

Efectos del programa REBAP en sujetos con estrés y dolor en México

Stefanie Andrea. A. Soehlemann-Reimers,
Maritza Verónica García-Montañez

Resumen

Se aplicó el programa de Reducción del Estrés Basado en la Atención Plena (REBAP) a 20 personas con promedio de edad de 43.8 años que reportaran estrés o dolor crónico (artritis, migraña, fibromialgia, hipertensión y otros). La hipótesis refiere que estas afecciones se disminuyen por la influencia del programa REBAP. Las evaluaciones fueron tomadas antes y después de un programa de nueve semanas. Se aplicaron las pruebas Perfil de Estrés de Nowack, *Biodots*, la Escala Visual Análoga (EVA) de Huskisson y el Cuestionario de Afrontamiento al Dolor (CAD-R). Los resultados muestran una reducción estadísticamente significativa en los niveles de estrés (Nowack ($p < 0.0001$), *Biodots* ($p < 0.001$), y

Abstract

Mindfulness Based Stress Reduction (MBSR) program was applied to 20 individuals with an average age of 43.8 years that reported stress or chronic pain (arthritis, migraine, fibromyalgia, hypertension, and more). The hypothesis states that these affections would be diminished by the influence of the MSBR program. Evaluations were taken prior and after a nine-week program. Nowack Stress Profile, Biodots, Visual Analogue Scale (VAS) of Huskisson, and Pain Coping Questionnaire (CAD-R) tests were applied. Results show a statistically significant reduction on the levels of stress (Nowack ($p < 0.0001$), Biodots ($p < 0.001$) and on the levels of chronic

STEFANIE ANDREA. A. SOEHLEMMANN-REIMERS Y MARITZA VERÓNICA GARCÍA-MONTAÑEZ. Dirección Divisonal de Ciencias de la Salud, Universidad Intercontinental, México. [mgarciam@uic.edu.mx].

Revista Intercontinental de Psicología y Educación, vol. 18, núm. 1-2, enero-diciembre 2016, pp. 61-84.
Fecha de recepción: 8 de julio de 2014 | Fecha de aceptación: 7 de noviembre de 2014.

en los niveles de dolor crónico (EVA ($p = 0.002$)). Los datos que aportó el CAD-R no mostró diferencia estadísticamente significativa ($p > 0.05$). En conclusión, el programa REBAP es una técnica adecuada para reducir los niveles de estrés y el dolor.

PALABRAS CLAVE

Reducción del Estrés Basado en Atención Plena (REBAP), presencia mental, manejo del estrés, manejo del dolor

pain (VAS ($p = 0.002$)). CAD-R test showed no statistically significant difference ($p > 0.05$). In conclusion, MSBR program is a suitable technique to reduce the levels of stress and pain.

KEYWORDS

Mindfulness Based Stress Reduction (MBSR), mindfulness, stress management, pain management

La Reducción del Estrés Basada en la Atención Plena (REBAP) es una intervención de grupo diseñada para dar entrenamiento en *presencia mental* (*mindfulness*, en inglés) con aplicaciones al estrés, dolor y enfermedad (Kabat-Zinn, 2003). Comúnmente, se define Atención Plena (AP) como “un estado de atención a, y conciencia de lo que está sucediendo en el presente” (Brown y Ryan, 2003). La AP está asociada con varias consecuencias de bienestar como una reducción del dolor (Kabat-Zinn, Lipworth and Burney, 1985; Kabat-Zinn, Lipworth, Burney y Sellers, 1987), de la ansiedad, de la depresión (Kabat-Zinn *et al.*, 1992), del comer compulsivamente (Kristeller y Hallet, 1999), y del estrés (Speca, Carlson, Goddey y Angen, 2000).

Es interesante notar que los artículos sobre *mindfulness* en 1980 eran cero; en 1990, fueron 5; en 2000, 21; 353 en 2010; en 2013, sumaron 549 publicaciones (Black, 2014), lo cual revela la importancia que los científicos de todo el mundo ven y comprueban de este método para mejorar la salud, disminuir el estrés, favorecer la no violencia, entre otros efectos.

Ahora bien, de acuerdo con Selye (1973), el estrés es la respuesta inespecífica del cuerpo a cualquier demanda hecha al organismo. Son múltiples los motivadores de la respuesta de estrés, entre algunos: enfermedad de algún hijo o ser querido, situación económica, desempleo, relaciones interpersonales insatisfactorias, muerte de algún ser significativo, una enfermedad crónica o terminal, el dolor, la ansiedad, el insomnio... De ahí la necesidad de buscar una herramienta que ayude a disminuirlo, a saber cómo manejarlo.

Así, el programa REBAP halla su sustento en la Psicología Oriental, específicamente en la práctica de la Atención Plena o Conciencia Plena (*vipassana*), cuando Kabat-Zinn en los setenta, estudió con el maestro Zen Soen Sa Nim, y descubrió sus bondades. Este tipo especial de conciencia, conocida como atención plena (*Mindfulness*), nos lleva a restablecer el contacto por medio de los sentidos a todos; pues, al fin de cuentas, la atención y la capacidad de ser conscientes y de conocernos a nosotros mismos es el rasgo que nos distingue como seres humanos, siendo que esta capacidad se cultiva prestando atención y se ejercita mediante un tipo de práctica conocida como *atención plena* (Kabat-Zinn, 2005).

El término Atención Plena viene de la palabra en pali *vipassana*, que significa <<viendo como impermanente>>, <<viendo como insatisfactorio>> y <<viendo como insubstancial>>. La impermanencia, la insatisfacción y la insubstancialidad son las características de todos los fenómenos condicionados, como el dolor. *Vipassana* nos ayuda a ver esas tres características (Venerable U-Silananda, 1999). Por lo que *vipassana*, *mindfulness*, Atención Plena, conciencia plena, presencia mental y meditación —ésta, ajena a toda tradición religiosa— son términos sinónimos, dependiendo del idioma y la cultura. A esta corriente terapéutica, también se le conoce como *terapia de tercera generación*.

En cuanto al efecto y beneficio del programa REBAP, en 2003, Davidson reportó un aumento significativo en la activación del hemisferio izquierdo asociado con el afecto positivo en practicantes de *mindfulness* o AP, así como un aumento significativo en los títulos de anticuerpos a la vacuna contra la influenza, en comparación con los controles. En estudios recien-

tes, se encontró que las áreas cerebrales asociadas a la atención, memoria y procesamientos sensoriales son aproximadamente 5% más densas en personas que practican la AP, que en personas que no lo hacen (Andrews, 2005). En cuanto al manejo del estrés (Galantino, 2005), de la ansiedad (Andrews, 2005) y de problemas para conciliar el sueño (Carlson, 2005), existen estudios en los que la práctica de la AP también ha probado ser una estrategia exitosa. Hay pruebas de que beneficia a personas con síntomas de dolor muscular o de articulaciones; además, disminuye el uso de medicamentos y tranquilizantes (Monk-Turner, 2003).

