

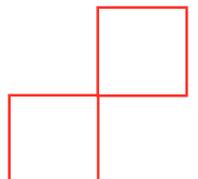
EFFECTIVIDAD DE MBCT EN LA CALIDAD DE VIDA DE PACIENTES ONCOLÓGICOS ACTIVOS

Mireia Estrems Giner

Universidad Europea de Valencia
2021-2023

Alejandro de la Torre Luque

9 de abril de 2023



RESUMEN

Las técnicas de atención plena para pacientes oncológicos están siendo cada vez más estudiada por la gran repercusión que tienen en el bienestar y la calidad de vida de las personas. Esta revisión sistemática tiene la finalidad de reunir evidencia para el estudio de la eficacia de las Terapias Cognitivas Basadas en Atención Plena (*Mindfulness-Based Cognitive Therapy*, MBCT) sobre la calidad de vida en pacientes que tengan un diagnóstico de cáncer activo. Para ello se buscaron en bases de datos como PubMed, Web Of Science, Scopus y PsycInfo, y se llevó a cabo entre enero y marzo de 2023. De 223 artículos encontrados, finalmente la muestra total de artículos incluidos es seis. La búsqueda se centró en artículos que incluyeran únicamente pacientes con diagnóstico activo, mayores de edad, cualquier tipo de enfermedad, y con investigación en MBCT; siendo un total de $n = 688$, de los cuales 88,4% mujeres y 11,6% hombres, todos mayores de edad; y, a su vez, el diagnóstico que más se había estudiado era el cáncer de mama. Se demuestra que MBCT tiene cambios significativos principalmente en calidad de vida en aquellos participantes que llevan a cabo la totalidad del programa, y también se observan cambios en variables como el dolor, la angustia psicológica, el bienestar, rumiación y salud mental positiva; los cambios permanecen a largo plazo. Se remarca la importancia de ampliar las investigaciones en diferentes diagnósticos de cáncer por su repercusión en esta población, además de seguir investigando con mayor muestra de población oncológica ya que se observan resultados positivos a corto y largo plazo en el bienestar de las personas con este tipo de diagnóstico.

Palabras clave: Cáncer, MBCT, calidad de vida, pacientes oncológicos, bienestar.

ABSTRACT

Mindfulness techniques for cancer patients are being increasingly studied because of the great impact they have on people's well-being and quality of life. This systematic review aims to gather evidence for the study of the efficacy of Mindfulness-Based Cognitive Therapies (MBCT) on quality of life in patients with an active cancer diagnosis. For this purpose, databases such as PubMed, Web Of Science, Scopus and PsycInfo were searched, and it was carried out between January and March 2023. Out of 223 articles found, finally the total sample of articles included is six. The search focused on articles that included only patients with an active diagnosis, over the age of majority, any type of disease, and with MBCT research; a total of $n = 688$, of which 88.4% were women and 11.6% men, all over the age of majority; and, in turn, the diagnosis that had been studied the most was breast cancer. MBCT is shown to have significant changes mainly in quality of life in those participants who undertake the entire programme, and changes are also observed in variables such as pain, psychological distress, well-being, rumination and positive mental health; the changes remain long-term. The importance of expanding research into different cancer diagnoses due to their impact on this population is highlighted, in addition to continuing research with a larger sample of the oncology population, as positive results are observed in the short and long term in the well-being of people with this type of diagnosis.

Keywords: Cancer, MBCT, quality of life, cancer patients, wellbeing.

ÍNDICE

1. Introducción	Página 6
2. Método	Página 11
3. Resultados	Página 13
4. Discusión	Página 24
5. Revisión bibliográfica	Página 27

1. Introducción

La calidad de vida es un tema de gran relevancia en la sociedad actual y en el área de la investigación científica, ya que se relaciona de manera directa con el bienestar y la satisfacción de las personas en su día a día. La calidad de vida (CV) ha tenido diversidad de definiciones y cada vez se ha tratado de ir concretando e incorporando aspectos que abarcaban una participación más activa de las personas en cuanto a la consecución de dicha calidad de vida.

La Organización Mundial de la Salud (OMS) define la CV como un concepto que abarca diversidad de aspectos de la vida de las personas, así también, la define como la percepción propia e individual de cada persona de su lugar en el mundo, el contexto, sus valores y la relación con sus expectativas, objetivos y preocupaciones. Actualmente, también incorpora en la definición de este concepto la salud física de las personas, el estado fisiológico, el nivel de independencia, las relaciones sociales y la relación con el entorno (Organización Mundial de la Salud [OMS], 2020).

Con esta definición hasta el momento, se aclara que dicha calidad de vida no hace referencia únicamente a la ausencia de molestias o enfermedades, también implica diversos aspectos de la propia persona, como la vivienda, los servicios de salud, empleo... Y, además, la subjetividad de lo que entienda cada uno por calidad de vida, el bienestar emocional, la satisfacción personal, la implicación social, la resiliencia, etc. (Fernández et al., 2010).

Como bien se ha explicado hasta el momento, la calidad de vida es algo subjetivo y personal, y en ocasiones esta subjetividad puede verse alterada, produciendo así una disminución en la percepción de las personas de su propia calidad de vida. Uno de los aspectos que afectan de esta manera es recibir un diagnóstico de enfermedad. El cáncer es uno de los diagnósticos que más repercusión tiene en la calidad de vida física, mental y subjetiva de las personas.

El cáncer es una de las enfermedades que cada vez afectan más a la población, y es una de las principales causas de muerte en el mundo. Se reporta un aumento progresivo en los diagnósticos de esta enfermedad en los últimos años, los últimos datos recopilados en España en 2022 reportan que hubo 290.175 casos nuevos, suponiendo así un crecimiento de 1,34 del año anterior (Sociedad Española de Oncología Médica [SEOM], 2023).

Tal como definen Bosman et al. (2020) el diagnóstico en algunos casos puede suponer un evento traumático, produciendo así una fuerte carga emocional, disparando

la probabilidad de desarrollar trastornos mentales siendo comórbidos con el cáncer; incluso pueden sentirse ansiosos, temerosos por el futuro, sentirse tristes o deprimidos.

Como menciona Brennan (2001), un diagnóstico de cáncer requiere de diversidad de retos, como por ejemplo la adaptación al diagnóstico y al tratamiento (o no tratamiento), implica una reevaluación de las orientaciones vitales, etc. Destacando también la tolerancia al malestar o a la incertidumbre permanente. Todos estos efectos que pueden experimentar las personas, también se suman a los cambios en la situación vital actual que se pueden alterar, tales como ciertas actividades (trabajar, pasar tiempo con la familia, actividades de ocio...), aumentar las visitas al hospital, sentirse desolado, los cambios en la familia... Afectando de esta manera a la calidad de vida de la persona y de su entorno.

Hasta ahora se han mencionado las consecuencias que puede experimentar una persona al recibir un diagnóstico, pero la propia enfermedad tiene un gran impacto en los pacientes y puede suponer una variedad de problemas físicos (como la fatiga o el dolor), psicosociales, espirituales y cognitivos (adaptarse a una situación impredecible y afrontar la incertidumbre); y todo esto tiene una repercusión directa en el crecimiento de la angustia psicológica significativa (Cillessen et al. 2018; Park et al. 2020; y Romero et al. 2020). A su vez, todas estas consecuencias pueden no remitir en el tiempo, por lo que se trataría de un tipo de angustia psicológica estable, representando graves problemas para la calidad de vida de las personas (Foley et al. 2010).

