



ORIGINAL

Efectividad de un programa de enfermería en autocuidados y *mindfulness*, para el abordaje del trastorno mental común, en atención primaria



Anaí Izaguirre-Riesgo^{a,*}, Lara Menéndez-González^b y Fernando Alonso Pérez^c

^a Enfermera especialista en Enfermería Familiar y Comunitaria, Centro de Salud El Llano, Servicio de Salud del Principado de Asturias, Gijón, Asturias, España

^b Enfermera especialista en Enfermería Familiar y Comunitaria y Salud Mental, Centro de Salud El Llano, Servicio de Salud del Principado de Asturias, Gijón, Asturias, España

^c Facultad de Enfermería de Gijón, Universidad de Oviedo, Servicio de Salud del Principado de Asturias, Gijón, Asturias, España

Recibido el 1 de enero de 2019; aceptado el 19 de mayo de 2019

Disponible en Internet el 1 de abril de 2020

PALABRAS CLAVE

Depresión;
Ansiedad;
Mindfulness;
Atención primaria;
Educación para la salud;
Enfermería

Resumen

Objetivo: Evaluar la efectividad de la implantación de un programa de *mindfulness* y autocuidados en atención primaria para el abordaje del trastorno mental común.

Diseño: Estudio cuasiexperimental no controlado, no aleatorizado, con medidas repetidas.

Emplazamiento: Siete centros de salud del Área V del Principado de Asturias entre 2014 y 2018.

Participantes: Sujetos entre 18-75 años, con trastornos de ansiedad, depresivos y adaptativos mixtos, sin enfermedad mental grave. Muestreo no probabilístico por conveniencia.

Intervención: Nueve sesiones grupales semanales de 90 min, práctica diaria y sesiones de refuerzo al mes, 3, 6 y 12 meses.

Mediciones principales: Medidas antes-después, evaluadas por cuestionarios validados y autoadministrados, a medio plazo (3-6 meses) y largo plazo (> 12 meses) de las variables: *ansiedad rasgo/ansiedad estado* (Cuestionario de ansiedad estado-rasgo –STAI–); *ansiedad/depresión* (Escala de Ansiedad y Depresión de Goldberg –GHQ28–), *atención plena* (Five Facet Mindfulness Questionnaire –FFMQ–), *reducción del tratamiento farmacológico* (preguntas abiertas).

Resultados: Muestra final de 314 sujetos. Se halló una diferencia de medias estadísticamente significativa en los 3 periodos de seguimiento respecto a los valores basales para todas las escalas/subescalas. Hubo una reducción en la toma de medicación basal de ansiolíticos/antidepresivos del 54,3% en el seguimiento a largo plazo ($p < 0,001$).

* Autor para correspondencia.

Correo electrónico: anaizaguirre@gmail.com (A. Izaguirre-Riesgo).

Conclusiones: Una disminución moderada de los síntomas, junto con la reducción de la medicación, indican que la intervención en *mindfulness* dirigida por enfermeras de atención primaria puede ser una opción de tratamiento para el trastorno mental común en este nivel asistencial. © 2019 Los Autores. Publicado por Elsevier España, S.L.U. Este es un artículo Open Access bajo la licencia CC BY-NC-ND (<http://creativecommons.org/licenses/by-nc-nd/4.0/>).

KEYWORDS

Depression;
Anxiety;
Mindfulness;
Primary care;
Education for health;
Nursing

Effectiveness of a nursing program of self-care and Mindfulness, in the approach to the common mental disorder in primary care

Abstract

Objective: To evaluate the effectiveness of the implementation of a mindfulness and self-care program to treat common mental health disorders in primary care.

Design: Quasi-experimental non-controlled, non-randomised study, with repeated measurements.

Setting: Seven health centres, in area v of the Principality of Asturias, between 2014 and 2018.

Participants: Subjects between 18-65 years with mixed anxiety, depressive, and adaptive disorders, with no serious mental disease. Non-probabilistic convenience sampling was used.

Intervention: A group intervention was made, consisting of 9 weekly sessions of 90 min, daily practice, and reinforcement sessions at one month, 3, 6, and 12 months.

Main measurements: Pre-post measurements using validated and self-administered questionnaires; medium-term (3-6 months) and long-term (>12 months) of the variables: trait anxiety/state anxiety (Status-Trait Anxiety Questionnaire –STAI–); anxiety/depression (Goldberg Anxiety and Depression Scale –GHQ28–), mindfulness (Five Facet Mindfulness Questionnaire –FFMQ–), reduction of pharmacological treatment (open questions).

Results: The study included a final sample of 314 subjects. A statistically significant difference in means was found in the 3 follow-up periods as regards the baseline values for all the scales/subscales. There was a reduction of 54.3% in the taking of anxiolytic/antidepressant baseline medication in the long-term follow-up ($P < .001$).

Conclusions: A moderate reduction of the symptoms, together with the reduction of the medication, indicate that the intervention of mindfulness supervised by the primary care nurse can be a treatment option for the mental disorders common in this level of care.

