

Aplicación del programa de Reducción del Estrés Basado en la Atención Plena (REBAP) en pacientes con enfermedad orgánica atendidos en el Programa de Enlace e Interconsultas de Salud Mental. Un estudio piloto

*Laura MERINERO CASADO
Estrella SERRANO GUERRERO
Gloria BELLIDO ZANIN
Asunción LUQUE BUDÍA*

Hospital Universitario “Virgen del Rocío”, Sevilla (España)

Resumen

El Programa de Enlace e Interconsultas de Salud Mental del Hospital Universitario “Virgen del Rocío” de Sevilla atiende a pacientes hospitalizados que presentan alteraciones emocionales que repercuten negativamente en su enfermedad (cáncer, dolor crónico, trasplante de órganos, enfermedades crónicas, etc.) e interfieren en su proceso de recuperación. Algunos/as de estos/as pacientes precisan atención psicoterapéutica tras el alta hospitalaria y una posible alternativa eficaz sería la aplicación del programa REBAP (Reducción del estrés basado en la Atención Plena). El principal objetivo del uso de este programa de tratamiento sería que los/as pacientes tomaran una respuesta emocional adaptativa ante la enfermedad orgánica que padecen, de modo que las alteraciones emocionales disminuyeran y dejaran de interferir en el curso de la enfermedad. El presente trabajo recoge los datos de un estudio piloto realizado con un grupo de pacientes a quienes se les aplicó el programa a lo largo de ocho sesiones usando un formato grupal. Los resultados obtenidos apuntan a que el programa REBAP es un instrumento útil para lograr que la sintomatología afectiva de los/as pacientes disminuya, puesto que consiguen preservar su autoestima y aceptar de forma más adaptativa las limitaciones derivadas de su enfermedad física.

Palabras clave: REBAP, mindfulness, dolor crónico, enfermedad orgánica, adaptación.

Abstract

The Consultation-Liaison Mental Health program of the University Hospital “Virgen del Rocío”, in Seville, assists to patients with emotional disturbances that negatively impact their illness (cancer, chronic pain, organ transplantation, chronic diseases, etc.) and interfere with their recovery process. Some patients require psychotherapeutic care after hospital discharge and a possible effective alternative would be the implementation of the MBSR (Mindfulness Based Stress Reduction) program. The main purpose of this treatment program would be that patients took an adaptive emotional response to the organic disease causing the reduction of the emotional disturbance and stopping the interference in the course of the disease. This paper provides data from a pilot study of a group of patients who were administered the program over eight group sessions. The results indicate that the program is useful to make affective symptomatology decrease, since patients get to preserve their self-esteem and accept in a more adaptively way the limitations imposed by his physical illness

Key words: MBSR; Mindfulness; Chronic pain; Organic disease; Adaptation.

Dirección de las autoras: Unidad de Gestión Clínica de Salud Mental. HU. Virgen del Rocío de Sevilla. Avda. Manuel Siurot, s/n. 41013 Sevilla. *Correo electrónico:* asun.luque@gmail.com

Recibido: marzo de 2014. *Aceptado:* julio de 2014.

La Clínica de Reducción de Estrés Basada en la Atención Plena fue fundada por el Dr. Jon Kabat-Zinn en Worcester (Massachusetts, EEUU) en el año 1979. Hoy en día esta clínica es conocida como *Center for Mindfulness in Medicine, Health Care and Society (CFM)* y funciona dentro de la División de Medicina Preventiva y del Comportamiento de la Escuela de Medicina de la Universidad de Massachusetts.

Nació de la iniciativa de tratar aquellos casos y problemas clínicos que no respondían adecuadamente al tratamiento médico convencional (Vallejo, 2006). Fundamentalmente se creó para dar respuesta a la demanda de pacientes que padecían estrés y dolor crónico. No obstante, a requerimiento de médicos y otros especialistas del campo de la salud, abrió las puertas, casi de inmediato, a pacientes con otras enfermedades orgánicas en las que el estrés era considerado como un factor agravante (enfermedades crónicas, hipertensión arterial, problemas gastrointestinales, asma, fatiga crónica o migrañas).

Esta clínica ofrece un programa de intervención clínica conocido como Programa de Reducción de estrés basado en la Atención Plena (REBAP). El REBAP constituye un tipo de tratamiento dentro de una rama de la medicina conocida como Medicina del Comportamiento, que cree que los factores mentales y emocionales, la manera de pensar y de comportarnos, pueden tener, por suerte o por desgracia, un importantísimo efecto en nuestra salud física y en nuestra capacidad de recuperación de enfermedades y lesiones (Kabat-Zinn, 1990).