Para trabajar e intervenir en la mejora de la calidad de vida de los pacientes con cáncer hay una gran variedad de intervenciones. Están los tratamientos médicos, haciendo referencia no solo para la enfermedad, también para reducir los efectos de la misma (dolores, náuseas, desajustes en el sueño, etc.); también existen las terapias psicológicas con la finalidad de proporcionar herramientas para la gestión emocional relacionados con las diferentes etapas del diagnóstico y tratamiento; el apoyo social como factor protector y que puede ayudar a la percepción de calidad de vida; el ejercicio físico para mejorar la fuerza y flexibilidad que pueden ayudar con las actividades diarias... Existe una gran diversidad de opciones, esto teniendo en cuenta la importancia de que cada paciente con diagnóstico es único, y debe poder recibir un tratamiento personalizado y adaptado a sus necesidades.

De un tiempo a esta parte, han ido surgiendo las terapias psicológicas de tercera generación, terapias enfocadas en la atención plena, aceptación y compromiso, entre otras; y trabajan con el objetivo de proporcionar un cambio en la relación entre pensamientos y emociones. Una de estas terapias son las intervenciones basadas en

atención plena (*Mindfulness Based Intervention*, MBI) que, como mencionan Park et al. (2020), tienen el objetivo de que los pacientes vivan en el aquí y ahora (momento presente) sin juzgar, cultiven actitudes compasivas a través de actividades como el yoga o la meditación, entre otras, y aprendan a relacionarse con el malestar desde la aceptación.

Haciendo referencia a Cillessen et al. (2019), la mortalidad por el cáncer, pese a ser una de las primeras causas de muerte, ha disminuido en las últimas décadas. Esto es algo positivo, pero a su vez es importante destacar que la supervivencia de algunos casos viene acompañada de niveles elevados de angustia psicológica. Como se ha mencionado, dicha angustia afecta, entre otros aspectos de la vida de las personas, a su calidad de vida; y es en esta área cuando surge con más fuerza la necesidad de aplicar las MBI.

Las terapias centradas en atención plena permiten guiar y proporcionar habilidades a los pacientes para que se centren en el momento presente, puedan fomentar su conciencia y adquieran actitudes compasivas. Todo esto contribuye a una gestión mayor de los aspectos cognitivos, emocionales y conductuales; permitiendo así, a su vez, que los pacientes aprendan a lidiar con la incertidumbre (Park et al. 2020).

Dentro de las intervenciones basadas en atención plena, se encuentra la conocida como *Mindfulness-Based Cognitive Therapy* (MBCT) o también conocido como Terapia Cognitiva Basada en la Atención Plena. MBCT surgió en la década de 1990 por los autores John Teasdale, Mark William y Zindel Segal, con el objetivo de impartir técnicas de *mindfulness* para prevenir las recaídas en los casos de depresión.

Con la demostración de los grandes efectos que tenía este tipo de intervención, se comenzó a ampliar las investigaciones del uso de MBCT hacia enfermedades y dolor crónicos; y fue en 2008 cuando Trish Bartley desarrolló un programa específico de MBCT, basado en el programa original desarrollado por los autores en 1990, para pacientes con diagnóstico de cáncer (Romero et al. 2020). Y en las últimas décadas, la terapia cognitiva basada en atención plena ha demostrado conseguir reducir el malestar psicológico de los pacientes con este diagnóstico de enfermedad (Lengacher et al. 2009; y Piet et al. 2012).

Esta terapia integra parte del programa de *Mindfulness-Based Stress Reduction* (MBSR) junto con procesos cognitivos (principalmente se trabaja sobre estados mentales reactivos y rumiativos, que mantienen de manera estable el malestar y lo incrementan). Uno de los aspectos que se introducen en MBCT, y no tiene MBSR, es poder trabajar en las funciones de los pensamientos, permitiendo así que los pacientes

comprendan cómo afectan los pensamientos y cómo aceptarlos en lugar de luchar contra ellos; es decir, se hace hincapié en el papel de los patrones cognitivos (Foley et al. 2010).

MBCT se enfoca en que la mente humana tiende a enfocarse en el pasado o el futuro, como alivio del malestar, lo que puede llevar a pensamientos negativos o patrones de rumiación. La rumiación junto con el miedo, situaciones estresantes, ansiedad y depresión, entre otros, son factores que actúan como mantenedores del malestar psicológico, especialmente en personas con diagnóstico de cáncer; y estos aspectos sumados al malestar que puede crear la propia enfermedad, afectan en la calidad de vida de las personas. El programa trata de proporcionar y aumentar la habilidad de los pacientes en enfocar la conciencia y la atención en el momento presente (Foley et al. 2010).

El programa se desarrolla en grupos de aproximadamente entre 8 y 12 participantes, a través de ocho sesiones semanales de dos horas de duración cada una, práctica diaria de meditación de atención plena, una sesión de meditación que tiene una duración de un día completo, además incorpora psicoeducación sobre el pensamiento y las emociones, se remarca la importancia del papel de los patrones cognitivos, se hace prevención de recaídas, entre otras de las actividades y prácticas que se llevan a cabo. Permitiendo así que las personas puedan llevar la atención al momento presente, reducir la rumiación y los pensamientos desadaptativos (Staffor et al. 2013).

Con el desarrollo de las investigaciones en esta área, se han observado resultados que reducen de manera significativa el malestar psicológico y aumenta la calidad de vida en pacientes con cáncer, como demuestra el estudio de Johannsen et al. (2016), entre otros. Además, Tang et al. (2015) y Parsons et al. (2017), plantean que no solo hacer los programas, sino también mantener activa la práctica de atención plena, mejora la propia práctica y proporciona ganancias en el tiempo, planteándolo como un entrenamiento mental, perdurando sus efectos positivos en el tiempo para las personas.

Hasta el momento, queda remarcado cómo MBCT puede ayudar a reducir la ansiedad, depresión, patrones de pensamiento desadaptativos, aumenta las habilidades de regulación emocional, aceptación de las situaciones y experiencias, mejor aceptación a la incertidumbre... Demostrando que esta puede ser una herramienta óptima para mejorar el bienestar emocional y la calidad de vida de las personas con diagnóstico de cáncer, pudiéndose además combinar con el tratamiento médico recomendado para la enfermedad de la persona.

Con la finalidad de recoger un poco toda la información hasta el momento, muchos tratamientos se enfocan en reducir el malestar en procesos como el cáncer, pero en algunos casos el malestar forma parte del día a día, creando un sufrimiento no solo físico, también psicológico en los pacientes, y estos mismos tienen una visión negativa de su calidad de vida debido a estas molestias y por dicho motivo tratan de evitarlo o reducirlo. En muchas ocasiones esto es complicado, y sumado a esta molestia están otros factores como la incertidumbre o el miedo que pasan a formar parte del día a día de los pacientes. MBCT ofrece el tratamiento para aceptar y aprender a vivir con ese malestar, ayuda a vivir en el presente, reduce el sufrimiento producido por la rumiación y la anticipación a un futuro poco claro; permite que los pacientes se enfrenten a eso que tanto temen y puedan vivir con ello, aceptarlo y gestionarlo de una manera adaptativa.

1.1. Objetivos e Hipótesis

Por todo lo tratado hasta este punto, es importante remarcar que el objetivo general de esta revisión bibliográfica es obtener evidencia integrada de la eficacia de la Terapia Cognitiva Basada en la Atención Plena en la calidad de vida de personas con diagnóstico de cáncer activo.

