



FACULTAD DE MEDICINA
UNIVERSIDAD MIGUEL HERNÁNDEZ



TRABAJO FIN DE MÁSTER

**CONSUMO DE BENZODIAZEPINAS EN PACIENTES
DIAGNOSTICADOS DE TRASTORNO ADAPTATIVO
SOMETIDOS A SESIONES DE TERAPIA COGNITIVO-
CONDUCTUAL BASADA EN ATENCIÓN PLENA
(MINDFULNESS)**

Alumno: JAVIER BALLESTA LOZANO

Tutor: JUAN DE DIOS GONZALEZ CABALLERO

**Master Universitario de Investigación en Atención Primaria
Curso: 2016-2017**

INDICE

1. JUSTIFICACIÓN
2. OBJETIVOS DE LA INVESTIGACIÓN
3. APLICABILIDAD Y UTILIDAD DE LOS RESULTADOS.
4. DISEÑO Y METODOS
 - a. Tipo de diseño que se utilizara
 - b. Población de estudio
 - c. Método de recogida de datos
 - d. Variables
 - e. Descripción del seguimiento si lo hubiera
 - f. Intervención
 - g. Seguimiento
 - h. Estrategia de análisis estadístico
 - i. Estrategia de búsqueda
5. CALENDARIO PREVISTO PARA EL ESTUDIO Y PLAN DE EJECUCION
6. LIMITACIONES Y SESGOS DEL ESTUDIO
7. PROBLEMAS ETICOS.
8. ORGANIZACIÓN DEL ESTUDIO
9. PRESUPUESTO
10. BIBLIOGRAFÍA

DATOS PERSONALES

Investigador principal: JAVIER BALLESTA LOZANO

Lugar de trabajo: CIEZA

Localidad: MURCIA

Código Postal: 30530

Tfnos. 636569793

Email: javier.ballesta.lozano@gmail.com

TÍTULO DEL TRABAJO DE INVESTIGACIÓN

CONSUMO DE BENZODIAZEPINAS EN PACIENTES CON DIAGNÓSTICO DE TRASTORNO ADAPTATIVO SOMETIDOS A TERAPIA COGNITIVO-CONDUCTUAL BASADA EN ATENCIÓN PLENA (MINDFULNESS)

PREGUNTA EN FORMATO PICO

P: Pacientes con diagnóstico de Trastorno adaptativo inferior a 6 meses en tratamiento ansiolítico con benzodiazepinas pertenecientes una consulta de Atención Primaria.

I: Sesiones de terapia cognitivo-conductual basada en atención plena (mindfulness) por parte de personal sanitario experto.

C: pacientes con similar diagnóstico no sometidos a sesiones de terapia cognitivo-conductual basada en atención plena (mindfulness)

O: disminución en el consumo de benzodiazepinas en estos pacientes.

1. JUSTIFICACIÓN

Los trastornos de ansiedad son un motivo de consulta muy frecuente en Atención Primaria y son el problema de salud mental más prevalente. La mayoría de las veces se presenta con síntomas muy inespecíficos, que se pueden enmascarar somáticamente y en casi la mitad de los casos no es diagnosticada correctamente. Dentro del espectro de los trastornos de ansiedad es de elevada prevalencia el Trastorno Adaptativo. Se caracteriza por aparecer tras un cambio biográfico significativo o un acontecimiento vital estresante (duelo, separación, problema médico, problemas económicos, emigración) y presenta alteraciones emocionales que interfieren con la actividad social. El acontecimiento guarda una relación clara con la circunstancia estresante, de modo que el trastorno suele iniciarse en el mes posterior (nunca más allá de tres meses) y los síntomas rara vez exceden de los 6 meses.

