

Trabajo Fin de Grado

Efectividad y beneficios potenciales de las Intervenciones Basadas en Atención Plena para el bienestar psicológico de adultos con enfermedades terminales: una Revisión Sistemática

Effectiveness and potential benefits of Mindfulness-Based Interventions for the psychological well-being of terminally ill adults: a Systematic Review.

Autor/es: Belén Cariñena Alegre

Director/es: Andrés Sebastián Lombas Fouletier

Grado en Psicología
Facultad de Ciencias Sociales y Humanas

Año
2024

RESUMEN

Objetivos: Esta revisión sistemática pretende describir, evaluar y sintetizar la efectividad y los beneficios potenciales de las Intervenciones Basadas en Atención Plena (IBAP) para mejorar la salud psicológica de personas con enfermedades que amenazan la vida.

Métodos: Se realizaron búsquedas en tres bases de datos distintas, (PubMed, ScienceDirect y PsycINFO), combinando términos relacionados con la atención plena y pacientes con enfermedades terminales. Se incluyeron estudios con adultos en cuidados paliativos o con todos los tipos de cáncer, publicados a partir del 2010 en inglés y español.

Resultados: Se seleccionaron catorce estudios con una variedad considerable de paquetes de tratamiento de IBAP. Los resultados sugieren que las IBAP son aceptables y beneficiosas para la población con enfermedades que amenazan a la vida, ya que mejoran la calidad de vida, la angustia psicológica y alivian el dolor. Sin embargo, se encontraron algunos problemas metodológicos que hacen tomar los hallazgos con cautela.

Conclusiones: Los paquetes IBAP resultan prometedores en esta población por sus beneficios potenciales. Es crucial adaptar la duración de estas intervenciones y la aplicación según las necesidades individuales que los pacientes en estado crítico pueden tener. Se recomienda crear IBAP adaptados a los diversos pacientes como tratamiento complementario.

PALABRAS CLAVE

Intervenciones basadas en atención plena, afrontar la muerte, enfermo terminal, cuidados paliativos, ansiedad relacionada con la muerte, cáncer en fase terminal.

ABSTRACT

Objectives: This systematic review aims to describe, evaluate and synthesize the effectiveness and potential benefits of Mindfulness-Based Interventions (MBBI) for improving the psychological health of people with life-threatening illnesses.

Methods: Three different databases (PubMed, ScienceDirect and PsycINFO) were searched, combining terms related to mindfulness and terminally ill patients. Studies with adults in palliative care or with all types of cancer, published from 2010 onwards in English and Spanish, were included.

Results: Fourteen studies with a considerable variety of PPI treatment packages were selected. The results suggest that PPIs are acceptable and beneficial for the population with life-threatening illnesses, as they improve quality of life, psychological distress and alleviate pain. However, some methodological problems were encountered that make one take the findings with caution.

Conclusions: IBAP packages show promise in this population for their potential benefits. It is crucial to tailor the duration of these interventions and the application according to the individual needs that critically ill patients may have. It is recommended to create IBAPs tailored to diverse patients as adjunctive treatment.

KEY WORDS

Mindfulness-based interventions, facing death, terminally ill, palliative care, death-related anxiety, end-stage cancer.

1. INTRODUCCIÓN

Según Kabat-Zinn, pionero en la popularización del mindfulness en Occidente, la atención plena se define como “prestar atención de una manera determinada: de forma deliberada, en el momento presente y sin juzgar”, de esta manera, la persona que lo realiza puede desarrollar una mayor conciencia, claridad y aceptación de la realidad del momento presente. Las raíces de esta práctica se remontan a la tradición budista, sin embargo, su relevancia hoy en día no tiene que ver con esto, sino con el hecho de “despertar” y vivir en armonía con nuestro entorno y con nosotros mismos (Kabat-Zinn, 1994).

Durante los últimos años, se ha visto una proliferación de investigaciones sobre los beneficios de la atención plena en el ámbito clínico, ya que esta puede ser usada como una herramienta terapéutica en el tratamiento de diversas condiciones médicas, incluyendo el manejo del dolor, la reducción del estrés, la ansiedad y la depresión. En cuanto a los posibles mecanismos subyacentes a las intervenciones basadas en atención plena, Shapiro et al. (2006) desglosan tres axiomas fundamentales del mindfulness: la intención (propósito de practicar la atención plena), la atención (la propia observación de sus experiencias) y la actitud (cualidades personales que facilitan la práctica de mindfulness). Sugieren que estos componentes entrelazados ocurren simultáneamente en un solo ciclo y son los responsables de un cambio de perspectiva denominado “repercepción”. Es debido a este proceso por el que uno es más capaz de procesar y afrontar su sufrimiento y dolor emocional. Siguiendo esta misma línea, se cree que la atención plena tiene el potencial de realizar una función triple de aceptación, integración y trascendencia a la hora de aceptar la muerte (Xu, 2017).

Dado su potencial para aliviar la angustia emocional y promover el bienestar, la atención plena se está integrando en los hospitales y cuidados paliativos para ayudar a los pacientes con alguna enfermedad, especialmente con cáncer, a afrontar la ansiedad y el dolor asociados a esta, dirigiendo su atención a la realidad del momento presente y a sus sensaciones corporales sin juzgar. Es en este contexto en el que se centra esta revisión sistemática, ya que el objetivo principal es el de describir, evaluar y sintetizar la aceptabilidad y los beneficios potenciales de las intervenciones basadas en la atención plena para el bienestar psicológico de personas con enfermedades que amenazan la vida.

La aparición de una enfermedad de este tipo tiene un impacto innegable en la vida del paciente, a menudo se enfrentan a múltiples perdidas a lo largo de la trayectoria de la enfermedad que van desde la pérdida de identidad y relaciones hasta la pérdida de esperanza y significado en la vida; estos sentimientos se ven exacerbados por experiencias de sufrimiento existencial y espiritual encontradas en anticipación de su mortalidad (Choo et al.,

2024). La tarea final del desarrollo de las personas es afrontar y abordar la finitud de sus propias vidas. Aceptar la muerte desencadena una revisión de vida en dirección de integrar lo que eran y lo que son (Xu, 2017). El efecto de esto puede ser devastador y dar lugar a un cambio negativo en la vida del paciente si no se hace uso de estrategias de afrontamiento que faciliten un reenfoque en el logro de nuevas posibilidades (Fife, 2005).

