastilla y sé que a lo mejor me alivia, pero esto (señala con sus manos la cabeza) por mucho que respire y piense en positivo, aunque me pasa lo que P5, no me acuerdo de la mitad de los contenidos pero bueno, en global, es que no es una cosa tampoco inmediata, tu no ves, ni al día siguiente, ni al otro que...entonces es tan a largo plazo, suponiendo que logres educarte así un poco la mente, y es difícil...
29	CG: Recordad también que la pregunta es qué contenidos de los que hubieran surgido, tanto de los que os contaron allí, como de los que surgieron en el grupo, han podido ser de ayuda para el manejo como para el dolor vuestro, no es tanto que los podáis poner en

	práctica, sino más bien cómo “bueno, esto me sirvió, yo rescato esto y esto”, habéis dicho, la relajación, el tratarse un poco mejor, tu estas diciendo controlar un poco la mente ¿no?
30	P3: yo creo que a lo mejor nos tienes que hacer un poco un resumen de lo que hemos hecho, porque es que yo no recuerdo lo que hemos tratado, o sea, yo ahora no te puedo decir, pues es que cuando hablábamos de...yo qué sé, motivación, por ejemplo, ahora mismo, recuerdo el global, pero no recuerdo el contenido, entonces si tú tienes una chuletita con no sé qué, a lo mejor nos ayuda, claro, a decir...
31	CG: no, pero de eso no se trata, seguramente vais a rescatar aquello que realmente os haya servido, no se trata de que yo venga aquí con la chuletilla.
32	P3: pero, aunque tú no te lo sepas, quizá a mí me hubiera servido un guion que te diga de que se trató, porque ahora mismo, yo no recuerdo de qué se trató, me hace gracia, a lo mejor me acuerdo de una anécdota, pero no recuerdo un contenido, ni tampoco, es que no sé a lo mejor repasas algún apunte, es que estoy en blanco, o sea, no sé
33	CG: todo lo que habéis dicho nos ayuda, P5, dime
34	P5: no, que a mí en cuanto al dolor no hay ninguno de los contenidos me ha aliviado nada, en cuanto a mentalmente y psicológicamente, la comprensión del grupo y en este caso de las personas que nos atendieron en este caso <i>DC</i> y <i>BC</i> (mención a las terapistas, de ahora en adelante <i>DC</i> y <i>BC</i>) , su comprensión, a mí si me ayudo, porque esa falta de comprensión en otros especialistas médicos, es lo que he echado de menos a lo largo de mis enfermedades, a mí lo de <i>DC</i> y <i>BC</i> si me ha ayudado, y esa comprensión a parte del grupo si me ha hecho bien, en cuanto al dolor nada, pero en cuanto a eso sí.
35	CG: justamente es desde vuestra experiencia, sino desde lo que vosotros vivisteis, es lo que más me interesa en este momento.
36	P2: estoy de acuerdo con lo que ha dicho P5, también.
37	CG: dínoslo en tus palabras, eso mismo
38	P2: sí, por <i>BC</i> y <i>DC</i> , por lo demás del dolor sigo igual, y nervios estoy más, el dolor es que, no es que estoy nerviosa, es que en cuanto tienes dolor y ves cosas que no puedes hacer, eso te lo aumenta encima, encima yo tengo un niño pequeño y no tengo quién me ayude en este momento, ahora mismo, más adelante sí, pero ahora yo no tengo ayuda, en eso estoy pensando hasta más lejos, cuando tenga que ir al colegio, qué hago, ahora ya no puedo llevarlo, muchas cosas y me estoy poniendo muy nerviosa y encima la semana pasada me ha dado ataque al corazón, me han dado otra vez taquicardias, estaba ahora con la doctora hablando, y me ha dicho “todo esto que te está pasando puede ser por eso”, me ha dado otra vez el ataque, es que se me acelera el corazón, no sé si lo digo bien, es que a mí también me está fastidiando, no puedo decir lo que tengo para llevarlo bien, me entiendes, es un fastidio, tengo...
39	CG: P2, tu rescatas algo de tu experiencia, algún contenido, rescatas algo de algún contenido que te haya servido...
40	P2: el del grupo, nada más, a mí me gusta mucho estar en grupo, me ayudó mucho lo que ha dicho la Doctora <i>DC</i> y <i>BC</i> , la chicas, la experiencia, todo más, pero el dolor no, no, miento, aunque digo “si mejor”, estoy peor, porque a mí me está empeorando, todo me está empeorando, estoy entera, hasta empiezo a temblar, no sé porque empiezo a temblar, no sé porque también me vienen esas “temblaciones” que tengo.
41	CG: P1, tú qué contenidos rescatas
42	P1: es que tengo mucho lío ahora, yo intento quitar pensamientos negativos, pero no lo logro nunca, y lo de la relajación no puedo, lo intento y no puedo.
43	{a ver, yo estoy muy nerviosa siempre}, cama-sillón, sillón-cama, y luego tengo gente que no me entiende a veces, entonces me machacan, mucho, entonces intento, y a veces digo “voy a relajarme” pero es imposible, imposible porque me duele más todavía, en cuanto lo estoy consiguiendo me viene todo a la cabeza, me vienen los dolores, me vienen los dolores, me duelen más los dolores, últimamente me dan calambres a las piernas, he estado con calambre cinco horas, no consigo quitármelo, entonces si me pongo nerviosa, me vienen más calambres, se me pone en la cadera, el estómago, donde sea y es horrible (llora).

44	CG: la tercera pregunta, yo creo que la hemos ido tocando, ¿crees que el que esta experiencia haya sido en formato de grupo ha tenido alguna importancia, o creéis que hubierais extraído lo mismo de forma individual?
45	P5: bajo mi punto de vista para mi si ha sido positiva en grupo, quizás individual también pero no tengo esa experiencia.
46	CG: ¿y qué rescatas del grupo?
47	P5: ya lo he dicho antes, la comprensión de las personas que hay en el grupo y de las especialistas, y se me ha ido la palabra que iba a decir que ya no la recuerdo, lo siento.
48	CG: no te preocupes, ahora volverá, cuando vuelva, nos la dices.
49	P4: en grupo tenemos mucha empatía, mucho...
50	P5: {justo, la empatía}
51	P4: BC y DC siempre se han puesto en nuestro lugar y ese sentir de otra persona, comprendían un poco las cosas, un poquito, porque yo también siempre he sentido con los especialistas y tal, que no entienden muy bien lo que estas queriendo expresar, el dolor que llevas en el fondo, es que te acaba, el dolor físico acaba haciéndote una persona diferente, no eres tú, eres una persona se siente inútil, que nadie la entiende...el grupo pues eso, una empatía que me ayudo un poco en ese momento a ver que, no aislarte del mundo porque tu vives muy aislado.
52	P3: yo sostengo lo que la compañera dice y quizá en el grupo, estas cosas, digamos que, el dolor físico ya sabemos que no nos lo podemos quitar, pero el psíquico quizás se quede corto porque necesita reforzar un poco más eso individual y eso colectivo, porque ahora tenemos unas pinceladas pero vamos a necesitar algo, por lo menos, porque es que se me ha ido, o sea recuerdo digamos lo que es el contacto del grupo, pues no sé P1, nos cuenta que le ha ido mucho mejor, P2, que no sé qué, cada una, una cosa que nos vamos contando pero habrá que trabajarlo muchísimo más, entonces hemos empezado una andadura que no conocía, distinto al de otros el camino pero estos son muchísimo tiempo, entonces a mí se me ha quedado un poco corto empezar el grupillo a nivel individual y a nivel colectivo, claro, que individual no sé cómo sería, una charla, pero quizá a nivel colectivo, me permite hilar un tema, porque cada uno da una pincelada, entonces también eso, o a mí no me pasa eso, o me pasa similar y comparto la opinión, el modificar, que es lo que se pretende, lo que yo creo que se pretendía, a través de un poco, el dominar un poco a través de la mente ese dolor o convivir con ello, o tratar de mejorarlo, pues eso ni en tres sesiones, ni en veinte lo voy a conseguir, he visto que hay un camino pero...muy largo.
53	P5: yo creo que en grupo es más extenso lo que tú puedas exponer, compartes tantas cosas con los que estas que a lo mejor tu solo, pues no las saca a flote, creo, pero...
54	P3: y además incluso si este grupo, estas cosas que nunca (-) ha tenido esa forma de juntar ese dolor físico y esa forma de tratar de sobrellevar, eso tiene que ser a través de un poco más de tiempo, o sea, no es una sesión, es que eso se necesitan yo creo, un camino que ya que se ha emprendido, pues tendría que ser, por lo menos para mí, más largo para sacar algo, porque en el momento pues esa constante o me duele, o tengo una preocupación o trato de sacar algo, sigue siendo esa una constante y es muy difícil.
55	CG: P2 qué nos compartes, ¿tú crees que esta experiencia haya sido en grupo ha tenido alguna importancia o hubieras sentido lo mismo individual?
56	P2: lo mismo que ellos, compartir la experiencia con otros me gusta, pero individual es estar sola, no lo sé esto, no sé si va a hacer bien, me gustaría probarlo.
57	P1: para mí el grupo ha sido muy importante, porque he compartido muchas cosas que nunca he hablado, individual, pues me lo llevan proponiendo mucho tiempo, pero no lo he hecho todavía, porque bueno, yo estoy pasta a pasta, y a mí me han querido ingresar ya varias veces (con voz quebrantada) y como siempre pongo algo...y la última vez ya me han dado números de psicólogos pero...yo no quiero empezar otra vez desde cero, yo con DC y BC ya había empezado, y yo no puedo empezar otra vez con un psicólogo sin conocerlo, entonces, de momento yo no me veo capacitada a terapia individual
58	CG: ¿qué rescatarías, qué es lo que te da el grupo?
59	P1: pues me da confianza, mucha confianza, porque yo nunca he hablado muchas cosas que tenía y aunque yo estuviera todo el día muy mala, o venía de lejos, pero nunca falte,

	yo intentaba, pensaba que iba a conseguir mucho más, que lo iba a conseguir, porque al final yo no conseguí, ni concentrarme, ni sacar...que había más gente con dolores, si, gente a lo mejor peor que yo, pues posiblemente, pero no conseguí, no sé...
60	P3: hay una cosa que dice en la que yo creo que tiene razón y es que, si has abierto un grupo, y te ha costado, con unas psicólogas, que te han ayudado, no sé qué, al grupo le has contado, por lo menos nuestras miserias, o lo que nosotros consideremos miserias, que es difícil a veces, entonces el cortar ahora, es un poco rollo, por lo que dice, ir a otra persona más que no conoces, es nuevo y contar toda tu historia, tampoco es un diagnóstico que te encuentras no sé qué, yo creo que el grupo, o esas dos personas que nos han atendido, que no es que sea mejor o peor, porque no te conocemos y tal, pero lo que te cuesta, es mi impresión abrirte a otras personas, cuando ya nos habíamos hecho unos a otros, sería una pena desde mi punto de vista cortar y no continuar con eso porque tú no vas encontrando gente...llegas y te cuesta un poco empezar a contar tu historia, a unos más, a otros menos, pero una vez tú eliges ese camino y se corte, ya dices "pues yo me voy porque ya está cancelado" eso es un poco lo que yo creo que se tendría que tener en cuenta, esa continuidad, puesto que ese grupo, con esas profesionales y con el grupo que hemos formado ha podido funcionar, es que no es algo automático, que te salga, no es algo del primer día, sino que ese clima tarda en conseguirse y ahora otra vez empezamos a...{se interponen voces}.
61	P5: perdona, yo individual sí que he tenido experiencia individual con el psiquiatra, sí que estuve dos meses con él, pero mucho antes. En el grupo sacas más cosas porque...él siempre pregunta lo mismo
62	P1: {con el psiquiatra hablas otras cosas, te pregunta otras cosas}
63	P5: y yo siempre le contaba lo mismo, pero en el grupo compartes más cosas y te abres un poco más, y hablas de tus situaciones.
64	CG: vale, lo comprendo, vamos a continuar, ¿cuáles han sido vuestros aprendizajes más valiosos a lo largo de estas sesiones y que retos se os han presentado a lo largo de las mismas? lo que os acordéis
65	P3: para mí el aprendizaje era saber un poco escuchar, saber escuchar con atención, no oír, escuchar, pensar un poco, porque siempre en una esquina, siempre hay algo, escuchar por escuchar...el reto pues yo concretamente el buscar otra alternativa para distraerme, no sé qué, no sé cuántas, uno está ahí y es practicar, practicar, practicar pero con un profesional, porque tu sola dices "vale sí, me pongo un libro", pero necesito, pero necesito más, a mí se me ha quedado muy corto para que me sirva de algo.
66	P4: se ha quedado como a medias un poco, no sé, no es cómo lo individual porque yo también he ido a psiquiatra, pero es distinto, te abres más. Cuando estás solo, estas sólo en lo que te preguntan, pero no te abres, el grupo te da más opción a abrirte.
67	P2: si te hacen una pregunta y tu contestas, lo mismo, con el psiquiatra, lo mismo me lo dice siempre, tengo que repetir lo mismo y no te deja paso a más, además mira la hora, y tu misma te quedas como nerviosa, como "ya salgo".
68	P3: a mí lo de la relajación, eso de la relajación por partes, es que una mano, es que lo otro, es que no sé exactamente, ahora el brazo derecho.
69	P5: {de hacerlo se hace, pero no}
70	P3: {sí, pero no conecto}, lo puedo hacer lo de la mano, de relajarme yo lo encuentro super difícil.
71	P2: es que escuchas más el dolor te pones peor, mejor no relajarme.
72	Risas.
73	P1: yo me acuerdo mucho por la noche, como yo no duermo, me pongo muy nerviosa siempre salgo a la ventana a fumar y me acuerdo mucho de una práctica con P3, {la de tomar el té y asomarte por la ventana a ver}
74	P2: sí, yo me acuerdo también (lo dice sonriendo)
75	P3: {sí, es que estaba tan desesperada}, cogí el perfume
76	P1: {sí el perfume} oler el perfume y salir al balcón
77	P3: sí, porque es que llega un momento...
78	P1: ...yo ya no salgo de la terraza, veo las flores, las flores de P5 a las 3 de la mañana...

