

**TERÀPIA COGNITIVA BASADA EN LA CONSCIÈNCIA
PLENA, APLICADA A PACIENTS ONCOLÒGICS**
**TERAPIA COGNITIVA BASADA EN LA CONSCIENCIA
PLENA, APLICADA A PACIENTES ONCOLÓGICOS**
*MINDFULNESS BASED IN COGNITIVE THERAPY,
APPLIED TO CANCER PATIENTS*

*Julieta C. Mondo Funes**
*Javier Ferrero Berlanga***
*José Gil Martínez****

Doi: 10.7203/anuari.psicologia.16.2.153

Resum

En aquest estudi es posa a prova la viabilitat de la Teràpia Cognitiva basada en la Consciència Plena per millorar la qualitat de vida i el benestar dels pacients de càncer. La mostra està constituïda per set pacients de càncer de mama de la Comunitat Valenciana d'edats compreses entre els 40 i 68 anys. Les pacients van ser avaluades psicològicament abans de participar en un taller en el qual es van oferir 8 sessions de Mindfulness seguint el protocol proposat per Segal *et al.* (2002). Una vegada finalitzat el taller, les pacients van ser avaluades de nou i es van contrastar els canvis esdevinguts després de la participació del programa. Els resultats mostren efectes directes en la disminució de la depressió, l'augment de l'atenció i de la consciència.

Paraules clau: mindfulness, càncer, teràpia cognitiva, consciència plena.

* Correspondència: <jucemon@alumni.uv.es>.

** Facultat de Psicologia, Universitat de València, Personalitat, Avaluació i Tractaments Psicològics. Avinguda Blasco Ibàñez, 21, 46010 València. Correspondència: <Javier.Ferrero@uv.es>.

*** Facultat de Psicologia, Universitat de València, Personalitat, Avaluació i Tractaments Psicològics. Avinguda Blasco Ibàñez, 21, 46010 València. Correspondència: <Jose.Gil-Martinez@uv.es>.

Resumen

En este estudio se pone a prueba la viabilidad de la Terapia Cognitiva basada en la Consciencia Plena para mejorar la calidad de vida y el bienestar de los pacientes de cáncer. La muestra está constituida por siete pacientes de cáncer de mama de la Comunidad Valenciana de edades comprendidas entre los 40 y 68 años. Las pacientes fueron evaluadas psicológicamente antes de participar en un taller en el que se ofrecieron 8 sesiones de Mindfulness siguiendo el protocolo propuesto por Segal et al. (2002). Una vez finalizado el taller, las pacientes fueron evaluadas de nuevo y se contrastaron los cambios acaecidos tras la participación del programa. Los resultados muestran efectos directos en la disminución de la depresión, el aumento de la atención y de la conciencia.

Palabras clave: mindfulness, cáncer, terapia cognitiva, consciencia plena.

Abstract

This study tests the reliability of Cognitive Therapy based on Mindfulness to improve the quality of life and well-being of cancer patients. Seven breast cancer patients of Valencia aged between 40 and 68 years were recruited. They were psychologically evaluated before participating in a workshop. 8 sessions of Mindfulness following the protocol proposed by Segal et al. (2002) were offered in the workshop. At the end, patients were reassessed. Changes occurred after program participation were contrasted. Results show a direct effect of the workshop on depression reduction, attention increasing and awareness improvement.

Key words: mindfulness, cancer, cognitive therapy, full consciousness.

Introducció

Afrontar un diagnòstic de càncer implica fer front a una realitat molt dura i temuda per les persones. La malaltia sol venir acompanyada de temor i dolor a causa que, és percebuda com una amenaça important i, davant ella, el malalt oncològic es percep freturós de recursos o que fa un ús incorrecte d'ells; el que genera al seu torn, estats d'ànim inadequats per afrontar l'amenaça (Arranz, Barber, Barreto i Bayes, 2005).

L'aptitud de regular les emocions permet que l'individu pugui respondre de manera reflexiva: tolerant emocions d'intensitat moderada, atorgant una etiqueta a l'emoció i/o pensaments associats i beneficiar-se de temps disponible per pensar sobre la situació de diferent forma, de manera més objectiva, realista i adaptativa.