Para conseguir dicho objetivo se pretende:

1. Estudiar la eficacia general de MBCT en la calidad de vida de pacientes oncológicos.
2. Evaluar los efectos de MBCT sobre las diferentes características de los pacientes oncológicos (e.g., edad, tipo de cáncer, tipo de tratamiento activo).
3. Evaluar distintas modalidades de la aplicación de MBCT sobre la enfermedad oncológica de los pacientes (e.g., terapia grupal o individual, número de sesiones, si hay seguimiento de la práctica tras el tratamiento).

Partiendo del marco teórico detallado anteriormente, y de acuerdo con los objetivos específicos de la revisión sistemática, se plantean las siguientes hipótesis:

- ✚ H1: Se espera encontrar que la mayoría de las intervenciones obtengan efectos positivos en el aumento de calidad de vida tras hacer el programa de MBCT.
- ✚ H2: Se hipotetiza que los efectos conseguidos por la MBCT se podrían dar de igual manera independientemente del tipo de cáncer.
- ✚ H3: Los estudios demostrarán que los efectos tras el programa de MBCT y su entrenamiento, se mantienen a largo plazo.

2. Método

Para la presente revisión se siguieron los criterios y las recomendaciones de cómo llevar a cabo una correcta selección y análisis de artículos que se exponen en la declaración PRISMA-2020 (Preferred Reporting Items for Systematic reviews and Meta-Analyses) (Page et al., 2021).

2.1. Criterios de Selección

Para llevar a cabo los criterios de elegibilidad de la presente revisión, se siguió el formato de PICOS. En referencia a la población destinada, se especifica que las investigaciones vayan destinadas a participantes mayores de 18 años, con un diagnóstico de cáncer y que estén recibiendo tratamiento oncológico activo. Para la intervención empleada, se buscaba que estuviera enfocada desde la MBCT (*mindfulness-based cognitive therapy*) y que estuviera comparada con diferentes condiciones de tratamiento como TAU (*treatment as usual*), grupos control y/o grupos placebo. Además, se especificó que una de las variables dependientes (*outcomes*) que debían medir los criterios seleccionados debía ser la calidad de vida. La muestra de artículos se buscaba desde criterios como el año de publicación (de 2010 a 2023) con la finalidad de determinar y acceder a estudios recientes y actuales; el idioma de publicación (reducidos a inglés y español) y acotando la muestra a artículos científicos empíricos en prensa científica. En cuanto a los criterios de exclusión, fueron de los primeros en determinarse. Se especificó que fueran aquellos artículos que hacían referencia a personas supervivientes de diagnóstico de cáncer, destinado a cuidadores y/o personal sanitario, y que existiera una contrastación con otras técnicas, intervenciones y/o métodos.

2.2. Fuentes de Información y Estrategias de Búsqueda

Las fuentes de información que con más frecuencia se han consultado durante el desarrollo del presente trabajo han sido: Pubmed, Scopus, Web of Science y PsycInfo. Estas bases de datos se consultaron con fecha de 31 de enero de 2023, y se realizó la última búsqueda el 23 de marzo de 2023.

El proceso de búsqueda bibliográfica fue similar en todas las bases de datos. Se concretaban palabras clave que hicieran referencia al diagnóstico de la enfermedad, la intervención clínica y la variable determinada. Se filtraron estudios que tuvieran “cáncer” y/o sinónimos o diagnósticos concretos en el título; y “*mindfulness-based cognitive therapy*”; así como terminologías referidas a la calidad de vida. Para la base de datos

PubMed, se recurrió también a términos MeSH. En la Tabla 1 se detallan las palabras clave y términos empleados para las búsquedas.

Tabla 1.

Estrategia de búsqueda

Temas	Frases de búsqueda
1	“(‘Neoplasms’[Mesh] OR ‘cancer pain’[Mesh] OR ‘Head and Neck Neoplasms’ [Mesh] OR ‘bilateral neoplasms, Hereditary Nonpolyposis’[Mesh]) AND (‘quality of life’[Mesh]) AND ‘Mindfulness’[Mesh]”
2	“(mbct OR ‘mindfulness-based cognitive therapy’) AND (cancer OR oncology) AND (‘quality of life’)”
3	“(mindul* OR mindfulness* OR mindfulness-based* OR MBI* OR MBSR OR MBSR) AND (cancer OR neoplasm OR lymphoma OR sarcoma) AND (‘quality of life’ OR ‘health?related quality’)”
4	“(mbct OR “mindfulness-based cognitive therapy”) AND (cancer OR oncology OR oncol*) AND (“quality of life”)”

Como bien se ha especificado con anterioridad, otros filtros que se emplearon para concretar los resultados se centraron en la edad de publicación, incluyendo los últimos trece años; y que fueran artículos de investigación.

Una vez se llevó a cabo el cribado, y se eliminaron los artículos duplicados en las diferentes bases de datos, se continúa con la lectura de los *abstracts*, los títulos de los resultados mostrados y las palabras clave. Permitiendo así continuar haciendo criba con los criterios de inclusión y exclusión establecidos, y valorando qué estudios incluían la respuesta a mis hipótesis y escoger los que indagaban en estas cuestiones. Y, por último, se llevaba a cabo una lectura completa de los artículos seleccionados por si había alguno que contuviera algún criterio de exclusión y no se había detectado hasta el momento.

2.3. Variables de Estudio

Las variables de tipo bibliométrico que se extrajeron fueron el año de publicación y el país de publicación del autor de correspondencia. En cuanto a las variables de estudio, se buscaban características de la muestra tales como la media de edad, el porcentaje de hombres y mujeres en la investigación, el diagnóstico de cáncer: por otro lado, también se buscaba que los estudios tuvieran seguimiento de los resultados, el número de participantes en cada grupo de intervención, y el tipo de diseño (si era aleatorizado o no). Con respecto a las variables relacionadas con los resultados, principalmente se buscaba los resultados obtenidos en cuanto a la calidad de vida, los instrumentos de medida, las medidas de otras variables y psicológicas, y los resultados generales.

2.4. Sesgo de Publicación

Durante los procesos de revisión se detectaron diversos niveles de riesgo de sesgo en la muestra final de artículos seleccionados. Para llevar a cabo la evaluación, se siguieron los criterios descritos en *Cochrane Handbook for Systematic Reviews of Interventions* (Higgins y Green, 2011). Esta escala es empleada para detectar si existe un error sistemático en los resultados de las investigaciones seleccionadas. Para evaluarlo se tuvieron en cuenta los sesgos de: selección (teniendo presente la generación de secuencia y la ocultación de la asignación), el sesgo de realización (evaluando el cegamiento de participantes y del personal), el sesgo de detección (el cegamiento de los evaluadores de resultados), de desgaste (datos de resultados incompletos), y sesgo de notificación (notificación selectiva de los resultados). Calificando los riesgos de sesgo como bajo, alto o poco claro.

