



# TRABAJO FIN DE MÁSTER

del *Máster Universitario de Investigación en Ciencias  
SocioSanitarias*

Curso Académico 2016-2017

## **EFICACIA DE LA TERAPIA PSICOEDUCATIVA GRUPAL DE REDUCCIÓN DE ESTRÉS BASADA EN “ATENCIÓN PLENA/MINDFULNESS” EN PERSONAS CON SÍNTOMAS ASOCIADOS A TRASTORNOS DE ANSIEDAD Y/O DEPRESIÓN**

EFFICACY OF PSICOEDUCATIONAL GROUP STRESS REDUCTION  
THERAPY BASED ON "FULL ATTENTION / MINDFULNESS" IN  
PEOPLE WITH SYMPTOMS ASSOCIATED WITH ANXIETY AND / OR  
DEPRESSION DISORDERS

Realizado por: Cristina Obaya Prieto

Dirigido por: M<sup>a</sup> Carmen Barcena Calvo; Zaida  
Rodríguez Puente

En León, a 1 de diciembre de 2017

V<sup>o</sup>B<sup>o</sup> DIRECTOR/A

V<sup>o</sup>B<sup>o</sup> AUTOR/A

## ÍNDICE

	Página
1. Resumen/Abstract	3
2. Marco teórico	3
3. Metodología	6
4. Resultados	14
5. Discusión	21
6. Conclusiones	22
7. Referencias bibliográficas	23
8. Agradecimientos	25
9. Anexos	25

## **1. RESUMEN**

La prevalencia mundial de los trastornos ansioso-depresivos está aumentando debido al incremento de la exposición de la sociedad a niveles de estrés cada vez más elevados; lo que ha llevado a la OMS a definirlos como una "Epidemia Mundial". Dicha organización recomienda en primera instancia el uso de terapias cognitivo- conductuales para su tratamiento, entre las que se encuentra la terapia psicoeducativa grupal de "atención plena/ mindfulness", la cual basa su programa en la disminución progresiva del estrés. La evidencia científica indica que esta terapia es eficaz para aliviar los trastornos de ansiedad y depresión y dado que se hace necesario el abordaje de estos trastornos desde el sistema sanitario, en este trabajo se ha realizado un estudio cuasiexperimental con el objetivo de evaluar la eficacia de una intervención grupal psicoeducativa basada en la atención plena en personas con trastorno ansioso/depresivo en el ámbito de la Atención Primaria.

## **1. ABSTRACT**

The global prevalence of anxiety-depressive disorders is increasing due to the increasing exposure of society to high stress levels; which has led OMS to define them as a "Global Epidemic". This organization recommends in the first instance the use of cognitive-behavioral therapies for its treatment, among which is the psycho-educational group therapy of "mindfulness", which bases its program on the progressive reduction of stress. Scientific evidence indicates that this therapy is effective in alleviating anxiety and depression disorders and given that it is necessary to address these disorders from the health system, in this work a quasi-experimental study has been conducted with the objective of evaluating the efficacy of a psychoeducational group intervention based on mindfulness in people with anxiety / depressive disorder in the field of Primary Care.

## **2. MARCO TEÓRICO**

El estrés es definido como el resultado de una relación particular entre el individuo y el entorno que es evaluado como amenazante o desbordante de sus recursos y que pone en peligro su bienestar, se produce cuando la persona valora lo que sucede como algo que supera los recursos con los que cuenta y pone en peligro su bienestar personal, encontrándose entre medias la evaluación cognitiva que realiza el sujeto y el elemento emocional que supone esta situación (Lazarus y Folkman, 1986).

Este concepto va evolucionando y aparece el de "enfrentamiento del estrés", conocido como aquel en que los individuos presentan trabajos cognitivos y conductuales cambiantes ante situaciones estresantes para poder gestionar las demandas específicas externas y/o

internas que son evaluadas como excedentes o desbordantes de los recursos del individuo regulando sus respuestas emocionales (Lazarus y Folkman, 1986).

La sociedad actual está expuesta diariamente a situaciones estresantes produciendo niveles de estrés cada vez más elevados, provocando que coloquialmente sea denominada como la “Enfermedad del siglo XXI”. En la misma línea, la OMS la define como una “Epidemia Mundial”, hecho que hace necesario abordar el problema desde los sistemas sanitarios (Organización Mundial de la Salud [OMS], 2016).

A esto, se añade que la prevalencia mundial de los trastornos mentales comunes está aumentando: entre 1990 y 2013 ha habido un aumento del 50% de personas con ansiedad o depresión, siendo actualmente más de 615 millones de personas las que presentan estas enfermedades y representando además entre las enfermedades no mortales un 30% de la carga mundial (Organización Mundial de la Salud [OMS], 2016).

Para entender el alcance de las mismas es necesario conocer sus principales manifestaciones, las cuales engloban bajo ánimo, pérdida de interés, incapacidad para disfrutar, baja energía, preocupación, miedo, temor excesivo, tensión y malestar; además de producirse un deterioro de la función y actividad cotidiana de la persona no sólo a nivel individual, sino también social, familiar y laboral (Bengoa, Ibáñez & Morel, 2015; López et al., 2016). Una forma frecuente de esta patología es el trastorno mixto ansioso-depresivo, definido para aquellos casos en los que no hay predominancia clara de ninguno de los dos trastornos, incrementando por tanto el riesgo para desarrollar formas más severas de trastornos afectivos o de ansiedad ante una crisis vital (Bengoa, Ibáñez & Morel, 2015).

Hasta ahora el tratamiento más extendido a nivel mundial ha sido el farmacológico, no exento de efectos secundarios entre los que destaca la dependencia y entre cuyas recomendaciones no está el uso cronicado del mismo (López et al., 2016), lo que ha provocado que en los últimos años haya habido un crecimiento exponencial de estudios científicos sobre la psicoterapia, los cuales han demostrado su eficacia para reducir la sintomatología ansioso-depresiva y han hecho que organismos mundiales como la Organización Mundial de la Salud (OMS) recomienden en primera instancia el uso de terapias cognitivo- conductuales y no el tratamiento farmacológico, pudiendo combinar ambos como segunda opción (Organización Mundial de la Salud [OMS], 2016).

Este contexto en el que nos encontramos hace necesario que los sistemas sanitarios, instituciones, profesionales de la salud y sociedad en general ofrezcan una respuesta eficaz que disminuya este problema de salud pública, y entre esas respuestas está la terapia psicoeducativa grupal de atención plena, que basa su programa en la disminución progresiva del estrés, lo que la convierte en interesante para aplicar en Atención Primaria y conocer si disminuye los síntomas en pacientes diagnosticados de trastorno ansioso-depresivo.

