

# LA UTILIZACIÓN DEL MINDFULNESS EN EL PACIENTE ONCOLÓGICO

Miguel A. Vallejo y José Ortega

Facultad de Psicología, Universidad Nacional de Educación a Distancia

## Resumen

Uno de los problemas principales del paciente oncológico es el afrontamiento de su enfermedad, en las distintas fases y momentos de ésta. Para ayudarle a reducir el estrés y los aspectos emocionales negativos se ha utilizado el *Mindfulness-Based Stress Reduction* (MBSR). Este programa educativo potencia la vivencia del momento presente al tiempo que procura una regulación fisiológica del exceso de activación emocional.

Aunque los estudios controlados no permiten conocer la eficacia real de este programa, así como delimitar sus componentes principales, se han obtenido resultados positivos que aconseja considerarlo en el abordaje del paciente oncológico. Se especula, además, sobre su consideración como programa educativo o como intervención clínica, matizando la eficacia diferencial que esto pueda tener en sus efectos.

**Palabras clave:** *Mindfulness*, relajación, control del stress, paciente oncológico

## Abstract

One of the main problems of the oncology patients is the coping with illness, through its different phases and moments. Mindfulness-Based Stress Reduction (MBSR), has been used to reduce stress and negative emotional aspects in these patients. This educational program promotes the experience of the present moment and attempts a physiological adjustment on increased emotional activation.

Although controlled studies do not allow knowing the really efficacy of this program, as well as delimiting its main components, positive findings have been got support its use in the treatment of oncology patients. In addition, it is speculated about consider Mindfulness like an educational program or a clinical intervention, considering the influence of this differentiation / distinction on Mindfulness' effects.

**Key words:** Mindfulness, relaxation, stress control, cancer patient

## INTRODUCCIÓN

El paciente oncológico está especialmente expuesto a condiciones estresantes asociadas al padecimiento de su enfermedad. A los problemas derivados de dicha enfermedad, semejantes a cualquier otra, se suma el impacto

emocional de padecer un trastorno que afecta a su supervivencia y a su calidad de vida. Es por ello que la intervención psicológica dirigida a reducir ese impacto emocional y los efectos asociados: trastornos del sueño, fatiga, ansiedad, depresión, etc., sea especialmente apropiada.

### Correspondencia:

Miguel Ángel Vallejo.  
Facultad de psicología.  
Universidad Nacional de Educación a Distancia  
Ciudad Universitaria s/n Madrid 28040  
E-mail: mvallejo@psi.uned.es

Para reducir el impacto emocional de la enfermedad y sus síntomas asociados se dispone de diversos recursos psicológicos. Las técnicas de control del estrés, la facilitación de estrategias de afrontamiento y demás recursos específicos para el dolor, los problemas de sueño, etc. Ciertamente, 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. Aun así resulta difícil, incluso en el análisis de cada caso concreto, elegir el tipo de intervención más adecuado. Un recurso que ha sido admitido de forma generalizada para el control del estrés ha sido la reducción del nivel de activación fisiológica: con el uso de técnicas de relajación, meditación y la puesta en marcha de estrategias de afrontamiento de los aspectos más problemáticos, o de mayor impacto, de la enfermedad.

Considerando aquellas intervenciones dirigidas al control (reducción) del estrés en pacientes en contexto médico y hospitalario, cabe destacar el denominado Reducción de Estrés mediante *Mindfulness* (*Mindfulness-Based Stress Reduction* –MBSR) desarrollado por Kabat-Zinn et al<sup>(1)</sup>. Se trata de un programa de carácter educativo, no de intervención clínica, que busca reducir el impacto emocional de la enfermedad. Este programa tiene un formato grupal y está relativamente estructurado: 8 semanas con sesiones de 2 horas y media, con práctica personal de 45 minutos mediante audio-casetes y una sesión intensiva adicional de 7 horas. Este programa ha sido aplicado a diversos trastornos: dolor crónico, fibromialgia, etc., con resultados prometedores<sup>(2)</sup>.

