



Universidad
Zaragoza

TRABAJO FIN DE MÁSTER
MÁSTER UNIVERSITARIO EN PSICOLOGÍA GENERAL SANITARIA

Título: "EFICACIA DEL PROGRAMA MBSR EN PACIENTES CON
CÁNCER: REVISIÓN SISTEMÁTICA"

Alumna: **Marina Sabilla Hernández**

NIA: **745415**

Director: **Andrés Sebastián Lombas Fouletier**

AÑO ACADÉMICO 2021-2022



Facultad de
Ciencias Sociales
y Humanas - Teruel

Universidad Zaragoza

Resumen

El cáncer es la segunda causa de muerte en nuestro país y afecta a más de doscientas mil personas al año. Siendo una enfermedad con una incertidumbre de vida o muerte, supone un fuerte impacto en la salud mental que empeora la calidad de vida. Se ha estudiado la eficacia de *Mindfulness Based Stress Reduction* (MBSR) en esta población y los resultados han sido significativos para la mejora de la salud mental. Por ello, el objetivo de esta revisión sistemática es conocer la eficacia de este programa para la mejora de síntomas psicológicos tales como ansiedad, depresión, estrés, calidad de vida o atención plena, en pacientes con cáncer. Utilizando la guía PRISMA, se realizó una búsqueda bibliográfica en las bases de datos Scopus y Science Direct. Los 9 estudios incluidos arrojan resultados contradictorios, con mejoras significativas en algunos aspectos psicológicos tras la aplicación del MBSR en algunos de ellos. Se recomienda llevar a cabo un mayor número de estudios controlados para acumular mayor evidencia científica al respecto y así mostrar conclusiones más sólidas en relación a la eficacia de MBSR para la mejora de la salud mental en pacientes con cáncer.

Palabras clave: MBSR, cáncer, adultos.

Abstract

Cancer is the second cause of death in our country and affects more than two hundred thousand people a year. Being a disease with an uncertainty of life or death, it has a strong impact on mental health that worsens the quality of life. The efficacy of Mindfulness Based Stress Reduction (MBSR) has been studied in this population and the results have been significant for the improvement of mental health. Therefore, the objective of this systematic review is to know the effectiveness of this program for the improvement of psychological symptoms such as anxiety, depression, stress, quality of life or mindfulness, in cancer patients. Using the PRISMA guide, a bibliographic search was carried out in the Scopus and Science Direct databases. The 9 studies included show contradictory results, with significant improvements in some psychological aspects after the application of MBSR in some of them. It is recommended to carry out a greater number of controlled studies to accumulate more scientific evidence in this regard and thus show more solid conclusions regarding the efficacy of MBSR for the improvement of mental health in cancer patients.

Keywords: MBSR, cancer, adults.

Eficacia Del Programa MBSR En Pacientes Con Cáncer: Una Revisión Sistemática

A día de hoy, el cáncer sigue siendo una de las causas principales de morbi-mortalidad en todo el mundo (SEOM, 2022). La *Agencia Internacional de Investigación en Cáncer (International Agency for Research on Cancer* en inglés) estimó que en 2020 se diagnosticaron acerca de 18,1 millones de casos nuevos en el mundo y alrededor de 9,9 millones de muertes por cáncer (Sung et al., 2020).

En España, desde hace muchos años, el cáncer pertenece al conjunto de enfermedades de mayor relevancia en la salud pública. En la población general es la segunda causa de muerte seguido de las enfermedades relacionadas con el aparato circulatorio, aunque, si solo se engloba a los hombres en esta población, desde el 2000 viene siendo la primera causa de muerte. Aunque con la pandemia provocada por la COVID-19 se han visto afectadas estas estimaciones, el número total de la incidencia de casos es de 280.100 para el 2022, 120.035 mujeres y 160.066 hombres. El cáncer más frecuente es el de mama, con un total de 34.750 casos nuevos, seguido del cáncer de pulmón y el de próstata (el más incidente en hombres) (REDECAN, 2022).

Para las personas que padecen cáncer, al igual que las que no tienen antecedentes, la salud física influye de forma directa en la salud mental y en la calidad de vida (Naughton y Weaver, 2014). Así, recibir un diagnóstico de cáncer puede ser un punto de inflexión debido a la incertidumbre que hay ante la posibilidad de la muerte, que puede provocar efectos negativos sobre la salud mental, el tratamiento y el pronóstico (Díaz, 2020). Por ello, se ha estudiado el impacto que tiene un diagnóstico como el cáncer sobre la salud mental y se ha demostrado que un peor pronóstico está asociado a una mayor carga psicológica (Pham et al., 2019).

Las investigaciones muestran que sufrir cáncer correlaciona con problemas de salud mental como ansiedad y depresión (Burguess et al., 2005; Fortin et al., 2021; Pham et al., 2019). La evidencia también apoya que pueden padecer un trastorno de estrés postraumático (Fortin et al., 2021). A su vez, otros aspectos o áreas de su vida se pueden ver deterioradas, otros síntomas emocionales tales como angustia (Fortin et al., 2021), estrés y afectar negativamente sobre la calidad del sueño, la función neurocognitiva o incluso sexual (Carreira et al., 2018; Carreira et al., 2021)

Con todo esto, los pacientes ven deteriorada su calidad de vida (Carreira et al., 2021; Sun et al., 2021) y como gravedad del problema, muchos de ellos tienen mayores

riesgos de suicidio (Pham, et al., 2019). Por lo tanto, las investigaciones destacan la necesidad de mitigar el fuerte impacto en la salud mental que provoca el diagnóstico de cáncer (Fortin et al., 2021).

Por otro lado, la terapia de mindfulness ha demostrado su eficacia en mejorar estos aspectos respecto a la salud mental (Mackenzie et al., 2007). Mindfulness es la habilidad de estar en el momento presente, de forma intencionada, y sin juzgar (Kabat-Zinn y Hanh, 2009). Es un tipo de meditación que busca dirigir la atención y la conciencia a las experiencias que se están viviendo en ese momento y aceptándolas, tal y como son, sin juzgarlas. Los dos enfoques terapéuticos que surgen del mindfulness son *Mindfulness Based Stress Reduction* (MBSR) y *Mindfulness-Based Cognitive Therapy* (MBCT) (Botella et al., 2006), aunque esta revisión se centra en la primera.

