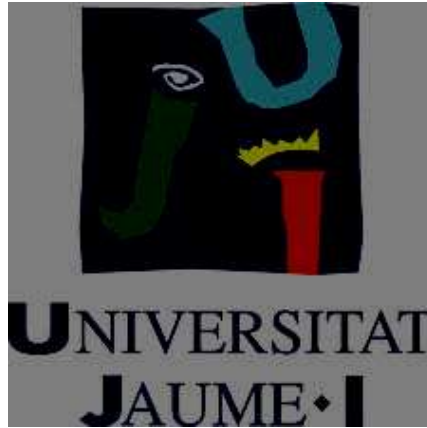


UNIVERSITAT JAUME I

Facultad de Ciencias de la Salud



GRADO EN PSICOLOGÍA

Curso académico 2014-2015

Trabajo Fin de Grado

El Mindfulness y su aportación al dolor crónico

Elena Arnau Rytman
20905527E
Daniel Pinazo Calatayud
Convocatoria: Julio

Contenido

Resumen.....	3
Abstract	4
Extended Summary	5
1.Introducción	7
2.Metodología	7
3.Resultados	8
4.Discusión.....	11
4.1.¿Qué es mindfulness?.....	12
4.2.Mindfulness y dolor crónico	16
4.3.Mindfulness y depresión	20
4.4.Mindfulness y fibromialgia.....	25
4.5.Mindfulness y cáncer	28
5.Conclusiones	31
6.Bibliografía	33

Resumen

Este texto revisa la literatura sobre la aplicación de la atención plena en el tratamiento del dolor crónico. En primer lugar, se lleva a cabo la explicación de mindfulness o atención plena, así como una breve clasificación del dolor, clarificando qué es y lo que significa padecer dolor crónico. Explicamos porqué el MBSR; un programa de reducción de estrés basado en la atención plena, resulta una buena intervención para tratar este tipo de dolor. Además, se abordan tres enfermedades crónicas en concreto; depresión, fibromialgia y cáncer. Se presenta una visión general de la investigación, concluyendo la eficacia moderada de la atención plena sobre estas enfermedades.

PALABRAS CLAVE: depresión, cáncer, fibromialgia, MBSR, programas de mindfulness, estrés, ansiedad y dolor crónico

Abstract

This paper reviews the literature on the application of mindfulness in the treatment of chronic pain. First, it holds the explanation of mindfulness, and a brief classification of pain, clarifying what is and what it means to suffer chronic pain. MBSR explain why; a program of stress reduction based on mindfulness, it is a good intervention to treat this type of pain. In addition, three chronic diseases are covered in concrete; depression, fibromyalgia and cancer. An overview of the research is presented, concluding the moderate efficacy of mindfulness on these diseases.

KEYWORDS: depression, cancer, fibromyalgia, MBSR, mindfulness programs, stress, anxiety and chronic pain

Extended Summary

Goal: Literature review on contributions of mindfulness to chronic pain. A search of the effectiveness in their application to the treatment of various chronic diseases.

Method: For the compilation of studies and scientific information search that included descriptors such as organized; mindfulness, depression, cancer, fibromyalgia, MBSR programs, mindfulness, stress and anxiety, mainly in English and Spanish languages. The search was made from databases available on the Internet, dissertations and theses and graduate universities. They were consulted scientific journals in the area of clinical psychology and health. Many of the documents are references for the last decade, being more important the number of studies in recent years, except for previous studies considered relevant as background.

The main databases that were consulted: PubMed and Web of Science. Also results were obtained also as Psycinfo databases.

Conclusions: After performing this literature review is established as a way of conclusion, the research about how mindfulness can be applied to help people with chronic pain is an emerging process, however as we have seen through the review, the results of research already be seen its effectiveness.

In addition to improving the management of pain and stress in different medical conditions, evidence can be found in the work of JM, Bertolín, (2015) for the efficiency and effectiveness of program-based stress reduction in the full awareness (MBSR), demonstrate that MBSR is effective or effective as an adjunctive intervention in symptoms of anxiety and mental health, certain mental disorders, and that helps improve overall health in non-clinical populations.

In the reviewed studies on depression, the results show how the program is effective in reducing symptoms, relapse rates dwindle and concludes that the MBSR is valid for addressing depression, but the MBCT, supported by empirical studies sufficient quality, which is created specifically to treat recurrent depressions.

We have concluded the same way, mindfulness is effective on patients with fibromyalgia and is a good therapeutic resource to alleviate, prevent and counteract many of the symptoms in these patients.

On the other hand, the cancer disease also found the effectiveness of training mindfulness. But it is worth for noting the impossibility for the moment, to claim that the art is in all cases, as this may not be followed by all patients in the same way as it requires its high involvement in this.

Counting on these results, we conclude that techniques such as mindfulness, according to his proven, low cost, easy implementation, and practically no contraindications, can be incorporated as part of a multidisciplinary treatment seeking improved symptoms People diagnosed with this type of pain; chronic.

We should continue our research to refine the program, because even though we count with good systematic reviews, clinical trials and meta-analyzes, quality can be variable as several of the trials have reduced and classic design or parallel sample size; where the control group receives another intervention similar while the experimental.

For future research should try to use randomization to the time of constructing the control group, only stop applying a pre-post design and ensure that the control group also received treatment, as all of this raises questions about the degree of effectiveness despite already existing positive evidence of the program. It also should better define the different profiles of cancer patients for which it may be appropriate to apply MBSR.

To highlight, the opportunity posed by these interventions can be carried out in a group, as this could be significant in addressing the symptoms of the patients.

Finally, we consider the relevance of the practice of mindfulness through regular meetings, and that implies the improvements achieved with the MBSR program still present. So the study route finding effective strategies to promote the continuation of the practice by patients to ensure permanent improvements over time.

1. Introducción

El mindfulness es una habilidad que ha demostrado ser efectiva en la psicología para tratar problemas de diversa índole. En la psicología clínica su expansión está en auge, concretamente, enfocado al tratamiento del dolor crónico. El término Mindfulness suele traducirse como atención y conciencia plena. La filosofía de esta terapia se basa principalmente en vivir el presente, estando atento a lo que pueda suceder, sin juzgar, ni interpretar. Está fundamentada en la aceptación de la realidad tal y como es. Dentro de esta filosofía, una de las técnicas más usadas es la meditación o la atención a estímulos internos o externos.

La aplicación de ésta, en pacientes con dolor crónico, se basa en la idea de que puede ayudarles a aceptar el dolor y por tanto reducir la evitación, y de este modo, tener más control sobre sus procesos atencionales ligados a la percepción del dolor. Cuando se evalúa el mindfulness como una capacidad o rasgo de personalidad vemos como correlaciona con el dolor. Las personas que puntúan más alto en mindfulness sienten menos dolor, presentan una mayor calidad de vida y sufren menos emociones negativas. (McCracken y Velleman, 2010). Así pues, la intención de esta revisión bibliográfica, es investigar acerca de las aportaciones que ofrece la práctica de mindfulness en las enfermedades de tipo crónicas

Se van a presentar evidencias sobre los efectos sobre el dolor crónico, mediante la aplicación de la atención plena como terapia y a partir de la literatura, se identificarán los principales correlatos psicológicos en relación a esta práctica, para integrar los avances en su estudio y proponer abordajes posibles de mayor profundización. Asimismo, se discuten problemas metodológicos a considerar para subsiguientes indagaciones relativas al tema.

2. Metodología

Para la recopilación de estudios e información científica se organizó una búsqueda que incluía descriptores como: mindfulness, depresión, cáncer, fibromialgia, MBSR y dolor crónico, principalmente en los idiomas inglés y castellano.

La búsqueda fue realizada a partir de bases de datos disponibles en internet, disertaciones y tesis de grado y posgrado de universidades. Fueron consultadas revistas científicas del área de la psicología clínica y la salud. Gran parte de los documentos son referencias de la última década, siendo más relevante el número de estudios de los últimos años, a excepción de estudios previos que se consideran relevantes como antecedentes.

Las principales bases de datos consultadas fueron: Web of Science y PubMed. Además se obtuvieron resultados también de bases de datos como Psycinfo.

3. Resultados

A continuación presentamos una tabla con los resultados obtenidos y los criterios de criba:

Término	Resultados
Mindfulness	6.363 resultados
	Mindfulness (4,503)
	Meditation (1,055)
	Intervention (680)
	Psychotherapy (524)
	Major Depression (483)
	Cognitive Therapy (452)
	Cognitive Behavior Therapy (419)
	Well Being (414)
	Stress (349)
	Acceptance and Commitment Therapy (337)
	Stress Management (327)
Mindfulness chronic pain	423 resultados
	Mindfulness (188)
	Chronic Pain (223)
	Meditation (44)
	Intervention (36)
	Pain Management (36)
	Cognitive Behavior Therapy (50)
	Acceptance and Commitment Therapy (39)
	Stress Management (40)
	Coping Behavior (16)
	Stress (35)
	Well Being (25)
Mindfulness depression	1.878 resultados

Mindfulness (1,412)
Major Depression (583)
Cognitive Therapy (379)
Meditation (315)
Intervention (202)
Anxiety (153)
Cognitive Behavior Therapy (231)
Well Being (106)
Stress (101)
Stress Management (95)
Symptoms(95)

Mindfulness cancer

522 resultados

Mindfulness (379)
Neoplasms (88)
Intervention (53)
Stress Management (72)
Breast Neoplasms (53)
Meditation (43)
Stress (39)
Spirituality (38)
Quality of Life (36)
Religion (33)
Well being (28)

Mindfulness fibromyalgia

140 resultados

Fibromyalgia (75)
Mindfulness (75)
Chronic Pain (9)

Intervention (8)
Meditation (8)
Pain Management (12)
Stress Management (6)
Cognitive Behavior Therapy (5)
Coping Behavior (5)
Pain (5)
Human Females (4)

MBSR

885 resultados

Mindfulness (651)
Stress Management (178)
Meditation (156)
Stress (86)
Intervention (85)
Cognitive Therapy (49)
Major Depression (90)
Anxiety (83)
Quality of Life (53)
Well Being (33)
Mental Health (24)

La búsqueda la realizamos en base a las enfermedades crónicas que abordamos y su relación con el tratamiento mindfulness, como posteriormente explicaremos, y a partir de las mismas, realizamos la búsqueda bibliográfica. Intentando en primer lugar, observar la relación entre mindfulness y el dolor crónico, y posteriormente el mindfulness aplicado concretamente en la enfermedad crónica de depresión, en fibromialgia y en cáncer.

4. Discusión

Nos basaremos en los estudios más recientes para realizar la revisión acerca de cómo el Mindfulness se aplica para mejorar la calidad de vida, ansiedad y bienestar psicológico, a través de la desvinculación progresiva del paciente con sus pensamientos y emociones negativas, ya que el impacto de éstas, resulta más doloroso que aquellos síntomas físicos propios de la enfermedad en sí. Tratamos de constatar cómo, en busca de la autorregulación emocional, mindfulness es aplicado en el tratamiento del dolor de las enfermedades crónicas

El mindfulness está en un proceso emergente, sin embargo como hemos visto a través de los resultados de las investigaciones, en éstos ya podemos observar efectos beneficiosos.

Este trabajo se ha centrado concretamente en tres enfermedades crónicas, siendo estas; depresión, fibromialgia y cáncer. A lo largo de esta revisión hemos podido conocer el enfoque pionero que ha integrado las técnicas de meditación dentro de la psicología y la medicina de occidente. Estamos hablando del MBSR; terapia de Reducción de Estrés Basada en la Conciencia Plena; aplicado en el tratamiento de las enfermedades que nos conciernen.