79	P3: ...eran las tres de la mañana, no podía dormir, o sea ya, como muy desesperante...
80	P1: ...era la terapia que estábamos trabajando esa semana...
81	P3: ...sí, bueno, me sirvió un poco, pero bueno dije "bueno, qué hago" y lo otro es que habrán dicho "esta señora está para encerrar" a las tres de la mañana, yo no tenía plantas, "bueno, algo que me guste", me cojo el perfume, no sé qué, y a las tres de la mañana...
82	P5: ...pues yo no me acordaba, pero lo voy en práctica porque veo todas las horas de la noche pasar...
83	Risas.
84	P1: yo lo puse en práctica un día, ya no podía estar en la silla (-) dije "mira me voy a salir y me tomé un tila, bueno yo tomo un tila, que te ayuda a dormir pero es mentira...bueno, si es verdad que te relaja, la tila alpina, me puse mi tasa, me salí a la terraza y olía a flores y dije "mira aquí como P3, sentada en la terraza" no sé qué hora era pero bueno.
85	P3: la tila está como pegajosa
86	P1: no, no está mal.
87	CG: vamos a volver porque ahora mismo ya os habéis ido a la tila.
88	Se interponen risas y voces.
89	CG: os recuerdo la pregunta ¿cuáles han sido tus aprendizajes más valiosos a lo largo de las sesiones, y qué retos se te han presentado a lo largo de las mismas?
90	P5: bueno, yo lo que dijiste antes (refiriéndose a P3), sacar la conclusión de no tener un pensamiento negativo siempre, quererse un poco más e intentar sobrellevarlo, yo sí que me quede un poco con esa parte.
91	CG: ¿y retos identificas alguno?
92	P5: retos, el día a día...
93	CG: algún reto que se te haya presentado durante las sesiones...
94	P5: no es que, ya te digo que no recuerdo muy bien el temario, entonces, el reto, intentar sobrellevar mejor mi situación emocional con respecto a mí y respecto a los demás, y tampoco lo he conseguido, porque respecto a los demás la situación sigue parecida o peor, por falta de comprensión por parte de ellos, y a veces te da qué pensar...tu intentas no estar todo el día con el dolor constante en la boca y manifestándolo, y cuando te acuerdas intentas cambiar lo que ibas a decir o lo que ibas a expresar, pero es que las otras partes, tampoco es que sean muy comprensivas contigo, entonces eso si te afecta negativamente.
95	CG: ¿quién quiere continuar?
96	P4: yo me trataba, me sentía inferior a todos, frente a los demás y me trataba siempre mal, mentalmente, siempre piensas en negativo por el dolor, de hecho estoy peor, de hecho hasta tartamudeo, ¿te das cuenta? y eso no me pasaba antes, o sea, la misma tensión del dolor te hace ser así...y ese reto, me he propuesto, intentar controlar el dolor, sobrellevarlo pero es como muy (-) o sea, el dolor siempre está ahí machacando, siempre te está recordando esa...intentas controlarlo y te das cuenta que a veces, la mayoría de las veces es él.
97	CG: durante las sesiones, algún ejercicio o algo que te hubiese supuesto un reto ¿identificas algo o no?...
98	P4: pues yo creo que lo de la relajación que decimos todos, yo no me concentraba y si me concentraba, sentía más dolor porque estabas como fijándote más en él, no sé, lo intentaba practicar en casa y todo, pero se me quedaba, no podía concentrarme, pensaba más, o sea, pensaba más en el dolor.
99	CG: de vosotras dos (refiriéndose a las personas que faltan por dar su respuesta)
100	P1: pues yo me encuentro fatal, como antes o sea...
101	CG: pero qué aprendizaje has...
102	P1: ...tengo la autoestima super baja, inferior a los demás, porque yo era super ordenada, hacia todo e intento hacerlo y hay días que a las tres de la mañana me pongo a limpiar el mueble del salón, y lo tengo que lograr y lo logro, pero claro, al otro día estoy hecha polvo, pero yo aprendí en ese momento que no me quiero.

103	CG: te diste cuenta.
104	P1: si, y el reto es que no he aprendido a quererme todavía.
105	CG: respecto a los contenidos o las experiencias en las sesiones aparte de esto que me estas contando, identificas algún aprendizaje.
106	P1: yo si me acuerdo de ejercicios que hicimos (se le quebrante la voz), y si me pongo a hacerlos sigio pensando en lo mismo, prefiero no hablar.
107	CG: bueno... ¿P2?
108	P2: tengo mucho dolor ahora mismo, tengo la pierna que siento que me estoy quemando, tengo fuego, fuego, ahora mismo, en esta pierna.
109	CG: vale, estas con dolor ahora mismo...¿quisieras compartir algo más?
110	P2: por eso, tú dices “aprender a vivir con ese dolor”, mira yo ahora, por eso digo ejemplo, ahora mismo siento dolor, ahora mismo tengo fuego, estoy sentada en el asiento, pero el dolor lo aguanta la cabeza, pero no sé cuánto va a aguantar la cabeza, pero haces un esfuerzo por dentro, te vas esforzando a ti misma, es que entonces me va afectando el corazón, mis nervios, me entra ansiedad, me está entrando todo, encima me siento mal cada vez peor, no soy la misma, solo quiero acabar.
111	CG: y qué aprendizaje has sacado tú de las sesiones a poder sobrellevar...
112	P2: si tienes el dolor, intentar sobrellevarlo.
113	CG: a estar aquí con el dolor, por ejemplo.
114	P2: eso...eso es, lo siento es que no puedo (se refiere a que no puede expresarse correctamente por el idioma)
115	P3: es que es difícil cuando, por ejemplo, yo no recuerdo las sesiones, no recuerdo lo que hablamos a las sesiones, a mi es difícil en global, no tengo, yo por lo menos no tengo la capacidad de decir pues hablamos de tal, tal, tal contenido.
116	P2: claro, yo sé que yo no llevo bien la palabra, los nervios también, por el dolor, estoy perdiendo el hablar, hasta en mi idioma, no solo castellano, hasta mi familia me lo dice, nadie me entiende, ni castellano, ni árabe, porque estoy perdida últimamente.
117	CG: vale, vamos ya a la última pregunta y ya os dejo que habléis de la tila y esas cosas.
118	Risas
119	CG: ¿Si volvierais a participar en una experiencia parecida, qué aspectos te gustaría ver modificados?
120	P5: quizá que se profundizase más, que no fuese tan teórico.
121	P1: más practico
122	P5: si más personal, aunque sea en grupo, más personal de los profesionales hacia el paciente o...
123	P1: y más horas, más largo...
124	P4: se ha quedado corto, si hubiera sido más veces, seguramente hubiéramos quedado bien, pero es que claro, es cortito, mucho temario, mucha densidad de lo que nos querían decir y se quedaba muy corto el tiempo.
125	P3: pero era...claro, se quedaba muy corto el tiempo porque que una persona se abra un poco, lleva mucho tiempo, y éramos diez, que cada uno nos pusiéramos, lleva mucho tiempo, cuando tu empiezas un poco a sentirte en ese grupo, más relajada y empiezas a participar, es lo que P5 decía, ahora entro al psiquiatra y qué hago, cuento otra vez lo mismo, entonces lo que yo echo de menos en estas terapias, es que no pueden ser de días o trece porque el llegar a conseguir, es muy lento, entonces, si han conseguido que estas...
126	P1: es algo muy íntimo y luego “pff” ...te has quedado desnuda
127	P3: exactamente, es una pena, una vez que llego aquí y ya nos hemos desnudado y me gustaría continuar un poco con eso para que tenga un valor, porque yo creo que el valor se ha perdido un poco, para ellas y para nosotras, porque se ha quedado corto y a nivel de nosotras, cuando tu empiezas un poco, que a lo mejor puedes un poco andar, unos antes, otros después pero no es fácil como nos abrimos a todo el mundo, yo me arrepiento mucho de la cosa que tienes de prejuzgar, con “A” (una participante del grupo que no se

	encuentra presente) cuando dijo, un día que vino una chiquita un día, que era enfermera, y yo las decía “yo me relajo un poco más trabajando”, yo fui egoísta.
128	P5: fui yo el que te...pero
129	P3: y tuviste razón, no, no, te lo agradezco, lo que te decía del saber escuchar, yo prejuicio, no sé si fue a ti, y no, tu trabajo es físico, y como el mío era no sé qué, el defecto que tenía de ponerte en tu papel solo, luego no ponerte en el papel de los demás, pues a mí eso, fue una cosa que me sentí tan mal, hacia los que juzgué.
130	P5: pero yo no lo hice con mala intención
131	CG: bueno, P3, vamos a volver. Yo entiendo que lo que os gustaría ver modificado es el tiempo, haber podido tener más sesiones ¿y no sé si rescatáis alguna otra cosa?
132	P5: que profundizasen más en el problema personal de cada uno, estando en grupo, que nos ayudasen, dentro de toda esa teoría que nos han dado, que profundizasen más a raíz de que surge una conversación, o una exposición de la persona, pues que se dejase un poco parada la teoría y se profundizase en ese problema, ya que ellas pueden ayudarnos, no sé si me explico
133	CG: sí, que sea más personalizado dentro de todo lo que hay por desarrollar, hay algo más que rescatéis.
134	En general el grupo dice que no
135	CG: vale ¿Queréis añadir algún comentario en general de la experiencia?
136	P5: la experiencia para mí fue positiva, en cuanto a los profesionales DC y BC ha venido muy bien.
137	P3: yo retomando un poco lo que he dicho, para que esta experiencia sepa un poco a las dos partes, necesita prolongarse un poco más en el tiempo y focalizar en cada uno de nosotros para que eso de un poco más de “chicha”, un poco más de, lo que pasa que ha quedado...
138	P4: si el tiempo, lo que pasa es que era un poco difícil
139	P3: queremos más, pero no más por cantidad sino más por calidad, porque vas a un psicólogo, a otro psicólogo que le cuentes tu historia, si no logro empatizar con ellos y con el grupo tampoco va a servir de mucho.
140	CG: yo os agradezco mucho, la disposición y que hayáis tenido la confianza de compartir la experiencia, esto sería todo.

GRUPO 7: MSC

No. Participantes: 3 mujeres

1	CG: Lee la introducción y la primera pregunta ¿ha habido algún cambio en tu experiencia del dolor que creas que tiene que ver con haber participado en los grupos, en caso de que fuera así cómo describirías esos cambios?
2	P1: yo mi cambio a raíz del tratamiento por BC y DC (mención a las terapeutas, de ahora en adelante BC y DC), mi cambio ha sido importante, muy importante, ellas sacaron mucha rabia que tenía dentro, el dolor lo sigo teniendo, sigo viviendo con el maldito dolor, pero me metí en una asociación de huertos para minusválidos y sí que a raíz de las charlas y de meterme en este tipo de huertos me ha ayudado mucho, me ha ayudado mucho, he vuelto a reír de hecho.
3	CG: tu experiencia en concreto con los grupos, porque has hablado también de la asociación que te has metido y no sé si es a raíz del grupo.
4	P1: sí, fue a raíz del grupo, ellas como que me dieron el empujoncito. Gracias a ellas y sus charlas fue cuando yo por fin como que reaccione un poco y, todo fue porque tengo una nieta con el síndrome de Noonan y había unas fiestas en el barrio de Fuencarral, y estaba un puesto de Noonan y otro de Fuencarral pedimental todo el tiempo me insistían que entrara y yo me negué, pero cuando fui a la terapia con las doctoras, a la cuarta terapia ya llame y me presenté, me aceptaron de muy buen ver, de muchas ganas, y sigo con ellos, estoy ahí, no puedo levantar peso ni nada, pero nos han puesto bastones para minusválidos, para poder meternos, sillas de rueda, etcétera y mi vida cambio un poco sí.

5	CG: Del dolor...
6	P1: si, sé que como me dijo BC, ella no nos iba a curar de nada, es intentar que nosotras mismas expulsemos como muchas cosas, sobre todo.
7	CG: muy bien, gracias
8	P3: pues yo, yo he llegado a olvidarme al dolor gracias a la doctora y las sesiones, ha habido momentos, sobre todo cuando he salido de la rutina en verano, en que me he dado cuenta de que no sentía el dolor, luego otros días si ha vuelto, pero yo creo que lo que más me ha ayudado ha sido lo que nos decían, de pensar en el aquí y ahora, y no pensar en el futuro, en qué será, o en las cosas que han pasado que me creaban muchísima angustia y muchísima ansiedad, y yo creo que esa misma ansiedad es la que muchas veces me tensa y me provoca dolor, entonces sí, ha habido momentos en los que he estado francamente mejor...y hay veces que tengo dolor, convivo con él y no, procuro no centrarme en él, me dedico a mi rutina diaria y bueno, a veces lo paso muy mal pero bueno, procuro no pensar en ello y voy mejorando poco a poco.
9	P2: yo un poco en la línea de mis compis de curso, el dolor, a ver, cambios en el dolor no ha habido, físicos no ha habido porque es cierto es lo primero que nos dijeron, la magia no existe y ellas nos pautaron una serie de técnicas, digamos, más emocionales que otra cosa, entonces yo creo que a mí por ejemplo lo que si me ha servido mucho es que en un momento de mucho sufrimiento, reconocerlo, reconocer lo que me estaba pasando, o sea conseguir lo que ellas querían que era ponerte en la atención de ese momento, prestar atención a ese momento, reconocer "estoy en un momento muy malo", e intentar todo lo que había alrededor, mirarlo de otra manera, no obviarlo pero no catastro...bueno esa palabra, {catastrofizar}
10	El grupo le ayuda a construir la palabra.
11	P2: y es cierto, yo nunca he conseguido olvidarme del dolor como tú (refiriéndose a P3) , pero si he conseguido ser mucho más suave en ese aspecto, o sea, el concepto...trabajamos un tema que es la autocompasión, yo creo que es el que mejor comprendí, que era el autocuidado y no tener pena por ti, y bueno, es verdad que auto cuidarte en ese momento de sufrimiento lo cambia, cambia el dolor, te duele mucho, pero lo cambia, es mucho trabajo mental y emocional que a todos nos hacía mucha falta, de hecho, yo creo que fue la segunda sesión cuando la mitad de las que estamos aquí empezamos a llorar, por el simple hecho de "Dios mío, alguien me comprende" y no estaba loco, así que yo, físicamente no, porque no es un opiáceo pero el trabajo mental desde luego ha sido un éxito, pero rotundo, todos acabamos llorando cuando se acabó con unas ganas horribles de seguir, porque fueron muy buenos los resultados.
12	P1: yo echo de menos a BC, la echo mucho de menos.
13	P2: bueno, a todos, a los compañeros...
14	P1: si, a todos los que estábamos...
15	CG: la segunda pregunta, aunque ya han salido cosas al respecto, tratad de ampliar un poco más al respecto ¿qué contenidos que hubieran surgido del grupo, han sido relevantes como ayuda para el manejo del dolor? Concretamente qué cosas del grupo, han sido más relevantes...
16	P2: ¿contenidos del curso o del grupo?
17	CG: voy a volver a leer la pregunta tal cual esta y así, decís mejor vosotras y yo no doy mi interpretación. ¿Qué contenidos que hubieran surgido del grupo han sido más relevante como ayuda para el manejo del dolor?
18	P1: las respiraciones, las respiraciones sin lugar a duda
19	CG: ¿a qué te refieres con las respiraciones?