Los principios del MBSR provienen del Zen y defienden la importancia del no juzgar, el tener paciencia, confianza en la propia bondad y sabiduría, adoptar una “mente de principiante”, no hacer esfuerzos por conseguir propósitos, dejar pasar y no apegarse, aceptando las cosas tal y como vienen (Botella et al., 2006).

El programa tiene una duración de 8 semanas consistentes en reuniones grupales semanales de 2 horas y media de duración para el entrenamiento y práctica grupal, además de la práctica individualizada en casa diaria ya sea con lo aprendido o con ayuda de materiales tales como vídeos y cintas (Botella et al., 2006; Kabat-Zinn, 2021).

Los componentes principales de la terapia son: meditación estática, atención en lo cotidiano, meditación caminando, escaneo del cuerpo y una serie de estiramientos de Yoga. La postura común es la meditación estática del Zen de forma relajada, sentado en el suelo o silla, relajada pero recta con cuerpo, cabeza y cuello alineados y la instrucción primordial es observar la respiración y volver a ella cada vez que la atención se desvíe a involuntariamente a otro objeto (Botella et al., 2006).

El MBSR ha demostrado evidencia científica en la mejora de sintomatología muy diversa. Respecto a la salud física, ha demostrado mejoras en el funcionamiento cognitivo y angustia psicológica en pacientes con esclerosis múltiple (Blankespoor et al., 2017), y mejoras en la autoeficacia, catastrofismo, aceptación, atención plena, y calidad de vida en pacientes con dolor crónico (Bakhshani et al., 2016; Turner et al., 2016). A su vez, se ha demostrado eficacia en enfermedades cardiovasculares respecto a la mejora de la calidad de vida (Herman et al., 2017), el estrés percibido en mujeres

hipertensas (Khosravi y Ghorbani, 2016) y el control glucémico en personas que padecen diabetes (Zare et al., 2013).

Por otro lado, también se ha estudiado en población joven y se ha demostrado que el MBSR mejora la ansiedad y regulación emocional ante los exámenes en estudiantes de secundaria (Shahidi et al., 2017). Smith (2014) demostró en una revisión sistemática la reducción de estrés y ansiedad en profesionales de la salud mental, además de la mejora de habilidades sociales como la empatía y calidad de atención a los pacientes enfermos. Por otra parte, la eficacia de MBSR se ha visto en personas con drogodependencia que han visto mejorados aspectos como el rol emocional, la salud mental, la vitalidad, el funcionamiento social y el dolor corporal (Asl y Hosseinalipour, 2014).

Respecto a las personas que padecen cáncer, el MBSR también ha resultado ser eficaz en la mejora del bienestar emocional, el estrés y la calidad de vida (Hoffman et al., 2012; Mackenzie et al., 2007; Mousavi et al., 2017; Smith et al., 2005; Tacón et al., 2004), ansiedad y depresión (Cramer et al., 2012; Tacón et al., 2004), orientación positiva hacia la vida (Mousavi et al., 2017), habilidades de atención plena (Smith et al., 2005), locus de control con respecto a la salud (Tacón et al., 2004) así como el sistema endocrino (Hoffman et al., 2012) y la calidad del sueño (Smith et al., 2005).

El objetivo de este estudio es una revisión sobre la eficacia de MBSR en la mejora de síntomas psicológicos y emocionales en pacientes con enfermedad de cáncer.

Método

Para esta revisión se realizó una búsqueda y se establecieron los criterios de selección de los estudios siguiendo la norma establecida del formato *Preferred Reporting Items for Systematic Reviews and Meta-Analyses* (PRISMA) (Moher et al., 2009). La búsqueda se llevó a cabo en los meses de febrero y marzo de 2022 a través de las bases de datos electrónicas Scopus y Science Direct. Las palabras clave que se incluyeron en ambas bases de datos para la búsqueda de los artículos fueron, en primer lugar, “MBSR” y “cancer”, y, en segundo lugar, “MBSR”, “cancer” y “adults”. Aunque la búsqueda se llevó a cabo en inglés, no hubo restricciones de idioma respecto a las publicaciones.

Los criterios de inclusión para seleccionar los artículos de esta revisión fueron: 1) tratarse de estudios controlados aleatorizados (esto descartaría todo tipo de artículos científicos tales como otras revisiones sistemáticas, meta-análisis, estudios piloto, estudios de caso, etc.), 2) que se aplique el MBSR de forma exclusiva (únicamente aplicación de MBSR sin otras terapias) y estricta (sin adaptaciones de formato como pueden ser online o utilizando otros recursos como el arte), 3) en población con un diagnóstico de cáncer (de cualquier tipo) y 4) población adulta.