Hemos visto como, los numerosos estudios revisados sobre depresión, como (p. ej. Miró, M. T., Perestelo-Pérez, L., Pérez Ramos, J., Rivero, A., González, M., & Serrano, P, 2011; Teasdale et al. 2000, Ma et al, 2004), nos dan a conocer la efectividad moderada de los tratamientos psicológicos basados en la atención plena para reducir los síntomas asociados a los trastornos de esta enfermedad. . En los resultados obtenidos sobre depresión vemos como el programa resulta beneficioso para reducir las rumiaciones en pacientes con depresión y ansiedad (Ramel et al., 2004), así como para disminuir el malestar psicológico, incrementar el grado subjetivo en que los pacientes consideran haber alcanzado los objetivos terapéuticos y para acelerar la finalización del tratamiento (Weiss et al., 2005).

En cuanto a la fibromialgia, dentro de la investigación sobre el tratamiento de esta enfermedad, (p. ej. Grossman, Tiefenthaler-Gilmer, raysz y Kiespes, 2007; Sephton et al., 2007; Rosenzweig et al., 2010) observamos que, mindfulness supone un buen recurso terapéutico para paliar, prevenir y contrarrestar gran parte de los síntomas que presentan estos pacientes. Está constatada una mejoría tanto en el dolor como a nivel de calidad de vida, en síntomas somáticos, en ansiedad y en depresión mediante el empleo de este tipo de técnicas. El MBSR aquí aplicado, consigue efectos beneficiosos como, incrementar el bienestar psicológico, paliar la sintomatología depresiva, atenuar el dolor y mejorar el funcionamiento físico.

Por su lado, en la enfermedad del cáncer también encontramos trabajos (p.ej. Biegel, Brown, Shapiro, & Schubert, 2009; Birnie, Garland, & Carlson, 2010; A, Vallejo, Ortega, J, 2007) donde tras la aplicación de mindfulness, se da una mejora del estado de ánimo general, la calidad de vida, el estado de salud general, la

atención, el bienestar psicológico en los pacientes y sus acompañantes, así como en diversas patologías psiquiátricas. Observamos que el MBSR resulta el procedimiento más estudiado y aplicado con beneficios en el tratamiento de los pacientes oncológicos. No obstante, no podemos afirmar que deba ser la técnica de elección para todos los casos, ya que no resulta claro por el momento, que pueda ser seguida por cualquier tipo de paciente, ya que requiere de su alta implicación en ésta.

Contando con los presentes resultados, podemos observar que la aplicación de técnicas como mindfulness puede producir efectos beneficiosos en los tratamientos para el dolor crónico.

Empezaremos por explicar qué es el mindfulness y su relación con el dolor crónico, para posteriormente ver su aplicación en las diferentes enfermedades.

4.1. ¿Qué es mindfulness?

Dentro de la psicología occidental, las terapias cognitivo- conductuales están experimentando una maduración, dando lugar a las terapias de tercera generación. Las terapias cognitivo- conductuales de tercera generación integran en cierta forma a todas sus antecesoras, trabajando con un paradigma muy distinto, ya que no se trata tanto de “limpiar” síntomas al sujeto sino de modificar su experiencia subjetiva y la conciencia que tiene de ella, de tal modo que los síntomas resulten obsoletos o irrelevantes (Hayes, 2004). En palabras de este autor, la terapia cognitivo conductual postula que las cogniciones suponen la causa de los problemas emocionales y conductuales. Por tanto, “La premisa básica de las terapias cognitivo- conductuales, sostiene que si la causa de la conducta es el pensamiento, se ha de cambiar el pensamiento para cambiar la conducta. Las principales críticas a la TCC se enfocan en que éstas pueden ser limitadas debido a su propia tendencia a estandarizar los casos, y a que se derivan de una filosofía que considera que todo aquello que genere malestar o produzca dolor ha de ser rápidamente erradicado o eliminado a través de todos los medios disponibles (Mañas, 2007; Tai & Turkington, 2009).

Por su parte, las terapias de tercera generación se basan en las anteriores terapias cognitivo conductuales y las sintetizan y reformulan conduciéndolas hacia cuestiones a la espera de mejorar tanto la comprensión como los resultados. Son sensibles al contexto y a las funciones de los fenómenos psicológicos, no sólo a la forma, usando estrategias de cambio basadas en la experiencia y en el contexto además de otras más directas y didácticas. Construyen repertorios amplios, flexibles y efectivos en lugar de tender a la eliminación de los problemas claramente definidos, resaltando cuestiones que son relevantes tanto para el terapeuta como para la persona, tal y como nos dice Hayes, (2004).

Dentro de estas nuevas terapias que como principio terapéutico abandonan la lucha contra los síntomas y en su lugar quieren reorientar; modificando la experiencia subjetiva, encontramos mindfulness; la práctica de la atención plena. Tal cual nos dice Miró, (2006), la práctica de esta técnica ha penetrado de manera sostenida en la cultura occidental durante el curso del siglo XX. Es original de la influencia de los planteamientos

budistas aplicados en psicoterapia y cuenta con dos figuras de referencia pioneras, J. Kabat-Zinn y M. Linehan. Kabat introdujo la conciencia plena dentro de los hospitales para, concretamente, tratar el dolor crónico así como enfermedades psicosomáticas en relación con el estrés. Por su lado M. Linehan ha sido pionera en la aplicación de técnicas de atención plena para tratar el trastorno límite de personalidad y otras condiciones graves. Su adaptación con fines terapéuticos ha encontrado un terreno fértil en la psicología de la salud y en la terapia cognitiva.

Además, la atención plena se puede entrenar en grupos y esto hace que pueda ser extendida rápidamente y hace también que la relación coste/beneficio de estas intervenciones sea muy eficiente. En la actualidad, las intervenciones basadas en la atención plena se aplican a una población amplísima que abarca tanto problemas de salud o trastornos mentales como búsqueda del bienestar (Simón, 2012).

Una de las definiciones de mindfulness o atención plena más empleada en el campo de los tratamientos psicológicos es la de Kabat Zinn (1990, 2003) definiendo éste, como la conciencia que aparece al prestar atención a la experiencia tal y como es en el momento presente, de una forma intencional, sin juicios ni evaluaciones y sin reaccionar a ella. Además, (Kabat-Zinn, 2003, 2005) nos dice que la práctica de la atención plena, también implica, del mismo modo, dirigir la atención al momento presente que se está viviendo, presentando una actitud de compasión, interés, apertura y amabilidad, al margen de si la experiencia es agradable o desagradable. Este autor lo denomina, *tener mente de principiante*, ya que todo se mira con ojos recién estrenados, lo cual nos deja descubrir en las cosas aspectos que antes, al ir predispuestos a ver lo que se espera, no éramos capaces de ver.

Diríamos que la principal característica de la atención plena, se trata de la capacidad de la mente de observar sin juzgar, sin criticar y sin reaccionar a la experiencia en el momento presente.

Hanh (1976), por su lado, lo definió como “mantener la propia conciencia en contacto con la realidad presente. De una forma más completa, otros autores definen mindfulness como: “Una forma de atención no elaborativa, que no juzga, centrada en el presente, en la que cada pensamiento, sentimiento o sensación que aparece en el campo atencional es reconocida y aceptada tal como es” (Bishop et al., 2004). Por su lado, Brown y Ryan (2003), apuntan que la conciencia (consciousness) tiene dos aspectos: la atención (attention) y la percepción o “darse cuenta” (awareness). La percepción se refiere a la experiencia subjetiva, tanto de los fenómenos internos, como de los externos. Mientras que la atención se dirige hacia los aspectos seleccionados de la realidad.

Respecto a los componentes de mindfulness, hay un cierto consenso en la diferenciación de éstos según (Bishop y cols. 2004). El primero consiste en mantener la atención centrada en la experiencia del presente. El segundo componente es la actitud; de qué manera se vive el momento presente. En relación con esa actitud, Bishop y cols. (2004) resaltan la curiosidad, la apertura y la aceptación.

La atención plena es ecuánime, es decir, no toma partido por unas experiencias u otras. No se aferra a lo que

observa como agradable, ni intenta evitar lo desagradable. Atiende a todas las experiencias por igual. En la práctica de la atención plena, se acepta la experiencia tal y como es, ya sea ésta agradable o desagradable, como un suceso que ocurre. Y todos los sucesos son transitorios y no-permanentes (Simón, 2012).

Mientras estamos prestando atención, puede darse la situación de que el foco de atención se pierda, bien pues, en ese momento nos damos cuenta de nuestra propia falta de atención y “ese darse cuenta” es resultado de mindfulness, y éste es la atención que siente las cosas tal y como son, sin ninguna distorsión posible. Así pues, para resumir, como dice Simón, (2012), mindfulness o atención plena hace referencia tanto a la atención pura, en el sentido de sentir, de notar algo, como a la función de recordarnos que hemos dejado de notarlo.

Una vez tenemos claro a qué nos referimos cuando hablamos de mindfulness, buscamos una explicación empírica en la que basarnos para observar cómo, las enfermedades crónicas y su respectivo dolor, pueden beneficiarse de aquello que implica este concepto.

Esta nueva generación cuenta con la compaginación de la neurociencia, la psicología del desarrollo, la psicoterapia y el propio conocimiento de la mente (mindsight), alcanzado mediante mindfulness.

Desde el ámbito de lo científico, podemos definir mindfulness como un estado en el que el practicante es capaz de mantener la atención centrada en un objeto por un periodo de tiempo teóricamente ilimitado. (Lutz, Dunne y Davidson, 2007). Y según Siegel (2007), conlleva la disolución de las influencias del aprendizaje previo sobre la sensación del presente.

En términos neurofisiológicos, en nuestra percepción, Engel, Fries y Singer, (2001) nos dicen que conseguimos alcanzar un procesamiento cerebral llamado; de arriba abajo, en oposición al procesamiento ordinario de abajo arriba, que describe la entrada de información “fresca” desde los órganos sensoriales. Estos autores nos corroboran que el procesamiento de estímulos se encuentra bajo control de las influencias de arriba abajo que conforman las dinámicas intrínsecas de las redes tálamo-corticales y crean en todo momento predicciones sobre los eventos sensoriales entrantes.

La información del presente (de abajo arriba) tiene muchas dificultades para hacer llegar a la conciencia el mensaje original. Esa información primaria ha sido clasificada por Siegel (2007) en 8 sentidos, que nos resultan muy útiles para representarnos mentalmente la información con la que tratamos, al practicar la atención plena. Estos ocho sentidos son: los cinco órganos de los sentidos clásicos, la interocepción, la comprensión de la mente y, el sentido relacional, el cual nos da información sobre la existencia de resonancia o disonancia en nuestras relaciones interpersonales y nos permite sentirnos sentidos por los otros.

Tal y como nos comenta Simón, (2012), la riqueza de matices que se encuentra en los niveles sensoriales iniciales se va perdiendo a medida que los procesos de arriba abajo actúan, ubicando y relacionando la nueva

información con categorías ya determinadas.

Con mindfulness podemos cambiar esto prestando atención más plena a esa información entrante que puede acceder a la conciencia. Al prestar una atención especial a esta información, empezamos a poner dificultades al funcionamiento de los procesos de arriba abajo, facilitando así la llegada de mayor cantidad informativa a las instancias prefrontales.