La Atención Plena es una técnica que enseña a centrar la atención en el presente, momento a momento y, por lo tanto, a aprender a ver las cosas tal cual son (Henepola Gunaratana Mahatera, 2003). Además, sirve para reducir estrés y dolor, entre otras, y lograr una mejor calidad de vida (Kabat-Zinn *et al.*, 1987).

La intención de Jon Kabat-Zinn de desarrollar el programa REBAP y ofrecerlo por medio de una clínica de reducción de estrés para pacientes externos en el Centro Médico de la Universidad de Massachussets fue justamente complementar los tratamientos médicos tradicionales (Kabat-Zinn, 2003); dicha clínica tiene una modalidad de curso de nueve semanas para pacientes externos y debía servir como un vehículo educacional por medio del cual la gente pudiera asumir cierto grado de responsabilidad de su propio bienestar y estado de salud. Si la experiencia de esta primera intención mostraba ser exitosa tanto para los participantes como para los médicos que los refirieron —como fue el caso—, la segunda intención de REBAP sería que funcionara como modelo para otros hospitales y centros médicos, y se adaptara a otros contextos en los cuales ayudara al manejo del estrés, del dolor emocional o físico y de la enfermedad. Y así ha sucedido (Kabat-Zinn, 2005).

O'Haver Day y Horton-Deutsch (2004) describen algunos datos empíricos que apoyan el uso de intervenciones basadas en la *presencia mental* o AP en distintos escenarios. En primer lugar, se ha demostrado que aproximaciones basadas en la AP mejoran la aflicción y el sentido de control en individuos con enfermedades crónicas de tipo médico o psiquiátri-

co (Miller, Fletcher, y Kabat-Zinn, 1995; Borysenko, 2002; Kabat-Zinn, Lipworth y Burney, 1985). La AP ofrece a los individuos habilidades como AP con la respiración y prácticas de relajación, con las cuales se puede responder de forma calmada a la experiencia de la aflicción y de la ansiedad (Kabat-Zinn *et al.*, 1992).

Otros efectos del REBAP son los siguientes: es eficaz para disminuir la duración de la fototerapia de rayos ultravioleta (UV) en pacientes con psoriasis crónica (Kabat-Zinn, Wheeler, Light, Skillings, Scharf, Cropley, Hosmer y Bernhard, 1998), disminuye los síntomas somáticos, la depresión y la ansiedad en una población heterogénea de pacientes con cáncer (Specia, Carlson, Goddey y Angen, 2000); mejora la respuesta inmune a la vacuna de influenza en meditadores de ocho semanas, contra el grupo control de no meditadores, lo cual significa que un corto programa de AP produce efectos demostrables sobre el cerebro y la función inmune (Davidson, Kabat-Zinn, Schumacher, Rosenkranz, Muller, Santorelli, Urbanowski, Harrington, Bonus y Sheridan, 2003). Por otro lado, en un estudio piloto con individuos inscritos en un programa de tratamiento de adicciones, Marcus, Fine y Kousekanin (2001) encontraron que los programas de REBAP mejoran el control del enojo, el autocontrol y las habilidades sociales en el grupo control.

En cuanto a estudios de tipo preexperimental, del tipo pre-post prueba, es decir, sin grupo control, los programas de REBAP han mejorado la aflicción psicológica y la autoestima en pacientes de un centro de salud comunitario (Roth y Creaser, 1997) y mejorado las mediciones de la calidad de vida y reducido la aflicción psicológica en una muestra de pacientes alemanes con enfermedades crónicas, tanto físicas como psicósomáticas (Majumdar, Grossman, Dietz-Waschkowsky, Kersig y Walach, 2002). Un estudio piloto con 34 individuos con enfermedades relacionadas con el Síndrome de Inmunodeficiencia Adquirida (SIDA) que participaron en un programa de REBAP, mostró mejoras generales en el estado de salud, incluyendo un incremento de las células asesinas (*Natural Killer cells* [NK]) y un decremento de la fatiga (Robinson, Mathews y Witek-Janusek, 2003). Se ha demostrado que el REBAP es efectivo en la reducción de la intensidad

del dolor de pacientes con dolor crónico (Kabat-Zinn, Lipworth y Burney, 1985; Kabat-Zinn, Lipworth, Burney y Sellers, 1987). Reibel, Greeson, Brainard y Rosenzweig (2001) igualmente encontraron que el reporte de dolor corporal fue menor tras un programa de REBAP. También se ha mostrado que reduce el estrés crónico dañino o distrés. En estudios con grupo control, en una muestra de pacientes externos con cáncer, Speca *et al.* (2000) encontraron menos síntomas de estrés en general, en los participantes del REBAP comparados con los de la lista de espera (grupo control). Investigaciones extensas también indican que este programa puede reducir el grado de reincidencia de depresión cuando se combina con terapia cognitiva (Teasdale, Segal, Williams, Ridgeway, Soulsby y Lau, 2000). El objetivo de esta investigación fue determinar el impacto que la práctica de la AP ejerza sobre la percepción del dolor y, la disminución del estrés en personas con dolor y estrés crónico.

Respecto del dolor, éste es definido por la Asociación Internacional para el estudio del dolor (IASP) como “una experiencia sensorial y emocional desagradable, asociada con una lesión presente o potencial o descrita en términos de la misma” (Merskey, 1986: 210). El dolor es una experiencia subjetiva, multidimensional e influida por factores biológicos. Orienta conductas adaptativas proporcionando indicaciones sobre estímulos dañinos. Es un estado complejo influenciado por el aprendizaje, la experiencia, la emoción y la cultura (Chapman, 1986).