El REBAP se basa en la práctica del *mindfulness*, término inglés que ha sido traducido al español de diversas formas: conciencia del momento, presencia mental, atención vigilante, atención intencionada, visión cabal, atención consciente o atención plena (Larraburu, 2009). El *mindfulness* viene a plantear un empeño en centrarse en el momento presente de forma activa y reflexiva. Una opción por vivir lo que acontece en el momento actual, el aquí y el ahora, frente al vivir en la irrealidad, el soñar despierto (Vallejo, 2006). Hay que añadir que esa atención, conciencia y reflexión es de carácter no valorativo. Es una experiencia meramente contemplativa, se trata de observar sin valorar, aceptando la experiencia tal y como se da. Es una observación abierta e ingenua, ausente de crítica y valencia. Se diría que es una forma de estar en el mundo sin prejuicios: abierto a la experiencia sensorial, atento a ella y sin valorar o rechazar de forma activa y taxativa dicha experiencia (Vallejo, 2006). No se trata de reducir (controlar) el malestar, el miedo, la ira o la tristeza, sino de experimentarlos como tal; en todo caso el efecto que pudiera producirse sobre esas emociones será de naturaleza indirecta. Este aspecto contrasta notablemente con los procedimientos psicológicos al uso y que buscan la reducción de la activación, el control de la ansiedad, la eliminación de los pensamientos negativos, etc. (Vallejo, 2006).

En cuanto a los resultados de la aplicación clínica del programa REBAP, éste se ha demostrado eficaz en la reducción de los síntomas de ansiedad (Miller, Fletcher & Kabat-Zinn, 1995), el dolor crónico (Kabat-Zinn, Chapman & Salmon, 1997), los efectos de la psoriasis (Kabat-Zinn *et al.*, 1998), el aumento del bienestar (Brown & Ryan, 2003), el trasplante de órganos (Gross *et al.*, 2004), la prevención de la recaída en la depresión (William, Teasdale & Segal, 2007) y la reducción del estrés y el aumento de la calidad de vida de quienes se enfrentan a un diagnóstico de cáncer de mama o de próstata (Carlson, Speca, Faris & Patel, 2007). Con respecto al empleo del *mindfulness*, un reciente metaanálisis ha encontrado que su aplicación en pacientes con enfermedades crónicas puede ser beneficioso para aliviar el malestar psicológico y mejorar la calidad de vida dentro de un enfoque integrativo (Monshat & Castle, 2012).

Nuestro interés en este método de intervención terapéutica parte de la necesidad que tiene el Programa de Salud Mental de Enlace e Interconsultas (PEISM) del Hospital Universitario Virgen del Rocío de dar respuesta, entre otras, a la demanda de pacientes que precisan atención psicológica tras el alta hospitalaria por haber precisado ingreso en alguna de los servicios de las distintas especialidades médicas. Se trata, en su mayoría, de pacientes que presentan alteraciones emocionales que inciden en su proceso de enfermedad y que interfieren en su recuperación. En concreto, el proyecto parte de la necesidad de dar una respuesta clínica eficaz a pacientes que padecen enfermedades que implican afectación a nivel locomotor, como son la miastenia gravis, la esclerosis lateral amiotrófica (ELA) y otras enfermedades de las neuronas motoras.

El principal objetivo es que este grupo de pacientes ponga en marcha respuestas más adecuadas ante las alteraciones emocionales asociadas a la enfermedad orgánica de modo que dichas alteraciones se reduzcan y se minimice su interferencia en el curso de la enfermedad. De forma más concreta, se pretende que los aspectos emocionales que acompañan a la enfermedad orgánica sean aceptados y vividos en su propia condición sin ser evitados ni controlados, es decir, que el/la paciente sea capaz de centrarse en el momento presente y sentir las cosas tal y como suceden sin hacer ningún tipo de valoración y sin buscar su control.

Método

Participantes

El programa REBAP estuvo coordinado por una terapeuta, y se contó con la participación de una observadora que registró cada una de las sesiones y dos observadoras participantes.