En palabras de (Simón, 2012) cuando las secuencias automáticas se observan con atención, curiosidad, aceptación, apertura y sin juzgar, disminuyen su impacto y su intensidad; es posible, entonces, elegir una respuesta apropiada a la situación. Aunque la ansiedad, la depresión, la ira, etc. no desaparezcan por completo al principio, al comenzar a observarlas con atención plena, se van haciendo menos globales y se van restringiendo. Se incrementa, así, la autonomía en las situaciones que antes suscitaban angustia e impotencia, abandonando esa focalización en el dolor.

Por otro lado, resulta imprescindible el papel de las redes de las neuronas espejo; son el sustrato neural, el cual posibilita el entendimiento de la mente de los demás y la simulación. En el momento en el que vemos un movimiento en otra persona, se produce la activación en nuestro cerebro, de los mismos circuitos motores que necesitaríamos activar si tuviéramos que llevar a cabo dicho movimiento (Gallese, 2003). Así pues, percibiendo el movimiento de otros a través de nosotros mismos por así decirlo.

Complementando esto con la comprensión de la conducta de los demás Siegel (2007), lo llama la hipótesis de la autoempatía o de la sincronización interna. Este autor sugiere que estos sistemas neurales que suelen permitir las experiencias de sincronización con otras personas, en la práctica de mindfulness, tendrían un poder reflexivo sobre nosotros mismos, desarrollando así una auto-implicación, una relación buena, sin temor con la propia experiencia.

Esto tiene un gran valor terapéutico, especialmente cuando los sentimientos autodestructivos desempeñan un destacado papel en el cuadro patológico. En mindfulness podemos cambiar de perspectiva y observarnos y experimentarnos a nosotros mismos como si fuéramos otro (Simón, 2012).

Es interesante señalar que uno de los mecanismos por los que el estrés ejerce sus efectos negativos para la salud, es a través del aumento del cortisol y de sus consiguientes efectos inmunosupresores. Es posible que parte de los efectos beneficiosos de mindfulness sobre la inmunidad se deban a la atenuación de la secreción de cortisol en respuesta al estrés (Michaels, 1979).

En el trabajo de Sara Lazar y cols. (2005) del Massachussets General Hospital podemos ver la existencia de cambios estructurales en el cerebro mediante la práctica de la meditación por primera vez. Demuestra que mindfulness, provoca cambios funcionales transitorios, deja huellas estructurales en el cerebro. Es decir, si la

meditación, es suficientemente prolongada, produce cambios de rasgo, no meramente de estado.

Además, una de las razones por las que el uso de la atención plena está teniendo éxito en clínica es porque contribuye al restablecimiento del equilibrio emocional (como sucede en la ansiedad o en el trastorno límite de personalidad), y porque favorece los estados de ánimo positivos y las actitudes de aproximación frente a las de evitación, razón por la que se ha utilizado en el tratamiento de los cuadros depresivos (Segal, Williams, Teasdal, 2002; Simón, 2002).

Por tanto, la investigación neurobiológica confirma que al practicar mindfulness estamos propiciando un cambio inmediato en nuestro estado mental y que si la práctica se prolonga durante bastante tiempo, lo que al principio no era más que una modificación funcional transitoria, se convierte en cambios permanentes en la estructura cerebral, cambios que implican modificaciones también duraderas en la manera de ser y de reaccionar del sujeto, en definitiva, el cambio de un rasgo en su personalidad (Raz y Buhle, 2006).

Se trata de una técnica; la atención plena (mindfulness), con la que empezar a lidiar con el dolor, con esos tipos que pueden acompañarnos toda nuestra vida. De este modo, aliviar el sufrimiento y mejorar la convivencia.

4.2. Mindfulness y dolor crónico

La conciencia plena está relacionada con el autocontrol y auto-regulación, y es que, como (Kabat-Zinn, 1990) nos dice, alcanzar la conciencia de las sensaciones de dolor y de las respuestas de estrés, tal como aparecen, puede capacitar a los individuos para ejercer una variedad de respuestas de afrontamiento.

Siguiendo la idea de (Brown y Ryan, 2003) el mecanismo central de la conciencia plena; la percepción, nos deja ir a un paso más de las emociones negativas y verlas simplemente como unos estados que aparecen y tras hacerlo, nos dejan. Ser sabedores de esta impermanencia de los estados mentales, nos permite tener un mayor grado de tolerancia hacia los estados internos que no son placenteros.

El dolor ha estado al lado del hombre desde los orígenes de éste. El tratamiento inadecuado del dolor, o la incapacidad para hacer que cese, genera un enorme sufrimiento y desesperación en los seres humanos.

Comenzaremos por clarificar qué es el dolor y qué es el sufrimiento, ya que ambos difieren en significado.

a) Por una parte, el dolor se describe como "*experiencia sensorial y emocional desagradable, asociada con una lesión hística, presente o potencial, o descrita en términos de la misma*" (Merskey, 1979, IASP). Así pues, conforma una experiencia subjetiva formada por un conjunto de pensamientos, sensaciones y conductas. Si incluimos emociones desagradables, damos pie a sentimientos entre los que se encuentran el sufrimiento, la desesperación, etc. Se plantea que la experiencia del dolor supone asociaciones entre los

elementos de la experiencia sensorial y el estado afectivo aversivo. Entendiendo la atribución de significado a los hechos sensoriales desagradables, como una parte intrínseca de la experiencia del dolor.

Cabe especificar la clasificación de éste, según su fisiopatología subyacente (Nociceptivo y Neuropático), según su duración de presentación (agudo, crónico) y otros tipos de dolor (oncológico, psicógeno). Nos centraremos en la distinción según su duración, ya que es la parte que concierne a nuestra búsqueda de interés. Así pues la distinción será la siguiente:

El dolor agudo: Como un proceso neurobioquímico de transmisión de un impulso doloroso hasta su percepción en los centros superiores cerebrales, es un síntoma de alarma. Nos avisa de que algo amenaza nuestra integridad y nos obliga a tomar una actitud rápida que evite mayor daño, p ej. Retirar de la mano tras una quemadura. Por tanto, cumple una misión filogenéticamente útil, como aviso para evitar mayores daños. Es el dolor como síntoma. (Chapman, 1984), lo describe como *“un conjunto de experiencias desagradables de tipo sensorial, emocional y mental, acompañado de ciertas respuestas de orden automático, psicológico y conductual provocadas por una lesión en los tejidos o, como consecuencia de una inflamación.”* Suele ser de corta duración, sin embargo como (Baños y Bosch, 2002) dicen, con una terapia inadecuada, puede llevar a la aparición del dolor crónico.

El dolor crónico: por el contrario, es aquel que continúa en el tiempo, es aquel que persiste más de tres meses (Merskey y Bogduk, 1994; Pedrajas y Molino, 2008) incluso aunque las causas que lo desencadenaron hayan desaparecido. En este caso, el síntoma se convierte en la verdadera enfermedad. El dolor como enfermedad. Un dolor que se cronifica pierde su sentido protector, y se convierte en la propia enfermedad o la parte más importante de ella. Bajo la calificación de dolor crónico se suelen englobar diversas patologías como lumbalgia, fibromialgia, artrosis y cefaleas, en las que la psicología actual está trabajando de forma importante para la determinación de los factores psicológicos implicados en su desarrollo, mantenimiento, cronificación, tratamiento y/o recuperación (Casado, Moix y Vidal, 2008; López-Espino y Mingote, 2008; Redondo, León, Pérez-Nieto, Jover y Abasolo, 2008).

El dolor agudo cuenta con un carácter protector, y una relación entre lesión y dolor favorece la supervivencia mientras que el crónico carece de funcionalidad, destruyendo física, social y psicológicamente al paciente, perdiendo la relación entre lesión y dolor, sin reaccionar a los tratamientos habituales.

Nos vamos a centrar en concreto en el tipo crónico, dejando de lado el agudo, ya que es en el cual, vamos a aplicar el mindfulness como terapia, puesto que carecería de sentido emplearlo en aquellos dolores que no persisten en el tiempo. Antes cesaría el dolor, que aprendería nuestra mente y cuerpo a lidiar con él de una forma menos dolorosa y estresante.

b) Por otra parte, el sufrimiento, Chapman y Gravin (1993), lo definen como un estado afectivo, cognitivo y

negativo complejo caracterizado por la sensación que experimenta la persona al encontrarse amenazada su integridad. Riso (1997), señala que al dolor psicológico lo llamamos sufrimiento, el cual cumple una función de aviso en el mundo psicológico. Y por su parte, Cassell (1992) lo ha definido como el estado de malestar inducido por la amenaza de la pérdida de integridad o desintegración de la persona, con independencia de su causa. En el sufrimiento, primero se da una situación experimentada como desagradable, ante la amenaza el sujeto evalúa sus recursos. Si se siente impotente, la situación le genera sufrimiento. La falta de control ante la situación incrementará el sufrimiento. Éste no ocurre en el vacío sino en un estado de ánimo concreto. (Bayés, 1998).

Por tanto en distinción al dolor; el sufrimiento es la respuesta cognitivo- emocional, que presentamos frente a un dolor físico o ante una situación dolorosa. Participa la memoria, la imaginación, la inteligencia y la voluntad, recurrimos al pasado, nos trasladamos al futuro y puede durar indefinidamente, pese a que la situación por la que se generó ya se haya solucionado.

Previamente a echar un vistazo a cómo afecta el entrenamiento en conciencia plena a aquellas personas que conviven con el dolor crónico, nombraremos, las principales terapias (incluyendo la práctica de la conciencia plena; mindfulness) que comparten las enfermedades de dolor crónico.

El dolor, desde una visión tradicional, es conceptualizado, exclusivamente como un síntoma de una enfermedad, y este modelo funciona razonablemente bien para diagnosticar y tratar el dolor agudo. Sin embargo, el dolor crónico suele presentarse conjuntamente con todo tipo de emociones displacenteras, por lo que conviene conceptualizarlo como un cuadro más complejo (Truyols, Pérez-Pareja, Medinas, Palmer y Sesé, 2008).

Las principales terapias psicológicas que se emplean en el tratamiento del dolor crónico vamos a exponerlas a continuación junto con el grado de efectividad que han mostrado:

Relajación: En general, las revisiones realizadas sobre las mismas arrojan resultados poco alentadores sobre la utilización de la relajación como técnica única para el tratamiento del dolor crónico (Caroll y Seers, 1998; Kwekkerboom y Gretarsdottir, 2006; McQuay, Moore, Eccleston, Morley y Williams, 1997).

Biofeedback: a pesar de la efectividad de éste en pacientes con cefaleas y trastornos temporomandibulares existe un gran vacío sobre los mecanismos en los que se basan sus efectos. Respecto a otros tipos de dolores crónicos, no existe suficiente evidencia empírica como para concluir la efectividad del biofeedback. Así por ejemplo, en el caso de la lumbalgia crónica, el uso del biofeedback no ha mostrado su efectividad de forma concluyente (Van Tulder, Koes y Bouter, 1997).

Hipnosis: al igual que la relajación, puede aplicarse como técnica aislada o como parte integrante de otras terapias. En la revisión de Jensen y Patterson (2006) donde se analizaron investigaciones con muestras

compuestas por sujetos exclusivamente con dolor crónico (lumbalgia, cefalea, fibromialgia,...) se concluyó la efectividad de la técnica, aunque los resultados mostraron que no era superior a la relajación.

Técnicas operantes: terapia de aceptación y compromiso, terapia cognitivo conductual y mindfulness.

TAC: se ha empleado en diversas patologías y, entre ellas, el dolor crónico. Dado que, como ya hemos comentado anteriormente, la evitación es una estrategia común entre los pacientes que sufren dolor, la aplicación de esta terapia parece muy indicada. De hecho, se ha comprobado que los pacientes que aceptan más su dolor son los que puntúan más bajo en intensidad de dolor, presentan menos emociones negativas y disfrutan de una mayor calidad de vida (McCraken y Velleman, 2010). Algunos estudios apuntan la efectividad de la terapia de aceptación y compromiso en pacientes con dolor crónico (Luciano, Visdómine, Gutiérrez y Montesinos, 2001).