20	P1: el ponerme música zen y tener...la hago dos veces al día, me quedo sola en mi habitación, me pongo en una postura cómoda, como BC decía, que me pudiera en una situación muy cómoda para que yo estuviera relajada y me pongo mi música y esos momentos, no pienso en nada, solamente pienso en esa música, como hacia ella con lo de las campanitas, pues parecido, y entonces me relajo cuando tengo mucha furia dentro digo "me voy" me meto a la habitación, me pongo mi música (exhala fuerte), porque cuando tengo dolor la verdad es que me pongo de muy mal genio, porque me duele todo, me duele el alma, es que hay veces que me duelen hasta las uñas de los dedos, entonces me da mucho cabreo, y ellas lo que me enseñaron a expulsar todo eso, pues hago eso, me meto ahí sola o me voy afuera en el huerto donde estoy, me voy fuera y empiezo a gritar como una loca "ahhh" ya me tranquilizo y ahí mismo me calma la tensión, no era como antes que estaba todo el día nerviosa en casa, mi familia no me había visto sonreír en años, ahora vuelvo a sonreír por lo menos, vamos mi familia está encantada, mis médicos están encantados, esta todo el mundo diciéndome qué me ha pasado.
21	P3: qué te han cambiado.
22	P1: si, mi psiquiatra en cuanto me vio me dijo, ¿tú eres P1?
23	P3: yo las meditaciones en general todas me han ayudado muchísimo, sobre todo para encontrar el lugar donde estoy tensa, la zona física donde tengo acumulada tensión y claro, a través de eso, me ha ayudado a relajarme y a disminuir el dolor, y luego cuando estoy con dolor y no consigo disminuirlo u olvidarlo en cierto modo, pues pienso lo que me decían, que el dolor es universal, que todos lo padeceremos en algún momento, o lo padecerán, porque a mí me angustiaba mucho y decía, "es que yo estoy enferma, y los demás están sanos y yo estoy enferma" y me obsesionaba mucho con eso, y el pensar que realmente es así, que el dolor es universal, me tranquiliza, todos estamos en el mismo barco, y es como "bueno, me conformo", sí.
24	P2: yo también, ese fue un contenido de una de las sesiones de la autocompasión ¿os acordáis? Y de los contenidos lo que más me ha gustado son las meditaciones y los ejercicios con los compañeros.
25	P1: el tu a tu.
26	P2: si, mucho, más que hablar cada uno, escuchar cada uno, porque es cierto que va un poco egoísta cada uno con lo suyo, pero el ser capaces de...o sea, el cómo nos hicieron creer que éramos capaces de meternos dentro y observarnos por dentro, eso que dices tú de localizar el dolor, hay un ejercicio que lo tengo en la mente aún porque lo hago que era el de ablanda, tranquiliza y permite, ¿te duele? Permite que este ahí, ese ejercicio fantástico, el de autocompasión también lo hicimos uno cara a cara, en silencio, {los que hacen en los retiros}
27	P1: {si, si, hablándonos con los ojos}
28	P2: {ha sido todo muy, muy, muy, nos han llevado mucho dentro}
29	P1: {y las voces de las doctoras, todo ha sido una maravilla}
30	P2: y sus lecturas, y acababan las clases con unas lecturas "pff" eso fue algo...{es que era precioso, precioso}, yo eso no lo había visto nunca en la vida, lo piensas y te emocionas.
31	P1: me entran las ganas de llorar, era tan bonito (con la voz quebrantada)
32	CG: Gracias, tercera pregunta, ¿crees que el que esta experiencia haya sido en formato grupal ha tenido importancia? O ¿crees que quizás hubieras extraído lo mismo, si hubiese sido de forma individual?
33	P3: yo pienso que en grupo {es mil veces mejor}
34	P1: {s, sii}
35	CG: de uno en uno, por favor.
36	P3: Mas que nada por lo que he comentado antes de darte cuenta que no eres la única persona que sufre y eso te ayuda mucho, y se crea un vínculo con las demás personas, especial, como "mira no soy la única, estas personas me entienden, me comprenden y están pasando por algo parecido a lo que yo estoy pasando" y eso te ayuda un montón, porque si es individual, no sé, yo necesito...a mí me consuela mucho el saber que no soy la única

	persona que pasa por esa situación y el verlo...y luego hay ejercicios con compañeros que son muy enriquecedores que no podrías hacerlos de forma individual.
37	P1: yo es que fue una experiencia sumamente bonita (se limpia las lágrimas) y sigo insistiendo que el grupo es especial, porque yo he tratado, llevo doce años tratando con psiquiatras, me lleva una doctora que es increíblemente...que lleva doce años a mi lado, y me ha ayudado muchísimo, cuando llegue la última vez después de haber hecho estas sesiones, de haberme encontrado con el grupo, fue muy...es que el grupo es como...es una familia que todos compadecemos los dolores estos, trágicos, tan asquerosos, (mueve los brazos en señal de abrazo, los trae hacia si misma) pues nos unimos mucho, entre nosotras nos uníamos, nos ayudábamos etc. Y a mí me ha ayudado muchísimo, entre otras cosas, volver a salir a la calle, volver a hablar con los demás, yo no salía de mi casa, yo estaba encerrada en mi casa ocho años sin ver, yo salía a hospitales exclusivamente, a médicos, a hospitales, yo no salía a la calle, no me conocía nadie. Y ahora que me ven y digo donde vivo y “madre mía, yo vivo al lado que si no te veo”...me ha cambiado, me ha cambiado la forma de ver la vida, que sí, que ya lo sé que no se va a ir el dolor...voy a ir a peor, son cosas degenerativas, que tengo una enfermedad que tal, pero bueno, también hay mucha gente, nos enseñaron a respirar, y no todo el mundo tiene la misma oportunidad que tuvimos nosotras, porque a mucha gente que se lo he comentado le hubiera gustado estar en ese grupo, a mí desde luego, todo bien (hace una venia, inclinando un poco el torso)...
38	P2: yo también, yo lo haría en grupo sin duda, el grupo ha sido un acierto, porque el grupo te abraza, el grupo te empuja a volver, el grupo te ayuda...elimina muchos miedos que tenemos todos, acaba mucho con el miedo, esa comprensión, esas miradas, esa asertividad, esos cabeceos así cuando tu hablas (asiente con la cabeza y P1 también), que te aparezca un kleenex cuando te agarras a llorar, sin que te mire, todo eso, acaba con muchos miedos que tenemos y acaba con muchísima soledad que sentimos. Entonces yo para mí, sin duda, y a partir de aquí qué... ¿por qué no se hace esto antes? O sea, yo también voy a psiquiatras y salgo vacía, salgo...no suelo salir con buenas caras, de hecho, acabo abandonando las sesiones y en estas estamos locos por volver, ha sido un acierto.
39	P1: es maravilloso, mi familia bueno, están conmigo que, están todos como locos...
40	P3: sí, porque el tema de la familia es algo importante, muchas veces no te sientes comprendido por tu entorno, porque ellos no están pasando por ello y no saben cómo ayudarte, ni saben comprenderte, y cuando llegas al grupo y ves que los demás si te comprenden, que están igual, pasando por lo mismo, dices “por fin, (es como) estoy en casa”,
41	P1 se pone en pie
42	CG: ¿necesitas algo?
43	P1: no yo voy...
44	P3: pues eso sí, sentirte comprendido, muy importante.
45	P1 vuelve a la silla con un Kleenex
46	CG: muy bien, cuarta pregunta ¿Cuáles han sido tus aprendizajes más valiosos a lo largo de estas sesiones y qué retos se te han presentado a lo largo de las mismas?
47	P1: no he entendido muy bien.
48	CG: repito ¿Cuáles han sido tus aprendizajes más valiosos a lo largo de estas sesiones del grupo, qué retos se te han presentado a lo largo de las mismas?
49	P3: mi aprendizaje más valioso, es aprender a vivir el día a día y aceptarme tal y como soy, y con lo que venga, y el reto...pues no sé, el reto el tema de la meditación, a veces es un reto, porque no siempre consigo llegar a conectar con mi interior como a mí me gustaría, básicamente eso.
50	CG: ¿y a lo largo de las sesiones te paso eso, de la meditación?
51	P3: a veces sí, claro
52	CG: no sólo a posteriori sino...

53	P3: ...si, y otra cosa que me paso a lo largo de las sesiones, pero bueno que nos pasó a todos, que descubrimos tanto dolor dentro, que a veces era un reto, no querías sufrir tanto, aunque sabias que te hacia bien darte cuenta de todo eso, sí, eso.
54	P2: yo de lo positivo es la aceptación, la aceptación de “soy un crónico”, que eso está ahí, como tú dices, pues ya está, el mundo es imperfecto, tu tampoco eres perfecto, ni siquiera ya no solo físicamente porque estas enfermo, sino que si tengo ira la tengo, si tengo pena la suelto y ya está, abandonar ese catastrofismo, abandonar ese miedo tan horrible y esa idea de decir “es que nunca voy a ser normal, si es que esto nunca va acabar” eso que dices tú de decir, aquí estoy, aquí me paro, o sea, poder parar, cuando estas en momento de mayor sufrimiento, lo que nos decían, en ese momento, en ese instante paras, y te buscas una imagen, te buscas un tal...y te repites las frases “que yo pueda ser feliz”, bueno, tantísimas que nos han enseñado, que eso ha calado, lo mejor que ha calado y que funciona, bajo mi punto de vista es que funciona, el reto más horrible “ese” (señala a P3) el de la meditación, es una cosa muy abstracta, muy extraña para nosotros, yo nunca la había hecho, y realmente cuando consigues meterte porque había sesiones que eran largas y te metías, por la calidez de su voz, a veces era un arrullo sus voces y las campanitas y eso, todo hacia un poquito, y descubrir eso, lo que decía aquí la compi “pff”, la rabia que tengo dentro, el odio que tengo dentro, estoy atrapada, pues no quieres, lo peor, el reto la meditación porque no quieres enfrentarte a eso, sobre todo sin darte la vuelta, yo creo que eso no lo conseguimos (entre risas, mirando a P1).
55	P1: yo es que tengo a misma opinión, es que fue todo un reto, descubrir esto, de todas formas es que estoy hasta por Facebook...la doctora, estoy a todas horas dando las gracias, porque el reto que yo tenía era como ella, es el miedo al dolor y que no hay comprensión, que nadie me entendía, que yo era medio boba, más o menos, que no iba a poder a aceptarme la sociedad, porque como había estado tanto tiempo encerrada en una casa, que no iba a poder volver a hablar como lo hacía antiguamente, que yo era así muy ratón, de pronto quedarme así y sí que conseguí, consiguieron que sacara toda esa rabia, ya no tengo ese “reguño” que te hace daño en el alma, lo conseguí sacar.
56	CG: entonces el reto ha sido abrirte a las experiencias, salir y venir de casa ¿no? y el aprendizaje ha sido sacar la rabia un poco.
57	P1: si todo ese....porque claro cuando tú tienes desde por la mañana hasta por la noche vives con dolor, además son dolores, yo tengo ciertos dolores y son terribles, o sea, hay veces que me quedo encajada y entonces, pues algo de lo que dicen, empiezo a pensar, me meto en otra onda, me pongo mi música, me relajo, si tengo que gritar, grito; si tengo que llorar, lloro; porque llorar también limpia el alma y luego se hunde, me desfogo como ellas me enseñaron a hacer, y llevar la vida como ellas quieren que la llevemos, sabiendo que es un problema que tenemos, que no va a ser remediable (mira a las compañeras), pero que tenemos que llevarlo con dignidad y aceptarnos a nosotras mismas, que vivamos hacia los demás con más, {más vida ¿verdad?}
58	P3: {más alegría}
59	P1: más alegría, volver a sonreír, yo en el huerto vuelvo a hablar con los “abueletes”, me encanta, era mi trabajo, salgo al medio día a ver los huertos y me encanta eso de las plantas, que yo no hacía eso en años.
60	P2: y una parte si...(mira a P1) cuando nos enseñaron a...a mí esto se me ha quedado, en la respiración, ese momento en el que te llevas la mano al pecho, ese momento tranquilizador (se lleva la mano al pecho, y P1 también), yo es que lo he hecho esta mañana, eso ha sido un éxito de ese curso...
61	El resto del grupo asiente con la cabeza y P3 dice si, si...
62	P2: ...es otra cosa que han hecho buenísima, cómo nos podemos calmar a nosotros mismos, como si yo abrazase a una (-) o me abrazara a mí misma, “relájate y tranquilízate”, esas técnicas han sido un éxito.
63	P1: un éxito, desde luego, desde luego, para ponerlo en carteles gigantes, en el mejor periódico de todo el mundo (el grupo se ríe) no, no, no, oye ¿te acuerdas cómo llegamos? ¿te acuerdas? (señalando a P3) Estábamos todas hundidas, destrozadas, volver a reír, por ejemplo, cómo te acabas de reír, es precioso.

64	P3: si es como si el dolor te metiera en un pozo negro oscuro y de repente vieras la luz, y decir, "bueno sí, tengo dolores, pero tengo vida también"
65	P1: si hecha un asco como hace poco dije, estar hecha un asco, pero aquí estoy.
66	CG: para terminar, quinta pregunta, ¿si volvieras a participar en una experiencia parecida, qué aspectos te gustaría ver modificados?
67	P1: que fuera la familia
68	P2: si.
69	P1: que fuera la familia, que ellos también tuvieran un día de terapia para que nos entendieran a nosotros.
70	CG: ¿para qué entendieran qué?
71	P1: la situación en la que vivimos nosotras porque muchas veces "jolín es que ya te estas quejando", "jolines otra vez con dolor", "jolín ¿otra vez te duele?", "oye ¿salimos, tú crees que podrás?", es como decía BC no es lo mismo decir "Hola, buenas tardes" (con tono amable), a decir "Hola, buenas tardes" (con tono de enfado), no es el mismo contenido, porque si te lo dicen de otra manera te puedes sentar pues lo que yo suelo...a partir de este tratamiento lo que he aprendido es escaparme, en cuando vea una situación rara, por ejemplo, con mi marido la podía tener antes, cojo la puerta y digo "hasta luego, me voy a dar una vuelta".
72	CG: lo que cambiaríais sería poder incluir a las familias.
73	P3: si, yo opino más o menos lo mismo, el que un día o dos puedan ir los familiares y participar de todo, y que vean que realmente tenemos el dolor, y es que además es un dolor sentimental, que ellos tienen que aprender a ayudarnos a comprendernos, intentar tratarnos de otra manera, eso es lo que...
74	P2: yo eso también lo apoyo, es una cosa que la mayoría lo dijimos, que estuviera el marido, o qué sé yo, la persona más cercana o lo que sea, porque una cosa que quedo clarísima ante todos es que nos sentíamos muy coñazos de estar todo el día "ay, ay, ay, que me voy a cagar en mi pareja, dios mío, que es que está harta, no me aguanta" entonces, aunque sabemos que saben, que nos duele, el dolor es más emocional, que básicamente es lo que se nos ha curado, la emoción, porque el dolor físico, todas lo tenemos, pero necesitamos eso, de hecho una de las primeras preguntas del curso es, si pudieras pedirle algo, o sea, un deseo diario a una persona que te quiera hacía ti, qué pedirías y eso fue un mar de lágrimas, tú decías (refiriéndose a P1) "un abrazo", "un abrazo", "un te quiero" y todos coincidíamos en lo mismo, entonces...
75	P3: ..que te comprendan..
76	P1: ..que te abracen fuerte..
77	P2: si, "tranquila, ya pasó" cualquiera, en el tema emocional, y para eso es muy importante...no es como un afán de fastidiarnos, que vengan para ver que estamos malos, no, porque ya lo saben, pero que entiendan esa parte emocional.
78	CG: o sea, que ellos también pudieran comprender también vuestro dolor os ayudaría a vosotras, también como a vosotras os ha ayudado comprender...
79	P2: ...claro, que pudiesen comprender que hay dos o tres cosas, ejercicios muy sencillos, muy básicos, que a lo mejor nos facilitan la vida a nosotros, como nos ha pasado y eso rebota en ellos, eso rebota, y todo...{según todo va a mejor...}
80	P1: {según cómo estés tú también...}
81	P2: {y luego}, hay perdona
82	P1: perdona tú
83	P2: y luego en esa aula, en esa aula cambiaria las sillas (entre risas)
84	Todas ríen
85	P2: es incomoda una sesión ahí.
86	P3: las sillas
87	P1: afortunadamente mis compañeras siempre me dejaban un sillón a mí, a mi siempre las compañeras me dejaban un sillón.