3. Resultados

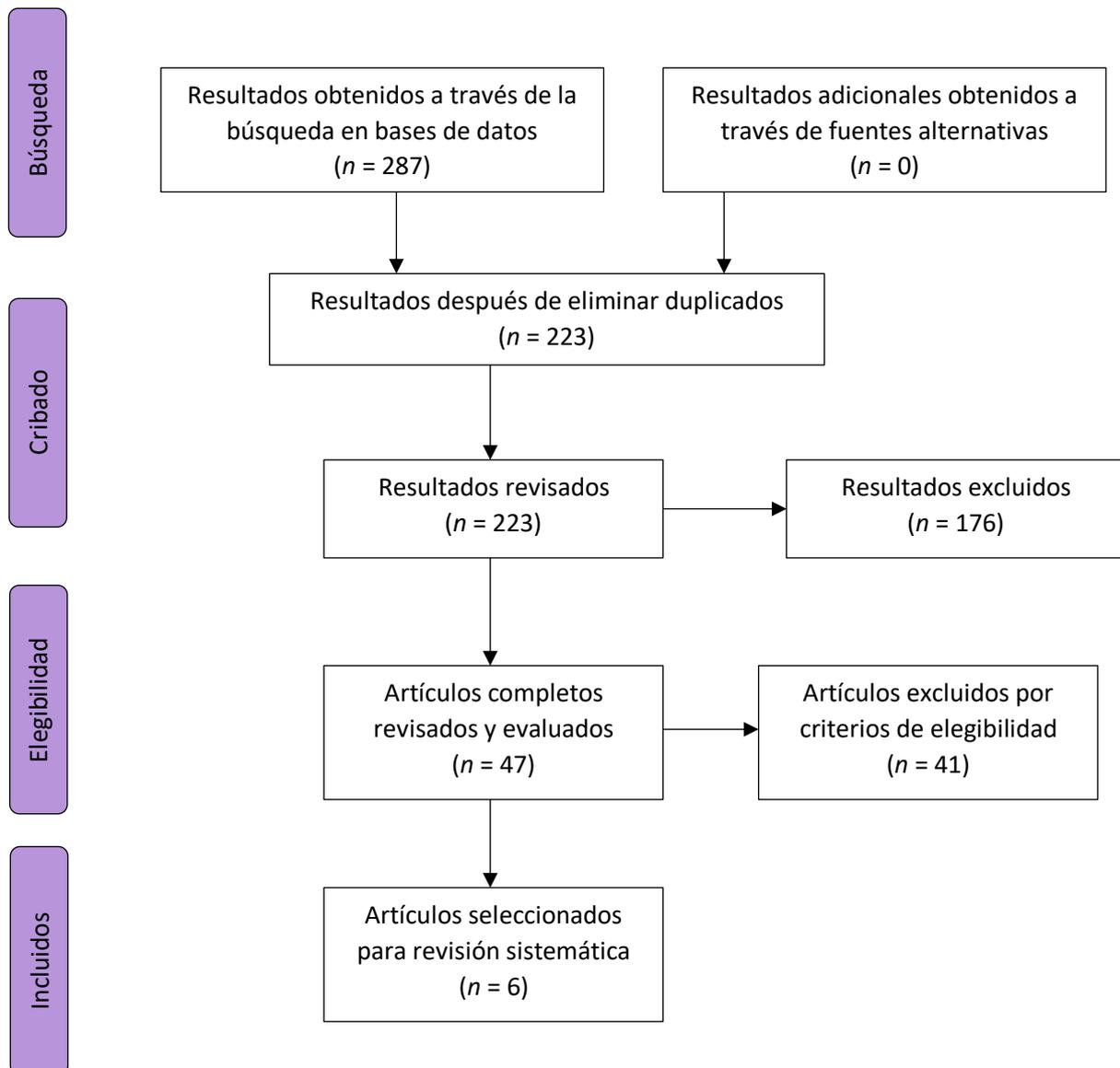
3.1. Selección de Estudios

En este apartado se especifica de manera esquemática el proceso de criba que se ha ido llevando a cabo, anteriormente explicado en el apartado de método. El primer paso consistió en realizar la búsqueda en las bases de datos mencionadas con anterioridad. A estas búsquedas se aplicaron los tiempos de publicación (2010-2023), idioma (español-inglés) y que fueran artículos de investigación. Se obtuvo un total de 287 resultados, a este dato se restaron los duplicados entre bases de datos, finalizando en un total de 223 artículos no duplicados. A continuación, se procedió con la lectura de los resúmenes, para descartar aquellos estudios que no cumplían con los criterios de inclusión, criterios tales como que la intervención fuera de MBCT, diagnóstico de cáncer

activo, mayores de edad, y con mínimo un grupo de intervención y otro de control. El total de artículos hasta este momento fue de 37 artículos. Se continuó con la lectura completa de los artículos para detectar si existía algún criterio de exclusión, en este caso la totalidad se redujo bastante debido a que muchos artículos incluían intervenciones para contrastar con otras intervenciones (como la Terapia Cognitivo-Conductual o MBSR), porque incluían pacientes supervivientes de cáncer, eran revisiones sistemáticas o metaanálisis, entre otros aspectos que fomentaron la exclusión. La muestra total de artículos que entraron en la actual revisión bibliográfica está compuesta por 6 artículos. En la Figura 1 se muestra el diagrama.

Figura 1

Diagrama de flujo como resumen del proceso de selección de estudios



3.2. Características de Estudios

A continuación, en la Tabla 2, se muestra un resumen en modo tabla de las características principales de los artículos seleccionados para esta revisión sistemática. Se muestran dichos artículos en orden cronológico de publicación junto con los autores, para que quede mostrado los diferentes resultados obtenidos a lo largo de los años. También se muestra el objetivo de estudio de cada investigación, las características de la muestra, la metodología del estudio, el tipo de intervención de MBCT, otras variables que medía cada estudio y, finalmente, los resultados obtenidos.

Los estudios seleccionados e incluidos en la revisión fueron publicados entre el 2010 al 2020, destacando el crecimiento de las investigaciones en los últimos años; la publicación de dichos artículos se sitúa en Japón, España y Australia, entre otros.

En cuanto a las variables de estudio, se destacan las muchas investigaciones en diagnósticos de cáncer de mama, en algunos estudios también se incluyen diagnósticos de cáncer uterino, urinario, colon, pulmón, próstata, riñón, ovario, estómago, páncreas, piel, cerebral, leucemia, linfoma, melanoma, mieloma y huesos. Respecto a las personas participantes de dichas investigaciones, todas son mayores de edad, con diagnóstico de cáncer activo sin diagnósticos psiquiátricos. Los porcentajes en cuanto a las personas participantes son un total de 88,4% mujeres y 11,6% hombres.

La calidad de vida es una variable que se encuentra en todas las investigaciones seleccionadas, esta ha sido evaluada desde diversos instrumentos, entre ellos se encuentran la Evaluación funcional de la terapia contra el cáncer (FACT-G, *Functional Assessment of Cancer Therapy-General*), con el cuestionario de salud (SF-12, *12-item Short Form*), y el Índice de Bienestar de la Organización Mundial de la Salud-5 (OMS-5, *World Health Organization-5 Well-Being*), destacando el uso del FACT-G en la mayoría de los estudios. De manera paralela a la calidad de vida, otras variables de estudio eran la angustia psicológica, las habilidades en atención plena, el crecimiento postraumático, el miedo a la recurrencia al cáncer, la rumiación, la fatiga, el bienestar espiritual, la salud mental positiva, el uso autoinformado de analgésicos, el dolor, depresión, ansiedad y el metaconocimiento de los estados emocionales.