© 2019 The Authors. Published by Elsevier España, S.L.U. This is an open access article under the CC BY-NC-ND license (<http://creativecommons.org/licenses/by-nc-nd/4.0/>).

Introducción

Las enfermedades mentales constituyen un problema de salud pública de primer orden, dada su alta prevalencia, el impacto sobre la calidad de vida y los costes sociosanitarios que generan¹.

En Europa, son la causa más frecuente de enfermedad, por delante de las enfermedades cardiovasculares y el cáncer. La Organización Mundial de la Salud (OMS)² estima que en 2030 la depresión será la primera causa de morbilidad en los países desarrollados. En España, datos del Ministerio de Sanidad, Servicios Sociales e Igualdad indican que desde 2005 el consumo de hipnosedantes ha aumentado un 22,2%^{3,4}. En Asturias, un 11% de la población adulta declara padecer o haber padecido algún episodio de ansiedad o depresión. La mayor parte de las personas que padecen algún tipo de trastorno mental común (TMC): depresión, ansiedad, síntomas somáticos o de adaptación ineficaz se tratan con fármacos en atención primaria (AP) y no se derivan a los servicios de Salud Mental (SM)⁵⁻⁷.

El Plan de Acción Integral de SM 2013-2020 de la OMS⁸ tiene como objetivos proporcionar, dentro de la comunidad, estrategias de promoción y prevención de la SM, así como

fortalecer los sistemas de información y las investigaciones de intervenciones sanitarias eficaces.

El Plan de acción de Asturias para mejorar la capacidad de resolución de la AP 2014-2015⁹ recomienda establecer protocolos de continuidad asistencial entre AP y SM en el manejo de problemas de conducta y en los trastornos de adaptación a las enfermedades crónicas. Las competencias de práctica avanzada de las enfermeras especialistas en enfermería familiar y comunitaria recogen la capacidad de esta disciplina para desarrollar, implementar, dirigir y evaluar programas educativos que aborden de forma eficaz los problemas de salud crónicos más prevalentes¹⁰. La OMS¹¹ recomienda la implementación de intervenciones breves cognitivo-conductuales para tratar el TMC. La guía NICE¹² recomienda explícitamente intervenciones *mindfulness* en la prevención de recaídas en depresión. *Mindfulness* es el término que se utiliza en la literatura científica para prácticas de meditación que fomentan la aceptación del presente y el desarrollo de habilidades de autocuidado y afrontamiento efectivo¹³.

Desde comienzos del siglo XXI existen múltiples programas de intervención sanitaria que incluyen técnicas de *mindfulness* y que aportan resultados de variable efectividad en

enfermedades de elevada prevalencia: trastornos de la conducta alimentaria, rehabilitación cardíaca, insomnio, duelo, trastornos ansiosodepresivos, etc.¹⁴. Sin embargo, son escasos los estudios que han validado la eficacia de programas de *mindfulness* con pacientes tratados en AP. En Asturias, se realizó un estudio piloto¹⁵ de un programa de autocuidados y *mindfulness* en 2013 con 16 pacientes con TMC en un centro de salud (CS) del Área V del Servicio de Salud del Principado de Asturias. Su eficacia para reducir la farmacoterapia y los síntomas de ansiedad y depresión se estimó relevante a corto plazo. La gerencia, la dirección médica y enfermera y el comité de ética e investigación del Área, aprobaron un proyecto formativo para enfermeros para conseguir implementar este programa en varios CS y poder evaluar su efectividad a largo plazo. La coordinación del Servicio de SM del Área consideró pertinente su aplicabilidad en AP.

El objetivo principal del estudio es evaluar la efectividad de la implantación de un programa de intervención de autocuidados y *mindfulness* (PAMAP), dirigido por enfermeras de AP, en el abordaje del TMC.

Los objetivos secundarios son: analizar la efectividad del programa para reducir los niveles de ansiedad, depresión y la toma de fármacos en pacientes con TMC; evaluar la efectividad del programa para aumentar las estrategias de afrontamiento efectivo, y determinar la adherencia terapéutica a largo plazo.

Material y métodos

Diseño: estudio cuasiexperimental no controlado, no aleatorizado, antes y después, con medidas repetidas de las variables respuesta en un periodo a medio (3-6 meses) y a largo plazo (> 12 meses).

Ámbito: 7 CS del Área V del Principado de Asturias entre los años 2014 y 2018.

Población diana: sujetos pertenecientes al Área V del Servicio de Salud del Principado de Asturias, con diagnóstico de TMC en su historia clínica, edad: 18-75 años, firma del consentimiento informado. Se priorizaron aquellos sujetos con tratamiento farmacológico crónico (ansiolíticos y/o antidepresivos). Los sujetos en tratamiento con terapia psicológica activa debían ser derivados por su psiquiatra/psicólogo de la red pública de SM.

Se excluyeron sujetos diagnosticados de trastorno mental grave y aquellos con dependencia a drogas/alcohol o en periodo de desintoxicación terapéutica.

