



## ORIGINAL

# Experiencia con intervención basada en *mindfulness* (atención plena) en pacientes de un centro de salud urbano



J. Garzón de la Iglesia\*, M. Caparrós de la Jara y J. Fernández Horcajuelo

Centro de Salud Alicante, Fuenlabrada, Dirección Asistencial Oeste, SERMAS (Servicio madrileño de salud), Madrid, España

Recibido el 24 de julio de 2017; aceptado el 20 de abril de 2018

Disponible en Internet el 23 de agosto de 2018

### PALABRAS CLAVE

*Mindfulness*;  
Atención primaria;  
Efectividad;  
Aceptabilidad

### Resumen

**Objetivo:** En este estudio se analizan la efectividad y aceptabilidad de talleres de atención plena dirigidos a población que acude a un centro de salud urbano, acogiendo a pacientes con diagnóstico de estrés, ansiedad leve, depresión leve, dolor crónico, problemas de adaptación o afrontamiento de su enfermedad.

**Material y métodos:** El taller se estructura en 10 sesiones de dos horas de duración, con un intervalo semanal. Se acogen dos grupos de personas, atendiendo a un total de 35. Se miden variables relacionadas con las distintas cualidades atencionales mediante el *five facet mindfulness questionnaire*, al inicio de la intervención y en dos momentos distintos de la intervención: en la 5.<sup>a</sup> semana y al finalizar el taller (10.<sup>a</sup> semana).

**Resultados:** Se obtuvieron diferencias estadísticamente significativas con el *five facet mindfulness questionnaire* tanto a las 5 semanas (10,52,  $p=0,015$ ) como a las 10 semanas (13,64,  $p=0,039$ ). En cuanto a la aceptabilidad, hubo un 47% de pacientes que acudieron a 8 o más sesiones, y no hubo registro de problemas relacionados con la organización y el desarrollo del programa en el centro.

**Conclusiones:** Si bien este tipo de aproximación puede ser efectiva y aceptable en el ámbito de la atención primaria de salud, en próximos estudios sería interesante cuantificar el impacto clínico de dichas intervenciones, y la repercusión sobre el propio sistema sanitario.

© 2018 Sociedad Española de Médicos de Atención Primaria (SEMERGEN). Publicado por Elsevier España, S.L.U. Todos los derechos reservados.

\* Autor para correspondencia.  
Correo electrónico: [jesus.garzonig@salud.madrid.org](mailto:jesus.garzonig@salud.madrid.org) (J. Garzón de la Iglesia).

<https://doi.org/10.1016/j.semerg.2018.04.005>

1138-3593/© 2018 Sociedad Española de Médicos de Atención Primaria (SEMERGEN). Publicado por Elsevier España, S.L.U. Todos los derechos reservados.

**KEYWORDS**

Mindfulness;  
Primary care;  
Effectiveness;  
Acceptability

**Experience in an urban outpatient clinic with a mindfulness based intervention****Abstract**

*Aim:* In this study an evaluation is made of the effectiveness and acceptability of a mindfulness program oriented towards individuals in an outpatient clinic. The program attended to people had mild anxiety, stress, mild depression, chronic pain, or those with problems coping with their chronic disease condition.

*Material and methods:* The structured intervention was in 10 weekly 2 hour sessions. The study included 35 patients divided in two different groups. The variables associated with the different care qualities were measured using the five facet mindfulness questionnaire before the intervention and at two different times during the intervention: in the 5th week and at the end, in the 10th week.

*Results:* Statistically significant results were found with five facet mindfulness questionnaire in the 5th week (10.52,  $p = .015$ ) as well as in the 10th week (13.64,  $p = .039$ ). According to acceptability, 47% of the patients came to 8 or more sessions, and no conflicts or disturbances were registered in relation to the organisation or the development of the program. *Conclusion:* Although these kinds of programs are effective and accepted in a Primary Care context, in future studies the clinical changes, and the impact on the health care system itself, should be analysed and measured.

© 2018 Sociedad Española de Médicos de Atención Primaria (SEMERGEN). Published by Elsevier España, S.L.U. All rights reserved.

**Introducción**

Los factores mentales y emocionales, la manera de pensar y de comportarnos y el modo de afrontar los acontecimientos vitales por los que pasamos pueden tener un importante efecto en nuestra salud física y mental así como en nuestra capacidad de recuperación de enfermedades y lesiones. La comprensión en primera persona acerca de cómo estos factores influyen en nuestro bienestar es una de las consecuencias de la aplicación continuada de las técnicas de atención plena<sup>1-2</sup>.

Atención plena (*mindfulness*) se refiere a una capacidad de nuestra atención. Hace referencia a estar en contacto con la realidad del momento presente de manera intencionada, y a tener conciencia de ese momento con apertura, con curiosidad y con la voluntad de estar con lo que es. El entrenamiento atencional se basa en ejercicios que desarrollan la capacidad de concentración, y la capacidad de «dejar ir» pensamientos, emociones y otros fenómenos de la mente. Así pues, se acepta la presencia de los procesos mentales y emocionales, sin quedar «enganchado» en ellos, sin juzgarlos, y permitiendo que fluyan otros procesos o emociones.

A lo largo del entrenamiento se procura desarrollar la capacidad atencional y una determinada actitud ante la experiencia de cada momento que comprende la amabilidad, el no juicio, el desarrollo de la paciencia, la curiosidad, la confianza, el no esforzarse y la aceptación<sup>3</sup>.