En el abordaje psicoterapéutico del trastorno adaptativo, el método de elección por antonomasia lo constituye la terapia cognitivo-conductual (TCC), que está basada en la interrelación de los pensamientos, las acciones y los sentimientos. El enfoque de la TCC va encaminado a ayudar a entender problemas complejos desglosándolos en partes más pequeñas (una situación, un problema, un hecho o situación difícil). Esto ayuda al paciente a ver cómo esas partes están conectadas entre sí y cómo le afectan. De qué forma nuestros pensamientos, acciones y contactos con la gente afectan a nuestro estado de ánimo es el pilar sobre el que se asienta esta terapia. El tratamiento está diseñado para enseñar a los pacientes a comprender la naturaleza de una mala adaptación de sus preocupaciones acerca de las situaciones sociales, identificar creencias específicas que están asociadas a situaciones sociales y realizar tareas de exposición para desafiar los pensamientos desadaptativos.

Dentro de este campo está en auge la TCC basada en la atención plena o *mindfulness*. Se trata de un programa de entrenamiento de habilidades de grupo que combina la aplicación clínica de la meditación consciente con elementos de la terapia cognitivo-conductual (TCC). La atención plena es atención consciente, sin prejuicios al momento presente, que se desarrolla a través de la meditación y otras prácticas.

El mecanismo de acción de la terapia cognitiva basada en la atención plena es que ayuda a los pacientes a:

- *Atender al momento presente.* Centrarse en el momento presente en lugar de estar pendiente del pasado (rumiaciones) o del futuro (expectativas, deseos y temores) . Existen opiniones divergentes entre si la atención se debe dirigir a los procesos internos o a los eventos de la vida diaria. Sin embargo es posible compatibilizar estos planteamientos divergentes. Mientras se medita, se puede atender los propios procesos internos y, en la vida cotidiana, centrarse en la tarea que se está realizando.
- *Abrirse a la experiencia.* Es la capacidad de observar la experiencia sin interponer el filtro de las propias creencias. En otras palabras, observar la experiencia como si fuera la primera vez. También implica apertura a la experiencia negativa y observar lo que ocurre con curiosidad. Nos ayuda a entender los pensamientos y acontecimientos vitales como hechos momentáneos en lugar de considerarlos circunstancias irreversibles.

- *Aceptar.* Se puede definir aceptación como, experimentar los eventos plenamente y sin defensas, tal y como son . Las personas incurren en conductas desadaptativas en un intento de evitar experiencias displacenteras. En la medida en que puedan aceptar que esas experiencias son ocasionales y limitadas en el tiempo, no necesitarán recurrir a tales conductas.

- *Cultivar la autocompasión.*

Los resultados de los estudios neurobiológicos y neuropsicológicos de la meditación consciente incluyen los siguientes:

- Los estudios de neuroimagen han encontrado que la meditación, posiblemente, puede estar asociado con cambios cerebrales evidentes, funcionales y estructurales. A modo de ejemplo, un ensayo clínico aleatorizado analizó el entrenamiento de la relajación en comparación con el entrenamiento de la meditación a través de la atención plena en 35 individuos que estaban en paro y sufrían estrés. Ambos programas de capacitación se llevaron a cabo en un centro residencial durante tres días. La resonancia magnética reveló que la conectividad funcional entre la corteza cingulada posterior y la corteza prefrontal dorsolateral se incrementó con el entrenamiento de la atención plena, pero no el entrenamiento de relajación. Además, la evaluación de seguimiento de cuatro meses encontró que los niveles circulantes de interleucina-6 (un biomarcador de inflamación sistémica) disminuyeron en el grupo que recibió entrenamiento de la meditación, y aumentó en el grupo que recibió el entrenamiento de relajación. Una revisión sistemática de 23 estudios de casos y controles encontraron que la meditación consciente puede mejorar la atención, la memoria y algunas funciones ejecutivas.

Aunque los mecanismos por los cuales la meditación puede mejorar los síntomas de los trastornos de ansiedad no son conocidos, los marcos biológicos, conductuales y cognitivos de los trastornos de ansiedad han postulado diferentes explicaciones.