Variables e instrumentos de evaluación: datos sociodemográficos: edad, sexo, estado civil, estudios finalizados, personas a cargo, realización de terapias psicológicas previas; ansiedad rasgo/ansiedad estado: Cuestionario de Ansiedad Estado-Rasgo (State Trait Anxiety Inventory [STAI]; Spielberger et al.^{16,17}, cuestionario autoadministrado (40 ítems) diseñado para evaluar la ansiedad como estado; una condición emocional transitoria (20 ítems) y la ansiedad como rasgo; propensión ansiosa relativamente estable (20 ítems). Sistema de respuesta Likert: 0 (nada) a 3 (mucho). A mayor puntuación, mayor ansiedad. En muestras de población española se han encontrado niveles de consistencia interna entre 0,84 y 0,93 (Guillén-Riquelme y Buela-Casal, 2011)¹⁸. Ansiedad/depresión: Escala de Ansiedad y Depresión de Goldberg (GHQ28; Goldberg et al.,

1988)¹⁹. Cuestionario autoadministrado de 28 ítems, subdividido en 4 subescalas de 7 preguntas referidas a síntomas somáticos, ansiedad/insomnio, disfunción social y depresión. Sistema de respuesta siguiendo la secuencia «0,0,1,1». En la versión adaptada a la población española por Lobo et al. (1986)²⁰ se recomienda un punto de corte de 5/6. Por encima de estos valores estaríamos ante un probable caso psiquiátrico. La escala presenta una sensibilidad del 83,1% y una especificidad del 81,8%. *Mindfulness* rasgo: Five Facet Mindfulness Questionnaire (FFMQ; Baer et al., 2006)²¹. Mide la tendencia general a proceder con atención y presencia a partir de 5 habilidades o factores: observación, descripción, actuar con conciencia, ausencia de juicio y ausencia de reactividad. Cuestionario autoadministrado (39 ítems), con sistema de respuesta tipo Likert de 1 (nunca) a 5 (siempre); valores más altos indican mayor atención y presencia. El coeficiente alfa se encuentra entre 0,75 y 0,91. La versión en castellano de Cebolla et al.²² presenta un coeficiente alfa de 0,88. Reducción del tratamiento farmacológico, mediante 2 preguntas abiertas: ¿ha necesitado menos medicación adicional de rescate (ansiolíticos) tras su participación en el programa?, ¿ha disminuido la dosis de su tratamiento habitual para la ansiedad o la depresión tras su participación en el programa?

Evaluación de la intervención: mediante la modificación de algún ítem del cuestionario original, Center for Mindfulness de la Universidad de Massachussets²³, que valora:

- Autopercepción: grado de energía, eficacia y grado de atención actual, evaluada mediante escala Likert de 5 niveles.
- Práctica *mindfulness*: frecuencia, tiempo de dedicación y tipo de práctica.
- Cambios en el autocuidado: 8 ítems (cuidado personal, calidad/eficacia del trabajo, comunicación, manejo de situaciones estresantes, satisfacción con el trabajo), valorados mediante sistema de respuesta tipo Likert de 4 niveles.

Valoración de la intervención, escala de 0-10.

Descripción de la intervención: en 2013 se pilota el PAMAP en un CS con 16 sujetos. Posteriormente, se realizó una formación acreditada del PAMAP a 28 enfermeros de AP del Área V de salud. Se presentaron los objetivos/criterios de inclusión y derivación a los equipos de AP mediante sesiones clínicas y se implantó el programa en 7 CS del Área V.

El PAMAP es una intervención grupal que consta de una fase intensiva de 9 sesiones semanales de 90 min de duración y práctica diaria en domicilio de 30 min, seguida de una sesión de refuerzo al cabo de 1, 3, 6 y 12 meses (tabla 1).

Selección de la muestra y seguimiento: muestreo no probabilístico por conveniencia. Se llevó a cabo una captación pasiva mediante carteles informativos y hojas de autoinscripción al programa; y una captación activa desde las consultas de enfermería/medicina de AP y especializada, derivando a los sujetos candidatos a participar en el programa a la enfermera de referencia del CS perteneciente o CS próximo donde se realizase la intervención.

Se hizo una entrevista personal con varios objetivos: revisar los criterios de inclusión, explicar los objetivos del programa y estudio, firmar el consentimiento

Tabla 1 Sesiones del programa de *mindfulness*

Sesión 1	Presentación de los objetivos del programa y el contenido de las sesiones
Sesión 2	El estrés y los efectos sobre el cuerpo. Introducción a las prácticas <i>mindfulness</i>
Sesión 3	La somatización emocional. Práctica del escáner corporal
Sesión 4	La evitación experiencial. Práctica de aceptación de sensaciones corporales
Sesión 5	El proceso de pensamiento y los sesgos de percepción. Práctica de sonidos y pensamientos
Sesión 6	La represión emocional. Impacto en el cuerpo. Práctica de las emociones. Técnicas de asertividad. Importancia de la comunicación no verbal
Sesión 7	La amabilidad hacia uno mismo frente a la autocritica y la culpa. Prácticas de Tonglen y Metta
Sesión 8	Autocuidados: <i>mindfulness</i> en el insomnio, la compulsión, el consumo de sustancias y el estrés frente al trabajo. Técnicas de gestión eficaz del tiempo
Sesión 9	Resumen de los principales contenidos del programa y bibliografía complementaria
Sesión de refuerzo	Refuerzo al 1, 3 y 6 meses. Medida del impacto sobre la toma de medicación y refuerzo de la adherencia terapéutica mediante práctica en el centro
Actividad comunitaria	Encuentros mensuales de una hora en un centro municipal, de acceso libre y gratuito, para reforzar conocimientos y práctica, en colaboración con la asociación Teléfono de la Esperanza