Los mecanismos neurobiológicos mediante los cuales es eficaz *mindfulness* incluyen la activación del córtex prefrontal izquierdo y el córtex cingulado anterior (patrón relacionado con emociones positivas). Se ha comprobado que los meditadores con amplia experiencia ven engrosadas áreas cerebrales relacionadas con la atención<sup>4</sup>.

Los programas estandarizados de atención plena han demostrado ampliamente su eficacia en tan diferentes perfiles clínicos<sup>1-5</sup> como: estrés, ansiedad<sup>6-7</sup>, recaídas en depresión<sup>8-9</sup>, dolor crónico<sup>10</sup>, patología dual<sup>11</sup>, acompañantes de enfermos de demencias<sup>12</sup>, compulsión por la comida<sup>13</sup> o trastornos sin explicación médica<sup>14</sup>. Existen estudios aún iniciales que miden el impacto psicológico de dichas intervenciones en perfiles clínicos como pacientes con demencia<sup>12-15</sup> y enfermos de cáncer<sup>16</sup>, así como para tratar el síndrome del «*burn-out*» en profesionales sanitarios<sup>17-18</sup>. También está en estudio su impacto en pacientes hiperfrecuentadores<sup>14</sup>. Parece, igualmente, tener un papel importante en el bienestar psicológico de las personas<sup>19</sup>. De hecho, algunos de los estudios apuntan hacia un cierto impacto, a pesar de estar dirigidas hacia el bienestar psicológico, en la disminución del número de consultas no relacionadas con la salud mental<sup>20</sup>.

Si bien amplios estudios se han realizado ya en ámbito de atención especializada, varios autores recomiendan ya su implementación en la atención primaria de salud<sup>1</sup>, y ya han aparecido los primeros metaanálisis en dicho ámbito<sup>20</sup>.

La atención primaria como puerta de entrada a los servicios de salud la sitúan en un lugar inmejorable para el abordaje de los malestares cotidianos, los trastornos crónicos, y el manejo de las relaciones e implicaciones de la enfermedad con los ecosistemas familiar y social.

La presencia de trastornos de ansiedad, depresivos y de dolor crónico en las consultas de atención primaria es amplísima y se encuentran dentro de los principales problemas de salud<sup>21-24</sup>. Acompañando a diferentes malestares y a mucho sufrimiento, y a las somatizaciones, así como influyendo en la alta incidencia de hiperfrecuentación de los servicios sanitarios es posible que se encuentre algún sesgo atencional y un rechazo velado o manifiesto a los condicionantes de la

enfermedad: pérdida de capacidades físicas o intelectuales, incremento del grado de dependencia, cambio del autoconcepto, cambio de roles, modificación del estatus laboral o económico...

*Mindfulness* trabaja el desarrollo de la atención de lo que es, sin poner ni quitar nada, diferenciando sensaciones, emociones, pensamientos y actividad mental. Propone el cultivo de la presencia, de la ausencia de juicios, de la paciencia y la aceptación. Ofrece un espacio y un tiempo de conexión de la persona con su realidad presente, generando la oportunidad de actualizar la relación del individuo consigo mismo y con su entorno, bien sea en el ámbito de salud, pareja, familiar, laboral o social.

La atención primaria es donde habitualmente se atienden los pacientes crónicos y se les realiza seguimiento. En este contexto, la capacidad de afrontamiento y gestión de los síntomas y condicionantes de la enfermedad por parte de los pacientes podría redundar en una mejor gestión de los afectos, las relaciones interpersonales, el autoconcepto y la toma de decisiones en relación con el empoderamiento y la asunción de responsabilidades en el autocuidado, pudiendo revertir sobre un mejor aprovechamiento de los recursos sanitarios.

Por otro lado, las consultas de los profesionales de salud en muchas ocasiones se ven engrosadas por demandas consideradas por los profesionales como «malestares cotidianos», para los cuales no existen respuestas médicas desde el punto de vista «científico-técnico»<sup>23</sup>. Estos y otros muchos factores influyen en el desencanto de los pacientes, el desprestigio de la medicina y el estrés de los profesionales. Tanto gestores como profesionales ven con preocupación el aumento de la demanda y presión asistencial en las consultas, lo que obliga al empleo de estrategias alternativas, complementarias a la consulta individual y al enfoque biomédico<sup>25</sup>. Muchos factores afectan, pues, al sistema de salud en su generalidad, y a la calidad de relación entre profesionales y pacientes. En este marco, *mindfulness* ofrece una alternativa que puede aportar un modo de prevenir y tratar enfermedades, incrementar las habilidades para afrontar el dolor y las enfermedades crónicas, reducir el estrés en pacientes y practicantes, fomentar la compasión, mejorar la calidad de los cuidados y reducir errores médicos<sup>26</sup>.

## Material y métodos

### Intervención. Características

El método empleado en este taller se basa en el programa de reducción de estrés basado en *mindfulness* (MBSR), desarrollado en la Universidad de Massachussets a finales de los 70, y programa principal de la investigación que se desarrolla en la clínica de reducción de estrés del centro médico de dicha universidad<sup>3</sup>.

Las intervenciones en *mindfulness* pueden ser muy variadas. Es posible que la efectividad de las mismas guarde relación, entre otros, con la formación y capacitación del/la instructora que dirige el taller. En ese sentido, el programa MBSR ofrece una formación específica y reglada y su aplicación supone el *gold-standard* de las intervenciones basadas en *mindfulness* en entornos clínicos. Sin embargo, el difícil acceso a la formación y la actual escasa presencia de

profesionales formados en dicho programa en España hacen que pueda ser interesante evaluar otros tipos de programas, si bien su heterogeneidad puede ser grande, algo que puede dificultar el análisis de los resultados.