- Teorías biológicas han postulado que la meditación puede reducir el cortisol y los niveles de catecolaminas, tales como epinefrina y norepinefrina, que condicionan síntomas propios de la ansiedad.
- Desde una perspectiva de aprendizaje, las personas pueden desarrollar un trastorno de ansiedad a través del condicionamiento clásico, condicionamiento vicario, y condicionamiento operante. En consonancia con la investigación sobre la inhibición recíproca, la meditación puede servir para crear una nueva respuesta acondicionada, lo que resulta en la extinción de la respuesta previa condicionada propia de la ansiedad.
- Desde un punto de vista cognitivo, las personas con trastornos de ansiedad tienden a sobrestimar el peligro y sus posibles consecuencias. La meditación ayuda al individuo a ser capaz de detectar estas situaciones y cambiar las distorsiones cognitivas que acompañan a la ansiedad.

2. OBJETIVOS DE LA INVESTIGACIÓN

Este estudio tiene como objetivo principal demostrar la influencia en el consumo de benzodiazepinas en pacientes con diagnóstico de trastorno adaptativos de menos de 6 meses, a partir de ser expuestos a terapia cognitiva basada en la atención plena o *mindfulness*.

3. APLICABILIDAD Y UTILIDAD DE LOS RESULTADOS

Es un estudio con gran aplicabilidad en nuestros Centros de Salud por varios motivos:

- Mindfulness forma parte del arsenal psicoterapéutico existente para abordar los trastornos ansioso-depresivos. Sin embargo, es un recurso del que escasamente contamos por problemas logísticos de nuestro día a día (demanda asistencial, listas de espera...) o por desconocimiento de los propios profesionales.
- Constituye una aproximación al concepto de equipo multidisciplinar: el aprendizaje de mindfulness está abierto a todos los profesionales sanitarios, lo que ayuda a un trabajo en equipo, donde cada profesional puede aportar sus competencias profesionales en el proceso asistencial pero siempre trabajando desde un prisma de unión.
- Es una herramienta clave de empoderamiento del paciente: capacitar al paciente a través de mindfulness para hacerle creer que él mismo es el que mejor puede contribuir a la resolución de su trastorno adaptativo.
- Minimiza la sobremedicación en la que nos vemos inmersos para abordar este perfil de patología.

4. DISEÑO Y METODOS

a. Tipo de diseño que se utilizara

- Ensayo clínico abierto aleatorizado y controlado.
- Distinguimos dos grupos:
 - *Grupo No intervención*: pacientes incluidos en el estudio que reciben tratamiento farmacológico con benzodiazepinas como única opción terapéutica.
 - *Grupo Intervención*: pacientes incluidos en el estudio que reciben tratamiento farmacológico con benzodiazepinas y se someten a un programa de sesiones de TCC basada en atención plena o *mindfulness* en el Centro de Salud.

b. Población de estudio

Pacientes mayores de 18 años con diagnóstico de trastorno adaptativo de menos de seis meses de evolución de un cupo de Atención Primaria del Centro de Salud de Cieza Oeste, Murcia.

c. Descripción de la muestra

▪ Criterios de inclusión y exclusión:

a. *Criterios de inclusión:* mayores de 18 años con diagnóstico de trastorno adaptativo de menos de seis meses de evolución.

b. *Criterios de exclusión:*

- Disminución de la atención y la concentración debido a trastornos mentales comórbidos.
- Ideación suicida u otros síntomas psicóticos.
- Síndrome de estrés postraumático sin tratamiento farmacológico.

▪ Método de muestreo: aleatorio estratificado.