informado/contrato de contingencia y cumplimentar los cuestionarios preintervención.

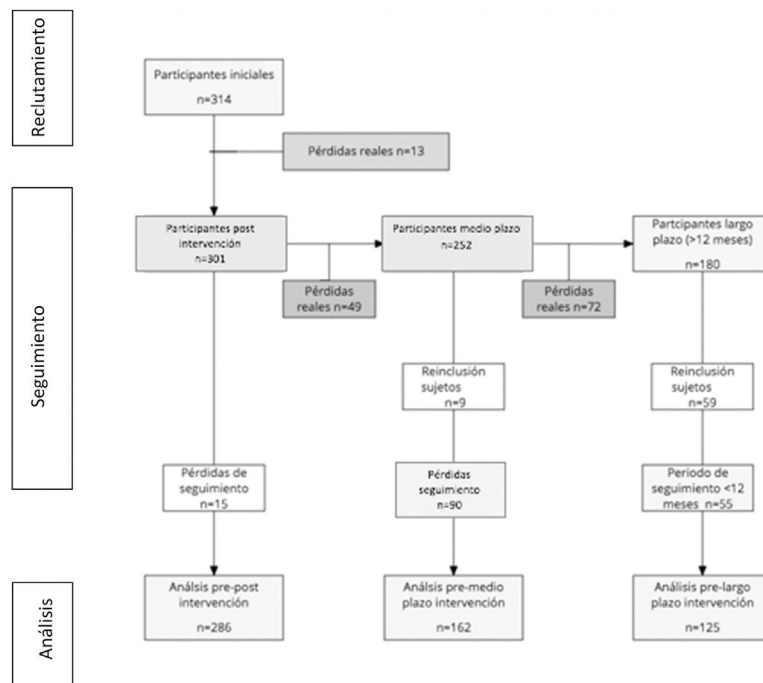
La valoración postintervención se realizó al finalizar la intervención, a los 3, 6 y 12 meses, de manera presencial, en las sesiones de refuerzo o mediante formato electrónico.

Análisis estadístico

Se agruparon las evaluaciones a los 3-6 meses, denominándose periodo a medio plazo. En el análisis univariante se determinaron la frecuencia, el porcentaje absoluto y se estableció la media, la desviación estándar, el mínimo y el máximo.

En el análisis bivalente, para comparar los resultados pre-post intervención y el seguimiento a medio y largo plazo, el estadístico a utilizar fue la prueba t-Student para muestras relacionadas o la Ji-cuadrado. Para valorar la magnitud del cambio una vez finalizada la intervención, se empleó la respuesta media estandarizada (RME), utilizando la regla de Cohen, para interpretar el tamaño del cambio producido: $> 0,8$ cambios muy importantes, $0,5-0,8$ importantes, $< 0,5$ medios y $< 0,2$ bajos. Se consideró significativo un valor de $p < 0,05$. Los análisis se realizaron con SPSS Statistics v.22.

El estudio de investigación fue aprobado por el Comité de Ética e Investigación del Hospital Universitario Central de Asturias.



Esquema general del estudio.

Tabla 2 Características sociodemográficas de la muestra total

Variables	N = 314	%	IC 95%	
<i>Centro de salud</i>				
El Llano	107	34,1	28,85	39,61
El Coto	71	22,6	18,10	27,65
Severo Ochoa	11	3,5	1,76	6,18
Montevil	21	6,7	4,19	10,04
Candás	52	16,6	12,62	21,14
Villaviciosa	37	11,2	8,43	15,88
La Calzada	15	4,8	2,70	7,76
<i>Sexo</i>				
Hombre	45	14,3	10,65	18,70
Mujer	269	85,7	81,30	89,35
<i>Estado civil</i>				
Casado	177	56,4	50,69	61,93
Soltero	43	13,7	10,09	18
Viviendo en pareja	41	13,1	9,54	17,29
Divorciado	25	8	5,22	11,53
Separado	9	2,9	1,32	5,37
Viudo	19	6,1	3,68	9,29
<i>Estudios finalizados</i>				
Primarios	70	22,3	17,81	27,31
Secundarios	80	25,5	20,75	30,67
Técnicos	80	25,5	20,75	30,68
Universitarios	84	26,8	21,94	32,01
<i>Ocupación</i>				
Desempleado	62	19,8	15,49	24,59
Ama de casa	86	27,5	22,53	32,68
Estudiante	12	3,8	1,99	6,58
Autónomo	29	9,2	6,27	12,99
Asalariado	114	36,3	30,98	41,89
Jubilado	10	3,2	1,54	5,78
<i>Personas a cargo</i>				
Sí	193	61,9	55,84	66,88
No	119	38,1	32,51	43,52
<i>Terapia previa</i>				
Sí	124	39,7	34,05	45,14
No	188	60,3	54,22	65,34
	Media	DE	Máx	Mín
<i>Edad, años</i>	49,02	11,56	76	19

