BIBLIOTECA LAS CASAS – Fundación Index
http://www.index-f.com/lascasas/lascasas.php

Cómo citar este documento

Izaguirre Riesgo, Anaí; Alonso Pérez, Fernando; Fernández Fidalgo, Delia; Suárez Gil, Patricio; Figueiras Balea, Jose. Eficacia de una intervención grupal basada en un programa de atención plena (Mindfulness) en pacientes con trastornos de ansiedad en el ámbito de la atención primaria. Biblioteca Lascasas, 2016; 12(1). Disponible en
http://www.index-f.com/lascasas/documentos/lc0876.php

TRABAJO FIN DE ESPECIALIDAD DE
ENFERMERÍA FAMILIAR Y COMUNITARIA

EFICACIA DE UNA INTERVENCIÓN GRUPAL BASADA EN UN PROGRAMA DE ATENCIÓN PLENA (MINDFULNESS) EN PACIENTES CON TRASTORNOS DE ANSIEDAD EN EL ÁMBITO DE LA ATENCIÓN PRIMARIA.

Anaí Izaguirre Riesgo
Jose Figueiras Balea

10 de marzo de 2014

TRABAJO DE LA ESPECIALIDAD DE ENFERMERÍA FAMILIAR Y COMUNITARIA.

UNIDAD DOCENTE MULTIDISCIPLINAR DEL PRINCIPADO DE ASTURIAS.

EFICACIA DE UNA INTERVENCIÓN GRUPAL BASADA EN UN PROGRAMA DE ATENCIÓN PLENA (MINDFULNESS) EN PACIENTES CON TRASTORNOS DE ANSIEDAD EN EL ÁMBITO DE LA ATENCIÓN PRIMARIA.

Autores	Tutor	Co- tutor
Anaí Izaguirre Riesgo	Fernando Alonso Pérez	Delia Fernández Fidalgo
Jose Figueiras Balea	Patricio Suárez Gil	

ÍNDICE:

1. Introducción.

2. Objetivos.
   2.1. Objetivos.
   2.2. Hipótesis.

3. Metodología.
   3.1. Diseño.
   3.2. Sujetos.
   3.3. Instrumentos.
   3.4. Intervención.
   3.5. Análisis estadístico.
   3.6. Aspectos éticos.

4. Resultados.
   4.1. Variables independientes.
   4.2. Variables dependientes.
   4.3. Evaluación de la intervención.

5. Discusión
   5.1. Efecto sobre los síntomas de ansiedad.
   5.2. Efecto sobre los síntomas de depresión.
   5.3. Efecto sobre la Atención Plena.
   5.4. Efecto sobre el tratamiento farmacológico.
   5.5. Cambios en el afrontamiento y en las actitudes.
   5.6. Valoración del programa.
   5.7. Limitaciones del estudio.

6. Conclusiones.

7. Bibliografía.

8. Anexos.
   8.1. Carta de presentación de la intervención.
   8.2. Consentimiento informado.
   8.3. Cuestionarios de variables utilizados.
      8.3.1. Cuestionario de datos sociodemográficos.
      8.3.2. Cuestionario STAI.
      8.3.3. Cuestionario GOLBERG.
      8.3.4. Cuestionario FFMQ.
   8.4. Cuestionario de evaluación de la intervención, final del programa.

1. INTRODUCCIÓN.

Las enfermedades mentales constituyen un importante problema de Salud Pública debido a su alta prevalencia, las repercusiones que tienen sobre la calidad de vida de las personas que las padecen y sus familias y los costes sanitarios que generan.

Actualmente, en Europa, los trastornos mentales son la causa más frecuente de carga de enfermedad, por delante de las enfermedades cardiovasculares y del cáncer. La Organización Mundial de la Salud (OMS) estima que en el año 2020 los trastornos de ansiedad pasen a ser la segunda causa de morbilidad en los países desarrollados (1).
En España, el consumo de hipnóticos y ansiolíticos se ha disparado en los últimos años. Según el informe EDADES del Ministerio de Sanidad Servicios Sociales e Igualdad, el porcentaje de personas que ha tomado algún fármaco hipnosedante ha pasado del 5,1% en 2005 a un 11,4% en 2011(2).

Los resultados obtenidos en la Encuesta de Salud Asturias del año 2012, indican que el 20% de la población adulta asturiana tiene riesgo de mala salud mental. La proporción de personas en riesgo es mucho mayor en mujeres que en hombres (25% mujeres frente al 15% en hombres), llegando a alcanzar a un tercio de las mujeres mayores de 65 años. En esta misma encuesta, un 11% de la población adulta asturiana declaraba padecer o haber padecido algún episodio de ansiedad o depresión, los trastornos mentales más prevalentes (3).

La mayor parte de las personas que padecen síntomas de ansiedad o de depresión son atendidas en el contexto de Atención Primaria (AP). Según los datos de actividad en AP del año 2008, el 26.22% del total de la población asturiana había consultado por problemas psicológicos y/o enfermedades mentales, habiendo generado 348.877 actos de consulta. Del total que acudieron por este motivo, el 63% eran mujeres. Muchos de estos pacientes presentan comorbilidad e, independientemente de la edad, el sexo y el diagnóstico que presenten, van a consumir una gran cantidad de recursos sanitarios, fundamentalmente en forma de visitas a su médico y consumo de fármacos (4,5).

La ansiedad generalizada se encuadra como una entidad propia, dentro de los trastornos de ansiedad, en el eje I de la DSM IV TR (6). La CIE 10, lo incluye, con esta misma etiqueta, en el capítulo V, “Trastornos mentales y del comportamiento”, con el código F41.1 (7). Las formas menores de ansiedad y depresión tienden a presentar perfiles de gran solapamiento de síntomas que se correlacionan inversamente con su severidad. El DSM-IV no incluye una categoría mixta de ansiedad-depresión, aunque contempla la posibilidad de una alteración mixta de ansiedad-depresión dentro de "trastornos de ansiedad no especificado".

La CIE-10 define un trastorno mixto de ansiedad-depresión para los casos en que ninguno de los dos trastornos predomine claramente. Las personas con síntomas mixtos de ansiedad-depresión representan un tipo de población con alto riego para desarrollar formas más severas de los trastornos afectivos o de

ansiedad cuando son expuestos a algún suceso vital importante. Este cuadro mixto de ansiedad-depresión, podría representar una fase prodrómica de la enfermedad o una fase residual de una forma de la enfermedad más severa. El uso de estrategias cognitivas desadaptativas como la rumiación o la preocupación son síntomas comunes en los trastornos de ansiedad y del ánimo.

La taxonomía de Diagnósticos de enfermería de la North American Nursing Diagnosis Association (NANDA) recoge, dentro del Dominio 9 "Afrontamiento, tolerancia al estrés", el diagnóstico de enfermería 00146 "Ansiedad" y están descritas, para este diagnóstico, las correspondientes características definitorias, en forma de manifestaciones conductuales, afectivas y fisiológicas, y los factores relacionados (8).

En cuanto al abordaje de este tipo de problemas, la OMS, de acuerdo a las evidencias disponibles, recomienda el no tratamiento a aquellas personas que no estén enfermas aunque sufran reacciones emocionales desagradables y propone las terapias cognitivo-conductuales (TCC) como primera opción y la combinación de fármacos y TCC como segunda (9,10,11).

La Atención Plena o Mindfulness es una TCC que se encuadra dentro de las llamadas Terapias de Tercera Generación en Psicología.

Sus orígenes, sin embargo, se remontan a más de 2500 años de antigüedad, siendo una de las técnicas de meditación budista más antigua (Vipassana) (12,13).

La Atención Plena ha sido definida como la "intención sostenida de centrar la atención en la realidad del momento presente, aceptándola sin juicios y sin dejarse llevar por los pensamientos ni por las reacciones emotivas del momento" (14).

Como terapia, fue introducida en occidente mediante el programa de reducción del estrés basado en Mindfulness (MBRS) del biólogo estadounidense Jon Kabat-Zinn en 1979. El MBRS es un programa de entrenamiento en meditación para personas con dolor crónico, cáncer y problemas relacionados con el estrés con buenos resultados clínicos (15,16,17).

Posteriormente, Segal, Williams y Teasdeale (2000) adaptaron el programa original al marco clásico de la terapia cognitiva de la depresión, desarrollando la Terapia Cognitiva basada en la Atención Plena (TCAP) que incluye enseñanza de las técnicas de meditación y educación sobre el funcionamiento de la mente (18,19).

La TCAP, es un programa estructurado de 8 semanas de duración que pretende entrenar la habilidad de atender a la calidad de la atención, con la finalidad de hacerse consciente de las reacciones automáticas

y los procesos psicológicos sobreaprendidos que contribuyen al desequilibrio emocional y a la conducta desadaptativa habitualmente relacionada con estados de ánimo disfuncionales. El programa de TCAP es

más un programa de entrenamiento en habilidades cognitivas que una psicoterapia: al estar libre de contenido narrativo autoreferencial, puede ser implementada en formato grupal sin que sea necesario estar formado en dinámicas de grupo (20,21,22).

Esta forma de atención intencional ha sido incorporada durante las últimas décadas tanto a programas de mejora de la salud como a tratamientos psicológicos para aliviar condiciones diversas, en especial síntomas de depresión y ansiedad en el marco de la salud europeo (principalmente en Alemania y Reino Unido) y desde hace aproximadamente una década también en España (23,24,25,26,27,28,29,30).

La enfermera de Atención Primaria tiene, dentro de las competencias clínicas avanzadas en el ámbito familiar y comunitario la competencia para planificar, dirigir, desarrollar y evaluar, junto a otros especialistas y profesionales, programas de atención a las enfermedades crónicas presentes en el ámbito familiar y comunitario(31).Existen numerosas intervenciones para patologías como la diabetes, la hipertensión arterial, la obesidad, la incontinencia, el insomnio, la menopausia o el dolor crónico, entre otros, pero son escasas las actuaciones en ansiedad y depresión. En contraste, los escasos estudios que han evaluado algún programa cognitivo conductual aplicado por enfermeras, para el tratamiento de pacientes con diagnósticos de ansiedad y depresión o el abordaje de estos síntomas en cuidadores, han mostrado ser altamente eficaces (32,33).

Los enfoques terapéuticos grupales basados en la práctica de la meditación pueden ser una buena opción como coadyuvante al tratamiento farmacológico dentro de las estrategias de atención a crónicos.

En este sentido, los planes de cuidados específicos para el abordaje de la ansiedad incluyen, entre las intervenciones propuestas para la disminución de este síntoma, la enseñanza de prácticas de meditación (34).

Sin embargo, es necesario ampliar la investigación, con el objetivo de demostrar la eficacia de este tipo de terapias cuando se interviene en Atención Primaria (35,36,37).

Este trabajo pretende evaluar la eficacia de una adaptación de un programa basado en la Atención Plena, dirigida por una enfermera en colaboración con un psicólogo clínico, en la reducción de la sintomatología de pacientes con un diagnóstico de trastorno de ansiedad y aplicada en el contexto de un centro de salud.

2. OBJETIVOS.

2.1. Objetivos.

El Objetivo general de esta investigación es evaluar la eficacia de un programa basado en la Atención Plena (Mindfulness) en el tratamiento de personas con diagnóstico de trastorno de ansiedad en el contexto de Atención Primaria.

Los objetivos específicos que persigue este trabajo son los siguientes:

- Comprobar la eficacia de un programa de meditación para reducir las medidas de ansiedad y depresión en una muestra de pacientes tratados en un centro de salud.
- Evaluar la eficacia del programa para aumentar la Atención Plena y las estrategias de afrontamiento efectivo a través de un cuestionario validado.
- Estudiar el impacto de la terapia en la toma de medicación de rescate así como del tratamiento de base para los síntomas de ansiedad y depresión a los tres meses de la finalización del programa.
- Comprobar el mantenimiento de los cambios y la continuidad de la práctica de meditación a los tres meses de finalizar el tratamiento.

2.2. Hipótesis.

Se plantean en este trabajo las siguientes hipótesis:

- Después de la intervención habrá una reducción significativa de los niveles de ansiedad medidos con el cuestionario STAI y esta reducción se mantendrá a los tres meses de finalizar el tratamiento.
- Se espera una reducción significativa de los síntomas somáticos, de disfunción social y de depresión medidos a través del test de Goldberg que se mantenga tres meses después de terminar la intervención.
- Debido a que el tratamiento está basado en el aprendizaje y práctica de la meditación en la Atención Plena se espera que, al finalizar el tratamiento, haya un aumento significativo en las puntuaciones que miden las cinco habilidades cognitivas de las que se compone y que se mantenga a los tres meses de la intervención.
- Dado que este tipo de meditación potencia el afrontamiento efectivo de la experiencia, se espera una reducción en la toma de medicación de rescate para los síntomas a los tres meses.