88	P1 y P2 comienzan a moverse de un lado a otro, ejemplificando el lugar del dolor, llevando una de las manos hacia la espalda o los glúteos.
89	P4: eran cuatro horas, era un tiempo.
90	CG: pues si queréis añadir algún comentario final
91	P1: que queremos mucho a BC y DC, muchísimo.
92	CG: para mí ha sido muy emocionante escucharos y puedo imaginar lo que pudo ser para vosotras,
93	P3: fue...
94	P1: increíble, ¿el año que viene vuelve a haber otro?
95	CG: la verdad es que no lo sé, habrá que preguntar.
96	P3: en noviembre, en noviembre dijeron que había un retiro, ella dijo que si había nos convocaba
97	P1: ay por Dios, yo quiero volver a verla
98	CG: la verdad es que no lo sé, pero...pues nada más muchas gracias, muchas gracias por vuestro tiempo y vuestra atención.

GRUPO 8: MSC

Grupo 8: No. Participantes: 5 (mujeres)

1	CG: Introducción de la terapeuta.
2	La primera pregunta es ¿ha habido algún cambio en tu experiencia del dolor que creas que tiene que ver con haber participado en este grupo?
3	P2: Me ayudó muchísimo pues...
4	CG: ¿Cómo lo describirías?
5	P2: ¿Cómo lo describiría?
6	CG: Si
7	P2: intentando aceptarlo, eso es duro, que a ratos lo intento y a ratos no ¿eh? pero el estar con ellas, ver que hay más gente con más gravedad que yo, sabes, eso me hace pensar "mogollón", ehh, no sé, también las compañeras, el apoyo, es que es un poco, no sé cómo expresarte, pero a mi si me ayudo un "mogollón" de verdad, y la psicología y descubrir qué es lo que te permite (-) pero sí que lo veo, sirve "mogollón", siempre y cuando...al principio no me apetecía, estuve a punto de irme del grupo ¿te lo dije, no? <i>(se refiere a la participante que está a su lado, la cual asiente con una sonrisa)</i> , estas tan metida en tu dolor que no aceptas que te ayuda, este medio, entonces, si ayuda a mí me enseñó "mogollón", me ayudó mucho.
8	CG: Para ser más concretos...tu experiencia en el dolor ha cambiado desde que tú lo has aceptado ¿es así?
9	P2: Estoy aceptándolo
10	CG: estas aceptándolo, estas en ese proceso
11	P2: si, si
12	CG: ¿y la experiencia de dolor es ahora diferente a la previa?, ¿qué cambios has notado?, si has notado alguno.
13	P2: físicamente me estás hablando
14	CG: no, en general.

15	P2: en general (/) es que para mí es eso, el (-) de decir estas aquí y siempre ahí y sigue (-) despertar y decir "agg" (quejido), sino despertar, ese momento de por la mañana despertar es doloroso, pero bueno, si sirve mucho de verdad, es que no sé cómo decírtelo, me está entrando el dolor ahora, y en el aumento del dolor no puedo ni hablar (se ríe), pero sí que sí.
16	CG: vale, si te llega algo, ya nos comentas
17	P2: si, con el dolor que me voy, perdón.
18	CG: no te preocupes, aquí tienes libertad, para como decía...como yo también quiero que lo penséis, yo entiendo que a veces cuando uno conecta consigo y trata de explicar, es verdad que como dice P2, la experiencia no tiene palabras y eso lo habéis trabajado en ese grupo, ¿no? Entonces yo os animo que desde la tranquilidad lo penséis y de alguna forma lo expreséis, a veces no sabemos muy bien cómo expresarlo, pero bueno, lo que os llegue. ¿quién más ha sentido algún cambio en su experiencia de dolor?
19	P4: yo te digo que psicológicamente estoy mejor, pero en el momento en que estoy nerviosa porque tengo muchos problemas entonces a mí me ataca mucho, ¿pero tú sabes lo que hago? Me tomo un paracetamol, me cojo mi camino y vas, cuando me canso, me siento, y ya vengo relajada y tranquila, me voy a mi camita con mis pastillitas, y a dormir toda la noche que no sé hasta por la mañana y no me levanto con nada.
20	CG: de alguna forma has adquirido nuevas estrategias, esa que contabas de salir a pasear...
21	P4: mira el dolor mío es crónico, porque yo tengo una columna con cinco hernias discales y tengo, bueno, estoy de la espalda hecha polvo, entonces al tener la fibromialgia tantos años, a mí eso me está afectando en general.
22	CG: y a raíz del grupo P4, para ser concretas ¿qué ha habido de mejoría? Si ha habido algo.
23	P4: venga, la mejoría es...
24	CG: no mejoría, qué cambios has notado, perdona.
25	P4: pues cambio, estoy más tranquila, a relajarme yo sola.
26	CG: has aprendido a...
27	P4: a relajarme, yo me tumbo sola, me hago un poco de gimnasia, me cojo los brazos de las puertas, me cojo de la mesa, lo digo sinceramente, y bajo y subo, que yo tengo una prótesis en la rodilla -que todo hay que decirlo- y eso me relaja muchísimo. Lo que no puedo es, estar sentada así (endereza la espalda para quede recta, con la finalidad de ejemplificar al grupo la postura), porque tengo todo el hueso sacro desboronado, digamos, entonces si estoy sentada mal, entonces lo que hago en mi sillón es que me tumbo.
28	CG: Vale, ¿quién más?, P2, si necesitas levantarte, lo que necesites... ¿quién más quiere contarnos?
29	P5: A ver a mi a nivel de dolor no me ha cambiado nada, sí que es verdad que el curso ha coincidido en una época muy complicada, entonces estoy...
30	CG: ...Tu experiencia de dolor no ha sido distinta tras el grupo.
31	P5: no, no ha sido distinta, pero sí que creo que ayuda a sentirte comprendida porque al final la gente pasa por lo mismo que tú, y al nivel de la terapia y todo eso, ves que lo que te pasa a ti, no es muy diferente de lo que le pasa a los demás, entonces eso sí yo creo que ayuda.
32	CG: como que el sentirte escuchada y compartiendo un sufrimiento que en esa sala era un sufrimiento compartido, te ha ayudado a sentir ese apoyo,

33	P5: Si, que yo creo que antes te veías con dolor, y un poco como esto me pasa a mí, y no entiendes que hay más gente como tú, pero bueno, por ese lado yo creo que sí que ayuda. Luego lo demás es un proceso que estoy gestionando todavía que lleva tiempo, me imagino, pero por lo menos las pautas, las tienes que eso es lo importante, tener un camino...
34	CG: ...y ese camino ¿a ti te ha aportado algo?
35	P5: en este momento no, pero yo estoy convencida que me aportará, o sea yo sé que es un trabajo de tiempo.
36	CG: Vale...
37	P3: yo...a mí, yo estoy con ella (P5), a mí el dolor no me ha ido a menos, pero porque...
38	CG: ...no, no es que haya ido a menos, me habéis entendido mal, es si la experiencia de dolor es distinta, yo no digo que vaya a menos, es ver si mi experiencia de dolor es exactamente la misma porque el dolor sigue ahí, o como decía P4, "pero ahora tengo una estrategia en la que me relajo" y la experiencia cambia, no es que el dolor cambie, el dolor ya sabemos que no cambia, sino que tu forma de vivirlo es distinta ahora.
39	P3: eso, si, yo mí el dolor sigue ahí, lo único que yo he aprendido a vivir con ese dolor, entonces yo ahora, el curso, bueno, los cursos que he hecho hasta el momento me han venido muy bien, porque me han enseñado a relajarme, lo primero; a momentos...aunque tampoco tengo muchos, pero cuando me voy a la cama, ahí ya me meto, me meto dentro de mí y digo, "es mi momento", que hay veces pues como, esta semana no, pero hay veces que me quedo hasta dormida, me pongo mis auriculares y del agotamiento que llevo me duermo, pero es que antes es que no me dormía, y ahora mismo ya con esto de la meditación, yo salgo, vamos, hemos hecho el retiro, salgo más limpia, más enriquecida de todo, y yo qué sé, a mí me da una tranquilidad que no tenía antes, y yo me veo, que bueno, que voy avanzando mucho psicológicamente, porque me está enseñando a vivir con ese dolor y a la vez en momentos puntuales, cuando me surge pues como tener caminos para mediarlo un poquito, pero bueno, que a veces ni a eso porque también se me ha complicado con más cosas, yo pienso que el dolor en algún momento me tendrá que quitar un poquito, yo soy de las personas que piensa en positivo de que se va a quitar, luego ya...pero mi positivismo es tirar para adelante y mejorar, sí, hay que ser positiva, aunque este muy mal, mi positivismo.
40	CG: te ayuda a sostener esta situación el pensar eso, aunque sabes perfectamente que {eso no va a ocurrir} ...
41	P3: ...que eso está ahí, pero yo me engaño a mí misma...
42	CG: ...te ayuda a sostener.
43	P3: eso, y con eso, pues me puedo relajar y lo que es el curso en sí, psicológicamente me ha venido fenomenal. Muchas veces voy acelerada, voy a comer, y ahora con lo del retiro pues cuando estoy comiendo, tengo que dejar el cubierto, no tengo que comer tan deprisa, como y dejo el tenedor, y mastico, un poquito, aunque a lo mejor al minuto este, pero sé que voy a volver a dejar el tenedor para apreciar las cosas, apreciar el momento de la comida y todo, entonces a mí, son cosas que sí que me van ayudando.
44	P1: mi experiencia ha sido muy buena, el dolor está ahí, pero me ha ayudado mucho a relajarme, muchas veces hacer las respiraciones profundas, con las respiraciones parece que se relaja todo, que se oxigena, y yo creo que te ayuda un poco, el dolor pues, el dolor lo sigo teniendo, pero parece que lo acepto mejor, y lo que yo veo es que cuando vengo a estos grupos, que todos son personas jovencísimas, yo soy mayor, entonces digo "yo no tengo derecho a quejarme".
45	P2: ya estamos con la edad
46	P3: ¿mayor?

47	P4: yo soy más mayor que tu
48	CG: no entremos en eso, centrémonos en la experiencia de dolor, porque empiezas a compararte y...
49	P1: ...no. Pues entonces ya te digo, que yo creo que me ha ayudado muchísimo, muchísimo, siempre que me llaman, por ejemplo, para los cursos esos intensivos, en lo que...
50	CG: ... ¿estuviste en el retiro?
51	P1: sí, en el retiro. Te ayuda a estar más centrada en ti que en el dolor, empiezas a ver el dolor de otra manera, tu para ti misma, que dices "yo siento un alivio, si no tengo dueño", siempre he tenido un dueño, he tenido que dar, que responder a alguien, entonces ahora es mi vida, y tengo el dolor y es aceptar lo que me ha tocado. Hay algunas ocasiones en que te cuesta, hay momentos de pelea...
52	CG: ...habéis repetido mucho esa palabra ¿no? Aceptarlo o estoy en ese proceso, decíais por allí...
53	P4: yo estoy en ese proceso, lo mío, es igual a quién es millonario, el millonario vive con sus millones y yo vivo con mis dolores.
54	P2: eso es todo ilógico (-) ...
55	CG: ...vamos a seguir ¿os parece? Porque nos centramos aquí en compararnos, ¿alguien más quiere decir algo, aportar algo a esta pregunta? si creéis que hay algún cambio en tu experiencia de dolor que tenga que ver con haber participado en este grupo ¿alguna cosa que os hayáis quedado que queráis comentar? No, lo habéis dicho todo ¿no?
56	P2: lo necesitamos mucho más.
57	P3: que dure más, que hagan más grupos.
58	P2: sí, por favor.
59	CG: bueno, la segunda pregunta, ¿qué contenidos que hubieran surgido en el grupo, han sido más relevantes como ayuda para el manejo del dolor?
60	P2: no entendí la pregunta nada.
61	CG: ¿qué contenidos, qué temas se han hablado en el grupo, al que habéis ido, que os han servido, que os han ayudado, para el manejo del dolor?
62	P3: a mí la respiración amorosa.
63	CG: la respiración afectuosa.
64	P3: esa, sí, como sea, a mí esa me ha venido y es la que practico, me ha venido muy bien.
65	CG: ¿qué más?
66	P4: yo como la respiración son muchos años ya que la he aprendido.
67	CG: sí, pero qué crees que es lo que...de los temas que habéis hablado en el grupo, qué es lo que os ha servido más para el manejo del dolor.
68	P4: no lo sé, porque en cuanto veo que me pongo...que veo que no me puedo mover, porque en el momento en el que digo "jope, ya tocó", entonces ya cojo, me pongo mi alfombrilla y me tumbo en el suelo y me paro...
69	CG: ... ¿eso antes lo hacías?
70	P4: no tan a menudo.
71	CG: o sea, que eso también te ha ayudado, el practicar meditación, ha sido un tema que a ti te ha ayudado.
72	P4: yo me he comprado una esterilla, vibra sola, o sea se mueve sola, es eléctrica, es un gustazo, te tumbas en ella, que quieres que se muevan más los pies, si quieres más la cabeza, lo que tú quieras, y eres tú, al momento en que se cierran los ojos y sientes el movimiento, te da un relax, que es impresionante.