Las características sociodemográficas y psicopatológicas de las pacientes que formaron parte de este programa grupal son las que se exponen a continuación:

Paciente 1

Mujer de 32 años que es atendida por el PEISM en enero de 2013 durante una hospitalización. Se solicitaba valoración por nuestra parte puesto que presentaba síntomas funcionales asociados a un empeoramiento de la miastenia gravis que tiene diagnosticada desde el año 2009. Durante el ingreso se valoró a la paciente, se le prestó apoyo psicológico y se realizó entrenamiento en relajación muscular progresiva de Jacobson. También se recomendó añadir a su tratamiento pregabalina (50 mg cada 12 horas). Al alta de su hospitalización, la paciente fue derivada a su Unidad de Salud Mental Comunitaria (USMC) de referencia. Posteriormente, en febrero de 2013, sufrió un empeoramiento de la miastenia y reagudización de la sintomatología funcional, con lo cual se solicita nueva valoración por parte de nuestro servicio.

A la exploración psicopatológica, la paciente muestra un discurso muy centrado en la enfermedad. Refiere alteraciones en la esfera afectiva. En concreto, señala estado de ánimo decaído y mayor irritabilidad. Muestra tendencia al aislamiento social. Comenta que tiene dificultades para articular las palabras e ingerir alimentos y que estas limitaciones le suponen un obstáculo a la hora de establecer relaciones sociales. Como consecuencia pone en marcha estrategias de afrontamiento evitativas y su círculo social termina limitándose casi en exclusiva a su madre y su pareja.

Paciente 2

Mujer de 48 años con síndrome del túnel carpiano (STC) en mano derecha que tras ser intervenida, en agosto de 2012, de 1ª y 3ª dedo en resorte, ha desarrollado dolor y parestesias en dicha mano, en el borde cubital hasta el codo y en la región laterocervical. Se encuentra de baja laboral por no poder desarrollar su actividad habitual a causa del dolor. Presenta afectación del ánimo y falta de adaptación a su situación clínica. Es atendida por nuestro servicio en febrero de 2013.

A la exploración psicopatológica, la paciente refiere alteraciones afectivas. Presenta estado de ánimo bajo e irritabilidad. Refiere ideas pasivas de muerte, negando ideación autolítica. Señala sentimientos de angustia y niveles elevados de ansiedad de forma reactiva a las limitaciones físicas causadas por el dolor. Comenta que de forma puntual ha llegado a darse atracones de comida como estrategia para calmar la ansiedad. Niega vómitos autoprovocados tras los atracones. Sí refiere sentimientos de culpa y arrepentimiento tras la ingesta compulsiva de alimentos. Presenta dificultades para concentrarse y mantener la atención. Alteraciones en el sueño.

Paciente 3

Mujer de 22 años, diagnosticada de enfermedad de la neurona motora (con sintomatología desde hace tres años),

que presenta alteraciones en el ánimo de forma reactiva. Es atendida por el PEISM en marzo de 2013. Durante las entrevistas clínicas, la paciente señala que venía notando debilidad muscular en las manos y en los brazos desde hace unos tres años. Comenta que la sentía de forma puntual cuando se reía, sentía ansiedad o vergüenza. Progresivamente fue notando un empeoramiento y decidió consultar por los síntomas. El hecho de haber tenido una hija la motivó a solicitar ayuda médica.

A la exploración psicopatológica, la paciente muestra alteraciones afectivas. Presenta estado de ánimo bajo, tendencia al llanto, irritabilidad, sentimientos de incapacidad y angustia. Comenta que no conoce cuál puede ser la evolución y el pronóstico de su enfermedad y reconoce que teme morir. Parece que el desconocimiento de esta información está ligado a su estilo de afrontamiento evitativo (a un no querer conocer) más que a una falta de información real. Siente que está muy limitada a la hora de desempeñar las actividades que antes realizaba y esto le genera un gran nivel de angustia y mucha tristeza. Señala que, por su historia personal y familiar, ha sido una chica muy independiente y que tiene muchas dificultades para aprender a pedir ayuda y dejarse cuidar ahora que lo necesita. Refiere dificultades en las relaciones familiares previas a su enfermedad y destaca empeoramiento de las mismas tras el diagnóstico.

Paciente 4

Mujer de 48 años que presenta ELA diagnosticada desde diciembre de 2012. Es atendida por nuestro servicio por presentar sintomatología de carácter ansioso-depresivo de forma reactiva a su situación clínica.