A través de la práctica de la atención plena se puede conseguir esto, ya que se refuerza un sentido de trascendencia y desconexión, donde se perciben los sucesos como impersonales y parte de un proceso, en lugar de como angustiosos o peligrosos. Además, se cultiva la capacidad de aceptar en el presente los pensamientos, sentimientos y sensaciones físicas con un compromiso de no juzgar (Cho et al., 2021). Se produce de esta manera un cambio de perspectiva hacia un estado de calma a pesar de su vulnerabilidad (Zimmermann et al., 2020). El conocimiento de su muerte inminente brinda a los pacientes con enfermedades terminales oportunidades para procesar sus pérdidas y sufrimiento percibidos, lo que conduce a sentimientos de aceptación y paz interior al final de la vida. En esencia, la vida consciente no es el producto final de la práctica de la atención plena, sino un viaje interior continuo para revisar el pasado agridulce, aceptar la situación presente y anticipar el futuro impermanente mientras se busca la tranquilidad y la aceptación de la mortalidad. (Choo et al., 2024).

Son varios los programas desarrollados con la atención plena para tratar a pacientes con enfermedades. Existen diversas Intervenciones Basadas en la Atención Plena (IBAP) ampliamente estudiadas y probadas. Las IBAP pueden ir más allá del enfoque convencional de llamar la atención sobre la experiencia somática y sensorial para centrarse en los pensamientos y emociones de los pacientes que surgen de la trayectoria de su enfermedad y en anticipación de su muerte inminente. A través de dicha introspección, los pacientes pueden reconocer, procesar, repercipir y aceptar sus variadas experiencias en su viaje de vida consciente (Choo et al., 2024). Hay varios tipos de intervenciones dentro de esta categoría, pero vamos a desglosar dos en concreto: el programa de Reducción del Estrés Basado en la Atención Plena (REBAP) (Kabat-Zinn, 1990) y la Terapia Cognitiva Basada en la Atención Plena (TCBAP) (Segal et al., 2001). Ambos se desarrollan generalmente en 8 sesiones semanales de 2 a 2.5 horas cada una, combinando prácticas de meditación, ejercicios de conciencia corporal, tareas de reflexión personal y grupal y tareas para casa. Sin embargo, tienen algunas diferencias en el enfoque y contenido: el REBAP está dirigido a personas que experimentan estrés, dolor crónico u otras condiciones médicas y el TCBAP se enfoca en prevenir la recaída en la depresión incorporando un enfoque de terapia cognitiva y proporcionando una psicoeducación más explícita sobre la relación entre el estado de ánimo,

la cognición y el funcionamiento en comparación con REBAP (Park et al., 2020). El REBAP, sin embargo, es pionero en la implementación en entornos clínicos para aliviar el sufrimiento asociado con trastornos físicos, psicosomáticos y psiquiátricos, demostró ser eficaz para ayudar a las personas con cáncer a afrontar el estrés y la ansiedad y mejorar la calidad de vida (Poletti et al., 2019).

Una gran parte de la literatura existente se ha centrado en comprobar los posibles beneficios de este tipo de intervenciones en pacientes en recuperación o con cáncer en estadios bajos. No obstante, existe escasez en la investigación con la población con cáncer avanzado (Zimmermann et al., 2020) o con enfermedades que amenazan seriamente el estado tanto físico como emocional del paciente. Este trabajo va dirigido a cubrir esta carencia, realizando una revisión sistemática sobre la eficacia de estos programas basados en atención plena con este tipo de población.

2. MÉTODO

Para llevar a cabo esta revisión, se han seguido las directrices establecidas por la Declaración PRISMA 2020 (Preferred Reporting Items for Systematic Reviews and Meta-Analyses) para asegurar un proceso de búsqueda transparente y reproducible.

2.1. *Fuentes de datos y estrategia de búsqueda*

Para realizar la búsqueda se han utilizado tres bases de datos electrónicas: PubMed (National Institutes of Health, NIH), ScienceDirect (base de datos de Elsevier) y PsycINFO (Base de datos de la American Psychological Association, APA) en las que se realizaron búsquedas desde marzo de 2024.

Las estrategias de búsqueda se diseñaron con la intención de centrar los resultados en las siguientes temáticas: mindfulness, percepción de la muerte y enfermedad. Para ello, los términos usados para obtener artículos de interés para la revisión fueron los siguientes: (“Mindfulness” or “Mindfulness-based Interventions”) AND (“Facing death”, “Terminally ill”, “Palliative care”, “End stage cancer”, “Epistemic uncertainty patients”, “Terminally ill patients” o “Death anxiety”). Además, se limitó el idioma al inglés y al español y no se permitieron artículos previos al 2010. Los resultados obtenidos se cargaron y gestionaron mediante el programa “Covidence”.

2.2. Criterios de elegibilidad

Se establecieron y concretaron definitivamente los criterios de inclusión y exclusión que inicialmente se habían delineado de manera general para guiar la búsqueda. Los criterios de inclusión fueron los siguientes: estudios que (1) trataran de una intervención basada en mindfulness, (2) estuvieran enfocados en una población adulta de 18 años o más, (3) fueran publicados en inglés o español, (4) hubieran sido publicados a partir de 2010 (incluido), y (5) fueran artículos científicos. Los criterios de exclusión fueron los siguientes: estudios en los que (1) la población objetivo fueran profesionales sanitarios en relación con el burnout, (2) fueran presentaciones en congresos, capítulos de libros o tesis, (3) la intervención estuviera basada en Terapia de Aceptación y Compromiso (ACT), (4) los artículos fueran publicados antes de 2010, (5) los estudios estuvieran centrados en niños y adolescentes, (6) se tratara de revisiones sistemáticas, o (8) las intervenciones se centraran en el duelo por una pérdida.

Estos criterios se establecieron con el fin de seleccionar estudios que examinaran de manera específica la efectividad de intervenciones de mindfulness en una población adulta que pueda, o no, estar en contacto con la muerte, excluyendo aquellos artículos que no se alineaban con los objetivos del presente estudio.