73	P2: luego hablamos y me cuentas de eso, no la conozco esa.
74	P4: lo venden en...
75	CG: ...P4 vamos a intentar centrarnos que ya sé que os gusta hablar mucho... ¿qué contenidos, que han surgido en el grupo os han servido para vuestro manejo del dolor? ¿qué cosas os surgen ahora que os vengan a la mente? Ella decía meditar, "P3 la respiración afectuosa me ha ayudado a aliviarme" ...qué más cosas...
76	P2: la amorosa esa...
77	CG: tu también la respiración afectuosa.
78	P2: sí, "mogollón"
79	P1: si la respiración.
80	CG: la respiración como una herramienta principal de ayuda.
81	P2: el parar.
82	P3: si el parar, a mí por lo menos.
83	P2: sí
84	CG: P5 ¿alguna cosa que te haya visto el grupo de lo que habéis hablado, que te haya servido para...?
85	P5: es que yo eso no lo tengo tan identificado, porque yo siempre tengo dolor ¿no? Pero en el momento en que estoy con más dolor no soy capaz todavía de...de controlarlo y decir, "voy a desconectarme" ...
86	CG: ...y hay algo en el grupo, tu antes decías, "pues el compartir esta experiencia me ha ayudado a no sentirme sola en este mundo del dolor crónico" ¿eso también es algo de lo que habéis hablado en el grupo, no? No lo sé, eso sí que te ha ayudado, el poder compartir la experiencia de dolor.
87	P5: sí, es que en realidad es como que te sientes que te ha ayudado, pero tampoco sabes identificar muy bien, porque luego en la práctica no haces la meditación, ni todos los días, ni...entonces yo creo que es una cosa de mucho trabajo.
88	CG: ¿alguien más que le surge algo que le haya ayudado?...
89	P5: ...es como una sensación bueno ¿no? (mira a las demás) es una sensación buena, pero no sabes muy bien...
90	CG: vamos a la siguiente pregunta ¿creéis que el que esta experiencia haya sido en formato de grupo ha tenido importancia?
91	P3: si
92	En general el grupo asiente.
93	P5: a mí miedo me daba, estar con gente, me da miedo ¿sabes? Entonces para mí por un lado es positivo porque pude estar con gente, pero por otro, sí que me da miedo, con lo cual sigo sin vencer todavía ese...
94	P3: pero a tú también ves que hay personas como tú, que están igual o peor, entonces, eso también es un reto positivo...
95	P2: es un reto suyo.
96	P5: si, es también muy algo mío.
97	P1: {a qué no parece}
98	P2: ven aquí (extiende los brazos y los vuelve hacia ella en expresión de abrazo)
99	CG: la verdad es que tienes compañeras muy amorosas ¿verdad? que te lo han puesto bastante fácil. Y creéis que si hubiera sido en formato individual habría sido más rico, menos rico
100	P1: yo creo que no, por lo menos, para mí no.
101	CG: ¿habrías aprendido lo mismo, extraído lo mismo?

102	P2: como dice ella (refiriéndose a P1) yo creo que no, yo que no tengo paciencia, tengo un carácter...
103	CG: ...o sea, que creéis que el formato grupal ha sido fundamental. ¿o no?
104	El grupo en general asiente
105	P2: sí, el llegar y mirarnos y decirnos, “buenos días”, con el brazo, ella llegaba (refiriéndose a P3) se quitaba lo que traía para su dolor, para dártelo a ti, o sea es como...ves a alguien llorando y es como...yo ¿eh? (en tono de aclaración)...veía a alguien llorando y me daban ganas de decir “pobrecita, porqué está llorando”, o sea es como (-) bueno, a lo mejor no debe ser así, la empatía, la empatía, y luego la (-), pero saludar a una compañera, cuando estaba llorando o cuando se sentía mal (-) pero es que yo soy así, entonces, eso...yo no quiero ver sufrir a nadie pero, el ver que alguien necesita ayuda, a mí me ayuda “mogollón”, el ver que alguien necesita ayuda, se me olvida todo esto, empiezo a pensar en otra cosa, os lo juro (pasa su mano sobre el brazo en el que experimenta dolor).
106	CG: y aparte de eso, hay algo más para aportar al grupo, el formato grupal, el poder ayudar al otro, el cuidar del otro, empatizar al otro, pero y a ti, que hablas mucho del otro, a ti qué te ha aportado esa experiencia grupal.
107	P2: siempre he sido así...me ha aportado “mogollón”, amistades, ver que yo no soy la principal, lo he dicho al principio, ver a P5, para mí es una niña, es una niña y mira por lo que pasa, no es justo ¿sabes? Lo de nadie (-) es como...a ver, un poco de muchísimas cosas, es que mi personalidad también es tan fuerte, voy tan arriba y tan abajo, subo y bajo, pero estar con gente me ha ayudado a todo, o sea, ha sido todo (-), grupal es ideal porque ves al otro, yo si hubiese sido sola, iba a mi bola y “que me dejes en paz, que me dejes en paz, mierda de médicos” y lo soluciono así.
108	P4: los médicos no son ayuda de nadie.
109	CG: vamos a centrarnos ¿qué decís las demás? Todas estamos de acuerdo con que el grupo ha sido rico y ha aportado muchas cosas ¿qué más cosas?
110	P1: cuando estas tu sola es tu problema, tu dolor y cuando tu hablas o cuentas algo, o escuchas a los demás un poco ves, que parece que hablan de ti, que tiene ese problema y que lo vas aceptando, y sabes que como única solución es aceptarlo, con otras opiniones, hacen que la mente te cambie, el pensamiento cambie, y te vas, parece que no pero cuando tú cambias de pensar el dolor es diferente, ya no piensas en tu dolor, ya no, en el grupo.
111	P3: yo veía que, a lo mejor, en ese caso me...yo veía que a lo mejor personas que se ponían mal en un momento, o sufrían o lo que sea, ahí estaba tanto BC como DC(mención a las terapeutas, de ahora en adelante BC Y DC), y las cogían y se las llevaban y las cuidaban, es decir que, hay un miedo, miedo, miedo no sé hasta dónde que te puedas perder porque ellas estaban ahí...
112	CG: ...habla de ti.
113	P3: sí, no, no...pero que te quiero decir, que en el grupo en sí, las profesoras, las doctoras o lo que sea, siempre estaban ahí para cualquier cosa que pasara, es decir, una atención máxima, entonces yo me sentía muy respaldada...
114	CG: ...como muy segura.
115	P3: sí, mucha seguridad porque si yo en cualquier momento baje dos veces, estaban ahí, “a ver, qué te pasa”, “por qué lloras”, “vamos para afuera”, es decir, a parte del grupo había cosa íntima para cada persona, que te sentías más protegida por ellas y a mí eso medaba mucha tranquilidad también, que ellas estuvieran ahí.
116	P2: es que se creó un clima, desde el segundo día, por lo menos yo lo sentí así, el segundo día es como si fuera a mi casa...
117	P3: y ellas estaban ahí para todo, para todo.
118	P2: a mis amigas, a mi mundo...

119	P3: y tanto antes como después si tenías alguna cosa, se lo decías y te seguían ayudando, entonces, aunque se hiciera en grupo, también era una cosa como personal, y mucho...o ellas te mandaban cosas para...
120	CG: material
121	P3: a mí me ha enriquecido mucho por eso
122	CG: ¿qué más, de experiencia grupal? P4, quieres decir algo más, de lo que hemos hablado
123	P4: yo la verdad que salí muy contenta, salí genial por la sencilla razón de que yo ya había estado en otro grupo en otro sitio y de verdad genial, y muy bien, muy bien, yo soy una persona que digo y repito "tengo que salir".
124	P2: ¿qué has dicho?
125	P4: tengo que salir y tengo que salir, yo ahora mismo tengo un problema y ya lo quiero resolver...
126	CG: P4 escúchame un segundo, el grupo, yo te voy a traer mucho con eso, volvemos a lo que te preguntaba, ¿vale?, con toda confianza, yo como si fuera tu terapeuta, dime ¿qué es lo que te ha aportado el grupo, que no te hubiera aportado a nivel individual? Centrémonos un poco en esa pregunta, ¿qué crees que te ha aportado el estar con tus compañeras, el estar con gente con dolor también...?
127	P4: seguridad, seguridad, mucha, de tener una seguridad de decir, si ellas pueden, yo también.
128	P2: es verdad.
129	El grupo en general asiente
130	P4: si ellas salen, porque no voy a salir yo, porque yo llevo dos/doce (no se comprende bien qué número dice) años, y he hecho muchas cosas
131	CG: o sea, que el observar el sufrimiento y el malestar del otro, a ti te ha dado capacidad también en lo tuyo.
132	P4: para tu luchar y decir "esto no es nada, puedo con esto" y eso es lo que tiene que ser.
133	CG: y qué crees que hubiese sido diferente en individual.
134	P4: pues peor, por la sencilla razón que no tiene quién hable otras cosas, que te diga otras cosas, entonces la conversación de esa persona te puede ayudar a tí y hacerte más fuerte.
135	CG: o sea, el relato del otro te ayudaba a aliviar el tuyo.
136	P4: exactamente, si tú puedes hacerlo, porque no los otros, lo mismo lo puedes hacer tú. Y eso es muy, muy importante, decir "soy yo, y tengo que ser yo, y tengo que-ser-yo, y esto lo tengo que hacer yo, no nadie, y de aquí no me pueden sa..."esto lo voy a solucionar nada más que tú con tu mente, tu mente es la que tiene que funcionar para decir, "yo tengo esto y tengo que solucionarlo yo", porque no te lo va a solucionar nadie, yo opino eso.
137	CG: habéis dicho cosas muy parecidas, pero como muy diferentes, P5 no sé si quieres contar algo más.
138	P5: claro, para mí es un poco diferente, yo creo que ha sido un poco diferente por eso, porque me ha costado, yo, por ejemplo, no he sido capaz de hablar en el grupo... (empieza a llorar)
139	CG: pero sí que has escuchado, porque has estado como muy presente.
140	P5: sí que hablaba, pero en grupos pequeños...
141	CG: ...P5 escúchame, pero tú has estado ahí y has escuchado mucho.
142	P5: sí, pero por eso, que a nivel de escuchar si que me ha ayudado porque me he visto reflejada en muchas personas y muchos relatos, pero a nivel de hablar pues no.
143	CG: y crees que el grupo ha sido un formato que te ha aportado más cosas que lo individual, o no sé, ¿qué opinas sobre eso?

144	P5: pues es que me ha pasado una cosa curiosa, yo estando en el grupo, estaba con tanto nerviosismo que no sé si luego cuando llegaba a casa, ese nerviosismo me ha... (se le quebranta la voz).
145	CG: te salía, un poco...
146	P5: sí, estaba fatal, pero luego era capaz de estar mejor.
147	CG: el formato grupal a ti te ha supuesto....
148	P5: ...sí por mi propio miedo.
149	P2: como dicen los doctores, terapia de choque
150	P5: yo soy muy así, o sea...
151	CG: ...P5, escúchame, yo creo que tú has estado presente y eso es fundamental, solo que hay momentos y momentos en la vida en los que uno tiende a participar más y otros en los que uno se queda más desde la escucha, pero no por eso, no eres miembro de un grupo, yo por lo que veo aquí, como os tratáis con ese cariño y esa amabilidad entre todas, a mí sí que me llega que tú has sido un miembro fundamental del grupo, porque estáis comentando como te has...otra cosa es que tú a lo mejor no has compartido todo lo que te hubiera gustado, por ese miedo que hablas, pero sí que has estado muy presente, entonces eso también es de agradecer y valorar.
152	P2: la primera vez que me la encontré aquí, había estado hospitalizada (-) y un día vine a aquí (señala hacía la puerta), un día de loca porque (-) y me la encontré sentada afuera (refiriéndose a P5), me habló (-) cuando entré a ver a l (se refiere a su terapeuta) ya no la necesité tanto, por ella (señala a P5). Fuiste al grupo, eres del grupo...
153	CG: ...la presencia, el que estés ahí, a veces no hace falta hablar para ayudar.
154	P2: me habló tan, fue tan...me ayudó muchísimo, (P5 se ríe) me ayudaste "mogollón", eso lo dicen las doctoras, cada persona es un mundo, igual no necesitas hablar, yo igual sí porque mi personalidad es así, cada uno somos un mundo.
155	CG: {voy por kleenex}
156	P5: {no, yo tengo aquí}
157	P3: a lo mejor ella también (refiriéndose a P5) vio cosas que a o mejor no veía, aunque no hablara, veía cosas de las demás que no se le hubiera ocurrido, ni imaginado que eso fuera real y a lo mejor, no sé, hablo desde mí, cómo yo me hubiera sentido y ella a lo mejor era conocedora de otras cosas que dices...
158	CG: vamos a pasar, a la siguiente...o ¿quieres comentar algo más (refiriéndose a P5)?
159	P5: no, no me gusta hablar.
160	CG: quiero proteger yo también, no pasa nada. Venga, vamos a la siguiente pregunta cuáles han sido vuestros aprendizajes más valiosos, a lo largo de estas sesiones y qué retos se han presentado a lo largo de las mismas.
161	P2: no te he pillado.
162	CG: cuáles han sido tus aprendizajes más válidos, que es lo que te llevas como más...qué aprendizaje, yo creo que ya hemos hablado un poco de eso, pero bueno, un poco repetir, qué aprendizaje te has llevado de este grupo y qué retos se te han presentado. El tuyo está claro (refiriéndose a P5)
163	P5 se ríe.
164	P3: aprender de este grupo o aprender de lo que ha sido la intervención (<i>menciona el nombre de la intervención</i>).
165	CG: cuáles han sido tus aprendizajes más valiosos a lo largo del grupo, tanto durante, como después ¿lo entendéis?
166	P2: no, tengo que darle una vuelta