El programa MBSR estandarizado propone 8 sesiones de 2 h 45 min de duración con una frecuencia semanal, y una jornada de práctica intensiva de 7,5 horas de duración<sup>3-8</sup>. Este programa se ha convertido en pionero y referencia dentro del estudio de la aplicación en entornos clínicos de las técnicas de *mindfulness*.

Las características del MBSR encajan difícilmente dentro del marco de aplicación de nuestro entorno y población. En nuestro estudio se realizaron cinco sesiones de dos horas de duración con una frecuencia semanal, en dos grupos de pacientes, de modo consecutivo.

Varias publicaciones indican la necesidad de estudiar el efecto a largo plazo de las técnicas de atención plena, y la posible disolución del efecto con el tiempo<sup>1,19,20</sup>. Por ello este estudio propuso crear un grupo de mantenimiento, para observar el efecto y la aceptabilidad por parte de los pacientes, y considerar los aspectos organizativos en el centro de salud relacionados con el mismo. La formación de dicho grupo estuvo abierta a los participantes de ambos grupos iniciales. Tal grupo de «mantenimiento» tuvo un formato de cinco sesiones semanales, de hora y media de duración, para participantes de ambos grupos de iniciación.

Pensamos que este formato se adecúa a las características de trabajo de los centros de salud, y podría subsanar la eventual pérdida de efecto postintervención. Para estudiar el efecto del entrenamiento en las capacidades de atención plena, se propone utilizar el cuestionario FFMQ<sup>27</sup> que mide las capacidades en *mindfulness*.

Las sesiones se llevaron a cabo en el gimnasio del centro de salud, donde existen disponibles sillas para unas 25 personas aproximadamente, y colchonetas para algún ejercicio en posición supina. La intervención tuvo una duración de dos meses y medio, distribuida en dos grupos «de iniciación» de cinco sesiones de dos horas de duración, y un grupo «de mantenimiento» de otras 5 semanas, ambas con una frecuencia semanal (fig. 1). Tal grupo de mantenimiento se ofreció a todos los participantes de ambos grupos de iniciación. Todas las sesiones fueron impartidas por el mismo instructor (médico de familia y experto en *mindfulness* por la Universidad Complutense de Madrid), con dos observadores presentes en todas las sesiones (médicos de familia formados en *mindfulness*).

La intervención incluyó una serie de ejercicios de atención y concentración fundamentados en el programa de reducción de estrés basado en *mindfulness* (MBSR). Asimismo se propuso la práctica 6 días a la semana de unos 20-40 min en domicilio de dichos ejercicios, así como la realización de prácticas «informales» consistentes en atender de un modo particular a las acciones cotidianas. Con el fin de apoyar e informar acerca de la práctica, se facilitó material en forma de audiciones, vídeos, lecturas de apoyo y cuadernos de bitácora. Del mismo modo se propuso una dirección de correo electrónico para realización de comentarios o el planteamiento de dudas por parte de los participantes acerca de la práctica.

Módulos y distribución de las sesiones:

1.ª sesión: bienvenida. Expectativas de los participantes. Motivación. Ejercicio de la uva pasa. Definición de atención

	Diciembre-febrero	15 febrero – 14 marzo	4 abril – 9 mayo	16 mayo – 13 junio
Captación				
Grupo 1				
Grupo 2				
Grupo mantenimiento				

Figura 1 Cronograma del desarrollo del programa.

plena. Exploración corporal. Devolución al grupo. Dudas, comentarios. ¿Con qué te quedas?

2.<sup>a</sup> sesión: atención caminando. Atención en la respiración (aproximación). Exploración corporal. Devolución al grupo. Dudas, comentarios. ¿Con qué te quedas?

3.<sup>a</sup> sesión: atención en los sonidos. Atención en la comunicación. Ejercicio por parejas. Atención en la respiración. Devolución al grupo. Dudas, comentarios. ¿Con qué te quedas?

4.<sup>a</sup> sesión: atención en el movimiento. Movimientos conscientes. Atención en la respiración. Atención abierta. Devolución al grupo. Dudas, comentarios. ¿Con qué te quedas?

5.<sup>a</sup> sesión: estrés. STOP. Práctica de la amabilidad hacia uno mismo. Devolución al grupo. Dudas, comentarios. ¿Con qué te quedas?

6.<sup>a</sup> sesión: atención en la respiración (atención abierta). En parejas, comentar aquello que resulta útil en primera persona. Devolución al grupo. Dudas, comentarios. ¿Con qué te quedas?

7.<sup>a</sup> sesión: atención en los pensamientos. En pequeños grupos, comentar el impacto de los pensamientos, en primera persona. Devolución al grupo. Dudas, comentarios. ¿Con qué te quedas?

8.<sup>a</sup> sesión: atención en las emociones. Emoción y percepción. Devolución al grupo. Dudas, comentarios. ¿Con qué te quedas?

9.<sup>a</sup> sesión: ejercicios de amabilidad y compasión. Humanidad compartida. Devolución al grupo. Dudas, comentarios. ¿Con qué te quedas?

10.<sup>a</sup> sesión: atención abierta. En grupos, cómo mantener la práctica. Dedicación y cierre.

Hipótesis conceptual: la utilización del programa de entrenamiento basado en *mindfulness* mejora sus habilidades en atención plena.