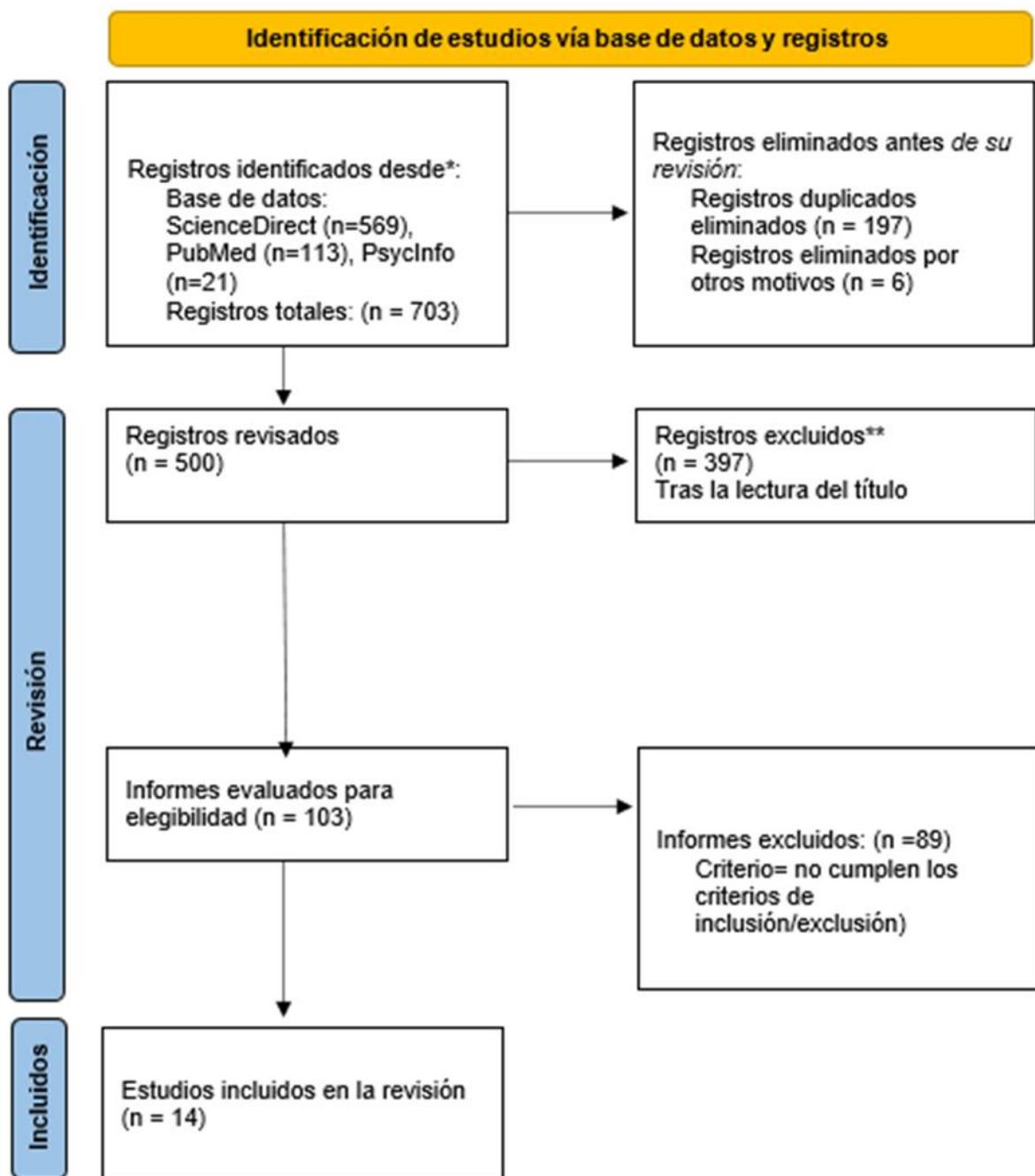
2.3. Selección de estudios y extracción de datos

Aplicando los filtros convenientes y con los términos ya nombrados, se realizaron las búsquedas obteniendo como resultado 703 artículos en total; 569 en ScienceDirect, 113 en PubMed y 21 en PsycINFO (véase Figura). Tras esto, se eliminaron 197 artículos duplicados, con la ayuda del programa Mendeley y 6 por el idioma, dando como resultado 500 artículos a revisar.

Se realizaron dos sesiones de lectura de título en el programa Covidence, teniendo en mente los criterios de inclusión y exclusión, y pudiendo añadir a la categoría “Maybe” a los artículos que podrían resultar de interés en el informe, obteniendo de esta forma 103 resultados. Finalmente, los artículos fueron evaluados para elegibilidad de manera más exhaustiva leyendo el “Abstract” o el artículo según fuese necesario. Tras este procedimiento, se seleccionaron 14 artículos que fueron los empleados para realizar la presente revisión sistemática.

Figura

Diagrama de flujo PRISMA mostrando el proceso de identificación de los estudios incluidos



3. RESULTADOS

3.1. *Características de los estudios incluidos*

La información que se detalla a continuación está recogida en la Tabla 1.

3.1.1. *Aspectos de contenido y diseño*

En esta revisión se recoge una muestra heterogénea de tratamientos, incluyendo diez estudios basados en TCBAP y REBAP, de los cuales la mitad aplicó el programa completo [16, 1, 5, 4, 9] y la otra mitad una versión abreviada [15, 10, 20, 3, 19]. El resto de los artículos están basados en: una versión reducida del programa de Atención Plena y Arteterapia [2], Mindfulness Cognitivo con Compasión (CCM, por sus siglas en inglés) [23], una breve respiración de veinte minutos [13] y un programa de meditación en pareja [14]. De todos los estudios mencionados, serán detalladas sus características más adelante.

En cuanto al diseño de los estudios, siete de ellos se llevaron a cabo bajo un ensayo controlado aleatorizado (ECA) [9, 13, 14, 15, 5, 19, 20], tres adoptaron un enfoque mixto, combinando métodos cuantitativos y cualitativos (entrevistas) [16, 3, 4], tres siguieron un diseño pre-post intervención [23, 10, 2] y uno tuvo un diseño de carácter cuasiexperimental [1].

3.1.2. *Reclutamiento y facilitadores*

La mayoría de los estudios reclutaron participantes aprovechando las citas clínicas en los centros hospitalarios, tanto de cuidados paliativos como en unidades oncológicas. Las intervenciones se llevaron a cabo principalmente en formato grupal, dos de manera individual [13, 2] y dos con diádas paciente-cuidador o cónyuge [10, 14]. Gran parte de los tratamientos se realizaron en centros hospitalarios, enviando tareas para casa, cuatro de los artículos aplicaron sus intervenciones de manera online o por teléfono desde casa [5, 14, 20, 23] y un estudio se realizó en una instalación hotelera [3]. En tres estudios no se informó acerca del entorno de realización [19, 2, 4].

En cuanto a los facilitadores, cuatro tratamientos fueron aplicados por instructores en mindfulness [10, 3, 2, 9]; cinco por psicólogos, psiquiatras o profesionales de la salud con formación en el tema [1, 14, 15, 5, 4] y un estudio reporta el uso de ambos facilitadores [16]. En el resto de los artículos se informa acerca de un investigador [13], un audio pregrabado o podcast [20, 23] y en uno no se reportan datos al respecto [19].