A la exploración psicopatológica, la paciente refiere que tiene asumida su enfermedad pero que se siente temerosa y angustiada en relación a la evolución de la misma. Siente que cada vez controla menos su cuerpo y esto hace que vaya abandonando muchas actividades. Hay actividades que podría hacer pero no las realiza por miedo a caerse o porque no pide ayuda para hacerlas. También refiere que tiene miedo a quedarse en silla de ruedas y no poder valerse por sí misma. Siempre ha sido muy independiente y ha estado asumiendo el rol de cuidadora en su familia. El hecho de tener que pedir ayuda y compartir con los demás miembros de la familia las tareas y responsabilidades le genera sentimientos de impotencia. Comenta que no comparte con nadie estas preocupaciones.

Procedimiento

A las pacientes se les invitó a acudir a una entrevista inicial, a partir de la cual se decidió que el programa REBAP era apropiado y de utilidad para ellas.

Antes del inicio del programa se les solicitó un consentimiento informado para participar en el estudio y se les aplicó una serie de pruebas de evaluación. Tras la finalización del

mismo se administró un retest con el objetivo de valorar la evolución de cada una de las pacientes. A los nueve meses se realizó un seguimiento telefónico para comprobar el mantenimiento de los resultados alcanzados.

Instrumentos

La batería de pruebas administrada estuvo compuesta por:

Inventario de Depresión de Beck-II (Sanz, Navarro, E. y Vázquez, 2003), adaptación española del Beck Depression Inventory (Beck, Steer y Brown, 1996). El BDI-II es un instrumento de autoinforme de 21 ítems diseñado para evaluar la gravedad de la sintomatología depresiva. En cada uno de los ítems la persona tiene que elegir, entre un conjunto de cuatro alternativas ordenadas de menor a mayor gravedad, la frase que mejor describe su estado durante las últimas dos semanas incluyendo el día en que completa el instrumento. Concretamente, los puntos de corte recomendados por la Asociación Psiquiátrica Americana son: 0-9 = “depresión ausente o mínima”; 10-16 = “depresión leve”; 17-29 = “depresión moderada”, y 30-63 = “depresión grave”.

Inventario de Ansiedad de Beck (Sanz, García-Vera y Fortún, 2012), adaptación española del Beck Anxiety Inventory (Beck, 1988). La escala está compuesta por 21 ítems que describen los síntomas más característicos de los trastornos ansiosos. En ella se solicita al propio sujeto que valore en qué medida se ha visto afectado por cada uno de los síntomas a lo largo de la última semana. La puntuación total se obtiene sumando todos los ítems, resultando una puntuación que oscilan entre 0-63, indicando mayor ansiedad a mayor puntuación. En la primera edición del manual original del BAI, se proponen los siguientes puntos de corte para delimitar distintos niveles de gravedad de la sintomatología ansiosa (Beck y Steer, 1990): 0-9 = “ansiedad normal”; 10-18 = “ansiedad leve”; 19-29 = “ansiedad moderada”, y 30-63 = “ansiedad grave”.

Escala de Autoestima de Rosenberg (Vázquez, Jiménez y Vázquez-Morejón, 2004), adaptación al castellano del *EAR: Rosenberg Self-Esteem Scale* (Rosenberg, 1965). Se trata de uno de los instrumentos más utilizados para la medición global de la autoestima. Esta compuesta por 10 ítems cuyos contenidos se centran en los sentimientos de respeto y aceptación de sí mismo/a. El punto de corte se considera en 29.

El programa REBAP

A la hora de desarrollar el programa REBAP se tomó como referencia la descripción que realiza Kabat Zinn, J. (2004) acerca de este método de tratamiento. Asimismo,

se empleó, como material adicional, la guía práctica para reducir el estrés desarrollada por Stahl y Goldstein (2008). El trabajo psicoterapéutico se distribuyó en ocho sesiones grupales de una hora y media de duración a lo largo de dos meses. El contenido de cada una de las sesiones se describe a continuación:

Semanas 1 y 2. Durante las dos primeras semanas de práctica se realizaron ejercicios de exploración corporal. Asimismo, se invitó a las pacientes a que practicasen de forma informal la atención en plena mientras realizaban actividades cotidianas en su día a día.