TCC: Ya citada anteriormente, somos conocedores de la efectividad de esta técnica, pero al mismo tiempo, sabemos cuáles son sus limitaciones, las cuales desaparecen al combinarla con la práctica en la atención plena, como bien hemos dicho anteriormente.

Mindfulness: La aplicación de la misma en pacientes con dolor crónico se basa en la idea de que puede ayudarles a aceptar el dolor y por tanto reducir la evitación, y a tener más control sobre sus procesos atencionales tan ligados a la percepción del dolor. De hecho, cuando se evalúa el mindfulness como una capacidad o rasgo de personalidad correlaciona con el dolor. Las personas que puntúan más alto en mindfulness sienten menos dolor, presentan una mayor calidad de vida y sufren menos emociones negativas (McCraken y Velleman, 2010).

En general, el malestar emocional se experimenta como menos displacentero y amenazador en un contexto de aceptación porque cambia su significado subjetivo, lo cual puede conducir a mejorar la tolerancia a los afectos (Bishop et al., 2004). Así pues, en pacientes con dolor crónico, el entrenamiento en conciencia plena, permite que los pacientes se expongan de forma prolongada a sus propias sensaciones en ausencia de consecuencias catastróficas, lo cual puede producir una cierta desensibilización y reducir las respuestas emocionales elicítadas por las sensaciones de dolor. Se ha descrito un mecanismo similar para los trastornos de ansiedad y el pánico. La observación sostenida, sin juzgar, de las sensaciones relacionadas con la ansiedad, sin intentar escapar o evitarlas, puede reducir la reactividad emocional (Kabat-Zinn, 1990).

Ahora procederemos a la revisión del aporte de mindfulness a las diferentes enfermedades, en concreto nos vamos a centrar en tres; la depresión, el cáncer y la fibromialgia, ya que las tres tienen un carácter crónico que implica la persistencia de este dolor en el tiempo, para así contar con la posibilidad de hacer un tratamiento de larga duración que se perpetúe en nuestra mente y cuerpo, encontrando una eficacia consolidada; tratamiento en conciencia plena.

4.3. Mindfulness y depresión

La depresión se trata de un problema de carácter urgente, dentro de nuestra sociedad actual. Estamos hablando de un trastorno frecuente en las personas, que cuenta con una recurrencia muy elevada. El curso que sigue el trastorno en cuestión supone un 50% de probabilidades de sufrir un segundo episodio en aquellos pacientes ya recuperados de un episodio inicial. Y el riesgo de recaída se eleva a un 70- 80% una vez has sufrido dos o más episodios, según nos dice (Elkin et al, 1989).

Buscamos los procesos y mecanismos por los cuales se inicia una depresión y tratamos de concretar cuáles son los procesos y mecanismos que la mantienen. Beck (1967; Beck et al. 1979), en su modelo cognitivo sobre la depresión, nos exponía que la causa de la depresión eran los eventos estresantes que activaban esquemas cognitivos depresogénicos subyacentes. Dichos esquemas, al mismo tiempo, generaban sesgos o distorsiones cognitivas específicas, como la sobregeneralización, el filtro mental o la personalización. Y las recaídas se daban al producirse una reactivación de los patrones de pensamiento negativos al aparecer estados de ánimo disfóricos.

De este modo, este planteamiento estaba generando que los contenidos cognitivos o el “qué” del pensamiento, supusieran el objetivo central del tratamiento. Pronto se pudo observar cómo, la terapia cognitiva era tan útil como la terapia farmacológica para tratar un episodio de depresión mayor. Es más, parecía discernirse que la terapia cognitiva contaba con algún efecto preventivo, ya que los tratados de esta manera recaían menos que los que se sometían a fármacos.

Pero, algunos autores comenzaron a proponer que el cambio importante dentro de la terapia cognitiva, residía más en el “cómo”, que en el “qué” del pensamiento, es decir, que lo importante es más, cómo se relaciona la persona con los contenidos, sean cuales sean, que en los contenidos cognitivos en sí. Entonces, a raíz de estas sugerencias, Teasdale (1988) explica la posibilidad de tratar con la recurrencia de la depresión, viendo que, si los mecanismos responsables del mantenimiento de la depresión no residieran en el “qué” (los contenidos), sino el “cómo” (los procesos), la situación es diferente. Porque se puede trabajar con los procesos del pensamiento independientemente de su contenido y esto haría posible el trabajo en grupo.

Como ya hemos comentado anteriormente, a lo largo de los últimos 20 años, ha habido un interés creciente en la adaptación de la meditación, sobretudo la meditación basada en la Atención Plena al tratamiento de trastornos psicológicos, que ha confluído en la aparición de un nuevo movimiento dentro de la psicoterapia actual, llamado Terapias basadas en la Atención Plena y la Aceptación (Hayes, 2004; Baer, 2006).

Mindfulness-Based Cognitive Therapy (MBCT) o lo que es lo mismo traducido al español, Terapia Cognitiva basada en la Atención Plena (TCAP) supone, dentro de este movimiento, una de las terapias más importantes, tanto en referencia a la implantación de ésta en centros de salud, como el respaldo empírico con

el que cuenta.

En los pacientes que padecen depresión, el uso de dicha terapia mejoraría mucho su condición. Una de las razones por las que el uso de la atención plena está teniendo éxito en clínica es porque contribuye al restablecimiento del equilibrio emocional (como sucede en la ansiedad o en el trastorno límite de personalidad), y porque favorece los estados de ánimo positivos y las actitudes de aproximación frente a las de evitación, razón por la que se ha utilizado en el tratamiento de los cuadros depresivos (Segal, Williams, Teasdale, 2002; Simón, 2002). La conciencia plena puede facilitar el autocuidado, puesto que mejora la atención a todos los acontecimientos cognitivos y emocionales tal como aparecen, incluyendo aquellos que pueden ser signos tempranos de potenciales recaídas depresivas (Segal et al., 2002).

Además, la exposición a los contenidos de la propia conciencia, deja experimentar las emociones más objetivamente y de una forma menos reactiva a aquellos que ya han sufrido depresión. Atendiendo de forma consciente a los estados emocionales negativos se aprende que no hay por qué temerlas o evitarlas porque acaban pasando (Segal et al., 2002). En general, el malestar emocional se experimenta como menos displacentero y amenazador en un contexto de aceptación porque cambia su significado subjetivo, lo cual puede conducir a mejorar la tolerancia a los afectos (Bishop et al., 2004).

También es sabido que los pacientes con un diagnóstico de depresión cuentan con una probabilidad mayor de estar centrados en sí mismos que los que no están deprimidos (Ingram y Smith, 1984; citado en Segal, Williams y Teasdale, 2002). En referencia a esta auto-observación, en mindfulness se aborda desde un modo adaptativo, en contraposición a la auto-observación rumiadora o no-adaptativa de otras corrientes psicológicas. Por tanto aclaramos, ya que la auto-observación adaptativa o experiencial, está basada en la Atención Plena, y es esencialmente diferente de la auto-observación analítica con un claro componente rumiador (Watkins y Teasdale, 2004). Con esto, vemos que existen buenas razones para hacer uso de mindfulness en el tratamiento psicológico de la depresión.

Jon Kabat-Zinn (Kabat-Zinn 1990), autor que desarrolló el programa de la Reducción de Estrés Basada en la Conciencia Plena (REBAP) o en términos ingleses, Mindfulness-Based Stress Reduction (MBSR) considera que éste supone un vehículo de entrenamiento para liberarse del sufrimiento. Se trata del enfoque en la integración de técnicas de meditación en la medicina y psicología de occidente dentro del marco de la terapia cognitiva de la depresión. Su autor forma parte del consejo de dirección del Mind & Life Institute de Washington, donde se investigan las posibles aplicaciones clínicas de la meditación.

La propuesta de este programa se trata de adoptar ciertas actitudes mientras se practican los ejercicios integrados en éste, y de este modo, poder afrontar el sufrimiento y el estrés. Dichas actitudes son; no juzgar, tener paciencia, adoptar una “mente de principiante”, es decir, dejando de lado las expectativas previas y atendiendo a lo que ocurre como si se tratara de la primera vez, confianza en la propia bondad y sabiduría básicas, no esforzarse en conseguir ningún propósito y aceptar y dejar pasar (no apegarse a las cosas). El

programa dura ocho semanas. Se les proporcionan autorregistros a cumplimentar y los participantes practican los ejercicios de forma individual en sus casas ayudados por cintas y vídeos. Además, tiene lugar una reunión semanal de dos horas y media para llevar a cabo la práctica grupal.

Por otra parte, clarificando la TCAP, se trata de un programa de entrenamiento en meditación y en terapia cognitiva, llevado a cabo por Segal, Williams y Teasdale (2003). La TCAP tiene incorporado el programa para la reducción del estrés, Mindfulness Based Stress Reduction (MBSR) explicado unas líneas más arriba. Por tanto, cuenta también con las técnicas y actitudes de éste último, para prevenir las recaídas en la depresión crónica.

Partimos de que la distracción es una buena técnica para tratar con la depresión en casos de estados de ánimo depresivo normales, no muy graves (Nolen-Hoeksama, 1991; Teasdale, 1999). Pero, la investigación ha encontrado que sus efectos duran muy poco tiempo (Fenell, Teasdale, Jones y Damle, 1987), y no es de gran utilidad para la prevención de recaídas en la depresión, al no contribuir en el aprendizaje de habilidades. Entonces, las terapias cognitivas clásicas se comenzaron a centrar en cambiar el contenido de los pensamientos de los pacientes bloqueando el establecimiento de patrones depresivos al intervenir sobre los pensamientos automáticos, y las creencias disfuncionales.

Así pues, el modelo de Teasdale y colaboradores, va un poco más allá e implica procesar contenidos similares (pensamientos negativos) pero desde una configuración cognitiva distinta, sin tratar de cambiar los contenidos de los pensamientos, sino la relación que establece la persona con sus propios pensamientos, como ya hemos explicado en párrafos anteriores.

Dando pie a la propuesta del entrenamiento basado en la meditación, en el que se entrena la habilidad de la Atención Plena o Mindfulness.

En resumen, la TCAP difiere de la terapia cognitiva, ya que enfatiza en la importancia de la relación de los pacientes con sus pensamientos. Su recomendación fundamental es el “descentramiento”, es decir, que no consideren a los pensamientos necesariamente verdaderos.

Teasdale (1988) ha estado trabajando desde hace mucho tiempo, en llevar a cabo el desarrollo de un modelo cognitivo para prevenir las recaídas en la depresión. Según su investigación, la farmacoterapia y la psicoterapia son efectivas en el 60-80 % de los casos cuando se trata de un primer episodio de depresión mayor.

Este autor, formuló la hipótesis de la activación diferencial para poder explicar la mayor vulnerabilidad de los pacientes según van sufriendo las recaídas. Según esta hipótesis, al repetirse durante los episodios de depresión, el estado de ánimo bajo asociado a los patrones de pensamiento negativos conduce a una mayor

probabilidad de reactivación de los patrones de pensamiento disfuncionales cuando nos encontramos con un estado de ánimo bajo. De este modo, una vez establecido el circuito automático que conecta el estado de ánimo bajo con los patrones disfuncionales, con menos estrés ambiental y frente a sutiles variaciones del estado de ánimo, se podrían volver a activar los patrones de pensamiento negativo. Esta hipótesis concuerda con los datos que muestran que el estilo de respuesta “rumiativa” puede perpetuar la depresión (Nolen-Hoeksema, 1991). Desde esta hipótesis cogemos la idea de que para prevenir las recaídas en la depresión, es necesario proporcionar a las personas los medios útiles para detener estos circuitos.