3.1.3. Adherencia al tratamiento

En dos estudios se reportan elevadas tasas de abandono [4, 9], las razones que se dan son: una elevada demanda de trabajo y malestar físico. En el resto de los artículos se reportan abandonos, pero no son alarmantes. Las principales razones para no continuar con el tratamiento son: una mala salud, terapias superpuestas, un conflicto de horarios, problemas de viaje o mudanzas, no tener tiempo libre, falta de motivación o la muerte. En tres casos se reportó abandono por la duración del tratamiento [3, 4, 5], los estudios mencionados tienen una duración de 8 semanas y los dos últimos aplican un programa completo de TCBAP, lo que puede haber sido razón principal para considerarlo demasiada carga de trabajo.

3.2. TCBAP

Cuatro artículos aplican la intervención TCBAP [4, 5, 9, 15]. Los tamaños de muestra oscilaron entre 19 y 189, con una duración de intervención de 8 meses en todos los casos. Todos los artículos aplican TCBAP completa excepto en el estudio de Park et al., (2020) [15], que omitió el día de retiro del programa. Los participantes incluidos en los artículos son mujeres con cáncer de mama [9, 15] y hombres con cáncer de próstata [4, 5].

En cuanto a los resultados, todos los estudios salvo uno [5], reportaron mejoras significativas en los indicadores evaluados. En el estudio de Chambers et al., (2017) [5] no se observaron cambios significativos en las dimensiones estudiadas, únicamente un leve cambio en la observación de la atención plena tras varios meses desde la intervención, este estudio tiene un tamaño de efecto muy pequeño (d de Cohen = 0.13). En el resto de los artículos se muestran cambios significativos en diferentes facetas.

3.3. REBAP

Seis artículos aplican la intervención REBAP [1, 3, 10, 16, 19, 20]. Los tamaños de muestra oscilaron entre 13 y 48, con una duración de intervención de 8 meses en todos los casos excepto en dos [10, 20], que duran seis semanas y una única sesión, respectivamente. Tres artículos aplican REBAP completa [1, 16, 19], los otros tres, una versión adaptada reducida de seis semanas [10], una única intervención basada en un ejercicio de respiración [20] y el ejercicio de meditación de escaneo corporal (BSM por sus siglas en inglés) cinco veces a la semana [3]. Los participantes son pacientes de diferentes tipos de cáncer [1, 3, 14, 16, 19] y enfermos ingresados en cuidados paliativos [20].

En cuanto a los resultados, todos los estudios reportaron mejoras significativas tras aplicar el programa de tratamiento en algunas de las dimensiones incluidas.

3.4. Otras intervenciones

Las cuatro intervenciones restantes aplican tratamientos propios: en el estudio de Ando et al. (2016) se adapta el programa de Mindfulness y Arteterapia en una versión reducida de dos sesiones [2], Zimmerman et al., (2020) une conceptos y procedimientos presentes en REBAP, Terapia de Aceptación y Compromiso y el existencialismo de Viktor Frankl con Terapias Centradas en el Significado, creando lo que se conoce como “Mindfulness cognitivo con compasión” con una duración de cuatro sesiones [23], Look realiza una única intervención de respiración consciente de 20 minutos de duración [13] y Milbury comprueba el impacto de la meditación en pareja a lo largo de cuatro semanas [14]. Los tamaños de muestra de estas intervenciones oscilan entre 10 y 75 diádas paciente-cónyuge. Los pacientes incluidos en estos estudios tienen cáncer en estadio III y IV [2, 14, 23] o se encuentran en cuidados paliativos [13].

Los resultados obtenidos apoyan las intervenciones aplicadas como evidencia preliminar para nuevos estudios en el campo de investigación.

Tabla 1*Características de los estudios incluidos.*

Estudio y ubicación	Muestra	Diseño de estudio	Intervención	Facilitador	Punto de tiempo
Zimmermann et al., 2020 Nueva Zelanda	20 pacientes con un diagnóstico de cáncer avanzado (estadio III o IV)	Pre-post intervención de un solo brazo	CMM 4 sesiones pregrabadas semanales de mindfulness	Podcast con contraseña, formato CD o tarjetas de memoria	- Al inicio - Una semana después
Park et al., 2020 Japón	74 pacientes con cáncer de mama III	ECA	TCBAP (sin sesión de retiro) o grupo de control en lista de espera.	Psicólogos clínicos, psiquiatras con formación y experiencia en mindfulness de 5 a 7 años	- Al inicio (T0) - 8 semanas después (T1) - 12 semanas después (T2) - Antes (T0) - Despues de la intervención (T1)
Poletti et al., 2019 Italia	20 participantes con cáncer metastásico	Método mixto. Diseño explicativo secuencial	REBAP Entrevistas estructuradas y en profundidad a 8 participantes	Instructor REBAP calificado, psicólogo clínico, médico capacitado en meditación y enfermera especialista en paliativos	- 2 meses postintervención (T2) - 4 meses postintervención (T3) - Inicio (T1) - Posintervención (T2) - 1 mes después (T3)
Johns et al., 2022 EEUU	13 díadas de pacientes con cáncer metastásico y cuidador	Diseño de un solo brazo no aleatorizado	Intervención grupal basada en REBAP de 6 sesiones en 6 semanas, 2 horas diarias Los pacientes participaron, tanto en una única intervención de atención plena pregrabada (parte del REBAP), como en una condición de control en estado de reposo en orden aleatorio	Facilitador certificado de mindfulness	- Antes y después de cada intervención o no intervención
Warth et al., 2020 Alemania	42 pacientes en cuidados paliativos	ECA	Extracto pregrabado		
Aminnasab et al., 2022 Irán	30 pacientes con cáncer de pulmón	Estudio cuasiexperimental con diseño pre-post test	Asignación aleatoria a grupo control o grupo experimental (recibe terapia REBAP) Pacientes aleatorizados asignados a 20 min (4 ejercicios) de respiración o a grupo	Terapeuta psicológico con conocimientos y experiencia en el campo	- Pretest - Posttest - Seguimiento de 3 semanas
Look et al., 2020 Malasia	40 pacientes en cuidados paliativos	ECA	Investigador	Dos sesiones antes y después	