Si l'emoció és massa intensa produeix un estat de hiperactivació o de hipotactivació que impedeix que el subjecte es percate de la concatenació de pensaments associats, impedit-li respondre amb sensatesa i fluïdesa, donant lloc a la reacció ràpida, automàtica

La pràctica de Mindfulness perllonga el temps entre l'estímul i la resposta substituïnt la reacció automàtica no conscient per la resposta reflexiva perquè els pacients acceptin l'emoció que sorgeixi, independentment de la seva naturalesa, sense ser engolits per aquesta (Bayón *et al.*, 2013).

La Teràpia Cognitiva basada en la Consciència Plena (TCBCP) afavoreix l'experiència del moment present i ajuda a regular l'excés d'activació emocional i, d'aquesta manera alleuja el sofriment humà. L'objectiu d'aquest treball és brindar estratègies per a la pràctica de la consciència plena per a que les pacients puguin posar-les en pràctica quan es troben immerses en els pensaments i sentiments que els genera la malaltia.

La TCBCP va ser desenvolupada per Zindel Segal, J. Mark Williams i John Teasdale (2002) a la Universitat d'Oxford i està fonamentada al programa de Reducció de l'estrès basat en la Consciència Plena (MBSR) (Kabat-Zinn 1990).

La intervenció de TCBCP consta de 8 sessions, en les quals la tasca bàsica és l'entrenament en la meditació, amb l'objectiu d'incrementar la consciència de les pacients sobre l'experiència present i moment a moment. Per a això, se'ls demana que parin esment a les cognicions, sentiments i percepcions corporals associats amb cada situació que inspeccionen.

Igual que ocorre amb la Teràpia Cognitiva Comportamental, la TCBCP posa en relleu l'exploració dels pensaments com a esdeveniments mentals més que com a fets. D'aquesta manera, s'aconsegueix identificar i reconèixer els pensaments automàtics responsables d'estats emocionals desadaptatius.

D'altra banda, la TCBCP posa èmfasi en què els seus participants es percaten i canviïn la relació amb els seus propis pensaments i emocions; en lloc d'intentar canviar el contingut d'aquests o persuadir-los perquè creuen una línia de cognicions alternatives.

Degut a que la ment humana sol funcionar en «pilot automàtic» és a dir, les persones ens comportem de manera mecànica, sense apreciar el que realment està ocorrent, és menys probable percebre els fragments de pensaments negatius que generem. Aquesta falta de comprovació de les cognicions, facilitarà que s'uneixin en pautes que ens portin a sentiments negatius més intensos; i para quan percebem els pensaments indesitjats, aquests seran el massa potents i desmesurats com per enfrontar-los amb facilitat. Per tant, s'ha de desafiar l'inici de la seqüència per no deixar-se arrossegar per la tempesta emocional negativa. La pràctica de la consciència plena implica arribar a ser conscients dels patrons mentals disfuncionals que poden ser perniciosos per a les persones. Per tant, la pràctica de Mindfulness suposa abandonar la «ment de mico», la ment

cavil·ladora que va de branca en branca, de pensament en pensament per passar a una ment centrada en el present i en el que succeeix aquí i ara (Simón, 2011).

Metodologia

El present treball té com a objecte contrastar la capacitat de la TCBCP per millorar la qualitat de vida i el benestar dels pacients de càncer. Per a això, s'ha reclutat una petita mostra de pacients de càncer de mama que van ser avaluades psicològicament abans de participar en un taller en el qual es van oferir 8 sessions de Mindfulness seguint el protocol proposat per Segal *et al.* (2002)

Una vegada finalitzat el taller, les pacients van ser avaluades de nou i es van contrastar els canvis esdevinguts després de la participació al programa.

En particular, el treball que presentem tracta d'explorar els efectes d'aquest tipus de teràpia i verificar els canvis que es produeixen en els pacients en els seus nivells d'ansietat i depressió, en la seva autoestima i en variables intermèdies com l'atenció, la capacitat per centrar-se en el present, la capacitat de consciència, i la capacitat d'acceptació. A més, s'exploren les relacions entre aquestes variables intermèdies i els nivells d'ansietat i depressió, i l'autoestima, de les pacients participants en l'estudi.

Amb això, les hipòtesis que tracten de posar-se a prova en aquest petit estudi són les que segueixen:

H1: La participació en el taller de TCBCP produirà un increment en el benestar subjectiu de les pacients de càncer.