▪ Cálculo del tamaño de la muestra:

Aplicaría la siguiente fórmula, donde (n) representa el número de sujetos requerido, (Z) hace referencia al valor crítico de decisión determinado por el área (α) y (β), (DE) se refiere a la desviación y (d) corresponde a la presunción de diferencia

$$n \geq 2 (Z_{2\alpha} + Z_{\beta})^2 \cdot \frac{DE^2}{d^2}$$

- #### ▪ Procedencia de los sujetos:
- pacientes procedentes de dos cupos de pacientes del Centro de Salud de Cieza Oeste.

d. Método de recogida de datos

La recogida principal de los datos y el registro de los mismos será a través del programa informático OMI AP.

e. Variables

▪ Definición y medición de las variables

- *Uso de Benzodiazepinas (n° comprimidos/ semana):* cuantitativa discreta.
- *Asistencia a sesiones de TCC basada en atención plena o mindfulness):* cualitativa dicotómica.

f. Intervención

El Grupo intervención será sometido a sesiones de terapia cognitiva basada en la atención plena (mindfulness) en el Centro de Salud. Se trata de un programa de grupo que combina la formación en la meditación consciente con técnicas de terapia

cognitiva-conductual (TCC). La terapia se extrae de un manual de tratamiento¹ que describe cómo se estructura la misma y estandariza los procedimientos que se utilizan para su desarrollo. Cada una de las ocho sesiones, así como la tarea que deben completar los pacientes entre sesiones, se describe detalladamente para ayudar a los profesionales a desarrollar las mismas. También se incluyen folletos informativos que se entregarán a los pacientes en cada una de las sesiones impartidas en el Centro de Salud.

La terapia cognitiva basada en la atención plena es un programa de grupo que consta de una sesión semanal de dos horas de duración desarrollado a lo largo de 8 semanas. El grupo incluye normalmente de 8 a 15 pacientes. La formación en la terapia cognitiva basada en la atención plena está disponible en línea, de forma que los profesionales puedan acceder a ella para formarse previamente. Durante el desarrollo de las mismas, las habilidades aprendidas deben ser practicadas diariamente, durante al menos una hora. Cada una de las sesiones se centra en el aprendizaje de la meditación consciente y en conceptos clave de la terapia cognitiva-conductual. Los pacientes aprenden a observar sus pensamientos, sentimientos y sensaciones corporales con curiosidad y sin criticarse a sí mismos o emitir un juicio sobre lo que están observando. Cada una de las sesiones se centrará en distintos ámbitos de la atención plena: la respiración consciente; la exploración del cuerpo (lo que implica prestar atención a diferentes partes del cuerpo y darse cuenta de la situación en que se encuentra); atención plena mientras el paciente camina o realiza actividades cotidianas (comer).El objetivo de esta terapia será enseñar habilidades que los pacientes van a utilizar tras finalizar las 8 sesiones, de forma que sea algo que incorporen a su rutina diaria.

Uno de los requisitos previos para impartir la formación a los grupos de terapia será que el médico practique la meditación de atención plena y asiste a talleres previos de formación. Este hecho pretende controlar la calidad de la terapia; las experiencias previas reflejadas en la literatura muestran que los peores resultados parecen estar en relación con sesiones impartidas por médicos que tratan de enseñar atención plena sin haber sido practicada previamente por ellos.

Existe la opción de que el médico prescriptor del tratamiento farmacológico sea el mismo que imparta las sesiones, aunque por cuestión de organización laboral, las sesiones podrían ser impartidas por otro compañero. Si los dos tratamientos son proporcionados por diferentes médicos, tienen que trabajar en equipo, compartiendo la información acerca de la situación del paciente en el desarrollo de las sesiones.

¹Teasdale J, Williams M, Segal Z. *The Mindful Way Workbook: A 8-Week Program to Free Yourself from Depression and Emotional Distress*, The Guilford Press, New York 2014

g. Seguimiento

Se realizará un seguimiento clínico semanal a los pacientes del grupo Intervención.). En el caso de que las sesiones sean impartidas por un médico distinto al prescriptor debe haber una consulta con el médico que imparte las sesiones. En esta consulta el médico hablará con el paciente acerca de sus sensaciones en el grupo, tras la realización de tarea individual diaria...etc.; el objetivo en este caso será asegurar una adecuada adherencia a la terapia. Posteriormente, el médico prescriptor del tratamiento farmacológico citará a consulta a todos los pacientes asistentes a las sesiones con intención de abordar su sintomatología y la necesidad de modificar (intensificar, mantener o reducir) la posología del tratamiento con benzodiazepinas.