La “Atención Plena” o “Mindfulness” tiene sus orígenes en la meditación budista y consiste en “prestar atención de manera consciente a la experiencia del momento presente con interés, curiosidad y aceptación”, fue introducida en el ámbito sanitario occidental por Kabat-Zinn y la psicoterapia basada en ella utiliza técnicas sencillas como la respiración consciente, el escaneo corporal, caminar conscientemente, comer o beber con conciencia plena y movimiento corporal con atención plena (Kabat, 2012).

La última revisión sistemática realizada en España sobre los tratamientos psicológicos basados en la atención plena concluye que esta terapia es eficaz para aliviar los trastornos de ansiedad y depresión (Miró et al.,2009), a esto hay que añadir que en la literatura científica(Britton, Shahar, & Jacobs, 2017; Gallego,Aguilar-Parra, Cangas, Langer, & Mañas, 2014;Palme, Memon, Wang, Johansson, & Sundquist, 2015;Pots, Meulenbeek, Veehof, & Klungers, 2014;Song & Lindquist, 2015) se encuentran numerosos estudios en el ámbito de la Atención Primaria que demuestran la eficacia de la terapia psicoeducativa grupal basada en la “Atención Plena” siguiendo una metodología de intervención de sesiones semanales durante ocho semanas, dirigidos a población adulta con síntomas ansiosos y/o depresivos y con o sin tratamiento farmacológico previo; este formato es el que presenta resultados significativos en la reducción de los síntomas de depresión, ansiedad y estrés, asociándose también su práctica a la disminución de la reactividad emocional frente a un factor de estrés negativo, recogiendo que los estudios sobre este tipo de intervención con una menor duración no presenta resultados significativos para la reducción de dichos síntomas.

En todos los estudios revisados se utilizan cuestionarios validados entre los que destacan: “Hospital Anxiety and Depression Scale-Anxiety Subscale (HADS-A)”, “Mental Health Continuum-Short Form (MHC-SF)”; “Acceptance and Action Questionnaire II (AAQ-II)”; “Five Facet Mindfulness Questionnaire (FFMQ)”, los cuales miden síntomas ansiosos, depresivos, de estrés y de salud general y que son realizados pre y post intervención.(Britton, Shahar, & Jacobs, 2017; Gallego,Aguilar-Parra, Cangas, Langer, & Mañas, 2014;Palme, Memon, Wang, Johansson, & Sundquist, 2015;Pots, Meulenbeek, Veehof, & Klungers, 2014;Song & Lindquist, 2015).

En la bibliografía consultada la terapia psicoeducativa se realizó de manera grupal, impartida por instructores entrenados, siendo fundamentalmente profesionales sanitarios (médicos de familia y psicólogos), con escasez de estudios por parte de profesionales de enfermería (Britton, Shahar, & Jacobs, 2017; Gallego,Aguilar-Parra, Cangas, Langer, & Mañas, 2014;Palme, Memon, Wang, Johansson, & Sundquist, 2015;Pots, Meulenbeek, Veehof, & Klungers, 2014;Song & Lindquist, 2015).

Ante estas evidencias parece sensato iniciar a los profesionales de enfermería en estas líneas de investigación, por todo esto, en este trabajo se pretende evaluar la eficacia de una intervención grupal psicoeducativa basada en la “Atención Plena” realizada en Atención

Primaria por profesionales de enfermería en personas adultas con trastorno ansioso/depresivo y conocer si los síntomas ansioso-depresivos disminuyen en el paciente tras la práctica de la misma.

## **2.1 OBJETIVOS**

### ·General:

- Evaluar la eficacia de una intervención grupal psicoeducativa basada en la “Atención Plena/Mindfulness” realizada en Atención Primaria en personas adultas con trastorno ansioso/depresivo.

### ·Específicos:

- Conocer si disminuyen los síntomas ansioso-depresivos tras la realización de la terapia.
- Conocer si aumentan las habilidades de “Atención Plena” tras la realización de la terapia.

## **3. METODOLOGÍA**

### 3.1. Diseño

Estudio cuasiexperimental pre y post intervención sin grupo control con dos medidas repetidas (pre, post).

### 3.2. Población a estudio

La población seleccionada fue el total de personas pertenecientes a la Zona Básica de Salud del barrio Roces-Montevil en Gijón, que contaban en su historia clínica con un

diagnóstico de trastorno de ansiedad codificado dentro de los códigos CIAP P74, P75 y P76 del programa informático OMI-AP empleado en los centros de Atención Primaria del Principado de Asturias para registrar la historia clínica del paciente.

La muestra estuvo formada por 21 personas que cumplieron los siguientes criterios.

-Criterios de inclusión:

- Diagnóstico de trastorno de estrés, ansiedad y/o depresión.
- Población adulta entre 18-70 años.

-Criterios de exclusión:

- 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.

### 3.3 Muestreo

La población a estudio fue la perteneciente a la zona básica de salud (ZBS) que atiende el Centro de Salud de Montevil de Gijón (Asturias), la cual abarca 17.377 personas.

La muestra se obtuvo a través de diferentes vías:

- Captación a través de cartelería expuesta en el Centro de Salud de Montevil.
- Derivación desde los cupos de medicina/enfermería de dicho centro.
- Derivación desde la Unidad de Psiquiatría del Área de Gijón de aquellos pacientes adscritos a la ZBS que atiende el Centro de Salud de Montevil.

Para ello se gestionó una cita presencial con la enfermera responsable de la terapia, la cual a través de una entrevista inicial ofreció a las personas que se adecuaban a los criterios de inclusión la posibilidad de asistir a la intervención, explicando el propósito de la actividad, en qué consistía y sus horarios. Los participantes accedieron de manera voluntaria a su inclusión en el estudio y firmaron consentimiento informado.

El número total de participantes fue de 21 personas, las cuales cumplían todos los criterios de inclusión, siendo excluidas 8 personas de las que hicieron la entrevista inicial con la

enfermera a causa de presentar incompatibilidad de horarios con la terapia (4 personas), presentar algún trastorno mental grave asociado (1 persona) o por una vez iniciada la terapia no haber asistido al mínimo de 6 sesiones propuestas (3 personas).

### 3.4 Variables

3.4.1. Variables independientes: intervención psicoeducativa grupal “Atención Plena/mindfulness”.

3.4.2. Variables dependientes:

- Ansiedad como estado o rasgo en la medición a través cuestionario STAI-estado/ STAI-rasgo (Spielberger, Gorsuch & Lushene, 1970).
- Síntomas somáticos, disfunción social y síntomas depresivos en las últimas semanas medidos con el cuestionario Golberg ( Goldberg, 1996).
- Nivel de desarrollo de las habilidades de Atención Plena medidos a través del cuestionario “Five Facet Mindfulness Questionnaire” FFMQ (Baer et al.; 2006).