H1.1: La participació en el taller de TCBCP produirà un decrement en els nivells d'ansietat de les pacients de càncer.

H1.2: La participació en el taller de TCBCP produirà un decrement en els nivells de depressió de les pacients de càncer.

H2: La participació en el taller de TCBCP produirà un increment en la capacitat de les pacients per experimentar la consciència plena.

H2.1: La participació en el taller de TCBCP incrementarà la capacitat de les pacients per mantenir l'atenció.

H2.2: La participació en el taller de TCBCP incrementarà la capacitat de les pacients per aconseguir estar centrades en el present.

H2.3: La participació en el taller de TCBCP incrementarà la capacitat de les pacients per aconseguir l'acceptació de les seves circumstàncies.

H3: Hi haurà una relació entre la competència per mantenir la consciència plena i el benestar psicològic després del tractament.

H3.1: Hi haurà una relació entre la competència per mantenir la consciència plena als nivells d'ansietat després del tractament.

H3.2: Hi haurà una relació entre la competència per mantenir la consciència plena amb els nivells de depressió després del tractament.

Anàlisis estadístiques

Una vegada finalitzada la recollida de dades, es va procedir a l'anàlisi dels resultats. Per a això es va utilitzar el Statistical Package for Social Sciences 15.0® (SPSS).

En primer lloc, es va dur a terme una anàlisi correlacional per descriure les relacions entre les variables considerades.

D'una banda, es va avaluar la correlació entre les variables psicològiques en el conjunt de pacients abans de participar al programa d'intervenció. Donat la reduïda grandària de la mostra, utilitzem estadística no paramètrica; en particular les correlacions es van calcular utilitzant el coeficient de correlació de rangs de Kendall (coeficient tau, τ de Kendall). Passem a descriure els resultats més cridaners.

Resultats

A continuació passem a descriure els principals resultats obtinguts. En primer lloc indicar que es van dur a terme anàlisis correlacionals entre les variables psicològiques considerades. D'una banda es va calcular la matriu de correlacions en la presa inicial de dades (línia base pretractament) com després de la intervenció. També es van calcular les correlacions diacròniques, això és, entre les dades pretractament i post-tractament. Pel que es refereix a la matriu de correlacions pretractament aquesta es va calcular realitzant la tau de Kendall. El coeficient de correlació de rang de Kendall és un estadístic utilitzat per mesurar l'associació entre dues quantitats mesurades. És una mesura de correlació de rangs; es calcula la similitud de posicions ordinals entre les dades per a cadascuna de les mesures.

Respecte a les mesures pretractament, els principals resultats són els que segueixen:

L'ansietat correlacionava significativament amb el nivell de depressió (tots dos avaluats amb l'H.A.D, $\tau= 0,750$, $p=0,021$). A més, l'ansietat també es va associar a una menor atenció avaluada amb la EMPE ($\tau= -0,769$, $p=0,20$). L'ansietat no es va associar a menor autoestima ni a les puntuacions en la resta d'escalas del EMPE.

La depressió mesurada amb el HAD solament es va associar a l'ansietat, L'autoestima no va mostrar correlació amb cap de les altres variables. I les diferents escales del EMPE tampoc correlacionaven entre si.

Un patró similar de resultats es va obtenir amb els valors obtinguts després de l'aplicació del programa. Es va constatar l'associació entre les mesures d'ansietat i depressió del HAD ($\tau=0,718$, $p=0,03$). L'ansietat es va associar també a menor atenció i a menor acceptació ($\tau=-0,789$, $p=0,018$, per a l'atenció i $\tau=-0,811$, $p=0,16$ per a l'acceptació). La depressió també es va associar a menor acceptació ($\tau=-0,685$, $p=0,039$). D'una manera marginal, també es va trobar certa associació entre la depressió i la menor atenció ($\tau=-0,616$, $p=0,062$).

Pel que fa a les escales del EMPE, sí es va trobar després de la intervenció una clara associació entre el nivell d'atenció i el d'acceptació amb una $\tau=0,865$, $p=0,01$.

En un altre ordre de coses, dir que no va haver-hi correlacions significatives ni de l'edat ni del temps transcorregut des del diagnòstic amb cap de les variables psicològiques ni en l'avaluació pre tractament ni en la duta a terme a la finalització del mateix.