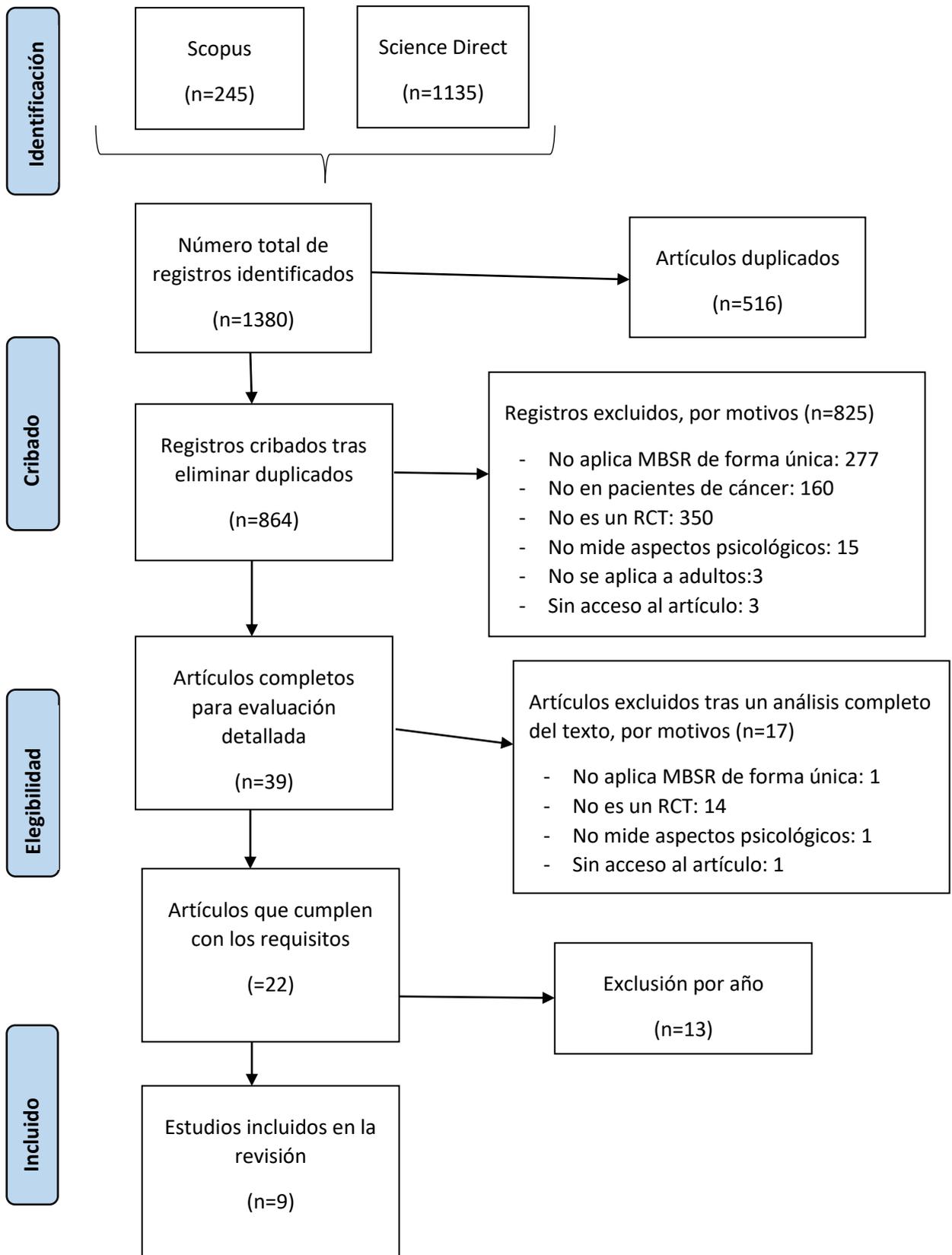
Los criterios de exclusión, fueron 1) no medir aspectos psicológicos, 2) no disponer acceso al artículo y 3) estar publicado con una antigüedad de 5 años o más.

Como se observa en el diagrama de flujo (Figura 1) se identificaron un total de 1380 publicaciones. En primer lugar, se excluyeron los estudios duplicados (n=516), por lo que se redujeron a 864 estudios. En segundo lugar, se revisaron los títulos y resúmenes de los restantes y se excluyeron 825 publicaciones que no cumplían los criterios de inclusión, quedando un total de 39 ensayos. Estos estudios se revisaron y se excluyeron 17 en base a los criterios de exclusión e inclusión lo que redujo la muestra a un total de 22 artículos. Tras eliminar 13 estudios con una antigüedad igual o mayor a 5 años la muestra final obtenida fue de 9 artículos.

Para la extracción de datos de los estudios seleccionados se utilizó una tabla en la que se resumieron las principales características de cada estudio: autor(es) y año de publicación, país, tamaño de la muestra y edad, tipo de cáncer, formato de MBSR, funciones cognitivas evaluadas, instrumentos de evaluación correspondientes que se utilizaron y los resultados de cada estudio (ver Anexo 1).

Figura 1

Diagrama de flujo de la búsqueda y la selección del estudio



Resultados

Características De Los Estudios

Las características de los 9 estudios se recogen en el Anexo 1. De estos estudios, 3 fueron publicados en EE.UU., 2 en China, 2 en Irán, 1 en Suecia y 1 en Países Bajos. Los estudios se realizaron entre los años 2017 y 2021. Todos los estudios son ensayos controlados aleatorizados.

El tamaño de la muestra varía ampliamente desde 38 hasta 322. Respecto a las características de la muestra, todos los participantes eran adultos con más de 18 años y la mayoría eran mujeres. Esto es así porque en 6 de los estudios se aplicó la intervención a pacientes con cáncer de mama, mientras que en los demás estudios fueron pacientes con cáncer de pulmón, de tiroides y con cáncer colorrectal y de mama, habiendo solo un estudio para estos otros tipos de pacientes.

La intervención de MBSR se aplicó de forma grupal en todos los casos, aunque en su mayoría (n=6), se especifica que también hubo práctica individual diaria guiada para cada uno durante las semanas de intervención. A excepción de 2 estudios en los que fueron de 6 semanas, en los demás la intervención duró 8 semanas. Las funciones cognitivas más evaluadas en general fueron: el estrés percibido, la ansiedad, la depresión, la atención plena y la calidad de vida.

Instrumentos Utilizados Para Evaluar Las Funciones Cognitivas

Para los múltiples aspectos psicológicos medidos en los diferentes estudios se utilizaron varias medidas. La ansiedad se evaluó en 7 estudios y se utilizó el HAD (n=2), el STAI (n=3), el SAS (n=1) y el BAI (n=1). La depresión se estudió en 7 artículos y se utilizaron como medidas el HAD (n=2), el CES-D (n=3), el SDS (n=1), el BDI-II (n=1). Respecto al estrés, se evaluó en 5 estudios, y en todos ellos con la misma escala (el PSS). La atención plena se midió en 5 artículos, con el FFMQ (n=4) y el CAMS-R (n=2), destacando un estudio que midió la atención plena con ambos instrumentos. La calidad de vida se evaluó en este caso, en 7 estudios con las escalas QLQ-C30 (n=2), SF-36 (n=3). El miedo a la recurrencia se evaluó en 2 estudios a través del FCR.

Además, se evaluaron otros aspectos como los síntomas o el crecimiento personal postraumático en 3 estudios, utilizando el PTGI (n=2) y el IES (n=1), así

como, en menor medida, otros aspectos importantes en algunos estudios. Estos fueron la capacidad de afrontamiento con el SOC y la experiencia de síntomas como la angustia a través del MSAS (n=1). También se midió la autocompasión con la escala CSC, la rumiación con RRS-BR (n=1) y el funcionamiento cognitivo utilizando ECOG (n=1).