Tabla 2

Resumen de las características de estudios incluidos en la revisión sistemática

#	Autor, año	Objetivo de estudio	Características de la muestra	Diseño de estudio	Intervención MBCT	Variables medidas	Resultados
1	Foley et al. (2010)	Efectividad de MBCT en personas diagnosticadas con cáncer.	<i>n</i> = 115 89 mujeres – 26 hombres Edad: 24 – 78 años	Ensayo controlado aleatorizado MBCT (n=55) y grupo control (n=60) Tiempos de evaluación: antes y tras acabar el programa. Seguimiento a los 3 meses.	Manual original de MBCT con algunas modificaciones. 14 grupos de tratamiento. El programa se impartió por dos profesionales con amplia experiencia en MBCT. Otros dos evaluadores que desconocían asignación de tratamiento para hacer evaluaciones y seguimiento.	- Calidad de vida - Depresión - Angustia psicológica - Ansiedad - Atención plena	MBCT: Disminución ansiedad, depresión y angustia psicológica Aumento calidad de vida y habilidades de atención plena. Todo se mantuvo 3 meses después.
2	Stafford et al. (2013)	Efectividad de MBCT en angustia psicológica en mujeres con cáncer de mama y ginecológico	<i>n</i> = 36 Edad: 31 – 66 años Mujeres australianas	Ensayo controlado no aleatorizado Establecieron dos rondas de tres grupos. Tiempos de evaluación: antes y tras acabar el programa. Se hizo seguimiento a los 3 meses	Programa original de MBCT modificado para entornos oncológicos. Participantes por grupos: 8-10 personas. El programa impartido por profesionales calificados adecuadamente de atención plena. Dos terapeutas MBCT por grupo.	- Calidad de vida - Angustia psicológica - Atención plena - Crecimiento postraumático	MBCT: Disminución angustia psicológica Aumento calidad de vida, habilidades de atención plena y crecimiento postraumático. Todo se mantuvo 3 meses después.

3	Johannsen et al. (2016)	Eficacia de MBCT para el dolor post-tratamiento en mujeres con cáncer de mama	<p><i>n</i> = 129</p> <p>Edad media: 56'8 años</p>	<p>Ensayo controlado aleatorizado</p> <p>MBCT (n=67) y grupo control (n=62)</p> <p>Tiempos de evaluación: Antes y después del tratamiento. Seguimiento a los 3 y 6 meses.</p>	<p>Manual de MBCT con pequeñas modificaciones.</p> <p>Grupos de 13-17 participantes</p> <p>Un único instructor de atención plena para todas las sesiones, con nueve años de experiencia en MBCT.</p>	<ul style="list-style-type: none"> - Calidad de vida - Dolor - Angustia psicológica - Uso autoinformado de analgésicos 	<p>MBCT:</p> <p>Disminución intensidad de dolor en los cuatro tiempos de medida</p> <p>Aumento calidad de vida, al finalizar el programa y a los 6 meses.</p> <p>Disminución uso de analgésicos de venta libre, se percibió un cambio a los 6 meses. Y disminución angustia psicológica, sobre todo a los 3 meses.</p>
4	Cillessen et al. (2018)	Evaluar los efectos a largo plazo de MBCT y eMBCT en pacientes con cáncer y con angustia psicológica leve	<p><i>n</i> = 245</p> <p>210 mujeres – 35 hombres</p> <p>Media de edad: 51'5 – 51'8 años.</p>	<p>Ensayo controlado aleatorizado</p> <p>Tres condiciones: MBCT, eMBCT y TAU.</p> <p>Tiempos de evaluación: Antes y después de la intervención. Seguimiento a los 3 y 9 meses.</p>	<p>Programa basado en Segal, et al., (2013), con pequeñas modificaciones.</p> <p>MBCT: Grupos de máximo 12 participantes.</p> <p>eMBCT: Individual, trato entre paciente-terapeuta, el trabajo era autónomo en casa con reuniones de seguimiento semanales.</p> <p>Profesionales: 2 para MBCT y 5 para eMBCT. 2 adicionales como observadores.</p>	<ul style="list-style-type: none"> - Calidad de vida - Angustia psicológica - Miedo a recurrencia de cáncer - Rumiación - Salud mental positiva 	<p>Disminución angustia psicológica en MBCT y un poco más en eMBCT.</p> <p>Disminución rumia en MBCT y eMBCT, y se mantuvo a los 9 meses.</p> <p>Aumento salud mental positiva y calidad de vida, manteniéndose hasta los 9 meses.</p> <p>Igual miedo a la recurrencia al cáncer y calidad de vida física.</p>

5	Park et al. (2020)	Efectividad MBCT en pacientes ambulatorias con cáncer de mama	<p><i>n</i> = 74</p> <p>Edad: 20 – 74 años</p> <p>Mujeres japonesas</p>	<p>Ensayo controlado aleatorizado</p> <p>MBCT (n=38) y grupo control (n=36).</p> <p>Tiempos de evaluación: Antes y tras acabar la intervención. Seguimiento a las 4 semanas.</p>	<p>Programa basado en el original con algunas modificaciones.</p> <p>Los profesionales eran psicólogos clínicos, psiquiatras y enfermeros, con experiencia en atención plena y capacitación de MBCT.</p>	<ul style="list-style-type: none"> - Calidad de vida - Angustia psicológica - Miedo a la recurrencia del cáncer - Fatiga - Bienestar espiritual 	<p>MBCT:</p> <p>Disminución angustia psicológica, se mantuvo a las 4 semanas.</p> <p>Aumento grande en bienestar espiritual</p> <p>Aumento moderado en calidad de vida</p> <p>Aumento moderado fatiga</p> <p>Disminución pequeña en miedo a la recurrencia al cáncer.</p>
6	Romero et al. (2020)	Estudiar si MBCT reduce el nivel general de psicopatología, aumenta calidad de vida y aumenta metaconocimiento sobre estado emocional.	<p><i>n</i> = 88</p> <p>69 mujeres – 19 hombres</p> <p>Edad media: 54'92 años</p> <p>Participantes españoles</p>	<p>Ensayo controlado no aleatorizado</p> <p>MBCT (n=41) y grupo control (n=47).</p> <p>Tiempos de evaluación: antes y tras finalizar el programa. Seguimiento al mes.</p>	<p>Programa basado en Protocolo Bartley (2012).</p> <p>Grupos de máximo 15 participantes.</p> <p>Dos terapeutas expertos en MBCI con más de 10 años de experiencia administraron el tratamiento. Cada terapeuta supervisó la adherencia al protocolo MBCT original por parte del otro terapeuta.</p>	<ul style="list-style-type: none"> - Calidad de vida - Angustia psicológica - Metaconocimiento de estados emocionales 	<p>MBCT:</p> <p>Disminución angustia psicológica (depresión).</p> <p>Aumento calidad de vida y metaconocimiento sobre estado emocional.</p>

MBCT: *Mindfulness-Based Cognitive Therapy*; eMBCT: *formato online individual de MBCT*.

3.3. Riesgo de Sesgo en los Estudios

Durante el proceso de revisión se identificaron algunos niveles de riesgo de sesgo. En la Tabla 3 se muestran los riesgos de sesgo de cada uno de los artículos revisados y seleccionados. Tal como se observa, los riesgos de sesgo más destacables en los estudios son la aleatorización de la muestra, y sesgos de realización y detección. Por otro lado, todos los estudios muestran resultados claros y completos, así como los participantes finales y los que fueron excluidos o los que no finalizaron las intervenciones.

Tabla 3.