Hipótesis operativa: un programa de entrenamiento basado en técnicas de atención plena puede aumentar en 18 puntos el grado de atención plena según la Escala FFMQ una vez finalizada la intervención<sup>17</sup>.

### Objetivo principal

Evaluar la efectividad de un entrenamiento en un programa basado en *mindfulness* en la mejora de las habilidades en atención plena en un grupo de pacientes del centro de salud.

### Objetivos secundarios

Describir el grado de atención plena de los pacientes de un centro de salud, y su adherencia a un programa de estas características. Describir los aspectos organizativos

que intervienen en la puesta en marcha de un programa basado en atención plena en el centro de salud: horarios y facilidad de puesta en marcha. Aceptación por parte de pacientes y profesionales.

### Ámbito de estudio

Centro de salud Alicante, en Fuenlabrada. Participan pacientes voluntarios, remitidos desde las consultas de medicina de familia, enfermería y trabajo social.

### Población de estudio

Treinta y cinco, divididos inicialmente en dos grupos de trabajo, para posteriormente participar, los que así desearon y pudieron, en el grupo de continuación (mantenimiento).

### Captación de la muestra

Muestra por conveniencia. Por medio de una sesión clínica se dio a conocer la presencia del taller a los profesionales de medicina, enfermería, fisioterapia y trabajo social, y los criterios de inclusión en el taller y el estudio, descritos más abajo. Son los profesionales, atendiendo a dichos criterios, los que derivaron mediante un documento interno a los pacientes a la lista de espera del taller. El número de pacientes vino determinado por la gestión de los espacios en el centro de salud y por la capacidad de gestión de las prácticas del taller dentro de los grupos. Cabe reseñar que muchos de los profesionales del centro han participado en sesiones de *mindfulness* y son conocedores del abordaje, el formato y las posibilidades de este tipo de talleres.

### Criterios de inclusión y exclusión

Criterios de inclusión: pacientes mayores de 18 años con código CIAP diagnósticos de ansiedad, estrés, trastornos adaptativos y dolor crónico, que acudieron a consultas de medicina, enfermería o trabajadora social del Centro de Salud Alicante, en Fuenlabrada. El profesional derivó al taller con objetivo psicoeducativo para la mejora de su capacidad de afrontamiento.

Criterios de exclusión: pacientes con código CIAP de ansiedad o depresión catalogados por el profesional como moderadas-severas activas. Psicosis. Niños y adolescentes. Personas con discapacidad intelectual, demencias. Personas con discapacidad auditiva severa. Presencia de barrera idiomática. Uso de medicación sedante con disminución de la capacidad atencional. No se recomendó activamente el uso

de escalas para la medición de gravedad de los estados de ansiedad o depresión.

## Herramientas de medida

Para la evaluación se utilizó el Cuestionario Five Facet Mindfulness Questionnaire (FFMQ), de 39 ítems, con alfa de 0,88 (rango: 39-195) y cinco subescalas: observación, descripción, actuar con conciencia, ausencia de juicio y ausencia de reactividad. Los valores totales más altos indican mejor una atención plena<sup>28</sup>.

Las mediciones se realizaron antes del inicio de cada taller, y al finalizar los mismos.

## Variables

**De resultado.** La medida de los cuestionarios se realizó al inicio y a la finalización del grupo de iniciación, y al finalizar el grupo de mantenimiento, obteniendo, pues, tres medidas de cada sujeto. Numérica discreta de 39 a 195 puntos (en FFMQ).

**De control.** Edad (numérica continua). Sexo (cualitativa dicotómica). Motivo por el cual fueron derivados al grupo: estrés, ansiedad, problema de afrontamiento a enfermedad crónica, dolor crónico, otros (cualitativa).

**Muestra.** Tipo de muestreo: muestreo por conveniencia.

## Posibles sesgos

1. Ausencia de cálculo de tamaño muestral.
2. Muestra de pequeño tamaño.
3. Muestreo por conveniencia.
4. Ausencia de grupo control.
5. Eventual variabilidad interprofesional en la consideración de la gravedad de los episodios ansiosos o depresivos previo a la derivación de los pacientes.
6. Ambos grupos de inicio se tratan de modo homogéneo a pesar de que no se realizan simultáneamente.

**Análisis estadístico.** Se hace una descripción de la muestra: las variables continuas vinieron definidas por sus medidas de tendencia central y dispersión según la distribución de las mismas. Las variables cualitativas se describieron mediante la estimación de las proporciones y sus intervalos de confianza del 95%. El efecto del programa se valoró mediante la estimación de los tamaños estandarizados de las diferencias para las variables respuesta, considerando efectos pequeños entre 0,2 y 0,5, moderados, entre 0,5 y 0,8, y efectos grandes cuando estos son mayores de 0,8 (regla de Cohen). Para los análisis ajustados en variables dependientes del FFMQ, se utilizaron modelos de ecuaciones de estimación generalizadas de medidas repetidas. Los resultados se muestran con el estadístico correspondiente y el intervalo de confianza del 95%.

Dada la dificultad para contactar con los participantes, y que no se pudieron analizar los datos de aquellos sujetos que abandonaron, o los que no acudieron a la última sesión de cada ciclo del taller, se puede asumir que se trata de un estudio antes-después con un análisis por protocolo.