Milbury et al., 2020 EEUU	75 diádas paciente (estadio IV de cáncer)-cuidador	ECA de tres brazos	control Una sesión semanal de 60 min durante 4 semanas. Se asigna aleatoriamente a las parejas a uno de los brazos: meditación en pareja (CBM), grupo control con apoyo social (SE) o grupo control con atención habitual (UC) Vía FaceTime	Maestro pasante de consejero psicológico con licencia (LPC-I)	- Al inicio del estudio - 1 mes después - 3 meses después
Eyles et al. 2015 Reino Unido	19 participantes con cáncer de mama	Diseño convergente de métodos mixtos	Realizan REBAP (6 sesiones en 8 semanas) y una entrevista semiestructurada en profundidad	Profesor de REBAP	- Pretratamiento - Semana 4 durante el tratamiento - Semana 8 en el tratamiento - Semana 16 post tratamiento - Semana 24 post tratamiento - Pretratamiento - 12 semanas post tratamiento - 24 semanas post tratamiento - 36 semanas post tratamiento
Chambers et al., 2017 Australia	189 participantes con cáncer de próstata	ECA	Asignación aleatoria a intervención TCBAP (8 sesiones semanales telemáticas) o atención habitual mejorada	Profesionales de salud entrenados en TCBAP	- Pretratamiento - 12 semanas post tratamiento - 24 semanas post tratamiento - 36 semanas post tratamiento
Ando et al., 2016 Japón	10 pacientes con cáncer (IV)	Diseño pretest-post-test	3 semanas de MATSV individual (2 sesiones) Asignación aleatoria a: 2 sesiones Meditacion de exploración corporal (BSM) de REBAP durante 45 minutos al menos 5 dias a la semana o grupo control	Especialista entrenado en REBAP, un consejero y un CD	- Pretratamiento - Post-tratamiento
Tsang et al., 2012 Hong Kong	48 pacientes con cancer terminal	ECA	Meditacion de exploración corporal (BSM) de REBAP durante 45 minutos al menos 5 dias a la semana o grupo control	No reportado	- Pretratamiento - Semana 1 post tratamiento - 1 mes post tratamiento
Chambers et al., 2012 Australia	19 pacientes con cáncer de próstata avanzado	Diseño explicativo secuencial	Intervención TCBAP y entrevista semiestructurada al final	Psicólogo con experiencia en oncología entrenado en TCBAP	- Pretratamiento - Post-tratamiento - 3 meses después
Johannsen et al., 2016	129 pacientes tratados por cancer de mama	ECA	Asignados a programa TCBAP o grupo control	Instructor de mindfulness	- Pretratamiento - Post-tratamiento - 3 meses post-tratamiento - 6 meses post-tratamiento

3.5. Síntesis de los resultados

La información que se detalla a continuación está representada en la Tabla 2.

Todos los artículos incluidos en la revisión reportan cambios positivos tras la aplicación de las intervenciones basadas en atención plena. En general, los tamaños de efecto son pequeños; sin embargo, en algunas dimensiones, se muestran efectos moderados o grandes. Se reporta un tamaño de efecto medio a grande en: depresión, mindfulness en descentramiento y calidad de vida [3]; bienestar espiritual, fatiga y miedo a la recurrencia del cáncer [15]; afrontamiento consciente [23]; depresión [13]; y en vigor-actividad [2]. En un estudio en particular [10], el tamaño de efecto pasa de mediano a grande un mes después de la intervención en las dimensiones de ansiedad, alteración del sueño, desvinculación conductual y calidad de vida.

En cuanto a la aceptabilidad de las intervenciones, en la mayoría de los casos, esta se midió en términos de asistencia y adherencia. Algunos estudios también incluyeron ítems de satisfacción y utilidad [10], mientras que otros utilizaron entrevistas. Cinco estudios no midieron ni informaron sobre la aceptabilidad de las intervenciones [1, 9, 13, 2, 19]. No obstante, en el resto de los artículos, se consideró que la intervención fue aceptable y útil. Los beneficios potenciales informados incluyen: la sensación de adquirir “beneficios acumulativos”, tener una nueva “herramienta útil” [3] y un “formato muy conveniente y accesible” [23]. Además, se reportan mejoras en la calidad de vida y afrontamiento, una reducción de los síntomas y emociones positivas.

Algunos estudios identificaron como una limitación el tamaño reducido de la muestra [3, 10, 15, 23, 14, 13, 2] y su homogeneidad [3, 10, 2, 14], presentándose, así como estudios preliminares en el tema que no permiten generalizar. Además, se encontró un elevado riesgo de sesgo en varios estudios [1, 20, 19, 4, 9, 15, 23, 13], tres de ellos debido al uso de autoinforme [1, 20, 13], uno por el abandono de participantes [9], otro por problemas en la distribución [23] y otro por el efecto del grupo [15].

Tabla 2*Síntesis de los resultados de los estudios incluidos.*

Autor y año	Edad y género de la muestra	Instrumentos de medición	Dimensiones	Resultados obtenidos
Zimmermann et al., 2020	Edad media de 55,6 años, tres cuartas partes de la muestra son mujeres.	<ul style="list-style-type: none"> - Escala de Afrontamiento Consciente (MCS) - Cuestionario de Aceptación y Acción-II (AAQ-aII) - Cuestionario de Significado de la Vida (MLQ) - Escala de Ansiedad y Depresión Hospitalaria (HADS) - Escala de preocupaciones sobre la recurrencia (CARS) - Inventario Breve de Fatiga (BFI) 	<ul style="list-style-type: none"> - Niveles de habilidades de afrontamiento consciente - Postura de aceptación - Significado de la vida 	Evidencia preliminar de una mejora de habilidades de afrontamiento consciente de la enfermedad. Se reportó una elevada adherencia debida al formato usado.
Park et al., 2020	Edad media 53,7 con un rango de 38 a 70. 100% mujeres	<ul style="list-style-type: none"> - Evaluación Funcional de la Terapia de Enfermedades Crónicas Espiritual (FACIT-Sp) - Evaluación Funcional de la Terapia contra el Cáncer General - Cuestionario de atención plena de cinco facetas - Escala de calificación numérica (NRS) - Prueba de perfil de estados de ánimo (POMS) - Entrevistas semiestructuradas - Escala apertura para Discutir el Cáncer en la Familia Nuclear - Índice de Calidad de Vida de McGill para pacientes e Índice de Calidad de Vida del Cuidador-Cáncer - Subescala de evitación cognitiva de la Mini-Mental Adjustment to Cancer Scale. - Cuestionario de salud del paciente PHQ-8 - Escala de Trastorno de Ansiedad Generalizada (GAD-7) - Índice de Calidad del Sueño de Pittsburgh 	<ul style="list-style-type: none"> - Angustia psicológica (ansiedad y depresión) - Miedo a la recurrencia del cáncer (FCR) - Fatiga - Bienestar espiritual - Calidad de Vida - Habilidades de Atención Plena 	Los pacientes del grupo TCBAP experimentaron mejores resultados en todas las dimensiones en comparación con el grupo control
Poletti et al., 2019	Edades entre 18 y 75 años. 85% mujeres	<ul style="list-style-type: none"> - Dolor -Estado de ánimo -Afrontamiento - Atención plena - Atención sanitaria integral 		REBAP ayudó a los participantes a desarrollar una actitud de aceptación con respecto al cáncer, les ayudó a afrontar la ansiedad y el dolor del cáncer.
Johns et al. 2022	Edad media: 62,91 años los pacientes y 56,58 cuidadores. Sexo: mayoritariamente masculino en pacientes 53,85% y femenino en cuidadores 76,92%	<ul style="list-style-type: none"> - Comunicación familiar - Calidad de vida - Afrontamiento evitativo (Autodistracción, negación y desvinculación conductual) - Angustia - Ansiedad -Alteración del sueño 		El entrenamiento de la atención plena puede reducir significativamente los síntomas asociados con el cáncer en etapa avanzada y puede promover conductas de atención presente. Estas mejoras se mantienen al menos 1 mes después de la intervención.
Warth et al., 2020	Edad media de 65,88 años y un 69% mujeres.	<ul style="list-style-type: none"> - Cuestionario de Calidad de Vida de McGill (MQOL-R) - Escalas Visuales Analógicas (EVA) 	<ul style="list-style-type: none"> - Calidad de vida - Estados psicológicos agudos - Estrés y bienestar 	Reducciones significativas en el estrés autovalorado y la frecuencia cardiaca media durante la intervención. No

