

Mindfulness in people with chronic pain: Analysis of the evidence on Kabat-Zinn's pain reduction therapy¹

Carol Viviana Ruiz Herrera²

Pp. 48 - 63

Carol Viviana Ruiz Herrera

julio-diciembre/25

tesis Psicológica Vol. 20 - No 2
ISSN-L 1909-8391 | E-ISSN 2422-0460

48

- 1 Artículo de investigación derivado de la Tesis de Maestría en Terapias Psicológicas de Tercera Generación de la Universidad Internacional de Valencia, España VIU en el año 2016.
- 2 Psicóloga. Especialista en psicología clínica y desarrollo infantil. Magíster en terapias psicológicas de tercera generación. Docente universitaria Universidad Antonio Nariño. ORCID: <https://orcid.org/0000-0002-8960-0891> Correspondencia: viviana.ruiz.herrera@gmail.com

Mindfulness en personas con dolor crónico: Análisis de la evidencia de la terapia de reducción del dolor de Kabat Zinn

Recibido: abril 18 de 2025 - Revisado: abril 27 de 2025 - Aprobado: noviembre 15 de 2025

Cómo citar este artículo: Ruiz, C.V. (2025). Mindfulness en personas con dolor crónico: *Análisis de la evidencia de la terapia de reducción del dolor de Kabat Zinn*. *Tesis Psicológica*, 20(2), 48-63. <https://doi.org/10.37511/tesis.v20n2a3>

RESUMEN

Antecedentes: El dolor crónico constituye un problema de salud pública de alta prevalencia y complejidad, caracterizado por la interacción de factores biológicos, psicológicos y sociales que afectan significativamente la calidad de vida de quienes lo padecen. En las últimas décadas, diversas aproximaciones terapéuticas han incorporado enfoques basados en la aceptación y la conciencia plena, entre ellas el mindfulness, como estrategias complementarias en el manejo psicoterapéutico del dolor crónico. En este contexto, la técnica de Reducción del Estrés Basada en Mindfulness (Mindfulness-Based Stress Reduction, MBSR), desarrollada por Jon Kabat-Zinn, ha suscitado un creciente interés en la literatura científica. *Objetivo:* El objetivo de la presente investigación fue analizar la evidencia empírica disponible en la literatura especializada que respalda, tanto desde una perspectiva cuantitativa como cualitativa, la eficacia de la práctica del mindfulness —bajo el modelo MBSR— en el manejo psicoterapéutico de personas con dolor crónico. *Método:* La metodología empleada correspondió a una revisión teórica retrospectiva de la literatura, enmarcada en los principios de la psicología basada en la evidencia. Se analizaron estudios publicados entre los años 2010 y 2015, incluyendo investigaciones descriptivas, estudios retrospectivos y prospectivos de intervención, ensayos clínicos, reportes de caso y revisiones sistemáticas, localizados en bases de datos especializadas en psicología y ciencias de la salud. *Resultados:* Los resultados de la revisión indican que las intervenciones basadas en mindfulness se asocian con mejoras significativas en la percepción del dolor, la regulación emocional, la reducción de síntomas de ansiedad y depresión, así como en el aumento del bienestar psicológico y la calidad de vida en personas con dolor crónico. No obstante, también se evidencia la necesidad de estudios con mayor rigor metodológico que permitan fortalecer el nivel de evidencia disponible. *Conclusión:* el mindfulness, particularmente a través del programa MBSR, se configura como una intervención psicoterapéutica prometedora y pertinente para el abordaje integral del dolor crónico, al considerar simultáneamente las respuestas fisiológicas al estímulo nociceptivo y el significado psicoemocional que el dolor adquiere para el individuo.

Palabras clave: mindfulness, dolor crónico, técnica de reducción del dolor, meditación.

ABSTRACT

Background: Chronic pain constitutes a highly prevalent and complex public health problem, characterized by the interaction of biological, psychological, and social factors that significantly affect the quality of life of those who suffer from it. In recent decades, various therapeutic approaches have incorporated acceptance- and awareness-based perspectives, among them mindfulness, as complementary strategies in the psychotherapeutic management of chronic pain. In this context, the Mindfulness-Based Stress Reduction (MBSR) technique, developed by Jon Kabat-Zinn, has generated increasing interest in the scientific literature. *Objective:* The objective of the present study was to analyze the empirical evidence available in the specialized literature that supports, from both quantitative and qualitative perspectives, the effectiveness of mindfulness practice—under the MBSR model—in the psychotherapeutic management of individuals with chronic pain. *Method:* The methodology consisted of a retrospective theoretical review of the literature, framed within the principles of evidence-based psychology. Studies published between 2010 and 2015 were analyzed, including descriptive research, retrospective and prospective intervention studies, clinical trials, case reports, and systematic reviews, identified in specialized databases in psychology and health sciences. *Results:* The findings of the review indicate that mindfulness-based interventions are associated with significant improvements in pain perception, emotional regulation, reductions in symptoms of anxiety and depression, as well as increases in psychological well-being and quality of life in individuals with chronic pain. However, the need for studies with greater methodological rigor to strengthen the current level of evidence is also highlighted. *Conclusion:* Mindfulness, particularly through the MBSR program, emerges as a promising and relevant psychotherapeutic intervention for the comprehensive treatment of chronic pain, as it simultaneously considers physiological responses to nociceptive stimuli and the psycho-emotional meaning that pain acquires for the individual.