Resultados

Se realizaron 28 intervenciones grupales, conformando la muestra inicial 314 sujetos. El porcentaje de pérdidas fue del 4,1% (n=13) al finalizar la intervención, del 15,6% (n=49) a los 6 meses y del 22,9% (n=72) al año o más de un año. Las variables sociodemográficas se describen en la [tabla 2](#). La derivación de los pacientes al PAMAP se realizó por las enfermeras o los médicos del propio CS (52,8%), por iniciativa del paciente (27,5%), derivación de SM (12,4%),

enfermeras o médicos de otros CS (5,5%) y otras especialidades médicas (1,8%).

El 71% (n=201) seguían tratamiento farmacológico con antidepresivos o ansiolíticos al inicio del estudio y el 40% seguía tratamiento mixto.

La puntuación media de todas las escalas y subescalas obtuvieron diferencias estadísticamente significativas durante los 3 periodos de seguimiento, respecto a los valores basales; en la evaluación en el periodo de seguimiento a medio plazo se hallaron las mayores diferencias en las

Tabla 3 Cambios en las puntuaciones medias para el Cuestionari de Ansiedad Estado-Rasgo

Variable	Valores basales		Evaluación a largo plazo	
	Media (DE)	Media postintervención (DE)	Diferencia postintervención-basal, media (IC 95%)	RME
STAI Estado n = 241	33,20 (12,70)	19,37 (10,69)	12,25 (12,28 a 15,41)*	1,11
STAI Rasgo n = 247	34,47 (10,97)	25,23 (10,88)	9,24 (8,02 a 10,46)*	0,95
Valores a medio plazo				
		Media medio plazo (DE)	Diferencia medio plazo-basal, media (IC 95%)	
STAI Estado n = 138	32,96 (12,33)	17,85 (9,93)	15,12 (13,03 a 17,20)*	1,22
STAI Rasgo n = 133	35,18 (10,76)	20,11 (10,36)	15,07 (13,15 a 16,98)*	1,34
Valores a largo plazo				
		Media largo plazo (DE)	Diferencia largo plazo-basal, media (IC 95%)	
STAI Estado n = 113	33,76 (12,26)	20,81 (11,97)	12,95 (9,89 a 16)*	0,79
STAI Rasgo n = 113	35 (10,29)	23,83 (4,78)	11,18 (9,09 a 13,27)*	1

DE: desviación estándar; IC: intervalo de confianza; RME: respuesta media estandarizada.

* $p < 0,001$.

puntuaciones medias. Con respecto a la escala STAI, se parte de niveles basales más elevados para la escala STAI-rasgo que la escala STAI-estado. La mayor diferencia de medias se detectó en la variable STAI estado y rasgo a medio plazo (tabla 3).

En el análisis de los resultados del test de Goldberg, la mayor diferencia de medias se dio en la dimensión ansiedad e insomnio y los menores cambios en la dimensión de depresión (tabla 4). En los resultados de la escala FFMQ, la mayor diferencia de medias se objetiva en la dimensión «observar» y la menor diferencia de cambio, en la escala «describir» para los 3 momentos de seguimiento (tabla 5).

Al finalizar la intervención, la reducción del tratamiento farmacológico fue significativa en todas las etapas de seguimiento, con una reducción del 54,3% de la medicación basal y un 58,5% de la medicación de rescate al año de evaluación ($p < 0,001$).

Se evaluó la satisfacción del programa, con una media de 8,99 sobre una escala de 0 a 10.

Tras la finalización de la intervención grupal, el 92,2% de los sujetos refirió sentir menos síntomas ansiosos/depresivos, el 79,7% sentirse con más energía y el 78,1% registró un mayor grado de actividad.

El 79,3% de los sujetos continuaba con la práctica de *mindfulness* tras 12 meses, con una frecuencia de uso de entre 1-3 veces/semana y un tiempo medio de dedicación de 15-30 min/día. La práctica más utilizada fue la atención a la respiración (80%). Más del 50% de los sujetos utilizaba frecuentemente los espacios de respiración.

Con respecto a los cambios en las distintas actitudes medidas, un 87,30% refirió un cambio positivo en el cuidado

personal, seguido de un 87% en la relación consigo mismo y el manejo de situaciones estresantes.