Aminnasab et al., 2022	Edad media de 44,50 en caso del grupo experimental y 45,03 en caso del grupo control	- Sensor de fotopletismografía (PPG) - SF-36	- Calidad de vida	se encontraron diferencias significativas en la autoevaluación del bienestar. La puntuación media de calidad de vida aumentó en el grupo experimental en comparación con el grupo control.
Look et al., 2020	Edad media de 66,75 años, un 55% mujeres.	- Escala de Evaluación de Síntomas de Edmonton (ESAS)	- 10 síntomas de enfermedad	Hubo una reducción estadísticamente significativa de la puntuación en el ESAS total en el grupo de respiración consciente
Milbury et al., 2020	Edad media total de 64,07 años. En todos los grupos el número de hombres y mujeres es equilibrado.	- Escala de Depresión del Centro de Estudios Epidemiológico (CES-D) - Escala de Impacto de Eventos (IES) - Escala de Bienestar Espiritual - Inventario breve de fatiga (BFI) - Escala Hospitalaria de ansiedad y depresión (HADS) - Cuestionario EuroQol de cinco dimensiones (EQ5D) - Escala de atención plena de Toronto (TMS) - Cuestionario de calidad de vida de la Organización Europea para la Investigación y el Tratamiento del Cáncer (EORTC QLQ-C30) - Inventario breve de síntomas (BSI) - Escala de Impacto del Evento (IES) - Antígeno prostático específico Ansiedad (PSA) - Evaluación funcional de la terapia del cáncer de próstata (FACT-P) - Inventario de Crecimiento Postraumático (PTGI) - Cuestionario de atención plena de cinco facetas (FFMQ)	- Síntomas depresivos - Síntomas de estrés relacionados con el cáncer - Bienestar espiritual - Fatiga - Depresión y ansiedad - Curiosidad y descentramiento - Calidad de vida - Angustia psicológica - Angustia específica del cáncer - Ansiedad por antígeno prostático específico - Calidad de vida - Búsqueda de beneficios - Habilidades de atención plena	CBM: síntomas depresivos y estrés relacionado con el cáncer (en caso de pacientes) significativamente menores en comparación con UC y SE. Mejora de ansiedad, capacidad de dormir, calidad de vida del paciente, capacidad de aceptar y afrontar la vida y las relaciones.
Eyles et al. 2015	Rango de edad 37-65 años. 100% femenino			Ninguna mejora en angustia psicológica ni en atención plena habilidades en comparación con aquellos que recibieron atención habitual mejorada. La TCBAP telemática se consideró no eficaz
Chambers et al., 2017	70,19 años de media. 100% masculino			La puntuación FACIT-Sp esencialmente no mostró cambios. Las puntuaciones POOMS posteriores a la intervención estuvieron más cerca de las puntuaciones estándar, por lo que
Ando et al., 2016	Rango de edad 37-73, promedio de 56 años. 100% femenino	- Perfil de estados de ánimo (POMS) - Evaluación Funcional de la Terapia de Enfermedades Crónicas- Bienestar Espiritual (FACIT-Sp)	- Estados de ánimo - Bienestar espiritual	

		muestran la eficacia del programa.
Tsang et al., 2012	Edad media de 71 años, rango de 31 a 91 años. 54% masculino	- Encuesta de salud de formato breve (SF 36) - Resumen de componentes físicos (PCS) - Resumen del componente mental (MCS) - Escala Hospitalaria de Ansiedad y Depresión (HADS) - Escala revisada de impacto de eventos (IES-R) - Escala memorial de ansiedad para el cáncer de próstata (MAX-PC)
Chambers et al., 2012	Promedio de edad 67 años, rango de edad 58-83. 100% masculino.	- Índice ampliado de cáncer de próstata de UCLA (EPIC) - Evaluación funcional de la terapia del cáncer de próstata (FACT-P) - Cuestionario de atención plena de cinco facetas (FFMQ) - Cuestionario de Dolor de McGill 2 (SF-MPQ-2) - Índice de Bienestar de la Organización Mundial de la Salud (OMS-5)
Johannsen et al., 2016	Edad media en grupo de intervención de 56,8 y en grupo control de 56,7. 100% femenino	- Escala de Depresión y Ansiedad Hospitalaria - Salud general - Emoción - Vitalidad - Función social - Salud mental - Malestar psicológico actual - Angustia específica del cáncer - Síntomas por el tratamiento del cáncer - Calidad de vida global - Consciencia - Dolor - Calidad de vida - Angustia psicológica
		Se muestra una disminución significativa en dolor corporal en el grupo que practicó BSM, lo que conllevó una mejora en la salud física de este grupo. Mejoras en ansiedad, evitación y habilidades de atención plena, con una tendencia a una reducción del miedo a la recurrencia y a la aceptación de la enfermedad progresiva.
		TCBAP redujo significativamente la dimensión de dolor, esto se mantuvo solo en la subescala de intensidad de dolor

4. DISCUSIÓN

Esta revisión sistemática identificó catorce estudios que utilizan una variedad de IBAP e identificó evidencia de los beneficios de estas intervenciones a la hora de abordar el cuidado de pacientes enfermos. Aunque se identificaron problemas metodológicos en la mayoría de los estudios, contando con tamaños de efecto en general pequeños e incluso despreciables, se observaron algunos cambios moderados o grandes que demuestran la eficacia de estas intervenciones.