Es van trobar també algunes associacions diacròniques. Així l'ansietat inicial es va associar a una menor atenció en la segona passada ($\tau=-0,667$, $p=0,043$). I també la depressió inicial s'associava marginalment a aquesta menor atenció en el futur. L'autoestima inicial s'associava a estar més centrat en el present al final del tractament ($\tau=0,705$, $p=0,037$). No va haver-hi altres correlacions significatives diacròniques. L'ansietat i la depressió prèvies no van correlacionar amb l'ansietat i depressió posteriors. Tampoc l'autoestima ni cap de les variables de la EMPE, la qual cosa suggereix que són variables poc estables.

D'altra banda, per verificar les hipòtesis principals es van dur a terme comparacions entre els resultats obtinguts pels subjectes abans i després del tractament. Per a això, es van dur a terme una sèrie de proves dels rangs amb signe de Wilcoxon. Es va realitzar aquesta prova no paramètrica com a alternativa a la prova t de Student per a mostres relacionades dau a la reduïda grandària de la mostra i la falta d'informació sobre la distribució de les variables. La prova dels rangs de signe de Wilcoxon és una prova no paramètrica que permet comparar la mitjana d'una variable en dues mostres relacionades i determinar si existeixen diferències entre elles. En el nostre cas, permet comparar les mitjanes en les diferents variables psicològiques de les puncions obtingudes de les pacients abans i després del tractament. S'empra com una alternativa a la prova T de Student quan no estem en condicions d'assumir que les mostres relacionades es distribueixen normalment. És una prova lliure de corba, això és, no necessita que la distribució tingui cap forma concreta; a més, pot emprar-se quan les variables tenen simplement un nivell ordinal. Quan l'emprem, es comparen dos mesuraments de rangs i es determina que les diferències no s'han de l'atzar, o sigui que

la diferència és significativa des del punt de vista estadístic. És útil quan s'entén que la variable subjacent és contínua però es desconeix la seva distribució.

Els principals resultats es presenten en la taula 1. Presentem el resultat de les anàlisis per a la comparació entre les variables psicològiques entre la passada de proves abans del tractament i el dut a terme després de la finalització del mateix.

TAULA 1

Valors de la Z de la prova dels rangs amb signe de Wilcoxon i el seu nivell de significació per a la comparació de les mitjanes de les puntuacions de les pacients en les mesures pre i post tractament en les variables d'aquest estudi

Ansietat	Depressió	Autoestima	Atenció	Centrat present	Consciència	Acceptació
Z -1,807	-2,120	-1,272	-1,983	-0,740	-2,264	-1,476
p 0,071	0,034	0,203	0,047	0,459	0,024	0,140

TAULA 2

Distribució de rangs de la prova de signes de Wilcoxon i la comparació en les puntuacions pre i post tractament de la mostra de pacients. Rangs negatius, rangs positius i empats, rangs mitjana en rangs positius i negatius i summa dels mateixos per a les variables amb diferències significatives o properes a la significació entre les mesures pre i post tractament.

		N	Rang Mitjana	Suma de rangs
Ansietat Pre Ansietat Post	Rangs negatius	5	3,80	19,00
	Rangs positius	1	2,00	2,00
	Empates	1		
	Total	7		
Depressió Pre Depressió Post	Rangs negatius	6	4,42	26,50
	Rangs positius	1	1,50	1,50
	Empates	0		
	Total	7		
Atenció Pre Atenció Post	Rangs negatius	1	2,50	2,50
	Rangs positius	6	4,25	25,50
	Empates	0		
	Total	7		
Consciència Pre Consciència Post	Rangs negatius	0	0,00	0,00
	Rangs positius	6	3,50	21,00
	Empates	1		
	Total	7		

Discussió

El present treball aporta indicis que la TCBCP pot ser un recurs econòmic i pràctic per millorar la qualitat de vida dels pacients oncològics. És evident que els nostres resultats han de ser presos amb prudència, ja que aquest treball pilot no pretén ser més que això: una aproximació temptativa i modesta de l'aplicabilitat en el nostre context immediat d'aquest tipus de recurs a les pacients de càncer de mama després de finalitzar el seu tractament.

Abans de discutir amb més detall els nostres resultats sembla prudent explicitar les clares limitacions de la nostra aportació que fan prendre amb prudència les conclusions que presentarem més endavant.