**Requisitos legales o consideraciones éticas:** el estudio se desarrolló siguiendo las directrices de la Declaración de Helsinki y la Guía de Buena Práctica en investigación. El protocolo fue aprobado por la Comisión Local de Investigación de la Dirección Asistencial Oeste (donde se encuadra el centro de salud). La información del estudio se facilitó de manera oral y escrita a los participantes, y se admitió a los que aceptaron participar, requiriéndose el consentimiento escrito. Este documento obra en poder del autor de correspondencia.

Se mantuvo la confidencialidad y el anonimato conforme a la ley 15/1999. Para ello se codificaron los datos en dos vueltas separando los datos identificables de los sujetos (sexo, edad, patología, . . .), de los cuestionarios, de tal modo que los investigadores no pueden identificar a qué paciente corresponden las respuestas.

**Cronograma (fig. 1):**

Fase de captación: de diciembre de 2015 a febrero de 2016. ● Primer grupo: 15, 22, 29 febrero y 7 y 14 de marzo.

● Segundo grupo: 4, 11, 18, 25 abril y 9 de mayo. ● Horario: lunes de 10 a 12 h. Grupo de continuación: 16, 23, 30 de mayo, 6 y 13 junio. ● Horario: lunes de 10,30 a 12 h.

## Resultados

El número total de participantes fue de 35 personas, de las cuales rellenaron el cuestionario basal 32. Las características de la muestra en cuanto a distribución por sexos, estudios, estado civil y edad se muestran en la [tabla 1](#).

Las derivaciones de los pacientes se llevaron a cabo en el 53,1% por estrés, el 65,6% por ansiedad, el 28, 1% por problema de adaptación crónica, un 6,3% por dolor crónico y un 3,1% por diferentes motivos.

La asistencia a las sesiones se recoge en la [tabla 2](#).

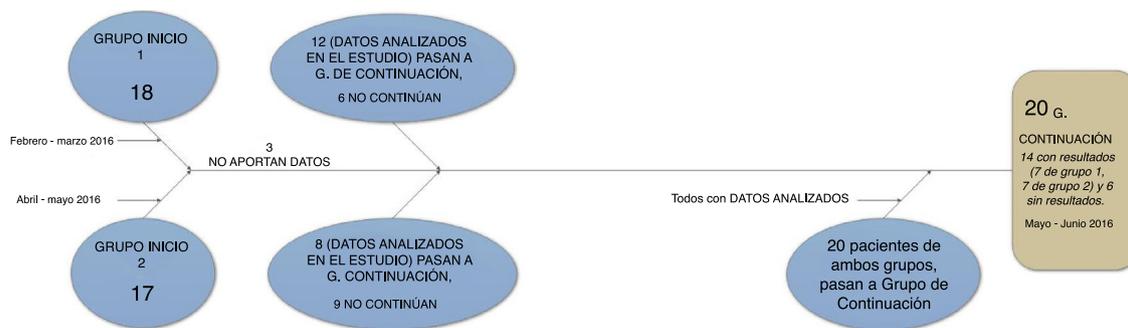
De las 32 personas que aportaron sus datos antes de formar parte del grupo de inicio, en la 5.ª semana se recopilaron datos de 19 sujetos. De las 20 personas que

**Tabla 1** Descripción de la muestra basal

	Frecuencia	Porcentaje
<b>Sexo</b>		
Hombre	6	18,8
Mujer	26	81,3
Total	32	100,0
<b>Nivel de estudios</b>		
Sin estudios	2	6,3
Primaria	15	46,9
Secundaria	11	34,4
Universitario	4	12,5
Total	32	100,0
<b>Estado civil</b>		
Casado	25	78,1
Separado	3	9,4
Soltero	4	12,5
Total	32	100,0
<b>Edad media</b>		
46,67	Percentil 25 38,25	Percentil 75 53

**Tabla 2** Asistencia a sesiones

Número de sesiones	Frecuencia	Porcentaje	Porcentaje acumulado
1	2	6,3	6,3
2	3	9,4	15,6
3	4	12,5	28,1
4	3	9,4	37,5
5	2	6,3	43,8
7	3	9,4	53,1
8	6	18,8	71,9
9	6	18,8	90,6
10	3	9,4	100
Total	32	100	



**Figura 2** Flujo de pacientes.

participaron en el grupo de continuación, se obtuvieron resultados en 14 individuos (ver flujograma de pacientes en la figura 2).

La media de puntuación en el momento previo a la intervención en el FFMQ de  $110,84 \pm 17,18$  (tabla 3).

La diferencia de medias del cuestionario FMMQ basal respecto al momento 1 (19 sujetos) resultó ser de 10,52, significativo con p de 0,015 (tabla 4).

La diferencia de medias del FFMQ basal respecto al momento 2 (14 sujetos) fue de 13,64; significativo con p de 0,039 (tabla 4).

No se analizaron subgrupos de pacientes por el escaso tamaño muestral, del mismo modo que no se analizaron los datos de las diferentes subescalas del FFMQ por el mismo motivo.

Los pacientes que abandonaron (que asistieron a la primera sesión y a ninguna más), en número de 2, alegaron: motivos laborales (un caso), no cumplimiento de expectativas (un caso).

Con respecto a los motivos para no asistir al grupo de continuación (un 30% de los participantes) los motivos alegados fueron: 70% laborales, 20% motivos familiares o personales, 10% cuestiones de salud.

Desde el punto de vista cualitativo, se pidió a los participantes que si así lo deseaban, redactaran sus impresiones en torno al taller y el impacto que supuso en relación con sus expectativas previas a la entrada en la intervención. Los comentarios se pudieron agrupar en torno a:

- Importancia del autoconocimiento/aprendizaje durante el taller.
- Mejoría del estado previo/ayuda para sobrellevar etapas difíciles.
- Relajación.
- Agradecimientos al equipo.
- Sugerencias para alargar en el tiempo el taller, o para ofrecerlo a otras personas.