De los artículos incluidos, todos excepto uno, indicaron beneficios claros. Dicho estudio [2] justifica sus resultados con la elevada edad media de los participantes (71 años), quienes podrían ser menos receptivos a este tipo de intervenciones, sobre todo si se trata de un formato online como es el caso. También considera relevante que la muestra estaba compuesta únicamente por hombres, lo que podría haber generado un conflicto entre las actitudes masculinas y la expresión emocional. Además, no se conocen las tasas de adherencia en la práctica domiciliaria. Como contrapunto, el estudio de Mulbury et al. (2020) encontró beneficios similares a los de las intervenciones presenciales en un porcentaje de los participantes que eligieron la modalidad online en su tratamiento, lo cual es alentador teniendo en cuenta que la muestra tenía entre 80 y 90 años. Este hallazgo sugiere que, aunque las intervenciones telemáticas pueden ser desafiantes en esta población, pueden resultar efectivas si se adaptan adecuadamente a las necesidades y preferencias de los pacientes.

Varias intervenciones de los estudios revisados demostraron beneficios potenciales como una mayor calidad de vida, una mejor salud mental general y una reducción de angustia psicológica y dolor experimentado. A pesar de todo, es necesario interpretar estos hallazgos con cautela, ya que la revisión incluye un número reducido de estudios, lo que supone un problema a la hora de la generalización de resultados. Además, gran parte de los artículos incluidos presentan importantes limitaciones, tanto en la muestra, por tener un pequeño tamaño y presentar una falta de diversidad educativa, étnica, de género..., como a no conocer el tratamiento farmacológico de los pacientes [13] o factores extraños como el paso del tiempo [10]. Todas ellas ocasionan que algunas intervenciones sean concebidas como estudios preliminares. Asimismo, ocho artículos presentan un elevado riesgo de sesgo y en cuatro no está claro [3, 2, 14, 16].

En cuanto a la adaptación de los tratamientos abreviados dentro de un paquete más amplio, hay varios puntos de vista, ya que Park et al., (2020) menciona un meta-análisis que demostró una mayor efectividad en estudios que se adhirieron a los manuales originales de IBAP. Además, según Tsang et al., (2012), para que el mindfulness sea beneficioso para la

salud mental, se necesita una práctica continua durante al menos un mes. Sin embargo, realizar versiones cortas de los tratamientos tiene muchos puntos a favor, ya que los estudios que peor adherencia han mostrado son los que aplican un programa completo. Además, en tres artículos se menciona que muchos pacientes elegibles rechazaron participar debido al tiempo y la cantidad de demandas exigidas en los tratamientos completos [3, 4, 5]. Esto se debe a la especial vulnerabilidad y a la mala salud de este tipo de pacientes, lo que afecta a su reclutamiento, evaluación y retención en los estudios (Zimmermann et al., 2020). Hay que entender que el tiempo se vuelve un recurso muy importante para quienes padecen una enfermedad como esta y la aplicación de un tratamiento completo puede llegar a ser cargante y agotadora, por lo que los tratamientos deben adaptarse a esto abreviándose sin perder efectividad.

Por otro lado, estos estudios presentan algunos problemas de viabilidad relacionados con los entornos de reclutamiento y ejecución y la duración de las intervenciones. En este sentido, Poletti et al., recomienda realizar adaptaciones a las IBAP, tanto en la duración como en las limitaciones físicas y emocionales del paciente (fatiga, medicamentos, cicatrices...), para brindar de esta forma un apoyo más individualizado a la población con enfermedades terminales, en lugar de una aplicación indiscriminada como una técnica terapéutica general que “lo cura todo” (Choo et al., 2024). Sin embargo, la mayoría de los estudios incluidos en esta revisión utilizaron la administración grupal de IBAP sin tener en cuenta que esta terapia puede ser más sensible a las diferencias y motivaciones individuales en comparación con otros enfoques estándares (Chambers et al., 2017) ni la especial vulnerabilidad del grupo poblacional al que se refiere. Estas necesidades no se pueden abordar en un grupo, por lo que las intervenciones individuales son preferibles.

4.1. Limitaciones

Además de los problemas metodológicos ya mencionados, en algunas intervenciones no se proporcionó información sobre la dimensión de la Atención Plena, lo que dificulta concluir si los resultados positivos en las demás facetas son debidos a un aumento en estas habilidades específicas [1, 9, 10, 13, 2, 14, 19, 20]. Además, en los estudios restantes, esta dimensión no se mide con la misma herramienta, lo que dificulta la comparación entre los resultados de diferentes estudios. Uno de los instrumentos utilizados con este fin, la Escala de Atención Plena de Toronto (TMS) [3], presenta problemas porque algunos participantes no comprendieron las preguntas.

Siguiendo esta línea, hay cinco estudios que administran hasta seis cuestionarios a los participantes [4, 10, 15, 5, 19]. Este elevado número de evaluaciones podría resultar excesivo, especialmente dada la ya mencionada vulnerabilidad de los participantes. La realización de tantos cuestionarios podría representar una carga de trabajo demasiado elevada y podría afectar en los resultados.

Por otro lado, hay que tener en cuenta la considerable heterogeneidad en las intervenciones de los estudios seleccionados. Aunque a priori esto representa una fortaleza en términos de diversidad de enfoques, también plantea desafíos para la comparación directa de resultados y la formulación de conclusiones generales.

4.2. Implicaciones clínicas

Este campo es un área en crecimiento y hay muchos estudios actuales al respecto. Aunque hay una amplia literatura que demuestra los efectos beneficiosos de este tipo de intervenciones para promover el bienestar de los pacientes con cáncer, muy pocos estudios involucran a pacientes con enfermedades terminales, que enfrentan mayores desafíos existenciales para afrontar su muerte inminente (Choo et al., 2024). Por eso se necesita más investigación de alta calidad para establecer claramente su eficacia en esta población (Chambers et al., 2017).

Por otro lado, las consideraciones éticas en este grupo principalmente vulnerable son claramente un tema importante para la investigación.

Las investigaciones futuras con personas con cáncer avanzado deben seguir los aspectos de intervención breves de baja carga y realizarse de manera individualizada para garantizar que los participantes reciban una intervención personalizada y mejorar la retención en los estudios de investigación (Zimmermann et al., 2020).

Además, una posible línea para futuras revisiones podría ser centrarse en un único tratamiento, para poder comparar con mayor claridad los resultados y comprender si hay o no diferencias evidentes en la efectividad y adherencia de la intervención al aplicarla de manera abreviada o completa.

5. CONCLUSIÓN

En conclusión, a pesar de las limitaciones metodológicas, los resultados sugieren que las intervenciones basadas en la atención plena se presentan como una vía de tratamiento no

farmacológico muy prometedora para mejorar el bienestar psicológico y físico de pacientes terminales, de manera complementaria a otros tratamientos convencionales.