¿Qué diferencia el MBSR de otros programas de control del estrés? El elemento esencial refiere al *Mindfulness*. Se trata de potenciar 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. Hay que reconocer que esto supone un modo diferente, como planteamiento, de la forma en que se abordan psicológicamente estos problemas. Generalmente, y esto lo muestra paradójicamente el mismo nombre de la técnica de Kabat-Zinn (reducción de estrés), se busca reducir (eliminar) el estrés, al ser éste considerado como malo o negativo. Desde este punto de vista se potencia la aceptación de la situación presente, lo que supone una renuncia explícita a la valoración y, en cierto sentido, la práctica de una separación entre los hechos y su representación a través del lenguaje. Las implicaciones teóricas y prácticas que este acercamiento tiene desde un punto de vista psicológico han sido comentadas en otro lugar<sup>(3,4)</sup> y pueden servir de referencia para atisbar su posible utilidad, aunque sólo estudios empíricos que aborden los componentes específicos de estas técnicas permitirán hacer la valoración adecuada de su utilidad.

El MBSR no es el único medio para incidir en la aceptación del momento presente y en la renuncia a la valoración (verbal). Es más, como se ha comentado, el MBSR no es un tratamiento psicológico en sí e incluso tiene más que ver con técnicas de meditación que con, por ejemplo, técnicas de relajación o de respiración más comunes en la terapia. No obstante, el MBSR es el procedimiento más estudiado empíricamente y el que ha sido aplicado al tratamiento de los pacientes oncológicos.

## REVISIÓN DE LA BIBLIOGRAFÍA

Smith, Richardson, Hoffman y Pilkington<sup>(5)</sup> revisan la aplicación del MBSR a los pacientes de cáncer. Sólo encuen-

tran 3 trabajos controlados (asignación aleatoria a las condiciones de tratamiento) al que se puede añadir un cuarto<sup>(6)</sup> y un número mayor de trabajos no controlados. El primero de los trabajos fue realizado con pacientes de cáncer de mama<sup>(7)</sup> y se comparó el programa MBSR con la posibilidad de que los pacientes eligieran sus propias actividades de control del estrés. No se obtuvieron diferencias estadísticamente significativas entre los grupos. Al no conocerse qué estrategias se utilizaron en el grupo de control, resulta difícil valorar la eficacia del MBSR. En todo caso cabría entender que el MBSR fue tan eficaz como otras estrategias de control del estrés elegidas por los pacientes.

El trabajo llevado a cabo por Speca et al<sup>(8)</sup> con 109 pacientes con diferentes tipos de cáncer tampoco obtuvo resultados estadísticamente significativos. No hubo diferencias entre el grupo MBSR y el grupo control (lista de espera), en las dos medidas tomadas: reducción de los síntomas de estrés y mejora del estado de ánimo. Sí encontraron diferencias significativas Carlson et al<sup>(9)</sup> con una mejora del estado de ánimo a los 6 meses de seguimiento, aún cuando esta mejora no pudo ser comparada con el grupo de control, al no tener la correspondiente medida.

Finalmente, Monti<sup>(6)</sup> publican un trabajo realizado con 111 mujeres con diversos tipos de cáncer. Del estudio fueron excluidas pacientes en fase terminal o con trastornos psicóticos, depresión mayor o con déficit cognitivos. Se admitieron pacientes que estaban en tratamiento por profesionales de salud mental. El tratamiento MBSR incluyó un componente adicional denominado "*Mindfulness art activity*" y que incluía tareas de expresión artística. Esta versión modificada del MBSR denominada MBAT (*Mindfulness-Based Art Therapy*),

fue más efectiva que la lista de espera en la reducción de la sintomatología recogida por el SCL-90R y una mejora de la calidad de vida según el SF-36). Estas diferencias se presentan sin seguimiento, aunque se alude a la existencia de datos de seguimiento a 8 meses que mantienen los resultados obtenidos tras el tratamiento. No se informa de la posible influencia que el tratamiento de salud mental pudiera ejercer sobre las pacientes.

Otros estudios llevados a cabo muestran que el MBSR tiene cierta utilidad para reducir los síntomas ligados al estrés y la mejora del sueño<sup>(10)</sup> o la calidad de vida del paciente<sup>(11)</sup>. En otros no se observan cambios en el estado de ánimo<sup>(12)</sup> y en la mayoría de ellos hay diversas deficiencias metodológicas que impiden valorar adecuadamente los resultados obtenidos.