Entonces, tenemos que, mediante la meditación, se produciría un aumento de las habilidades metacognitivas de descentramiento, ya que llevando a cabo el ejercicio de observar desde la distancia o descentrarse se entrena la capacidad de afrontar de forma efectiva los problemas, y el uso de estrategias cognitivas potencialmente más productivas (Wells, 2003). Es decir, tal y como dicen (Kabat-Zinn 1982, 1990; Linehan, 1993; Teasdale et al, 1995) la principal razón con la que explicamos el efecto de las intervenciones basadas en la Atención Plena, son los cambios cognitivos relacionados con la capacidad de percibir los pensamientos sólo como pensamientos, no como reflejos de la realidad. Dichos cambios cognitivos implican la intención final del entrenamiento en mindfulness, es decir, tienen como objetivo, alcanzar la comprensión total, más allá de lo intelectual, de que los pensamientos no son la realidad, únicamente son pensamientos, y les hacemos frente más exitosamente.

Con dicho objetivo, Segal, Williams y Teasdale (2002) han sistematizado la TCAP para la prevención de recaídas en depresión, en el que combinan el programa de Kabat-Zinn (1990) con principios de la terapia cognitiva clásica, utilizando los períodos de remisión para trabajar en la “desautomatización” de la mente, de forma que cuando vengan las malas rachas con ánimos bajos, uno/a sea capaz de reconocer el estado, observarlo, y dejarlo pasar.

En cuanto a la efectividad del entrenamiento en atención plena, y sus beneficios en el tratamiento de la depresión, lo podemos observar en varios estudios.

Vemos un trabajo que ha estudiado los efectos directos de mindfulness sobre la actividad cerebral en relación con el estado de ánimo y con lo que se ha llamado la disposición afectiva. Richard Davidson y colaboradores (2003) estudiaron la actividad cerebral de 25 sujetos experimentales normales (empleados de una empresa de biotecnología) los cuales asistieron al programa MBSR durante 8 semanas. El EEG de los sujetos fue registrado en tres ocasiones; antes de las 8 semanas de tratamiento, justo tras el tratamiento y cuatro meses una vez finalizado el tratamiento. Los datos electroencefalográficos se elaboraron para sacar una medida de la activación cerebral del hemisferio derecho e izquierdo, y al mismo tiempo, utilizarlo para calcular el grado de asimetría existente entre ambos lados. Richard Davidson y colaboradores (2003) vieron que los meditadores, en comparación con los no meditadores, experimentaron un mayor incremento de la activación cerebral izquierda en las zonas cerebrales anteriores y medias, un patrón que se asocia a la presencia de una

disposición afectiva positiva. A saber, que hay una conexión muy consistente entre los estados emocionales positivos y un predominio de la activación cerebral anterior izquierda, y los estados afectivos negativos, con mayor predisposición al estado de ánimo depresivo y una mayor vulnerabilidad al afecto negativo con el predominio de la activación cerebral anterior derecha. Se ha de especificar que una mayor activación del lado izquierdo se asocia también a una reactividad aumentada a los estímulos emocionales positivos, a habilidad más grande a la hora de afrontar estados de ánimo negativos y poder suprimir el afecto negativo.

La investigación de Urry y cols. (2004) remarca que la desviación de la asimetría cerebral hacia la izquierda, se ve reflejada con ciertas cualidades que presenta mindfulness.

Para concretar, hablan de la ecuanimidad. Una mente ecuaníme es aquella que no discrimina, que permite el desprendimiento y no aferrarse a las cosas, pero sin mostrar abandono; todo lo contrario. Una actitud, por tanto, dada con el predominio de la actividad de la corteza prefrontal izquierda, es apertura al ánimo positivo, capaz de afrontar las situaciones negativas.

(Davidson y cols. 2003). Además se preguntaron si también habría relación con los parámetros inmunitarios del cuerpo. Así pues, tanto los meditadores como los que no recibieron una vacuna antigripal. Tras la administración de la vacuna, se midieron los niveles plasmáticos de anticuerpos de los sujetos y pese a que dichos niveles sufrieron un aumento en todos los sujetos, los de los meditadores se incrementaron mucho más que los del grupo control. La meditación potenciaba por tanto la producción de anticuerpos.

Otros meta-análisis de estudios publicados hasta el año 2001 sobre el MBSR y el MBCT han hallado un tamaño del efecto medio de 0,59, que puede ser considerado medio-alto (Baer, 2003). Otro meta-análisis sobre el MBSR ha obtenido un tamaño del efecto similar, 0,54, en las medidas de salud mental (Grossman et al., 2004). De todas formas, estas revisiones tienen ciertos inconvenientes ya que mezclan diferentes poblaciones y variables dependientes, así que no se pueden extrapolar sus resultados a todos los problemas tratados.

El análisis más detallado por patologías de los estudios publicados en el periodo 2000-2006 muestra que, en la mayoría de patologías, si bien los resultados son positivos y esperanzadores, se requieren más investigaciones que confirmen los hallazgos obtenidos respecto al MBSR, MBCT (Pérez, V, 2006).

Encontramos un estudio empírico de la TCAP donde ha sido validada la reducción de recaídas en depresión (Teasdale et al. 2000, Ma et al, 2004), enseñando efectividad en la reducción de recaídas en sujetos con más de tres recaídas. Estos autores querían constatar la eficacia de la TCAP en la reducción de sintomatología depresiva en un contexto ambulatorio y público de salud mental. En ambos grupos se consumen psicofármacos. En este trabajo se ha presentado una aplicación de la TCAP a pacientes con sintomatología depresiva en un contexto público de atención a la salud mental. Se concluye que la TCAP parece ser válido para abordar la depresión, los pacientes lo reciben bien y cuenta con una buena relación en cuanto al coste y

beneficios. Aunque, también hacen falta muchos más estudios para determinar su eficacia en el tratamiento de trastornos psicológicos.

El programa MBSR aplicado a pacientes con ansiedad y ataques de pánico presentó una reducción de sus puntuaciones de ansiedad, depresión y gravedad de los ataques (Kabat-Zinn et al., 1992). Un seguimiento de los pacientes del estudio anterior comprobó que las mejoras se mantenían al cabo de tres años (Miller et al., 1995). Este programa también ha resultado eficaz para reducir las rumiaciones en pacientes con depresión y ansiedad (Ramel et al., 2004), así como para disminuir el malestar psicológico, incrementar el grado subjetivo en que los pacientes consideran haber alcanzado los objetivos terapéuticos y para acelerar la finalización del tratamiento (Weiss et al., 2005).

El MBCT ha demostrado su eficacia diferencial respecto al tratamiento habitual en pacientes con depresión crónica, aunque sólo en el subgrupo que había padecido más de dos recaídas previas. En el periodo del estudio (60 semanas) la tasa de recaídas de estos pacientes fue significativamente menor que la del grupo de control (Teasdale et al., 2000). Lo mismo ha pasado con otro estudio en el que se ha hallado una tasa de recaídas aún más favorable para el MBCT (Ma y Teasdale, 2004).

4.4. *Mindfulness y fibromialgia*

La fibromialgia es una patología de naturaleza crónica que afecta a nivel biológico (falta de energía, dolor, etc.), psicológico (ansiedad, depresión, etc.), y social, y que afecta a la calidad de vida tanto a nivel personal, social como laboral (Collado et al., 2002). Dicha enfermedad se encuentra dentro de la Clasificación Internacional de Enfermedades CIE10 (Organización Mundial de la Salud, 1995) desde 1992, donde se considera una de las patologías del sistema muscular y del tejido conectivo. Los pacientes que padecen fibromialgia tienden a experimentar dolor y una sintomatología depresiva moderada, lo que desemboca en un deterioro significativo de su calidad de vida. Siguiendo en palabras de (Collado, 2002), hablamos de un síndrome crónico de etiología desconocida, que se caracteriza por la presencia de dolor generalizado, pudiendo llegar a resultar incapacitante para el paciente. Estos mismos autores afirman que un 2,4% de la población padece fibromialgia. Los estudios prospectivos indican que esta enfermedad sigue un curso crónico con una escasa mejoría a los 5-7 años de seguimiento (White, Nielson, Harth, Ostbye y Speechley, 2002).

Según (Castro, 2007), la gran mayoría de estos pacientes, presentan alteraciones comportamentales, al mismo tiempo que un enfrentamiento deteriorado ante el dolor que padecen. Ello nos permite ubicar esta enfermedad dentro de aquellos trastornos psicósomáticos pertenecientes al área afectiva. Atendiendo a (Garofalo, 2000) sabemos que las variables psicológicas tienen una implicación notable en la experiencia de dolor y teniendo presente que la fatiga y el dolor propios de la fibromialgia se originan mediante un proceso de condicionamiento respondiente (Turk, 1996) concluimos que un paciente con vulnerabilidad psicológica,

afianza los síntomas de dolor y de fatiga mediante una exposición reiterada a algunos estímulos en concreto. El nivel alto de prevalencia que está alcanzando el síndrome de fibromialgia, y las serias repercusiones sociales, familiares, laborales, económicas y sanitarias que supone, hacen necesaria la búsqueda constante de tratamientos que puedan paliar y mejorar los síntomas de esta enfermedad hasta hoy en día incurable (Carri-
condo, 2009).

Así pues, a estas alturas de la revisión, sabemos que los aspectos psicológicos, cuentan en la actualidad con un papel fundamental en el tratamiento del dolor. Los tratamientos psicológicos se han convertido en un componente indispensable en el abordaje del dolor crónico.

El supuesto que subyace a las técnicas de nuestro interés; técnicas de meditación mindfulness, según (Vallero, 2007), es que la falta de información sensorial, ya sea activa (mediante el uso de técnicas de control, distracción, etc.), o bien pasiva (no atendiendo de forma intencional a dicha información), impiden al organismo la información precisa y necesaria para que tengan lugar los modos naturales de aprendizaje. Dicho planteamiento, se enlaza con varios estudios que han demostrado como las estrategias de afrontamiento pasivas (el pensamiento catastrofista) aumentan la percepción subjetiva del dolor y el malestar psicológico, mientras que la utilización de estrategias de afrontamiento activas están relacionadas con un mejor estado de ánimo y un mejor grado de funcionamiento (Brown, Nicasio y Wallston, 1989; Soriano y Monsalve, 1999).

Así, la meditación mindfulness que ya conocemos, consigue que nuestros pensamientos no distorsionen nuestras emociones, evitando que se perpetúen niveles de ansiedad y depresión perjudiciales (Menezes y Dell'Aglio, 2009). Si se observa persistentemente y sin juzgar el contenido mental, se consigue un aumento gradual de la capacidad de percibir las propias respuestas mentales ante la estimulación interna y externa. Ello favorece la regulación de las acciones afectivas, así como una mayor percepción de control (Grossman et al., 2004).

Es por ello, que mindfulness dentro del campo de la medicina conductual y de la psicología, implica un idóneo recurso terapéutico para paliar, prevenir y contrarrestar gran parte de los síntomas que presentan los pacientes con fibromialgia, teniendo en cuenta su carácter grupal y psicoeducativo, y contando con varios estudios que han comprobado una mejoría tanto en el dolor como a nivel de calidad de vida, en síntomas somáticos, en ansiedad y en depresión en pacientes con fibromialgia mediante el empleo de este tipo de técnicas (Grossman, Tiefenthaler-Gilmer, raysz y Kiespes, 2007; Sephton et al., 2007) .