- Otros estudios de seguimiento publicados indican niveles altos de práctica de meditación meses después de terminar el tratamiento por lo que se espera que en la medida de seguimiento a los tres meses continúen practicando la meditación en la respiración varias veces por semana al menos el 60% de los pacientes.

3. METODOLOGÍA

3.1. Diseño.

Se trata de un estudio cuasiexperimental pre y post intervención sin grupo control con tres medidas repetidas (pre, post y tres meses).

3.2. Población a estudio.

La población seleccionada fue el total de personas pertenecientes a la Zona Básica de Salud 5.9 de Gijón, que contaban en su historia clínica con un diagnóstico de trastorno de ansiedad codificado dentro de los códigos CIAP P74, P75 y P76 .
La muestra estuvo formada por 16 personas que cumplieron los siguientes requisitos.

Los criterios de inclusión fueron:

- Diagnóstico de trastorno de ansiedad con una duración mayor de seis meses.
- Edad; entre 25-65 años.
- Tratamiento con ansiolíticos y/o antidepresivos.

Como criterios de exclusión se establecieron:

- Trastorno mental grave asociado.
- Adicción a drogas no legales o a alcohol o que estuvieran a tratamiento de desintoxicación o deshabituación en ese momento.
- Fobia social.
- Imposibilidad de acudir a un mínimo de 6 sesiones de la terapia.
- No ser posible el contacto vía telefónica.

Del total de sujetos con trastornos de ansiedad del Centro de Salud de El Coto, se seleccionó una muestra al azar de la cual se extrajeron 74 susceptibles de intervención.
Se les envió una carta con la información del proyecto. Pudo contactarse vía telefónica con 34 y 20 aceptaron la intervención.
Dos de ellos no iniciaron el programa y otros dos abandonaron por motivos personales en la segunda y la cuarta sesión.
Los 16 restantes completaron el programa y asistieron al 97,5% de las sesiones.

3.3. Variables.

3.3.1. Variables independientes.

Se recogieron, a través de un cuestionario de datos sociodemográficos en la entrevista previa a la intervención, las siguientes variables:

- Sexo.
- Edad.
- Formación académica.
- Ocupación.
- Estado civil.
- Personas a cargo.

3.3.2. Variables dependientes.

- Ansiedad medida como estado en el momento de cubrir el cuestionario y como rasgo de personalidad.
- Síntomas somáticos, disfunción social y síntomas depresivos.
- Nivel de desarrollo de las habilidades de Atención Plena.
- Farmacoterapia.

3.4. Instrumentos.

Las variables se evaluaron mediante los siguientes instrumentos:

- Para medir las variables independientes se utilizó un cuestionario simple de datos demográficos de creación propia similar a los utilizados en cualquier otro estudio de investigación.

- Para evaluar la variable ansiedad se utilizó el cuestionario STAI. Se trata de un cuestionario auto-administrado dividido en dos subescalas:
  - La subescala ansiedad/estado identifica un estado emocional transitorio caracterizado por sentimientos subjetivos, conscientemente percibidos de tensión y aprensión con hiperactividad del sistema nervioso autónomo. En este apartado el sujeto indica en que medida el enunciado refleja como se siente ahora, en este momento.

- La subescala ansiedad/rasgo valora una propensión ansiosa relativamente estable que caracteriza a los individuos con tendencia a percibir las situaciones como amenazadoras. La puntuación total para cada una de las subescalas oscila entre 20 y 80 puntos. No existen puntos de corte propuestos. Las puntuaciones directas que se obtienen se transforman en centiles en función de la edad y el sexo. A mayor puntuación, mayor nivel de ansiedad.

- Para medir los síntomas somáticos y el grado de disfunción social y depresión se hizo uso del Test de Goldberg que consta de cuatro subapartados: síntomas somáticos, disfunción social, ansiedad/insomnio y depresión. Cada apartado presenta siete ítems con cuatro posibilidades de respuesta. Se puntúa con un punto cualquiera de las dos opciones de respuesta que indiquen mayor afectación.

- Entre las pruebas de auto-evaluación que miden el Mindfulness como rasgo, se eligió el Five Facet Mindfulness Questionnaire (FFMQ) de Baer, Smith, Hopkins, Krietemeyer y Toney (2006), que mide la tendencia general a proceder con Conciencia Plena en el día a día a partir de cinco habilidades: observación, descripción, actuar con conciencia, ausencia de juicio y ausencia de reactividad. El FFMQ incluye 39 ítems medidos con una escala likert de 1 a 5 según el grado de acuerdo con cada enunciado, desde muy raramente hasta siempre. El coeficiente alpha para cada factor está entre 75 y 91, lo que indica una buena consistencia interna.

- La evaluación de la intervención se realizó utilizando el cuestionario del Center for Mindfulness de la Universidad de Massachussets. Esta evaluación consta de los siguientes apartados :

  - Auto-Percepción general. Orientada a conocer como se siente en general, su grado de energía, eficacia y su grado de atención actual, mediante una escala Likert de 5 niveles., indicando detalles sobre el cambio del grado de atención.
  - Práctica de los ejercicios del programa, indicando cuáles practica con más frecuencia.
  - Cambios de actitud, en relación con cuidarse y con los demás.
  - Valoración de la intervención, con una escala de 1 a 10.

3.5. Intervención.

Los pacientes que cumplían los criterios de inclusión fueron invitados a participar en el programa mediante una carta dirigida por la coordinadora del centro de salud de El Coto.
Se procedió al contacto telefónico 15 días después de haber sido enviadas las cartas.
Con aquellos interesados en participar en el programa se concertó una entrevista previa de 45 minutos en la que se les explicaron los objetivos, el contenido del programa y se les solicitó cubrir los cuestionarios para medir su estado basal pre intervención.
Todos ellos firmaron un consentimiento informado y recibieron una copia del mismo en la que se resumía la información dada durante la entrevista y se les animaba a preguntar cualquier duda acerca del programa. Cada participante se comprometió, mediante contrato de contingencia, a asistir a las sesiones, contestar los cuestionarios después de terminar la intervención y dedicar 45 minutos diarios al programa para realizar los ejercicios prácticos y cubrir los registros de las tareas para casa, al menos durante las ocho semanas que duraba el tratamiento.

Para impartir las sesiones y realizar las prácticas se habilitó la sala de fisioterapia del centro de salud con sillas para la práctica de meditación y con un proyector para la parte teórica semanal.
Se crearon 9 presentaciones audiovisuales con el programa Prezi para facilitar el aprendizaje y la comprensión de los temas impartidos en cada sesión del programa.

De material se les dieron 2 CDS con meditaciones guiadas, hojas de auto-registros con tareas para casa y resúmenes con lo que se explicaba en cada sesión.
Cada CD contenía 4 pistas:
El primero contenía una iniciación a la meditación en la respiración, cómo practicar el escáner corporal, la “meditación en las sensaciones” y el “espacio de respiración de tres minutos”.
El segundo CD contenía la “meditación en el ahora”, la “meditación en las emociones”, la “práctica del anhelo de felicidad” y la “práctica Tonglen” (amabilidad hacia uno mismo) .
Todas las meditaciones son dirigidas por el psiquiatra valenciano Vicente Simón, experto en Atención Plena.

Las tareas para casa y los resúmenes de las sesiones se fueron dando de forma gradual, semana a semana, tras terminar cada sesión.
Las tareas para casa se dividían en dos partes: una de auto-registro de la práctica y de auto-registro de pensamientos y emociones que tenían que ser contestadas 6 días a la semana y un liberador de hábitos , que debían poner en práctica al menos una vez a la semana.
Los liberadores de hábitos son cambios simples en las rutinas diarias que ayudan a romper con los comportamientos automatizados.

Los resúmenes de las sesiones están basados en el manual “Mindfulness. Guía práctica para encontrar la

paz en un mundo frenético" (Williams M. y Penman D., 2013), con varias adaptaciones que se describirán más adelante.

Los resúmenes incluían una cita inicial relacionada con el tema de esa semana, un resumen de lo más importante de cada sesión, una explicación de la práctica en casa, una hoja para realizar los auto-registros y un liberador de hábitos.

Las sesiones, estructuradas en bloques bien definidos, se ciñeron a los temas a tratar cada semana y a las dificultades experimentadas en la práctica y no se permitió ni fomentó que los participantes explicaran experiencias vitales individuales.

Lo que se intenta enseñar es una modo de vivir el presente y de aprender a relacionarse con los pensamientos, las emociones y las sensaciones corporales y el tiempo es limitado.

Se indica desde el comienzo que no se trata de una terapia de grupo sino de un programa psicoeducativo y las intervenciones de los participantes han de estar relacionadas con los temas que se tratan y con las dificultades en la realización de los ejercicios prácticos.

Es muy recomendable que haya dos instructores en el programa y que al menos uno practique este tipo de meditación de forma habitual para poder enseñar a los participantes de forma eficaz. Sobre este punto insisten de forma reiterada los creadores del programa.

La adaptación fue dirigida y desarrollada por una enfermera en colaboración con un psicólogo clínico que son además los autores de este estudio.

Se adaptó el programa original de Mark Williams y Danny Penman y se incluyó a personas que presentaban síntomas de ansiedad y depresión, ya que, aunque el programa original haya sido desarrollado para evitar las recaídas en depresión, ha sido demostrada su eficacia en el tratamiento de ambos síntomas.

Una de las adaptaciones que se realizan en este estudio es la eliminación de la enseñanza de Yoga, debido a que muchos de los participantes presentaban problemas osteomusculares y a la falta de formación de los instructores para impartir este tipo de ejercicios.

En lugar de ejercicios de Yoga se potenció la enseñanza de meditaciones que trabajan de forma intensa con el cuerpo, como el escáner corporal o la meditación caminando.

El contenido de las sesiones fue el siguiente:

Sesión 1: Conceptos generales y presentación.

Los instructores y participantes se presentan y se describe de forma breve las características del programa.

Se incide en la necesidad de acudir a las sesiones semanales y realizar las prácticas en casa para poder obtener el máximo beneficio del programa.

Se explican los conceptos Atención Plena, actitud Mindfulness, "piloto automático" y modos mentales "hacer" y "ser" de forma verbal y con apoyo audiovisual.

Se inicia a los participantes en la práctica de la meditación informal mediante el ejercicio del chocolate y una meditación breve en la respiración.
Se les dan las actividades para casa:

- Escuchar la pista uno del CD "meditación en la respiración".
- Realizar espacios de respiración de tres minutos al menos 2 veces/día (pista 3 del CD).
- Rellenar las hojas de auto-registros.
- Elegir de una lista una actividad cotidiana y hacerla como el "ejercicio del chocolate".
- Liberador de hábitos: cambiar de silla.

Sesión 2: Tener en mente el cuerpo.

Se comienza preguntando dificultades y aclarando las dudas que hayan surgido durante la semana. Se recogen las hojas de auto-registros.
En la parte teórica el objetivo principal es conseguir la integración mente-cuerpo.
Se explica como los estados mentales negativos afectan en forma de síntomas somáticos en el cuerpo.
Se introduce a los participantes en la práctica del escáner corporal y se comentan las dificultades que han encontrado y las que pueden encontrarse en casa.
Se les dan las tareas para casa:

- Escuchar la pista 2 del CD "práctica del escáner corporal".
- Realizar espacios de respiración al menos 2 veces/día.
- Elegir otra actividad diaria de la lista para realizar con plena conciencia.
- Cubrir la hoja de auto-registros.
- Liberador de hábitos: salir a caminar.

Sesión 3: La actitud importa.

En esta sesión se explica qué es el miedo psicológico, qué es la ansiedad y los cuatro componentes que la componen y la importancia de la empatía y la paciencia hacia nuestra mente en la práctica de la Atención Plena.
Se inicia a los participantes en la "meditación de las sensaciones corporales", en la "meditación caminando" y en la "meditación en la naturaleza".
Se dan las tareas para casa:

- Escuchar la pista cuatro del CD al menos 6 dias/semana "meditación de las sensaciones".
- Realizar espacios de respiración de tres minutos al menos 3 veces/día.

- Elegir otra actividad diaria de práctica informal.
- Rellenar las hojas de auto-registros.
- Liberador de hábitos: valorar la televisión.

Sesión 4. El dialogo interior y la ideación.