Discusión

Los resultados muestran una moderada efectividad del PAMAP para reducir los síntomas de ansiedad y depresión, equiparable a los resultados informados por otros estudios que han utilizado una técnica similar en contextos de SM y a otras investigaciones con técnicas aplicadas por enfermeras en el ámbito de la AP que incluyen: relajación, entrenamiento en solución de problemas y afrontamiento del estrés²³⁻²⁶. La variable que presenta una menor diferencia de medias es la depresión. Este resultado evidencia la necesidad de reforzar los contenidos del programa con técnicas de activación conductual para reducir los síntomas depresivos leves y la derivación al servicio de SM de los casos de depresión activa.

Existe un aumento en las habilidades cognitivas que se desarrollan con la meditación *mindfulness* comparable al de otros estudios de SM²³. Este aumento podría explicar el descenso en las medidas de ansiedad y depresión; ser consciente de la influencia que tienen los pensamientos y sentimientos en la conducta facilita el control de impulsos y el afrontamiento efectivo de la experiencia presente. Tras la intervención, los pacientes afirman cuidarse mejor, sienten más energía y están más activos. La mayoría creen haber aprendido buenas estrategias para reducir su malestar y han manifestado mejoras en las relaciones personales. Estos resultados coinciden con un estudio cualitativo de *mindfulness* que refleja mejoras en la calidad de vida²⁷.

Tabla 4 Cambios en las puntuaciones medias para la Escala de Ansiedad y Depresión de Goldberg

Variables	Valores basales		Valores postintervención	
	Media (DE)	Media postintervención (DE)	Diferencia postintervención-basal, media (IC 95%)	RME
Goldberg A n = 283	3,12 (2,36)	0,83 (1,68)	2,29 (1,99 a 2,60)*	0,89
Goldberg B n = 284	3,47 (2,84)	0,76 (1,62)	2,71 (2,38 a 3,04)*	0,88
Goldberg C n = 283	2,89 (2,49)	0,59 (1,36)	2,29 (1,99 a 2,60)*	0,88
Goldberg D n = 282	1,78 (2,17)	0,42 (1,24)	1,36 (1,11 a 1,60)*	0,52
Goldberg total n = 278	11,20 (8,07)	2,65 (5,03)	8,55 (7,58 a 9,53)*	1,04
Valores a medio plazo				
	Media (DE)	Media medio plazo tras intervención (DT)	Diferencia medio plazo-basal, media (IC 95%)	RME
Goldberg A n = 158	2,84 (2,28)	0,84 (1,66)	2 (1,56 a 2,44)*	0,71
Goldberg B n = 161	3,35 (2,62)	0,71 (1,59)	2,64 (2,16 a 3,12)*	0,85
Goldberg C n = 159	2,62 (2,46)	0,69 (1,48)	1,94 (1,50 a 2,37)*	0,70
Goldberg D n = 161	1,61 (2)	0,39 (1,16)	1,22 (0,88 a 1,57)*	0,55
Goldberg total n = 156	10,53 (7,64)	2,53 (4,66)	8 (6,60 a 9,40)*	0,91
Valores a largo plazo				
	Media (DE)	Media largo plazo tras intervención (DE)	Diferencia largo plazo-basal, media (IC 95%)	RME
Goldberg A n = 120	3,45 (2,46)	1,37 (2,12)	2,08 (1,47 a 2,7)*	0,60
Goldberg B n = 120	3,53 (2,61)	1,33 (2,28)	2,20 (2,59 a 2,81)*	0,65
Goldberg C n = 120	3,02 (2,56)	1,07 (2,06)	1,95 (1,35 a 2,55)*	0,30
Goldberg D n = 120	1,68 (2,15)	0,63 (1,54)	1,06 (0,59 a 1,53)*	0,40
Goldberg total n = 117	11,84 (7,93)	4,40 (6,92)	7,44 (5,48 a 9,40)*	0,69

DE: desviación estándar; IC: intervalo de confianza; RME: respuesta media estandarizada.

* $p < 0,001$.

A los 12 meses de la intervención se refleja una reducción en la prescripción médica del consumo de fármacos, paralela a la adquisición de herramientas de afrontamiento adaptativas. En este sentido, no se han encontrado estudios que midan el impacto de la intervención sobre el consumo de fármacos. Sería interesante incluir esta variable en próximos estudios para poder establecer comparaciones del efecto de las intervenciones basadas en *mindfulness* en el consumo de fármacos y utilizar cuestionarios validados, como la Escala de consumo de benzodiazepinas. Los cambios

observados a largo plazo parecen indicar que la implantación del PAMAP puede ser efectiva para reducir los síntomas de ansiedad y depresión y el consumo de fármacos en pacientes de AP²⁸.

Con respecto a las limitaciones, puede existir un sesgo de selección debido a la captación pasiva de algunos sujetos. La existencia de pérdidas mayores del 20% y la falta de un grupo control disminuye la validez interna. Hay que tener en cuenta que más de un 50% de las pérdidas fueron por causa de imposibilidad de contacto con los sujetos participantes.