Al hablar de la disposición a experimentar la vida llena de sentido y manejable, estaríamos hablando de un sentido de coherencia, el cual se ha asociado a la salud mental en circunstancias estresantes. Un estudio aleatorio en el que han participado pacientes con fibromialgia ha podido constatar que, en comparación con el grupo de control, los participantes en un programa MBSR reportaban un incremento significativo en su sentido de coherencia (Weissbecker et al., 2002). Los síntomas depresivos son comunes entre los pacientes con

fibromialgia, así pues tras aplicar este programa en un estudio experimental con objetivo de poder aliviar síntomas, se han obtenido mejoras significativas en las puntuaciones de depresión somática y cognitiva (Sephton et al., 2007).

Diversos autores han comprobado que tras la aplicación del MBSR a pacientes con fibromialgia se conseguía incrementar el bienestar psicológico de las pacientes (Rosenzweig et al., 2010), paliar la sintomatología depresiva (Astin et al., 2003; Goldenberg et al., 1994; Sephton et al., 2007), reducir el dolor y mejorar el funcionamiento físico de las mismas (Astin et al., 2003). Por tanto se conseguían efectos beneficiosos.

Contamos con estudios que han demostrado mediante un entrenamiento en MBSR aplicado a este tipo de pacientes, que llegaban a reducirse de forma significativa diversas variables tales como la calidad de vida, el nivel de dolor percibido o las estrategias de afrontamiento del dolor empleadas, siguiendo un diseño cuasi-experimental con un grupo control de comparación (Grossman, Tiefenthaler-Gilmer, Raysz y Kesper, 2007). Estos autores aseguran como las mejoras se mantuvieron incluso transcurridos tres años desde el final del programa. También se comprobó que el nivel de activación del Sistema Nervioso Simpático (SNS) y el nivel de conductancia de la piel, así como la sintomatología ansiosa y depresiva de 24 pacientes que habían participado en un programa MBSR, se reducía significativamente al comparar las evaluaciones pre y post-tratamiento. (Lush et al. 2009). En relación con esto, diversos autores afirmaron que el programa MBSR resultaba moderadamente eficaz para la reducción del malestar psicológico en pacientes con padecimientos físicos o psicosomáticos, entre los que se encuentra la fibromialgia (Grossman et al., 2004; Hofmann, Sawyer, Witt y Oh, 2010).

Y por último en un estudio sobre la mejora en algunas dimensiones de salud percibida en pacientes con fibromialgia mediante la aplicación de un programa de meditación mindfulness (Franco, C., Mañas, I., y Justo, E., 2010) se concluye que el programa de intervención en meditación mindfulness obtuvo mejoras significativas en varias dimensiones de salud percibida de las pacientes con fibromialgia del grupo experimental evaluadas mediante el cuestionario SF-36. (García-Campayo, 2008) nos clarifica que mediante la práctica de las técnicas de conciencia plena la persona aprende una serie de habilidades que incorpora a su vida diaria y que pone en práctica en diversas situaciones, ya que las mejoras se mantenían también tras 3 meses post-tratamiento.

Así pues, las técnicas mindfulness implican una alternativa terapéutica y preventiva, contando con el compromiso activo por parte del paciente en su práctica regular. La práctica de las técnicas de meditación mindfulness hace que la persona se pueda desvincular progresivamente de sus pensamientos y de sus procesos emocionales, convirtiéndose de esta manera en un mecanismo muy útil y efectivo de autorregulación emocional (Martín-Asuero y García de la banda, 2007). Contando con los presentes resultados, podemos concluir que las técnicas como mindfulness, conforme a su demostrada eficacia, bajo coste, fácil aplicación,

y sus prácticamente nulas contraindicaciones, pueden ser incorporadas como parte de un tratamiento multidisciplinar en búsqueda de la mejora de los síntomas de personas diagnosticadas con fibromialgia.

4.5. Mindfulness y cáncer

Desde la OMS; Organización Mundial de la Salud, describimos el cáncer como un término genérico que designa un amplio grupo de enfermedades, de carácter progresivo y curso variable que pueden afectar a cualquier parte del organismo. Una característica de esta enfermedad es la multiplicación rápida de células anormales que se extienden más allá de sus límites habituales y pueden invadir partes adyacentes del cuerpo o propagarse a otros órganos. Según A, Vallejo, Ortega, J, (2007), el paciente oncológico; aquel que padece algún tipo de cáncer, está especialmente expuesto a condiciones estresantes asociadas al padecimiento de su enfermedad. En este caso, además de los problemas que se derivan de la enfermedad, se añade el impacto emocional de padecer un trastorno que repercute en la supervivencia y calidad de vida del paciente. Teniendo esto en cuenta, la intervención psicológica dirigida a reducir ese impacto emocional y los efectos asociados: trastornos del sueño, fatiga, ansiedad, depresión, etc., resulta adecuada e imprescindible. Hablamos de una enfermedad frecuente y compleja que compromete la supervivencia de la persona que la padece y, por extensión, genera un estrés socioemocional que condiciona su calidad de vida y justifica la demanda de atención psicoterapéutica y psicoeducativa como complemento al tratamiento médico que se recibe. (León, C, Mirapeix, R, Blasco, T, Jovell, E, Arcusa, A, Martín, A. y Seguí, M.A, 2013). La población de supervivientes de cáncer va en aumento pero lograr solo años de supervivencia ya no es suficiente y el interés está en mejorar la calidad de vida en todas sus dimensiones incluidas las psicológicas. Así pues, surgen nuevas necesidades psicosociales a atender para esta población. (Rodríguez, B, Priede, A, Maeso, A, Arranz, H y Palao, A, 2011). En la actualidad, para hacer disminuir el impacto emocional de la enfermedad y sus síntomas asociados, se dispone de diversos recursos psicológicos como las técnicas de control del estrés, la facilitación de estrategias de afrontamiento y demás recursos específicos para el dolor, los problemas de sueño, etc. En palabras de A, Vallejo, Ortega, J, (2007), el modo en que el paciente vive su enfermedad es determinante y el ajuste de sus recursos a su medio psicosocial aconseja una intervención individualizada para él. Estos autores nos resaltan que, de todas formas, resulta complicado elegir el tipo de intervención más adecuado, pero una de las mejores estrategias para la mejora de las habilidades de afrontamiento, la calidad de vida, la reducción del malestar emocional y la sensación de aislamiento en pacientes oncológicos, es el ya para nosotros conocido, MBSR desarrollado por Kabat-Zinn et al. Este programa, potencia que el paciente se centre en el momento presente de forma genuina, sin huir de la situación, aceptando lo que le corresponde experimentar en cada momento. Los pacientes con cáncer descubren que el impacto de sus pensamientos y emociones negativos es más doloroso que todos los retos físicos propios del diagnóstico, sintomatología y tratamiento del cáncer. Mientras que, mediante mindfulness se llega a la aceptación y la experiencia de los sentimientos y emociones, y la persona aprende a vivir conscientemente con el cáncer. (Bartley, T, 2013).

La efectividad del entrenamiento en atención plena ha sido demostrada en la mejora del estado de ánimo general, la calidad de vida, el estado de salud general, la atención, el bienestar psicológico en pacientes con cáncer y sus acompañantes, así como en diversas sintomatologías psiquiátricas (Biegel, Brown, Shapiro, & Schubert, 2009; Birnie, Garland, & Carlson, 2010). De hecho, el MBSR resulta el procedimiento más estudiado empíricamente y el cual ha sido aplicado al tratamiento de los pacientes oncológicos. (A, Vallejo, Ortega, J, 2007). Para constatar la eficacia, Brown y Ryan (2003) realizaron un estudio con pacientes de cáncer en el que concluyeron que, con mayor nivel de conciencia plena adquirida, menor nivel de alteraciones del humor y estrés en estos pacientes. Por otro lado, un grupo de mujeres con cáncer de pecho que se sometieron al MBSR durante un estudio realizado por Shapiro et al. (2003), obtuvo mejores resultados en la calidad del sueño que el grupo control que realizó actividades varias de gestión del estrés. Así mismo, mujeres con cáncer de pecho consiguieron reducciones en las medidas de estrés y ansiedad y mejoras en el ajuste mental al cáncer (Tacón et al., 2004). En otro caso, combinando la terapia cognitivo conductual con entrenamiento en mindfulness, se pudo demostrar también su eficacia para reducir, esta vez, las disfunciones sexuales que estaban teniendo lugar, después de un cáncer ginecológico. (Rodríguez, B, Priede, A, Maeso, A, Arranz, H y Palao, A, 2011) En palabras de estos autores, se produjeron efectos positivos en el deseo sexual, excitación, orgasmo, satisfacción sexual y bienestar. Además de los beneficios descritos en pacientes oncológicos, también tuvieron lugar mejoras en el funcionamiento psicológico de sus parejas, como reducciones significativas de estrés y de alteraciones del estado de ánimo, tras haber realizado MBSR.

Como vemos, contamos con varios estudios que evidencian la eficacia de este tipo de intervenciones en el ámbito de la salud. En referencia a la aplicabilidad clínica del MBSR en pacientes oncológicos se puede considerar pionero el estudio realizado por Carlson y Speca, (2000) donde se demostró la efectividad en la reducción de alteraciones de ánimo y disminución del estrés, frente a un grupo control de lista de espera. Desde entonces, han sido numerosos los trabajos que han evaluado la eficacia del MBSR en población oncológica, quedando ésta avalada tanto a través de meta-análisis como mediante una revisión crítica. Los efectos beneficiosos se han constatado en pacientes que atravesaban la fase de tratamiento y en diferentes aspectos psicológicos como el estrés y la rumiación. Respecto a los aspectos físicos, se pudo observar mejoría en la fatiga, pero no en la presión sanguínea. (León, C, Mirapeix, R, Blasco, T, Jovell, E, Arcusa, A, Martín, A. y Seguí, M.A, 2013). También pudieron observar cómo, al comparar la efectividad de dos intervenciones grupales, una basada en el MBSR y otra psicoeducativa estándar para la reducción del malestar psicológico asociado al estrés en pacientes de cáncer, (tanto si se encontraban en situación de tratamiento activo como si habían finalizado el mismo) los datos de la investigación indicaron que el MBSR producía una mejoría importante en el malestar emocional y en la calidad de vida, superior a la que se puede lograr con una intervención psicoeducativa. No obstante, no pudo afirmarse que el MBSR deba ser la técnica de elección para todos los casos, ya que no resultaba claro que pueda ser seguida por cualquier tipo de paciente, al requerir una alta implicación por parte del mismo. Estos autores concluyeron que es necesario seguir investigando para delimitar mejor los diferentes perfiles de paciente para los que puede estar indicado aplicar MBSR o bien otra de las técnicas actualmente disponibles en intervención psicooncológica. León, C, Mirapeix, R, Blasco, T, Jovell,

E, Arcusa, A, Martín, A y Seguí, M.A, (2013), señalan que a pesar de las evidencias positivas, siguen habiendo cuestiones sin resolver respecto a cuál es el grado de eficacia concreto que puede obtenerse aplicando el MBSR a pacientes oncológicos, ya que las revisiones actuales coinciden en que se encuentran ciertas limitaciones metodológicas en las investigaciones publicadas. Así, algunas investigaciones no utilizan la aleatorización para construir el grupo control o aplican únicamente un diseño pre-post mientras que otras, si bien utilizan un grupo control aleatorizado, este grupo no recibe tratamiento, manteniéndose en lista de espera o sin recibir un tratamiento específico, con lo que resulta de mayor dificultad concluir si el MBSR, aun siendo aparentemente eficaz, ofrece mejores resultados frente a otros tipos de intervención.