Resultados De Los Estudios

La depresión, evaluada en 7 estudios, muestra resultados significativos en 4 de ellos, por lo que el programa de MBSR es eficaz en estos ensayos reduciendo los síntomas depresivos en pacientes con cáncer. Los 3 estudios restantes que miden sintomatología depresiva, no muestran diferencias significativas entre el grupo control y el grupo intervención. En el estudio de Janusek et al. (2019), sí que existe una tendencia a la mejora de los síntomas, pero ésta no es significativa.

La ansiedad también se evaluó en 7 estudios y resultó significativa en 5 de los ensayos en los que se midió. En el ensayo de Lengacher et al. (2021), la intervención produjo resultados significativos a las 6 semanas de la intervención, pero no se mantuvieron los resultados a las 12 semanas. Además, en este estudio se observó que las reducciones de ansiedad estaban mediadas por reducciones del miedo a la recurrencia y estrés percibido. A su vez, en la investigación de Kenne Sarenmalm et al. (2017) no se demostró que, tras el MBSR, los pacientes mejorasen los síntomas ansiosos significativamente.

El estrés percibido se evalúa en 5 estudios. En 3 de ellos, el MBSR fue eficaz en la mejora de los síntomas de estrés percibido en pacientes con cáncer. En cambio, las otras investigaciones de Lengacher et al. (2021) y Mirmahmoodi et al. (2020) concluyen que el MBSR tiene tendencia a disminuir los síntomas de estrés, pero no de forma significativa. Sin embargo, Lengacher et al. (2021) encontraron que la reducción del estrés asociado a la MBSR supuso el 67% de los efectos de la MBSR en cuanto a los niveles más bajos de ansiedad 6 semanas después de comenzar con el programa.

La calidad de vida se evaluó en 5 de los estudios seleccionados. Los estudios de Schellekens et al. (2017) y Reich et al. (2017) concluyeron que el MBSR mejoró la calidad de vida de los pacientes. A su vez, el grupo de Kenne Sarenmalm et al. (2017) y Liu et al. (2019) también mostraron resultados significativos al evaluar la calidad de vida, en concreto en los ítems de vitalidad, percepción general y salud mental en el caso del primer estudio, y en función emocional y calidad de vida global en el caso del

segundo estudio. Por último, señalar que Lengacher et al. (2021) midieron la calidad de vida en diferentes periodos y encontraron que a las 6 semanas los resultados mostraron mejoras significativas en esta variable tras aplicar el MBSR, pero, tras volver a evaluar a las 12 semanas, esta diferencia pasó a ser no significativa pero tendencial, siendo la magnitud del tamaño de efecto medio.

La atención plena también fue una habilidad cognitiva a destacar, ya que se evaluó en 5 estudios, de los cuales 3 produjeron resultados significativos. Como se ha señalado con la calidad de vida, hay estudios que reflejan la mejora de la atención plena especificando los grupos de ítems ($n=2$). Se señala, en primer lugar, el estudio realizado por Kenne Sarenmalm et al. (2017), quienes obtienen diferencias significativas al medir los ítems agrupados en la no reactividad y en la observación. En segundo lugar, pasó algo parecido en el estudio de Janusek et al. (2019), ya que se dieron mejoras significativas en los grupos de ítems de observación, descripción y no reactividad. Por otro lado, destacar que Reich et al. (2017) no se observaron diferencias, aunque, como agruparon por aspectos las variables a medir y se agrupó la atención plena en el grupo “cognitivo” junto con la memoria, no se trataba solo de un grupo específico de atención plena, sino que esta compartía suficiente varianza con la de memoria. Por último, Lengacher et al. (2021) midieron la atención plena a través de dos escalas (FFMQ y CAMS-R) y ninguna mostró diferencias significativas.

El crecimiento o afrontamiento postraumático se midió en 3 de los estudios y en este caso sí que se observaron mejoras significativas en todos ellos, en comparación con los grupos que no recibieron MBSR. Estos 3 estudios tienen en común la duración de 8 semanas de programa, la práctica individual sumada al entrenamiento grupal y que las medidas pos-test han sido a los 3 meses de la intervención.

El miedo a la recurrencia del cáncer se midió en 2 estudios y mostró resultados estadísticamente significativos en ambos. En la investigación que hicieron Lengacher et al. (2021), el MBSR se asoció con una reducción significativa del miedo a la recurrencia de cáncer, y, además, éste medió la relación entre MBSR y la ansiedad, por lo que, la reducción del miedo a la recurrencia asociada a MBSR, explicó el 37% de la totalidad de los efectos de MBSR con respecto a los niveles de ansiedad. Por otra parte, Ahmadiqaragezlou et al. (2020) basaron su estudio en determinar si el programa MBSR fue eficaz en el miedo a la recurrencia del cáncer en personas con cáncer colorrectal y de mama, a través de las subescalas de FCR. Los resultados fueron estadísticamente

significativos con mejoras en el miedo en general, a excepción de la subescala de *insight*, lo que indica que no mejoraron a nivel de introspección.

Por último, otras medidas que no fueron comunes pero que se evaluaron y en la que la MBSR fue eficaz fueron la experiencia de síntomas psicológicos y de angustia, la capacidad de afrontamiento como sentido de coherencia, la autocompasión y la rumiación. Estos aspectos tienen en común la duración de 8 semanas del programa, además de la práctica individual complementaria al entrenamiento. Los síntomas de estrés tras un trauma y el funcionamiento cognitivo, solo mostraron una tendencia de mejora.

Discusión

El objetivo de esta revisión es conocer la eficacia del programa MBSR en pacientes con cáncer. Para ello, se han evaluado 9 estudios en los últimos 5 años en los que se miden aspectos psicológicos, sobre todo a nivel emocional, tales como la ansiedad, la depresión, el estrés, la atención plena o la calidad de vida. Esta revisión, presenta diferentes resultados, algunos a favor y otros en contra de la eficacia del MBSR.