Resumen de riesgo de sesgo

	Generación de la secuencia	Ocultamiento de la asignación	Cegamiento de participantes y personal	Cegamiento de evaluadores	Datos resultados incompletos	Notificación selectiva
Foley, E., et al., (2010)						
Stafford, L., et al., (2013)						
Johannsen, M., et al., (2016)						
Cillessen, L., et al. (2018)						
Park, S., et al. (2020)						
Romero, R., et al., (2020).						

NOTA: Riesgo bajo de sesgo  Riesgo alto de sesgo  Riesgo poco claro de sesgo 

3.4. Resultados de los Estudios Individuales

Los estudios que han sido finalmente seleccionados para esta revisión han servido para examinar las hipótesis planteadas inicialmente. Todos los estudios referenciados demuestran, de una manera u otra, que existen resultados positivos del programa de MBCT, tras acabar el programa y un tiempo después, en la calidad de vida de personas que tienen un diagnóstico de cáncer. Sin embargo, hay algunos matices que es importante explorar y definir.

Comenzando por el tipo de diagnóstico estudiado, en la gran mayoría de estudios se centra en cáncer de mama. Hay algunos artículos que amplían la investigación a otros tipos de cáncer, como es el caso de Foley et al. (2010), quien tiene una muestra representativa de cada cáncer de: mama ($n=48$); ginecológico ($n=7$); linfoma ($n=8$); próstata ($n=8$); intestinos y colon ($n=9$); pulmón ($n=4$); cerebral y cuello ($n=5$); melanoma ($n=6$); mieloma ($n=6$); leucemia ($n=3$); y otros ($n=11$); "otros" hace referencia a diagnósticos de cáncer que tenían menos de 3 participantes de la muestra. Otro de los artículos que incluye otro diagnóstico es el de Cillessen et al. (2018), quien representa cáncer de mama ($n=151$) y otros tipos de cáncer ($n=92$). Finalmente, el artículo de investigación de Romero et al. (2020), incluye diferentes diagnósticos, encontrando: cáncer de mama ($n=43$); pulmón ($n=8$); uterino y urinario ($n=7$); colon ($n=6$); próstata, ovario, riñón y piel ($n=3$); estómago y páncreas ($n=2$); y huesos ($n=1$).

En cuanto a la población, se obtiene que el total de muestra sumando todos los artículos ha sido de 688, todos los participantes eran personas con diagnóstico activo de cáncer. De estos participantes se obtiene que 497 son mujeres y 191 hombres. Cabe destacar que el artículo que menor muestra representa ($n=36$) es el de Stafford et al. (2013); y, el de mayor muestra representativa ($n=245$), es el desarrollado por Cillessen et al. (2018). Todos los demás estudios se mueven entre estos dos estudios en cuanto a los participantes en la investigación.

Cuando hablamos del diseño de estudio, todas las investigaciones son un ensayo controlado aleatorizado, solo con la excepción de los artículos de Stafford et al. (2013) y Romero et al. (2020). Todos los artículos incluyen mínimo dos grupos de intervención, uno para incorporar el programa de MBCT y otro como grupo control o lista de espera. Solo un artículo no incluyó grupo control; Stafford et al. (2013); en este caso incluyeron dos rondas en el tiempo (una ronda de octubre a noviembre y la otra de febrero a marzo) y cada ronda estaba compuesta por tres grupos; permitiendo así observar si los cambios se percibían en todos los grupos.

En cuanto a los tiempos de evaluación, todas las investigaciones hicieron evaluaciones iniciales antes de comenzar el programa; durante el proceso del programa algunas intervenciones iban evaluando los resultados; y todas realizaron de nuevo una evaluación justo al finalizar el programa. El seguimiento también ha sido un aspecto importante que se repite en todas las investigaciones, a pesar de que el tiempo de evaluación cambia; encontramos desde artículos que evalúan un único seguimiento al mes de finalizar (Park et al. (2020) y Romero et al. (2020)), hasta artículos que evalúan dos tiempos diferentes (por ejemplo, Cillessen et al. (2018), hacen un seguimiento a los tres y a los nueve meses tras acabar la intervención; y Johannsen et al. (2016), evalúan también a los tres meses y a los seis). Los artículos restantes hicieron una evaluación de seguimiento a los tres meses tras finalizar el programa.

Hablando del programa empleado en las intervenciones, obtenemos que en su gran mayoría todos se basaban en el programa original de MBCT, pero algunas investigaciones hacían ligeras modificaciones en dicho procedimiento con la finalidad de adaptarse a las necesidades y dificultades de los pacientes (Foley et al. (2010); Johannsen et al. (2016); Cillessen et al. (2018); Park et al. (2020)). De los cambios más observados hechos en los programas son introducir una psicoeducación inicial sobre el cáncer y la utilidad de las intervenciones basadas en la atención plena. Otro aspecto que también se ha visto modificado en algunas investigaciones es hacer ejercicios de movimiento y realizar los ejercicios de yoga más suaves, a su vez también ofrecer opciones de posición para favorecer no estar constantemente en una única postura por reducir el malestar físico estable de la postura inicial. En cuanto a los cambios con la finalidad de ofrecer más descanso un artículo dividió la clase semanal en dos sesiones a la semana; otro estudio realizó los ejercicios de meditación más cortos; y dos estudios anularon la sesión de retiro (día completo). Un único estudio decidió hacer de manera gradual la práctica de escáner corporal para los pacientes.

Como bien se había mencionado con anterioridad, la variable de estudio de esta revisión sistemática era la calidad de vida, esta variable se encuentra en todos los artículos. Además, también se ha observado una variable que se tiene en cuenta en todas las investigaciones, dicha variable es la angustia psicológica. Otras variables repetidas en dos estudios o más son las habilidades de atención plena y el miedo a la recurrencia del cáncer. Las demás variables estudiadas han sido depresión, ansiedad, crecimiento postraumático, dolor, uso autoinformado de analgésicos, rumiación, salud mental positiva, fatiga, bienestar espiritual, y metaconocimiento de los estados emocionales.

Es importante también mencionar los profesionales participantes en las intervenciones. En todos los programas fueron seleccionados personas expertas y con calificación con varios años de experiencia en MBCT. En algunos estudios, solo se hacía uso de uno o dos profesionales para hacer la intervención, mientras que en otras investigaciones se hacía uso de dos profesionales por grupos. De igual manera, en algunos artículos los propios expertos se encargaban de hacer las evaluaciones y la intervención, mientras que en otros artículos los evaluadores eran otros profesionales que desconocían el diagnóstico y los expertos quienes impartían la intervención.

En cuanto a los resultados de cada estudio, se muestra un resumen por orden cronológico de publicación. Foley et al. (2010), tenían como objetivo de investigación observar la efectividad de MBCT en personas con algún diagnóstico de cáncer activo; evaluaron a través de las variables de depresión, angustia, ansiedad, calidad de vida y habilidades en atención plena. Los resultados que obtuvieron fueron mejoras significativas en cuanto a la ansiedad y depresión en MBCT, además este mismo grupo de investigación disminuyó significativamente en cuanto a la angustia psicológica. Haciendo referencia a la calidad de vida, hubo una fuerte tendencia a que esta mejorara en MBCT, y se reportó mejores habilidades de atención plena. Todos los resultados se mantuvieron hasta la evaluación de seguimiento a los 3 meses.