En resumen, sin dejar de lado las limitaciones metodológicas, las cuales demandan continuar con una mayor investigación, podemos afirmar que los pacientes con cáncer y el creciente número de personas supervivientes de esta enfermedad, plantea nuevas necesidades de tratamiento para atender a sus demandas emocionales y mejorar su calidad de vida. Mediante mindfulness, no estamos cambiando los acontecimientos sino la forma de percibirlos: se trata de una transformación en la forma en que cada uno se relaciona con su realidad y no de la realidad en sí. Así pues, las técnicas basadas en atención plena pueden ser utilizadas para una mejora de la calidad de vida de los estos pacientes y a su vez abrir un campo para promover el crecimiento personal tras la experiencia de enfermedad oncológica. (Rodríguez, B, Priede, A, Maeso, A, Arranz, H y Palao, A, 2011).

5. Conclusiones

Después de realizar la presente revisión bibliográfica se establece a modo de conclusión que, la investigación acerca de cómo el mindfulness puede ser aplicado para ayudar a las personas que padecen dolor crónico está en un proceso emergente, sin embargo como hemos visto a través de la revisión, los resultados de las investigaciones ya constatan su efectividad.

Además de mejorar el manejo del dolor y del estrés en diferentes condiciones médicas, las pruebas que podemos encontrar en el trabajo de J.M, Bertolín, (2015) en busca de la eficacia y efectividad del programa de reducción del estrés basado en la conciencia plena (MBSR), demuestran que el MBSR es eficaz o efectivo como intervención adyuvante en los síntomas de ansiedad y salud mental, en ciertos trastornos mentales, y que ayuda a mejorar la salud en general en poblaciones no clínicas.

En los estudios revisados sobre depresión, los resultados obtenidos indican como el programa resulta eficaz para la reducción de los síntomas, las tasas de recaídas menguan y se concluye que el MBSR es válido para abordar la depresión, pero el MBCT, avalado por estudios empíricos de calidad suficiente, es el que se ha creado específicamente para tratar las depresiones recurrentes.

Hemos concluido del mismo modo que, mindfulness resulta efectivo sobre los pacientes con fibromialgia y supone un buen recurso terapéutico para paliar, prevenir y contrarrestar gran parte de los síntomas que presentan estos pacientes.

Por su lado, en la enfermedad del cáncer también encontramos la efectividad del entrenamiento en atención plena. Pero cabe resaltar, la imposibilidad por el momento, de afirmar que sea la técnica en todos los casos, ya que quizá no puede ser seguida por todos los pacientes del mismo modo, ya que requiere de su alta implicación en ésta.

Contando con los presentes resultados, podemos concluir que las técnicas como mindfulness, conforme a su demostrada eficacia, bajo coste, fácil aplicación, y sus prácticamente nulas contraindicaciones, pueden ser incorporadas como parte de un tratamiento multidisciplinar en búsqueda de la mejora de los síntomas de personas diagnosticadas con este tipo de dolor; el crónico.

Habría que continuar investigando para refinar el programa, ya que aunque contemos con buenas revisiones sistemáticas, ensayos clínicos y metanálisis, la calidad puede ser variable ya que varios de los ensayos cuentan con un tamaño muestral reducido y de diseño clásico o en paralelo; donde el grupo control recibe otra intervención parecida al mismo tiempo que el experimental.

Para futuras investigaciones se debería tratar de usar aleatorización a la hora de construir el grupo control,

dejar de aplicar únicamente un diseño pre-post y asegurarse de que el grupo control también reciba un tratamiento, ya que todo ello genera dudas respecto al grado de eficacia pese a que ya existan evidencias positivas del programa. También se debería de delimitar mejor los diferentes perfiles de paciente oncológico para los que puede estar indicado aplicar MBSR.

A resaltar, la oportunidad que supone el que estas intervenciones se pueda llevar a cabo en grupo, ya que esto podría resultar un coadyuvante significativo en el abordaje de los síntomas de los pacientes.

Por último, considerar la relevancia que tiene la práctica de la atención plena mediante sesiones regulares, ya que ello implica que sigan presentes las mejorías conseguidas con el programa MBSR. Así pues encaminar el estudio a la búsqueda de estrategias eficaces que promuevan la continuación de dicha práctica por parte de los pacientes para asegurar mejoras permanentes en el tiempo.

6. Bibliografía

- Astin, J., Berman, B., & Bausell, B. (2003). The efficacy of mindfulness meditation plus Qigong movement therapy in the treatment of fibromyalgia: a randomized controlled trial. *The Journal of ...*. Retrieved from <http://www.jrheum.org/content/30/10/2257.short>
- Baer, R. (2003). Mindfulness training as a clinical intervention: A conceptual and empirical review. *Clinical Psychology: Science and Practice*. Retrieved from <http://onlinelibrary.wiley.com/doi/10.1093/clipsy.bpg015/full>
- Beck, A., & Rush, A. (1979). Shaw, BF, & Emery, G.(1979). *Cognitive Therapy of Depression*. Retrieved from https://scholar.google.es/scholar?q=Beck%2C+A.+T.%2C+Rush%2C+A.+J.%2C+Shaw%2C+B.+F.%2C+%26+Emery%2C+G.&btnG=&hl=es&as_sdt=0%2C5#0
- Biegel, G., & Brown, K. (2009). Mindfulness-based stress reduction for the treatment of adolescent psychiatric outpatients: A randomized clinical trial. *Journal of Consulting ...*. Retrieved from <http://psycnet.apa.org/journals/ccp/77/5/855/>
- Bishop, S., Lau, M., & Shapiro, S. (2004). Mindfulness: A proposed operational definition. ... *Science and Practice*. Retrieved from <http://onlinelibrary.wiley.com/doi/10.1093/clipsy.bph077/full>
- Bohlmeijer, E., Prenger, R., Taal, E., & Cuijpers, P. (2010). The effects of mindfulness-based stress reduction therapy on mental health of adults with a chronic medical disease: A meta-analysis. *Journal of Psychosomatic Research*, 68(6), 539–544. <http://doi.org/10.1016/j.jpsychores.2009.10.005>
- Brown, K., & Ryan, R. (2003). The benefits of being present: mindfulness and its role in psychological well-being. *Journal of Personality and Social ...*. Retrieved from <http://psycnet.apa.org/journals/psp/84/4/822/>
- Campayo, J., Rodero, B., & Alda, M. (2008). Validación de la versión española de la escala de la catastrofización ante el dolor (Pain Catastrophizing Scale) en la fibromialgia. *Medicina Clínica*. Retrieved from <http://www.sciencedirect.com/science/article/pii/S002577530873077X>
- Carlson, L., Speca, M., Farris, P., & Patel, K. (2007). One year pre–post intervention follow-up of psychological, immune, endocrine and blood pressure outcomes of mindfulness-based stress reduction (MBSR) in breast. *Brain, Behavior, and Immunity*. Retrieved from <http://www.sciencedirect.com/science/article/pii/S0889159107000852>
- Carroll, D., & Seers, K. (1998). Relaxation for the relief of chronic pain: a systematic review. *Journal of Advanced Nursing*. Retrieved from <http://onlinelibrary.wiley.com/doi/10.1046/j.1365-2648.1998.00551.x/full>
- Casado, M. (n.d.). Moix, J. y Vidal, J.(2008). Etiología, cronificación y tratamiento del dolor lumbar. *Clínica y Saiud*. Retrieved from https://scholar.google.es/scholar?q=Casado%2C+Moix+yVidal%2C+2008&btnG=&hl=es&as_sdt=0%2C5#0
- Chapman, C., & Jacobson, R. (1984). Assessment of analgesic states: can evoked potentials play a role. *Pain Measurement in Man*. Retrieved from https://scholar.google.es/scholar?q=Chapman%2C+1984&btnG=&hl=es&as_sdt=0%2C5#0
- Collado, A., Alijotas, J., & Benito, P. (2002). Documento de consenso sobre el diagnóstico y tratamiento de la fibromialgia en Cataluña. *Medicina ...*. Retrieved from https://scholar.google.es/scholar?q=Collado+et+al.%2C+2002&btnG=&hl=es&as_sdt=0%2C5#0
- Davidson, R., & Kabat-Zinn, J. (2003). Alterations in brain and immune function produced by mindfulness meditation. *Psychosomatic ...*. Retrieved from <http://journals.lww.com/psychosomaticmedicine/Abstract/2003/07000/AlterationinBrainandImmuneFunctionProduced.14.aspx>
- Elkin, I., & Shea, M. (1989). National Institute of Mental Health treatment of depression collaborative research program: General effectiveness of treatments. *Archives of ...*. Retrieved from <http://archpsyc.jamanetwork.com/article.aspx?articleid=494730>

- Espino, M. L., & Adán, J. M. (2008). Fibromialgia. *Clínica Y Salud*. Retrieved from http://scielo.isciii.es/scielo.php?pid=S1130-52742008000300005&script=sci_arttext
- Fennell, M., & Teasdale, J. (1987). Distraction in neurotic and endogenous depression: an investigation of negative thinking in major depressive disorder. *Psychological ...*. Retrieved from http://journals.cambridge.org/abstract_S0033291700025009
- Garofalo, J. (2000). Perceived optimism and chronic pain. Retrieved from <http://psycnet.apa.org/psycinfo/2000-07361-009>
- Goldenberg, D. (1994). A controlled study of a stress-reduction, cognitive-behavioral treatment program in fibromyalgia. *Journal of ...*. Retrieved from http://informa-healthcare.com/doi/abs/10.1300/J094v02n02_05
- Grossman, P., & Niemann, L. (2004). Mindfulness-based stress reduction and health benefits: A meta-analysis. *Journal of Psychosomatic ...*. Retrieved from <http://www.sciencedirect.com/science/article/pii/S0022399903005737>
- Grossman, P., & Tiefenthaler-Gilmer, U. (2007). Mindfulness training as an intervention for fibromyalgia: evidence of postintervention and 3-year follow-up benefits in well-being. *Psychotherapy and ...*. Retrieved from <http://www.karger.com/Article/Fulltext/101501>
- Hanh, T., & Vo, D. (1987). The miracle of mindfulness: An introduction to the practice of meditation. Retrieved from https://scholar.google.es/scholar?q=Miracle+of+mindfulness&btnG=&hl=es&as_sdt=0%2C5#1
- Hayes, S. (2004). Acceptance and commitment therapy, relational frame theory, and the third wave of behavioral and cognitive therapies. *Behavior Therapy*. Retrieved from <http://www.sciencedirect.com/science/article/pii/S0005789404800133>
- Hofmann, S., Sawyer, A., Witt, A., & Oh, D. (2010). The effect of mindfulness-based therapy on anxiety and depression: A meta-analytic review. *Journal of Consulting and ...*. Retrieved from <http://doi.apa.org/index.cfm?doi=10.1037/a0018555>
- Ingram, R., & Smith, T. (1984). Depression and internal versus external focus of attention. *Cognitive Therapy and Research*. Retrieved from <http://link.springer.com/article/10.1007/BF01173040>
- Jensen, M., & Patterson, D. (2006). Hypnotic treatment of chronic pain. *Journal of Behavioral Medicine*. Retrieved from <http://link.springer.com/article/10.1007/s10865-005-9031-6>
- Justo, C., Mañas, I., & Martínez, E. (2010). Mejora en algunas dimensiones de salud percibida en pacientes con fibromialgia mediante la aplicación de un programa de meditación mindfulness. *Psychology, Society & ...*. Retrieved from <http://dialnet.unirioja.es/servlet/articulo?codigo=3445815>
- Kabat-Zinn, J. (1990). Full catastrophe living: The program of the stress reduction clinic at the University of Massachusetts Medical Center. *New York: Delta*. Retrieved from https://scholar.google.es/scholar?hl=es&as_sdt=0,5&q=Kabat-Zinn+1990#1
- Kabat-Zinn, J., & Hanh, T. (2009). Full catastrophe living: Using the wisdom of your body and mind to face stress, pain, and illness. Retrieved from https://books.google.es/books?hl=es&lr=&id=TVsrK0sjGiUC&oi=fnd&pg=PR17&dq=J.+Kabat-Zinn+&ots=eEn6a0kr06&sig=yMX-odchJxwEH_Nzpg58sO8frp4
- Lau, M., Segal, Z., & Williams, J. (2004). Teasdale's differential activation hypothesis: implications for mechanisms of depressive relapse and suicidal behaviour. *Behaviour Research and Therapy*. Retrieved from <http://www.sciencedirect.com/science/article/pii/S0005796704001226>
- Lazar, S., Kerr, C., & Wasserman, R. (2005). Meditation experience is associated with increased cortical thickness. Retrieved from <http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/pmc1361002/>
- León, C., Mirapeix, R., Blasco, T., & Jovell, E. (2013). Mindfulness para la reducción del malestar emocional en pacientes oncológicos. Estudio comparativo con una intervención psicoeducativa estándar. Retrieved from <http://revistas.ucm.es/index.php/PSIC/article/view/43448>