167	CG: escuchamos un poco y si surge algo...P1 qué te llega cuando hablamos de qué has aprendido...
168	P1: a quererme un poco más, a decir, mira te ha tocado esto pero vas a luchar con esto, te tienes que querer, estas aquí porque tienes que dar algo, por ejemplo, a mis hijos, mis nietos, si tú te quieres y estas bien...he aprendido a quererme, y luego a relajarme un poco más, ves que no tienes que ir con tanta prisa, entonces valoras, vas pensando, es como una película, te pasa todo por la cabeza y ves todo eso, y lo ves de manera distinta, a mí me ayudó mucho eso, el grupo, a quererme, y a pensar, y a irme relajando.
169	P4: una cosa te digo, a ser independiente y no preocuparme, por ejemplo, yo le digo a mi marido "vamos a comprar", y es una persona que no quiere moverse, ahí quieta, yo me voy...
170	CG: ...o sea que has aprendido a ser más independiente.
171	P4: totalmente, totalmente yo me voy y si aparezco a las 10 o a las 11, no me preguntes que yo tampoco te preguntaré, como no dependo de ningún hombre, gracias a Dios, porque yo no dependo de ningún hombre, aunque sea mi marido, soy independiente económicamente...
172	CG: ¿eso es lo que has aprendido del grupo? A ser más independiente...desde ahí desde lo que decía P1, desde el quererme y auto cuidarme decido desde mi libertad.
173	P4: exactamente.
174	P2: eso es, me quiero mucho más, me valoro mucho más de lo que...
175	P4: ...ganas de arreglarte, ganas de decir "vamos, ponte, arréglate y vámonos a tomar un café" por ejemplo, yo antes no lo hacía, ahora soy otra.
176	CG: qué más cosas
177	P3: a relajar, a cuidarme no, porque parece que...quiero cuidarme, pero no logro
178	P2: cómo cuidarte si no da tiempo.
179	P3: pero si aprendo a relajarme, por la noche y todo...
180	CG: ¿tú crees que relajarte no es una forma de cuidarte?
181	P3: bueno, yo me cuido, sí, para que no vaya a peor, pero yo cuidarme, es más, dedicarme más a mí...
182	CG: ahora mismo estas con relajarte.
183	P3: si, estoy aprendiendo a decir "hasta aquí", pero claro yo necesitaba a lo mejor ir a mi piscina, la rehabilitación, y no hay, porque no...
184	CG: lo que has aprendido del grupo...
185	P3: es mi relajación. Y eso, me da a mi tranquilidad, cuando estoy muy muy, yo sola digo, "no puedo tanto porque está ahí" y "pam" me hundo, entonces esa relajación a mí me enriquece. Y es que también, lo que sí me di cuenta, esta última vez en el retiro, no sé por qué, se lo dije a BC y todo, que no me encontraba muy bien, y no llegaba a relajarme, y a meterme dentro de mí, no sé por qué, cosa que el grupo sí que me enseñó, pero la última que he tenido, como que me iba otra vez, que es una cosa normal, quiero decir que a lo mejor en el próximo sí que...pero bueno, no me fue nada bien, pero lo disfrute y estuve...no me fue bien.
186	CG: sí que estuviste con la mente por ahí.
187	P3: si se me iba, no me encontraba...
188	CG: pero te diste cuenta de ello, lo cual es un aprendizaje también, el ser más consciente de cómo funciona tu mente.
189	P3: mucho, y valoraba más también el momento, yo decía, pues tengo este momento, y aunque no lo encuentre me supe relajar, y es lo que...
190	CG: ...te mantuviste hasta el final, te podrías haber ido ¿no? estuviste ahí.

191	P3: si, si yo no me puse nerviosa, pero no pude, pero sí que me relajé mucho, entonces, lo que más me llevo es la relajación
192	CG: ¿aún otro aprendizaje que no hayan comentado o que quiera repetir?
193	P5: es que yo estoy un poco...
194	CG: lo que quieras comentar ¿vale? Alguna cosa que te haya, no sé, que hayas sentido que has aprendido del grupo.
195	P5: yo he captado muy bien los conceptos, pero no los he llevado del todo a la práctica todavía, a veces intento pensar en lo que estoy haciendo, y todo eso, pero conectar todavía me cuesta mucho (la voz se le quebranta).
196	CG: como que esta técnica o esta forma de afrontamiento, te está abriendo un camino en el que estas en ello, bueno, pero estas ahí, quiero decir que...
197	P5: si
198	P2: en eso estamos todas todavía, tenemos todas aquí las cosas (lleva la mano cerca de su cabeza), pero cuando yo me pongo nerviosa digo "para, para" aquel "para" que repetía tanto BC (se pone una mano sobre el estómago) ... en el parar, es lo que ella decía (señala a P3) vivimos en un torbellino, pero ya no quiero más torbellino, ya no tengo la capacidad, ya no soy la misma persona. Hay días que sí, que te levantas a las ocho y no paras, tienes mil cosas y haces y cuando caes en cuenta el dolor se ha ido, que se ha ido de verdad, que no tomo ni calmante y luego, tres, cuatro días, hecha una pena. Luego cuatro días con un dolor bestial (-).
199	CG: ¿y hay algún reto que se os haya presentado durante las sesiones? algún reto...pues no daré pistas, pero son dos horas y pico de sesión, son personas con mucho dolor y a si mismo el contexto es un reto aguantar, soportar tres horas...no sé si hay algún reto que hayáis vivido, alguna cosa que hayáis.
200	P2: yo hubo un día que no pude aguantar es a (no se entiende) fue el día que...
201	CG: pero no, un reto hacía ti, no hacía el otro.
202	P2: ah pues...
203	CG: cuéntame, qué ibas a decir.
204	P2: no el día que tratamos el abandono, es un golpe, para mí, ese día no quería ir, yo ya sabía lo que íbamos a tratar, y yo no quería ir .
205	CG: ¿y fuiste?
206	P2: claro que si...
207	CG: o sea fue un reto para ti ese tema.
208	P2: si, al final me salí, salió DC y me dijo "vete", para mí fue un golpe escuchar aquellas cosas, porque es que era, no podía ser...
209	CG: ¿y te ayudó sostener ese malestar?
210	P2: si, muchísimo, es que a mí me ha ayudado todo y sigue ayudándome, es una tontería, estar ahí, ver a personas...
211	CG: ¿algo más?
212	P5: para mí todos los días eran un reto.
213	CG: pero ibas, ¿verdad?
214	P5: si
215	CG: te costaba mucho pero ibas... ¿algo más? alguna sesión concreta, algo más. Ya para acabar, si volvierais a participar en una experiencia parecida, qué aspectos os gustaría que fueran diferentes, que modificaríais.

216	P5: yo cambiaria el sitio en cuanto, por ejemplo, esto lo veo algo más cómodo que las sillas esas, son infernales. Para gente con dolor creo que es, a ver, a mí me da igual esto que otro, pero creo que también ayuda a mejorar, no sé, a estar más concentrada.
217	CG: vale, el sitio, la comodidad ¿qué más cosas?
218	P2: el tiempo.
219	CG: lo habéis dicho también.
220	P3: que fuera más largo
221	P4: más largo no porque no podría.
222	P3: no, me refiero a más sesione.
223	P2: si porque cuando yo estaba empezando, llega y "pa!" adiós, echaba de menos esos días, lo tenía en la agenda y no hay, hoy es jueves y ya no hay.
224	CG: ¿qué hago yo el jueves? qué más cosas
225	P2: a mí me ponía "mogollón" de nerviosa para ser sincera tanta meditación, también lleva mucho trabajo el día antes (-) entonces cuando estábamos hablando, lo que haces tú (señala a la terapeuta) llegas y "guach", que tenéis que hacerlo porque si no nos vamos cada uno por su lado, pero cuando yo estaba esperando que se hablara de algo, para mí, campanita y había veces que no.
226	CG: o sea que, en tu caso, te hubiera ayudado más expresarte y menos meditación ¿algo así?
227	P2: puede ser, yo sí, porque yo...
228	CG: a ti te costaba entrar en esa dinámica de meditar cuando habíais hablado de temas pues que os habían tocado o que os habíais quedado con deseo de comentar.
229	P2: si, ha habido muchísimas veces que yo no meditaba, me quedaba así con respeto, respiraba, no me iba a ningún lado, si conseguí, centrarme en mí, escuchar los pajaritos que están por ahí, es que todo anclarme en el presente, es que hacerle un hueco a todo eso, a mí me ha ayudado muchísimo, pero tanta meditación y así de bruscas, no puedo, es que no puedo, necesito, no sé...
230	CG: {os ha pasado eso a las demás}
231	P5: si, pero yo no tengo la costumbre de meditar y a mí concentrarme...
232	CG: ...costaba un poquito también
233	P5: si, yo desconecto enseguida.
234	CG: las demás pensáis también que eran demasiadas meditaciones ¿o no?
235	P1: si, demasiadas, a mí me gusta más que charlen más, para sacarle más jugo, pero bueno, también te ayudaba de todo, había momentos y no siempre a lo mismo, te vas, pero luego tienes que intentar volver, y te ibas, pero luego volvías y a veces merecía la pena.
236	P3: yo no, a mí la verdad la meditación me venía bien
237	CG: nadie a dicho que le viniera mal.
238	P3: no, no, que me ha venido bien, de verdad, pero no quiere decir que en algún momento me hubiera apetecido más dialogo.
239	P2: si, si, y todo es bueno...que lo habéis hecho muy bien, muchas gracias a DC y BC, qué lo habéis hecho muy bien...
240	{se interponen voces y risas} ...
241	CG: ...vale, ya para terminar, queréis añadir alguna otra cosa...
242	P2 que muchas gracias
243	P3: que cuándo hay más, ahora sigue el grupo tuyo ¿no? Porque había otro grupo.
244	CG: si hay que dejar seis meses de diferencia, pero no me hagáis mucho caso, pero me suena que hay que esperar seis meses.

245	P4: yo es que (-) la ansiedad, por qué, lo voy a explicar, en cualquier momento de ansiedad, me da dolor, entonces si alguna vez me pasa ya os lo contaré.
246	(-)
247	CG: ¿algún comentario que quieras añadir al grupo, no sé algo que quieras decir?
248	P4: no, yo estoy muy contenta con todos vosotros, sí, yo os lo agradezco muchísimo porque llevo muchos años, ya no con el grupo sino con los profesores, yo me veo con BC desde hace 6 años
249	P2: ¡qué suerte!
250	P1: debería de haber más cursos, porque te quedas como que vas a empezar y debería haber un continuo, aunque a veces si mandáis que vais a hacer un curso, pero puntual y eso te ayuda, pero más, te ayuda, pero más (se refiere a las convocatorias de los intensivos).
251	P3: si es que, aparte de corto, yo pienso que, no sé cómo irá esto, a lo mejor, si ese es más de meditación también tendría que estar seguido de otro que sea más de hablar, o algo como ahora mismo, "a ver cómo lo habéis vivido, cuál es el que más os ha gustado de...", después de este, un acto seguido, tendría que hacer otro más, que en vez de meditación uno más de comprensión...
252	CG: de compartir experiencias...tu hubieras agradecido que después del curso de ocho semanas, hubiera habido algunas sesiones más pudiendo expresar experiencias vividas, cómo os habéis sentido...
253	P3: si, pues yo que sé, plasmarlo, por escrito, y yo pienso que eso, estar seguido del que hicimos con BC, a mí me hubiera venido muy bien
254	CG: ¿pero por qué tú te sentiste con la sensación de no haber compartido todo lo que te hubiera gustado en ese momento?
255	P3: es que era mi primer curso, entonces claro como que me quede colgada en muchas cosas
256	CG: o sea, te hubiera apetecido como expresarte más.
257	P3: me hubiera gustado que aparte de expresión, que hubiera sido un poquito más largo y que diera paso a otra cosa, cosa que, luego yo hice con DC el del arte y me vino como anillo al dedo dije lo que necesitaba para terminar bien, así que a lo mejor, si proponen el del arte, yo de verdad que lo he hecho, después de este, ponerlo al poquito tiempo, es perfecto, una cosa y la puedes plasmar ahí, y tu sueltas todo lo que a lo mejor te ha quedado ahí, en el curso del arte, porque era todo soltar, todo soltar, y yo una cosa que venga precedida al poco tiempo de la otra creo que va a quedar perfecto.
258	CG: muchas gracias por la propuesta
259	P3: es que a mí por lo menos, me vino muy bien, se lo dije a DC igual, de verdad que también me pilló en un momento...y fue eso, soltar, porque si no me hubiera quedado colgada.
260	P2: para mí el ir a terapia saliendo de ahí, aunque se me ha ido I (se refiere a su psicóloga) (-)...yo no he ido jamás con un psicólogo, yo he hablado de lo que yo he querido, yo desde pequeña cuando vivía en Francia, en el colegio era obligatorio ir al psicólogo, y está muy bien, y bueno, yo nunca le he dado a un psicólogo, o sea nunca ha sabido enterarse.
261	CG: P2, para yo centrarme, el grupo, con una vida terapéutica individual a la vez, te ha aportado mucho más ¿es eso a lo que te refieres?

262	P2: si, "mogollón", sino que como digo he perdido a (<i>menciona el nombre de la terapeuta</i>) entonces como digo, no he retrocedido, me he parado, estancado (-) yo necesito, hablo desde mi propia experiencia, lo que a mí me ha ocurrido es una mierda, lamentablemente, es muy duro, cada uno tiene sus cosas, entonces, a mí eso me ha ayudado, yo necesito continuar porque yo he parado, hay muchos días que mi madre me dice "hija, necesitas un psicólogo" y yo sí, pero yo ahora no me lo puedo permitir, no me puedo permitir un psicólogo, ni nada, yo no trabajo, ni nada. Fui donde BC el otro día para comentarle algo puntual porque estaba muy mal.
263	CG: Mientras has estado con la terapeuta al igual que con el grupo, a ti te ha ayudado a entender muchas cosas ¿no? Junto con el grupo
264	P2: si, es para darle continuidad, a mí por lo menos.
265	P3: y ella también participaba en nuestro grupo (refiriéndose a la terapeuta). Entonces quieras que no, ella la veía, se hablaban.
266	Hablan al respecto, se interponen voces.
267	P1: tenéis mucho conocimiento, nos transmitís más, yo, por ejemplo, yo hablo de mí, de mi experiencia
268	CG: habéis dicho mucho eso, os habéis enterado mucho de eso "yo, yo, yo" se nota que BC y DC os han insistido un montón en hablar del yo.
269	P1: vuestro conocimiento a nosotros, a mí misma, me ha transmitido mucho, porque hablan...muchas veces escuchas, escuchas, pero hay mucha gente que no está preparada como vosotros y dices "para qué me voy con este si me va a aburrir más de lo que ya estaba"
270	P2: a mí me ha ayudado a escuchar, yo no escuchaba a la gente como vosotros.
271	CG: agradeceros a las cinco que habéis venido, un miércoles de julio a las dos de la tarde.
272	P3: cuando sea, yo por mí...
273	CG: agradeceros porque de verdad que forma parte de un estudio como muy grande, y queremos recoger el máximo de datos para, sobre todo para ayudaros, y a personas como vosotras, y a vosotras en concreto lo máximo posible, es por esto el sentido de esta reunión, para que desde vuestro lado nos enseñéis, así que nada, un gusto haberos conocido y muchas gracias.
274	P3: y que a ver ¿cuándo preparas el tuyo?
275	Risas
276	CG: ya os avisaré.