Semanas 3 y 4. Se inició un entrenamiento en posturas de hatha yoga, las cuales se combinaron con la práctica de ejercicios de exploración corporal. Las pacientes que no podían realizar las posturas de yoga, pudieron realizar únicamente los ejercicios de exploración corporal. Para la práctica informal de la semana 3, se les pidió a las pacientes que intentaran tener conciencia de algún acontecimiento agradable mientras estaba ocurriendo. En la semana 4 harían lo mismo pero con un acontecimiento desagradable o estresante, poniendo la conciencia en él mientras se producía.

Semanas 5 y 6. Se introdujo la práctica de la meditación sentada o meditación ampliada. Ésta se combinó con la realización de los ejercicios de hatha yoga. Las pacientes que no podían realizar las posturas de yoga, pudieron seguir realizando los ejercicios de exploración y escaneo corporal. También se fue introduciendo la práctica de la meditación caminando.

Semana 7. Se combinaron ejercicios de meditación sentada o ampliada, exploración corporal, posturas de hatha yoga y meditación caminando.

Semana 8. Cada paciente tenía ya identificadas las prácticas que le resultaban más beneficiosas y podían seguir practicando por sí mismas.

Se realizó el cierre del grupo, aunque éste se contempló más como un inicio que como un final, puesto que podrían seguir practicando más allá de las sesiones de grupo. En este sentido fue importante que las pacientes finalizaran el programa con la sensación de que todo lo vivenciado les acompañara el resto de sus vidas.

Se consideró relevante que en todo momento cada paciente tuviera en cuenta que sólo debía realizar aquellos ejercicios y prácticas que su cuerpo fuera capaz de hacer.

Prácticas y materiales

- Prácticas guiadas de meditación con atención plena.
- Estiramientos suaves y posturas de yoga realizadas con atención plena.

- Ejercicios de relajación centrados en las sensaciones corporales.
- Asignación de tareas diarias para casa.
- Un cuaderno de tareas.

Resultados

En la tabla 1 se presentan los resultados en puntuaciones directas en depresión y ansiedad de cada una de los participantes del programa REBAP. La paciente 1 presentaba un nivel moderado de depresión en el límite superior (PD: 29) antes del tratamiento, disminuyendo a un nivel moderado en el límite inferior (PD: 17) tras el mismo. La paciente 2 alcanzó un nivel grave de depresión (PD: 37), disminuyendo tras el tratamiento a un nivel leve (PD: 13). La paciente 3 presentó un nivel grave de depresión (PD: 35) antes del tratamiento, y tras el mismo descendió a un nivel moderado (PD: 21). Finalmente, la paciente 4 alcanzó una puntuación mínima de depresión (PD: 7), marcando el mismo valor al final del tratamiento. Los resultados sugieren una disminución de la sintomatología depresiva en todas las participantes excepto en la paciente número 4, quien se mantuvo en un valor constante.

En cuanto al nivel total de ansiedad, la paciente 1 presentaba un nivel grave de ansiedad (PD Total: 30) antes del tratamiento, variando a un nivel normal de ansiedad (PD Total: 6) tras el mismo. La paciente 2 alcanzó una puntuación grave en ansiedad total (PD Total: 43), disminuyendo tras el tratamiento a una ansiedad moderada (PD Total: 25). La paciente 3 presentó un nivel grave de ansiedad total (PD Total: 32) antes del tratamiento, y tras el mismo alcanzó un nivel moderado de ansiedad (PD Total: 23). Finalmente, la paciente 4 alcanzó un valor grave en ansiedad (PD Total: 30), marcando unos valores moderados (PD Total: 23) al final del tratamiento. Los resultados sugieren una disminución de la sintomatología ansiosa en todas las pacientes tras su participación en el programa REBAP.

Por lo que se refiere a la evolución de la autoestima de cada una de los participantes del programa REBAP, la paciente 1 presentaba un valor en autoestima de 21 antes del tratamiento, correspondiente al percentil (PC) 20, variando a una puntuación de 24 (PC: 40) tras el mismo. La paciente

2 alcanzó una puntuación de 23 (PC: 30), aumentando tras el tratamiento a 25 (PC: 50). La paciente 3 presentó un valor en autoestima de 19 (PC: 10) antes del tratamiento, y tras el mismo puntuó 22 (PC: 29). Finalmente, la paciente 4 alcanzó una puntuación de 31 (PC: 85), marcando un valor de 34 (PC: 95) al final del tratamiento. Los resultados sugieren un aumento de la autoestima en todas las participantes al final del tratamiento.