Referencias

- Aminnasab A, Hatami M, Ahadi H. Effectiveness of Mindfulness-Based Stress Reduction Therapy on the Quality of Life of Patients with Lung Cancer. *Tanaffos*. 2022 Apr;21(4):503-511. PMID: 37583782; PMCID: PMC10423868.
- Ando, M., Kira, H., Hayashida, S., & Ito, S. (2016). Effectiveness of the Mindfulness Art Therapy Short Version for Japanese Patients with Advanced Cancer. *Art Therapy*, 33(1), 35–40. <https://doi.org/10.1080/07421656.2016.1128764>
- Eyles, C., Leydon, G. M., Hoffman, C. J., Copson, E. R., Prescott, P., Chorozoglou, M., & Lewith, G. (2015). Mindfulness for the self-management of fatigue, anxiety, and depression in women with metastatic breast cancer: a mixed methods feasibility study. *Integrative cancer therapies*, 14(1), 42-56.
- Chambers, S. K., Foley, E., Galt, E., Ferguson, M., y Clutton, S. (2012). Mindfulness groups for men with advanced prostate cancer: a pilot study to assess feasibility and effectiveness and the role of peer support. *Supportive Care in Cancer*, 20, 1183-1192
- Chambers, S. K., Occhipinti, S., Foley, E., Clutton, S., Legg, M., Berry, M., ... & Smith, D. P. (2017). Mindfulness-based cognitive therapy in advanced prostate cancer: a randomized controlled trial. *Journal of Clinical Oncology*, 35(3), 291-297.
- Cho, D., Kim, S., Durrani, S., Liao, Z., y Milbury, K. (2021). Associations between spirituality, mindfulness, and psychological symptoms among advanced lung cancer patients and their spousal caregivers. *Journal of pain and symptom management*, 61(5), 898-908.
- Choo, P. Y., Tan-Ho, G., Low, X. C., Patinadan, P. V., y Ho, A. H. Y. (2024). The gift of here and now at the end of life: Mindful living and dignified dying among Asian terminally ill patients. *Palliative & Supportive Care*, 1-7. <https://doi.org/10.1017/s147895152300202x>
- Fife, B. L. (2005). The role of constructed meaning in adaptation to the onset of life-threatening illness. *Social Science & Medicine*, 61(10), 2132-2143.
- Johannsen, M., O'Connor, M., O'Toole, M. S., Jensen, A. B., Højris, I., y Zachariae, R. (2016). Efficacy of mindfulness-based cognitive therapy on late post-treatment pain in women treated for primary breast cancer: a randomized controlled trial. *Journal of clinical oncology*, 34(28), 3390-3399.

- Johns, S. A., Beck-Coon, K., Stutz, P. V., Talib, T. L., Chinh, K., Cottingham, A. H., ... y Helft, P. R. (2020). Mindfulness training supports quality of life and advance care planning in adults with metastatic cancer and their caregivers: results of a pilot study. *American Journal of Hospice and Palliative Medicine*, 37(2), 88-99.
- Kabat-Zinn, J. (2009). *Full catastrophe living: Using the wisdom of your body and mind to face stress, pain, and illness*. Delta
- Kabat-Zinn, J. (1994). *Mindfulness Meditation for Everyday Life*. Piatkus Books.
- Look, M. L., Tan, S. B., Hong, L. L., Ng, C. G., Yee, H. A., Lim, L. Y., ... y Lam, C. L. (2021). Symptom reduction in palliative care from single session mindful breathing: a randomised controlled trial. *BMJ Supportive & Palliative Care*, 11(4), 433-439.
- Milbury, K., Li, Y., Durrani, S., Liao, Z., Tsao, A. S., Carmack, C., ... y Bruera, E. (2020). A mindfulness-based intervention as a supportive care strategy for patients with metastatic non-small cell lung cancer and their spouses: results of a three-arm pilot randomized controlled trial. *The oncologist*, 25(11), 1794-1802.
- Park, S., Sato, Y., Takita, Y., Tamura, N., Ninomiya, A., Teppei Kosugi, Sado, M., Nakagawa, A., Takahashi, M., Hayashida, T., y Fujisawa, D. (2020). Mindfulness-Based Cognitive Therapy for Psychological Distress, Fear of Cancer Recurrence, Fatigue, Spiritual Well-Being, and Quality of Life in Patients With Breast Cancer—A Randomized Controlled Trial. *Journal of Pain and Symptom Management*, 60(2), 381–389. <https://doi.org/10.1016/j.jpainsympman.2020.02.017>
- Poletti, S., Razzini, G., Ferrari, R., Ricchieri, M. P., Spedicato, G. A., Pasqualini, A., Buzzega, C., Artioli, F., Petropulacos, K., Luppi, M., & Bandieri, E. (2019). Mindfulness-Based stress reduction in early palliative care for people with metastatic cancer: A mixed-method study. *Complementary Therapies In Medicine*, 47, 102218. <https://doi.org/10.1016/j.ctim.2019.102218>
- Segal, Z. V., Williams, J. M. G., y Teasdale, J. D. (2001). *Mindfulness-Based Cognitive Therapy for Depression: A New Approach to Preventing Relapse*. <http://ci.nii.ac.jp/ncid/BA56258369>
- Shapiro, S. L., Carlson, L. E., Astin, J. A., y Freedman, B. (2006). Mechanisms of mindfulness. *Journal of clinical psychology*, 62(3), 373-386.
- Samuel Chi-Hung Tsang, Esther Suk-Bing Mok, Simon Ching Lam, y Joseph Kok-Long Lee. (2012). The benefit of mindfulness-based stress reduction to patients with terminal cancer. *Journal of Clinical Nursing*, 21(17-18), 2690–2696. <https://doi.org/10.1111/j.1365-2702.2012.04111.x>

- Warth, M., Koehler, F., Aguilar-Raab, C., Bardenheuer, H. J., Ditzen, B., y Kessler, J. (2020). Stress-reducing effects of a brief mindfulness intervention in palliative care: Results from a randomised, crossover study. *European Journal of Cancer Care*, 29(4), 13249.
- Xu, J. (2018). A tripartite function of mindfulness in adjustment to aging: Acceptance, integration, and transcendence. *The Gerontologist*, 58(6), 1009-1015.
- Zimmermann, F. F., Burrell, B., & Jordan, J. (2020). Patients' experiences of a mindfulness intervention for adults with advanced cancer: a qualitative analysis. *Supportive Care In Cancer*, 28(10), 4911-4921. <https://doi.org/10.1007/s00520-020-05331-1>.
- Zimmermann, F. F., Jordan, J., y Burrell, B. (2020). Coping with cancer mindfully: A feasibility study of a mindfulness intervention focused on acceptance and meaning in life for adults with advanced cancer. *European Journal of Oncology Nursing*, 44, 101715–101715. <https://doi.org/10.1016/j.ejon.2019.101715>.