Keywords: mindfulness, chronic pain, pain reduction technique, meditation.



Introducción

Mindfulness es el vocablo inglés utilizado para traducir el término pali *sati*, el cual alude a conciencia, atención y recuerdo. En el ámbito científico, el término *mindfulness* no suele traducirse (Siegel et al., 2004) y se emplea para referirse a un concepto que presenta, al menos, tres acepciones diferenciadas: como constructo teórico, como práctica destinada al desarrollo de la atención consciente —como la meditación— y como proceso psicológico, entendido como el estado de estar consciente o atento a la experiencia presente.

Aunque el término ha sido traducido al español como Atención Plena o Consciencia Plena, resulta necesario establecer una distinción conceptual entre atención y consciencia. La atención puede considerarse un proceso cognitivo o un recurso limitado, indispensable para el funcionamiento de los demás procesos cognitivos, lo cual explica el desgaste asociado a tareas que requieren altos niveles de concentración sostenida. En contraste, la consciencia ha representado históricamente un desafío para la psicología científica, incluso dentro del enfoque cognitivo, debido a la dificultad de operacionalizar un fenómeno que no posee una realidad física directamente observable (Siegel et al., 2004).

Jon Kabat-Zinn (1995), principal referente en la introducción de *mindfulness* en el ámbito terapéutico occidental, lo define como una forma de conciencia centrada en el momento presente, no elaborativa ni enjuiciadora, en la que pensamientos, emociones y sensaciones corporales son reconocidos y aceptados tal como se presentan. Desde esta perspectiva, *mindfulness* suele describirse como “prestar atención de manera intencional a la experiencia del momento presente”. El concepto de *mindfulness* tiene sus raíces en la tradición budista, al derivarse del término *sati*, que puede entenderse como

atención o consciencia, y, en un sentido más específico, como atención recta. Sin embargo, su incorporación al ámbito científico ha dado lugar a múltiples definiciones operativas. Thich Nhat Hanh (Delgado, 2009) define *mindfulness* como “mantener la consciencia habitando la realidad presente”, mientras que Thera (Delgado, 2009) lo concibe como “la clara y resuelta consciencia de lo que en realidad nos ocurre, a nosotros y en nosotros, en los momentos sucesivos de percepción”.

Desde la óptica de la psicología social cognitiva, *mindfulness* se conceptualiza como un proceso cognitivo que implica la creación activa de nuevas categorías de interpretación de la experiencia, la apertura a información novedosa y la capacidad de considerar simultáneamente múltiples perspectivas (Delgado, 2009). Estas nuevas categorías se refieren, por ejemplo, a formas no automáticas de interpretar los eventos internos y externos, a la suspensión de esquemas rígidos de evaluación y a la flexibilización de los marcos cognitivos desde los cuales se atribuye significado a la experiencia.

Kabat-Zinn formuló inicialmente *mindfulness* como la capacidad de llevar la atención a las vivencias del momento presente de manera deliberada y sin juicio (Kabat-Zinn, 1990, citado en Delgado, 2009). Posteriormente, amplió esta definición al describirlo como la consciencia que emerge cuando se presta atención, con un propósito específico y sin enjuiciar, a la experiencia que se despliega momento a momento (Kabat-Zinn, 2003).

La introducción de perspectivas orientales en el pensamiento psicológico occidental puede rastrearse, entre otros hitos, en la obra *Budismo zen y psicoanálisis* de Erich Fromm (Moreno, 2012). Más adelante, en 1977, la Asociación Americana de Psiquiatría reconoció oficialmente el valor terapéutico de la meditación y

recomendó su estudio sistemático para evaluar su eficacia clínica. Un acontecimiento decisivo fue la creación, en 1979, del Center for Mindfulness en la Universidad de Massachusetts por parte de Jon Kabat-Zinn, desde donde se desarrolló el programa de Reducción del Estrés Basada en Mindfulness (MBSR). A partir de este momento, la práctica de mindfulness se consolidó progresivamente en la psicología de la salud y en los enfoques cognitivo-conductuales contemporáneos (Moreno, 2012).

En este contexto, mindfulness se ha integrado como una herramienta relevante dentro de las denominadas terapias de tercera generación. Estas terapias, también conocidas como terapias contextuales, se caracterizan por desplazar el énfasis exclusivo en la modificación directa de pensamientos y conductas, propio de las terapias cognitivas tradicionales, hacia procesos como la aceptación, la conciencia del momento presente, la regulación emocional y los valores personales. Entre ellas se incluyen, por ejemplo, la Terapia de Aceptación y Compromiso, la Terapia Dialéctico-Conductual y las intervenciones basadas en mindfulness (Parra, 2011).

Desde esta perspectiva, mindfulness promueve un cambio en la relación que la persona establece con su experiencia interna, incorporando la aceptación de aquello que no puede ser modificado y enfatizando la importancia del momento presente como espacio de intervención terapéutica.