Anexo 5. Libro de definiciones

Nombre	Descripción
1. Factores relacionados a la aceptación	soltar la lucha y dirigirse hacia cosas que pueden ser valiosas para la persona. Reconocimiento activo de que las cosas son como son, sin una reacción emocional.
1.1. Soltar la lucha	dejar de resistirse a lo que es, permitir que las cosas sean como son, sin pelearse con ello.
1.2. Acción basada en valores	principios que se consideran importantes para la persona, forman parte del sistema de creencias, determinan su forma de actuar y sus pensamientos, expresan sus intereses y sentimientos, así como la forma como desean vivir y compartir sus experiencias con quienes le rodean.
1.2.1. Conectar con el disfrute y el bienestar	buscar experiencias agradables que facilitan disfrutar de la experiencia
1.2.2. Gratitude	es un valor universal que se relaciona con la capacidad para dar valor a lo cotidiano, poder apreciar las situaciones con las que se cuenta.
2. Factores relacionados a la calidad de vida	factores que indican un estado de bienestar y salud en las participantes tras su participación en los grupos.
2.1. Salud mental	reconocimiento de un estado de bienestar psicológico, mental y principalmente emocional.
2.1.1. Disminución de la catastrofización	poder disminuir pensamientos de rumiación, magnificación y el sentimiento de indefensión.
2.1.1.1. Rumiación - consciencia del pensamiento	a partir de darse cuenta del propio pensamiento es posible disminuir la rumiación.
2.1.1.2. Magnificación - menor anticipación	poder reconocer el pensamiento de anticipación, disminuye el pensamiento de prever una consecuencia mayor
2.1.1.3. Indefensión - poder con el dolor	sentirse en capacidad de poder con el dolor.
2.1.2. Disminución de la ansiedad	narrativas que indican que las participantes han podido gestionar la ansiedad
2.1.3. Soltar la rabia y disminuir la irritabilidad	reconocer un mejor estado de ánimo, en el que hay menor irritabilidad y rabia
2.1.4. Mejoría del insomnio	poder conciliar el sueño con mayor facilidad

Nombre	Descripción
2.2. Manejo de la interferencia del dolor en la vida	poder gestionar la interferencia del dolor en la vida diaria, predominantemente desde lo físico y social.
3. Autocompasión	“ser tocado por el propio sufrimiento” generando el deseo de aliviarlo con amabilidad y cariño. Ante una situación de sufrimiento, la respuesta autocompasiva implica una pausa para ofrecerse calma y comodidad, más que controlar o querer solucionar el problema
3.1 Autoamabilidad	tratarse a sí misma con amabilidad, gentileza, comprensión y suavidad cuando se está ante un momento de sufrimiento, implica alcanzar la calma y consolarse activamente en momentos de angustia contraponiéndose a la autocrítica, la culpa y el enfado.
3.1.1. Sentirse valiosa y capaz	poder valorarse a sí misma, dando valor a la propia vulnerabilidad conectando con la capacidad de alcanzar algo que resulta difícil.
3.1.2. Disminución de la autocrítica	darse cuenta de la voz autocrítica, pudiendo disminuirla.
3.1.3. Soltar la exigencia	permitir la experiencia sin condiciones, reconociendo la propia capacidad y hasta donde se es capaz de llegar.
3.1.4. Sostener el sufrimiento	se relaciona con la sensibilidad y el reconocimiento del sufrimiento propio y el del otro, y tener la disposición de permanecer o permitir, de atravesarlo
3.1.5. Quererse	poder tratarse con amabilidad
3.2. Mindfulness y sintonía con el presente	conectar con el presente con mayor consciencia de lo que sucede, dándose cuenta de lo que hay que permitir.
3.3. Autocuidado	emprender acciones que permiten estar mejor, en algunos casos con mayor consciencia y en otras emprendiendo estrategias que ayudan a cuidarse
3.3.1. Esfuerzo equilibrado	poder conservar los recursos fragmentando actividades en periodos que puedan ser manejables con tiempo para descansar
3.4. Humanidad compartida	La humanidad compartida es el reconocimiento de la naturaleza imperfecta de la condición humana y del sufrimiento ante experiencias difíciles. Implica un sentimiento de conexión con otros, en el que es posible abandonar la experiencia de un self aislado o separado de otros que tienen una vida “normal, perfecta o feliz”.
3.5. Pausa	poder parar y tomar consciencia de los pensamientos o emociones, pudiendo hacer algo con ello.

Nombre	Descripción
4. Factores terapéuticos grupales	se relaciona con aspectos que se han generado a partir de la experiencia con el grupo y que han aportado algún beneficio para las participantes
4.1. Cohesión	percibir al grupo como un lugar de aceptación, apoyo y comprensión entre sí, se establecen vínculos significativos que generan seguridad y confianza
4.1.1. Comprensión y no juicio	sentimiento de sentirse entendida y reflejada en el grupo, a partir de compartir las mismas dificultades.
4.1.2. Adherencia al tratamiento	el grupo como un factor de adherencia a la intervención
4.1.3. Relación de amistad	contar con los miembros del grupo más allá de la intervención y valorar esa relación
4.2. Universalidad	percibir que otros comparten una experiencia similar, permitiendo entender que no se está ante una experiencia aislada sino conocida por otros
4.2.1. Salir del aislamiento	poder salir del sentimiento de estar aislado a partir de estar en el grupo
4.2.2. Relativización	poder conceder menor valor e importancia a su situación a partir de ver a las demás.
4.3. Infundir esperanza	valorar que es posible estar mejor a partir de observar la mejoría en las demás, genera esperanza
4.4. Catarsis y contagio emocional	ser capaz de expresar emociones profundas en el grupo sin percibir rechazo.
4.5. Transmisión de información	se relaciona con aprendizajes dados por compañeras del grupo, por elementos del programa o por las terapeutas
4.6. Respeto grupal	consideración de que algo es digno y debe ser tolerado, una forma de escuchar y relacionarse con las demás
5. Cualidades terapéuticas de las terapeutas	aspectos que son resaltados por las participantes en relación con las terapeutas que llevaron los grupos
5.1. Amabilidad, cuidado y seguridad	Sentirse mirada, cuidada y segura por las terapeutas de los grupos, tejiendo una sensación de confianza y respaldo.
5.2. Aprendizajes de la relación	aprendizajes y aspectos resaltados como valiosos y que han ayudado en diferentes sentidos
5.2.1. Tono de voz	como un recurso terapéutico que ayuda a conectar con la práctica y los aprendizajes

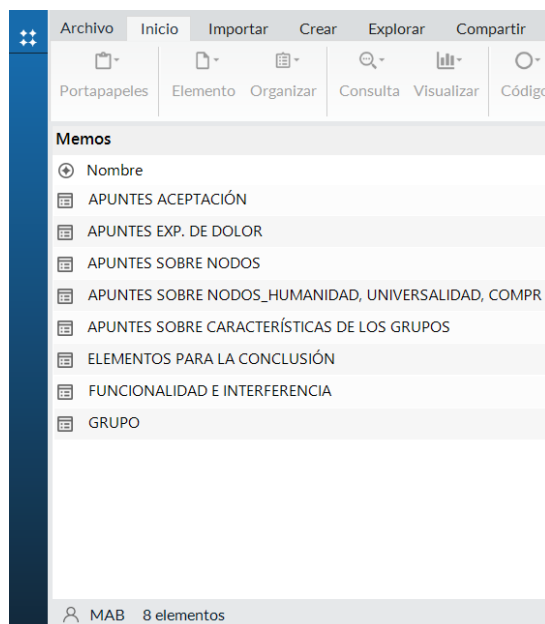
Nombre	Descripción
5.3. Habilidades terapéuticas de contención grupal	habilidades y técnicas empleadas por las terapeutas de grupo que han sido valoradas por las participantes
6. Estrategias terapéuticas aprendidas (práctica)	la experiencia de práctica en las sesiones y aprendizajes de la misma, que son desarrollados en la vida diaria
6.1. Práctica	estrategias aprendidas en la intervención que con la repetición o el entrenamiento, reconocen les han ayudado a estar mejor
6.1.1. Mindfulness y Respiración - MSC	beneficios y aprendizajes de la intervención respecto a la práctica de la meditación y la respiración.
6.1.2. Visualización y relajación-TCC	beneficios y aprendizajes de la intervención respecto a la práctica de la visualización y la relajación
6.1.3. Retos de la práctica	se relaciona con la dificultad de llevar a cabo la práctica en la vida diaria
6.2. Aprendizajes y recursos	aprendizajes con los que cuenta la persona que le ayudan en un momento difícil.
6.2.1. Relajación	es un aspecto buscado por las participantes para estar mejor
6.2.2. Posturas	ser consciente de cuál es la postura del cuerpo, para adoptarla y cuidarse

Anexo 6. Ejemplos de memos y anotaciones

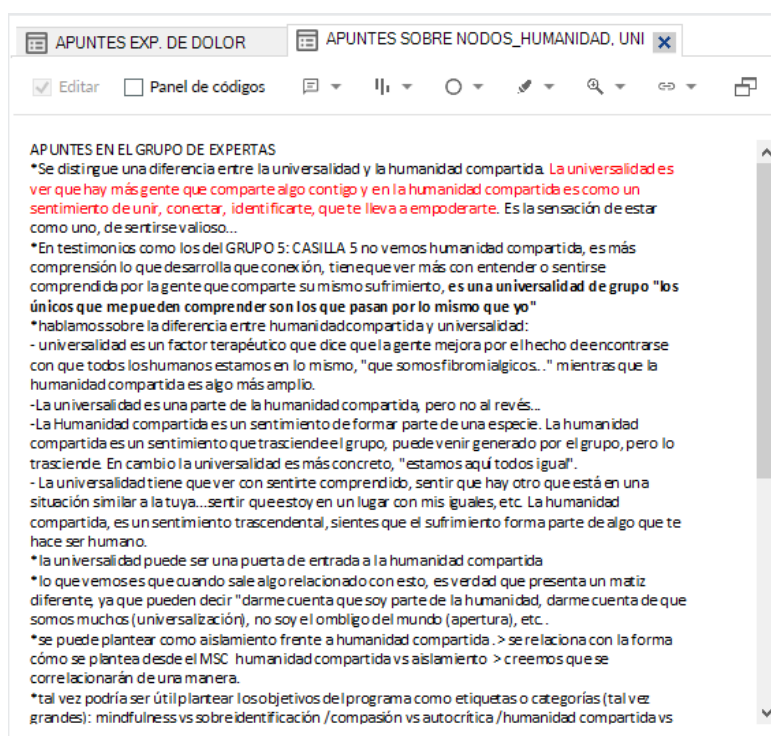
Memos en NVIVO

Los memos han sido apuntes de aspectos que se analizaban en las narrativas de los grupos que llevaban a reflexiones más amplias sobre los temas identificados. NVIVO ofrece la utilización de los memos como “hojas de notas” que pueden vincularse a los documentos de análisis. En nuestro caso, los hemos utilizado principalmente como notas, dado que las notas vinculadas a los documentos se han utilizado como anotaciones (que será descrito más adelante).

La imagen a continuación expone la visual general de los memos.



La imagen que encontramos a continuación refleja un ejemplo del contenido uno de los memos.



Las anotaciones son apuntes ligados a la narrativa de las participantes, el Programa NVIVO los resalta en azul y al pulsar sobre ellos puede evidenciarse su contenido. Lo que permite que, en las fases avanzadas del análisis, aún sea posible contar con los conceptos que se tenían inicialmente en la codificación abierta.

En la imagen a continuación se presenta un ejemplo codificado en el subtema de “rumiación-consciencia del pensamiento”. En el que encontramos el trozo codificado en negro, el resto del contexto de la frase en color gris y el comentario ligado al análisis inicial hecho que refiere aspectos que se tuvieron en cuenta en ese momento.

The screenshot displays the NVivo interface. At the top, a window title reads "2.1.1.1. Rumiación - consciencia del pensamien". Below the title bar, there are navigation icons. The main content area shows a document titled "Referencia 2 - Cobertura 0,50%". A text box with ID "115" contains a paragraph of text. Several phrases are highlighted in light blue, including "tengo esto aquí (sostiene un papel) y muchas veces cuando se me olvida, pues le echo una ojeada, y lo subrayo, y digo 'hoy me he ido al catastrofismo este' y nada, nada, tengo que volver otra vez a mi sitio; porque para mi el reto es seguir activa, ese es mi reto seguir activa, entonces estaba de baja por la porra de pastillas esas, y ahora he vuelto a trabajar y estoy contenta, y estoy esperando para que me llamen para por la tarde, porque eso sí, sigo con el insomnio, a veces ya no por dolores, sino por estar dándole vueltas a la cabeza, a veces me voy un poco tocada pero bueno, ahí sí que ya voy a una psicóloga que me pueda ayudar particular." To the right of the text box is a vertical sidebar with buttons for "Resumen", "Referencia", and "Texto". Below the text box, there is a section labeled "Anotaciones" with a table. The table has two columns: "Elem" and "Contenido". The first row shows "22" in the "Elem" column and a blue-highlighted text in the "Contenido" column: "*lo del catastrofismo esta relacionado con la técnica de reestructuración cognitiva que se trabaja en TCC, con eso que dice, nos da a entender que se da cuenta de su propio pensamiento, se da cuenta de una distorsión".

2.1.1.1. Rumiación - consciencia del pensamien

Referencia 2 - Cobertura 0,50%

115 G3P4: bueno, los retos...por ejemplo, como ayer que pase un día muy mala, yo tengo un problema de mareo, ya no es que me den mareos por las cervicales, sino encima por los oídos también tengo...(-) estaba mareada pero mira me puse la lavadora, me acosté, como suena la musiquita, cogí y la tendí, se me caían cosas al suelo y yo ya he aprendido también muchas posturas...tengo esto aquí (sostiene un papel) y muchas veces cuando se me olvida, pues le echo una ojeada, y lo subrayo, y digo "hoy me he ido al catastrofismo este" y nada, nada, tengo que volver otra vez a mi sitio; porque para mi el reto es seguir activa, ese es mi reto seguir activa, entonces estaba de baja por la porra de pastillas esas, y ahora he vuelto a trabajar y estoy contenta, y estoy esperando para que me llamen para por la tarde, porque eso sí, sigo con el insomnio, a veces ya no por dolores, sino por estar dándole vueltas a la cabeza, a veces me voy un poco tocada pero bueno, ahí sí que ya voy a una psicóloga que me pueda ayudar particular.

Anotaciones

Elem	Contenido
22	*lo del catastrofismo esta relacionado con la técnica de reestructuración cognitiva que se trabaja en TCC, con eso que dice, nos da a entender que se da cuenta de su propio pensamiento, se da cuenta de una distorsión

Anexo 7. Consentimiento informado



HOJA DE INFORMACIÓN AL PARTICIPANTE

Versión: 4.0

Fecha: Mayo 2018

Título del Proyecto de Investigación: “Estudio para la comparación de la eficacia de un Programa basado en Mindfulness y Autocompasión frente a un Programa Cognitivo-Conductual para la mejora del Auto-cuidado y la Calidad de vida en pacientes con Dolor Crónico”.