Un área de estudio adicional es la que busca relaciones concretas entre el MBSR y cambios neurohormonales o inmunológicos que justifiquen fisiológicamente los aspectos positivos de este tratamiento. No se trata del aspecto más relevante, pues lo primero sería demostrar que el MBSR es efectivo y por qué factores psicológicos concretos. Secundariamente el conocimiento de cómo se ejercen parte de esos efectos a través de cambios neurohormonales o inmunológicos contribuiría a conocer más acerca de cómo opera. Los resultados de diversas investigaciones no han sido muy positivos. Carlson et al<sup>(10)</sup> no encontraron diferencias en linfocitos como respuesta al tratamiento MBSR, aunque tampoco las encontraron con respecto al estado de ánimo, aunque sí, como se ha comentado más arriba, en relación con el sueño o la calidad de vida. En un estudio más reciente el mismo equipo<sup>(12)</sup> tampoco obtienen resultados en niveles de cortisol, dihidroepiandrosterona y

melatonina. Es más los cambios en sintomatología de estrés y estado de ánimo no se relacionan con los cambios hormonales. Es de destacar que en este trabajo con pacientes de cáncer de mama y de próstata, no se obtuvieron resultados estadísticamente significativos en mejora del estado de ánimo. Aunque el estudio en cuestión al carecer de grupo de control, la falta de constatación de estos cambios en el grupo tratado no deja bien parado el MBSR.

### **Consideraciones sobre la utilidad del *mindfulness***

Ateniéndose a los resultados comentados en el anterior apartado la utilidad del MBSR para el tratamiento del impacto emocional y del estrés del paciente oncológico es cuestionable. Smith et al<sup>(5)</sup> en su revisión sobre este particular consideran que puede tener cierta utilidad sobre el estado de ánimo y el estrés, pero no dejan de citar los problemas metodológicos de las investigaciones realizadas. Además, resulta difícil intuir qué componentes del MBSR son los responsables de su eficacia. El trabajo de Monti et al<sup>(6)</sup> que obtiene unos resultados positivos incluye además, como se ha comentado, un componente de terapia del arte. Todo ello hace difícil conocer dónde se encuentra el posible efecto terapéutico de este tipo de entrenamiento.

Es posible que el *mindfulness*, más allá del MBSR pueda ser eficaz en el tratamiento de estos pacientes. Conviene aquí señalar que, como se ha comentado, el MBSR no es considerado un programa de tratamiento psicológico, sino un curso orientado a educar al paciente sobre determinados aspectos del estrés y sobre la experimentación de ciertas indicaciones próximas a la meditación. El entrenamiento es amplio y extendido

en el tiempo, e incluye además tareas personales. Para que fuera más efectivo ¿debería tener un formato de tratamiento psicológico y ser dirigido y aplicado como tal? Esta es una posibilidad a explorar. La aceptación, el centrarse en el momento presente de forma ingenua, sin valoración, puede ser positiva como terapia psicológica sólo si es adaptada a las necesidades del paciente y si son identificados los efectos que este cambio de comportamiento puede tener en el medio psicosocial del paciente. El sentido de la activación conductual, por ejemplo, no es que las personas realicen más actividades a modo de hobby o deporte, sino que sean funcionalmente relevantes para procurarse un medio psicosocial más favorable<sup>(13)</sup>.

El *mindfulness* en el contexto del MBSR busca un cambio de actitud, no la modificación de un determinado tipo de pensamientos. Este abordaje educativo puede ser positivo en general e incluso beneficioso para determinado tipo de paciente, pero también puede no ser suficiente (por inespecífico) cuando se busca un efecto terapéutico concreto. Puede existir la creencia de una persona más relajada, más centrada en el presente, afronte mejor los problemas de la vida, cosa que habría que demostrar, del mismo modo que habría que demostrar que eso sea útil ante un problema clínico, como el padecimiento de un cáncer.