En primer lugar, los estudios de esta revisión muestran resultados contradictorios respecto a la mejora de los síntomas depresivos en pacientes con cáncer. En 4 de los 7 estudios en los que se miden los síntomas de depresión, los resultados son significativos, pero no así en los otros 3 estudios restantes. La discrepancia de resultados podría explicarse por la prueba utilizada para medir depresión. Esto es así porque cuando la depresión se midió a través del HAD, las puntuaciones resultaron significativas, pero no cuando se midió con el CES-D. En conclusión, se deberían hacer más estudios que evalúen la eficacia del programa MBSR sobre los síntomas depresivos, ya que nuestro estudio no permite concluir su eficacia.

Con respecto a los síntomas de ansiedad, hay más evidencia que en la depresión a favor del MBSR, ya que solo en 2 estudios no se hallaron diferencias significativas. En este caso, los pacientes que han recibido el programa, disminuirán los síntomas relacionados con la ansiedad al finalizarlo. Sin embargo, no se puede dar por válida la afirmación del MBSR como programa eficaz. En el caso de Lengacher et al. (2021), a las 12 semanas ya no se mantuvieron las diferencias significativas. Esto podría poner en cuestión el mantenimiento de la eficacia a largo plazo, ya que en la mayoría de estudios

los resultados que son significativos solo están evaluados hasta 3 meses después de haber finalizado el programa de intervención. Además, al observar que las reducciones de ansiedad estaban mediadas por reducciones del miedo a la recurrencia y al estrés percibido, también sería necesario hacer estudios con variables que medien los aspectos que se están midiendo en esta revisión, para ver cómo se relacionan las variables entre sí a la hora de mostrar resultados significativos. A su vez, para medir la ansiedad se han utilizado diversos cuestionarios, esto ha podido influir para evaluar un síntoma con diferentes métodos a la hora de haber contradicciones con respecto a los resultados. Por todo ello, se hace necesaria una mayor profundidad en la investigación de la eficacia sobre la ansiedad, así como el mantenimiento de los resultados a largo plazo para confirmar la eficacia del MBSR en la ansiedad. Por último, si existiese un mayor respaldo de la evidencia, se podría generalizar la eficacia del MBSR al Trastorno de Ansiedad Generalizada y abrir una línea de investigación en pacientes que mida la influencia del programa en esta enfermedad.

En cuanto al estrés percibido, también existen resultados contradictorios, ya que en 3 casos se obtuvieron mejoras significativas y disminuyeron los síntomas de estrés tras aplicar MBSR y en otros 2 los resultados no mostraron diferencias estadísticas con respecto al grupo control.

La calidad de vida es el único aspecto que muestra mejoras estadísticamente significativas tras la aplicación del programa en todos sus estudios, esto es, los pacientes mejoran en áreas como la vitalidad, el rol emocional, la función social o la salud mental. Eso sí, cabe destacar la excepción de los hallazgos de Lengacher et al. (2021) en los que sí que se produce un aumento de la calidad de vida, pero a las 12 semanas ya no son significativos. Esto podría abrir una línea de investigación que evalúe cómo afecta MBSR a la calidad de vida a lo largo del tiempo, para comprobar si los efectos perduran o no debido a las escasas mediciones de los estudios de esta revisión a largo plazo.

Con las habilidades de atención plena también hubo variedad de resultados. En 3 estudios se encontró una mejora en ciertas habilidades de atención plena: habilidades de observación y descripción de la experiencia interna, así como la no reactividad. Mientras que en 2 estudios no se encontraron diferencias en las habilidades de atención plena. Sin embargo, en los estudios en los que no se ha encontrado evidencia a favor, esta variable se ha visto afectada por estar en un grupo de síntomas en el que se evaluaban otros aspectos cognitivos (Reich et al., 2017) y por medirse con diferentes

escalas. Esto conduce a realizar en un futuro más investigaciones que midan la atención plena de forma individualizada y que tratasen de determinar con qué escalas el programa MBSR es eficaz.

El miedo a la recurrencia de padecer cáncer disminuye de forma significativa en los 2 estudios de nuestra revisión en los que se mide, por lo que, los participantes tendrán menos preocupación, más habilidad de afrontamiento, o menos pensamientos intrusivos y disfunción emocional con respecto al cáncer. Además, estos dos estudios tienen en común la práctica individual complementaria al entrenamiento grupal semanal, independientemente de la duración del programa. Esto puede reflejar la importancia de un mantenimiento del aprendizaje a través de la práctica. Sin embargo, con solo dos estudios no se podría determinar, por lo que en un futuro sería importante analizar la influencia de la práctica individual a los resultados del programa.

El crecimiento postraumático también se ve afectado de forma significativa, incrementando las habilidades de afrontamiento, tras un evento traumático como es el cáncer, al aplicar MBSR.

Por último, destacar otras medidas como la angustia, la experiencia de síntomas psicológicos, o el sentido de coherencia, que no fueron comunes entre los estudios, pero sí significativos sus resultados, por lo que los participantes redujeron sus síntomas emocionales como la angustia y mejoraron su capacidad de afrontamiento.

Por lo tanto, los estudios seleccionados en esta revisión sí que sugieren una tendencia a favor del MBSR para ciertos aspectos psicológicos. Sin embargo, estos resultados deben ser tomados con mucha cautela debido a que también existen resultados opuestos y que sus efectos podrían desaparecer a largo plazo, por lo que se debería realizar más investigación al respecto para ver si se pueden obtener resultados más sólidos y consistentes.

Limitaciones

Hay que tener en cuenta algunas limitaciones a la hora de interpretar los resultados de la presente revisión sistemática. En primer lugar, algunos factores podrían haber sesgado los hallazgos de la revisión, incluyendo el hecho de que solo se utilizaron dos bases de datos para la búsqueda. En segundo lugar, podría haber la posibilidad de que existan estudios con resultados contradictorios a los aquí expuestos que pudieran

cambiar nuestras conclusiones. En tercer lugar, la limitación temporal debido a una gran cantidad de estudios acerca de la eficacia del MBSR y la simplificación de la revisión a 9 estudios, algo que hace que no se puedan generalizar los resultados a un nivel más significativo. Por último, es importante señalar que esta revisión se limita a las interpretaciones de la autora de la misma.