3.4.3 Variables no modificables: se recogieron a través de un cuestionario de datos sociodemográficos en la entrevista previa a la intervención, con el objetivo de contextualizar el estudio. Los ítems contenidos eran los siguientes:

- Sexo.
- Edad.
- Servicio ó profesional sanitario que derivó al sujeto a la intervención.

### 3.5. Instrumentos

Las variables se evaluaron mediante los siguientes instrumentos:

- Para evaluar la variable ansiedad se utilizó el cuestionario validado STAI.(Spielberger, Gorsuch & Lushene, 1970). Es 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 ( en el cual rellena el cuestionario).

-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; por lo que en el estudio se relaciona la puntuación del cuestionario previa a la intervención con la medición post- intervención para conocer si disminuye el estado o el rasgo de ansiedad tras la realización de la terapia y si es significativa.

- Para medir los síntomas somáticos y el grado de disfunción social y depresión se hizo uso del Test validado de Goldberg (Goldberg, 1996) 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. En el estudio se relaciona la situación basal pre- intervención con la post-intervención para conocer en qué esferas es efectiva la terapia.

- Entre las pruebas de auto-evaluación que miden Mindfulness como rasgo, se eligió el cuestionario validado FFMQ (Baer et al.; 2006), el cual 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. A través de este cuestionario se pretende conocer la situación basal pre-intervención y comprobar si aumentan las habilidades en Mindfulness post-intervención, lo que se relacionaría con la disminución de las puntuaciones en los cuestionarios Goldberg, STAI- rasgo y STAI-estado y demostraría la efectividad de la intervención.

### 3.6. Intervención

Los pacientes que cumplían los criterios de inclusión y aceptaron voluntariamente participar en el estudio cubrieron los cuestionarios con la intención de medir su estado basal antes de

realizar la terapia psicoeducativa. Todos ellos firmaron un consentimiento informado y recibieron una copia del mismo.

Las sesiones de la terapia se realizaron en el “Aula de Docencia” del centro de salud a cargo de una enfermera instructora recibió un curso de tres semanas de formación en Mindfulness que la capacitó para ser monitora del programa psicoeducativo, contando con un ordenador con acceso a internet, un proyector y sillas. Se crearon 8 presentaciones audiovisuales con el programa Power Point con motivo de facilitar el aprendizaje y la comprensión de los temas impartidos en cada sesión del programa.

Como material adjunto se proporcionó a los asistentes un CD con las 8 meditaciones guiadas que se trabajan en la terapia, hojas de auto-registros con tareas para casa y resúmenes con lo que se explicaba en cada sesión.

Cada CD contenía las siguientes reproducciones:

- Iniciación a la meditación en la respiración.
- Escáner corporal.
- Meditación en las sensaciones.
- Espacio de respiración de tres minutos.
- Meditación en el ahora.
- Meditación en las emociones.
- Práctica del anhelo de felicidad.
- Práctica Tonglen (amabilidad hacia uno mismo). Todas las meditaciones son dirigidas por el psiquiatra valenciano Vicente Simón, experto en Atención Plena.

Tanto las tareas para realizar en el domicilio como los resúmenes de las sesiones se dieron de manera gradual al finalizar 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., & 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.

En el desarrollo de las sesiones no se promovió que los participantes compartieran experiencias o vivencias de índole personal más allá de las referentes a la práctica de Atención Plena, para ello los contenidos se organizaron en temas bien definidos, con hincapié en las dificultades experimentadas en la práctica.

-Contenido de las sesiones:

Sesión 1: Se realiza una presentación de la enfermera instructora y de los participantes. Se inician los conceptos generales de la Atención Plena: actitud Mindfulness, “piloto automático” y modos mentales “hacer” y “ser” de forma verbal y con apoyo audiovisual.

Se realiza una meditación informal mediante el ejercicio del chocolate y una meditación breve con el audio de la respiración. Se entregan las tareas para casa:

- Escuchar la pista uno del CD “Meditación en la respiración”.
- Realizar espacios de respiración de tres minutos al menos 2 veces/día.
- Cubrir auto-registros.
- Elegir de una lista una actividad cotidiana y hacerla con Atención Plena.
- Liberador de hábitos: cambiar de silla.

Sesión 2: Tener en mente el cuerpo. Se aclaran dificultades y dudas surgidas a lo largo de la semana. La enfermera instructora recoge las hojas de auto-registros. La teoría correspondiente a esta sesión tiene como objetivo principal lograr la integración mente-cuerpo. Se explica la manera en que los estados mentales negativos afectan en forma de síntomas somáticos en el cuerpo.

Se realiza en el aula el audio de práctica del escáner corporal y se comentan las dificultades encontradas. Como tareas para el domicilio se encuentran:

- Escuchar el audio “Práctica del escáner corporal”.
- Realizar espacios de respiración al menos 2 veces/día.
- Elegir otra actividad diaria de la lista para realizar con Atención Plena.
- Rellenar auto-registros.
- Liberador de hábitos: salir a caminar.

Sesión 3: En esta sesión se explica qué es el miedo psicológico, qué es la ansiedad y los cuatro elementos que la componen, la empatía y la paciencia hacia nuestra mente en la práctica de la Atención Plena.

Se realiza el audio de “Meditación de las sensaciones corporales”, en la “Meditación caminando” y en la “Meditación en la naturaleza”.

Como tareas para el domicilio:

- Realizar el audio “Meditación de las sensaciones corporales” 6 días/semana.
- 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 diálogo interior y la ideación. Como objetivo de esta sesión se plantea saber identificar los pensamientos rumiativos, a conocer sus efectos y aprender a percibirlos como síntomas de estrés y agotamiento, a reconocer su presencia y a dejar que se vayan.

En la teoría explicada se expone cómo funciona el pensamiento: cómo se forma por activación neuronal y cómo desencadena una serie de respuestas aprendidas que traen asociadas emociones y conductas.

El objetivo de las prácticas de esta semana es parar el proceso de pensamiento imaginativo y rumiativo y para relacionarse con este tipo de pensamientos de una forma diferente; sin actuar, como observador.

A través de la práctica de la” meditación en el sonido” se indica la similitud entre el sonido y el pensamiento. A partir de esta cuarta semana, los participantes, comienzan a desarrollar la metacognición. Como tareas a realizar en el domicilio se indican las siguientes:

- Realizar la “meditación en el sonido” al menos 3 días a la semana.
- Añadir otra actividad a la práctica informal de manera diaria.
- Cubrir las hojas de auto-registros.
- Liberador de hábitos: Una visita al cine sin planificar la película a visionar.