**Tabla 3** Resultados basales del FFMQ

	Válidos	Media	DE	Mínimo	Máximo
Basal FFMQ total	32	110,8438	17,18797	68,00	160,00
Basal observar	32	25,9688	6,39296	11,00	37,00
Basal describir	32	26,3125	6,77013	9,00	39,00
Basal actuar con conciencia	32	22,2188	7,03784	11,00	40,00
Basal no enjuiciamiento	32	17,1563	6,97974	8,00	30,00
Basal no reactividad	32	19,1875	4,81555	9,00	31,00

**Tabla 4** Resultados del FFMQ prueba de muestras relacionadas

	Diferencias relacionadas							
	Media	Desviación típica	Error típ.de la media	95% Intervalo de confianza para la diferencia Inferior	95% Intervalo de confianza para la diferencia Superior	t	gl	Sig. (bilateral media)
Par 1 FFMQ basal -FFMQ (P1)	-10,52632	16,96850	3,89284	-18,70487	-2,34776	-2,704	18	0,015
Par 2 FFMQ basal -FFMQ (P2)	-13,64286	22,27661	5,95367	-26,50499	-0,78073	-2,292	13	0,039

## Discusión

En este estudio se propone valorar, por un lado, la eficacia de una intervención basada en *mindfulness* para incrementar las capacidades en atención plena, y por otro, considerar la aceptación y la disponibilidad de los recursos humanos y materiales para llevar a cabo dicho programa en el futuro.

Las cifras basales de valores atencionales medidos por el FFMQ son algo menores de las descritas en un estudio realizado en población española (110,8 vs. 122,7)<sup>17</sup> si bien las poblaciones son diferentes. En el estudio reseñado se valora la efectividad de una intervención basada en *mindfulness* en profesionales sanitarios de atención primaria, mientras que la muestra del presente estudio puede considerarse una muestra clínica. El cuestionario FFMQ ha mostrado diferencias significativas en sujetos con diferente experiencia en meditación, y esta experiencia en relación con diversos síntomas psicológicos (alexitimia, neuroticismo, evitación experiencial y otros) y datos de bienestar<sup>28-30</sup>.

En cuanto a la efectividad, en nuestro estudio, los resultados muestran diferencias significativas en ambos puntos de corte temporales (5 y 10 semanas), siendo la cuantía del cambio superior a las 10 semanas que a las 5. En ambos casos son algo inferiores a la cuantía del cambio comprobado en el estudio en profesionales sanitarios (10,5 y 13,6 vs. 18,4)<sup>17</sup>, algo que puede deberse a las diferencias en las mediciones en el momento basal, a diferentes capacidades, o a diferencias debidas a la propia intervención.

Si bien es cierto que mayores niveles de atención plena se han relacionado con reducción del estrés, emociones positivas y menor tendencia a la rumiación y a los afectos negativos, cabe preguntarse si las diferencias encontradas en este estudio son significativas para las personas y desde el punto de vista de la atención primaria de salud.

Del mismo modo, resulta interesante considerar asimismo si la diferencia encontrada entre ambos puntos temporales (semana 5 vs. semana 10) es clínicamente relevante. Este punto puede ser importante a la hora de esclarecer el tipo y duración de las intervenciones basadas en *mindfulness* óptimas dentro del contexto de la atención primaria de salud.

Es posible que en próximos estudios se puedan valorar cuestiones relacionales del individuo como: la relación consigo mismo, la relación del individuo con su enfermedad,

su relación con el entorno familiar, laboral y social, y su relación con el contexto sanitario. Y cuestiones acerca de la percepción que los profesionales de atención primaria tienen respecto a los pacientes que acuden a un taller de atención plena en el centro de salud: ¿Ha mejorado el autocuidado, su autonomía? ¿Ha favorecido el cambio en los estilos de vida? ¿Ha cambiado su relación con los profesionales sanitarios? ¿Hay más preguntas orientadas al consejo médico y menos carga de queja en su discurso? ¿Son sus objetivos o expectativas más realistas?

Respecto a la aceptabilidad por parte de los pacientes, un 62,5% acudieron a 5 o más sesiones (un 47% a 8 o más sesiones), mientras que un 15,6% (3 personas) acudieron a 2 sesiones o menos. Un total de 20 de los 35 participantes (un 57%) participaron en el grupo de continuación. Esto supone un alto grado de implicación en el taller.

Quizá en este sentido convendría ofrecer no solo una hoja informativa sino una sesión de información y orientación donde se expongan no solo el *modus operandi* del taller (que incluye dedicación y trabajo personal en domicilio) sino la importancia de la asistencia y de los objetivos del propio taller.

No se obtuvieron datos acerca del seguimiento en domicilio de las prácticas propuestas, que pueden corresponderse con un índice fiable de implicación, y podrían relacionarse con la mejoría en los resultados.

No se obtuvieron datos de todos los participantes. A pesar de la alta participación en el taller solo disponemos de datos de 17 participantes. Esto disminuye la potencia del estudio y su fiabilidad. Los motivos pueden ser variados (no asistencia a sesiones clave cuando se entregaban los cuestionarios, no insistencia en la recogida, falta de tiempo o de personal investigador o dedicación multitarea de este...) pero para próximos estudios será necesario un mayor control de este aspecto.