D'entrada, resulta evident que la mostra que reclutem era molt petita i heterogènia. No va ser possible en els estrets terminis temporals en què havia de desenvolupar-se aquesta recerca, comptar amb un nombre major de pacients que es comprometessin a atendre de manera regular a totes les sessions. I, com a extensió d'aquest problema, tampoc va ser possible obtenir un grup més homogeni pel que es refereix a les especificacions del diagnòstic, al temps transcorregut des del mateix, als tractaments suportats o altres variables que poden ser rellevants com l'edat, la situació personal i les condicions laborals o educatives. Està clar que una mostra de major grandària hagués permès desenvolupar anàlisis més potents, respondre a més preguntes i ser més contundents en les conclusions.

Una limitació adicional deriva del propi disseny. Haver comptat amb un grup de control o amb altres grups amb tractaments alternatius permetria estar més segurs que els efectes observats poguessin atribuir-se a la TCBCP i no a variables espúries com el mer pas del temps, el fet de participar en una activitat grupal amb altres pacients o la simple atenció. La combinació d'ambdues circumstàncies, grup petit i falta de grup control augmenta el risc que la millorança observada en el grup pugui atribuir-se a canvis casuals en la situació d'algunes pacients a causa de la seva situació personal (relacions de parella, canvis laborals, assumptes familiars, etc.)

Confiam poder dur a terme una rèplica d'aquest treball en el futur salvant aquests dos greus inconvenients; això és, reclutant una mostra de major envergadura i utilitzant un grup de control que es beneficiï de tècniques de relaxació sense els components propis de la TCBCP.

En qualsevol cas, els resultats obtinguts són prometedors i animen, com indicàvem, a perseverar en aquesta línia. Com ha pogut observar-se, la primera de les hipòtesis (H1), sembla constatar-se. No obstant això, solament la h1.2 aconseguix una satisfacció plena en haver-hi una disminució significativa dels nivells de depressió després de la intervenció. La h1.1 solament va anar marginalment satisfeta, si bé la disminució de l'ansietat és almenys cridanera. Els

nostres resultats concorden amb treballs com els de Legancher, Johnson-Mallard, Post-White, Moscoso, Jacobsen i Klein (2009); Birnie, Garland, Carlson (2011) mostrant també la seva eficàcia per reduir el malestar emocional i després, en una recerca de metanàlisis pot trobar-se en una revisió de Ledesma i Kumano (2009) l'eficàcia de les intervencions que utilitzen Mindfulness com a base per millorar la qualitat de vida dels malalts oncològics.

Amb una mostra major haguéssim aconseguit una disminució també significativa de l'ansietat.

Desafortunadament, no es va complir la segona de les hipòtesis. La TCBCP no va produir cap efecte sobre l'autoestima avaluada amb l'Escala de Rosenberg (RSE). Alguns estudis suggereixen que el Mindfulness a través dels exercicis de la Autocompassió pot portar a un increment de l'autoestima (per exemple: Fenell, 2004; Neff, 2011). Atès que la TCBCP que apliquem als pacients incloïa exercicis de autocompassió en dos de les sessions s'hi havia hipotetitzat que les pacients podien notar un increment en l'estimació pròpia després de la nostra intervenció. La falta d'una corroboració d'aquesta hipòtesi pot atribuir-se al fet que no existeixi en sentit estricte una relació entre autocompassió i autoestima (veure Neff i Vonk, 2009) o bé, al fet que el temps dedicat en el nostre tractament a aquesta variable no permetés que l'efecte arribés a manifestar-se. Potser, en treballs posteriors pugui verificar-se o rebutjar-se aquesta hipòtesi. Des del nostre punt de vista, trobar recursos terapèutics que incrementessin el benestar al mateix temps que milloressin l'autoestima en pacients de càncer, seria de gran valor. Recordi's que, com vam indicar més amunt, un dels riscos psicosocials dels pacients oncològics, en particular els de càncer de mama, és la disminució de l'estimació pròpia (Ferrero, 1993).

