

PALIACIÓN DEL DOLOR ONCOLÓGICO MEDIANTE LA PRÁCTICA DE LA ATENCIÓN PLENA (Mindfulness)



AUTORES:

Jaime Gómez Millán Barrachina. Oncólogo Radioterápico. Instructor de Mindfulness. FEA Unidad de Oncología Radioterápica Hospital Virgen de la Victoria

Yolanda Lupiañez Pérez. Directora de la Unidad de Gestión de Oncología Radioterápica. Hospital Universitario Virgen de la Victoria.

Ohara Arrebola López. Enfermera Gestora de casos Servicio Andaluz de Salud. Asociación de ayuda al paciente oncológico “La Sonrisa de Melania”.

Carmen Hurtado García. Enfermera Unidad de Oncología Radioterápica. Hospital Virgen de la Victoria.

1. Elección del ámbito de mindfulness

-Para realizar el proyecto de intervención grupal se ha elegido el ámbito clínico, más concretamente la paliación del dolor en pacientes neoplásicos (diagnosticados de cáncer). Esta elección se ha basado en el interés de los miembros del equipo investigador por la calidad de vida del paciente oncológico, siendo además uno de los investigadores oncólogo clínico.

-El dolor es uno de los síntomas más comunes de los pacientes con cáncer. Se estima que entre el 20 y 50% de los pacientes con cáncer sufren dolor en algún momento de la enfermedad, llegando a ser este porcentaje del 80% cuando se trata de un cáncer avanzado (1, 2). .

-Convivir con el dolor tiene una enorme repercusión sobre la calidad de vida para el paciente, asociándose con frecuencia a un sufrimiento emocional que influye decisivamente en la percepción del mismo por parte del paciente. Así, el dolor se acompaña frecuentemente de emociones negativas, estimándose que un porcentaje importante de pacientes neoplásicos con dolor sufren también de cuadros de stress, ansiedad, depresión e incluso ideas suicidas (3,4,5).

-Existen dos componentes del dolor, componente el primario y el secundario. El primario es consecuencia de un daño a alguna estructura del organismo, siendo entendido como una información directa que el cuerpo envía al cerebro. El secundario se relaciona con el procesamiento del dolor por parte de la mente (6), y se compone de todos los pensamientos, sentimientos, emociones y recuerdos que el paciente asocia al dolor, con los que el paciente va a crear un proceso de narrativa personal y diálogo interno, que lo interpreta y da sentido, modificando incluso la visión que tiene de sí

mismo. Por tanto, el cerebro va a interpretar la sensación dolorosa, combinando información procedente de la mente con información procedente del cuerpo. Esto en la práctica, significa que los pensamientos y emociones, que discurren tanto de manera consciente como inconsciente por nuestra mente, van a tener un profundo efecto en la intensidad del dolor, entrando en un círculo que se retroalimenta en la mente, amplificando y perpetuando el dolor (7).

-La intervención prevista basada en Mindfulness, tiene como objetivo reducir o eliminar el componente secundario del dolor, relacionado con el procesamiento y la percepción del mismo por parte del paciente. (8,9,10,11,12), ayudándole a gestionar el sufrimiento asociado al dolor crónico.

2. Contexto donde se implementará I.

-Dentro del ámbito del paciente con cáncer, el contexto de aplicación será el de pacientes con cualquier tipo de dolor oncológico que sean atendidos en el Hospital Universitario Virgen de la Victoria de Málaga.

-Los pacientes con tumores muy avanzados y metastásicos son generalmente incurables, y la mayoría de ellos reciben tratamientos agresivos con quimioterapia y/o radioterapia con sus consecuentes efectos secundarios físicos y emocionales, manifestando problemas de ansiedad y depresión frecuentes. Por otra parte, estos pacientes sufren habitualmente dolor intenso por su patología, con un componente emocional asociado, empeorando la percepción del dolor por parte del paciente.

¿Por qué una intervención basada en Mindfulness?. El núcleo del mindfulness lo constituye la atención y la amabilidad. Por ello, elegir este tipo de intervención nos

permite en primer lugar entender que, frente a la actitud habitual ante el dolor de rechazarlo, negarlo o huir, el aumento de la conciencia corporal y de la atención a las sensaciones somáticas, puede disminuir el dolor. En segundo lugar, llevar afecto y cuidado a la zona que duele y a nosotros mismos es también una actitud distinta a la respuesta natural basada en la resistencia o la evitación, ya que ambas aumentan el dolor. Por último, la conexión que surge de la atención y amabilidad hacia uno mismo va a disminuir el malestar asociado al aislamiento del mundo exterior del paciente provocado por el dolor.