La práctica de la Atención Plena ha mostrado contribuir al restablecimiento del equilibrio interno al abordar de forma integral los distintos niveles de la experiencia humana —cuerpo, mente y emociones—, favoreciendo además el desarrollo del discernimiento y la compasión a través de su ejercicio experiencial. La práctica sostenida de mindfulness facilita una mayor conexión entre la experiencia interna y externa, entre el ser y el

hacer, permitiendo el acceso a dimensiones de la experiencia que suelen permanecer desatendidas o reprimidas y que, cuando no son integradas, pueden manifestarse a nivel corporal, relacional y social (Moñivas, 2011).

En relación con el dolor, pese a tratarse de una experiencia universal, su conceptualización ha sido históricamente compleja debido a su carácter subjetivo, multidimensional y dinámico. Esta dificultad se evidencia en el hecho de que solo hasta 1979 la Asociación Internacional para el Estudio del Dolor (IASP) logró consensuar una definición unificada, describiéndolo como “una experiencia sensorial y emocional desagradable, asociada a una lesión tisular real o potencial, o descrita en términos de dicha lesión” (Cerdá y De Andrés, 2011).

Esta definición subraya un aspecto central para comprender el dolor como un proceso global y complejo: su carácter dual, al involucrar tanto componentes sensoriales y neurobiológicos como dimensiones emocionales y subjetivas. De este modo, se reconoce que la experiencia dolorosa no depende únicamente de la activación de mecanismos nociceptivos, sino también del significado que el individuo atribuye a dicha experiencia. Esta complejidad se hace especialmente evidente en el dolor crónico, lo que exige estrategias terapéuticas integrales que no se limiten al abordaje farmacológico, sino que incorporen factores psicológicos y sociales desde el modelo biopsicosocial.

El modelo biopsicosocial concibe el dolor como el resultado de la interacción dinámica entre procesos biológicos, variables psicológicas —como creencias, emociones y estilos de afrontamiento— y factores sociales, tales como el contexto familiar, laboral y cultural. Este enfoque reconoce que la experiencia del dolor no puede comprenderse ni tratarse de manera adecuada si se considera únicamente desde una dimensión biomédica (Cerdá y De Andrés, 2011).

El dolor agudo cumple una función adaptativa al actuar como señal de alarma frente a una amenaza para la integridad física, mientras que el dolor crónico persiste más allá de los tres a seis meses, incluso cuando la causa inicial ha desaparecido, perdiendo su función protectora y convirtiéndose en la enfermedad en sí misma. En estos casos, la persona tiende a organizar su vida en torno al dolor, desarrollando conductas de evitación y limitación que afectan significativamente su funcionamiento personal, social y laboral, y que suelen asociarse a un elevado sufrimiento psicológico.

Desde este marco, la utilidad del mindfulness en el manejo del dolor crónico radica en que propone un cambio en la forma de relacionarse con la experiencia dolorosa. En lugar de focalizar la atención en la eliminación del dolor, se invita a observarlo con curiosidad y sin juicio, interrumpiendo los patrones habituales de pensamiento catastrófico y reactividad emocional que intensifican el sufrimiento. Esta aproximación permite reducir la ansiedad, la frustración y la sensación de falta de control asociadas al dolor persistente.

Mindfulness favorece una actitud de aprendizaje frente a la experiencia dolorosa, más que una orientación exclusiva al logro o a la supresión del síntoma. Desde esta perspectiva, el individuo puede explorar la experiencia del dolor desde preguntas orientadas a la comprensión, lo que representa un cambio sustancial respecto a los modelos tradicionales de afrontamiento (Tartakovsky, 2013).

La evidencia disponible sugiere que las intervenciones basadas en mindfulness constituyen una alternativa terapéutica prometedora en el abordaje del dolor crónico. Chiesa y Serretti (2011). En una revisión sistemática bajo metodología Cochrane, se reportaron resultados favorables en estudios no

controlados realizados en población adulta con distintos tipos de dolor crónico, incluyendo dolor lumbar, cervical, cefalea y fibromialgia. No obstante, los autores señalan la necesidad de fortalecer la evidencia mediante ensayos clínicos controlados que permitan establecer conclusiones más robustas respecto a su eficacia.

A partir de estos antecedentes, el presente artículo tiene como objetivo general analizar la evidencia empírica disponible sobre la efectividad de las intervenciones basadas en mindfulness, específicamente bajo el modelo de Reducción del Estrés propuesto por Kabat-Zinn, en el manejo psicoterapéutico del dolor crónico. Como objetivo específico, se propone identificar los principales hallazgos cuantitativos y cualitativos reportados en la literatura especializada publicada entre los años 2010 y 2015, así como analizar las limitaciones y vacíos existentes en la investigación actual. Este estudio se centra en evidencia científica de carácter internacional, reconociendo como limitación la escasa diferenciación de evidencia nacional en la literatura revisada. Simultáneamente, pretende contribuir a una comprensión crítica del impacto del mindfulness en el tratamiento del dolor crónico, integrando los aportes provenientes de la psicología occidental y las tradiciones contemplativas orientales y ofreciendo una base conceptual que permita orientar futuras investigaciones y desarrollos clínicos en este campo.