El objetivo de esta semana es saber identificar los pensamientos rumiativos, a conocer sus efectos y a aprender a percibirlos como síntomas de estrés y agotamiento, a reconocer su presencia y a dejar que se vayan.
Se explica cómo funciona el pensamiento, cómo se forma por activación neuronal y cómo desencadena una serie de respuestas aprendidas que traen asociadas emociones y conductas.
Las prácticas de esta semana están ideadas para ser capaces de parar el proceso de pensamiento imaginativo y rumiativo y para relacionarse con este tipo de pensamientos de una forma diferente; como observador que no actúa.
La" meditación en el sonido" revela la similitud entre el sonido y el pensamiento.
A partir de esta semana, los participantes, comienzan a desarrollar la habilidad mental denominada metacognición.
Las tareas para casa son:

- Realizar la "meditación en el sonido" al menos 3 días a la semana.
- Escuchar la pista 1 del CD2 al menos 3 días a la semana.
- Añadir otra actividad rutinaria a la práctica informal.
- Cubrir las hojas de auto-registros.
- Liberador de hábitos: Una visita al cine sin planificar lo que ver.

Sesión 5. Aceptación. Afrontando las dificultades.

El objetivo de esta semana es enseñar a los participantes a adoptar conductas que les permitan aceptar, de forma incondicional y sin juzgar, todas las experiencias, ya sean de carácter interno o externo, que les sucedan.
Aceptar la experiencia presente es el primer paso del afrontamiento efectivo y desde la aceptación pueden emprenderse acciones resolutivas y efectivas y no reacciones instintivas y condicionadas que pueden resultar contraproducentes.
En esta semana aprenden que la aceptación da opciones.
Las tareas para casa son:

- Escuchar la pista 2 del CD2 al menos 6 días/semana.
- Espacios de respiración mínimo 3 veces/día y siempre que lo necesiten.
- Sumar una nueva actividad cotidiana para la práctica informal.
- Cubrir los auto-registros.

- Liberador de hábitos. Cuidar una planta.

Semana 6. Sufrimiento mental. Pensamientos conectados con estados de ánimo.

El objetivo de esta semana es conocer cómo los pensamientos negativos afectan a los sentimientos y las conductas.
Se enseña cómo los pensamientos están más conectados con los estados de ánimo subjetivos que con la realidad objetiva del momento.
Se incide en la importancia de la práctica para cambiar el modo de relacionarnos con los pensamientos y enseña cómo etiquetar los pensamientos y las emociones.
Tareas para casa:

- Escuchar la pista 3 del CD2 al menos 3días/semana.
- Escuchar la pista 4 del CD2 al menos 3 días/semana.
- Espacio de respiración mínimo 2 veces/día y siempre que lo necesiten.
- Elegir una nueva actividad para la práctica informal.
- Liberador de hábitos: realizar una buena acción con un desconocido o con alguien familiar.

Semana 7. Buscando el equilibrio.

Llegada esta semana, los participantes ya han aprendido estrategias para relacionarse de forma diferente con sus pensamientos, sentimientos y emociones.
Esta sesión trata sobre todo de suministrar herramientas para que empiecen ahora a relacionarse con el medio externo de forma más efectiva y para potenciar su autocuidado.
Es una semana en la que se potencia el autoconocimiento a través de auto-registros de las actividades que les resultan beneficiosas y las que los agotan y cómo pueden conseguir que estén equilibradas.
Tareas para casa:

- Escuchar la pista de CD que más beneficios te haya aportado 3 días/semana, sin la ayuda del CD.
- Escuchar la pista de CD que menos te haya gustado al menos 3 días/semana, sin la ayuda del CD.
- Espacios de respiración siempre que los necesiten, sin la ayuda del CD.
- Realizar práctica informal con todas las actividades cotidianas que sea posible.

Semana 8. Integrar la práctica en la vida diaria.

Es una sesión resumen, como todas las semanas se comentan las dificultades de la práctica, se les indica verbal y por escrito cómo mantener la práctica cuando se termine el programa y se les ofrece bibliografía para reforzar los conocimientos aprendidos.

Se les recomienda asesorarse, con profesionales cualificados, sobre la posibilidad de realizar prácticas de Hatha Yoga u otro tipo de ejercicio físico que les agrade.
Se anima a todos los participantes a comentar su experiencia en el programa y por último se dan las instrucciones para cubrir los cuestionarios post intervención y se cierra la fase inicial del programa.

Sesión de refuerzo al mes de la intervención.

Es básicamente una sesión de refuerzo de conocimientos, aclaración de dudas y resolución de dificultades.

Sesión a los tres meses del fin de la intervención.

Se aclaran dudas y se repasan las principales actitudes implícitas en la práctica de la Atención Plena.
Se les solicita que cubran los cuestionarios por última vez y se cierra el programa.

3.6. Análisis estadístico.

El análisis estadístico se realizó mediante inferencia Bayesiana. Para evaluar el efecto de la intervención se realizó inferencia sobre las diferencias antes-después de los cuatro tipos de variables dependientes mediante modelos de comparación de medias a partir de distribuciones no informativas uniformes impropias. Se obtuvieron las distribuciones posteriores de las diferencias de medias que se resumieron mediante la media y el intervalo de credibilidad del 95%, así como la probabilidad posterior de que la media fuera mayor que 0. El intervalo de credibilidad del 95% expresa, a diferencia del intervalo de confianza clásico, el rango de valores entre los que se encuentra el verdadero valor del parámetro con probabilidad 95%. Y la probabilidad posterior de que una diferencia antes-después sea mayor que 0 indica la probabilidad de que la intervención haya producido un descenso en esa variable. Por simplicidad se evaluaron solo las diferencias pre y post- intervención, sin tener en cuenta las mediciones a tres meses para evitar la complejidad de los modelos de medidas repetidas.

Todos los análisis se llevaron a cabo con los paquetes estadísticos R y WinBUGS 1.4.

3.7. Aspectos éticos.

La intervención ha sido aprobada por la gerencia del área V.
La información se facilitó de forma oral y por escrito a todos los participantes y se les animó a preguntar cualquier duda que les surgiera sobre el programa.
Los datos se recogieron de forma anónima mediante un número de identificación y los datos sólo fueron manejados por los investigadores.

4. RESULTADOS.

La muestra se compuso de 18 sujetos. Hubo 2 abandonos, el primero en la segunda semana y el segundo en la semana quinta.

El resto de participantes completaron el programa y acudieron al 97,5% de las sesiones.

Los resultados del análisis estadístico que se expresan en este estudio están en relación a las medidas pre y post intervención.

En la evolución de las variables estudiadas se pueden observar un mayor efecto positivo sobre los síntomas en la medida post intervención.

En la medida a los tres meses de terminar la intervención puede observarse un aumento y consolidación del efecto positivo en todas las variables estudiadas en un grado que podemos considerar moderado.

Entre la fase final de la intervención y la fase de mantenimiento 3 personas causaron baja en el estudio por problemas familiares.

4.1. Variables independientes.

- La edad media de la muestra fue de 50,4 años siendo el 81% mujeres.
- El 43% había completado los estudios primarios, un 31% secundaria y un 12,5% formación profesional y formación universitaria.
- Respecto a la profesión, el 43,7 % eran amas de casa, el 25% asalariados, un 12,5% autónomos y el 18,7% restante estaban en situación de desempleo.
- El 62,5% estaban casados, el 12,5% eran viudos y el porcentaje de solteros, separados, divorciados o viviendo en pareja fue de 6,5%.
- El 68% tenía hijos o familiares a cargo.
- Todos tomaban tratamiento farmacológico para los síntomas: ansiolíticos el 12,5%, antidepresivos el 37,5% y ambos en combinación el 50%.
- Ninguno de ellos había participado en un programa psicoeducativo previamente.

Tabla 1. Descriptivo de la muestra.

Variables	*Frecuencia (n) %*
Sexo	
Hombres	(3) 18,8
Mujeres	(13) 81,2
Formación académica	
Primaria	(7) 43,75
Secundaria	(5) 31,25
Formación profesional	(2) 12,5
Formación universitaria	(2) 12,5
Ocupación	
Desempleado	(3) 18,75
Ama de casa	(7) 43,75
Autónomo	(2) 12,5
Asalariado	(4) 25,0
Estado civil	
Soltero	(1) 6,25
Viviendo en pareja	(1) 6,25
Casado	(10) 62,5
Separado	(1) 6,25
Divorciado	(1) 6,25
Viudo	(2) 12,5
Personas a cargo	
Sí	(11) 68,7
No	(5) 31,25
Fármacos	
Sí	(16) 100
No	
Tipo de fármaco	
Ansiolíticos	(2) 12,5
Antidepresivos	(6) 37,5
Combinación de ambos fármaco	(8) 50

Tabla 2. Valores de línea base de las variables dependientes.

Variable	Mín.	Q1.	Mediana	Media	Q3.	Máx.
Ansiedad/estado Total basal	32.0	38.8	55.0	52.0	59.8	71.0
Ansiedad/rasgo Total basal	39.0	47.8	58.5	57.6	68.2	75.0
Test de Goldberg Total basal	0.00	2.50	8.00	8.19	12.80	19.00
FFMQ Total basal	3	87	112	106	125	134

4.2. Variables dependientes.

A continuación se explican de manera específica los cambios experimentados en cada variable dependiente.

- Análisis de la escala que mide los síntomas de ansiedad.

Teniendo en cuenta el resultado de los análisis de las escala STAI, se detecta una reducción de los síntomas en las dos subescalas de medida.

Las medias posteriores de las diferencias de medias después-antes fueron para la subescala ansiedad/estado 12,7, Intervalo de Credibilidad 95% (ICred 95%): 3 a 21,6 con una probabilidad posterior de que la diferencia de medias sea mayor que 0 del 99,8% y para la subescala ansiedad/rasgo 8,5, ICred 95%: -0,5 a 17,6 con una probabilidad posterior de que la diferencia de media sea mayor que 0 del 96,2%.

El efecto del tratamiento se mantiene a los tres meses en ambas escalas.

Figura 1. Distribución posterior de la diferencia de medias de STAI-estado.

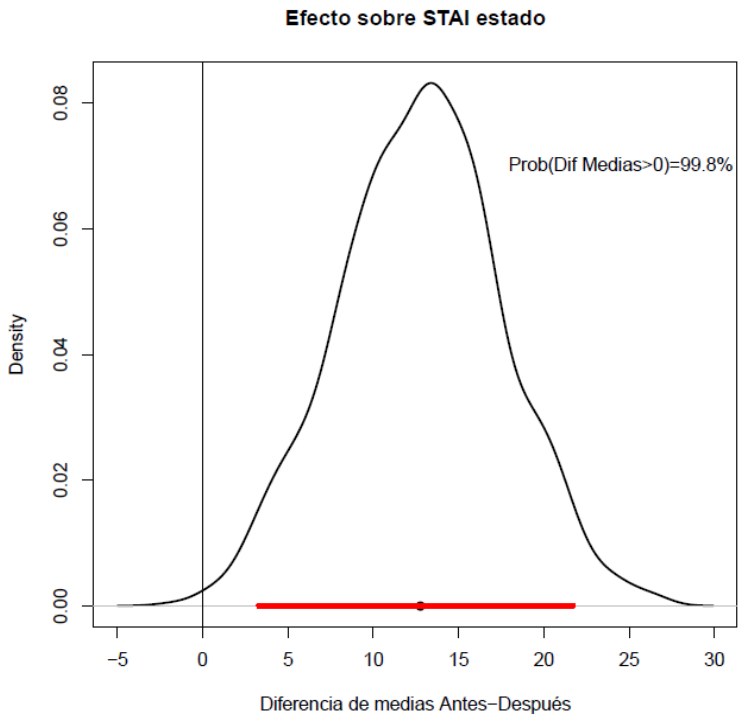


Tabla 2. Cambios en las puntuaciones de la escala de ansiedad/estado pre, post y 3 meses.

Variable	Mín.	Q1.	Mediana	Media	Q3.	Máx.	NA
Ansiedad/estado							
Basal	32.0	38.8	55.0	52.0	59.8	71.0	
Post	24.0	28.0	34.5	39.1	49.2	64.0	
3 meses	21.0	27.0	33.0	36.3	45.0	61.0	3

Figura 2.Diferencia de medias de STAI ansiedad-estado pre, post y 3 meses.