Con base en la definición de estrés (Selye, 1973), el dolor genera estrés; sobre el particular, existen diferentes formas de tratamiento: el farmacológico, la sedación, la estimulación eléctrica, la estimulación mecánica, los placebos, la acupuntura, la hipnosis, la terapia física, la educación/consejería, entre otros (Rosenzweig y Leiman, 1992). Y aunque no hay resultados totalmente concluyentes respecto del efecto del programa REBAP (Cramer, Haller, Lauche y Dobos, 2012), se tiene que éste reduce el dolor: en pacientes con dolor de cabeza y migrañas (Omidi y Zargar, 2014; Wells, Burch, Paulsen, Wayne, Houle y Loder, 2014), dolores agudos y crónicos (Williams, Simmons y Tanabe, 2015; Mccubbin, Dimidjian, Kempe, Glassey, Ross y Beck, 2014; Ussher, Spatz, Copland, Nicolaou, Cargill, Amini-Tabrizi y Mc-

Cracken, 2014); el REBAP también favorece una mayor aceptación al dolor (La Cour y Petersen, 2014), entre varios más.

En cuanto a las estrategias de afrontamiento, éstas han sido definidas como la forma en que el sujeto intenta manejar las fuentes de estrés; en específico, el afrontamiento al dolor implica que tal vez las estrategias más eficaces para paliar el dolor crónico sean aquellas que eliminan la atención y concentración del paciente sobre el dolor; pues la concentración en alguna actividad como la relajación disminuye la actividad del sistema nervioso simpático. El Cuestionario de Afrontamiento ante el Dolor Crónico (CAD) es un instrumento de medida de fácil aplicación, con una estructura estable y altos índices de consistencia interna, por lo que es utilizado en este estudio para detectar la forma en que los sujetos afrontan su dolor, generador también de estrés (Soriano y Monsalve, 2002: 13, 15, 21).

Con base en lo anterior, el presente trabajo pretendió medir el efecto del programa REBAP en sujetos mexicanos con nula información sobre la herramienta de AP, con estrés crónico y algunos con dolor por fibromialgia o por postcirugía de columna vertebral, y si su afrontamiento al dolor se ve modificado por dicho programa.

HIPÓTESIS

Si el programa REBAP fomenta el bienestar en sujetos que padecen estrés y algún tipo de dolor, así como su afrontamiento al dolor, entonces su aplicación en sujetos con nula información sobre AP con estrés y dolor favorecerán su disminución, y una forma más propicia de afrontar el dolor.

Método

La muestra estuvo conformada por 20 sujetos cuyo rango de edad estaba de los 21 a los 79 años de edad, de diferentes niveles socioeconómicos, y que asistieron al curso, ya sea por interés o por un autorreporte de cierto nivel de estrés o dolor, el cual querían disminuir.

El tipo de muestra fue no probabilística de sujetos voluntarios. Los criterios de inclusión fueron que las personas reportaran estrés o dolor crónico, es decir, artritis, migraña, fibromialgia, cáncer, hipertensión, entre otros, y personas que estuvieran interesadas en aprender la práctica de la Atención Plena. El único criterio de exclusión era si alguien presentaba alguna psicopatología registrada a partir de una entrevista inicial (realizada por la instructora del programa) que no permitiera acatar las reglas (como psicopatía, sociopatía). El diseño fue preexperimental, de un solo grupo, de preprueba-postprueba.

El tratamiento fue el programa de REBAP, que consistió en nueve sesiones: la primera y la última duraron cuatro horas; durante la primera, se aplicaron encuestas y las tres siguientes fueron de práctica. También en la última sesión, en la última hora, se realizaron las encuestas; la séptima sesión llamada “Retiro no Residencial” duró ocho horas; las demás sesiones duraron tres horas, una vez por semana y fueron de práctica.

El lugar donde se realizó el programa fue un salón con buena ventilación, iluminación y en silencio, rodeado de jardines. Los sujetos se sentaron en cojines de hule espuma o de semillas (*safos*).

La instructora es una psicoanalista, neurofisióloga, con experiencia en aplicar el programa, para ese entonces, de 8 años.

INSTRUMENTOS DE MEDICIÓN

Escala Visual Análoga (EVA) de Huskisson: línea de 10 cm de longitud, en la cual en un extremo se señala *sin dolor* y en el opuesto *dolor lo más intenso posible*; tiene gran sensibilidad y capacidad de reproducción para calificar la magnitud del dolor por el paciente (Ramos, 1999).

Cuestionario de Afrontamiento al Dolor (CAD-R) (Soriano y Monsalve, 2002: 18): es un cuestionario autoadministrado para la detección de estrategias de afrontamiento del dolor crónico. Consta de 24 reactivos y las respuestas se presentan en una escala de 5 puntos, que va desde “nunca” hasta “siempre”. Explora seis estrategias de afrontamiento al dolor: reli-

gión, catarsis, distracción, autocontrol mental, autoafirmación y búsqueda de información.

Biodots: termómetros indicadores de estrés para la piel por monitorear el flujo de sangre. Son puntos adheribles a la piel que indican los cambios de temperatura mediante el cambio de color. A mayor flujo de sangre en el cuerpo, los vasos sanguíneos están más dilatados; esto indica menos estrés. A menos flujo sanguíneo o temperatura corporal fría asociada con constricción de los vasos sanguíneos, la respuesta de estrés es alta o muestra el nivel de estrés más alto que el individuo está experimentando. Por lo tanto, el cambio de color del **Biodot** depende de la temperatura corporal. Una clave de color codificado acompaña a los puntos y explica el color asociado a cada nivel de estrés. Ámbar es la lectura visible más fresca (indicador de estrés), y violeta la lectura visible más caliente (no estrés).

Perfil de Estrés de Nowack (2002): evalúa 15 áreas relacionadas con el estrés y el riesgo para la salud en personas de 20 a 68 años de edad; consta de 123 reactivos que permiten abordar áreas como hábitos de salud, conducta tipo A, estilo de afrontamiento, fuerza cognitiva, bienestar psicológico, red de apoyo social, entre otros; además, cuenta con una medida de sesgo y un índice de inconsistencia en las respuestas. Proporciona información sobre estilos de vida y conductas relacionadas con la salud que pueden estar contribuyendo a la presencia de enfermedades y trastornos físicos o psicológicos vinculados con el estrés.

Cuestionario sociodemográfico realizado para el programa de REBAP; recolecta datos como estado civil, escolaridad, número de hijos, y datos semejantes.

Durante la primera y la última sesión, se aplicó la totalidad de las pruebas antes mencionadas a todos los participantes que califican y cuantifican tanto el nivel de estrés como del dolor; excepto la medición del estrés por los termómetros **Biodots**, aplicados en cada sesión.