Por otra parte, también se realizará un seguimiento a los pacientes del grupo no intervención. Obviamente, el seguimiento será únicamente realizado por el médico prescriptor, que incidirá en la situación clínica del paciente (preguntará acerca de la sintomatología) y realizará modificaciones de la posología farmacológica si fuera necesario.

Tras las 8 semanas, se procederá al análisis de los datos obtenidos, teniendo en cuenta que se han de haber registrado semanalmente en el programa OMI el número de comprimidos de benzodiazepinas consumidas por los pacientes de ambos grupos.

h. Estrategia de análisis estadístico

Inicialmente se debe realizar un análisis de las características de la población en función del sexo, edad y nivel sociocultural. Posteriormente intentaremos extrapolar conclusiones de los datos observados a la población a través de un análisis inferencial. Puesto que nuestra variable independiente (Terapia cognitiva basada en atención plena) es cualitativa dicotómica y la variable dependiente (número de comprimidos de ansiolíticos/semana) cuantitativa continua, el test bivalente a emplear sería la T – Student para datos independientes.

i. Estrategia de búsqueda

PUBMED

A destacar la siguiente referencia bibliográfica:

- Sundquist, J., Lilja, A., Palmer, K., Memon, A., Wang, X., Johansson, L. and Sundquist, K. (2014). Mindfulness group therapy in primary care patients with depression, anxiety and stress and adjustment disorders: randomised controlled trial. *The British Journal of Psychiatry*, 206(2), pp.128-135.

UPTODATE

A destacar las siguientes referencias bibliográficas:

- Zindel Segal, P. (2017). Mindfulness based cognitive therapy as maintenance treatment for unipolar major depression. [online] Available at: https://www.uptodate.com/contents/mindfulness-based-cognitive-therapy-as-maintenance-treatment-for-unipolar-major-depression?source=search_result&search=mindfulness&selectedTitle=1~45#references [Accessed 28 May 2017].
- Alexander Bystritsky, M. (2017). Complementary and alternative treatments for anxiety symptoms and disorders: Physical, cognitive, and spiritual interventions. [online] Available at: <http://Complementary and alternative treatments for anxiety symptoms and disorders: Physical, cognitive, and spiritual interventions>.

5. LECTURA CRÍTICA DE ARTÍCULOS SELECCIONADOS (Anexo 1)

6. CALENDARIO PREVISTO PARA EL ESTUDIO Y PLAN DE EJECUCIÓN

- *Enero 2018.* Se procederá a la selección de la muestra durante el primer mes, siguiendo los criterios de inclusión previamente comentados, mayores de 18 años con diagnóstico de trastorno adaptativo de menos de seis meses de evolución.
- *Febrero y Marzo 2018.* Durante estos dos meses se impartirán las sesiones de Terapia cognitiva basada en Atención Plena por parte un Médico de Familia del Centro de Salud. Como he comentado previamente, uno de los requisitos previos para impartir la formación a los grupos de terapia será que el médico practique la meditación de atención plena y asista a talleres previos de formación sobre la misma. Al final de cada una de las sesiones tendrán lugar las citas programadas con los pacientes, tal y como se ha explicado en el apartado de seguimiento.
- *Abril 2018.* Se procederá al análisis de los resultados recogidos durante los meses previos.

7. LIMITACIONES Y POSIBLES SESGOS

Entre las limitaciones de este estudio destacaría:

- *Dificultad de ejecución:* necesidad de que uno de los Médicos de Familia del centro esté entrenado en este tipo de TCC.
- *Organización de la actividad asistencial a demanda:* el desarrollo del ensayo clínico supondría que uno de los médicos del Centro de Salud cerrara su agenda de consulta a demanda un día a la semana durante ocho semanas; este hecho requeriría una organización especial por parte del Centro de Salud o la necesidad de un médico sustituto.