A pesar del creciente interés y expansión de las intervenciones basadas en mindfulness para el abordaje del dolor crónico, es necesario indicar que la evidencia empírica disponible presenta resultados heterogéneos y en muchos casos, limitaciones metodológicas que dificultan establecer conclusiones definitivas sobre su efectividad. Si bien se han reportado beneficios clínicos relevantes en población adulta con distintos cuadros de dolor crónico, la mayoría de

los estudios corresponden a investigaciones no controladas o revisiones secundarias, lo que pone de manifiesto la necesidad de analizar de manera sistemática y crítica la evidencia existente. En este contexto, resulta pertinente examinar con mayor precisión los alcances reales de la práctica de mindfulness, particularmente bajo el modelo de Reducción del Estrés propuesto por Kabat-Zinn, en el manejo psicoterapéutico del dolor crónico. Asimismo, se hace necesario identificar los principales hallazgos reportados en la literatura, así como las limitaciones, vacíos de conocimiento y desafíos metodológicos que caracterizan este campo de investigación.

Metodología

Tipo de investigación

La presente investigación se desarrolló como un estudio retrospectivo de revisión teórica narrativa con criterios sistemáticos, orientado a identificar, analizar y sintetizar la evidencia científica disponible sobre la efectividad de las intervenciones basadas en mindfulness en el manejo del dolor crónico. El estudio se enmarca en el enfoque de la psicología basada en la evidencia, con énfasis en la integración crítica de hallazgos provenientes de estudios empíricos previos.

El proceso metodológico se estructuró siguiendo de manera adaptada las recomendaciones de la guía PRISMA (Preferred Reporting Items for Systematic Reviews and Meta-Analyses), particularmente en las fases de identificación, cribado, elegibilidad e inclusión de los estudios. Esta aplicación adaptada tuvo como propósito garantizar la transparencia, trazabilidad y ordenamiento del proceso de selección, sin que ello implique la realización de una revisión sistemática estricta ni de un metaanálisis cuantitativo, dado el carácter teórico-narrativo del estudio y sus objetivos analíticos.

Las revisiones de la literatura constituyen investigaciones de orden secundario, en las que la unidad de análisis corresponde a estudios primarios originales, a partir de los cuales se examina la evidencia producida por investigadores que tuvieron acceso directo a los casos y poblaciones de estudio.

Población objetivo de los estudios

La población objetivo estuvo constituida por la literatura científica publicada entre enero de 2005 y julio de 2015 que abordara el efecto de la práctica de mindfulness en el manejo psicoterapéutico del dolor crónico no oncológico. La población accesible estuvo conformada por estudios publicados en bases de datos especializadas en psicología y ciencias de la salud, tales como ProQuest, APA PsycARTICLES (American Psychological Association), Bireme, ScienceDirect y Google Académico.

Se incluyeron estudios publicados entre enero de 2010 y julio de 2015, con el fin de priorizar evidencia empírica reciente y metodológicamente relevante dentro del periodo de interés definido para la revisión.

Elegibilidad de artículos

La selección de las fuentes primarias se realizó considerando criterios de inclusión y exclusión aplicados a los estudios revisados, y no directamente a participantes reclutados por la presente investigación.

Criterios de inclusión

Se incluyeron estudios descriptivos, estudios retrospectivos o prospectivos de intervención, ensayos o experimentos clínicos, reportes de caso ($n = 1$) y revisiones sistemáticas de la literatura (incluidos metaanálisis). En cuanto a las características de los participantes, se

consideraron investigaciones realizadas con hombres y mujeres entre los 15 y los 65 años de edad, afectados por dolor crónico (duración mayor a seis meses).

Crterios de exclusión

Se excluyeron estudios publicados en idiomas distintos al español o al inglés. Asimismo, se excluyeron investigaciones cuyos participantes

presentaran dolor asociado a patologías oncológicas, dada la especificidad etiológica, clínica y terapéutica de este tipo de dolor.

Variables

Variables de las fuentes bibliográficas

Para la revisión de los estudios seleccionados se consideraron las variables descritas en la Tabla 1.

Tabla 1 . Variables de estudio: fuentes bibliográficas

Variable	Definición	Tipo de medición	Categorías / unidades
Autores	Investigadores responsables de los estudios publicados	Categoría	Según reporte en los artículos
Año de publicación	Fecha de divulgación del estudio	Categoría	2010–2015
Sitio de realización del estudio	País donde se llevó a cabo la investigación	Categoría	País
Tipo de investigación	Modalidad o estrategia investigativa del estudio	Categoría	Estudios descriptivos; estudios retrospectivos; estudios prospectivos de intervención; ensayos o experimentos clínicos; revisiones sistemáticas
Número de casos	Tamaño de la muestra del estudio	Numérica	1...n

Fuente: Autores.

Nota. Las variables corresponden a las características metodológicas y contextuales de los estudios incluidos en la revisión.

Variables de los casos (pacientes) En relación con la caracterización de los participantes incluidos en los estudios revisados, se consideraron las variables descritas a continuación en la Tabla 2.