A pesar de las limitaciones comentadas anteriormente, los resultados de esta revisión sistemática tienen implicaciones clínicas importantes. No obstante, los resultados deben ser interpretados con mucha precaución debido a la contrariedad de los mismos, así como otros aspectos como la ausencia de datos sólidos en relación al mantenimiento de la eficacia de la intervención a largo plazo o posibles mediadores entre el efecto de la intervención y los distintos aspectos psicológicos.

Conclusión

En conclusión, en todas las áreas emocionales y psicológicas en las que se evaluó la eficacia de MBSR, los resultados presentados son contradictorios, ya que sí que se produjeron mejoras en los síntomas emocionales (como estrés, miedo, ansiedad y depresión), habilidades cognitivas (como atención plena y afrontamiento), así como una mejora en la calidad de vida de las personas que sufren un cáncer dependiendo del estudio. Con esto, una mayor investigación centrada en acumular más evidencia, en evaluar más tipos de cáncer, con distintos formatos de aplicación y con seguimientos a largo plazo es necesaria para avanzar en el conocimiento sobre la utilidad del MBSR en esta línea de investigación en Psicología Clínica de la Salud.

Referencias

- Ahmadiqaragezlou, N., Rahimian Boogar, I., Asadi, J., & Vojdani, R. (2020). The effectiveness of Mindfulness-based stress reduction on fear of cancer recurrence in colorectal and breast cancer patients: a randomized controlled trial. *Middle East Journal of Cancer*, *11*(2), 216-224.
- Asl, N. R. H., & Hosseinalipour, F. (2014). Effectiveness of mindfulness-based stress reduction intervention for health-related quality of life in drug-dependent males. *Iranian Red Crescent Medical Journal*, *16*(9), e12608-e12608.
- Bakhshani, N. M., Amirani, A., Amirifard, H., & Shahrakipoor, M. (2016). The effectiveness of mindfulness-based stress reduction on perceived pain intensity and quality of life in patients with chronic headache. *Global journal of health science*, *8*(4), 142-51.
- Blankespoor, R. J., Schellekens, M. P., Vos, S. H., Speckens, A. E., & de Jong, B. A. (2017). The effectiveness of mindfulness-based stress reduction on psychological distress and cognitive functioning in patients with multiple sclerosis: a pilot study. *Mindfulness*, *8*(5), 1251-1258.
- Botella, Luis & Pérez, M^a. (2006). Conciencia plena (Mindfulness) y psicoterapia: Concepto, evaluación y aplicaciones clínicas. *Revista de Psicoterapia*, *17*(66/67), 77-120.
- Burgess, C., Cornelius, V., Love, S., Graham, J., Richards, M., & Ramirez, A. (2005). Depression and anxiety in women with early breast cancer: five year observational cohort study. *British Medical Journal*, *330*(7493), 702-706.
- Carreira, H., Williams, R., Dempsey, H., Stanway, S., Smeeth, L., & Bhaskaran, K. (2021). Quality of life and mental health in breast cancer survivors compared with non-cancer controls: a study of patient-reported outcomes in the United Kingdom. *Journal of Cancer Survivorship*, *15*(4), 564-575.
- Carreira, H., Williams, R., Müller, M., Harewood, R., Stanway, S., & Bhaskaran, K. (2018). Associations between breast cancer survivorship and adverse mental health outcomes: a systematic review. *Journal of the National Cancer Institute*, *110*(12), 1311-1327.

- Cramer, H., Lauche, R., Paul, A., & Dobos, G. (2012). Mindfulness-based stress reduction for breast cancer—a systematic review and meta-analysis. *Current Oncology*, *19*(5), 343-352.
- Díaz, M. Y. V. (2020). Salud mental ante un diagnóstico de cáncer en pacientes de la tercera edad de la villa de los santos. *Conducta Científica*, *3*(1), 43-56.
- Fortin, J., Leblanc, M., Elgbeili, G., Cordova, M. J., Marin, M. F., & Brunet, A. (2021). The mental health impacts of receiving a breast cancer diagnosis: A meta-analysis. *British Journal of Cancer*, *125*(11), 1582-1592.
- Herman, P. M., Anderson, M. L., Sherman, K. J., Balderson, B. H., Turner, J. A., & Cherkin, D. C. (2017). Cost-effectiveness of mindfulness-based stress reduction vs cognitive behavioral therapy or usual care among adults with chronic low-back pain. *Spine*, *42*(20), 1511-1520.
- Hoffman, C. J., Ersser, S. J., Hopkinson, J. B., Nicholls, P. G., Harrington, J. E., & Thomas, P. W. (2012). Effectiveness of mindfulness-based stress reduction in mood, breast- and endocrine-related quality of life, and well-being in stage 0 to III breast cancer: A randomized, controlled trial. *Journal of Clinical Oncology*, *30*(12), 1335–1342.
- Janusek, L. W., Tell, D., & Mathews, H. L. (2019). Mindfulness based stress reduction provides psychological benefit and restores immune function of women newly diagnosed with breast cancer: a randomized trial with active control. *Brain, behavior, and immunity*, *80*, 358-373.
- Kabat-Zinn, J. (2021). Meditation is not what you think. *Mindfulness*, *12*(3), 784-787.
- Kabat-Zinn, J. y Hanh, T.N. (2009). *Viviendo la catástrofe al máximo: Usando la sabiduría de tu cuerpo y mente para enfrentar el estrés, el dolor y la enfermedad*. Delta.
- Kenne Sarenmalm, E., Mårtensson, L. B., Andersson, B. A., Karlsson, P., & Bergh, I. (2017). Mindfulness and its efficacy for psychological and biological responses in women with breast cancer. *Cancer medicine*, *6*(5), 1108-1122.
- Khosravi, E., & Ghorbani, M. (2016). Effectiveness of mindfulness-based stress reduction on perceived stress and blood pressure among the hypertensive women. *KAUMS Journal (FEYZ)*, *20*(4), 361-368.