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.

Desde la aceptación pueden emprenderse acciones resolutivas y efectivas y no reacciones instintivas y condicionadas que pueden resultar contraproducentes. Las tareas para casa son:

- Escuchar la “meditación del ahora” al menos 6 días/semana.
- Espacios de respiración mínimo 3 veces/día y siempre que lo necesiten.
- Añadir una nueva actividad cotidiana para la práctica informal.
- Cubrir los auto-registros.
- Liberador de hábitos. Cuidar una planta.

Semana 6. Sufrimiento mental. Como parte de la teoría se expone que los pensamientos están conectados con estados de ánimo. El objetivo de esta semana es conocer cómo los pensamientos negativos afectan a los sentimientos y las conductas. Se enfatiza en la importancia de la práctica para cambiar el modo de relacionarnos con los pensamientos y cómo etiquetar los pensamientos (útiles o inútiles) y las emociones.

Tareas para casa:

- Escuchar “Meditación de las emociones” al menos 3 días/semana.
- Escuchar “Meditación Tonglen” al menos 3 días a la 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 ó recuperar algo de su vida que ahora ya no hacen.

Semana 7. Buscando el equilibrio. En esta semana, los participantes ya conocen las estrategias para relacionarse de manera diferente con sus pensamientos, sentimientos y emociones. En la sesión se proporcionan herramientas para que empiecen a relacionarse con el medio externo de manera más efectiva y para potenciar su autocuidado (alimentación, ejercicio, estilos de vida saludables).

Se fomenta el autoconocimiento a través de auto-registros de las actividades donde señalan actividades que les proporcionan energía y actividades que les resultan agotadoras, reflexionando sobre 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. El objetivo de esta semana es conseguir una integración de la práctica en la vida diaria, dando pautas para mantenerla cuando el programa finalice y se proporciona bibliografía que refuerce los conocimientos aprendidos. Los participantes cubren los mismos cuestionarios que han realizado al inicio del programa ( FFMQ, ansiedad-estado/ansiedad-rasgo, test Golberg) y se realiza el cuestionario de evaluación del programa de Atención Plena.

3.7 Cronograma. Ver ANEXO 1.

#### **4. RESULTADOS**

Se realizó un estudio descriptivo con las medidas pre y post intervención que reflejó los siguientes resultados:

-La muestra se compuso de 21 participantes los cuales completaron el programa.

##### **Variables no modificables:**

- La edad media de los participantes fue de 48,52 años, presentando una mediana de 46 años para un intervalo de confianza del 95%.
- El 85,7% de la muestra fueron mujeres.
- El 42,9% de los participantes fue derivado por un profesional sanitario del Centro de Salud de Montevil, mientras que el 47,6% fue derivado por el Servicio de Atención Especializada de Salud Mental.

##### **Variables dependientes:**

Para el análisis de medidas de los cuestionarios se realizó un análisis estadístico a través de comparaciones pre y post intervención:

##### **Análisis estadístico descriptivo:**

- Cuestionario que mide rasgos de ansiedad "STAI Rasgo": la media fue de 78,76 puntos en la medición pre-intervención frente a 67,95 puntos de media en la medición post-intervención.
- Cuestionario que mide la ansiedad como estado "STAI Estado": la media fue de 199,48 puntos en la medición pre-intervención frente a 187,24 puntos en la medición post-intervención.
- Cuestionario de Salud General de Goldberg obtuvo una media de 11,33 puntos en la medición pre-intervención frente a una media de 1,14 puntos en la medición post-intervención.
- El cuestionario FFMQ que mide las habilidades desarrolladas con la práctica de la meditación presentó una puntuación media de 152,17 puntos en la medición pre-intervención y 168,81 puntos en la medición post-intervención.

##### **Análisis "Suma de Rangos Wilconxon":**

- Como puede verse en el cuadro de "Rangos", el número de elementos para los cuales el valor de la variable "STAI estado post" es menor que el de la variable "STAI estado pre", es

mayor que el de los elementos para los que presenta más puntuación el “ STAI estado post” que el del “STAI estado pre”.

- El número de elementos para los cuales el valor de la variable “STAI rasgo post” es menor que el de la variable “STAI rasgo pre”, es mayor que el de los elementos para los que presenta más puntuación el “ STAI rasgo post” que el del “STAI rasgo pre”.

- E número de elementos para los cuales el valor de la variable “Goldberg post” es menor que el de la variable “Goldberg pre” es mayor que el de los elementos para los que presenta más puntuación el “Goldberg post” que el del “Goldberg pre”.

- El número de elementos para los cuales el valor de la variable “FFMQ post” es mayor que el de la variable “ FFMQ pre” es mayor que el de los elementos para los que presenta menos puntuación el “ FFMQ post” que el del “FFMQ pre”.

·Estadísticos de prueba:

- Casi hay diferencia estadísticamente significativa entre la puntuación “STAI estado post” y “STAI estado pre”.

- Hay diferencia estadísticamente significativa entre la puntuación “STAI rasgo post” frente a “STAI rasgo pre”.

- Hay diferencia estadísticamente significativa entre la puntuación “Goldberg post” y “Goldberg pre”.

- Existe diferencia casi estadísticamente significativa entre la puntuación “FFMQ post” y “FFMQ pre”.

**Estadísticos descriptivos**

	N	Media	Desviación estándar	Mínimo	Máximo
STAI estado PRE	21	199,48	359,107	1	934
STAI rasgo PRE	21	78,76	194,440	10	926
Golberg pre total	21	11,33	6,843	0	24
FFMQ pre total	21	152,17	198,352	56	183,5
STAI estado post	21	187,24	454,774	7	1790
STAI rasgo post	21	67,95	194,096	9	914
Golberg post total	21	1,14	2,007	0	6
FFMQ post total	21	168,81	195,411	72	199,97

Suma de Rangos de Wilconxon

		N	Rango promedio	Suma de rangos
STAI estado post - STAI estado PRE	Rangos negativos	17 <sup>a</sup>	9,88	168,00
	Rangos positivos	4 <sup>b</sup>	15,75	63,00
	Empates	0 <sup>c</sup>		
	Total	21		
STAI rasgo post - STAI rasgo PRE	Rangos negativos	20 <sup>d</sup>	10,53	210,50
	Rangos positivos	1 <sup>e</sup>	20,50	20,50
	Empates	0 <sup>f</sup>		
	Total	21		
Golberg post total - Golberg pre total	Rangos negativos	19 <sup>g</sup>	10,00	190,00
	Rangos positivos	0 <sup>h</sup>	,00	,00
	Empates	2 <sup>i</sup>		
	Total	21		
FFMQ post total - FFMQ pre total	Rangos negativos	5 <sup>j</sup>	17,10	85,50
	Rangos positivos	16 <sup>k</sup>	9,09	145,50
	Empates	0 <sup>l</sup>		
	Total	21		