Stafford et al. (2013), estudiaron la efectividad de MBCT en la angustia psicológica de mujeres con diagnóstico de cáncer de mama y diagnóstico de cáncer ginecológico, estudiando las variables de angustia psicológica, calidad de vida, atención plena y crecimiento postraumático. Tuvieron tres tiempos de medida, y durante los diferentes tiempos se observó una mejora significativa en todas las variables estudiadas en los grupos de intervención de MBCT. Estos resultados se mantuvieron en el seguimiento de los tres meses.

La investigación de Johansen et al. (2016), se enfocó en evaluar la eficacia de MBCT para el dolor post-tratamiento en mujeres con diagnóstico de cáncer de mama. Las variables estudiadas, además del dolor, fueron calidad de vida, angustia psicológica y uso autoinformado de analgésicos. En los grupos de MBCT se encontraron diferencias estadísticamente significativas en cuanto al dolor, intensidad de dolor actual y el dolor neuropático, aumentaron al finalizar el tratamiento y con el seguimiento de los 3 meses, y disminuyeron en el seguimiento de los 6 meses. También se observaron cambios estadísticamente significativos en la calidad de vida, siendo que aumentó al finalizar el programa y a los 6 meses. El uso de analgésicos también tuvo cambios, se mantuvieron altos hasta el seguimiento a los 6 meses que disminuyó. La angustia psicológica también

disminuyó significativamente, el tiempo de medida que más destacó fue en el seguimiento de los 3 meses.

Por otro lado, Cillessen et al. (2018), se propusieron como objetivo de estudio evaluar los efectos a largo plazo de MBCT y eMBCT en pacientes con cáncer; las variables a estudiar eran que tuvieran al menos angustia psicológica leve, también se evaluó el miedo a la recurrencia de cáncer, rumiación, salud mental positiva y calidad de vida. Pusieron tres grupos de investigación, MBCT, eMBCT y TAU; de este último no se tienen datos de seguimiento dado que al acabar los 3 meses de TAU se les aleatorizó a grupos de MBCT o eMBCT. Los resultados de la investigación fueron: disminución estadísticamente significativa de la angustia psicológica tanto en MBCT como eMBCT, con la diferencia de que eMBCT pareció mostrar resultados de menos angustia psicológica. La rumia también disminuyó en ambos grupos de investigación, manteniéndose baja a los 9 meses. La salud mental positiva y la calidad de vida aumentaron significativamente en todas las medidas, y también se mantuvieron hasta la última evaluación de seguimiento (9 meses). Solo el miedo a la recurrencia al cáncer y la calidad de vida física se mantuvieron sin cambios significativos.

Park et al. (2020) estudiaron la efectividad de los programas de MBCT en pacientes ambulatorias con cáncer de mama. Las variables que estudiaron fueron la angustia psicológica, el miedo a la recurrencia de cáncer, la fatiga, el bienestar espiritual y la calidad de vida. Obtuvieron que los resultados en MBCT en cuanto a la calidad de vida fue una disminución de la misma y se mantuvo a las 4 semanas tras acabar el programa. También se observaron diferencias estadísticamente significativas en el resto de variables: el tamaño del efecto en el bienestar espiritual era grande, moderado en el caso de la fatiga y la calidad de vida, y pequeño en el miedo a la recurrencia al cáncer.

El último artículo que queda por resumir es el de Romero et al. (2020), quienes quisieron analizar si el MBCT reduce el nivel general de psicopatología (ansiedad, depresión), aumenta la calidad de vida y aumenta el metaconocimiento sobre el estado emocional, en personas que tenían un diagnóstico de cáncer activo. Las variables a estudiar: angustia psicológica, calidad de vida y metaconocimiento de estados emocionales. De nuevo, los resultados de los grupos de MBCT obtuvieron un aumento en la calidad de vida (salud física, estado emocional y funcionamiento personal). Se redujo la angustia psicológica (evaluado desde la depresión). Y aumentó el metaconocimiento sobre el estado emocional.

4. Discusión

Esta revisión sistemática tenía como objetivo recopilar evidencia sobre la eficacia de los programas de MBCT en personas con diagnóstico de cáncer activo con respecto a su calidad de vida. En este sentido, los estudios recopilados proporcionaron información significativa sobre el efecto de este programa en la calidad de personas con dicho diagnóstico.

Por lo tanto, en base los resultados de esta investigación, se ha podido evidenciar que los pacientes con diagnóstico de cáncer pueden obtener mejoras en su calidad de vida con programas de MBCT. Estos resultados apoyan el primer objetivo y, por tanto, la primera hipótesis que se ha incluido en esta revisión. En términos generales todos los programas aplicados en los estudios revisados consiguieron tener un efecto positivo sobre la calidad de vida de los pacientes. Las diferencias entre grupos de MBCT y grupos control eran significativas. En cuanto a la respuesta de la primera hipótesis también cabe remarcar la investigación de Cillessen et al. (2018), debido a que evaluaron MBCT y eMBCT. Ambas condiciones de investigación obtuvieron puntuaciones significativas a comparación con el grupo TAU; destacando que, en cuanto a la angustia psicológica, eMBCT obtuvo mejores puntuaciones que MBCT, esto los autores lo explican desde el aspecto que los participantes de este grupo tenían que ser más autónomos por el formato del programa; esta autonomía podía ser beneficiosa a la hora de realizar y formar un hábito de atención plena, que está relacionado con mejores resultados; además, la atención individual del terapeuta en los grupos de eMBCT podía ser más compatible con las necesidades de cada paciente.

En referencia a la segunda hipótesis, se confirma que el MBCT tiene efectos en una gran variedad de cáncer. Del diagnóstico que más investigación hay es en el de cáncer de mama, pero otros estudios incluyeron participantes con diversidad de diagnósticos y no hubo diferencias entre el tipo de cáncer, estos resultados se pueden observar en las investigaciones de Foley et al. (2010) y Romero et al. (2020), quienes además remarcan cuántos participantes eran en cada diagnóstico específico.

Por otro lado, la tercera hipótesis que se había planteado en cuanto a que los resultados se mantuvieran a lo largo del tiempo con las evaluaciones de seguimiento es algo que también ha sido confirmado en todas las investigaciones, obteniendo el dato que incluso a los 9 meses tras acabar uno de los programas los efectos seguían siendo significativos (Cillessen et al. 2018). Esto se refuerza con la teoría de Tang et al. (2015) y Parsons et al. (2017), quienes decían que mantener las practicas activas mantenían el efecto. Por tanto, aquellos participantes que, al acabar el programa, continúan de

manera activa con las prácticas de atención plena, siguen fomentando las habilidades y, por tanto, se mantiene la mejoría en cuanto a la calidad de vida y el resto de efectos. Por lo tanto, con esta revisión se afirma que los programas de MBCT aumenta los aspectos positivos de la vida diaria, y estos pueden mantenerse a largo plazo con la continuación del entrenamiento.

Otro aspecto a destacar de esta revisión sistemática es la influencia de algunas variables sobre la calidad de vida. Como bien se ha mencionado al inicio la presente revisión sistemática, la calidad de vida es un componente que se ve relacionado con otros aspectos que también son de gran relevancia, y cuando hablamos de mejorar la calidad de vida de los pacientes oncológicos, también se deben tener en cuenta. Se habla de aspectos como la angustia psicológica, que como se ha podido observar en el apartado de resultados, de una manera u otra, ha estado presente junto a la calidad de vida en todas las investigaciones seleccionadas. Otra variable es el dolor, como mencionan Johanssen et al. (2016), el dolor es multifacético (dimensiones cognitivas, afectivas y sensoriales) y los pacientes oncológicos que experimentan estas sensaciones también se ven repercutida su calidad de vida. Y lo que se ha demostrado hasta el momento es que, a pesar de que existen intervenciones como la Terapia Cognitivo-Conductual y la MBSR en gran interés en las investigaciones en pacientes con cáncer, los programas de MBCR facilitan a los pacientes habilidades para comprender y también maneras de relacionarse con las sensaciones corporales y el malestar emocional desde la aceptación, y no la evitación; y que todo esto es perdurable en el tiempo. Destacando además que, al ser variables bidireccionales entre sí, es decir, que la calidad de vida puede repercutir en el dolor y en la angustia psicológica, pero también en la otra dirección, trabajar sobre todas ellas facilita en mayor medida un estado de bienestar.