- Lengacher, C. A., Gruss, L., Kip, K. E., Reich, R. R., Chauca, K. G., Moscoso, M. S., Joshi, A., Tinsley, S., Shani, B., Cousin, L., Khan, C. P., Goodman, M., & Park, J. Y. (2021). Mindfulness-based stress reduction for breast cancer survivors (MBSR (BC)): evaluating mediators of psychological and physical outcomes in a large randomized controlled trial. *Journal of behavioral medicine, 44*(5), 591-604.
- Liu, T., Zhang, W., Xiao, S., Xu, L., Wen, Q., Bai, L., Ma, Q., & Ji, B. (2019). Mindfulness-based stress reduction in patients with differentiated thyroid cancer receiving radioactive iodine therapy: a randomized controlled trial. *Cancer Management and Research, 11*, 467-474.
- Mackenzie, M. J., Carlson, L. E., Munoz, M., & Specca, M. (2007). A qualitative study of self-perceived effects of Mindfulness-based Stress Reduction (MBSR) in a psychosocial oncology setting. *Stress and Health, 23*(1), 59–69.
- Mirmahmoodi, M., Mangalian, P., Ahmadi, A., & Dehghan, M. (2020). The effect of mindfulness-based stress reduction group counseling on psychological and inflammatory responses of the women with breast cancer. *Integrative Cancer Therapies, 19*, 1-9.
- Moher, D., Liberati, A., Tetzlaff, J., & Altman, D. G. (2009). Preferred reporting items for systematic reviews and meta-analyses: The PRISMA statement. *Annals of Internal Medicine, 151*(4), 264-269.
- Mousavi, S. A. M., Moradi, A., Parhoon, H., & Sanaei, S. (2017). The effectiveness of mindfulness-based stress reduction on self-efficacy, perceived stress and life orientation of women with breast cancer. *Thoughts and Behavior in Clinical Psychology, 12*(44), 57-66.
- Naughton, M. J., & Weaver, K. E. (2014). Physical and mental health among cancer survivors: considerations for long-term care and quality of life. *North Carolina medical journal, 75*(4), 283-286.
- Pham, H., Torres, H., & Sharma, P. (2019, February). Mental health implications in bladder cancer patients: a review. *Urologic Oncology: Seminars and Original Investigations, 37*(2), 97-107. Amsterdam, Países Bajos: Elsevier

REDECAN. Red Española de Registros de Cáncer. [último acceso el 17/01/2022].

Disponible en: <https://www.redecan.org>

Reich, R. R., Lengacher, C. A., Alinat, C. B., Kip, K. E., Paterson, C., Ramesar, S., Han, H. S., Ismail-Khan, R., Johnson-Mallard, V., Moscoso, M., Budhrani-Shani, P., Shivers, S., Cox, C.E., Goodman, M., & Park, J. (2017). Mindfulness-based stress reduction in post-treatment breast cancer patients: immediate and sustained effects across multiple symptom clusters. *Journal of pain and symptom management*, 53(1), 85-95.

SEOM (2022). *Las cifras del cáncer en España*. Madrid: Sociedad Española de Oncología Médica

Shahidi, S., Akbari, H., & Zargar, F. (2017). Effectiveness of mindfulness-based stress reduction on emotion regulation and test anxiety in female high school students. *Journal of education and health promotion*, 6(1), 87-92.

Schellekens, M. P. J., Van den Hurk, D. G. M., Prins, J. B., Donders, A. R. T., Molema, J., Dekhuijzen, R., Van der Drift, M. A., & Speckens, A. E. M. (2017). Mindfulness-based stress reduction added to care as usual for lung cancer patients and/or their partners: A multicentre randomized controlled trial. *Psycho-oncology*, 26(12), 2118-2126.

Smith, S. A. (2014). Mindfulness-based stress reduction: An intervention to enhance the effectiveness of nurses' coping with work-related stress. *International journal of nursing knowledge*, 25(2), 119-130.

Smith, J. E., Richardson, J., Hoffman, C., & Pilkington, K. (2005). Mindfulness-Based Stress Reduction as supportive therapy in cancer care: systematic review. *Journal of advanced nursing*, 52(3), 315-327.

Sun, X. H., Liu, X., Zhang, B., Wang, Y. M., & Fan, L. (2021). Impact of spiritual care on the spiritual and mental health and quality of life of patients with advanced cancer. *World Journal of Psychiatry*, 11(8), 449-462.

Sung, H., Ferlay, J., Siegel R.L., Laversanne, M., Soerjomataram, I., Jemal, A., Bray, F. (2021). Global Cancer Statistics 2020: GLOBOCAN Estimates of Incidence and Mortality Worldwide for 36 Cancers in 185 Countries. *CA: Cancer Journal for Clinicians*, 71(3), 209-249.

- Tacón, A. M., Caldera, Y. M., & Ronaghan, C. (2004). Mindfulness-Based Stress Reduction in women with breast cancer. *Families, Systems, & Health*, 22(2), 193-203.
- Turner, J. A., Anderson, M. L., Balderson, B. H., Cook, A. J., Sherman, K. J., & Cherkin, D. C. (2016). Mindfulness-based stress reduction and cognitive-behavioral therapy for chronic low back pain: similar effects on mindfulness, catastrophizing, self-efficacy, and acceptance in a randomized controlled trial. *Pain*, 157(11), 2434-2444.
- Zare, H., Zare, M., Amirabadi, F., & Shahriari, H. (2013). Mindfulness and diabetes: evaluation of effectiveness of mindfulness based stress reduction on glyceimic control in diabetes. *Razi Journal of Medical Sciences*, 20(108), 40-52.
- Zhang, J. Y., Zhou, Y. Q., Feng, Z. W., Fan, Y. N., Zeng, G. C., & Wei, L. (2017). Randomized controlled trial of mindfulness-based stress reduction (MBSR) on posttraumatic growth of Chinese breast cancer survivors. *Psychology, Health & Medicine*, 22(1), 94-109.

Anexos

Anexo 1.