En relación a los profesionales, no nos consta queja alguna con respecto al uso de las instalaciones o por la eventual sobrecarga en sus agendas debida a la inasistencia de otros profesionales para la puesta en marcha del proyecto.

El horario, de 10 a 12 a.m. ha resultado bien aceptado, si bien hubo personas contactadas que no pudieron asistir por incompatibilidad horaria con sus responsabilidades laborales. Un taller en horario de tarde podría resultar más accesible para personas laboralmente activas.

Una de las propuestas en el Centro de Salud Alicante, en Fuenlabrada, es ofertar un taller trimestral en pacientes de atención primaria, con la intención de habilitar así mismo un espacio mensual de práctica para el mantenimiento del hábito y la profundización en el autoconocimiento, y evitar en la medida de lo posible la pérdida del efecto de la intervención a lo largo del tiempo. Dicha puesta en marcha precisa de un espacio más amplio que los disponibles dentro del centro. Actualmente se han establecido contactos con el ayuntamiento de la localidad con el fin de disponer de un espacio de las características requeridas.

Este estudio piloto sugiere una alta aceptación por parte de pacientes y profesionales, y orienta hacia una cierta efectividad en los parámetros medidos, si bien es cierto que la impresión clínica de mejoría fue superior a la medida por los cuestionarios. Por tanto sería interesante mantener la iniciativa de instaurar unos talleres periódicos basados en *mindfulness*, de modo que se pueda medir su impacto en diferentes ámbitos, más ajustados a la realidad de la atención primaria de salud.

Limitaciones del estudio:

- Ausencia de grupo control.
- Ausencia de medición de la práctica a domicilio, que puede resultar un buen índice de motivación, y eventualmente relacionarse con la mejoría clínica.
- Variabilidad de criterio interprofesional en la medición de la gravedad de los procesos ansiosos y depresivos.
- Se trata a ambos grupos de inicio de modo homogéneo a pesar de que no se realizan simultáneamente.
- Escaso tamaño muestral. A lo que se añade que varias personas no rellenaron los cuestionarios habiendo concedido su permiso previamente para hacerlo. Esto limita la generalización de los resultados.

Propuestas de futuro/de mejora: resumiendo, para próximos estudios sería interesante proponer, a expensas de desarrollar un protocolo aceptable y realista dentro del ámbito de la atención primaria:

1. Cálculo del tamaño muestral y presencia de un grupo control para poder asegurar que los eventuales cambios se deben a la intervención.
2. Medición de la adherencia a las prácticas en el domicilio.
3. Medición de la calidad de vida en relación con la salud de los participantes.
4. Medición de la persistencia del efecto a lo largo del tiempo.
5. Inclusión de sesión informativa previa a la puesta en marcha del taller.
6. Uniformidad de criterios de derivación.
7. Homogeneidad y rigurosidad en los tiempos de recogida de datos.
8. Mediciones propuestas acerca del eventual impacto clínico de la intervención:
  - Disminución o variación de la dosis y de la toma de medicamentos.
  - Variación en el contenido (motivo) o el tono (contenido emocional) de las consultas.
  - Disminución o variación en número o duración de las incapacidades laborales temporales.

- Disminución o variación del número de interconsultas a especialistas.
- Disminución o variación del gasto económico.

## Conclusiones

Las intervenciones grupales basadas en *mindfulness* en el contexto de la atención primaria de salud parecen ser bien aceptadas por parte de pacientes y profesionales, y su proyección es prometedora, tanto en efectividad como en facilidad de puesta en marcha. La instauración periódica de talleres en los centros de atención primaria y su impacto en la salud y en el funcionamiento de los equipos multidisciplinares de los centros está aún por estudiar. El diseño del estudio y la toma de datos deben revisarse para próximas ocasiones, con el fin de mejorar la potencia y la reproducibilidad de los resultados. Consideramos que en próximos estudios deberán realizarse diseños para evaluar el impacto clínico de las intervenciones, considerando factores asociados a la percepción de la calidad de vida de los participantes y a la realidad asistencial de la atención primaria de salud.

## Confidencialidad de los datos

Los autores declaran que han seguido los protocolos de su centro de trabajo sobre la publicación de datos de pacientes.

## Conflicto de intereses

Los autores declaran no tener ningún conflicto de intereses.

## Agradecimientos

A los compañeros del Centro de Salud Alicante, por su apoyo y confianza. A los pacientes que acuden a los talleres, por su presencia y estímulo. A Nirakara y la Universidad Complutense de Madrid, por su dedicación al estudio y difusión del *mindfulness*.

## Bibliografía

1. Hervás G, Cebolla A, Soler J. Intervenciones psicológicas basadas en *mindfulness* y sus beneficios: estado actual de la cuestión. *Clysa*. 2016;27:115-24.
2. García Campayo J. La práctica de estar atento (*mindfulness*) en medicina. Impacto en pacientes y profesionales. *Aten Primaria*. 2008;40:363-6.
3. Kabat-Zin J. Vivir con plenitud las crisis. En: *Cómo utilizar la sabiduría del cuerpo y de la mente para afrontar el estrés, el dolor y la enfermedad*. Barcelona: Editorial Kairós; 2003. p. 65-82.
4. Chiesa, Serretti. A systematic review of neurobiological and clinical features of *mindfulness* meditations. *Psychol Med*. 2010;40:1239-52.
5. Gotink Rinske A, Chu P, Busschbach JV, Benson H, Fricchione GL, Hunink MGM. Standardised *mindfulness*-based interventions in healthcare: An overview of systematic reviews and meta-analyses of RCTs. *PLoS ONE*. 2015;10.
6. Kurdyak P, Newman A, Segal Z. Impact of *mindfulness*-based cognitive therapy on health care utilization: A population