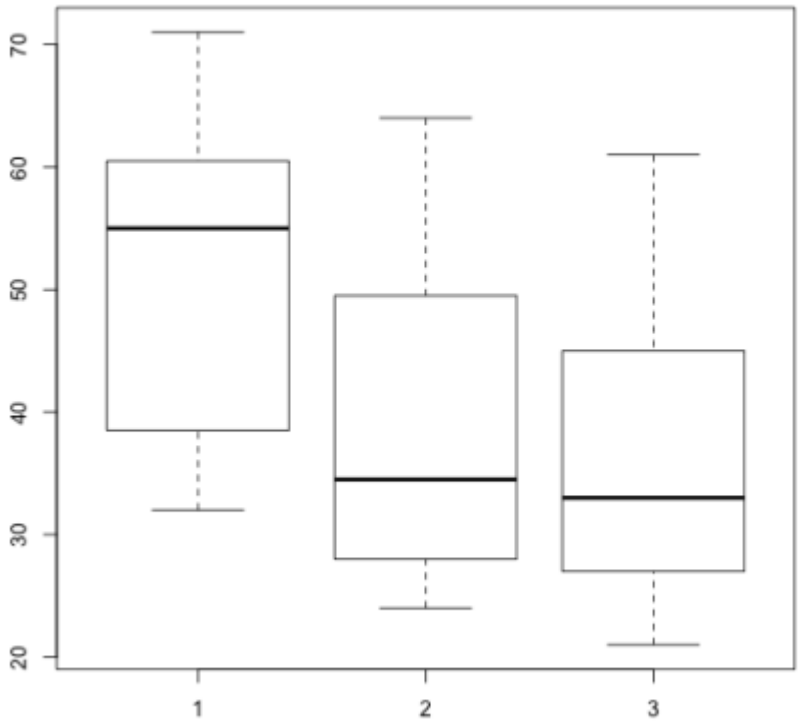


Figura 3. Distribución posterior de la diferencia de medias de STAI-rasgo.

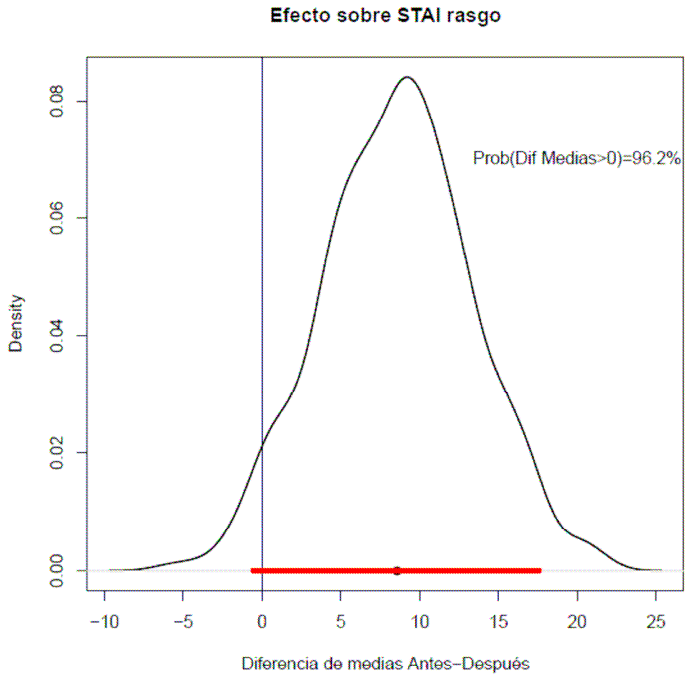
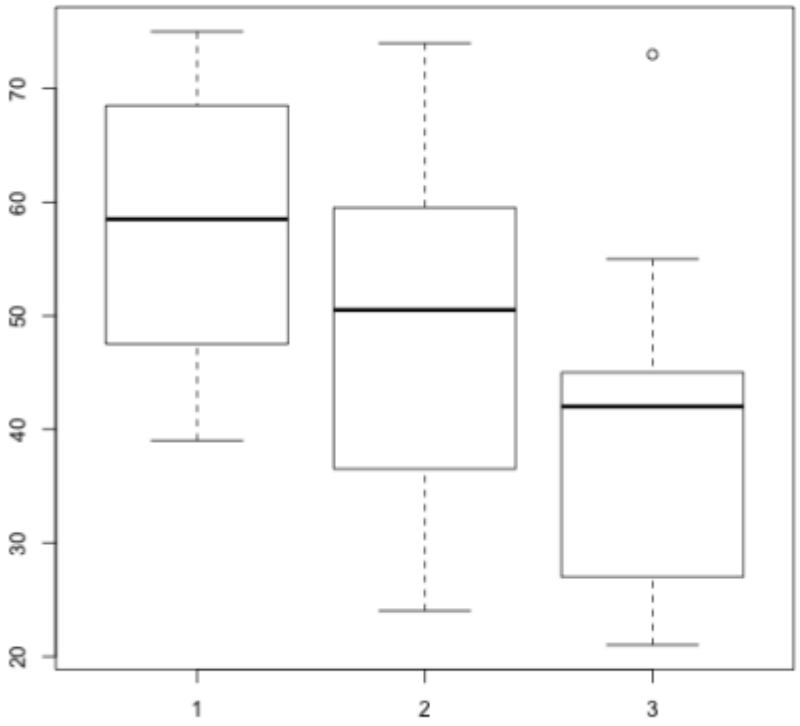


Tabla 3. Cambios en las puntuaciones de la escala ansiedad/rasgo pre, post y 3 meses.

Variable	Mín.	Q1.	Mediana	Media	Q3.	Máx.	NA
Ansiedad/rasgo							
Pre	39.0	47.8	58.5	57.6	68.2	75.0	
Post	24.0	37.8	50.5	48.9	58.8	74.0	
3 meses	21.0	27.0	42.0	40.2	45.0	73.0	3

Figura 4. Diferencia de medias de STAI ansiedad-rasgo pre, post y 3 meses.



- Análisis de la escala que mide síntomas de depresión.

El cambio es moderado tanto en la puntuación total del test como en las 4 subescalas de que se compone. Los efectos son de magnitud moderada para síntomas somáticos, disfunción social y altos para síntomas de ansiedad e insomnio.

La puntuación total del test de Goldberg disminuye 5,7 puntos, ICred 95%: 1,7 a 9,5 con una probabilidad posterior de que la diferencia de medias sea mayor que 0 del 100%.

En la valoración a los tres meses se observa un descenso en la medida de la sintomatología.

Figura 5. Distribución posterior de la diferencia de medias de los síntomas somáticos, de disfunción social y de depresión medidos con el Test de Goldberg.

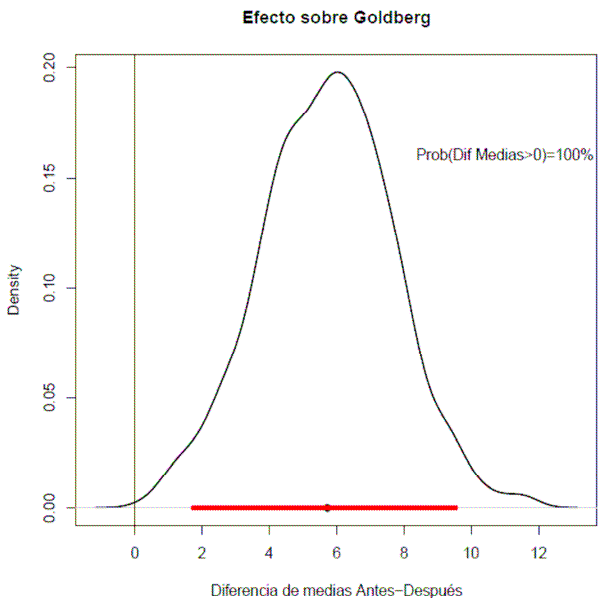
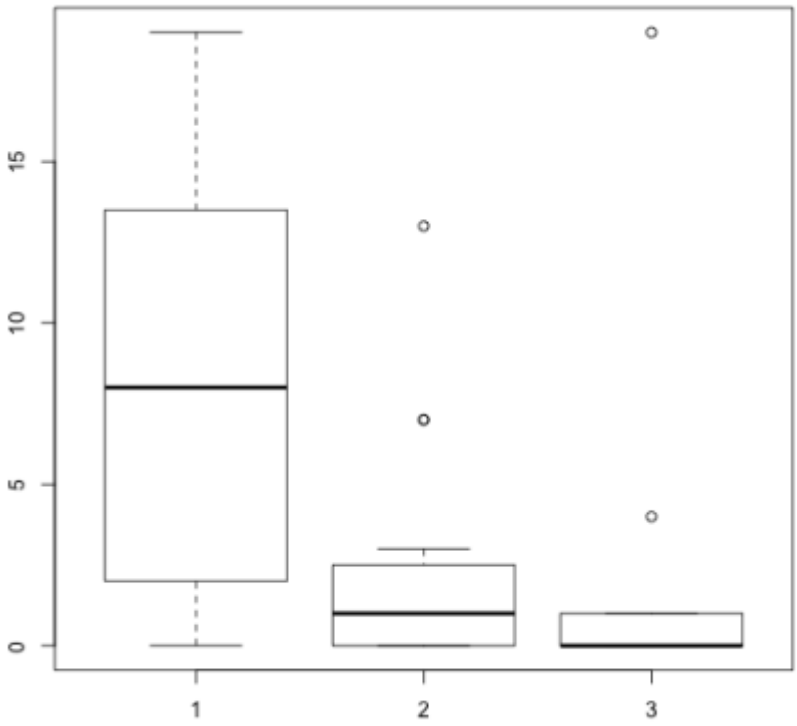


Tabla 4. Cambios en las puntuaciones del test de Goldberg.

Variable	Mín.	Q1.	Mediana	Media	Q3.	Máx.	NA
Total test de Goldberg							
Pre	0.00	2.50	8.00	8.19	12.80	19.00	
Post	0.00	0.00	1.00	2.38	2.25	13.00	
3 meses	0	0	0	2	1	19	3

Figura 6. Diferencia de medias de las medidas pre, post y 3 meses del Test de Goldberg.



- Análisis de la escala que mide las habilidades desarrolladas con la práctica de la meditación.

En este apartado se analizaron las variables medidas con el cuestionario FFMQ.

La puntuación de la Atención Plena aumenta durante la intervención con un cambio en la magnitud que consideramos elevado tanto en su puntuación total como en la puntuación de las cinco subescalas de que se compone.

La media posterior de la diferencia de medias después de la intervención fue de 20,4 puntos, ICred 95%: 5,8 a 35.La probabilidad posterior de que la diferencia de medias sea mayor que 0 es del 99,6%.

La capacidad de Atención Plena sigue aumentando a los tres meses del fin del tratamiento.

Figura 7. Distribución posterior de la diferencia de medias sobre la Atención Plena medida con el FFMQ.

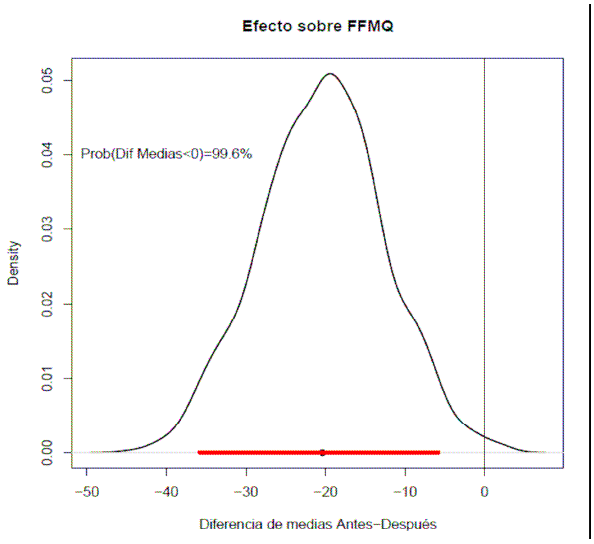
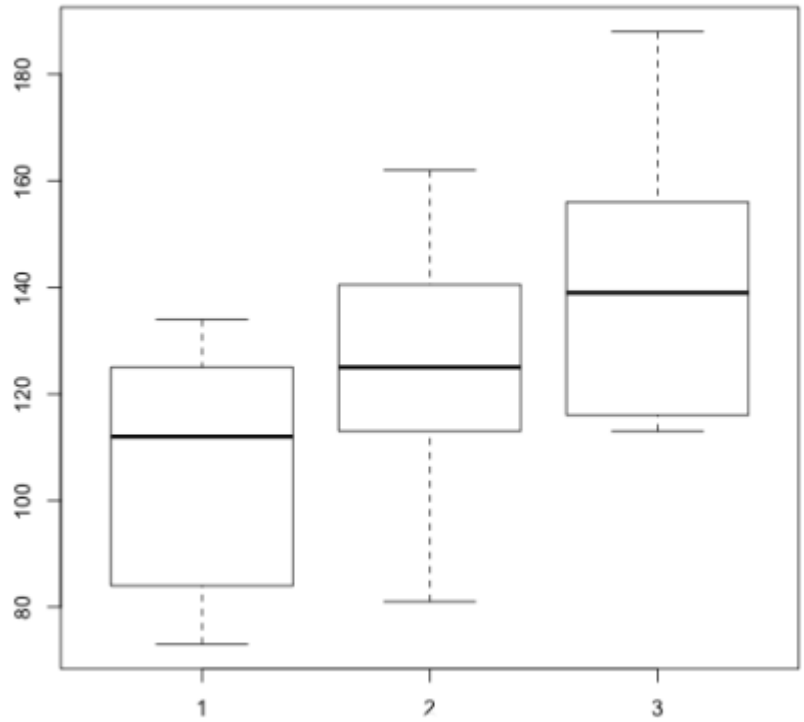


Tabla 5. Cambios en las puntuaciones del FFMQ.