Un reciente estudio de Ostafin et al<sup>(14)</sup> añade alguna luz al respecto. Estos autores se preguntan si el entrenamiento en *mindfulness* procurado por el MBSR que es el más estudiado, no sea tal vez menos adecuado que el entrenamiento genuino, esto es la meditación budista *vipassana*. Consideran que el *mindfulness* secularizado, el MBSR, tiene objetivos distintos que la meditación budista. Así llevan a cabo un estudio con perso-

nas normales que asisten a centros de meditación *vipassana*. Evalúan antes y después de 3 meses del entrenamiento el estrés mediante el *Brief Symptom Inventory* y obtienen diferencias significativas en reducción de dicho estrés, según el cuestionario referido. Sin embargo, sorprendentemente, la práctica regular diaria de la meditación no implica una reducción del estrés. Los resultados en la reducción del estrés deben ser tomados con cautela porque además de no haber grupo de control (el estrés psicológico puede haber disminuido por el paso del tiempo) no son pacientes o personas expuestas a situaciones de estrés concretos. No obstante, si la práctica del *mindfulness* no produce una reducción del estrés psicológico, tal vez el cambio de actitud procurado, caso de producirse, no es suficiente para actuar con un beneficio psicológico mensurable. Esto contradice a quienes creen que la práctica del *mindfulness* es positiva en sí (ver Grossman et al<sup>(15)</sup>) y permite considerar que el ajuste y la especificidad al comportamiento y contexto concreto sea tal vez necesaria para obtener el efecto psicológico buscado.

El *mindfulness* más allá del MBSR está presente en acercamientos terapéuticos concretos: la terapia de aceptación y compromiso, el tratamiento (prevención) de la depresión, la terapia de conducta dialéctica e incluso en la terapia cognitivo conductual, cuando se potencia la exposición o el uso de técnicas cognitivas o de afrontamiento centradas en el problema objeto de intervención. La misma terapia cognitiva que busca la fundamentación empírica de los pensamientos y creencias, supone un intento evidente por respetar la realidad, frente a la elaboración cognitiva que la suplanta<sup>(16-17)</sup>. La diferencia, posiblemente, entre estos acercamientos y el MBSR pueda ser que estos tienen un objeti-

vo terapéutico definido y el MBSR es un programa educativo de apoyo. ¿Puede ser este aspecto el elemento clave para justificar el menor efecto del MBSR? Teasdale et al<sup>(16)</sup> adaptaron y desarrollaron un programa específico basado en *mindfulness* para la prevención de la depresión. El *mindfulness-based cognitive therapy* (MBCT) comparte algunos elementos del MBSR pero es, ante todo, un programa de intervención psicológica dirigido a la prevención de recaídas en pacientes que han sido tratados de depresión. El programa, por otro lado, no es igualmente eficaz y apropiado para todos los pacientes que han padecido depresión. Estos autores han comprobado que el MBCT es más adecuado para pacientes más graves (más de 3 episodios previos tratados) que menos graves (menos de 2 episodios). Estos y otros aspectos les llevan a desaconsejar el uso del MBCT de forma indiscriminada a pacientes depresivos, sin un adecuado análisis y estudio de los factores que mantienen el problema<sup>(18)</sup>.

Estos aspectos pueden llevar a considerar que el uso del *mindfulness* puede ser más adecuado dentro de un programa de intervención clínica convencional (terapia cognitivo conductual) y no como un mero entrenamiento educativo experiencial y con una finalidad genérica de modificar la actitud, ya tenga un formato original de meditación budista u otro secularizado tipo MBSR.

## CONCLUSIÓN

Con los resultados de los estudios existentes en la actualidad no es posible determinar la utilidad del MBSR en el tratamiento de paciente oncológico. La escasez de estudios y las deficiencias metodológicas de los realizados no permiten una conclusión más precisa. Esto no quiere decir, naturalmente, que no

pueda ser útil para ayudar al paciente oncológico a reducir el impacto de su enfermedad y los aspectos emocionales y sintomatología asociada.

El que los pacientes dediquen una parte de su tiempo en centrarse en lo que hacen, bien sea en sus sensaciones corporales o en otros elementos de la experiencia sensorial, puede ser un modo útil de no permitir que las emociones y la valoración de éstas impregnen toda su realidad. Esto que pudiera ser considerado positivo en sí, tal vez no lo sea en términos de intervención psicológica, si no se relaciona con aspectos concretos de su comportamiento y de los determinantes de éste. Tal vez no sea suficiente con realizar unos determinados ejercicios descontextualizados de una intervención terapéutica ajustada a la persona.