El análisis de la información fue estadístico, pues el estudio es de tipo cuantitativo. Se hizo uso de la estadística descriptiva y, al tratarse de un estudio donde se realizaron dos mediciones en un solo grupo y donde la

variable dependiente es de intervalo, el análisis se hizo con la prueba t de Student (paramétrica), utilizada para muestras pequeñas y para muestras relacionadas, con el objetivo de comparar las medias de los datos obtenidos antes y después del tratamiento. Los grados de libertad con el estadístico t de Student para muestras relacionadas son $n - 2$. En el caso de las mediciones realizadas con los *Biodots*, se utilizó la prueba de los rangos con signo de Wilcoxon (no paramétrica).

RESULTADOS

Al principio, la muestra consistió en 20 sujetos de los cuales por razones desconocidas, dos dejaron de asistir desde la segunda sesión y dos más no volvieron a partir de la tercera sesión, por lo cual sus datos no fueron incluidos en los resultados de este estudio.

En los datos que se obtuvieron del cuestionario sociodemográfico fue notorio que el mayor número de sujetos pertenecía al género femenino (81.3%). El promedio de edad fue de 43.88 (rango 21 - 79, $\Sigma = s = 17.297$). Lo anterior se puede apreciar con más detalle en la tabla 1, además de los restantes resultados sobre estado civil, nivel de estudios, promedio de ingresos mensuales, el número de hijos, el promedio de edad de los hijos, si la casa donde habita es propia, rentada, hipotecada o prestada, así como el promedio de antigüedad en el trabajo actual en años.

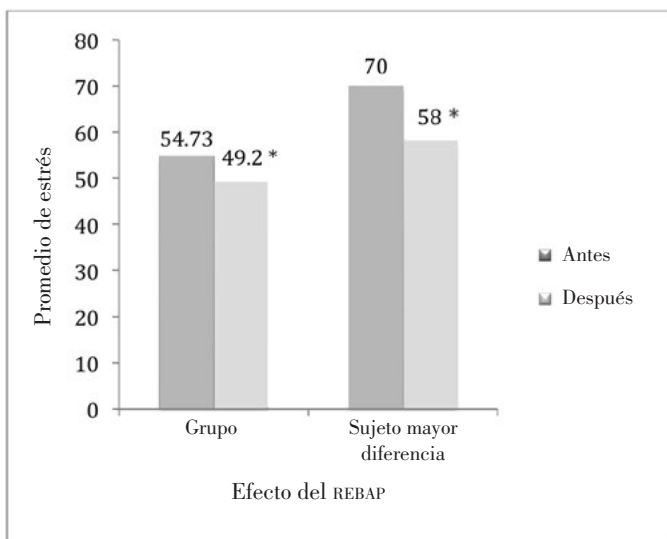
Tabla 1. Datos sociodemográficos de los participantes en el taller de REBAP; (f = frecuencia, \bar{X} = promedio, S = Σ)

<i>Datos demográficos</i>	<i>f</i>	<i>%</i>
Género		
Femenino	13	81.3
Masculino	3	18.8
Estado Civil		

Casado	5	31.3
Viudo	1	6.3
Divorciado	1	6.3
Soltero	5	31.3
Separado	1	6.3
Unión libre	3	18.8
Escolaridad		
Preparatoria	3	18.8
Carrera técnica	5	31.3
Carrera trunca	1	6.3
Licenciatura	7	43.8
Salario		
\$2 000.00 - \$5 000.00	3	18.8
\$5 001.00 - \$8 000.00	3	18.8
\$8 001.00 - \$11 000.00	3	18.8
\$11 001.00 - \$14 000.00	3	18.8
\$20 001.00 - \$23 001.00	1	6.3
> \$23 000.00	3	18.8
Casa		
Propia	8	50
Hipotecada	1	6.3
Rentada	3	18.8
Prestada	4	25
Diagnóstico referido		
Estrés	12	75
Estrés y migraña	1	6.3
Estrés y fibromialgia	1	6.3
Estrés, artritis e hipertensión	1	6.3
Estrés, dolores articulares y cervicales	1	6.3
	\bar{X}	S

Edad	43.88	17
Número de hijos	1.44	1
Edad del hijo mayor	33.33	10.1
Edad del hijo menor	24.13	12.62
Antigüedad en años en el trabajo actual	6.18	10.391

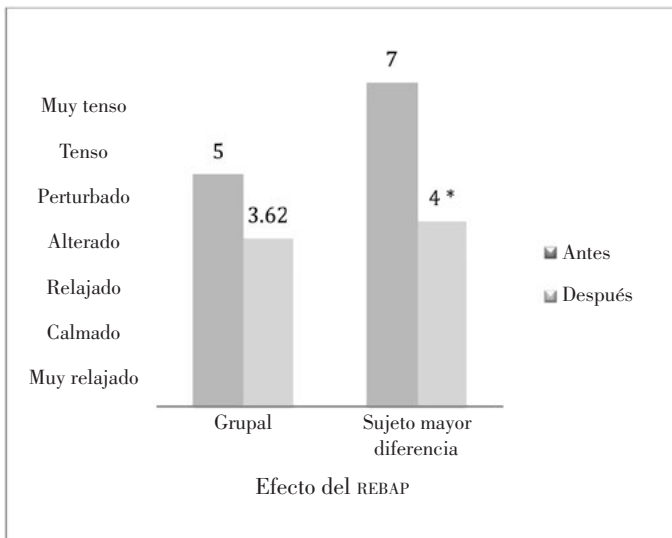
También en la tabla 1 se observa cómo todos los sujetos acudieron al programa por un autorreporte de cierto nivel de estrés. De los sujetos, 25% reportó sufrir los dolores crónicos enlistados, además de que todos afirmaron estar interesados en aprender la técnica para lograr una mejor calidad de vida.