Tabla 5 Cambios en las puntuaciones medias para la escala Five Facet Mindfulness Questionnaire

Variables	Valores basales		Valores postintervención	
	Media (DE)	Media postintervención (DE)	Diferencia postintervención-basal, media (IC 95%)	RME
Observar n = 271	22,51 (6,65)	28,39 (5,90)	-5,89 (-6,71 a -5,07)*	0,86
Describir n = 275	24,54 (6,90)	25,94 (6,73)	-1,40 (-2,13 a -0,67)*	0,23
Actuar n = 269	21,86 (6,91)	24,78 (5,48)	-2,92 (-3,70 a -2,15)*	0,45
No juicios n = 277	21,19 (7,11)	25,77 (7,36)	-4,58 (-5,46 a -3,69)*	0,61
No reaccionar n = 268	18,25 (4,86)	21,84 (4,19)	-3,59 (-4,27 a -2,92)*	0,64
Total n = 236	108,48 (20,31)	127,12 (20,58)	-18,64 (-21,58 a -15,70)*	0,81
Valores a medio plazo				
	Media (DE)	Media medio plazo tras intervención (DE)	Diferencia medio plazo-basal, media (IC 95%)	RME
Observar n = 155	22,29 (6,44)	29 (6,07)	-6,71 (-7,88 a -5,54)*	1,05
Describir n = 154	24,39 (6,74)	27,47 (6,75)	-3,08 (-4,16 a -2)*	0,45
Actuar n = 149	21,91 (7,05)	26,23 (6,17)	-4,33 (-5,52 a -3,14)*	0,59
No juicios n = 151	21,08 (7,20)	27,36 (7,10)	-6,28 (-7,62 a -4,95)*	0,76
No reaccionar n = 151	18,38 (4,57)	22,49 (4,43)	-4,11 (-5,1 a -3,12)*	0,67
Total n = 134	106,51 (19,43)	132,30 (11,37)	-25,78 (-29,93 a -21,63)*	1,18
Valores a largo plazo				
	Media (DE)	Media largo plazo tras intervención (DE)	Diferencia largo plazo-basal, media (IC 95%)	RME
Observar n = 121	21,62 (6,42)	23,06 (4,30)	-1,44 (-2,76 a -0,12)*	0,20
Describir n = 121	24,35 (6,51)	27,45 (4,90)	-3,1 (-4,43 a -1,77)*	0,42
Actuar n = 121	22,09 (6,74)	24,95 (4,09)	-2,86 (-4,2 a -1,52)*	0,38
No juicios n = 120	22 (6,80)	26,63 (4,48)	-4,63 (-6,04 a 3,22)*	0,59
No reaccionar n = 121	18,23 (4,49)	20,59 (3,18)	-2,36 (-3,31 a -1,40)*	0,44
Total n = 112	108,46 (20,13)	122,57 (11,37)	-14,11 (-18,33 a -9,88)*	0,63

DE: desviación estándar; IC: intervalo de confianza; RME: respuesta media estandarizada.

* $p < 0,001$.

Los resultados hay que entenderlos en el contexto fármaco-intervención.

En futuras investigaciones sería conveniente potenciar la inclusión de intervenciones basadas en *mindfulness* como adyuvantes o alternativas al tratamiento farmacológico para

el abordaje del TMC en AP, investigar su efectividad dentro de las estrategias de intervención en los problemas de salud crónicos y el uso de ensayos clínicos aleatorios con análisis ciego por intención de tratar y enmascaramiento de la intervención como metodología.

Lo conocido sobre el tema

Las intervenciones basadas en prácticas de *mindfulness* pueden ser eficaces en el tratamiento del TMC.

Qué aporta este estudio

- El contexto de la intervención: el estudio pone de manifiesto algunas de las características que definen la AP, como son el abordaje integral de los problemas de salud y la detección y actuación precoz sobre los mismos para reducir la morbilidad.
- Los profesionales que implementan el programa: enfermeras de atención familiar y comunitaria. Este trabajo refleja la orientación holística de la disciplina enfermera y su capacidad para desempeñar competencias de práctica avanzada en el cuidado de la salud.
- La medida del impacto sobre el consumo de medicación: un aumento en las habilidades de afrontamiento puede repercutir de forma positiva en el gasto del sistema sanitario público.

Conflicto de intereses

Los autores declaran que no existe ningún conflicto de intereses.

Agradecimientos

A la Gerencia y a las direcciones médicas y de enfermería del Área V de Servicio de Salud del Principado de Asturias por apostar por este proyecto, al servicio de SM por su colaboración en el estudio y a las enfermeras de AP que lideran el programa en los centros de salud.