Variable	Mín.	Q1.	Mediana	Media	Q3.	Máx.	NA
Total FFMQ							
Pre	73	87	112	106	125	134	
Post	81	113	125	126	139	162	
3 meses	113	116	139	139	156	188	3

Figura 8. Diferencia de medias del cuestionario FFMQ pre, post y 3 meses.



- Análisis de medidas sobre la toma de medicación.

A los tres meses de fin de la intervención, el 76,9% de los pacientes informaron haber disminuido la toma de medicación de rescate y el 53,8% el tratamiento de base para los síntomas.

Tabla 6. Efecto de la intervención en el tratamiento farmacológico.

Variables	*Frecuencia (n) %*
Reducción de la toma de medicación de rescate	
Sí	(10) 76,9
No	(3) 23.1
Reducción del tratamiento base sintomático	
Sí	(7) 53,8
No	(6) 46.2

4.3. Evaluación de la intervención.

Quienes terminaron la intervención tuvieron un buen nivel de asistencia a las sesiones.
Durante las primeras 8 semanas se registró una asistencia media del 97,5%; en la fase de mantenimiento la media de asistencia fue del 81,2 % y el programa en su totalidad registró una asistencia media de 89,4%.
Todos los participantes que finalizaron la intervención asistieron al menos al 75% de las sesiones.

Percepción del estado de salud tras la intervención.

El 92,3 % aseguró sentirse mejor en algunos aspectos tras la intervención; el 92,4% indicó tener más energía y el 92,3% manifestó que su grado de actividad física había mejorado.

Mantenimiento de la práctica.

El porcentaje de pacientes que seguían practicando la meditación a los tres meses del fin de la intervención fue del 100%; Un 46,1% diariamente y un 30,7% al menos tres veces por semana.
La práctica duraba más de media hora en el 15,4% y entre quince y treinta minutos en el 69,2%.
Las prácticas más utilizas fueron: el espacio de respiración 38,5 %, atención a la respiración natural y escáner corporal, ambos, 23% y la atención plena caminando un15,4 %.
El 69% de los pacientes continúa utilizando frecuentemente la atención a la respiración en su vida cotidiana y el 80% considera esta práctica muy útil para manejarse en situaciones estresantes.

Cambios de actitud.

Un 92% indicaba a los tres meses de la intervención cambios en su estilo de vida gracias a su asistencia al programa y también el 92% aseguraba que la mayor atención desarrollada a través de la meditación le había permitido cambiar la forma de relacionarse con sus pensamientos, sentimientos y reacciones automáticas.
El 100% reconocen algún cambio positivo en relación a cuidar mejor de sí mismos y un 91% afirma haber sido capaz de corregir algunos hábitos de su vida tras el programa.

La siguiente tabla indica en que grado percibieron los participantes que había cambiado su actitud en relación a su autocuidado y afrontamiento efectivo.

Tabla 6. Cambios referidos a las distintas actitudes.

Variable	*Frecuencia (n)%*	
	Gran cambio positivo	*Algún cambio positivo*
Cuidar mejor de mi mismo	(3) 30	(10) 70
La calidad/eficacia de mi trabajo	(2) 15	(7) 54
Mi organización del tiempo	(2) 15	(7) 54
Expresar mis emociones y sentimientos	(1) 3	(9) 69
La comunicación con otras personas	(2) 15	(9) 69
La relación conmigo mismo	(5) 38	(7) 54
Manejarme adecuadamente en situaciones estresantes	(2) 16	(11) 84
Ser capaz de corregir algunos hábitos de mi vida	(4) 30	(8) 61

Valoración de la intervención.

La media de la valoración de la intervención total fue de 9,7 en una escala de 0 a 10 y ningún asistente la valoró por debajo de 7.

El 100% de los participantes recomendaría el programa a otras personas.

5. DISCUSIÓN.

Este estudio pretendía evaluar la eficacia de una intervención basada en Mindfulness, aplicada por una enfermera y un psicólogo clínico, en el tratamiento de pacientes diagnosticados de ansiedad.

Los resultados obtenidos muestran una alta eficacia del programa, equiparable a los resultados informados por otros estudios que han utilizado una técnica similar en otros contextos, y a otras investigaciones sobre terapias no farmacológicas aplicadas en el ámbito de la Atención Primaria (24,29).

No se ha encontrado ningún trabajo que describa una intervención similar en la AP. Por tanto, no ha sido posible comparar los resultados de este estudio con otras experiencias que hayan empleado una técnica basada en la TCAP, en pacientes captados y tratados en los centros de salud. El único trabajo documentado llevado a cabo en este contexto evaluó la eficacia del programa MBRS con profesionales diagnosticados de Burnout, consiguiendo una disminución en los niveles de estrés laboral, aumento de la atención e incremento en la empatía (29).

Con respecto al efecto del programa sobre los síntomas de ansiedad, se ha observado una disminución relevante de los niveles de ansiedad estado y ansiedad rasgo. Los resultados coinciden con los obtenidos por otro estudio que ha utilizado una técnica similar para el tratamiento de pacientes diagnosticados de ansiedad y depresión atendidos en salud mental, (24). En este estudio, una intervención basada en la TCAP mostró una reducción significativa de los niveles de ansiedad y depresión.

Los resultados también igualan o mejoran los obtenidos por otras intervenciones cognitivo-conductuales, desarrolladas el ámbito de la AP, sobre población general y en grupos de cuidadores (32,33). Las técnicas empleadas en estos estudios eran, básicamente, técnicas de relajación, entrenamiento en solución de problemas y afrontamiento del estrés. Es decir, un conjunto de intervenciones cognitivo-conductuales sobre los que existe evidencia de su efectividad (38).

Tal y como se esperaba, el mayor efecto se observó en la escala de ansiedad-estado, más variable de una situación a otra y, por tanto, más sensible a los acontecimientos ambientales. No obstante, la disminución de los niveles de ansiedad estado se acompañaron de una reducción relevante de la ansiedad rasgo. Distintos estudios han mostrado que a largo plazo se mantiene el efecto sobre la ansiedad rasgo, mientras que los niveles de ansiedad estado tienden a disminuir aún más. Por tanto, cabe esperar que en los seguimientos que se realicen a los seis y doce meses, se mantenga la eficacia del programa sobre esta variable concreta.

Los resultados más llamativos se observaron en el test de Goldberg, con una disminución de la media en la puntuación total de 5,7 puntos. En este sentido, es preciso recordar que la TCAP surgió inicialmente como un tratamiento para la prevención de la recaída en pacientes deprimidos (15). El entrenamiento en la atención y concentración en el presente, evitando la rumiación y la evocación de recuerdos dolorosos, puede explicar estos efectos.

Se ha producido un aumento relevante en todas las habilidades que se desarrollan con el entrenamiento en meditación de la Atención Plena. En línea con los resultados de estudios anteriores (29), utilizando también el FFMQ como medida, este efecto continúa aumentando a los tres meses de seguimiento.
Este resultado es importante porque del mismo depende el efecto sobre las otras variables medidas.
Así, el aumento en la Atención Plena como rasgo podría explicar el descenso en las medidas de ansiedad y depresión. Hay que tener en cuenta que el entrenamiento en Atención Plena aumenta el desarrollo de habilidades cognitivas; darse cuenta de cómo los pensamientos y sentimientos influyen en la conducta facilita el control de impulsos y el afrontamiento efectivo de la experiencia presente.

Como consecuencia de la intervención se han registrado cambios en la auto percepción en la mayoría de los pacientes que refieren sentirse mejor, con mayor grado de energía y actividad.
Todos los participantes siguen practicando meditación a los tres meses del fin de la intervención, integrando su práctica regular dentro de sus rutinas diarias. Este es un elemento importante de la terapia para el mantenimiento de las ganancias a largo plazo. Se trata, en suma, de empoderar al paciente a través del entrenamiento en un autocuidado y el reforzamiento de los logros alcanzados.
La mayoría de los pacientes creen haber aprendido buenas estrategias para controlar sus síntomas y lo relacionan con el desarrollo de las cinco facetas Mindfulness: descripción, observación, actuar con conciencia y ausencia de reactividad y juicio hacia las experiencias internas/externas.
También han manifestado en su mayoría un cambio muy positivo en relación a su autocuidado, su relación con los demás, mayor capacidad para enfrentarse a las dificultades y mejoras en la relación consigo mismos.

A los tres meses de la intervención se observa una reducción moderada de la toma de medicación que coincide con un aumento de la capacidad de afrontamiento que se ve potenciada por el desarrollo de las habilidades que se entrenan con la meditación.
Los participantes refieren haber disminuido tanto la toma de medicación de base como la toma de fármacos de rescate en una magnitud que consideramos moderada.
Se podría afirmar por tanto que el programa, además de un buen coadyuvante en el tratamiento de los trastornos de ansiedad, es eficiente para el sistema sanitario. Sería interesante, no obstante, compara el resultado de la aplicación de la TCAP sola, frente a un tratamiento farmacológico.

Además del tipo de intervención ensayado, otros dos elementos adquieren una especial relevancia en este estudio. Por una parte, el contexto en el que se interviene. En ese sentido, la AP ocupa una posición privilegiada para la captación y el tratamiento de personas con síntomas de ansiedad y depresión. De hecho, los datos disponibles ponen de manifiesto que el abordaje de este tipo de trastornos constituyen uno de los principales motivos de consulta, con una gran cantidad de demandas que se refieren a dolencias somáticas inespecíficas que no se corresponden con patologías concretas (4,5,38). El consumo de psicofármacos ha crecido espectacularmente en las últimas décadas, lo que demuestra que este tipo de trastornos se están abordando desde una perspectiva básicamente biomédica, dejando en un segundo plano otras alternativas terapéuticas no farmacológicas, que doten a los pacientes de las herramientas necesarias para un afrontamiento eficaz. En ese sentido, las terapias cognitivo-conductuales constituyen una estrategia de intervención que ha demostrado ser altamente efectiva en eL tratamiento de la ansiedad y de la depresión. Entre las terapias cognitivo-conductuales de tercera generación se encuentra el Mindfullness.

Por otro lado, este tratamiento ha sido diseñado, dirigido y aplicado por una enfermera de familia, en colaboración con un psicólogo clínico. Salvando las difusas líneas que a veces separan las competencias de los distintos profesionales de la salud, el trabajo pone de manifiesto algunas de las características que definen la especialidad de enfermería familiar y comunitaria: el abordaje integral de los problemas de salud, la orientación holística de la actuación enfermera, el desempeño de competencias de práctica avanzada de manera eficaz y el valor del trabajo en equipo, en el marco de grupos multidisciplinares.

Finalmente, cabe recordar que, en este caso, se ha utilizado la terapia cognitivo-conductual como adyuvante al tratamiento farmacológico, y por tanto, cualquier resultado hay que entenderlo en la estrecha franja donde interaccionan la medicación y la terapia cognitivo-conductual. No obstante, los cambios observados en los pacientes al finalizar el tratamiento y el mantenimiento de los resultados a los tres meses, parecen demostrar la eficacia de esta intervención. Todas las hipótesis iniciales han sido confirmadas.
El entrenamiento en meditación mejora el estado de salud de los participantes reduciendo moderadamente los síntomas de ansiedad y depresión y aumentando los niveles de Atención Plena.