- *Problemas de adherencia en el grupo intervención:* tanto a la terapia en sí como en la asistencia a la misma.

Dentro de los sesgos cabe comentar dos principalmente:

- *Sesgo de selección.* Este sesgo hace referencia a cualquier error que se deriva del proceso de identificación de la población a estudiar. La distorsión resulta de la forma en que los sujetos han sido seleccionados. Estos sesgos se pueden cometer, por ejemplo, al seleccionar el grupo control: los pacientes poseen distintas características demográficas, comorbilidades o hábitos diferentes con respecto al grupo intervención.
- *Sesgo de observación.* Los sesgos de observación o información se derivan de las diferencias sistemáticas en las que los datos sobre resultado final, se obtienen de los diferentes grupos. En nuestro estudio la ausencia de enmascaramiento haría que aumentara considerablemente este tipo de sesgos.

8. PROBLEMAS ÉTICOS

- Modelo de consentimiento informado.
- Ley de protección de datos.
- Beneficios potenciales:
 - *Atención consciente como clave para el autoconocimiento:* mindfulness persigue el aprendizaje, llegar a conectar con nuestro yo interior, gestionar nuestros eventos internos y reaccionar de un modo más consciente y eficaz a las eventualidades del día a día. La filosofía de la atención consciente propone que en este camino seamos capaces, progresivamente, de encontrar la esencia de lo que somos. No se trata de borrar las emociones negativas que nos pueden causar ciertos hechos, sino de reducir su intensidad.
 - *Acreecencia la capacidad de concentración.* Es una práctica que se centra en el entrenamiento de la conciencia y la atención, para de esta manera poder dirigir de forma voluntaria estos procesos mentales.
 - *Desarrolla la inteligencia emocional.* Mindfulness nos ayuda conocernos, a indagar en nuestro interior y mostrarnos tal y como somos. Con su práctica se mejora la autoconciencia, el autoconocimiento y nos hace evolucionar internamente.
 - *Favorece la creatividad.*

9. ORGANIZACIÓN DEL ESTUDIO

- Personal del estudio:
 - Médicos de Atención Primaria del Centro de Salud: uno o dos médicos, dependiendo como he comentado previamente de la formación previa en mindfulness.

- Enfermeros de Atención Primaria: podrían proponer al médico la opción de la captar a los pacientes que puedan ser considerados como “perfil” al ser atendidos en el Centro de Salud por parte de estos profesionales.
- Recursos materiales: las sesiones de impartirán en el aula polivalente del Centro de Salud.
- Recursos temporales: 2 horas semanales de terapia en el grupo experimental, y 3 horas posteriores para las citas programadas de seguimiento a los pacientes.

10. PRESUPUESTO ORIENTATIVO

- Material de oficina: tinta de impresora, folio. 50€.
- Uso de Infraestructuras del Centro de Salud: sala polivalente, ordenadores, altavoces, luz y agua. 100 €.
- Médico sustituto si fuera necesario por necesidades asistenciales. 1200€.