Desde el punto de vista descriptivo, la evolución de las pacientes ha sido la siguiente:

Paciente 1. La paciente ha acudido a las seis primeras sesiones grupales. No pudo asistir a las dos últimas porque comenzó a trabajar. Al principio, la paciente se mostró bastante reticente con respecto a la participación e implicación en el grupo. No obstante, a lo largo de las sesiones su motivación y dedicación se fue incrementando. Ha mostrado un gran compromiso con el trabajo psicoterapéutico que se ha realizado y ha ido evolucionando favorablemente. Se ha ido abriendo al resto de miembros del grupo y ha podido compartir sus experiencias y vivencias. Ha ido aprendiendo nuevas formas de relacionarse con la miastenia gravis que conllevan menos sufrimiento asociado. La sintomatología afectiva y sus dificultades para relacionarse con los demás fueron disminuyendo. Pudo reincorporarse al trabajo. Se le fue reduciendo el tratamiento con pregabalina 50mg hasta retirarlo por completo, y tras finalizar el grupo, se le dio el alta por nuestra parte. En el seguimiento realizado a los nueve meses, comenta que se encuentra bien y que ha utilizado lo aprendido en las distintas situaciones estresantes que ha experimentado.

Paciente 2. La paciente ha asistido a las ocho sesiones y ha mostrado implicación durante su desarrollo. En general, la evolución ha sido favorable. Está empezando a aceptar su situación clínica y sus limitaciones y a poner en marcha estrategias de afrontamiento más adaptativas. Los niveles de ansiedad han descendido y el estado de ánimo ha mejorado. Hay menos sufrimiento. No obstante, aunque hay mejoría global en la esfera afectiva, puntualmente aparece algún incremento de la sintomatología ansioso-depresiva.

Tabla 1. Puntuaciones directas pretest y posttest de cada paciente en depresión (BDI), ansiedad (BAI total, somática y psíquica) y autoestima (EAR).

	Paciente 1		Paciente 2		Paciente 3		Paciente 4	
	Pretest	Posttest	Pretest	Posttest	Pretest	Posttest	Pretest	Posttest
BDI	29	17	37	13	35	21	7	7
BAI P.Total	30	6	43	25	32	23	30	23
BAI P.Somática	19	2	23	15	12	7	17	15
BAI P.Psíquica	11	4	20	10	20	16	13	8
EAR	21	24	23	25	19	22	31	34

Normalmente dicho incremento es reactivo a la dificultad que todavía tiene la paciente para aceptar algunas de las limitaciones que implicar el dolor. El número de atracones se ha reducido y su patrón alimentario se está normalizando. Tras finalizar el grupo se le da el alta por nuestra parte. A los nueve meses del seguimiento comenta que ha tenido altibajos a nivel anímico relacionados con nuevos procesos orgánicos diferentes al diagnóstico inicial. A pesar de los mismos, refiere una gran diferencia en sentido positivo con respecto a su situación previa.

Paciente 3. Durante su participación en el grupo ha podido hablar sobre sus experiencias con el resto de compañeras y ha podido recibir bien la ayuda que las demás personas le ofrecían. A lo largo de las sesiones, ha ido aprendiendo a manejar la expresión de sus emociones (ha ido conteniendo el llanto, expresando la tristeza y la rabia verbalmente, ha ido calmando los niveles tan elevados de angustia, etc). También ha tomado conciencia de su estilo de afrontamiento evitativo a la hora de abordar las situaciones ansiógenas, aunque aún no ha empezado a poner en práctica otras estrategias. Ha podido comprender el por qué de su dificultad para pedir ayuda y recibirla en las ocasiones en las que la necesite. Así mismo también ha aprendido que tener tiempo y un espacio para ella le resulta favorable. En general, la paciente ha realizado un trabajo de autoconocimiento personal y ha aprendido a manejar de forma más adecuada emociones como la tristeza y la rabia. No obstante, aún no ha realizado cambios más profundos en relación a la aceptación de su enfermedad y puesta en marcha de estrategias de afrontamiento que conlleven menos sufrimiento asociado. Se le deja abierta la posibilidad de recibir un seguimiento psicoterapéutico individual en caso de precisar. En el seguimiento realizado a los nueve meses la paciente refiere que solicitó ayuda a su neuróloga referente por presentar una reagudización de la sintomatología afectiva hace unos meses. La neuróloga le prescribió un antidepresivo en dosis bajas. La paciente señala que siente que ahora es capaz de pedir ayuda cuando lo necesita y añade que sus habilidades comunicacionales y sus estrategias de afrontamiento han mejorado.