- a. STAI estado post < STAI estado PRE
- b. STAI estado post > STAI estado PRE
- c. STAI estado post = STAI estado PRE
- d. STAI rasgo post < STAI rasgo PRE
- e. STAI rasgo post > STAI rasgo PRE
- f. STAI rasgo post = STAI rasgo PRE
- g. Golberg post total < Golberg pre total
- h. Golberg post total > Golberg pre total
- i. Golberg post total = Golberg pre total
- j. FFMQ post total < FFMQ pre total
- k. FFMQ post total > FFMQ pre total
- l. FFMQ post total = FFMQ pre total



**Estadísticos de prueba<sup>a</sup>**

	STAI estado post - STAI estado PRE	STAI rasgo post - STAI rasgo PRE	Golberg post total - Golberg pre total	FFMQ post total - FFMQ pre total
Z	-1,825 <sup>b</sup>	-3,304 <sup>b</sup>	-3,826 <sup>b</sup>	-1,043 <sup>c</sup>
Sig. asintótica (bilateral)	,068	,001	,000	,097

a. Prueba de rangos con signo de Wilcoxon

b. Se basa en rangos positivos.

c. Se basa en rangos negativos.

Además, se realizó un análisis descriptivo del cuestionario de “Goldberg” desglosado en sus subescalas:

A: síntomas somáticos

B síntomas de ansiedad/insomnio

C: síntomas de disfunción social

D: síntomas de depresión grave

Los resultados encontrados son los siguientes:

- La media de puntuación en las medidas pre-intervención del cuestionario Goldberg en todas sus subescalas es mayor que la media de puntuación en las medidas post-intervención.

Estadísticos descriptivos

	N	Media	Desviación estándar	Mínimo	Máximo
Golberg pre A	21	2,90	2,119	0	7
Golberg pre B	21	3,52	2,316	0	7
Golberg pre C	21	2,86	2,613	0	7
Golberg pre D	21	2,05	2,179	0	6
Goldberg post A	21	,52	1,030	0	3
Golberg post B	21	,33	,856	0	3
Golberg post C	21	,19	,512	0	2
Goldberg post D	21	,10	,436	0	2

Rangos con signo de Wilconxon

	N	Rango promedio	Suma de rangos
Goldberg post A - Rangos negativos	17 <sup>a</sup>	9,00	153,00
Golberg pre A Rangos positivos	0 <sup>b</sup>	,00	,00
Empates	4 <sup>c</sup>		
Total	21		
Golberg post B - Golberg Rangos negativos	18 <sup>d</sup>	9,50	171,00
pre B Rangos positivos	0 <sup>e</sup>	,00	,00
Empates	3 <sup>f</sup>		
Total	21		
Golberg post C - Golberg Rangos negativos	17 <sup>g</sup>	9,00	153,00
pre C Rangos positivos	0 <sup>h</sup>	,00	,00
Empates	4 <sup>i</sup>		
Total	21		
Goldberg post D - Rangos negativos	15 <sup>j</sup>	8,00	120,00
Golberg pre D Rangos positivos	0 <sup>k</sup>	,00	,00
Empates	6 <sup>l</sup>		
Total	21		

a. Goldberg post A < Golberg pre A

b. Goldberg post A > Golberg pre A

c. Goldberg post A = Golberg pre A

d. Golberg post B < Golberg pre B

e. Golberg post B > Golberg pre B

f. Golberg post B = Golberg pre B

g. Golberg post C < Golberg pre C

h. Golberg post C > Golberg pre C

i. Golberg post C = Golberg pre C

j. Goldberg post D < Golberg pre D

k. Goldberg post D > Golberg pre D

l. Goldberg post D = Golberg pre D

### Estadísticos de prueba<sup>a</sup>

	Goldberg post A - Golberg pre A	Golberg post B - Golberg pre B	Golberg post C - Golberg pre C	Goldberg post D - Golberg pre D
Z	-3,648 <sup>b</sup>	-3,740 <sup>b</sup>	-3,644 <sup>b</sup>	-3,471 <sup>b</sup>
Sig. asintótica (bilateral)	,000	,000	,000	,001

a. Prueba de rangos con signo de Wilcoxon

b. Se basa en rangos positivos.

· Como puede verse en el cuadro de “Rangos”, el número de elementos para los cuales el valor de la variable “Goldberg A post” es menor que el de la variable “Goldberg A pre”; es mayor que el de los elementos para los que presenta más puntuación el “Goldberg A post” que el del “Goldberg A pre”, siendo este último valor de 0 elementos.

· El número de elementos para los cuales el valor de la variable “Goldberg B post” es menor que el de la variable “Goldberg B pre” es mayor que el de los elementos para los que presenta más puntuación el “Goldberg B post” que el del “Goldberg B pre”, siendo este último valor de 0 elementos.

· El número de elementos para los cuales el valor de la variable “Goldberg C post” es menor que el de la variable “Goldberg C pre” es mayor que el de los elementos para los que presenta más puntuación el “Goldberg C post” que el del “Goldberg C pre”, siendo este último valor de 0 elementos.

· El número de elementos para los cuales el valor de la variable “Goldberg D post” es menor que el de la variable “Goldberg D pre”; es mayor que el de los elementos para los que presenta más puntuación el “Goldberg D post” que el del “Goldberg D pre”, siendo este último valor de 0 elementos.

-Se realizó el estadístico de prueba y existe diferencia estadísticamente significativa en la disminución de los valores de todas las subescalas.

## 5. DISCUSIÓN

Los resultados obtenidos demuestran la eficacia del programa, siguiendo por tanto la línea de la literatura encontrada y siendo equiparables a los estudios encontrados (Britton, Shahar, & Jacobs, 2017; Gallego, Aguilar-Parra, Cangas, Langer, & Mañas, 2014; Palme, Memon, Wang, Johansson, & Sundquist, 2015; Pots, Meulenbeek, Veehof, & Klungers, 2014; Song & Lindquist, 2015): la disminución más considerable se produjo en la escala de “Ansiedad Estado” medida con el cuestionario STAI-estado (12,24 puntos) debido a la mayor variabilidad que se produce de una situación a otra y a la mayor sensibilidad a los acontecimientos ambientales.; a los que se añade la constatación de una disminución de los niveles de “ansiedad rasgo” de 10,81 puntos, medida con el cuestionario STAI-rasgo.