11. BIBLIOGRAFÍA

- Zindel Segal, P. (2017). Mindfulness based cognitive therapy as maintenance treatment for unipolar major depression. [online] Available at: https://www.uptodate.com/contents/mindfulness-based-cognitive-therapy-as-maintenance-treatment-for-unipolar-major-depression?source=search_result&search=mindfulness&selectedTitle=1~45#references [Accessed 28 May 2017].
- Alexander Bystritsky, M. (2017). Complementary and alternative treatments for anxiety symptoms and disorders: Physical, cognitive, and spiritual interventions. [online] Available at: <http://Complementary and alternative treatments for anxiety symptoms and disorders: Physical, cognitive, and spiritual interventions>.
- James L Levenson, M. (2017). trastorno de ansiedad enfermedad: El tratamiento y el pronóstico. [online] Available at: https://www.uptodate.com/contents/illness-anxiety-disorder-treatment-and-prognosis?source=search_result&search=mindfulness-based%20cognitive%20therapy&selectedTitle=5~11# [Accessed 28 May 2017].
- Fisterra.com. (2017). *Guía clínica de Trastornos de ansiedad*. [online] Available at: <http://www.fisterra.com/guias-clinicas/trastornos-ansiedad/#24332> [Accessed 6 Jun. 2017].
- Vásquez-Dextre, E. (2016). Mindfulness: Conceptos generales, psicoterapia y aplicaciones clínicas. *Revista de Neuro-Psiquiatría*, 79(1), p.42.
- Sundquist, J., Lilja, A., Palmer, K., Memon, A., Wang, X., Johansson, L. and Sundquist, K. (2014). Mindfulness group therapy in primary care patients with depression, anxiety and stress and adjustment disorders: randomised controlled trial. *The British Journal of Psychiatry*, 206(2), pp.128-135.

- Dimidjian, S., Beck, A., Felder, J., Boggs, J., Gallop, R. and Segal, Z. (2014). Web-based Mindfulness-based Cognitive Therapy for reducing residual depressive symptoms: An open trial and quasi-experimental comparison to propensity score matched controls. *Behaviour Research and Therapy*, 63, pp.83-89
- Teasdale J, Williams M, Segal Z. *The Mindful Way Workbook: A 8-Week Program to Free Yourself from Depression and Emotional Distress*, The Guilford Press, New York 2014



ANEXO 1. LECTURA CRÍTICA DE ARTÍCULOS SELECCIONADOS.

(PROGRAMA CASPE)

ARTICULO 1

- Fuente: PUBMED
- Título: Mindfulness group therapy in primary care patients with depression, anxiety and stress and adjustment disorders: randomised controlled trial.
- Enlace web: <http://bjp.rcpsych.org/content/206/2/128.long>
- Nivel de Evidencia: I

En la lectura crítica del artículo empleando el programa CASPE contesto las siguientes preguntas respecto al artículo seleccionado.

¿Los resultados de la revisión son válidos?

1. ¿Se hizo la revisión sobre un tema claramente definido? Sí.
2. ¿Buscaron los autores el tipo de artículos adecuado? Si, buscaron ECA.
3. ¿Crees que estaban incluidos los estudios importantes y pertinentes? Sí.
4. ¿Crees que los autores de la revisión han hecho suficiente esfuerzo para valorar la calidad de los estudios incluidos? Sí.
5. Si los resultados de los diferentes estudios han sido mezclados para obtener un resultado "combinado", ¿era razonable hacer eso? Sí.
6. ¿Cuál es el resultado global de la revisión?

Las P -valores para el tratamiento con antidepresivos y tranquilizantes fueron 0,882 y 0,937, respectivamente, lo que indica que no hubo diferencias estadísticamente significativas en el tratamiento farmacológico entre la atención y el grupo control. Las puntuaciones para MADRS-S (23 v. 20, P = 0,045) y HADS-D (9 v. 8, P = 0,050) fueron significativamente mayores en el grupo de control que en el grupo sometido a terapia.

7. ¿Cuál es la precisión del resultado/s? IC del 95%.
8. ¿Se pueden aplicar los resultados en tu medio? Sí.
9. ¿Se han considerado todos los resultados importantes para tomar la decisión? No sé.
10. ¿Los beneficios merecen la pena frente a los perjuicios y costes? Sí.

ARTICULO 2

- Fuente: UPTODATE
- Título: Mindfulness based cognitive therapy as maintenance treatment for unipolar major depression
- Enlace web: https://www.uptodate.com/contents/mindfulness-based-cognitive-therapy-as-maintenance-treatment-for-unipolar-major-depression?source=search_result&search=mindfulness&selectedTitle=1~45#references
- Nivel de Evidencia: I

En la lectura crítica del artículo empleando el programa CASPE contesto las siguientes preguntas respecto al artículo seleccionado.