- based controlled comparison. *J Psychosomat Res.* 2014;77:85–9.
7. Strauss C, Cavanagh K, Oliver A, Pettman D, Würtzen H, Zachariae R. Mindfulness-based interventions for people diagnosed with a current episode of an anxiety or depressive disorder: A meta-analysis of randomised controlled trials. *PLoS One.* 2014;9:pe96110.
  8. Kuyken W, Warren FC, Taylor RS, Whalley B, Crane C, Bondolfi G, et al. Efficacy of mindfulness-based cognitive therapy in prevention of depressive relapse: An individual patient data meta-analysis from randomized trials. *JAMA Psychiatry.* 2016;73:565–74.
  9. Segal Z, Teasdale JD, Williams JM. *Terapia cognitiva para la depresión basada en mindfulness.* Barcelona: Kairós; 2015. p. 37–53.
  10. Turner JA, Anderson ML, Balderson BH, Cook AJ, Sherman KJ, Cherkin DC. Mindfulness-based stress reduction and cognitive-behavioral therapy for chronic low back pain: similar effects on mindfulness, catastrophizing, self-efficacy, and acceptance in a randomized controlled trial. *Pain.* 2016. <https://doi.org/10.1097/j>.
  11. Hoppes K. The application of mindfulness-based cognitive interventions in the treatment of co-occurring addictive and mood disorders. *CS Spectr.* 2006;11:829–41.
  12. Oken BS, Fonareva I, Haas M, Wahbeh H, Lane JB, Zajdel D, et al. Pilot controlled trial of mindfulness meditation and education for dementia caregivers. *J Altern Complement Med.* 2010;10:1031–8.
  13. Katterman SM, Kleinman BM, Hood MM, Nackers LM, Corsica JA. Mindfulness meditation as an intervention for binge eating, emotional eating, and weight loss: A systematic review. *Eat Behav.* 2014;15:197–204.
  14. Van Ravesteijn H, Lucassen P, Bor H, van Weel C, Speckens A. Mindfulness-based cognitive therapy for patients with medically unexplained symptoms: a randomized controlled trial. *Psychot Ther Psychosom.* 2013;82:299–310.
  15. Quintana Hernández DJ, Miró Barrachina MT. Estimulación basada en Mindfulness para personas mayores con enfermedad de Alzheimer u otras demencias. *Pap Psicol.* 2015;36: 207–15.
  16. Piet J, Würtzen H, Zachariae R. The effect of mindfulness-based therapy on symptoms of anxiety and depression in adult cancer patients and survivors: A systematic review and meta-analysis. *J Consult Clin Psychol.* 2012;80:1007–20.
  17. Martín Asuero A, Rodríguez Blanco T, Pujol-Ribera E, Berenguera A, Moix Queraltó J. Evaluación de la efectividad de un programa de mindfulness en profesionales de atención primaria. *Gac Sanit.* 2013;27:521–8.
  18. Martín Asuero A, Moix Queraltó J, Pujol-Ribera E, Berenguera A, Rodríguez-Blanco T, Epstein R. Effectiveness of a mindfulness education program in primary health care professionals: a pragmatic controlled trial. *J Contin Educ Health Prof.* 2014;34: 4–12.
  19. Martín-Asuero A, García de la Banda G. Las ventajas de estar presente: desarrollando una conciencia plena para reducir el malestar psicológico. *Int J ClinHealthPsychol.* 2007;7: 369–84.
  20. Demarzo MM, Montero-Marin J, Cuijpers P, Zabaleta-del-Olmo E, Mahtani KR, Vellinga A, et al. The efficacy of mindfulness-based interventions in primary care: a meta-analytic review. *The Annals of Family Medicine.* 2015;13: 573–82.
  21. Bengoa Urrengoetxea I, Ibáñez Leza A, Morel Luna AD. Trastornos de ansiedad. *AMF.* 2015;11:241–8.
  22. León-Sanroma M. Depresión. *AMF.* 2006;2:549–58.
  23. Comité de redacción. No más dolor. *AMF.* 2013; 9(1): 2-3.
  24. Pascual Pascual P, Cerecedo Pérez MJ. Somatización o síntomas somáticos y trastornos relacionados. *AMF.* 2015;11:281–6.
  25. Aguiló Pastrana E. Los grupos en atención primaria y los males de la vida cotidiana. *AMF.* 2010;6:372–81.
  26. Ludwig DS, Kabat-Zinn J. Mindfulness in medicine. *JAMA.* 2008;17:300.
  27. 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 Psychiat.* 2012;26:118–26.
  28. Baer RA, Smith GT, Hopkins J, Krietemeyer J, Toney L. Using self-report assessment methods to explore facets of mindfulness. *Assessment.* 2006;13:27–45.
  29. Baer RA, Smith GT, Lykins E, Button D, Krietemeyer J, Sauer S, et al. Construct validity of the five facet mindfulness questionnaire in meditating and nonmeditating samples. *Assessment.* 2008;15:329–42.
  30. Goldberg SB, Wielgosz J, Dahl C, Schuyler B, MacCoon DS, Rosenkranz M, et al. Does the Five Facet Mindfulness Questionnaire measure what we think it does? Construct validity evidence from an active controlled randomized clinical trial. *Psychol Assess.* 2016;28:1009–14.