Tabla 2 . Variables de estudio de los participantes de los estudios revisados

Variable	Definición	Tipo de medición	Categorías / unidades
Demográficas			
Edad	Tiempo de vida de los participantes	Numérica	Años (≥ 15 y ≤ 65)
Sexo	Características biológicas de los participantes	Categórica	Masculino / Femenino
Etiológicas y antecedentes			
Evolución del cuadro de dolor	Tiempo de evolución de la sintomatología dolorosa	Categórica	Dolor crónico (> 6 meses)
Tipo de síndrome causal de dolor	Entidad etiológica asociada a la sintomatología dolorosa	Categórica	Cefalea; fibromialgia; dolor dorsal; dolor lumbar; otras

Fuente: Autores.

Nota. Las variables corresponden a las características de los participantes, reportadas en los estudios incluidos en la revisión, y no a datos recolectados directamente por la presente investigación.

Estrategia de búsqueda (fase PRISMA: identificación)

La búsqueda de los estudios se realizó en bases de datos especializadas en psicología y ciencias de la salud: ProQuest, APA PsycARTICLES, Bireme, ScienceDirect y Google Académico.

Se utilizaron términos controlados (MeSH) y palabras clave no MeSH, combinados mediante operadores booleanos AND y OR, ajustados a las particularidades de cada base de datos. Los principales términos empleados fueron: “dolor crónico”, “mindfulness”, “chronic pain”, así como expresiones relacionadas con “reducción del estrés” y “programa de Kabat-Zinn”.

Criterios de búsqueda y delimitación (Fase PRISMA: cribado)

Los registros recuperados fueron inicialmente tamizados mediante la revisión de títulos y resúmenes, con el fin de excluir estudios duplicados y aquellos que no abordaran de manera directa la relación entre mindfulness y dolor crónico.

Posteriormente, se realizó la lectura del texto completo de los artículos potencialmente relevantes para verificar el cumplimiento de los criterios de inclusión y exclusión previamente definidos. No se llevó a cabo búsqueda manual en revistas físicas, dado que se consideró que los artículos correspondientes al periodo revisado eran accesibles a través de bases de datos electrónicas internacionales.

Proceso de selección y extracción de datos (fases PRISMA: elegibilidad e inclusión)

El proceso de búsqueda y selección contó con el apoyo de una bibliotecóloga experta en sistemas de información de la Biblioteca de la Universidad El Bosque (Bogotá), quien colaboró en la validación de la estrategia de búsqueda y en la recuperación de los registros.

Los estudios que cumplieron los criterios de elegibilidad fueron incluidos en la revisión. La información relevante fue extraída de manera sistemática y organizada de acuerdo con las variables previamente definidas. Dado el carácter teórico-narrativo de la revisión, no se aplicaron herramientas estandarizadas para la evaluación formal de la calidad metodológica ni escalas de riesgo de sesgo, aspecto que se reconoce explícitamente como una limitación del estudio.

Descripción narrativa del flujo PRISMA

El proceso de selección de los estudios se desarrolló en cuatro fases, siguiendo de manera adaptada las recomendaciones PRISMA. En la fase de identificación, se localizaron artículos potencialmente relevantes mediante búsquedas electrónicas en bases de datos especializadas. En la fase de cribado, se revisaron títulos y resúmenes con el fin de excluir registros duplicados y estudios no pertinentes. En la fase de elegibilidad, se realizó la lectura completa de los artículos seleccionados para verificar el cumplimiento de los criterios de inclusión y exclusión. Finalmente, en la fase de inclusión, se incorporaron aquellos estudios que aportaban información relevante sobre la efectividad de las intervenciones basadas en mindfulness en el manejo del dolor crónico.

Consideraciones bioéticas

De conformidad con el artículo 11 de la Resolución No. 8430 de 1993 del Ministerio de Salud de Colombia, por la cual se establecen las normas científicas, técnicas y administrativas para la investigación en salud, el presente estudio se clasificó como una investigación sin riesgo, tanto para los participantes de los estudios revisados como para la investigadora. El rigor bioético se sustentó en el adecuado manejo de la información, el respeto por la autoría intelectual de las fuentes consultadas y el principio de beneficencia para el avance del conocimiento científico.

Resultados de la revisión: síntesis de la evidencia

El presente apartado expone los resultados derivados de una revisión teórica narrativa con criterios sistemáticos, desarrollada conforme a una aplicación adaptada de la guía PRISMA, tal como se describe en el apartado metodológico. En coherencia con este enfoque, los hallazgos se presentan mediante una síntesis cualitativa de la evidencia disponible, sin pretensión de generalización estadística ni estimación cuantitativa de tamaños del efecto.

La síntesis de los resultados se realizó mediante un análisis narrativo y temático, orientado a identificar patrones, convergencias y divergencias en los hallazgos reportados por los estudios incluidos. No se llevó a cabo metanálisis cuantitativo, debido a la heterogeneidad metodológica de los estudios y a los objetivos teóricos de la revisión.

De acuerdo con el proceso de identificación, cribado, elegibilidad e inclusión descrito en la metodología, los estudios analizados corresponden a investigaciones publicadas entre 2005 y 2015 que evaluaron la aplicación de intervenciones basadas en mindfulness en

población adolescente y adulta con dolor crónico no oncológico. La literatura incluida estuvo conformada por estudios descriptivos, estudios de intervención prospectivos y retrospectivos, ensayos clínicos, reportes de caso aislados y revisiones sistemáticas previas.