¿Los resultados de la revisión son válidos?

1. ¿Se hizo la revisión sobre un tema claramente definido? Sí.
2. ¿Buscaron los autores el tipo de artículos adecuado? Si, buscaron ECA.
3. ¿Crees que estaban incluidos los estudios importantes y pertinentes? Sí.
4. ¿Crees que los autores de la revisión han hecho suficiente esfuerzo para valorar la calidad de los estudios incluidos? Sí.
5. Si los resultados de los diferentes estudios han sido mezclados para obtener un resultado "combinado", ¿era razonable hacer eso? Sí.
6. ¿Cuál es el resultado global de la revisión? Los ensayos aleatorios sugieren que en los pacientes eutímicos con una historia de episodios depresivos recurrentes, la terapia cognitiva basada en la atención plena puede retrasar o prevenir la misma. Además, la terapia puede beneficiar a pacientes con episodios agudos de depresión mayor o síntomas depresivos residuales
7. ¿Cuál es la precisión del resultado/s? No se muestra .
8. ¿Se pueden aplicar los resultados en tu medio? Sí.
9. ¿Se han considerado todos los resultados importantes para tomar la decisión? Si
10. ¿Los beneficios merecen la pena frente a los perjuicios y costes? Si.

ARTICULO 3

- Fuente: UPTODATE
- Título: Complementary and alternative treatments for anxiety symptoms and disorders: Physical, cognitive, and spiritual interventions
- Enlace web: https://www.uptodate.com/contents/complementary-and-alternative-treatments-for-anxiety-symptoms-and-disorders-physical-cognitive-and-spiritual-interventions?source=search_result&search=mindfulness&selectedTitle=2~46
- Nivel de Evidencia: I

En la lectura crítica del artículo empleando el programa CASPE contesto las siguientes preguntas respecto al artículo seleccionado.

¿Los resultados de la revisión son válidos?

1. ¿Se hizo la revisión sobre un tema claramente definido? Sí.
2. ¿Buscaron los autores el tipo de artículos adecuado? Si, buscaron ECA y metaanálisis.
3. ¿Crees que estaban incluidos los estudios importantes y pertinentes? Sí.
4. ¿Crees que los autores de la revisión han hecho suficiente esfuerzo para valorar la calidad de los estudios incluidos? Sí.
5. Si los resultados de los diferentes estudios han sido mezclados para obtener un resultado "combinado", ¿era razonable hacer eso? Sí.
6. ¿Cuál es el resultado global de la revisión?

La meditación consciente se ha definido como el pago de la atención de una manera particular: en efecto, en el momento presente y sin juzgar. Elementos básicos incluyen la auto-regulación de la atención y la adopción de una postura sin prejuicios hacia la propia experiencia. Un metaanálisis de 47 ensayos con 3515 participantes encontró que los programas de la meditación consciente tenían evidencia moderada de reducción de la ansiedad.

7. ¿Cuál es la precisión del resultado/s? No se muestra.
8. ¿Se pueden aplicar los resultados en tu medio? Sí.
9. ¿Se han considerado todos los resultados importantes para tomar la decisión? Si
10. ¿Los beneficios merecen la pena frente a los perjuicios y costes? Si.

ANEXO 2. MODELO DE CONSENTIMIENTO INFORMADO

D/Dña _____ está informado/a del proyecto de investigación que se está realizando en el Centro de Salud Cieza Oeste (Calle Morericas, 0, 30530 Cieza, Murcia) con el objetivo de valorar la efectividad de la Terapia cognitivo-conductual basada en la Atención Plena (mindfulness) y da su consentimiento para participar en las sesiones que van a impartirse con el horario expuesto anteriormente.

Se informa también a la interesada que todos los datos recopilados serán usados de forma confidencial y sólo con motivos científicos.

Cieza,

Fdo.