Gráfica 1. Histograma del promedio grupal y del sujeto que más diferencia mostró del nivel de estrés percibido por medio del Perfil de Nowack, antes y después del programa REBAP. * $p = 0.0001$

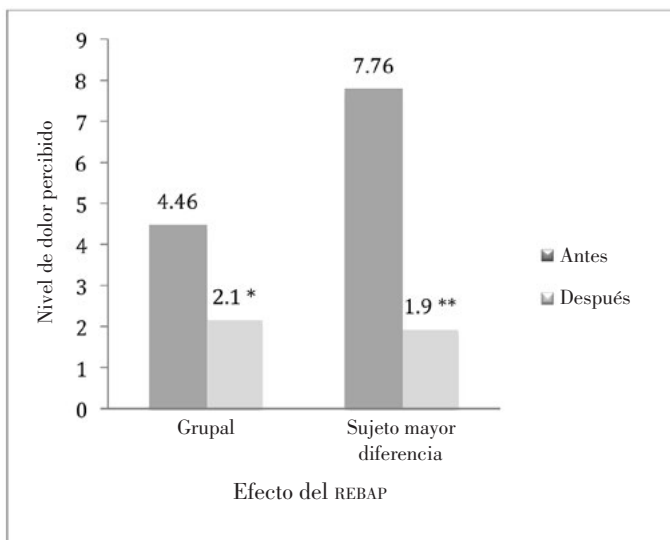
Los datos de las mediciones realizadas con los *Biodots* al grupo, se analizaron con la prueba de los rangos con signo de Wilcoxon. Hubo una disminución estadísticamente significativa a una $p < 0.001$ en el grado de

estrés obtenido después de las sesiones de práctica. Los datos anteriores pueden apreciarse con más detalle a continuación en la gráfica 2, junto con el resultado del individuo en quien se observó la mayor diferencia entre el antes y el después del programa de los resultados obtenidos por los *Biodots* para medir el nivel de estrés o tensión; se encontró una diferencia estadísticamente significativa ($p < 0.001$) con la prueba de Wilcoxon.



Gráfica 2. Biodots. Histograma del promedio grupal y del sujeto que mostró la mayor diferencia del grado de tensión medido con los Biodots, antes y después del programa de REBAP * $p < 0.001$

En el caso de la EVA de Huskisson, tanto los datos obtenidos en el grupo como los del sujeto que presentó la mayor diferencia se analizaron con una prueba *t* de Student para muestras relacionadas (gráfica 3). En el grupo, la \bar{x} antes del programa fue de 4.46, mientras que después del programa fue de 2.13. De esta manera, puede hablarse de un decremento significativo de 2.33 puntos en el nivel de dolor ($p = 0.002$). Los datos obtenidos de un sujeto quien reportó la mayor diferencia en la percepción del dolor fueron de 7.76 antes del REBAP y de 1.91 después del REBAP, lo cual da una diferencia estadísticamente significativa con una $p < 0.0001$.



Gráfica 3. EVA de Huskinsson. Histograma del nivel de dolor percibido por el grupo y por el sujeto que obtuvo mayor cambio, antes y después de REBAP
 * $p < 0.002$ y ** $p < 0.0001$

Finalmente, los datos obtenidos del Cuestionario de Afrontamiento al Dolor Crónico (CAD-R) se analizaron de nuevo con una prueba t de Student. En la tabla 2, puede observarse la \bar{x} de antes y después del programa de los diferentes factores que se midieron.

Tabla 2. Media de antes y después de la aplicación del programa REBAP de los factores medidos con el Cuestionario de Afrontamiento al Dolor Crónico (CAD-R)

	<i>Antes</i>	<i>Después</i>
	<i>REBAP</i>	
Distracción	11.69	10.81
Búsqueda de información	12.63	12.25
Religión	7.88	7.25
Catarsis	9.75	8.75
Autocontrol mental	11.69	13.06
Autoafirmación	14.81	14.75

Aunque en algunos de los factores pueden apreciarse diferencias en las medias, el análisis de datos indica que éstas no fueron estadísticamente significativas (todos a una $p > 0.05$).

Discusión

El proceso de la AP en el cual se basa el programa REBAP entra en lo que Jacobs (2001) denomina técnicas de autoayuda de la medicina mente-cuerpo (se basa en más de dos mil estudios científicos publicados en los últimos 25 años); tiene en su favor que los pacientes pueden aprenderlas y practicar de forma independiente, sin tener que ver con un agente externo. Así, Benson (1996) sugirió que todas las técnicas mente-cuerpo, incluyendo *biofeedback*, meditación, relajación muscular progresiva, entrenamiento autogénico, *tai chi*, *chigong*, *yoga* y otras, generan una respuesta fisiológica común a la que denomina *respuesta de relajación*. Estas técnicas son planteadas como importantes estrategias para disminuir el estrés (Lazarus y Folkman, 1986). Además de aumentar la sensación de bienestar, también es posible que la relajación, la meditación y el ejercicio rompan un círculo vicioso de consideraciones, cambiando el centro de atención del individuo (Pennebaker y Lightner, 1980).

El presente estudio examinó el impacto del programa REBAP sobre el nivel de dolor y estrés en personas con dolor y estrés crónico que, comparados al inicio del programa, al término de la intervención, reportaron un nivel de estrés significativamente reducido y una disminución significativa en el nivel del dolor. Estos resultados fueron similares a los hallazgos de estudios anteriores (Kabat-Zinn, Lipworth y Burney, 1985; Kabat-Zinn *et al.*, 1992; Speca *et al.*, 2000 en: Chang, Palesh, Caldwell, Glasgow, Abramson, Luskin, Gill, Burke y Koopman, 2004). Es fundamental señalar que tal vez sea el primer estudio con personas de la Ciudad de México, quienes culturalmente no están habituadas a métodos introspectivos y quienes podían haber tenido cautela con la utilización del *mindfulness* o atención plena, por la errónea idea de que este tipo de técnicas supone religiosidad.

Por lo anterior, los resultados apoyan que el programa de REBAP actúa sin importar la expectativa sobre él, sin la posible imagen que se tenga de la técnica utilizada, simplemente por su efecto neuropsicofisiológico.

Es decir, el programa REBAP influyó en la intensidad de la respuesta tanto respecto del estrés como del dolor; sin embargo, estos resultados no significan que hubo un cambio en el afrontamiento al dolor, pues para éste no hubo diferencias estadísticamente significativas. El tiempo de práctica de la AP podría ser un factor que influya, puesto que mayor tiempo de práctica modificaría el afrontamiento al dolor. Habrá que realizar un estudio sobre el particular.

Aunque los experimentos pre y post dan una idea clara del efecto de la variable independiente, debe considerarse que no hay un grupo control, lo cual dificulta determinar si los hallazgos del estudio se deben a la intervención o a otros factores. En segundo lugar, la generalización de estos hallazgos es limitada, pues la muestra fue muy pequeña. También hay que considerar la probabilidad de que varios sujetos no fueran constantes en su práctica diaria, lo cual nuevamente pudo haber afectado los resultados.

El programa de REBAP promovido por Kabat-Zinn ha dado como frutos el aplicar como base la técnica del *mindfulness* con diferentes orientaciones teóricas, como el *Mindfulness-Based Cognitive Therapy* (Terapia Cognitivo Conductual basada en la Atención Plena [MBCT]); *Mindful Self-Compassion* (Efecto de un programa de intervención basado en *mindfulness* y compasión en personas en duelo), entre otros. Esto refuerza el interés por seguir realizando estudios basados en este programa.