La síntesis narrativa de los estudios incluidos permite identificar que las intervenciones basadas en mindfulness, particularmente el programa de Reducción del Estrés Basado en Mindfulness (MBSR) y las intervenciones cognitivo-conductuales que incorporan componentes de atención plena, se han aplicado predominantemente en síndromes de dolor crónico musculoesquelético, fibromialgia, cefaleas tensionales y dolor lumbar persistente. En menor proporción, se reportan aplicaciones en contextos donde el dolor crónico coexiste con sintomatología ansiosa o depresiva.

De manera consistente, los estudios revisados reportan mejoras en variables psicológicas y funcionales, tales como reducción del estrés, disminución de síntomas ansiosos y depresivos, mejor regulación emocional y aumento de la calidad de vida. En contraste, la reducción de la intensidad del dolor percibido aparece como un efecto menos consistente y de menor magnitud. Este patrón sugiere que el principal impacto del mindfulness no radica en la supresión del dolor como estímulo físico, sino en la modificación de la experiencia subjetiva del dolor y de su interferencia en la vida cotidiana.

En el caso específico de la fibromialgia, los estudios coinciden en señalar que el fortalecimiento de la aceptación, la conciencia corporal y la regulación atencional favorece una adaptación psicológica más funcional al dolor persistente, con efectos que tienden a mantenerse en el tiempo (Parra, 2011). Hallazgos similares se describen en población con dolor musculoesquelético crónico, donde

el mindfulness muestra mayor efectividad en dimensiones emocionales y funcionales que en la reducción directa del dolor físico (Delgado, 2009).

Desde una perspectiva neurofisiológica, algunos estudios incluidos reportan asociaciones entre la práctica continuada de mindfulness y cambios funcionales en áreas cerebrales implicadas en la atención, la regulación emocional y la conciencia interoceptiva. Estos hallazgos aportan plausibilidad teórica a los efectos clínicos observados; sin embargo, no permiten establecer relaciones causales directas debido a la heterogeneidad metodológica, los tamaños muestrales reducidos y la diversidad de diseños empleados (Moreno, 2012).

En conjunto, los resultados de la revisión permiten afirmar que la evidencia disponible respalda la utilidad del mindfulness como intervención psicológica para el manejo del sufrimiento asociado al dolor crónico y la mejora del funcionamiento psicosocial, más que como una estrategia orientada a la eliminación del dolor en sí mismo.

Discusión

Los resultados de la presente revisión teórica narrativa ponen de manifiesto que las intervenciones basadas en mindfulness ocupan un lugar relevante dentro del abordaje psicológico del dolor crónico; no obstante, su efectividad debe ser comprendida de manera matizada y contextualizada. En conjunto, la evidencia revisada converge en señalar que el principal aporte del mindfulness no radica en la reducción directa e intensa de la percepción del dolor, sino en la disminución del sufrimiento asociado, la mejora del funcionamiento psicosocial y el fortalecimiento de recursos psicológicos como la regulación emocional, la aceptación y la conciencia corporal.

Esta conclusión resulta consistente con los modelos biopsicosociales contemporáneos del dolor crónico, que lo conciben como una experiencia compleja y multidimensional, producto de la interacción entre procesos fisiológicos, cognitivos, emocionales y contextuales. Desde esta perspectiva, diversos autores han señalado que el mindfulness actúa principalmente sobre los procesos atencionales y evaluativos que modulan la experiencia subjetiva del dolor, más que sobre los mecanismos nociceptivos primarios (Kabat-Zinn, 1987; Grossman et al., 2007). Esto permite explicar por qué los estudios revisados reportan efectos más consistentes en variables emocionales y funcionales que en la intensidad del dolor, patrón que se repite de forma sistemática en la literatura.

Sin embargo, la revisión también evidencia tensiones y discrepancias entre los estudios, particularmente en función del diseño metodológico empleado. Mientras que investigaciones con diseños menos controlados tienden a reportar efectos favorables del mindfulness en ansiedad, depresión y calidad de vida, estudios con controles activos y criterios metodológicos más exigentes informan resultados más modestos o inconsistentes. En esta línea, la revisión sistemática y metaanálisis de Chiesa y Serretti (2011) señala que, si bien el mindfulness muestra beneficios clínicamente relevantes en el dolor crónico, dichos efectos tienden a reducirse cuando se comparan con intervenciones psicológicas activas, lo que sugiere que parte de los beneficios observados podría estar mediada por factores inespecíficos, como la expectativa de mejoría o la adherencia al tratamiento.

Estos hallazgos adquieren especial relevancia en el análisis de síndromes como la fibromialgia y el dolor musculoesquelético crónico. Estudios como el de Parra (2011) destacan mejoras sostenidas en adaptación psicológica, aceptación

del dolor y afrontamiento funcional; no obstante, otros trabajos indican que dichas mejoras no siempre se acompañan de reducciones significativas en la intensidad del dolor físico. Esta aparente contradicción ha sido también señalada por Veehof et al. (2011), quienes subrayan que las intervenciones basadas en mindfulness y aceptación resultan más eficaces para reducir la interferencia del dolor y el malestar emocional que para disminuir el dolor como sensación física. Lejos de constituir una debilidad del enfoque, estos hallazgos invitan a replantear los criterios tradicionales de éxito terapéutico en el tratamiento del dolor crónico.