La bibliografía referente a la terapia con “Atención Plena” muestra que a largo plazo el efecto sobre la “ansiedad rasgo” se mantiene y los niveles de “ansiedad estado” disminuyen aún más; estas referencias, hacen reflexionar sobre la posibilidad de realizar mediciones más allá del fin de la intervención para determinar si persiste la eficacia de la intervención sobre esta variable concreta.

Por su parte, las mediciones realizadas en el test de Goldberg arrojaron resultados continuadores de la misma línea, puesto que se produjo una disminución de la media en la puntuación total de 10,19 puntos entre las medidas pre y post intervención: este dato duplica al referido por la bibliografía del ámbito de la Atención primaria, donde se produjo una disminución de 5,7 puntos, por lo que se puede decir que el estado de salud general de los participantes mejoró de manera significativa. Respecto a las subescalas específicas del cuestionario Goldberg, existe diferencia estadísticamente significativa en todas ellas, lo que indica que la terapia con Atención Plena es efectiva ante síntomas somáticos, disfunción social, ansiedad/insomnio y depresión.

Respecto al test validado FFMQ, se demuestra un incremento un aumento relevante de 16,64 puntos en todas las habilidades que se desarrollan con el entrenamiento en meditación de la “Atención Plena” en las medidas post-intervención, este resultado se relaciona con los resultados de los cuestionarios citados anteriormente ya que la disminución de los síntomas de ansiedad, rasgo de ansiedad y la mejoría del estado de salud general post terapia es debido al aumento del desarrollo de habilidades cognitivas, facilitando el control de impulsos y el afrontamiento efectivo de la experiencia presente.

Los artículos encontrados que han empleado como medida este mismo test confirman que dicho efecto continúa aumentando los tres meses de seguimiento, apuntando a que la causa pueda deberse al entrenamiento en la atención y concentración en el presente que se produce en la “Atención Plena”, evitando la rumiación y los recuerdos dolorosos. Estas

informaciones sugieren realizar medidas post intervención más allá de finalizada la misma para corroborar estos efectos.

Como discusión final cabe destacar que esta terapia ha sido diseñada, dirigida y aplicada por una profesional de enfermería en el ámbito de la especialidad de Atención Familiar y Comunitaria, manejando parte de sus competencias como el abordaje integral de los problemas de salud bajo una perspectiva holística, desempeñando competencias de práctica avanzada eficazmente dentro de un equipo de salud en el ámbito de la Atención Primaria. Los cambios observados en los pacientes al finalizar el tratamiento parecen demostrar la eficacia de esta intervención, siendo confirmadas las hipótesis iniciales.

Teniendo en cuenta que la inclusión en el estudio estaba supeditada al cumplimiento de ciertos criterios entre los que se encontraba la asistencia a un mínimo seis sesiones, se entiende que la intervención ha contado con una buena adherencia por parte de los sujetos.

### 5.1 Limitaciones del estudio

El hecho de ser un estudio cuasiexperimental sin grupo control y la falta de resultados a más largo plazo hacen que los resultados sean limitados.

Con el objetivo de facilitar el aprendizaje los grupos realizados fueron de pequeño tamaño, lo que limita la muestra y hace necesario continuar realizando dicha intervención en más sujetos para obtener resultados significativos estadísticamente hablando.

## 6. CONCLUSIONES

·La intervención basada en “Mindfulness” o “Atención Plena”, ha resultado eficaz en el tratamiento de los pacientes diagnosticados de ansiedad y/o depresión incluidos en el estudio, produciéndose una disminución de los síntomas de ansiedad y depresión, de síntomas somáticos y de disfunción social.

·La intervención aumenta las habilidades en “Atención Plena” en los participantes de manera moderada favoreciendo el afrontamiento efectivo.

·El alto nivel de asistencia y los resultados demuestran la buena adherencia a la práctica de la “Atención Plena” y al diseño del programa.

·Es necesario realizar mediciones post intervención como mínimo a los tres meses de finalizar el estudio.

·Como conclusión final, la intervención grupal basada en la “Atención Plena” y dirigida por profesionales de enfermería de Atención Familiar y Comunitaria se puede considerar como adyuvante o alternativa al tratamiento farmacológico en el tratamiento de los trastornos de ansiedad y/o depresión en el ámbito de la Atención Primaria.

## 7. BIBLIOGRAFÍA

Baer, R.A., Smith, G.T., Hopkins, J., Krietemeyer, J., & Toney, L. (2006). Using self-report assessment methods to explore facets of mindfulness. *Assessment*, 13, 27-45.

Bengoa, I., Ibáñez, A., Morel, I.D. (2015). Trastornos de ansiedad. Actualización en Medicina de Familia, 11(5), 241-248

Britton, W. B., Shahr, B., & Jacobs, W. J. (2017). Mindfulness-Based Cognitive Therapy Improves Emotional Reactivity to Social Stress : Results from a Randomized Controlled Trial. *Behavior Therapy*, 43(2), 365–380. <https://doi.org/10.1016/j.beth.2011.08.006>

Gallego, J., Aguilar-parra, J. M., Cangas, A. J., Langer, Á. I., & Mañas, I. (2014). Effect of a Mindfulness Program on Stress , Anxiety and Depression in University Students, 1–6. <https://doi.org/10.1017/sjp.2014.102>

Goldberg, D.P. (1996). Cuestionario de Salud General de Goldberg. Barcelona: Masson

Kabat, J. (2012). Vivir con plenitud la crisis. Barcelona: Kairós

Lazarus, R., Folkman, S. (1986). Estrés y procesos cognitivos. Barcelona: Ediciones Martínez Roca.

López, J.R., Villa, M., López, R., Arribas, I., Pandiella, M.J., Sineiro, E. (2016). Manejo en Atención Primaria de un primer episodio depresivo. Uso de antidepresivos y derivaciones. *Semergen*, 42(2), 88-93

Miró, B., Mahtani, V., Abt, A., González, I., García, M.C., Real, M.C., Benítez, M.A. (2009). Eficacia de los tratamientos psicológicos basados en la atención plena en el tratamiento de la depresión y la ansiedad. Canarias: Gobierno de Canarias.

<http://www3.gobiernodecanarias.org/sanidad/scs/contenidoGenerico.jsp?idDocument=929c6ce4-1fc8-11e0-964e-f5f3323ccc4d&idCarpeta=6f285035-7af0-11e4-a62a-758e414b4260>

Organización Mundial de la Salud. (2016). La inversión en el tratamiento de la depresión y la ansiedad tiene un rendimiento del 400%. Ginebra: Centro de prensa. <http://www.who.int/mediacentre/news/releases/2016/depression-anxiety-treatment/es/>

Palme, K., Memon, A. A., Wang, X., Johansson, L. M., & Sundquist, J. (2015). Mindfulness group therapy in primary care patients with depression , anxiety and stress and adjustment disorders : randomised controlled trial. *The British Journal of Psychiatry*, 206, 128–135.