Sin pretender que la técnica de la AP, en la que está basado el programa de REBAP, se convierta en “sana-todo o curación mágica”, es relevante destacar, como se ha mencionado ya, que está siendo utilizada no sólo para disminuir el estrés, sino con el objetivo de favorecer o mejorar la salud. Algunos de los procesos en que se usa son los siguientes: comer sano (Atkinson y Wade, 2014; Fjorback, 2012), la prevención de recaídas a adicciones (Khanna y Greeson, 2013; Skanavi, Laqueille y Aubin, 2011), en la curación de la depresión (Kuyken, Byford, Byng, Dalgleish,

Lewis, Taylor, Watkins, Hayes, Lanham, Kessler, Morant y Evans, 2008; Kuyken, Byford, Taylor, Watkins, Holde, White, Barret, Byng, Evans, Mullan y Teasdale, 2014), mejorar la calidad de vida, la ansiedad y la fatiga en pacientes con esclerosis múltiple (Ahmadi, Nikbakh, Arastoo y Habibi, 2010; Senders, Bourdette, Hanes, Yadav y Shinto, 2014), disminuir el malestar emocional y el distrés en pacientes con cáncer (Garland, Tamagawa, Todd, Speca y Carlson, 2013; Schellekens, van den Hurk, Prins, Molema, Donders, Woertman, van der Drift y Speckens, 2014), que personas en proceso de duelo lo resuelvan (Cacciatore y Flint, 2012), beneficios emocionales e inmunológicos en personas infectadas por el VIH (González-García, 2014), mejorar la salud mental (Fjorback, Arendt, Ornbøl, Fink y Walach, 2011; Hou, Wong, Yip, Hung, Lo, Chan, Lo, Kwok, Tang, Mak, Mercer y Mas, 2014), entre otros.

Además, practicar la AP es una forma de vida. Es entrar en contacto con nuestras sensaciones, es decir, sentir. Por eso, quien practica responde en lugar de reaccionar.

Citando a Hart (2004), la mente alcanza una calma comparable a la de un lago al atardecer, que refleja a la perfección sus alrededores y, al mismo tiempo, revela sus profundidades a aquellos que miren con más detenimiento. Cuando esta claridad llega, cada momento está lleno de afirmación, belleza y paz.

Dice Chokhani (1989) que la utilidad clínica de la AP, más que buscar una respuesta para algún problema en particular, versa sobre proveer un patrón psicológico general de estados mentales positivos. Así, la práctica de la AP puede ser aplicada para generar bienestar tanto físico como psicológico. Puede reducir malestares físicos menores como rinitis y espasmos musculares. Puede ayudar a la mejora de anormalidades psicológicas menores como irritabilidad e impulsividad. Además, según Ayyar (1989), resulta ser útil para el tratamiento de desórdenes psicosomáticos como dolores de cabeza, migraña, úlceras pépticas, colitis, neurodermatitis, psoriasis, hipertensión, diabetes, artritis, entre otros.

La persona que practica, a pesar de encontrarse con una gran variedad de demandas ambientales, tiene la virtud de autorregulación y está

desarrollando las capacidades internas propias por medio de la presencia mental o *mindfulness* (Chokhani, 1989).

Conclusiones

Con base en los resultados antes descritos, la hipótesis de que los niveles de estrés o dolor disminuirían después del taller “Reducción del estrés basado en la atención plena” queda confirmada. La práctica de la *Atención plena* redujo los niveles de estrés y dolor crónico en los participantes de este estudio, que es una pequeña muestra. Sin embargo, no favorece el afrontamiento al dolor en ninguna de sus facetas (religión, catarsis, distracción, autocontrol, autoafirmación y búsqueda de información), aunque sin ser significativo, mejoró el autocontrol.

Esta investigación abre puertas a nuevos proyectos, sobre todo en México. Por lo visto, en la práctica esta técnica de reducción de estrés podría ser implementada en diversos contextos terapéuticos, con lo cual contribuiría al incremento de posibilidades alternativas de tratamiento para el estrés, el dolor, la ansiedad, la depresión, además de servir como herramienta complementaria en psicoterapias de otro corte, como el psicoanálisis, por ejemplo.

Aunque se cumplieron los objetivos, existen algunas limitaciones que son menester mencionar para que se tomen como sugerencias en próximas oportunidades de experimentación: no hubo grupo control (que podría utilizar música relajante en lugar de REBAP); el margen de las mediciones antes-después también es un factor que se podría modificar practicando mayor tiempo; también lo ideal es encontrar la forma de comprometer a los participantes para que realmente practiquen diario. Así, los resultados se prestarían a una menor ambigüedad.

Referencias

Ahmadi, A.; Nikbakh, M.; Arastoo, A., y Habibi, A. (2010). The effects of a yoga intervention on balance, speed and endurance of walking, Fatigue and qua-

- lity of life in people with multiple sclerosis. *Journal of Human Kinetics*, 23, 71-78.
- Andrews, M. (2005). Why you shouldn't forget to meditate. *U.S. News & World Report*, 139 (24), 68-70.
- Atkinson, M. J. y Wade, T. D. (2014). Does mindfulness have potential in eating disorders prevention? A preliminary controlled trial with young adult women. *Early Interv. Psychiatry*, 10.1111/eip.12160. Epub ahead of print.
- Ayyar, K. S. (1989). The value of Anapana in psychological and psychosomatic illnesses. Research Institute (1989). *Addictions & Health. A Seminar December 1989, Dhamma Giri, Igatpuri* (26-30). India: Autor.
- Benson, H. (1996). *Timeless Healing: The Power and Biology of Belief*. Nueva York: Scribner (222-234).
- Black, D. S. (2014). *Mindfulness Research Guide (MRG), Informing Mindfulness research and practice*. Mindfulness Research Publications by Year, 1980-2013. Recuperado de <http://www.mindfulexperience.org/MindFo>. (Database). O en *Mindfulness Information Sheet*. Disponible en <http://www.yorkmbsr.co.uk/documents/CourseParticipantInformationSheet.pdf>
- Borysenko, J. (2002). *Minding the body, mending the mind*. Nueva York: Bantam.
- Brown, K. W. y Ryan, R. M. (2003). The benefits of being present: mindfulness and its role in psychological wellbeing. *Journal of Personality and Social Psychology*, 84 (4), 822-848.
- Cacciatore, J. y Flint, M. (2012). ATTEND: toward a mindfulness-based bereavement care model. *Deaht Stud.*, 36 (1), 61-82.
- Carlson, L. E. (2005). Impact of Mindfulness-Based Stress Reduction (MBSR) on Sleep, Mood, Stress and Fatigue Symptoms in Cancer Outpatients. *International Journal of Behavioral Medicine*, 12 (4), 278-285.
- Chang, V. Y.; Palesh, R.; Caldwell, R.; Glasgow, N.; Abramson, M.; Luskin, F.; Gill, M.; Burke, A. y Koopman, C. (2004). The effects of a Mindfulness-based stress reduction program on stress, Mindfulness self-efficacy, and positive states of mind. *Stress and Health*, 20, 141-147.
- Chapman, C. R. (1986). *Psicología de la salud*. Recuperado de http://perso.wanadoo.es/aniorte_nic/apunt_psicolog_salud_9.htm
- Chokhani, R. M. (1989). Meditation - A Clinical Model. En: Research Institute. (1989). *Addictions & Health. A Seminar December 1989, Dhamma Giri, Igatpuri* (26-30). India: Autor.
- Cramer, H.; Haller, H.; Lauche, R., y Dobos, G. (2012). Mindfulness-based stress reduction for low back pain. A systematic review. *BMC Complement Altern Med.*, 12, 162.