Todo lo concluido en esta revisión es de gran interés para la práctica clínica, dado que proporciona una nueva posibilidad para los pacientes oncológico, más allá de los tratamientos tradicionales. Permitiendo así que, incluso en situaciones de dolor oncológico, exista una posibilidad de desarrollar nuevas habilidades cognitivas, emocionales y conductuales para hacer frente a una situación como la que es convivir con una enfermedad crónica o de gran malestar físico.

Haciendo referencia a las limitaciones de esta revisión, hay que destacar la falta de evaluación de algunos moderadores de interés (como, por ejemplo, la combinación con técnicas de aceptación), tampoco se ha revisado literatura gris y no se ha llevado a cabo un metaanálisis.

En cuanto a las futuras líneas de investigación, es importante que se investigue más los efectos de MBCT en la calidad de vida de pacientes oncológicos activos, dado que como se ha visto reflejado en esta revisión, las investigaciones son escasas; pero se ha demostrado que los resultados son alentadores. También considero relevante que se tengan en cuenta otros diagnósticos de cáncer, centrarlos quizás en diagnósticos más allá del cáncer de mama, dado que, en esta revisión, la gran mayoría tenía esta población como fuente de estudio, y se considera importante ampliar para poder valorar si este tipo de programas tiene más beneficio para otra parte de la población. Otro aspecto a tener en cuenta en futuras investigaciones podría ser explorar el camino de MBCT y eMBCT, por valorar que beneficios puede aportar hacer intervenciones grupales o individuales, y fomentar la autonomía del trabajo en casa, para poder tenerlo en cuenta a la hora de implantar el programa en función de las características y necesidades del paciente. Finalmente, también considero tener presente en futuras investigaciones que los grupos de MBCT y los grupos control reciban el mismo tipo de atención, de manera que se evite en mayor medida cualquier tipo de sesgo o variables ciegas.

Finalmente, cabe destacar que esta revisión aporta gran información a la práctica clínica, a la investigación, y a los pacientes oncológicos. Cabe tener en cuenta que no todas las personas con diagnóstico experimentan las mismas circunstancias y cambios, por tanto, el tratamiento a recibir debe estar supeditado a las necesidades y factores de cada persona. MBCT es una nueva intervención que puede proponerse para personas con malestar psicológico y físico, con rumiación, con dolor, miedo a la incertidumbre... Y, también puede acompañarse del tratamiento tradicional médico recomendado para el propio diagnóstico

5. Referencias bibliográficas

- Bosman, J.T., Bood, Z., Scherer-Rath, M., Dörr, H., Christophe, N., Sprangers, M., & van Laarhoven, H. (2020). The effects of art therapy on anxiety, depression, and quality of life in adults with cancer: a systematic literature review. *Support Care Cancer* 29(5), 2289-2298. <https://doi.org/10.1007/s00520-020-05869-0>
- Brennan, J. (2001). Adjustment to cancer – coping or personal transition? *Psychooncology*, 10(1), 1-18. [https://doi.org/10.1002/1099-1611\(200101/02\)10:1<1::aid-pon484>3.0.co;2-t](https://doi.org/10.1002/1099-1611(200101/02)10:1<1::aid-pon484>3.0.co;2-t)
- Cillesen, L., Johannsen, M., Speckens, A., & Zacharie, R. (2019). Mindfulness-based interventions for psychological and physical health outcomes in cancer patients and survivors: A systematic review and meta-analysis of randomized controlled trials. *Psycho-Oncology* 28(12), 2257-5569. <https://doi.org/10.1002/pon.5214>
- Sociedad Española de Oncología Médica. (2023, Enero). *Las cifras del cáncer en España 2022*. <https://seom.org/publicaciones/el-cancer-en-espanyacom>
- Fernández-López, J., Fernández-Fidalgo, M., & Cieza, A. (2010). Quality of life, health and well-being conceptualizations from the perspective of the International Classification of Functioning, disability and health (ICF). *Revista española de Salud Pública*, 84(2). Recuperado en 30 de marzo de 2023, de https://scielo.isciii.es/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1135-57272010000200005&lng=es&tlng=es
- Higgins, J. P. T., & Green, S. (2011). *Cochrane Handbook for Systematic Reviews of Interventions* Version 5.1. 0 [actualizado en marzo de 2011]. The Cochrane Collaboration, 2011. *Www. Cochrane-Handbook. Org*.
- Johannsen, M., O'Connor, M., Skytte, M., Bonde, A., Hojris, I., & 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. *J Clin Oncol*, 34(28). <http://jco.ascopubs.org/cgi/doi/10.1200/JCO.2015.65.0770>
- Lengacher, C., Johnson-Ánade, V., Post-Blanco, J., Moscoso, M., Jacobsen, P., Klein, T., Ampliar, R., Fitzgerald, S., Shelton, M., Barta, M., Goodman, M., Cox, C., & Kip, K. (2009). Randomized controlled trial of mindfulness-based stress reduction (MBSR) for survivors of breast cancer. *Psycho-Oncology*, 18(12), 1261-1272. <https://doi.org/10.1002/pon.1529>

- Organización Mundial de la Salud (2020). *¿Qué es la Década del Envejecimiento Saludable?* <https://www.who.int/es/initiatives/decade-of-healthy-ageing>
- Page, M., McKenzie, J., Bossuyt, P., Boutron, I., Hoffman, T., Mulrow, C., Shamseer, L., Tetzlaff, J., Akl, E., Brennan, S., Chou, R., Glanville, J., Grimshaw, J., Hrobjartsson, A., Lalu, M., Li, T., Loder, E., Mayo-Vilson, M., McDonald, S., McGuinness, L., Stewart, L.,... & Moher, D. (2021). The PRISMA 2020 statement: an updated guideline for reporting systematic reviews. *Research Methods & Reporting* 372(71). <https://doi.org/10.1136/bmj.n71>
- Parsons, C., Grua, C., Parsons, L., Fjorback, L., & Kuken, W. (2017). Home practice in Mindfulness-Based Cognitive Therapy and Mindfulness-Based Stress Reduction: A systematic review and meta-analysis of participants' mindfulness practice and its association with outcomes. *Behav Res Ther*, 95, 29-41. <https://doi.org/10.1016/j.brat.2017.05.004>
- Piet, J., Würtzen, H., & Zachariae, R. (2012). The effect of mindfulness-based therapy on symptoms of anxiety and depression in adult cancer patients and survivors: a systematic review and meta-analysis. *J Consult Clin Psychol*, 80(6). <https://doi.org/10.1037/a0028329>
- Tang, Y., Hölzel, B., & Posner, M. (2015). The neuroscience of mindfulness meditation. *Nat Rev Neurosci*, 16(4). <https://doi.org/10.1038/nrn3916>