<https://doi.org/10.1192/bjp.bp.114.150243>

Pots, W. T. M., Meulenbeek, P. A. M., Veehof, M. M., & Klungers, J. (2014). The Efficacy of Mindfulness-Based Cognitive Therapy as a Public Mental Health Intervention for Adults with Mild to Moderate Depressive Symptomatology : A Randomized Controlled Trial. *Plos One*, 9(10). <https://doi.org/10.1371/journal.pone.0109789>

Song, Y., & Lindquist, R. (2015). Nurse Education Today Effects of mindfulness-based stress reduction on depression , anxiety , stress and mindfulness in Korean nursing students.

*YNEDT*, 35(1), 86–90. <https://doi.org/10.1016/j.nedt.2014.06.010>

Spielberger, C.D., Gorsuch, R.L., & Lushene, R.E. 1970. *Manual for the State/Trait Anxiety Inventory*. Palo Alto: Consulting Psychologists Press.

Williams, M., & Penman, D. (2013). *Guía práctica para encontrar la paz en un mundo frenético*. Barcelona: Paidós.



## **8. AGRADECIMIENTOS**

A todo el profesorado de la Universidad de León y tutoras del Trabajo Fin de Máster por su dedicación y esfuerzo y por permitirme aumentar los conocimientos para iniciarme en el mundo de la investigación.

## **9. ANEXOS**

### **1. Cronograma**

	Mayo de 2017	Junio de 2017	Julio de 2017	Agosto de 2017	Septiembre de 2017	Octubre de 2017	Noviembre de 2017	Diciembre 2017
Búsqueda bibliográfica								
Plantamiento de objetivos del trabajo y criterios selección								
Diseño de la intervención								
Información en el C.S. Montevil y Unidad de Psiquiatría								
Capación de participantes por ambos servicios								
Entrevista de los participantes con la enfermera responsable								
Realización de la terapia grupal de mindfulness								
Realización de cuestionarios pre-intervención								
Realización de cuestionarios post-intervención								
Recogida de datos								
Análisis estadístico								
Redacción de los resultados								
Elaboración de un informe y proyecto								

## 2. Cuestionario STAI-estado

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

1

ANSIEDAD-ESTADO		
<p><i>Instrucciones:</i> 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 <i>siente usted ahora mismo</i>, 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.</p>		
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 cómodo	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

### 3. Cuestionario STAI-rasgo

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

#### 4. Cuestionario FFMQ

	Nunca/ Muy Raramente	Raramente	Alguna vez	A menudo	Muy a menudo o siempre
1. Cuando camino, noto deliberadamente las sensaciones de mi cuerpo al moverse.	1	2	3	4	5
2. Se me da bien encontrar las palabras para describir mis sentimientos.	1	2	3	4	5
3. Me critico a mi mismo/a por tener emociones irracionales o inapropiadas.	1	2	3	4	5
4. Percibo mis sentimientos y emociones sin tener que reaccionar a ellos.	1	2	3	4	5
5. Cuando hago algo, mi mente divaga y me distraigo fácilmente.	1	2	3	4	5
6. Cuando me ducho o me baño, estoy atento a las sensaciones del agua en mi cuerpo.	1	2	3	4	5
7. Con facilidad puedo poner en palabras mis creencias, sentimientos y expectativas.	1	2	3	4	5
8. No presto atención a lo que hago porque sueño despierto, porque me preocupo o porque me distraigo.	1	2	3	4	5
9. Observo mis sentimientos sin perderme en ellos.	1	2	3	4	5
10. Me digo a mi mismo/a que no debería sentir lo que siento.	1	2	3	4	5
11. Noto cómo los alimentos y las bebidas afectan a mis pensamientos, sensaciones corporales y emociones.	1	2	3	4	5
12. Me es difícil encontrar palabras para describir lo que siento.	1	2	3	4	5
13. Me distraigo fácilmente.	1	2	3	4	5
14. Creo que algunos de mis pensamientos no son normales o son malos y que no debería pensar así.	1	2	3	4	5
15. Presto atención a las sensaciones que produce el viento en el pelo o el sol en la cara.	1	2	3	4	5
16. Tengo problemas para pensar en las palabras que expresan correctamente cómo me siento.	1	2	3	4	5
17. Hago juicios sobre si mis pensamientos son buenos o malos.	1	2	3	4	5
18. Me es difícil permanecer centrado/a en lo que esta sucediendo en el presente.	1	2	3	4	5
19. Cuando tengo pensamientos o imágenes perturbadoras, soy capaz de dar un paso atrás, y me doy cuenta del pensamiento o la imagen sin que me atrape.	1	2	3	4	5
20. Presto atención a sonidos como el tic-tac del reloj, el gorjeo de los pájaros o los coches que pasan.	1	2	3	4	5
21. En situaciones difíciles, puedo parar sin reaccionar inmediatamente.	1	2	3	4	5
22. Cuando tengo sensaciones en el cuerpo es difícil para mí describirlas, porque no puedo encontrar las palabras adecuadas.	1	2	3	4	5
23. Conduzco en "piloto automático", sin prestar atención a lo que hago.	1	2	3	4	5

24. Cuando tengo pensamientos o imágenes perturbadoras, me calmo en poco tiempo.	1	2	3	4	5
25. Me digo a mi mismo/a que no debería pensar como pienso.	1	2	3	4	5
26. Percibo el olor y el aroma de las cosas.	1	2	3	4	5
27. Incluso cuando estoy muy enfadado, encuentro una forma de expresarlo con palabras.	1	2	3	4	5
28. Hago actividades precipitadamente sin estar de verdad atento/a a ellas.	1	2	3	4	5
29. Cuando tengo pensamientos o imágenes perturbadoras soy capaz de notarlas sin reaccionar.	1	2	3	4	5
30. Creo que algunas de mis emociones son malas o inapropiadas y que no debería sentir las.	1	2	3	4	5
31. Percibo elementos visuales en la naturaleza o en el arte, como colores, formas, texturas o patrones de luces y sombras.	1	2	3	4	5
32. Mi tendencia natural es poner mis experiencias en palabras.	1	2	3	4	5
33. Cuando tengo pensamientos o imágenes perturbadoras, las noto y las dejo marchar.	1	2	3	4	5
34. Hago tareas automáticamente, sin ser consciente de lo que hago.	1	2	3	4	5
35. Cuando tengo pensamientos o imágenes perturbadoras, me juzgo como bueno o malo, dependiendo del contenido.	1	2	3	4	5
36. Presto atención a cómo mis emociones afectan a mis pensamientos y a mi conducta.	1	2	3	4	5
37. Normalmente puedo describir como me siento con considerable detalle.	1	2	3	4	5
38. Me sorprendo haciendo cosas sin prestar atención.	1	2	3	4	5
39. Me critico cuando tengo ideas irracionales.	1	2	3	4	5