Desde el ámbito neurofisiológico, algunos estudios incluidos en la revisión reportan asociaciones entre la práctica continuada de mindfulness y cambios funcionales en áreas cerebrales implicadas en la regulación emocional, la atención y la conciencia interoceptiva. Si bien estos resultados aportan plausibilidad teórica a los efectos clínicos observados, su interpretación debe realizarse con cautela. Tal como advierten Grossman et al. (2007), la heterogeneidad metodológica, los tamaños muestrales reducidos y la ausencia de diseños longitudinales robustos limitan la posibilidad de establecer relaciones causales claras entre los cambios neurobiológicos observados y la mejoría clínica del dolor.

En conjunto, la presente revisión sugiere que el mindfulness no debe ser conceptualizado como una técnica orientada a la supresión del dolor, sino como una intervención psicológica que facilita un cambio en la relación del individuo con su experiencia dolorosa. Esta delimitación resulta fundamental para evitar expectativas terapéuticas irreales y para integrar el mindfulness de manera coherente dentro de programas de intervención multimodales para el dolor crónico. Desde la psicología clínica, este enfoque permite comprender el mindfulness como una herramienta complementaria, particularmente

útil en pacientes con altos niveles de estrés emocional, rumiación o evitación experiencial, más que como una intervención universal aplicable de forma homogénea a todos los cuadros de dolor crónico.

La principal limitación de la presente revisión radica en su carácter teórico-narrativo, lo que impide la realización de una síntesis cuantitativa de los resultados y la estimación de tamaños del efecto comparables entre estudios. Asimismo, no se aplicaron herramientas estandarizadas para la evaluación formal de la calidad metodológica ni del riesgo de sesgo de los estudios primarios incluidos, lo que restringe la fuerza de las conclusiones derivadas.

Otra limitación relevante se relaciona con la heterogeneidad de los estudios revisados, tanto en términos de población clínica como de duración, intensidad y modalidad de las intervenciones basadas en mindfulness. A ello se suma la escasa evaluación sistemática de la adherencia al tratamiento, variable que podría influir de manera significativa en los resultados reportados.

En cuanto a las líneas futuras de investigación, se hace necesario el desarrollo de estudios controlados con diseños metodológicos más rigurosos, que incluyan grupos de control activos, evaluaciones longitudinales y criterios homogéneos de medición del dolor y sus dimensiones psicológicas. Asimismo, resulta pertinente avanzar en investigaciones que analicen los mecanismos específicos mediante los cuales el mindfulness impacta la experiencia del dolor, así como su efectividad diferencial según el tipo de síndrome doloroso y las características individuales de los pacientes.

Se sugiere profundizar en la integración del mindfulness dentro de programas de intervención multimodales para el dolor

crónico, evaluando su valor como complemento a otras estrategias psicológicas y médicas basadas en la evidencia.

Los hallazgos derivados de la presente revisión teórica narrativa permiten concluir que las intervenciones basadas en mindfulness, particularmente el programa de Reducción del Estrés Basado en Mindfulness (MBSR) propuesto por Kabat-Zinn, constituyen una alternativa psicoterapéutica pertinente y prometedora en el abordaje del dolor crónico desde una perspectiva biopsicosocial. La evidencia empírica analizada respalda su utilidad principalmente en la disminución del sufrimiento asociado al dolor, la mejora del funcionamiento psicosocial y el fortalecimiento de recursos psicológicos como la regulación emocional, la aceptación y la conciencia corporal, más que en la reducción directa e intensa de la intensidad del dolor percibido.

En coherencia con los modelos contemporáneos del dolor crónico, los estudios revisados muestran que el mindfulness actúa fundamentalmente sobre los procesos atencionales, evaluativos y emocionales que modulan la experiencia subjetiva del dolor. Este efecto se traduce en una menor interferencia del dolor en la vida cotidiana, una reducción del estrés psicológico y una mejor adaptación funcional, aspectos que resultan clínicamente relevantes en poblaciones con dolor persistente. De este modo, el mindfulness se consolida como una intervención orientada a transformar la relación del individuo con su experiencia dolorosa, más que como una técnica destinada a la supresión del síntoma físico.

Asimismo, la revisión pone de manifiesto que los efectos reportados del mindfulness tienden a ser más consistentes en variables psicológicas y de calidad de vida que en indicadores estrictamente nociceptivos. Esta diferenciación resulta fundamental para la delimitación adecuada

de los alcances terapéuticos del enfoque y para la prevención de expectativas clínicas irreales, tanto en profesionales de la salud como en pacientes. En este sentido, el mindfulness debe ser comprendido como una herramienta complementaria dentro de programas de intervención multimodales para el dolor crónico, especialmente indicada en personas con elevados niveles de rumiación, evitación experiencial o comorbilidad emocional.