Características de los estudios.

| Autores y año | País | Tamaño de la muestra y edad | Tipo de cáncer | Formato MBSR, sesiones, duración y frecuencia | Funciones cognitivas evaluadas | Instrumentos de evaluación | Resultados |
|-------------------------------|-------------|------------------------------------|-----------------------|--|---|------------------------------------|---|
| Kenne Sarenmal m et al., 2017 | Suecia | 166 mujeres de entre 34 y 80 años | Mama | 2h grupales semanales y 20 min, 6 días a la semana, a nivel individual / 8 semanas | Ansiedad y depresión, experiencia de síntomas (psicológicos, angustia), estado de salud (calidad de vida), capacidad de afrontamiento, atención plena y crecimiento postraumático | HAD, MSAS, SF-36, SOC, FFMQ y PTGI | HAD: depresión (media=4,3; SD=3,7 a media=3,3; SD=3,3; p=0,001). Ansiedad (p=0,069). Síntomas psicológicos (media=1,4; SD=0,8; a media =1,2; SD=0,9; p=0,008). Angustia global (p=0,013). Calidad de vida: en vitalidad (p<0,001), percepción general de salud (p=0,003) y salud mental (p<0,001). Capacidad de afrontamiento (p=0.028). Atención plena en no reactividad (media=2,9; SD=0,7 a media =3,3; SD=0,5; P<0,001) y observación (P<0,001). Crecimiento postraumático (p=0,005). |

| | | | | | | | |
|--------------------------|--------------|---|--------|---|---|--|---|
| Janusek et al., 2019 | EE.UU. | 192 mujeres, de entre 28 y 35 años | Mama | 2,5h grupales a la semana / 8 semanas + retiro espiritual | Estrés, depresión, y atención plena. | PSS, CES-D, FFMQ | Atención plena: FFMQ observación, descripción y no reactividad ($p < 0,01$). No juzgar no fue significativo ($p = 0,08$). Análisis post-hoc?. Estrés percibido ($b = 0,3723$, $SE = 0,1307$, $p < 0,1$, IC 95% = [0,1581, 0,5899], $\dot{y} = 0,85$). Depresión $p = 0,08$ no significativa |
| Schellekens et al., 2017 | Países Bajos | 63 participantes, de media de 58,7 años de edad | Pulmón | 2,5h grupales a la semana / 8 semanas, un día de silencio de 6h y 45 min de práctica individual | Malestar psicológico (ansiedad y depresión), calidad de vida, habilidades de atención plena, autocompasión, rumiación y síntomas de estrés traumático | HADS, QLQ-C30-, FFMQ, SCS, RRS-BR, IES | Malestar psicológico HADS ($p = 0,008$, $d = 0,69$). Calidad de vida ($p = 0,047$, $d = 0,60$). Atención plena ($p = 0,001$, $d = 0,84$). Autocompasión ($p = 0,009$, $d = 0,80$) y rumiación ($p = 0,018$, $d = 0,67$). Estrés postraumático ($p = 0,051$, $d = 0,37$). |
| Lengacher et al., 2021 | EE.UU. | 322 mujeres mayores de 21 años | Mama | 2h grupales semanales / 6 semanas y material para la práctica individual | Depresión, ansiedad, calidad de vida, estrés percibido, miedo a la recurrencia del cáncer, | CES-D, STAI, MOS SF-36, PSS, FCR, FFMQ, CAMS-R | A las 6 semanas: ansiedad: STAI ($p = 0,01$) y calidad de vida SF-36 ($p = 0,04$). Miedo a la recurrencia del cáncer FCR ($P = 0,03$) y estrés percibido PSS ($p = 0,10$). A las 12 semanas: ansiedad ($p = 0,06$) y calidad de vida ($p = 0,09$). Atención plena sí fue tendencia ($p = 0,08$) en FFMQ, pero no en |

| | | | | | | | |
|--------------------|--------|---|-----------|---|--|---------------------------------------|---|
| | | | | (12 semanas) | y atención plena | | CAMS-R (p=0,32). Miedo a la recurrencia (p=0,008) Además, la relación entre MBSR y ansiedad estuvo mediada por el miedo a la recurrencia y el estrés percibido tanto en las 6 como en las 12 semanas. Depresión no significativa (p=0,08;p=0,24). |
| Liu et al., 2019 | China | 120 pacientes con edad media de 43 años | Tiroideos | 8 semanas | Calidad de vida, depresión y ansiedad | QLQ-C30 EORTC, SDS, SAS | A los 3 meses: Calidad de vida: QLQ-C30 (mejoras significativas en función emocional (p=0,012) y cv global (p=0,015)). Depresión: SDS (p=0,027) y ansiedad: SAS (p=0,043). |
| Reich et al., 2017 | EE.UU. | 322 mujeres de media de edad de 56,6 años | Mamas | 2h grupales semanales / 6 semanas y práctica individual de 15-45 min diario | Depresión, ansiedad, estrés percibido, mindfulness, funcionamiento cognitivo y calidad de vida | CES-D, STAI, PSS, CAMS-R, ECOG, SF-36 | Grupo de síntomas psicológico (ansiedad, depresión, bienestar emocional y estrés percibido) p<0,05, con resultados similares a las 12 semanas (no aumentó más). No diferencias en atención plena, dentro del grupo de cognición (p>0,05). |
| Zhang et al., 2017 | China | 60 mujeres con una media de 47 años | Mamas | 2h grupales semanales / 8 semanas y práctica individual diaria de 40-45min | Afrontamiento postraumático, ansiedad, estrés percibido | PTGI, STAI, CPSS | Afrontamiento postraumático (F= 34,73, p<0,00); estrés percibido (F=14,41, p<0,00) y ansiedad (F=15,24, p<0,00) |

| | | | | | | | |
|---------------------------------|------|---|--------------------|---|--|------------------|---|
| Mirmah moodi et al., 2020 | Irán | 44 mujeres de entre 18 y 70 años | Mama | 1,5h grupales semanales / 8 semanas | Depresión, ansiedad y estrés percibido | BDI-II, BAI, PSS | Ansiedad: BAI (p=0,007). Depresión: BDI-II (ANCOVA, p=0,15). Estrés percibido PSS (ANCOVA, p=0,14) |
| Ahmadiq aragezlo u et al., 2020 | Irán | 38 participantes con una media de 46 años de edad | Mama y colorrectal | 2h grupales semanales / 8 semanas y práctica diaria | Miedo a la recurrencia del cáncer, pensamientos intrusivos, disfunción emocional, insight y afrontamiento. | FCR | FCR: miedo a la recurrencia en general (media d=7,9 a d=1), gravedad de pensamientos intrusivos (media d=16,6 a d=6), disfunción emocional (media d=6,9 a d=2,3), deterioro funcional (media d=8,1 a d=1,4), insight (media d=1,7 a d=0,5; p=0,245), seguridad (media d=5 a d=2,3) y estrategias de afrontamiento (media d=11,6 a d=4). |