El facilitar a los pacientes sesiones de entrenamiento estándar tipo MBSR pueden ser positivo, pero su efecto terapéutico debe ser enmarcado, o explorado, en función de las variables relevantes al problema. El modo en qué la persona integra los recursos generados, cómo afecta al modo de afrontar la enfermedad, en qué medida su comportamiento se ve alterado y altera su contexto psicosocial, etc. En suma las variables relevantes a una intervención psicológica.

## REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS

1. Kabat-Zinn J, Massion MD, Kristeller J, Peterson LG, Fletcher KE, Pbert L. et al. Effectiveness of a meditation-based stress reduction program in the treatment of anxiety disorders. *Am J Psychiatry* 1992; 149: 936-43.
2. Germer CK, Siegel RD, Fulton PR. *Mindfulness and psychotherapy*. New York: Guilford Press, 2005.
3. Vallejo MA. Mindfulness. *Pap Psicol* 2006; 27: 24-31.
4. Vallejo MA. Atención plena. Mindfulness. *EduPsyke* 2006; 5: 231-53.
5. Smith JE, Richardson J, Hoffman C, Pilkington K. Mindfulness-based stress reduction as supportive therapy in cancer care: systematic review. *J Adv Nurs* 2005; 52: 315-27.
6. Monti DA, Peterson C, Shakin Kunkel E, Hauck WW, Pequignot E, Rhodes L, et al. A randomized, controlled trial of mindfulness-based art therapy (MBAT) for women with cancer. *Psychooncology* 2006; 15: 363-73.
7. Shapiro SL, Bootzin RR, Figueredo AJ, López AM, Schwartz GE. The efficacy of mindfulness-based stress reduction in the treatment of sleep disturbance in women with breast cancer: an exploratory study. *J Psychosom Res* 2003; 54: 85-91.
8. Speca M, Carlson LE, Goodey E, Angen M. A randomised, wait-list controlled clinical trial: the effect of a mindfulness meditation-based stress reduction program on mood and symptoms of stress in cancer outpatients. *Psychosom Med* 2002; 62: 613-22.
9. Carlson, L.E., Ursuliak, Z., Goodey, E., Angen, M. y Speca, M. The effects of a mindfulness meditation-based stress reduction program on mood and symptoms of stress in cancer outpatients: 6-month follow up. *Support Care Cancer* 2001; 9: 112-23.
10. Carlson LE, Speca M, Patel KD, Goodey E. Mindfulness-based stress reduction in relation to quality of life, mood symptoms of stress and immune parameters in breast and prostate cancer patients. *Psychosom Med* 2003; 65: 571-81.
11. Majumdar M, Grossman P, Dietz-Washchkowski B, Kersig S, Walach H. Does mindfulness meditation contribute to health? Outcome evaluation of a German sample. *J Alternative Complementary Med* 2002; 8 (6): 719-30.

12. Carlson LE, Speca M, Patel KD, Goodey E. Mindfulness-based stress reduction in relation to quality of life, mood symptoms of stress and levels of cortisol, dehydroepiandrosterone sulphate (DHEAS) and melatonin in breast and prostate cancer patients. *Psychoneuroendocrinology* 2004, 29, 448-74.
13. Dimidjian S, Dobson KS, Kohlenberg RJ, Gallop R, Markley DK, Atkins DC, et al. Randomized trial of behavioural activation, cognitive therapy, and antidepressant medication in the acute treatment of adults with major depression. *J Cons Clin Psychol* 2006, 74: 658-70.
14. Ostafin BD, Chawla N, Bowen S, Dillworth TM, Witkiewitz K, Marlatt, GA. Intensive mindfulness training and the reduction of psychological distress: a preliminary study. *Cogn Behav Prac* 2006; 13: 191-7.
15. Grossman P, Niemann L, Schmidt S, Walach H. Mindfulness-based stress reduction and health benefits: a meta-analysis. *J Psychosom Res* 2004; 57: 35-43.
16. Teasdale JD, Moore RG, Hayhurst H, Pope M, Williams S, Segal ZV Metacognitive therapy and prevention of relapse in depression: Empirical evidence. *J Cons Clin Psychol* 2002; 70: 275-87.
17. Blackledge JT, Hayes SC. Emotion regulation in acceptance and commitment therapy. *J Clin Psychol* 2001; 57: 243-55.
18. Teasdale JD, Segal ZV, Williams JMG. Mindfulness training and problem formulation. *Clin Psychol Sci Pract* 2003; 10: 157-60.