- Davidson, R. J.; Kabat-Zinn, J.; Schumacher, J.; Rosenkranz, M.; Muller, D.; Santorelli, S. F.; Urbanowski, F.; Harrington, A.; Bonus, K., y Sheridan, J. F. (2003). Alterations in brain and immune function produced by mindfulness meditation. *Psychosom Med.*, *65* (4), 564-570.
- Fjorback, L. O. (2012). Mindfulness and bodily distress. *Dan Med J.*, *59* (11): B4547.
- Fjorback, L. O.; Arendt, M.; Ornbøl, E.; Fink, P., y Walach, H. (2011). Mindfulness-based stress reduction and mindfulness-based cognitive therapy: a systematic review of randomized controlled trials. *Acta Psychiatr Scand.*, *124* (2), 102-119.
- Galantino, M. L. (2005). Association of psychological and physiological measures of stress in health-care professionals during an 8-week Mindfulness meditation program: Mindfulness in practice. *Stress & Health: Journal of the International Society for the Investigation of Stress*, *21* (4), 255-261.
- Garland, S. N.; Tamagawa, R.; Todd, S. C.; Specia, M., y Carlson, L. E. (2013). Increased mindfulness is related to improved stress and mood following participation in a mindfulness-based stress reduction program in individuals with cancer. *Integr Cancer Ther.* 2013, Jan, *12* (1), 31-40.
- González García, Marian (2014). Mindfulness y VIH: Efecto sobre calidad de vida, estrés percibido, estado emocional y situación inmunológica. Tesis para recibir el grado de Doctora; Directora Tesis: Carmina Rodríguez Fumaz, Departamento de Psicología Básica, Evolutiva y de la Educación, por la Universidad Autónoma de Barcelona, España. Disponible en <https://www.educacion.gob.es/teseo/mostrarResult.do?ref=990759>
- Henepola Gunaratana, Nayaka Thera (2003). El cultivo de la atención plena. La práctica de la meditación *Vipassana*. México: Pax.
- Hart, H. (2004). *The Art of Living. Vipassana Meditation*. India: Vipassana Research Institute.
- Hou, R. J.; Wong, S. Y.; Yip, B. H.; Hung, A. T.; Lo, H. H.; Chan, P. H.; Lo, C. S.; Kwok, T. C.; Tang, W. K.; Mak, W. W.; Mercer, S. W., y Ma, S. H. (2014). The effects of mindfulness-based stress reduction program on the mental health of family caregivers: a randomized controlled trial. *Psychother Psychosom*, *83* (1), 45-53.
- Jacobs, G. D. (2001). The Physiology of Mind-Body Interactions: The Stress Response and the Relaxation Response. *The Journal of Alternative and Complementary Medicine*, *7* (1): S-83-S-92.

- Kabat-Zinn, J.; Lipworth, L., y Burney, R. (1985). The clinical use of mindfulness meditation for the self-regulation of chronic pain. *J Behav Med.* 1985 Jun. 8 (2), 163-90.
- Kabat-Zinn, J. (2003). Mindfulness-Based Interventions in context: past, present, and future. *American Psychological Association*, 10 (2): 144-156.
- Kabat-Zinn, J. (2005). *La práctica de la Atención Plena*. Barcelona: Kairós, 25 y 49-51.
- Kabat-Zinn, J.; Lipworth, L., y Burney, R. (1985). The clinical use of mindfulness meditation for self-regulation of chronic pain. *Journal of Behavioral Medicine*, 8 (2), 163-190.
- Kabat-Zinn, J.; Lipworth, L.; Burney, R., y Sellers, W. (1987). Four-year follow-up of a meditation-based program for the self-regulation of chronic pain: treatment outcome and compliance. *Clinical Journal of Pain*, 2, 159-173.
- Kabat-Zinn, J.; Massion, A. O.; Kristeller, J.; Peterson, L. G.; Fletcher, K. E.; Pbert, L.; Lenderking, W. R., y Santorelli, S. F. (1992). Effectiveness of a meditation-based stress reduction program in the treatment of anxiety disorders. *American Journal of Psychiatry*, 149 (7): 936-43.
- Kabat-Zinn, J.; Wheeler, E.; Light, T.; Skillings, A.; Scharf, M. J.; Cropley, T. G.; Hosmer, D., y 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 photo therapy (UVB) and photochemotherapy (PUVA). *Psychosomatic Medicine*, 60 (5): 625-632.
- Khanna, S. y Greeson, J. M. (2013). A narrative review of yoga and mindfulness as complementary therapies for addiction. *Complement Ther Med*, 21 (3), 244-252.
- Kristeller, J. L. y Hallet, C. B. (1999). An exploratory study of a Meditation-based intervention for Binge Eating Disorder. *J. Health Psychol.*, 4 (3), 357-363.
- Kuyken, W.; Byford, S.; Byng, R.; Dalgleish, T.; Lewis, G.; Taylor, R.; Watkins, E. R.; Hayes, R.; Lanham, P.; Kessler, D.; Morant, N. y Evans, A. (2014). Update to the study protocol for a randomized controlled trial comparing mindfulness-based cognitive therapy with maintenance anti-depressant treatment depressive relapse/recurrence: the PREVENT trial. *Trials*, 15 (1), 217.
- Kuyken, W.; Byford, S.; Taylor, R. S.; Watkins, E.; Holden, E.; White, K.; Barrett, B.; Byng, R.; Evans, A.; Mullan, E. y Teasdale, J. D. (2008). Mindfulness-based cognitive therapy to prevent relapse in recurrent depression. *J Consult Clin Psychol.*, 76 (6): 966-978.