La conexión con el resto de la humanidad, hace que nos sintamos parte de algo más grande y hermoso, donde nuestro dolor, aunque importante, no tiene por qué ser el centro de nuestra vida. Esta mirada que aporta el mindfulness puede ser de gran ayuda para los pacientes oncológicos que han de convivir con el dolor que su enfermedad les ocasiona.

Por tanto, una intervención basada en mindfulness podría ayudar a estos pacientes a gestionar de manera diferente el dolor neoplásico mediante una mejor gestión de las emociones negativas asociadas al mismo, la disminución de la reacción automática del pensamiento, y la reconexión con sus propios cuerpos. En definitiva, la práctica permitiría la disminución del dolor y calidad de vida de los pacientes, aportando a su vez distintas herramientas útiles para el futuro camino de la enfermedad.

3.Objetivos

Objetivo general: Aliviar el dolor secundario asociado a la enfermedad neoplásica en pacientes oncológicos con técnicas de atención plena antes y durante el tratamiento.

Objetivos específicos:

- Disminuir la intensidad del dolor
- Disminuir los requerimientos de morfina, en dosis y en tiempo de administración.
- Mejorar la calidad de vida.
- Mejorar el estado emocional del paciente.
- Disminuir la ansiedad y depresión del paciente
- Dotar a los pacientes de herramientas basadas en la aceptación, compasión, amabilidad y atención, para responder al dolor no controlado.

4. Descripción de las 4 sesiones.

SESION 1:

Tema: Introducción al Mindfulness. Piloto automático.

Descripción:

- **Definición:** Práctica meditativa dónde se ejercita la consciencia al prestar atención a la experiencia, sin juzgarla, sin evaluarla ni reaccionar a ella, independientemente que se presente agradable o desagradable (Kabat Zinn J, 1990).

- **Concepto general del curso:** El dolor físico se asocia a pensamientos y emociones perturbadoras que van a empeorar el dolor. Mediante el aumento de la conciencia corporal y de la atención a las sensaciones somáticas vamos a disminuir esas sensaciones perturbadoras y el dolor correspondiente.

- **Ejercicio de arraigo**

- **Presentación de participantes**

- **Reacciones al dolor: pensamiento y rumiación .**

- **Meditación centrada en la respiración**

- **Actividades para la semana y cierre grupal 10'**

SESION 2

Tema: La importancia de experimentar

Descripción:

- *Ejercicio de Arraigo*
- *Meditación para aumentar conciencia corporal. Scanner Corporal*
- *Diferencia ser frente a hacer*
- *Meditación movimiento consciente.*
- *Actividades para la semana y cierre grupal*

SESION 3

Tema: El entorno del dolor

Descripción:

- *Aprender a hacer un diario. Diseñar las líneas de referencia 15'.* (extraído del libro "Tú no eres tu dolor. Mindfulness para aliviar del dolor, reducir el estrés y recuperar el bienestar" de Vidyamala Burch y Danny Penman).

- *Responder frente a reaccionar.*
- *Meditación*
- *Pequeña rueda*
- *Propuesta para casa y cierre grupal*

SESION 4

Tema: Trabajo con el cuerpo

Descripción

- Ejercicios básicos de chikung 20´*
- Meditación de conciencia corporal*
- Puesta en común sobre lo vivido en el curso*
- Mensajes finales*

5. Sistema de evaluación

Para tener algún parámetro objetivo acerca de la eficacia del programa aplicado, se realizarán varias mediciones mediante cuestionarios y evaluaciones clínicas, al inicio del tratamiento, al final y a los 6 meses.

El dolor se medirá mediante las escalas visual analógica (EVA) y escala numérica (EN), mediante el cuestionario “Brief Pain Inventory”, desarrollada originariamente para el dolor oncológico (13). Se recogerá por parte del médico o enfermera responsable si ha necesitado morfina, qué dosis máxima, y por cuanto tiempo. Se realizarán cuestionarios de calidad de vida (EORTC) en los tiempos citados (14).