Bibliografía

1. World Health Organization Europe. Mental health: Facing the challenges, building solutions. Copenhagen: World Health Organization, Regional Office for Europe; 2005.
2. Plan de acción sobre salud mental 2013-2020. Organización Mundial de la Salud. Ginebra: Ediciones de la OMS; 2013.
3. Ministerio de Sanidad, Política Social e Igualdad. Encuesta sobre alcohol y drogas en la población general en España. EDADES. 2015. Madrid: Ministerio de Sanidad, Servicios Sociales e Igualdad; 2013. Disponible en: <http://www.pnsd.mssi.gov.es/profesionales/sistemasInformacion/sistemaInformacion/encuestas.htm>.
4. Estrategia Nacional sobre drogas 2009-2016. Madrid: Ministerio de Sanidad, Servicios Sociales e Igualdad; 2017.
5. Observatorio de Salud de Asturias. Informe de Situación de Salud de Asturias 2012-2015. Consejería de Sanidad, Gobierno del Principado de Asturias; 2012.
6. Grupo de trabajo del Servicio de Salud del Principado de Asturias. Plan de salud mental del Principado de Asturias 2015-2020. Oviedo: Consejería de Sanidad; 2015.
7. Dirección general de asistencia sanitaria del servicio valenciano de salud. Atención para personas con trastorno mental común: Contrato terapéutico. Valencia: Servicio Valenciano de Salud; 2011.
8. Grupo de Trabajo de la Guía de Práctica Clínica para el Manejo de Pacientes con Trastornos de Ansiedad en Atención Primaria. Guías de Práctica Clínica en el SNS: UETS N.º 2006/10. Madrid: Plan Nacional para el SNS del MSC, Unidad de Evaluación de Tecnologías Sanitarias, Agencia Laín Entralgo, Comunidad de Madrid; 2008.
9. Gobierno del Principado de Asturias. Consejería de Sanidad. Guía de recomendaciones clínicas. Ansiedad. Dirección General de Innovación Sanitaria; actualización 2014.
10. Orden SAS/1729/2010, de 17 de junio, por la que se aprueba y publica el programa formativo de la especialidad de Enfermería Familiar y Comunitaria.
11. Grupo de Trabajo de la Guía de Práctica Clínica para el Manejo de Pacientes con Trastornos de Ansiedad en Atención Primaria. Guías de Práctica Clínica en el SNS: UETS N.º 2006/10. Madrid: Plan Nacional para el SNS del MSC, Unidad de Evaluación de Tecnologías Sanitarias, Agencia Laín Entralgo, Comunidad de Madrid; 2008.
12. Ma SH, Teasdale JD. Mindfulness-based cognitive therapy for depression: Replication and exploration of differential relapse prevention effects. *J Consult Clin Psychol.* 2004;72:31-41.
13. 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. *Rev Psicopatol Psicol Clin.* 2011;16:1-14.
14. Arias A, Steimberg J, Banga A. Systematic review of the efficacy of meditation techniques as treatments for medical illness. *J Altern Complement Med.* 2006;12:817-32.
15. Izaguirre A, Alonso F, Fernández D, Suárez P, Figueiras J. 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. Disponible en <http://www.index-f.com/lascasas/documentos/lc0876.php>.
16. Spielberger CD, Gorsuch R, Lushene R. *Manual for the State-Trait Anxiety Inventory.* Palo Alto, CA: Consulting Psychologist; 1970.
17. Spielberger CD, Gorsuch RL, Lushene RE. *STAI. Cuestionario de ansiedad estado-rasgo (7.ª ed. rev.).* Madrid: TEA; 2008.
18. Guillén-Riquelme A, Buela-Casal G. Actualización psicométrica y funcionamiento diferencial del ítem en el State Trait Anxiety Inventory (STAI). *Psicothema.* 2011;23:510-5.
19. Goldberg D, Bridges K, Duncan-innes P, Grayson D. Detecting anxiety and depression in general medical settings. *BMJ.* 1988;297:897-9.
20. Lobo A, Pérez-Echevarría MJ, Artal J. Validity of the scaled version of the General Health Questionnaire (GHQ-28) in a Spanish population. *Psychol Med.* 1986;16:135-40.
21. Cebolla A, García-Palacios A, Soler J, Guillen V, Baños R, Botella C. Psychometric properties of the Spanish validation of the Five Facets of Mindfulness Questionnaire (FFMQ). *Eur J Psychiatry.* 2012;26:118-26.
22. Martín A, Rodríguez T, Pujol-Ribera E, Berenguera A, Moix J. Evaluación de la efectividad de un programa de mindfulness en profesionales de Atención Primaria. *Gac Sanit.* 2013;27:521-8.
23. Cebolla A, Miró MT. Eficacia de la Terapia Cognitiva basada en la Atención Plena en el tratamiento de la depresión. *Revista de Psicoterapia.* 2007;17(66/67):133-57.
24. 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;44:695-702.

25. Gómez del Pulgar E, Méndez-Moreno A. Mindfulness y control del síndrome de desgaste profesional en la enfermería española. *Enferm Trab.* 2017;7:70–5.
26. 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;41:227–32.
27. Cebolla A. Eficacia de la terapia cognitiva basada en la atención plena en el tratamiento de la ansiedad y la depresión (Tesis doctoral). Valencia: Universidad de Valencia, Publicacions de la Universitat de Valencia; 2007.
28. Barceló-Soler A, Monreal-Bartolomé A, Navarro-Gil M, Beltrán-Ruiz M, García -Campayo J. Mindfulness aplicado a la atención Primaria. *FMC.* 2018;25:564–73.