- La Cour, P. y Petersen, M. (2014). Effects of mindfulness meditation on chronic pain: A randomized controlled trial. *Pain Med.* doi: 10.1111/pme.12605
- Lazarus, R. S. y Folkman, S. (1986). *Estrés y procesos cognitivos*. Barcelona: Martínez Roca, 35-44, 353-393.
- Marcus, M. T.; Fine, M., y Kouzekanani, K. (2001). Mindfulness-based meditation in a therapeutic community. *Journal of Substance Use*, 5: 305-311.
- Majumdar, M.; Grossman, P.; Dietz-Waschkowsky, B.; Kersig, S., y Walach, H. (2002). Does mindfulness meditation contribute to health? Outcome evaluation of a German sample. *J. of Alternative and Complementary Medicine*, 8 (6), 719-730.
- Mccubbin, T.; Dimidjian, S.; Kempe, K.; Glassey, M. S.; Ross, C., y Beck, A. (2014). Mindfulness-based stress reduction in an integrated care delivery system: One-year impacts on patient-centered outcomes and health care utilization. *Perm J.*, 18 (4), 4-9.
- Merskey, H. (1986). Classification of chronic pain. Descriptions of chronic pain syndromes and definitions. *Pain*, S-3, 345-356, 210.
- Miller, J. J.; Fletcher, K., y Kabat-Zinn, J. (1995). Three-year follow up and clinical implications of a Mindfulness meditation-based stress reduction intervention in the treatment of anxiety. *General Hospital Psychiatry*, 17 (3): 192-200.
- Monk-Turner, E. (2003). The benefits of meditation: experimental findings. *Social Science Journal*, 40 (3), 465-471.
- Nowack, K. M. (2002). *Perfil de Estrés*. México: Manual Moderno.
- O'Haver Day, P. y Horton-Deutsch, S. (2004). Using mindfulness-based therapeutic interventions in psychiatric nursing practice-part I: Description and empirical support for mindfulness-based interventions. *Archives of Psychiatric Nursing*, 18 (5), 164-169.
- Omidi, A. y Zargar, F. (2014). Effect of mindfulness-based stress reduction on pain severity and mindful awareness in patients with tension headache: a randomized controlled clinical trial. *Nurs Midwifery Stud*, 3 (3).
- Pennebaker, J. W. y Lightner, J. M. (1980). Competition of internal and external information in an exercise setting. *Journal of Personality and Social Psychology*, 39, 165-174.
- Ramos, N. F. (1999). *Enfermedades reumáticas: criterios y diagnóstico*. México: McGraw Hill Interamericana.
- Reibel, D. K.; Greeson, J. M.; Brainard, G. C., y Rosenzweig, S. (2001). Mindfulness-based stress reduction and health-related quality of life in a heterogeneous patient population. *General Hospital Psychiatry*, 23: 183-192.

- Robinson, F. P.; Mathews, H. L., y Witek-Janusek, L. (2003). Psycho-endocrine-immune response to mindfulness-based stress reduction in individuals infected with the human immunodeficiency virus: a quasiexperimental study. *J. Altern Complement Med*, 9 (5), 683-694.
- Rosenzweig, M. R. y Leiman, A. I. (1992). *Psicología fisiológica*. México: McGraw Hill, 312-315.
- Schellekens, M. P.; van den Hurk, D. G.; Prins, J. B.; Molema, J.; Donders, A. R.; Woertman, W. H.; van der Drift, M. A., y Speckens, A. E. (2014). Study protocol of a randomized controlled trial comparing Mindfulness-Based Stress Reduction with treatment as usual in reducing psychological distress in patients with lung cancer and their partners: the MILON study. *BMC Cancer*, 3 (14), 3.
- Selye, H. (1973). The evolution of the stress concept: The originator of the concept traces its development from the discovery in 1936 of the alarm reaction to modern therapeutic applications of syntoxic and catatoxic hormones. *American Scientist*, 61 (6), 692-699.
- Senders, A.; Bourdette, D.; Hanes, D.; Yadav, V., y Shinto, L. (2014). Perceived stress in multiple sclerosis: the potential role of mindfulness in health and well-being. *J Evid Based Complementary Altern Med*, 19 (2), 104-111.
- Skanavi, S.; Laqueille, X. y Aubin, H. J. (2011). Mindfulness based interventions for addictive disorders: a review. *Encephale*, 37 (5), 379-387.
- Soriano, J. y Monsalve V. (2002). CAD: Cuestionario de Afrontamiento ante el Dolor Crónico. *Rev Soc Esp Dolor*, 9, 13-22.
- Specia, M.; Carlson, L.; Goddey, E., y Angen, M. (2000). A randomized wait-list controlled trial: the effects of a Mindfulness meditation-based stress reduction program on mood and symptoms of stress in cancer outpatients. *Psychosomatic Medicine*, 62, 613-622.
- Teasdale, J. D.; Segal, Z. V.; Williams, J. M.; Ridgeway, V. A.; Soulsby, J. M., y Lau, M. A. (2000). Prevention of relapse/recurrence in major depression by mindfulness-based cognitive therapy. *J Consult Clin Psychol*, 68 (4), 615-623.
- Ussher, M.; Spatz, A.; Copland, C.; Nicolaou, A.; Cargill, A.; Amini-Tabrizi, N., y McCracken, L. M. (2014). Immediate effects of a brief mindfulness-based body scan on patients with chronic pain. *J Behav Med*, 37 (1), 127-134.
- Venerable U-Sinalanda (1999). *Vipassana y sus objetos*. Traducción al español por Bhikkhu Nandisena. Recuperado de <http://www.btmar.org/files/fdd/fdd032.htm>

- Wells, R. E.; Burch, R.; Paulsen, R. H.; Wayne, P. M.; Houle, T. T., y Loder, E. (2014). Meditation for migraines: A pilot randomized controlled trial. *Headache*, 54 (9): 1484-1495.
- Williams, H.; Simmons, L. A., y Tanabe, P. (2015). Mindfulness-Based Stress Reduction in Advanced Nursing Practice: A Nonpharmacologic Approach to Health Promotion, Chronic Disease Management, and Symptom Control. *J Holist Nurs*. Feb 11. pii: 0898010115569349.