Pel que es refereix a la tercera de les hipòtesis, els resultats són diferents en funció de la variable medidora que considerem. L'atenció i la consciència van millorar després de la intervenció. No obstant això, estar centrat en el present i el nivell d'acceptació no va millorar significativament amb la nostra intervenció. Si entenem que, les variables avaluades amb el EMPE valoren la integració dels canvis suscitats per la TCBCP, els nostres resultats suggereixen que és la capacitat per concentrar-se i la autoconsciència els que poden adonar de la millorança en ansietat i depressió. Les nostres anàlisis correlacionals no van mostrar una relació entre ambdues variables; de manera, que poden ser contribucions relativament independents. Pel que es refereix a la part principal de la tercera hipòtesi, solament es va constatar una clara relació entre l'atenció i l'ansietat, tant sincrònica com diacrònicament. Curiosament, el nivell d'acceptació (que s'associava al d'atenció), també es relacionava amb l'ansietat i amb la depressió; No obstant això, el fet que no hi hagués un canvi en el nivell d'acceptació després de la intervenció, limita les possibilitats d'interpretar aquesta associació en termes causals o com justificativa dels decrements en ansietat i depressió.

A la vista de tot això, la capacitat per mantenir l'atenció pot ser el component clau a l'hora d'explicar la relació entre el tractament i la millorança.

Queda per dilucidar i això requeriria estudis addicionals, el paper de l'acceptació en els estats basals de cada pacient (potser com a component essencial de la menor ansietat i això amb independència del tractament) i del paper del nivell de consciència; aquest últim sembla millorar amb la teràpia però no obstant això, no s'associa ni a menor depressió ni a menor ansietat ni a major autoestima ni sincrònica ni diacrònicament. Pogués ser que l'incremento en el nivell d'atenció comportés en si mateix una major acceptació, i que aquesta influeixi o covarie amb el nivell d'ansietat i depressió.

En qualsevol cas, i com indicàvem, aquest és un estudi preliminar que si bé pot oferir una mica de llum sobre la utilitat de la TCBCP per millorar la qualitat de vida dels pacients oncològics, obre noves preguntes que poden ajudar no solament a saber què ocorre sinó com ocorre fitant què eines i processos del Mindfulness poden ser els components clau de la intervenció.

Referències

- Arranz, P.; Barbero, J.; Barreto, P. i Bayés, R. (2005). *Intervención emocional en cuidados paliativos. Modelo y protocolos*. Barcelona: Ariel.
- Atienza, F. L.; Moreno, Y. i Balaguer, I. (2000). Análisis de la dimensionalidad de la Escala de Autoestima de Rosenberg en una muestra de adolescentes valencianos. *Revista de Psicología. Universitas Tarraconensis*, vol. XXII (1-2), 29-42.
- Bayón Pérez, C.; Amador Sastre, B.; Hospital Moreno, A.; Palao Tarrero, A. i Rodríguez-Vega, B. (2013). Mindfulness en el campo de la oncología. En Cruzado Rodríguez, J. A. (coord.), *Manual de psicooncología: tratamientos psicológicos en pacientes con cáncer* (pp. 243-256). Madrid: Pirámide.
- Birnie K.; Garland, S. N. i Carlson L. E. (2010). Psychological benefits for cancer patients and their partners participating in mindfulness-based stress reduction (MBSR). *Psychooncology*, 19, 1004-9.
- Bishop, S. R.; Lau, M.; Shapiro, S. L.; Carlson, L.; Anderson, N. D.; Carmody, J.; Segal, Z. V.; Abbey, S.; Speca, M.; Velting, D. i Devins, G. (2004). Mindfulness: A proposed operational definition. *Clinical Psychology: Science and Practice*, 11, 230-241.
- Carlson L. E.; Doll, R.; Stephen, J.; Faris, P.; Tamagawa, R.; Drysdale, E. et al. (2013) Randomized controlled trial of mindfulness-based cancer recovery versus supportive expressive group therapy for distressed survivors of breast cancer (MINDSET). *Journal of Clinical Oncology*, 31, 3119-26.