Los resultados del cuestionario de fin de intervención, que permiten analizar qué cambios cognitivos provoca el desarrollo de la Atención Plena, confirman que los participantes demostraron un gran interés en el programa, una alta participación, un mínimo de abandonos y una tasa de asistencia elevada. El programa fue muy bien valorado y, en línea con otros estudios, todos los asistentes declararon que se lo recomendarían a otras personas.

5.7. Limitaciones del estudio.

Entre las limitaciones del estudio cabe señalar la falta de grupo control o de comparación y la ausencia de resultados a más largo plazo. Se recogerán próximamente los datos de seguimiento a los seis y doce meses.

5. CONCLUSIONES

El programa de entrenamiento aplicado, basado en la Atención Plena, ha resultado eficaz en el tratamiento de los pacientes diagnosticados de ansiedad incluidos en el estudio. Se ha conseguido reducir los síntomas de ansiedad y depresión, así como los síntomas somáticos, la disfunción social y los síntomas depresivos con un efecto que se mantiene a los tres meses del fin del tratamiento.

El programa aumenta la Atención Plena en los participantes de manera moderada, potenciando sus habilidades de afrontamiento efectivo y produciendo cambios en su comportamiento hacia un mayor autocuidado y mejoras en su relación con los demás. Además, el entrenamiento en meditación reduce la toma de medicación de rescate y la toma base de ansiolíticos y antidepresivos.

El programa ha sido bien aceptado por los pacientes como lo demuestra el alto índice de asistencia y la mínima pérdida de participantes, la adhesión a las prácticas propuestas y la alta valoración recibida.

Se sugiere la conveniencia de potenciar las terapias cognitivo conductuales como adyuvantes o alternativas al tratamiento farmacológico para el abordaje de este tipo de trastornos en el ámbito de la Atención Primaria; y continuar investigando la eficacia de la Atención Plena dentro de estas estrategias de intervención.

7. BIBLIOGRAFÍA.

1. Organización Mundial de la Salud. Mental Health: facing the challenges, building solutions.2005.
2. Ministerio de Sanidad, política Social e Igualdad. Encuesta sobre alcohol y drogas en la población general en España. EDADES. 2011.
3. Ministerio de Sanidad, Política Social e Igualdad. Estrategia en Salud Mental del Sistema Nacional de Salud 2009-2013.
4. Ministerio de Sanidad, Servicios Sociales e Igualdad. Estrategia Nacional sobre drogas 2009-2016.
5. Grupo de trabajo de Evaluación de los Servicios de Salud Mental del Principado de Asturias. Primera Fase: Informe de situación,2010.
6. American Psychiatric Association. DSM-IV-TR: Breviario: Criterios diagnósticos. Barcelona: Masson, 2003.
7. CIE 10. Trastornos mentales y del comportamiento. Meditor, Madrid, 1994.
8. Nanda Internacional: diagnósticos enfermeros: definiciones y clasificación, 2009-2011. Barcelona. Elsevier España, cop. 2010.
9. Grupo de Trabajo de la Guía de Práctica Clínica para el Manejo de Pacientes con Trastornos de Ansiedad en Atención Primaria. Madrid: Plan Nacional para el SNS del MSC. Unidad de Evaluación de Tecnologías Sanitarias. Agencia Laín Entralgo. Comunidad de Madrid; 2008. Guías de Práctica Clínica en el SNS: UETS Nº 2006/10.
10. Gobierno del principado de Asturias. Consejería de Sanidad. Guía de recomendaciones clínicas. Ansiedad. Dirección General de Innovación Sanitaria; actualización 2014.
11. Arias A., Steimberg J., Banga A. Sistematic review of the efficacy of meditation techniques as treatments for medical illness.The Journal of Alternative and Complementary Medicine, 12(8), 817-832.
12. Stahl B., Goldstein E. Mindfulness para reducir el estrés: Una guía práctica. Barcelona: Kairós; 2012.
13. Baer R. Mindfulness Training as a clinical intervention: A conceptual and empirical review. Clinical Psychology: Science and Practice, 10(2), 125-142.
14. Evans S., Ferrando S., Finler M., Stowel C., Smart C., Hablin D. Mindfulness based cognitive therapy for generalized anxiety disorder. Journal of Anxiety Disorder. 2008; 22: 716-721.
15. Ma SH., Teasdale JD. Mindfulness-Based Cognitive theraphy for depression: Replication and Exploration of differential Relapse Prevention Effects. Journal of Consulting and Clinical Psichology. 2004; Vol.72, Nº 1: 31-41.
16. Siegel RD. Mindfulness para psicoterapeutas. Barcelona: Paidós; 2012.
17. Germer CK. El poder del Mindfulness: Libérate de los pensamientos y las emociones autodestructivas. Barcelona: Paidós; 2011.
18. Kabat-Zinn J. Donde quiera que vayas, ahí estás. Mindfulness en la vida cotidiana. Barcelona: Paidós; 2011.
19. Williams M., Penman D. Mindfulness. Guía práctica para encontrar la paz en un mundo frenético.

Barcelona: Paidós; 2013.

20. Miró MT. Y Simón V. Mindfulness en la práctica clínica. Bilbao : Desclée de Brouwer, SA; 2012.
21. Siegel RD. La solución Mindfulness. Practicas cotidianas para problemas cotidianos. Bilbao: Desclée de Brouver, SA; 2012.
22. Alonso Maynar M. Mindfulness en el tratamiento de los trastornos de ansiedad. Bilbao: Declée de Brouwer, SA; 2012.
23. Cebolla A. y Miró MT. Eficacia de la Terapia Cognitiva basada en la Atención Plena en el tratamiento de la depresión. Revista de Psicoterapia. 2007; Vol 66/67: 133-157.
24. Cebolla A. Eficacia de la terapia cognitiva basada en la atención plena en el tratamiento de la ansiedad y la depresión (Tesis doctoral). Universidad de Valencia. Publicacions de la Universitat de Valencia; 2007.
25. Miro MT., Perestelo-Pérez MT., Pérez J., Rivero A., González M., Serrano P. Eficacia de los tratamientos basados en Mindfulness para los trastornos de ansiedad y depresión: una revisión sistemática. Revista de Psicopatología y Psicología Clínica. 2011; 16: 1-14.
26. Delgado-Pastor LC. Correlatos psicofisiológicos de Mindfulness y la preocupación. Eficacia de un entrenamiento en habilidades Mindfulness (Tesis doctoral). Universidad de Granada. Editorial de la universidad de Granada; 2009.
27. Parra M. Eficacia de la Terapia Cognitiva basada en la Conciencia Plena (Mindfulness) en pacientes con fibromialgia (Tesis doctoral). Universidad de castilla La Mancha; 2011.
28. García-Campayo J. La práctica del estar atento (mindfulness) en medicina. Impacto en pacientes y profesionales. Aten Primaria. 2008;40(7):363-6.
29. Martín A. Efectividad de un programa de Mindfulness para reducir el burnout y aumentar la empatía en profesionales de Atención Primaria (Tesis doctoral). Barcelona: Universidad autónoma de Barcelona; 2012.
30. Martín A., Rodriguez-Blanco T., Pujol-Ribera E., Berenguera A., Moix J. Evaluación de la efectividad de un programa de Mindfulness para reducir el Burnout y aumentar la Empatía en profesionales de Atención Primaria. Gaceta Sanitaria.; 27:521-8 – Vol. 27 Núm.6.
31. Ministerio de sanidad y política social. Orden sas/1729/2012 de 17 de junio, por la que se aprueba y publica el programa formativo de la especialidad de Enfermería familiar y comunitaria. Boletín Oficial del Estado. Martes 29 de junio de 2010; BOE n.º 157: pág. 57-217.
32. Ferré-Grau C., Sevilla-Casado M., Boqué-Caballé M., Aparicio-Casals MR., Valdivieso_López A. Efectividad de la técnica de resolución de problemas aplicada por enfermeras: disminución de la ansiedad y la depresión en cuidadoras familiares. Aten Primaria.2012;44(12):695-702.
33. Casañas Sánchez R., Raya Tena A., Ibáñez Pérez L., Valls Colomer MM. Intervención grupal psicoeducativa en pacientes con ansiedad y depresión en atención primaria en Barcelona. Aten Primaria.2009;41(4):227-232.
34. McCloskey D.J Beluchek GM Clasificación de las intervenciones de enfermería (NIC) 4ª° Edición Ed. Editorial Elsevier Mosby Madrid, España, 2005.
35. Segarra Gutiérrez G., Farriols Hernando N. Prevalencia, impacto y tratamiento psicológico grupal de los trastornos de ansiedad; una revisión en el ámbito de la atención primaria. Revista de psicología,

ciencias de la educación y del deporte. Aloma.2011;28:209-24.

36. Ariz ME., Cariñena A., García MA., Moros MA., Pascual P., Salaberri A. Manejo de la ansiedad en Atención Primaria. Guía de actuación. Servicio Navarro de Salud. Osasunbidea, 2009.
37. Grupo de Trabajo de la Guía de Práctica Clínica para el Manejo de Pacientes con Trastornos de Ansiedad en Atención Primaria. Madrid: Plan Nacional para el SNS del MSC. Unidad de Evaluación de Tecnologías Sanitarias. Agencia Laín Entralgo. Comunidad de Madrid; 2008. Guías de Práctica Clínica en el SNS: UETS Nº 2006/10.
38. Burgos ML, Ortiz MD, Muñoz F, Vega P, Borballo R. Intervención grupal en los trastornos de ansiedad en Atención Primaria: técnicas de relajación y cognitivo-conductuales. Semergen. 2006;32(5):205-10.

8. ANEXOS.

Anexo 8.1.

CARTA DE INFORMACIÓN A LOS PACIENTES

Estimado Sr/sra:

Soy Alicia Rodríguez Fernández, coordinadora médica del centro de salud de El Coto y me dirijo a usted para informarle sobre un estudio de investigación, que se llevará a cabo en este centro de salud y en el que se le invita a participar.

El objetivo de este estudio es evaluar la eficacia clínica de una intervención grupal psicoeducativa para el tratamiento de la ansiedad y/o la depresión que pueda complementar a su tratamiento médico actual.
Al cabo de unos días de recibir esta carta recibirá usted una llamada telefónica por parte de una enfermera de este equipo de salud para continuar explicándole más detalles acerca de este estudio, si por supuesto usted está interesado/a en participar.

El estudio ha sido aprobado por la Gerencia del Área Sanitaria IV y cuenta con el apoyo de la Unidad de Investigación del Hospital de Cabueñes. Igualmente, se respetarán los principios establecidos en la Ley de Investigación Biomédica. Sus datos, en caso de participar, serán tratados de forma completamente confidencial y anónima. También informarle que podrá abandonar el estudio, incluso una vez ya iniciado el mismo, en el momento que lo desee y sin que ello implique perjuicio alguno.

En una primera visita programada, se recogerá información sobre la situación de su enfermedad, tratamiento y se evaluarán sus recursos de afrontamiento y resolución de problemas a través de una serie de test y cuestionarios psicológicos. Esta información junto con datos relacionados de su historia clínica se procesarán en una base de datos en la que estarán incluidos los suyos; posteriormente, se realizará un análisis científico de toda esta información. En esta primera visita a su vez se le informará de cuando se le volvería a citar para comenzar el programa educativo.

También deseamos comunicarle que este trabajo surge como una iniciativa particular de los residentes del centro, por lo que todo el trabajo adicional que ocasione este estudio a los investigadores se llevará a cabo sin recibir compensación económica alguna por parte de los mismos.

Ante cualquier eventualidad que pudiera surgir mientras esté participando en este estudio o para cualquier pregunta sobre el mismo que desee realizar tras conocer este documento, puede contactar con los abajo firmantes a través del Centro de Salud.

Agradeciendo de antemano su colaboración:

Fdo;

Alicia Rodríguez Fernández

Coordinadora del centro de salud El Coto

Anexo 8.2.

CONSENTIMIENTO INFORMADO PARA PARTICIPANTES DEL PROYECTO DE INVESTIGACIÓN

A continuación le presentamos una clara explicación de la naturaleza de la investigación en la que usted va a participar, así como de su rol activo en ella.

El programa formativo en el que participará forma parte de un proyecto de investigación y será conducido por Jose Figueiras Balea , Psicólogo Clínico Residente y Anaí Izaguirre Riesgo, especialista en Enfermería Familiar y Comunitaria.
El objetivo del proyecto es ayudarle a adquirir una serie herramientas psicológicas que le sirvan para afrontar de manera eficaz sus problemas de ansiedad y/o estrés.
Si usted accede a participar en el programa, se le pedirá que complete una serie de cuestionarios. Esto le tomará aproximadamente 30 minutos de su tiempo.
También se le indicará la necesidad de comprometerse a asistir a las 8 sesiones en las que se impartirá el programa formativo. Las sesiones serán semanales y tendrán una duración de aproximadamente 2 horas.