No obstante, la evidencia disponible presenta limitaciones metodológicas relevantes, entre ellas la heterogeneidad de los diseños de investigación, la variabilidad en las características de las intervenciones y la escasez de estudios controlados con seguimiento longitudinal. Estas limitaciones restringen la posibilidad

de establecer conclusiones definitivas sobre la magnitud de los efectos y subrayan la necesidad de investigaciones futuras con mayor rigor metodológico que permitan fortalecer el nivel de evidencia.

En conclusión, el mindfulness, y en particular el modelo MBSR, emerge como una intervención psicológica válida y clínicamente significativa para el manejo del dolor crónico, en la medida en que contribuye a reducir el sufrimiento asociado, mejora la calidad de vida y favorece una adaptación psicológica más funcional al dolor persistente. Su integración crítica y contextualizada en la práctica clínica representa una vía prometedora para el desarrollo de abordajes terapéuticos más integrales, humanos y acordes con la complejidad inherente a la experiencia del dolor crónico.

Referencias

- Baer, R. A. (2003). Mindfulness training as a clinical intervention: A conceptual and empirical review. *Clinical Psychology: Science and Practice, 10*(2), 125–143. <https://doi.org/10.1093/clipsy.bpg015>
- 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*(4), 822–848. <https://doi.org/10.1037/0022-3514.84.4.822>
- Cerdá, J., & de Andrés, J. (2011). *Dolor crónico: Guía de actuación clínica en atención primaria*. Hospital General Universitario de Valencia.
- Chiesa, A., & Serretti, A. (2011). Mindfulness-based interventions for chronic pain: A systematic review of the evidence. *Journal of Alternative and Complementary Medicine, 17*(1), 83–93. <https://doi.org/10.1089/acm.2009.0546>
- Davis, M. C., Zautra, A. J., Wolf, L. D., Tennen, H., & Yeung, E. W. (2015). Mindfulness and cognitive-behavioral interventions for chronic pain: Differential effects on daily pain reactivity and stress reactivity. *Journal of Consulting and Clinical Psychology, 83*(1), 24–35. <https://doi.org/10.1037/a0038200>
- Delgado, L. C. (2009). *Correlatos psicofisiológicos de mindfulness y la preocupación: Eficacia de un entrenamiento en habilidades mindfulness* (Tesis doctoral). Universidad de Granada.
- Didonna, F. (2007). *Manual clínico de mindfulness*. Desclée de Brouwer.
- Germer, C. K. (2011). *El poder del mindfulness*. Paidós.
- Grossman, P., Niemann, L., Schmidt, S., & Walach, H. (2004). Mindfulness-based stress reduction and health benefits: A meta-analysis. *Journal of Psychosomatic Research, 57*(1), 35–43. [https://doi.org/10.1016/S0022-3999\(03\)00573-7](https://doi.org/10.1016/S0022-3999(03)00573-7)

Iczak Moñivas, A., Díez, G., & de Silva, R. (2011). Mindfulness: Práctica, constructo, teoría, método e intervención: ¿Nuevo paradigma? Comunicación presentada en el Congreso Internacional de la Universidad de Deusto, Bilbao, España.

Kabat-Zinn, J. (1982). An outpatient program in behavioral medicine for chronic pain patients based on the practice of mindfulness meditation: Theoretical considerations and preliminary results. *General Hospital Psychiatry*, 4(1), 33–47. [https://doi.org/10.1016/0163-8343\(82\)90026-3](https://doi.org/10.1016/0163-8343(82)90026-3)

Kabat-Zinn, J. (2005). *La práctica de la atención plena*. Paidós.

Kabat-Zinn, J. (2010). *Mindfulness en la vida cotidiana*. Paidós.

Londoño, J., et al. (2014). *Guía para la construcción de estados del arte*. Universidad Cooperativa de Colombia.

Ministerio de Salud de la República de Colombia. (1993). *Resolución No. 8430 de 1993 por la cual se establecen las normas científicas, técnicas y administrativas para la investigación en salud*.

Moreno, A. (2012). Mindfulness y bienestar psicológico. *Revista Internacional de Psicología*, 12(1), 42–52.

Parra, M. (2011). *Eficacia de la terapia cognitiva basada en la conciencia plena en pacientes con fibromialgia* (Tesis de maestría). Universidad de Castilla-La Mancha.

- Sarmiento, M., & Gómez, A. (2010). *Mindfulness: Una propuesta de aplicación en rehabilitación neuropsicológica*. Universidad de San Buenaventura.
- Siegel, R. D., Germer, C. K., & Olendzki, A. (2009). *La solución mindfulness: Prácticas cotidianas para problemas cotidianos*. Desclée de Brouwer.
- Tartakovsky, M. (2013). Using mindfulness to approach chronic pain. *Psych Central*. <https://psychcentral.com/lib/using-mindfulness-to-approach-chronic-pain>
- Veehof, M. M., Oskam, M. J., Schreurs, K. M. G., & Bohlmeijer, E. T. (2011). Acceptance-based interventions for the treatment of chronic pain: A systematic review and meta-analysis. *Pain*, 152(3), 533–542. <https://doi.org/10.1016/j.pain.2010.11.002>