Paciente 4. Durante el desarrollo del grupo, la paciente muestra un alto grado de implicación y va siendo capaz de hablar de forma cada vez más abierta sobre sus limitaciones. Ha ido aceptando el curso progresivo de los síntomas físicos y ha empezado a aprender formas de afrontamiento que le permiten seguir disfrutando, en la medida de lo posible, de actividades que para ella son placenteras. De manera que ya no opta por abandonar las actividades que le generan dificultad como primera opción, si no que trata de adaptarlas o pide ayuda para realizarlas. Así mismo, ha empezado a compartir las tareas domésticas y está siendo capaz de delegar y pedir ayuda sin tener sentimientos de rabia, impotencia o inutilidad. Tras finalizar el grupo se le da

el alta por nuestra parte. A los nueve meses del seguimiento comenta que esta experiencia le ha sido muy útil y que ha aprendido a desapegarse de su sintomatología, reduciendo su nivel de sufrimiento.

Discusión

En el presente estudio se ha puesto de manifiesto cómo la aplicación del programa REBAP en pacientes con dolor crónico y enfermedades con afectación locomotora reduce la sintomatología depresiva y ansiosa e incrementa los niveles de autoestima.

El principal objetivo que se planteó en un principio fue que los/as pacientes tomaran conciencia sobre la necesidad de establecer respuestas de afrontamiento más adaptativas ante las alteraciones emocionales asociadas a la enfermedad orgánica que padecen y que consiguieran llevarlas a la práctica. Tras la realización de la intervención terapéutica y el análisis de los resultados obtenidos se considera que el objetivo principal ha sido alcanzado.

En este estudio no solamente se han considerado los resultados cuantitativos sino también la descripción cualitativa del cambio en el estado de las pacientes. Se pueden observar aspectos comunes en la evolución de las pacientes según las narrativas que ellas manifestaban al final del programa. Están abandonando la negación de sus limitaciones y aceptando su situación clínica. Han ido aprendiendo nuevas formas de relacionarse con la enfermedad orgánica que padecen, disminuyendo el nivel de sufrimiento asociado y las conductas de evitación de actividades que les generan dificultades dadas sus dificultades físicas. El manejo de las emociones comienza a ser más adaptativo, teniendo más conciencia de lo que están sintiendo en el momento presente, más capacidad para expresarlas verbalmente y solicitar ayuda si lo precisan. Así mismo también han aprendido que tener tiempo y un espacio para ellas les resulta favorable. En general, las pacientes han realizado un trabajo de autoconocimiento personal.

Los resultados obtenidos con la aplicación clínica del programa REBAP concuerdan con los hallados en otros estudios. En el estudio de Miller *et al.* (1995) se demostró que el programa REBAP era eficaz en la reducción de los síntomas de ansiedad. En el trabajo realizado por Kabat-Zinn *et al.* (1987) dicha intervención fue eficaz para el dolor crónico. En el estudio de Brown *et al.* (2003) demostró su eficacia en el aumento del bienestar. Finalmente, en el reciente metaanálisis sobre la aplicación del *mindfulness* realizado por Monshat *et al.* (2012) se encontró que su aplicación en pacientes con enfermedades crónicas es beneficioso para el alivio del malestar psicológico y la mejora de la calidad de vida.

En cuanto a las limitaciones del estudio se puede indicar que una de las más obvias es el reducido tamaño de la muestra, por lo que no se han podido realizar análisis estadísticos,

sino meramente descriptivos y las conclusiones extraídas deberán ser tomadas con cautela a la hora de extrapolarse al resto de la población clínica. Por otra parte, a la hora de generalizar los resultados sería necesario tener en cuenta la homogeneidad de la muestra con respecto al género, lo que dificulta determinar la influencia de esta variable en los resultados alcanzados.

No obstante, habría que considerar resultados de posteriores estudios realizados en el PEISM que superen las limitaciones del presente estudio, de manera que pudieran establecerse con mayor firmeza las conclusiones extraídas una vez ampliada la muestra y la heterogeneidad de la misma en cuanto al género.