- Cautela, J. R. i Groden, J. (1987). *Técnicas de relajación*. Barcelona: Martínez Roca.
- Cebolla i Martí, A. J. (2009). *Eficacia de la Terapia Cognitiva basada en la Atención Plena en el tratamiento de la ansiedad y la depresión*. (Tesis doctoral). Universidad de Valencia. Valencia.
- Chambers, R.; Lo, B. C. i Allen, N. B. (2008). The impact of intensive mindfulness training on attentional control, cognitive style and affect. *Cognitive Therapy and Research*, 33, 302-322.
- Damasio, A. R. (1994). *Descartes' Error: Emotion, Reason And the Human Brain*. Nueva York: Grosset/Putman.
- Farb, N. A. S.; Segal, Z. V.; Mayberg, H.; Bean, J.; Mc Keon, D.; Fatima, Z. i Anderson, A. K. (2007). Attending to the present: Mindfulness meditation reveals distinct neural modes of self referent. *Social Cognitive and Affective Neuroscience*, 2, 313-322.
- Fennell, M. J. V. (2004). Depression, low self-esteem and Mindfulness. *Behaviour Research Therapy*, 42, 1053-1067.
- Ferrero Berlanga, J. (1993). *El afrontamiento de un diagnóstico de Cáncer*. Valencia: Promolibro.
- Feldman, G.; Hayes, A.; Kumar, S.; Greeson, J.; Laurenceau, J. P. (2007). Mindfulness and emotion regulation: The development and initial validation of the cognitive and affective mindfulness scale-revised (CAMS-R). *J. Psychopathology Behavioral Assessment*, 29, 177-190.
- James, W. (1984). What is an emotion? *Mind*, 9, 188-205.
- Kabat-Zinn, J. (1990). *Full Catastrophe Living: Using the Wisdom of your Body and Mind to Face Stress and Illness*. Nueva York: Delacourt.
- Ledesma, D. i Kumano, H. (2009). Mindfulness-based stress reduction and cancer: Meta-analysis. *Psychooncology*, 18, 571-579.
- Leganher C. A.; Johnson-Mallard, V.; Post- White J.; Moscoso, M. S.; Jacobsen, P. B.; Klein, T. W. *et al.* (2009). Randomized controlled trial mindfulness-based stress reduction (MBSR) for survivors of breast cancer. *Psychooncology*, 18, 1231-1272.
- Neff, K. D. i Vonk, R. (2009). Self-Compassion versus Global Self- Esteem: Two different ways of relating to oneself. *Journal of Personality*, 77, 23-50.
- Neff, K. D. (2011). Self- Compassion, Self-Esteem and Well-Being. *Social and Personality Compass*, 5, 1-12.
- Noguera, M. J.; Pérez, B.; Barrientos, V.; Robles, R. i Sierra, J. G. (2013). Escala de Ansiedad y Depresión Hospitalaria (HAD): validación en pacientes mexicanos con infección por VIH. *Psicología Iberoamericana*, 21, 29-37.
- Panksepp, J. (1998). *Affective neuroscience: The foundations of human and animal emotions*. Nueva York: Oxford University Press.

- Pollán, M. (2013). El cáncer de mama hoy: avances en la epidemiología del cáncer de mama femenino. *Mètode*, 77, 71-75.
- Quintana, J. M.; Padierna, A.; Esteban, C.; Arostegui, I.; Bilbao, A.; Ruiz, I. (2003). Evaluation of the psychometric characteristics of the Spanish version of the Hospital Anxiety and Depression Scale. *Acta Psychiatrica Scandinavica*, 107, 216-221.
- Rodríguez, B.; Priede, A.; Maeso, A.; Arranz, H. i Palao, A. (2011). Cambios psicológicos e intervenciones basadas en Mindfulness para los supervivientes de un cáncer. *Psicooncología*, 8, 7-20.
- Rosenberg, M. (1965). *Society and the adolescent self-image*. Princeton, New Jersey: Princeton University Press.
- Runkewitz, K.; Kirchmann, H. i Strauss, B. (2006) Anxiety and depression in primary care patients: predictors of symptom severity and developmental correlates. *Journal Psychosomatic Research*, 60, 445-453.
- Schultz, J. H. (1956): *Das autogene Training*. Stuttgart: Thieme. (Traducción en español: El entrenamiento autógeno. Madrid-Barcelona: Científico-Médica, 1969).
- Segal, Z. V.; Teasdale, J. D. i Williams, J. M. G. (2006). *Terapia cognitiva de la depresión basada en la consciencia plena. Un nuevo abordaje para la prevención de recaídas*. Bilbao: Desclée de Brouwer.
- Siegel, D. J. (2007). *The Mindful Brain*. Norton & Company. New York.
- Simón, V. (2006). Mindfulness y neurobiología. *Revista de psicoterapia*, 17, 5-30.
- Simón, V. (2011). *Aprender a practicar Mindfulness*. Barcelona: Sello Editorial.