- Linehan, M. (1993). Cognitive-behavioral treatment of borderline personality disorder. Retrieved from https://books.google.es/books?hl=es&lr=&id=UZim3OAPwe8C&oi=fnd&pg=PA3&dq=M.+Linehan&ots=qBSy2yVwzc&sig=9MSH6FuyEtLfDyv8-mS_CHpxtN8
- Luciano, C., Visdómine, J., Gutiérrez, O., & Montesinos, F. (2001). ACT (acceptance and commitment therapy) and chronic pain. *Análisis Y Modificación de ...*. Retrieved from https://scholar.google.es/scholar?q=Luciano%2C+Visd%C3%B3mine%2C+Guti%C3%A9rrez+y+Montesinos%2C+2001&btnG=&hl=es&as_sdt=0%2C5#0
- Lush, E., Salmon, P., & Floyd, A. (2009). Mindfulness meditation for symptom reduction in fibromyalgia: psychophysiological correlates. *Journal of Clinical ...*. Retrieved from <http://link.springer.com/article/10.1007/s10880-009-9153-z>
- Lutz, A., Dunne, J., & Davidson, R. (2007). Meditation and the neuroscience of consciousness. *Cambridge Handbook of ...*. Retrieved from <http://journalpsyche.org/articles/0xc0b6.pdf>
- 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.
- Mañas, I. (2007). Nuevas terapias psicológicas: La tercera ola de terapias de conducta o terapias de tercera generación. *Gaceta de Psicología*. Retrieved from <http://psyciencia.com/wp-content/uploads/2012/11/La-tercera-ola-de-terapias-de-conducta.pdf>
- Mañas, I. M., Justo, C. F., & Martínez, E. J. (2011). Docente y los Días de Baja Laboral por Enfermedad en Profesores de Educación Secundaria Obligatoria a través de un Programa de Entrenamiento en. *Clínica Y Salud*. Retrieved from http://scielo.isciii.es/scielo.php?pid=S1130-52742011000200003&script=sci_arttext
- Martín-Asuero, A., & Las, G. (2007). ventajas de estar presente: desarrollando una conciencia plena para reducir el malestar psicológico. *International Journal of Clinical and ...*. Retrieved from http://www.es-mindfulness.com/wp-content/uploads/2012/01/Martin_y_Garcia_2007.pdf
- Martínez, M. C. (2009). Un pulso a la fibromialgia. *Index de Enfermería*. Retrieved from http://scielo.isciii.es/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1132-12962009000200014
- Matsumoto, R., & Evans, S. (2010). Choristoderes and the freshwater assemblages of Laurasia, 8, 7–20. <http://doi.org/10.5209/rev>
- McCracken, L., & Velleman, S. (2010). Psychological flexibility in adults with chronic pain: a study of acceptance, mindfulness, and values-based action in primary care. *Pain*. Retrieved from <http://www.sciencedirect.com/science/article/pii/S0304395909006587>
- Menezes, C., Aglio, D., & Dalbosco, D. (2009). Os efeitos da meditação à luz da investigação científica em Psicologia: revisão de literatura. *Psicologia: Ciência E ...*. Retrieved from http://pep-sic.bvsalud.org/scielo.php?pid=S1414-98932009000200006&script=sci_arttext
- Merskey, H., & Watson, G. (1979). The lateralisation of pain. *Pain*. Retrieved from <http://www.sciencedirect.com/science/article/pii/0304395979900848>
- Metacognitive awareness and prevention of relapse in depression: empirical evidence. (2002). *Journal of Consulting ...*. Retrieved from <http://psycnet.apa.org/journals/ccp/70/2/275/>
- Miró, M. T., Perestelo-Pérez, L., Pérez Ramos, J., Rivero, A., González, M., & Serrano, P. (2011). Eficacia de los tratamientos psicológicos basados en mindfulness para los trastornos de ansiedad y depresión: una revisión sistemática= Effectiveness of mindfulness based treatments for anxiety and depressive disorders: a systematic review.
- Moix, J., & Casado, M. (2011). Terapias psicológicas para el tratamiento del dolor crónico. *Clínica Y Salud*. Retrieved from http://scielo.isciii.es/scielo.php?pid=S1130-52742011000100003&script=sci_arttext&tlng=pt

- Morley, S., Eccleston, C., & Williams, A. (1999). Systematic review and meta-analysis of randomized controlled trials of cognitive behaviour therapy and behaviour therapy for chronic pain in adults, excluding *Pain*. Retrieved from <http://www.sciencedirect.com/science/article/pii/S0304395998002553>
- Navas, J. P., & González, Á. M. (2008). Bases neuromédicas del dolor. *Clínica Y Salud*. Retrieved from http://scielo.isciii.es/scielo.php?pid=S1130-52742008000300002&script=sci_arttext
- Nolen-Hoeksema, S. (1991). Responses to depression and their effects on the duration of depressive episodes. *Journal of Abnormal Psychology*. Retrieved from <http://psycnet.apa.org/journals/abn/100/4/569/>
- Palao, Á., Rodríguez, B., Priede, A., Maeso, A., & Arranz, H. (2011, June 1). Cambios psicológicos e intervenciones basadas en mindfulness para los supervivientes de un cáncer. *Psicooncología*. http://doi.org/10.5209/rev_PSIC.2011.v8.n1.21340
- Pérez, M. A., & Botella, L. (2007). Conciencia plena (mindfulness) y psicoterapia: concepto, evaluación y aplicaciones clínicas. *Revista de psicoterapia*, 17(66-67), 77-120.
- Ramel, W., & Goldin, P. (2004). The effects of mindfulness meditation on cognitive processes and affect in patients with past depression. *Cognitive Therapy and ...* Retrieved from <http://link.springer.com/article/10.1023/B:COTR.0000045557.15923.96>
- Raz, A., & Buhle, J. (2006). Typologies of attentional networks. *Nature Reviews Neuroscience*. Retrieved from <http://www.nature.com/nrn/journal/v7/n5/abs/nrn1903.html>
- Rosenzweig, S., & Greeson, J. (2010). Mindfulness-based stress reduction for chronic pain conditions: variation in treatment outcomes and role of home meditation practice. *Journal of ...* Retrieved from <http://www.sciencedirect.com/science/article/pii/S0022399909000944>
- Schwartz, M., Lerman, C., & Miller, S. (1995). Coping disposition, perceived risk, and psychological distress among women at increased risk for ovarian cancer. *Health ...* Retrieved from <http://psycnet.apa.org/journals/hea/14/3/232/>
- Segal, Z., & Teasdale, J. (2002). The mindfulness-based cognitive therapy adherence scale: inter-rater reliability, adherence to protocol and treatment distinctiveness. *Clinical Psychology & ...* Retrieved from <http://onlinelibrary.wiley.com/doi/10.1002/cpp.320/abstract>
- Sephton, S., & Salmon, P. (2007). Mindfulness meditation alleviates depressive symptoms in women with fibromyalgia: results of a randomized clinical trial. *Arthritis Care & ...* Retrieved from <http://onlinelibrary.wiley.com/doi/10.1002/art.22478/pdf>
- Shapiro, S., & Bootzin, R. (2003). The efficacy of mindfulness-based stress reduction in the treatment of sleep disturbance in women with breast cancer: an exploratory study. *Journal of ...* Retrieved from <http://www.sciencedirect.com/science/article/pii/S0022399902005469>
- Simón, M., & Bueno, A. (2009). Behavioural treatment of the dyssynergic defecation in chronically constipated elderly patients: a randomized controlled trial. *Applied Psychophysiology and Biofeedback*. Retrieved from <http://link.springer.com/article/10.1007/s10484-009-9100-7>
- Soriano, J., & Monsalve, V. (1999). Valoración, afrontamiento y emoción en pacientes con dolor crónico. *Boletín de Psicología*. Retrieved from http://www.researchgate.net/profile/Jose_Pastor4/publication/263082674_valoracion_afrontamiento_y_emocin_1999/links/0f317539b386a47280000000.pdf
- Tacón, A., Caldera, Y., & Ronaghan, C. (2004). Mindfulness-Based Stress Reduction in women with breast cancer. *Families, Systems, & ...* Retrieved from <http://psycnet.apa.org/journals/fsh/22/2/193/>
- Teasdale, J. (1988). Cognitive vulnerability to persistent depression. *Cognition & Emotion*. Retrieved from <http://www.tandfonline.com/doi/abs/10.1080/02699938808410927>
- Teasdale, J., Segal, Z., & Williams, J. (1995). How does cognitive therapy prevent depressive relapse and why should attentional control (mindfulness) training help? *Behaviour Research and Therapy*. Retrieved from <http://www.sciencedirect.com/science/article/pii/0005796794E00117>
- Tulder, M. van, Assendelft, W., Koes, B., & Bouter, L. (1997). Spinal radiographic findings and nonspecific low back pain: a systematic review of observational studies. *Spine*. Retrieved from http://journals.lww.com/spinejournal/Abstract/1997/02150/Spinal_Radiographic_Findings_and__Nonspecific_Low.15.aspx

- Vallejo, M. a. (2007). La Utilización Del Mindfulness En El Paciente Oncológico. *Psychological Science*, 4, 35–41.
- Watkins, E., & Teasdale, J. (2004). Adaptive and maladaptive self-focus in depression. *Journal of Affective Disorders*. Retrieved from <http://www.sciencedirect.com/science/article/pii/S016503270300288X>
- Weissbecker, I., Salmon, P., & Studts, J. (2002). Mindfulness-based stress reduction and sense of coherence among women with fibromyalgia. *Journal of Clinical ...*. Retrieved from <http://link.springer.com/article/10.1023/A:1020786917988>
- WR Nielson, M Harth, T Ostbye, M. S. (2002). Chronic widespread musculoskeletal pain with or without fibromyalgia: psychological distress in a representative community adult sample. *The Journal of ...*. Retrieved from <http://www.jrheum.org/content/29/3/588.short>