El estado emocional se medirá mediante el “Emotional Regulation Questionnaire” adaptado al español (15). La depresión se mediará por el test de Hamilton (16), y el test de ansiedad por el cuestionario de HDAS (17)

6. Conclusiones:

La creación de este proyecto ha sido un reto. Crear un programa de Mindfulness para paliar del dolor ha resultado difícil, principalmente por la escasa literatura disponible, y por la dificultad que entraña el adaptar un programa de atención plena a las particularidades de estos tipos de pacientes, con secuelas físicas y emocionales importantes derivadas de la enfermedad neoplásica

La experiencia de integrarnos para definir un programa común no ha sido dificultosa por vivir dos de los autores en Sevilla y el otro en Málaga. Sin embargo, el espíritu de colaboración, la flexibilidad y adaptación a las necesidades de cada uno, y la motivación, han sido máximas.

Nos gustaría que este proyecto no acabara en el papel, por lo que vamos a poner todo de nuestra parte para aplicar este curso a los pacientes oncológicos con dolor. Las dificultades que surgan para implementarlo nos servirán de enseñanza y experiencia para que en el futuro este programa sea útil a muchos pacientes.

8. Bibliografía

1. Fischer DJ, Villines D, Kim YO, et al.: Anxiety, depression, and pain: differences by primary cancer. Support Care Cancer 2010;18 (7): 801-10.
2. Bruera E, Kim HN: Cancer pain. JAMA 2003; 290 (18): 2476-9.
3. Jim HS, Andersen BL: Meaning in life mediates the relationship between social and physical functioning and distress in cancer survivors. Br J Health Psychol 2007; 12:363-81.
4. Harrington CB, Hansen JA, Moskowitz M, et al.: It's not over when it's over: long-

term symptoms in cancer survivors--a systematic review. *Int J Psychiatry Med* 2010; 40 (2): 163-81.

5. Foley KM: The relationship of pain and symptom management to patient requests for physician-assisted suicide. *J Pain Symptom Management* 1991; 6 (5): 289-97.

6. Lutz A, McFarlin DR, Perlman DM, Salomons T, Davidson R. Altered anterior insula activation during anticipation and experience of painful stimuli in expert meditators. *Journal Neuroimage* 2013; 64: 538-546. 7

7. Velikova G, Selby PJ, Snaith PR, et al.: The relationship of cancer pain to anxiety. *Psychother Psychosom* 1995; 63 (3-4): 181-4.

8. Kabat-Zinn, J., Lipworth L, Burncy R, Sellers W. Four year follow-up of a meditation base program for the self-regulation of chronic pain: Treatment outcomes and compliance. *Clinical Journal of pain* 1986; 2: 159.

9. Morone NE, Greco CM, Weiner DK. Mindfulness meditation for the treatment of chronic low back pain in older adults: A randomized controlled pilot study. *Pain* 2008; 134 (3): 310-319.

10. Grant JA, Rainville P. Pain sensitivity and analgesic effects of mindful states in Zen meditators: A cross-sectional study. *Psychosomatic Medicine* 2009; 71(1): 106- 114.

11. Brown CA, Jones A. Psychobiological correlates of improved mental health in patients with musculoskeletal pain after a mindfulness-based pain management program. *Clinical Journal of pain* 2013; 29(3): 233-244.

12. Zeidan F, Martucci KT, Kraft RA, Gordon NS, McHaffie JG, Coghill RC. Brain mechanisms supporting the modulation of pain by mindfulness meditation. *Journal of Neuroscience* 2011; 31(14): 5540.

¹³ Cabello, Ruiz-Aranda, Salguero y Castillo (1999)

social and physical functioning and distress in cancer survivors. *Br J Health Psychol* 2007; 12:363-81.

13. Haefeli M, Elfering A. Pain assessment. *Eur Spine J* 2006; 15: S17-S24.

14. Osoba d, Dancey J, Zee B et al. Health-related quality of life studies of the National Cancer Institute of Candada Clinical Trials Group. *J Natl Cancer Inst Monogr* 1996; 20:107-111.

15. Cabello, Ruiz-Aranda, Salguero y Castillo (1999)

16. Lopez-Pina JA, Sanchez-Meca J, Rosa-Alcazar Ana. The Hamilton rating scale for depression: A meta-analytic reliability generalization study. *International Journal of Clinical and Health Psychology* 2009; 9: 143-159.

17. Cabrera V, Martín-Aragón M, Terol MC et al. La escala de ansiedad y depresión hospitalaria (HAD) en fibromialgia: Análisis de sensibilidad y especificidad. <http://dx.doi.org/10.4067/S0718-48082015000300003>