## 5. Cuestionario Goldberg

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?
<input type="checkbox"/> Mejor que lo habitual	<input type="checkbox"/> No, en absoluto
<input type="checkbox"/> Igual que lo habitual	<input type="checkbox"/> No más que lo habitual
<input type="checkbox"/> Peor que lo habitual	<input type="checkbox"/> Bastante más que lo habitual
<input type="checkbox"/> Mucho peor que lo habitual	<input type="checkbox"/> 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?
<input type="checkbox"/> No, en absoluto	<input type="checkbox"/> No, en absoluto
<input type="checkbox"/> No más que lo habitual	<input type="checkbox"/> No más que lo habitual
<input type="checkbox"/> Bastante más que lo habitual	<input type="checkbox"/> Bastante más que lo habitual
<input type="checkbox"/> Mucho más que lo habitual	<input type="checkbox"/> 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?
<input type="checkbox"/> No, en absoluto	<input type="checkbox"/> No, en absoluto
<input type="checkbox"/> No más que lo habitual	<input type="checkbox"/> No más que lo habitual
<input type="checkbox"/> Bastante más que lo habitual	<input type="checkbox"/> Bastante más que lo habitual
<input type="checkbox"/> Mucho más que lo habitual.	<input type="checkbox"/> 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?
<input type="checkbox"/> No, en absoluto	<input type="checkbox"/> No, en absoluto
<input type="checkbox"/> No más que lo habitual	<input type="checkbox"/> No mas que lo habitual
<input type="checkbox"/> Bastante más que lo habitual	<input type="checkbox"/> Bastante más que lo habitual
<input type="checkbox"/> Mucho más que lo habitual	<input type="checkbox"/> Mucho más que lo habitual.
A.5. ¿Ha padecido dolores de cabeza?	B.5. ¿Se ha asustado o ha tenido pánico sin motivo?
<input type="checkbox"/> No, en absoluto	<input type="checkbox"/> No, en absoluto
<input type="checkbox"/> No más que lo habitual	<input type="checkbox"/> No mas que lo habitual
<input type="checkbox"/> Bastante más que lo habitual	<input type="checkbox"/> Bastante más que lo habitual
<input type="checkbox"/> Mucho más que lo habitual.	<input type="checkbox"/> 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?
<input type="checkbox"/> No, en absoluto	<input type="checkbox"/> No, en absoluto
<input type="checkbox"/> No más que lo habitual	<input type="checkbox"/> No mas que lo habitual
<input type="checkbox"/> Bastante más que lo habitual	<input type="checkbox"/> Bastante más que lo habitual
<input type="checkbox"/> Mucho más que lo habitual.	<input type="checkbox"/> 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?
<input type="checkbox"/> No, en absoluto	<input type="checkbox"/> No, en absoluto
<input type="checkbox"/> No más que lo habitual	<input type="checkbox"/> No mas que lo habitual
<input type="checkbox"/> Bastante más que lo habitual	<input type="checkbox"/> Bastante más que lo habitual
<input type="checkbox"/> Mucho más que lo habitual.	<input type="checkbox"/> 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?
<input type="checkbox"/> Más activo que lo habitual	<input type="checkbox"/> No, en absoluto
<input type="checkbox"/> Igual que lo habitual	<input type="checkbox"/> No más que lo habitual
<input type="checkbox"/> Bastante menos que lo habitual	<input type="checkbox"/> Bastante más que lo habitual
<input type="checkbox"/> Mucho menos que lo habitual	<input type="checkbox"/> Mucho más que lo habitual
C.2. ¿Le cuesta más tiempo hacer las cosas?	D.2. ¿Ha estado viviendo la vida totalmente sin esperanza?
<input type="checkbox"/> Menos tiempo que lo habitual	<input type="checkbox"/> No, en absoluto
<input type="checkbox"/> Igual que lo habitual	<input type="checkbox"/> No más que lo habitual
<input type="checkbox"/> Más tiempo que lo habitual	<input type="checkbox"/> Bastante más que lo habitual
<input type="checkbox"/> Mucho más tiempo que lo habitual	<input type="checkbox"/> 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?
<input type="checkbox"/> Mejor que lo habitual	<input type="checkbox"/> No, en absoluto
<input type="checkbox"/> Igual que lo habitual	<input type="checkbox"/> No más que lo habitual
<input type="checkbox"/> Peor que lo habitual	<input type="checkbox"/> Bastante más que lo habitual
<input type="checkbox"/> Mucho peor que lo habitual	<input type="checkbox"/> 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"?
<input type="checkbox"/> Más satisfecho que lo habitual	<input type="checkbox"/> No, en absoluto
<input type="checkbox"/> Igual que lo habitual	<input type="checkbox"/> No más que lo habitual
<input type="checkbox"/> Menos satisfecho que lo habitual	<input type="checkbox"/> Bastante más que lo habitual
<input type="checkbox"/> Mucho menos satisfecho que lo habitual	<input type="checkbox"/> 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?
<input type="checkbox"/> Más útil de lo habitual	<input type="checkbox"/> No, en absoluto
<input type="checkbox"/> Igual de útil que lo habitual	<input type="checkbox"/> No más que lo habitual
<input type="checkbox"/> Menos útil de lo habitual	<input type="checkbox"/> Bastante más que lo habitual
<input type="checkbox"/> Mucho menos útil de lo habitual	<input type="checkbox"/> 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?
<input type="checkbox"/> Más que lo habitual	<input type="checkbox"/> No, en absoluto
<input type="checkbox"/> Igual que lo habitual	<input type="checkbox"/> No más que lo habitual
<input type="checkbox"/> Menos que lo habitual	<input type="checkbox"/> Bastante más que lo habitual
<input type="checkbox"/> Mucho menos que lo habitual	<input type="checkbox"/> 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?
<input type="checkbox"/> Más que lo habitual	<input type="checkbox"/> Claramente, no
<input type="checkbox"/> Igual que lo habitual	<input type="checkbox"/> Me parece que no
<input type="checkbox"/> Menos que lo habitual	<input type="checkbox"/> Se me ha cruzado por la mente
<input type="checkbox"/> Mucho menos que lo habitual	<input type="checkbox"/> Claramente, lo he pensado