La participación en el programa es estrictamente voluntaria. La información que se recoja será confidencial y no se usará para ningún otro propósito fuera de los de esta investigación. Sus respuestas serán codificadas para el estudio mediante un nº de identificación y por lo tanto, serán anónimas.

Si tiene alguna duda sobre esta investigación, puede hacer preguntas en cualquier momento durante su participación en ella. Igualmente puede retirarse del proyecto sin que eso lo perjudique de alguna manera.

Le agradecemos su tiempo y su participación.

Acepto participar voluntariamente en esta investigación, conducida por Jose Figueiras Balea, Psicólogo Clínico Residente y Anaí Izaguirre Riesgo, especialista en Enfermería Familiar y Comunitaria.
He sido informado/a que el objetivo de este estudio es ayudarme a adquirir una serie de herramientas psicológicas que me sirvan para afrontar de manera eficaz mis problemas de ansiedad y/o estrés.
Reconozco que la información que yo provea en el curso de esta investigación es estrictamente confidencial y no será usada para ningún otro propósito fuera de los de este estudio sin mi consentimiento.
He sido informado de que puedo hacer preguntas sobre el proyecto en cualquier momento y que puedo retirarme del mismo cuando así lo decida, sin que esto me perjudique de alguna manera.
Entiendo que se me entregará una copia de este consentimiento.

| --- | --- | --- |
| Nombre del participante | Firma del Participante | Fecha |

Anexo 8.3.1.

CUESTIONARIO DE DATOS SOCIODEMOGRÁFICOS

Nº Identificación

Instrucciones: A continuación se presentan una serie de preguntas. Especifique su respuesta marcando con una cruz el hueco que corresponda a su situación actual.
Las respuestas son anónimas y los resultados de este instrumento se utilizarán en un trabajo de investigación del Centro de Salud de El Coto.
Agradecemos su participación.

1.Edad: ____ años.

2.Sexo: masculino ___ femenino ___

3.Lugar de nacimiento (país-ciudad): _____

4.Tiempo de residencia en España (en caso de no haber nacido en España): _____

5.Estado civil:

- ❑ 1.Soltero/a
- ❑ 2.Viviendo en pareja
- ❑ 3.Casado/a
- ❑ 4.Separado/a
- ❑ 5.Divorciado/a
- ❑ 6.Viudo/a

6.Estudios terminados:

- ❑ 1. Primaria
- ❑ 2.Secundaria
- ❑ 3.Técnica
- ❑ 4.Universitaria

7.Ocupación

- ❑ 1.Desempleado
- ❑ 2.Ama de casa
- ❑ 3.Autónomo
- ❑ 4.Asalariado

8.Hijos o familiares a cargo:

- ❑ 1.Si
- ❑ 0.No

9.Tratamiento farmacológico asociado:

- ❑ 1.Ansiolíticos.
- ❑ 2.Antidepresivos.
- ❑ 3.Ansiolíticos y antidepresivos.
- ❑ 4.Otros.

10.Terapia Psicológica previa:

- ❑ 1.Si
- ❑ 0.No

En caso afirmativo describa brevemente en qué consistió la terapia: _____
_____
_____
_____
_____

Muchas gracias por contestar este cuestionario

Anexo 8.3.2.

7.5. Inventario de Ansiedad Estado-Rasgo (State-Trait Anxiety Inventory, STAI)

1

ANSIEDAD-ESTADO

Instrucciones: A continuación encontrará unas frases que se utilizan corrientemente para describirse uno a sí mismo. Lea cada frase y señale la puntuación de 0 a 3 que indique mejor cómo se *siente usted ahora mismo*, en este momento. No hay respuestas buenas ni malas. No emplee demasiado tiempo en cada frase y conteste señalando la respuesta que mejor describa su situación presente.

1. Me siento calmado	0. Nada 2. Bastante	1. Algo 3. Mucho
2. Me siento seguro	0. Nada 2. Bastante	1. Algo 3. Mucho
3. Estoy tenso	0. Nada 2. Bastante	1. Algo 3. Mucho
4. Estoy contrariado	0. Nada 2. Bastante	1. Algo 3. Mucho
5. Me siento cómodo (estoy a gusto)	0. Nada 2. Bastante	1. Algo 3. Mucho
6. Me siento alterado	0. Nada 2. Bastante	1. Algo 3. Mucho
7. Estoy preocupado ahora por posibles desgracias futuras	0. Nada 2. Bastante	1. Algo 3. Mucho
8. Me siento descansado	0. Nada 2. Bastante	1. Algo 3. Mucho
9. Me siento angustiado	0. Nada 2. Bastante	1. Algo 3. Mucho
10. Me siento confortable	0. Nada 2. Bastante	1. Algo 3. Mucho
11. Tengo confianza en mí mismo	0. Nada 2. Bastante	1. Algo 3. Mucho
12. Me siento nervioso	0. Nada 2. Bastante	1. Algo 3. Mucho
13. Estoy desasosegado	0. Nada 2. Bastante	1. Algo 3. Mucho
14. Me siento muy «atado» (como oprimido)	0. Nada 2. Bastante	1. Algo 3. Mucho
15. Estoy relajado	0. Nada 2. Bastante	1. Algo 3. Mucho
16. Me siento satisfecho	0. Nada 2. Bastante	1. Algo 3. Mucho
17. Estoy preocupado	0. Nada 2. Bastante	1. Algo 3. Mucho
18. Me siento aturdido y sobreexcitado	0. Nada 2. Bastante	1. Algo 3. Mucho
19. Me siento alegre	0. Nada 2. Bastante	1. Algo 3. Mucho
20. En este momento me siento bien	0. Nada 2. Bastante	1. Algo 3. Mucho

ANSIEDAD-RASGO

Instrucciones: A continuación encontrará unas frases que se utilizan corrientemente para describirse uno a sí mismo. Lea cada frase y señale la puntuación de 0 a 3 que indique mejor cómo se *siente usted en general*, en la mayoría de las ocasiones. No hay respuestas buenas ni malas. No emplee demasiado tiempo en cada frase y conteste señalando la respuesta que mejor describa cómo se siente usted generalmente.

21. Me siento bien	0. Casi nunca 1. A veces 2. A menudo 3. Casi siempre
22. Me canso rápidamente	0. Casi nunca 1. A veces 2. A menudo 3. Casi siempre
23. Siento ganas de llorar	0. Casi nunca 1. A veces 2. A menudo 3. Casi siempre
24. Me gustaría ser tan feliz como otros	0. Casi nunca 1. A veces 2. A menudo 3. Casi siempre
25. Pierdo oportunidades por no decidirme pronto	0. Casi nunca 1. A veces 2. A menudo 3. Casi siempre
26. Me siento descansado	0. Casi nunca 1. A veces 2. A menudo 3. Casi siempre
27. Soy una persona tranquila, serena y sosegada	0. Casi nunca 1. A veces 2. A menudo 3. Casi siempre
28. Veo que las dificultades se amontonan y no puedo con ellas	0. Casi nunca 1. A veces 2. A menudo 3. Casi siempre
29. Me preocupo demasiado por cosas sin importancia	0. Casi nunca 1. A veces 2. A menudo 3. Casi siempre
30. Soy feliz	0. Casi nunca 1. A veces 2. A menudo 3. Casi siempre
31. Suelo tomar las cosas demasiado seriamente	0. Casi nunca 1. A veces 2. A menudo 3. Casi siempre
32. Me falta confianza en mí mismo	0. Casi nunca 1. A veces 2. A menudo 3. Casi siempre
33. Me siento seguro	0. Casi nunca 1. A veces 2. A menudo 3. Casi siempre
34. No suelo afrontar las crisis o dificultades	0. Casi nunca 1. A veces 2. A menudo 3. Casi siempre
35. Me siento triste (melancólico)	0. Casi nunca 1. A veces 2. A menudo 3. Casi siempre
36. Estoy satisfecho	0. Casi nunca 1. A veces 2. A menudo 3. Casi siempre
37. Me rondan y molestan pensamientos sin importancia	0. Casi nunca 1. A veces 2. A menudo 3. Casi siempre
38. Me afectan tanto los desengaños que no puedo olvidarlos	0. Casi nunca 1. A veces 2. A menudo 3. Casi siempre
39. Soy una persona estable	0. Casi nunca 1. A veces 2. A menudo 3. Casi siempre
40. Cuando pienso sobre asuntos y preocupaciones actuales me pongo tenso y agitado	0. Casi nunca 1. A veces 2. A menudo 3. Casi siempre

Anexo 8.3.3.

Cuestionario de Salud General De Goldberg -GHQ28-

Recuerde que sólo debe responder sobre los problemas recientes, no sobre los que tuvo en el pasado. Es importante intente contestar TODAS las preguntas. Muchas gracias.

EN LAS ÚLTIMAS SEMANAS:

A	B
A.1. ¿Se ha sentido perfectamente bien de salud y en plena forma?	B.1. ¿Sus preocupaciones le han hecho perder mucho sueño?
❑ Mejor que lo habitual	❑ No, en absoluto
❑ Igual que lo habitual	❑ No más que lo habitual
❑ Peor que lo habitual	❑ Bastante más que lo habitual
❑ Mucho peor que lo habitual	❑ Mucho más que lo habitual.
A.2. ¿Ha tenido la sensación de que necesitaba reconstituyente?	B.2. ¿Ha tenido dificultades para seguir durmiendo de un tirón toda la noche?
❑ No, en absoluto	❑ No, en absoluto
❑ No más que lo habitual	❑ No más que lo habitual
❑ Bastante más que lo habitual	❑ Bastante más que lo habitual
❑ Mucho más que lo habitual	❑ Mucho más que lo habitual.
A.3. ¿Se ha sentido agotado y sin fuerzas para nada?	B.3. ¿Se ha notado constantemente agobiado y en tensión?
❑ No, en absoluto	❑ No, en absoluto
❑ No más que lo habitual	❑ No más que lo habitual
❑ Bastante más que lo habitual	❑ Bastante más que lo habitual
❑ Mucho más que lo habitual.	❑ Mucho más que lo habitual.
A.4. ¿Ha tenido sensación de que estaba enfermo?	B.4 ¿Se ha sentido con los nervios a flor de piel y malhumorado?
❑ No, en absoluto	❑ No, en absoluto
❑ No más que lo habitual	❑ No mas que lo habitual
❑ Bastante más que lo habitual	❑ Bastante más que lo habitual
❑ Mucho más que lo habitual	❑ Mucho más que lo habitual.
A.5. ¿Ha padecido dolores de cabeza?	B.5. ¿Se ha asustado o ha tenido pánico sin motivo?
❑ No, en absoluto	❑ No, en absoluto
❑ No más que lo habitual	❑ No mas que lo habitual
❑ Bastante más que lo habitual	❑ Bastante más que lo habitual
❑ Mucho más que lo habitual.	❑ Mucho más que lo habitual.
A.6. ¿Ha tenido sensación de opresión en la cabeza, o de que la cabeza le va a estallar?	B.6. ¿Ha tenido sensación de que todo se le viene encima?
❑ No, en absoluto	❑ No, en absoluto
❑ No más que lo habitual	❑ No mas que lo habitual
❑ Bastante más que lo habitual	❑ Bastante más que lo habitual
❑ Mucho más que lo habitual.	❑ Mucho más que lo habitual.
A.7. ¿Ha tenido oleadas de calor o escalofríos?	B.7. ¿Se ha notado nervioso y "a punto de explotar" constantemente?
❑ No, en absoluto	❑ No, en absoluto
❑ No más que lo habitual	❑ No mas que lo habitual
❑ Bastante más que lo habitual	❑ Bastante más que lo habitual
❑ Mucho más que lo habitual.	❑ Mucho más que lo habitual.