Promotor: Ángela Palao

Investigadores: Beatriz Rodríguez Vega, Marta Torrijos Zarcero, Luis Nocete Navarro

Investigadores colaboradores: Cristina Rocamora González, Marge Andrea Bermúdez Castro, Elena García Higuera.

Información general

El Servicio de Psiquiatría del Hospital Universitario La Paz le solicita que participe en un estudio de investigación que se está efectuando con pacientes con dolor crónico derivados desde la Unidades de dolor de este hospital y los Centros de Salud Mental de zona.

Se requiere conocer si mediante la participación en un Programa basado en Mindfulness y Autocompasión usted pueda beneficiarse de una mejoría en la calidad de su autocuidado y en la interferencia que el dolor causa en su vida diaria, frente a un programa basado en técnicas Cognitivo-Conductuales para el manejo del dolor crónico.

Si usted desea participar en este estudio, deberá leer detenidamente y firmar de forma voluntaria el modelo de consentimiento informado. Su firma indica que usted conoce la naturaleza y los procedimientos del estudio y nos da su consentimiento para participar en el mismo. Su decisión de participar o no, no le comprometerá a usted ni a sus cuidados médicos ulteriores. Aún en el caso de que desee participar, usted es libre de retirar su consentimiento e interrumpir su participación en cualquier momento.

Tras la firma del consentimiento informado, se le harán una serie de preguntas sobre la enfermedad y la historia de su dolor, y se le pedirá que cumplimente cuestionarios sobre calidad de vida, aceptación del dolor, catastrofización, capacidad de autocompasión y sintomatología ansioso-depresiva. A partir de ese momento, le corresponderá participar o bien en a) Programa basado en Mindfulness y Autocompasión ó b) Programa Cognitivo-Conductual. Pertenzca al programa que pertenezca, el que le haya correspondido por azar, el tratamiento médico de su dolor crónico continuará como hasta ahora siendo responsabilidad del equipo médico de la Unidad de Dolor.

Una vez haya finalizado el programa se le podrá invitar a una segunda parte del estudio que consiste en participar en un tipo especial de entrevista en grupo denominada *grupo focal*. El **objetivo** en este caso es conocer las perspectivas, opiniones y experiencias de las personas que participaron en uno de los dos programas de tratamiento grupal. Si usted acepta, su participación consistirá en formar parte del *grupo focal* junto con otros pacientes que hayan participado en su mismo grupo de tratamiento, siendo un mínimo de 4 y un máximo de 7 personas las necesarias para formar el grupo. En él, usted podrá expresar

con libertad su experiencia y opiniones, así como debatirlas con el resto de participantes del grupo. No es necesario estar de acuerdo o tratar de conseguirlo.

¿En qué consisten los programas de terapia?

El Programa Basado en Mindfulness y Autocompasión está definido por sesiones de 2 horas y 30 minutos de duración, durante 8 semanas, se trata de un tratamiento grupal. El programa se centra principalmente en ayudar al paciente a desarrollar su capacidad de autocuidado y aprender estrategias de regulación emocional. El programa pretende que el paciente aprenda a: dejar de tratarse a sí mismo con dureza y rigidez, manejar y regular las emociones difíciles con más facilidad, motivarse a sí mismo dándose ánimo en lugar de criticarse, transformar y gestionar las relaciones difíciles, conocer que es Mindfulness y experimentar la Atención Plena (entrenamiento de la atención para traerla al momento presente, observando, sin luchas, las experiencias que vayan surgiendo momento a momento), incorporar la Autocompasión en la vida cotidiana, cultivar la felicidad y el agradecimiento, comprender que es Autocompasión. El Programa de Mindfulness y Autocompasión es eminentemente práctico y vivencial a través de ejercicios experienciales.

El Programa Cognitivo-Conductual para el manejo del dolor crónico consta también de 8 sesiones de 2 horas y 30 minutos de duración, con frecuencia semanal, también de carácter grupal. La terapia cognitivo-conductual para el dolor crónico incluye diferentes componentes como la relajación, el entrenamiento en solución de problemas, técnica de reestructuración cognitiva (técnica que nos ayuda a darnos cuenta de la forma en que pensamos para poder modificar algunos pensamientos que nos producen malestar emocional), educación sobre emociones, entre otros... Se trata de enseñar al paciente una serie de estrategias dirigidas a aprender a regular sus emociones,

pensamientos y conductas, lo que repercutirá en la experiencia de dolor, disminuyendo el malestar emocional, y la sintomatología ansiosa y depresiva, asociados al mismo.

El tratamiento que se ofrece en ambos casos es grupal. En ambas modalidades de tratamiento habrá un máximo de 20 participantes por grupo. Los grupos de ambas condiciones serán conducidos por psicoterapeutas expertos adscritos al Servicio de Psiquiatría y Salud Mental del Hospital Universitario La Paz (Psiquiatras y/o Psicólogos Clínicos). Todos los participantes continuarán recibiendo su tratamiento habitual incluyendo el tratamiento para el dolor y otras condiciones médicas mientras participan en cualquiera de los grupos de tratamiento del estudio.

Tras la intervención, recogeremos de nuevo los datos sobre las variables estudiadas antes de la intervención (calidad de vida, aceptación del dolor, catastrofización, capacidad de autocompasión y sintomatología ansioso-depresiva) a través de los mismos cuestionarios. También le pediremos que valore la satisfacción con el tratamiento recibido.

El presente estudio tiene una duración de un año. Usted tendrá que completar una entrevista y los cuestionarios citados anteriormente en el momento previo a la intervención. Después, participará en uno de los dos grupos mencionados. Se llevarán a cabo 4 evaluaciones posteriores a la intervención, en las que tendrá que completar de nuevo los cuestionarios mencionados previamente: una en el momento inmediatamente posterior al final del tratamiento grupal, y a las 24, 36 semanas y al año de terminar el mismo.

¿Qué son los grupos focales?

El grupo focal es una técnica de investigación cualitativa, es decir, enfocada a conocer los discursos, las experiencias y las interacciones. Un grupo focal consiste en una entrevista grupal dirigida por uno o más moderadores a través de un guion de temas o de entrevista. Se busca la interacción entre los participantes como método para generar información. El grupo focal lo constituyen un número limitado de personas que en nuestro caso serán entre 4 y 7 participantes, un entrevistador/moderador y un observador. A través de él, se consigue información en profundidad sobre lo que las personas opinan y experimentan, explorando los porqués y los cómo de sus vivencias. Se trabaja con la información que se expresa en los discursos y las interacciones de los participantes en grupos. El lenguaje y las relaciones son los “datos” a analizar, comprender e interpretar.

Riesgos y beneficios. Voluntariedad.

No se puede garantizar que su participación en el estudio le proporcione un beneficio directo. Durante todo el proceso, su situación clínica y psicológica va a ser supervisada. Además, los resultados del estudio podrían ayudar a un mejor conocimiento de todos los factores implicados en la mejora de calidad de vida y malestar emocional en pacientes con dolor crónico.

Si usted no desea participar en el estudio continuará recibiendo el tratamiento habitual para su dolor, tal y como venía haciendo hasta ahora, sin que ello repercuta en la calidad del mismo.

Confidencialidad

Las sesiones de tratamiento y los grupos focales serán grabados en vídeo con fines de investigación para el presente estudio y con fines docentes. El material grabado es estrictamente confidencial. Los datos que se obtengan de su participación serán utilizados únicamente con fines de formación e investigación y solamente por parte del equipo de terapeutas que desempeñan su labor en el Servicio de Psiquiatría y Salud Mental del Hospital Universitario la Paz, guardándose siempre sus datos personales en un lugar seguro de tal manera que ninguna persona ajena pueda acceder a esta información y atendiendo a un estricto cumplimiento de la Ley Orgánica 15/1999 sobre la Protección de Datos de Carácter Personal. Fuera de los ámbitos citados, este material audiovisual no será utilizado para ningún otro propósito previamente no contemplado, como actividades promocionales o de venta directa.

El tratamiento, la comunicación y la cesión de los datos de carácter personal se ajusta a lo dispuesto en la Ley Orgánica 15/1999, de 13 de diciembre de protección de datos de carácter personal. De acuerdo a lo que establece la legislación mencionada, usted puede ejercer los derechos de acceso, modificación, oposición y cancelación de datos, para lo cual deberá dirigirse a su promotor del estudio.

Toda la información relacionada con el estudio es estrictamente confidencial (LOPD 15/99). Los datos recogidos para el estudio estarán identificados mediante un código y sólo el investigador del estudio/colaboradores podrán relacionar dichos datos con usted y con su historia clínica. Por lo tanto, su identidad no será revelada a persona alguna.

El acceso a su información personal quedará restringido al investigador del estudio/colaboradores, autoridades sanitarias (Agencia Española del Medicamento y Productos Sanitarios), al Comité Ético de Investigación Clínica y personal autorizado por el promotor, cuando lo precisen para comprobar los datos y procedimientos del estudio, pero siempre manteniendo la confidencialidad de los mismos de acuerdo a la legislación vigente.

Tanto en informes del estudio como en la publicación en revistas biomédicas o psicológicas, o en la presentación en Congresos o Reuniones Científicas de los resultados de la investigación, se mantendrá una estricta confidencialidad sobre la identidad de los pacientes (LOPD 15/99).

Datos de contacto:

Ángela Palao Tarrero. Servicio de Psiquiatría.

Hospital Universitario La Paz.

Pº Castellana, 261. 28046, Madrid.

Tlf : 91-727-72-76

Firma del Participante:

Firma del Investigador:

Fecha:

Versión: 4.0

Fecha: Mayo 2018

CONSENTIMIENTO PARA GRABACIÓN AUDIOVISUAL

Título del Proyecto de Investigación: “Estudio para la comparación de la eficacia de un Programa basado en Mindfulness y Autocompasión frente a un Programa Cognitivo-Conductual para la mejora del Auto-cuidado y la Calidad de vida en pacientes con Dolor Crónico”.

Promotor: Ángela Palao Tarrero

Investigadores: Beatriz Rodríguez Vega, Marta Torrijos Zarcero, Luis Nocete Navarro.

Investigadores colaboradores: Cristina Rocamora González, Marge Andrea Bermúdez Castro, Elena García Higuera.

Con objeto de poder analizar en profundidad las sesiones de la terapia y lo acontecido en los grupos focales en los que usted acepta participar, el equipo de investigación le solicita el permiso para proceder a la grabación en video de dichas sesiones.

Las grabaciones de este material se utilizarán para la formación de futuros terapeutas y para el análisis de su contenido por parte del equipo investigador.

El material grabado es estrictamente confidencial. Los datos que se obtengan de su participación serán utilizados únicamente con fines de formación e investigación y solamente por parte del equipo de terapeutas que desempeñan su labor en el Servicio de Psiquiatría y Salud Mental del Hospital Universitario la Paz, guardándose siempre sus datos personales en un lugar seguro de tal manera que ninguna persona ajena pueda acceder a esta información y atendiendo a un estricto cumplimiento de la Ley Orgánica 15/1999 sobre la Protección de Datos de Carácter Personal. Fuera de los ámbitos citados, este material audiovisual no será utilizado para ningún otro propósito previamente no contemplado, como actividades promocionales o de venta directa.

En ningún caso se harán públicos sus datos personales, siempre garantizando la plena confidencialidad de los datos y el riguroso cumplimiento del secreto profesional en el uso y manejo de la información y el material obtenidos.

Entiendo que puedo revocar mi decisión de aceptar o denegar el permiso de grabación cuando quiera, en cualquier momento del tratamiento, sin que esto repercuta en mis cuidados médicos y terapéuticos.

Entiendo que mi participación y cesión de imagen es voluntaria y no recibiré retribución económica alguna por ello.

Yo, D./Dña.

Con D.N.I. nº -, he leído el documento de consentimiento informado para la grabación de las sesiones que me ha sido entregado, he comprendido las explicaciones en él facilitadas acerca de dicha grabación, y he podido resolver todas las dudas y preguntas que he planteado al respecto. También comprendo que, en cualquier momento y sin necesidad de dar ninguna explicación, puedo revocar el consentimiento que ahora presento. También he sido informado/a de que mis datos personales serán protegidos y serán utilizados únicamente con fines de formación del equipo de terapeutas del Servicio de Psiquiatría y Salud Mental del Hospital Universitario La Paz y fines de investigación en el presente estudio.

Tomando todo ello en consideración y en tales condiciones, doy mi consentimiento para que puedan ser filmadas las sesiones grupales realizadas con los terapeutas Marta Torrijos y Dra. Ángela Palao, adscritos a la unidad de Psico-oncología y Dolor Crónico de los Servicios de Salud Mental del Área 5 (Hospital Universitario La Paz), y que sólo serán utilizadas con fines docentes e investigadores excluyéndose su utilización fuera de éste ámbito. Dichas grabaciones serán borradas en un tiempo estimado de un año, desde la finalización del grupo en curso.

Madrid, a del mes de de 20..... .

Fdo: D. /Dña.:.....

CONSENTIMIENTO INFORMADO POR ESCRITO DEL PARTICIPANTE

Versión: 2.0

Fecha: Mayo 2018

Título del Proyecto de Investigación: “Estudio para la comparación de la eficacia de un Programa basado en Mindfulness y Autocompasión frente a un Programa Cognitivo-Conductual para la mejora del Auto-cuidado y la Calidad de vida en pacientes con Dolor Crónico”.

Promotor: Ángela Palao

Investigadores: Beatriz Rodríguez Vega, Marta Torrijos Zarcero, Luis Nocete Navarro.

Investigadores colaboradores: Cristina Rocamora González, Marge Andrea Bermúdez Castro, Elena García Higuera.

Yo, _____ (nombre y apellidos del paciente y/o familiar)

He leído la hoja de información que se me ha entregado.

He podido realizar preguntar y aclarar dudas sobre el estudio.

Creo haber recibido suficiente información sobre el estudio, las actividades y pruebas que se realizan.

He hablado con (marca la casilla correspondiente):

- Ángela Palao Tarrero
- Beatriz Rodríguez Vega
- Marta Torrijos Zarcero

Comprendo y acepto que mi participación es voluntaria.

Comprendo y entiendo que puedo retirarme del estudio:

-Cuando yo quiera

-Sin tener que dar explicaciones

-Sin que mi retirada del estudio repercuta en el trato y en mis cuidados médicos.

Me comprometo a mantener una entrevista clínica con cualquiera de los investigadores del estudio si decido abandonar el mismo, sin que ello suponga ninguna repercusión en el trato y cuidados médicos que recibiré desde entonces.

Presto libremente mi conformidad para participar en dicho estudio.

En _____ a _____ de _____ de 20_____

Nombre y apellidos del participante. Firma y Fecha

Nombre y apellidos del investigador. Firma y Fecha.