En definitiva, se puede concluir que la práctica del mindfulness permite a las personas aprender a relacionarse de forma directa y adaptativa con aquello que está ocurriendo en sus vidas, aquí y ahora, en el momento presente. Es una forma de tomar conciencia de su realidad, dándose la oportunidad de trabajar conscientemente con los desafíos de sus vidas, ya sea estrés, dolor, enfermedad y/o pérdida. El programa REBAP presentado, a través de la práctica de ejercicios de estiramientos suaves y meditación basados en el mindfulness, enseña la habilidad de cultivar niveles de atención más profundos y ayuda a los/las pacientes a aceptar la realidad que están viviendo y a responsabilizarse más del cuidado de su salud y bienestar. Esto contribuye, a su vez y de manera indirecta, a la reducción del estrés que interfiere en el curso de la enfermedad.

Referencias

- Beck, A.T., Steer, R.A., & Brown, G.K. (1996). *Manual for the Beck Depression Inventory-II*. San Antonio, TX: Psychological Corporation.
- Brown, K.W., & Ryan, R.M. (2003). The benefits of being present: mindfulness and its role in psychological well-being. *Journal of Personality and Social Psychology*, 84, 822-848.
- Carlson, L.E., Speca, M., Faris, P., & Patel, K.D. (2007). One year pre-post intervention follow-up of psychological, immune, endocrine and blood pressure outcomes of mindfulness-based stress reduction (MBSR) in breast and prostate cancer outpatients. *Brain, Behavior, & Immunity*, 21, 1038-1049.
- Gross, C.R., Kreitzer, M.J., Russas, V., Treesak, C., Frazier, P.A., & Hertz, M.I. (2003). Mindfulness meditation to reduce symptoms after organ transplant: A pilot study. *Advances in Mind-Body Medicine*, 20, 20-29.
- Kabat-Zinn, J. (1990). *Full catastrophe living: The program of the stress reduction clinic at the University of Massachusetts Medical Center*. Nueva York: Delta.
- Kabat-Zinn, J., Chapman, A., & Salmon, P. (1997). Relationship of cognitive and somatic components of anxiety to patient preference for different relaxation techniques. *Mind Body Medicine*, 2, 101-109.
- Kabat-Zinn, J., Wheeler, E., Light, T., Skillings, A., Scharf, M.J., Cropley, T.G., & Bernhard, J.D. (1998). Influence of a mindfulness meditation-based stress reduction intervention on rates of skin clearing in patients with moderate to severe psoriasis undergoing phototherapy (UVB) and photochemotherapy (PUVA). *Psychosomatic Medicine*, 60, 625-632.
- Larraburu, I. (2009). *Atención plena. Eliminar el malestar emocional provocado por la multitarea y la dispersión mental*. Madrid: Temas de hoy.
- Miller, J.J., Fletcher, K., & Kabat-Zinn, J. (1995). Three-year follow-up and clinical implications of a mindfulness meditation-based stress reduction intervention in the treatment of anxiety disorders. *General Hospital Psychiatry*, 17, 192-200.
- Monshat, K., & Castel, D. (2012). Mindfulness training: an adjunctive role in the management of chronic illness? *Medical Journal of Australia*, 196, 569-571.
- Sanz, J., García-Vera, M.P., & Fortún, M. (2012). E inventario de ansiedad de Beck (BAI): propiedades psicométricas de la versión española en pacientes con trastornos psicológicos. *Behavioral Psychology/Psicología Conductual*, 20, 563-583.
- Sanz, J., Navarro, M.E., & Vázquez, C. (2003). Adaptación española del Inventario para la Depresión de Beck-II (BDI-II): 1. Propiedades psicométricas en estudiantes universitarios. *Análisis y Modificación de Conducta*, 29, 239-288.
- Stahl, B., & Goldstein, E. (2010). *A mindfulness-based stress reduction workbook*. Oakland, CA: New Harbinger Publications.
- Vallejo Pareja, M.Á. (2006). Mindfulness. *Papeles del Psicólogo: Revista del Colegio Oficial de Psicólogos*, 27, 92-99.
- Vázquez Morejón, A.J., Jiménez García-Bóveda, R., & Vázquez-Morejón Jimenez, R. (2004). Escala de autoestima de Rosenberg: fiabilidad y validez en población clínica española. *Apuntes de Psicología*, 22, 247-255.
- William J.M.G., Teasdale, J.D., & Segal, Z.V. (2007). *The mindful way through depression: Freeing yourself from chronic unhappiness*. Nueva York: Guilford Press.