C	D
C.1. Se las ha arreglado para mantenerse ocupado y activo?	D.1.¿ Ha pensado que usted es una persona que no vale para nada?
❑ Más activo que lo habitual	❑ No, en absoluto
❑ Igual que lo habitual	❑ No más que lo habitual
❑ Bastante menos que lo habitual	❑ Bastante más que lo habitual
❑ Mucho menos que lo habitual	❑ Mucho más que lo habitual
C.2. ¿Le cuesta más tiempo hacer las cosas?	D.2. ¿Ha estado viviendo la vida totalmente sin esperanza?
❑ Menos tiempo que lo habitual	❑ No, en absoluto
❑ Igual que lo habitual	❑ No más que lo habitual
❑ Más tiempo que lo habitual	❑ Bastante más que lo habitual
❑ Mucho más tiempo que lo habitual	❑ Mucho más que lo habitual
C.3. ¿Ha tenido la impresión, en conjunto, de que está haciendo las cosas bien?	D.3. ¿Ha tenido el sentimiento de que la vida no merece la pena vivirse?
❑ Mejor que lo habitual	❑ No, en absoluto
❑ Igual que lo habitual	❑ No más que lo habitual
❑ Peor que lo habitual	❑ Bastante más que lo habitual
❑ Mucho peor que lo habitual	❑ Mucho más que lo habitual
C.4. ¿Se ha sentido satisfecho con su manera de hacer las cosas?	D.4. ¿Ha pensado en la posibilidad de "quitarse de en medio"?
❑ Más satisfecho que lo habitual	❑ No, en absoluto
❑ Igual que lo habitual	❑ No más que lo habitual
❑ Menos satisfecho que lo habitual	❑ Bastante más que lo habitual
❑ Mucho menos satisfecho que lo habitual	❑ Mucho más que lo habitual
C.5. ¿Ha sentido que está desempeñando un papel útil en la vida?	D.5. ¿Ha notado que a veces no puede hacer nada porque tiene los nervios desquiciados?
❑ Más útil de lo habitual	❑ No, en absoluto
❑ Igual de útil que lo habitual	❑ No más que lo habitual
❑ Menos útil de lo habitual	❑ Bastante más que lo habitual
❑ Mucho menos útil de lo habitual	❑ Mucho más que lo habitual
C.6. ¿Se ha sentido capaz de tomar decisiones?	D.6. ¿Ha notado que desea estar muerto y lejos de todo?
❑ Más que lo habitual	❑ No, en absoluto
❑ Igual que lo habitual	❑ No más que lo habitual
❑ Menos que lo habitual	❑ Bastante más que lo habitual
❑ Mucho menos que lo habitual	❑ Mucho más que lo habitual
C.7. ¿Ha sido capaz de disfrutar de sus actividades normales de cada día?	D.7. ¿Ha notado que la idea de quitarse la vida le viene repentinamente a la cabeza?
❑ Más que lo habitual	❑ Claramente, no
❑ Igual que lo habitual	❑ Me parece que no
❑ Menos que lo habitual	❑ Se me ha cruzado por la mente
❑ Mucho menos que lo habitual	❑ Claramente, lo he pensado

Anexo 8.3.4.

Cuestionario de las Cinco Facetas de Mindfulness
(FFMQ; Baer et al, 2006; versión traducida al español)

Por favor, califique cada una de las siguientes afirmaciones según la escala propuesta. Marque con una "X" en la frecuencia que describe de la mejor manera su opinión sobre cuán cierto es cada afirmación para usted.

1 = Nunca o muy rara vez cierto
2 = Rara vez cierto
3 = Algunas veces cierto
4 = A menudo cierto
5 = Muy a menudo o siempre cierto

	1 Nunca o muy rara vez cierto	2 Rara vez cierto	3 Algunas veces cierto	4 A menudo cierto	5 Muy a menudo o siempre cierto
1. Cuando camino, me doy cuenta deliberadamente de las sensaciones de mi cuerpo en movimiento.					
2. Soy bueno en encontrar palabras para describir mis sentimientos.					
3. Me critico por tener emociones irracionales o inapropiadas.					
4. Percibo mis sentimientos y emociones sin tener que reaccionar ante ellos.					
5. Cuando hago algo mi mente tiende a divagar y me distraigo fácilmente.					
6. Cuando me baño o tomo una ducha, me mantengo alerta a las sensaciones del agua sobre mi cuerpo.					
7. Puedo fácilmente poner en palabras mis creencias, opiniones y expectativas.					
8. No presto atención a lo que hago por estar soñando despierto, andar preocupado, o distraído de alguna otra manera.					
9. Observo mis sentimientos sin perderme en ellos.					
10. Me digo a mí mismo que no me debería estar sintiendo como me estoy sientiendo.					
11. Me doy cuenta de cómo alimentos y bebidas afectan mis pensamientos, sensaciones corporales y emociones.					

	1 Nunca o muy rara vez cierto	2 Rara vez cierto	3 Algunas veces cierto	4 A menudo cierto	5 Muy a menudo o siempre cierto
12. Me es difícil encontrar las palabras para describir lo que estoy pensando.					
13. Me distraigo fácilmente.					
14. Creo que algunos de mis pensamientos no son normales o son malos, y que no debería pensar de tal manera.					
15. Presto atención a sensaciones, como el viento entre mi cabello o el sol sobre mi rostro.					
16. Tengo problemas para pensar en las palabras indicadas que expresen cómo me siento con respecto a las cosas.					
17. Hago juicios sobre si mis pensamientos son buenos o malos.					
18. Se me hace difícil mantenerme enfocado en lo que ocurre en el presente.					
19. Cuando experimento pensamientos o imágenes mentales aflictivas, me "detengo" y soy consciente del pensamiento o la imagen sin dejar que estos se apoderen de mí.					
20. Presto atención a sonidos, como los de las manecillas de un reloj, el cantar de los pájaros, o el pasar de los autos.					
21. En situaciones difíciles soy capaz de hacer una pausa sin tener que reaccionar inmediatamente.					
22. Cuando tengo una sensación en mi cuerpo, me es difícil describirla pues no puedo encontrar las palabras indicadas.					
23. Parece que actúo en "piloto automático", sin mayor conciencia de lo que estoy haciendo.					
24. Cuando tengo pensamientos o imágenes mentales aflictivas, recobro la calma poco después.					
25. Me digo a mí mismo que no debería estar pensando como estoy pensando.					
26. Percibo los olores y aromas de las cosas.					

	1 Nunca o muy rara vez cierto	2 Rara vez cierto	3 Algunas veces cierto	4 A menudo cierto	5 Muy a menudo o siempre cierto
27. Incluso cuando me siento terriblemente alterado, soy capaz de encontrar la manera de ponerlo en palabras.					
28. Me apresuro entre una y otra actividad sin estar muy atento a cada una de ellas.					
29. Cuando tengo pensamientos o imágenes mentales aflictivas, soy capaz de observarlas sin reaccionar.					
30. Pienso que algunas de mis emociones son malas o inapropiadas, y que no debería sentirlas.					
31. Me doy cuenta de elementos visuales en el arte o en la naturaleza, como colores, formas, texturas y patrones de luz y sombra.					
32. Mi tendencia natural es la de colocar mis experiencias en palabras.					
33. Cuando tengo pensamientos o imágenes aflictivas, puedo reconocerlas como tales y dejarlas ir.					
34. Realizo deberes o tareas de manera automática sin estar consciente de lo que estoy haciendo.					
35. Cuando tengo pensamientos o imágenes mentales aflictivas, me juzgo a mí mismo como bueno o malo, dependiendo del tipo de pensamiento o imagen mental.					
36. Presto atención a cómo mis emociones afectan mis pensamientos y comportamiento.					
37. Usualmente soy capaz de describir en detalle cómo me siento en un momento determinado.					
38.Me encuentro a mí mismo haciendo cosas sin prestarles atención.					
39. Me desapruebo cuando tengo ideas irracionales.					

ANEXO 8.4.

EVALUACIÓN DEL PROGRAMA DE ATENCIÓN PLENA
CENTRO DE SALUD EL COTO

Señale aquella respuesta que mejor describa su situación actual. Sólo puede contestar una respuesta por cada pregunta. Fíjese que algunas preguntas tratan de cómo se encuentra usted ahora en relación a cómo se encontraba antes de comenzar este programa.

1-En general, ¿qué tal se siente ahora, en comparación con su situación antes del curso?.

- ❑ 1-Mucho peor que antes.
- ❑ 2-Algo peor que antes.
- ❑ 3-Sin diferencia.
- ❑ 4-Algo mejor que antes, mejor en ciertos aspectos.
- ❑ 5-Mucho mejor, una gran mejora.

2- ¿Cómo se siente en relación con su energía, en general, en comparación con su situación antes del curso?

- ❑ 1-Mucho peor que antes, menos energía.
- ❑ 2-Algo peor que antes, algo menos de energía.
- ❑ 3-Sin diferencia.
- ❑ 4-Algo mejor que antes, más energía.
- ❑ 5-Mucho mejor, una gran mejora.

3-¿Cuál es su grado de actividad actual comparado con el que tenía antes de empezar el curso? .

- ❑ 1 -Mucho peor que antes, menos activo.
- ❑ 2 -Algo peor que antes, algo menos activo.
- ❑ 3 -Sin diferencia.
- ❑ 4 -Algo mejor que antes, haciendo cosas nuevas.
- ❑ 5 -Mucho mejor, una gran mejora en mi capacidad de hacer cosas.

Podría indicar algunos detalles de ese cambio del grado de actividad.
.....
.....
.....
.....

4- ¿Cree que ha aprendido algo de valor o algo importante durante este curso ?.

- ❑ 1-Si.
- ❑ 2-No.
- ❑ 3-No estoy seguro.

Si ha respondido positivamente a la anterior pregunta, podría indicar a que se refiere.
.....
.....
.....

5- ¿Ha necesitado menos medicación de rescate (ansiolíticos) tras su participación en el programa?

- ❑ 1-Sí.
- ❑ 2-No.

6- ¿Ha disminuido la dosis de su tratamiento habitual para la ansiedad y/o depresión tras su participación en el programa?

- 1-Sí.
- 2-No.

7-En la siguiente escala ¿podría dar un valor al curso? siendo 1 para ningún valor y 10 para el máximo.

1 2 3 4 5 6 7 8 9 10

8-¿Sigue usted practicando la Atención Plena?

- 1-Si.
- 2-No.

9- En caso afirmativo, ¿con que frecuencia ?

- 1-Diariamente, o casi.
- 2- 3 veces o mas por semana.
- 3-Menos de 3 veces por semana.
- 4-Menos de una vez por semana

10- ¿Cuando practica la Atención Plena, durante cuanto tiempo suele ser ?

- 1- Media hora o más.
- 2-Entre 15 y 30 minutos.
- 3-Menos de 15 minutos.

11-¿Cuál de las técnicas utiliza con mayor frecuencia ?

- 1-Atención a la respiración natural.
- 2-Escáner corporal.
- 3-Espacios de respiración.
- 4-Atención Plena caminando.
- 5-Atención a las sensaciones/sonidos.
- 6-Atención a las emociones.
- 7-Práctica del anhelo de felicidad/Tonglen.

12- ¿Utiliza la atención a la respiración en su vida cotidiana ?

- 1-Frecuentemente.
- 2-A veces.
- 3- Rara vez.
- 4- Nunca.

13- ¿Qué utilidad ha tenido la Atención a la Respiración para su capacidad de manejarse en situaciones estresantes?

- 1-Muy útil.
- 2-Alguna utilidad.
- 3- Poco útil.
- 4- Ninguna utilidad.

14-¿Ha realizado algún cambio en su estilo de vida que relacione con haber asistido a este curso ?

- 1-Si .
- 2-No.

Si ha respondido positivamente a la anterior pregunta, podría indicar a que se refiere.
.....
.....
.....

15-¿Piensa que por la mayor atención desarrollada durante el programa, puede haber cambiado su relación con sus pensamientos o con sus sentimientos, o quizás sus reacciones (piloto automático) ?

- ❑ 1-Si.
- ❑ 2-No.

Si ha respondido positivamente a la anterior pregunta, podría indicar cómo.
.....
.....
.....

16- Indique por favor, en que grado ha cambiado su actitud ante las siguientes cosas como resultado del curso.
Asigne un numero de 1 a 4 de acuerdo con la siguiente escala ;

4 - Indicando un gran cambio positivo.
3 - Indicando algún cambio positivo.
2 - Indicando que no hay cambio.
1 - Indicando un cambio negativo.

Cuidar mejor de mi mismo..... _____

La calidad o eficacia de mi trabajo..... _____

Mi organización del tiempo..... _____

Sentir que puedo expresar mis necesidades y sentimientos en
mis relaciones interpersonales ..... _____

Mis comunicaciones con otras personas……. ....._____

La relación conmigo mismo.....……. _____

Manejarme adecuadamente en situaciones estresantes.....…_____

Ser capaz de corregir algunos hábitos de mi vida....._____

17- ¿Recomendaría el programa a otras personas?

- ❑ 1.Sí.
- ❑ 2.No.

Muchas gracias por rellenar este cuestionario