

Categoría a la que se presenta: UNIVERSIDAD “Trabajos fin de Grado, Máster y EIR”

Título: “EFICACIA DE UN PROGRAMA DE MEDITACIÓN MINDFULNESS PARA EL TRATAMIENTO DEL TRASTORNO DE ANSIEDAD EN ATENCIÓN PRIMARIA”

Resumen:

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

En España, el consumo de hipnóticos y ansiolíticos se ha disparado en los últimos años. Según el informe EDADES del Ministerio de Sanidad Servicios Sociales e Igualdad, el porcentaje de personas que ha tomado algún fármaco hipnosedante ha pasado del 5,1% en 2005 a un 12,2% en 2013. El porcentaje de mujeres duplica el de los hombres.

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

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

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

La Terapia Cognitiva basada en Mindfulness (TCBM) es una TCC que se encuadra dentro de las Terapias de Tercera Generación en Psicología. Es una adaptación de la Terapia cognitiva clásica de la depresión que incorpora la enseñanza de técnicas de meditación que potencian la aceptación de las crisis coyunturales del individuo, lo que facilita su adaptación a los cambios vitales y mejora su percepción de autocontrol y autoestima.

La TCBM se presenta en formato de programa estructurado de 8 semanas de duración. En cada sesión se explica a los pacientes cómo eliminar las reacciones automáticas y los procesos psicológicos sobreaprendidos que contribuyen al desequilibrio emocional y a la conducta desadaptativa (habitualmente relacionada con estados de ánimo disfuncionales).

La TCBM es, según sus propios autores, un programa de entrenamiento en habilidades cognitivas y conductuales más que una psicoterapia. Está libre de contenido narrativo autoreferencial y puede ser implementada en formato grupal por instructores formados.

La capacidad de atención intencional que se desarrolla durante el programa ha sido incorporada durante las últimas tres décadas tanto a programas de promoción de la salud

como a tratamientos psicológicos para aliviar condiciones diversas, en especial síntomas de ansiedad y depresión, y son numerosas las publicaciones científicas que avalan su eficacia. Desde hace aproximadamente una década se viene ofertando como tratamiento en el sistema público de salud de nuestro país (fundamentalmente en Valencia, Cataluña, Zaragoza, Islas Canarias, Galicia y Comunidad de Madrid).

La enfermera de Atención Primaria tiene, dentro de las competencias clínicas avanzadas en el ámbito familiar y comunitario la competencia para planificar, dirigir, desarrollar y evaluar, junto a otros especialistas y profesionales, programas de atención a las enfermedades crónicas presentes en el ámbito familiar y comunitario.

Existen numerosas intervenciones para patologías como la diabetes, la hipertensión arterial, la obesidad, la incontinencia, el insomnio, la menopausia o el dolor crónico, entre otros, pero son escasas las actuaciones en ansiedad y depresión. En contraste, los escasos estudios que han evaluado algún programa cognitivo conductual aplicado por enfermeras, para el tratamiento de pacientes con diagnósticos de ansiedad y depresión o el abordaje de estos síntomas en cuidadores, han mostrado ser altamente eficaces.

Por ello nos planteamos los siguientes objetivos:

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

Justificación:

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

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

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

Este trabajo evalúa la eficacia de una adaptación de un programa basado en Mindfulness en la reducción de la sintomatología de pacientes con un diagnóstico de trastorno de ansiedad y aplicada en el contexto de un centro de salud del Área V del Servicio de Salud del Principado de Asturias.

Desarrollo:

Para alcanzar estos objetivos se diseñó un estudio cuasiexperimental pre y post intervención con tres medidas repetidas (pre, post y tres meses).

Se seleccionó al azar, una muestra pacientes de la Zona Básica [REDACTED], con un diagnóstico de ansiedad codificado dentro de los códigos CIAP P74, P75 y P76.

Los criterios de inclusión fueron:

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

Como criterios de exclusión se establecieron:

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

Los 34 pacientes que cumplían criterios fueron invitados a participar en el programa mediante una carta dirigida por la coordinadora del centro de salud [REDACTED].

Se procedió al contacto telefónico 15 días después de haber sido enviadas las cartas.

Con aquellos localizados e interesados en participar en el programa se concertó una entrevista previa de 45 minutos en la que se les explicaron los objetivos, el contenido del programa y se les solicitó cubrir los cuestionarios validados para medir su estado basal pre intervención.

20 pacientes firmaron un consentimiento informado y recibieron una copia del mismo en la que se resumía la información dada durante la entrevista y se les animaba a preguntar cualquier duda acerca del programa. Comenzaron la intervención 18 pacientes y concluyeron 16.

Cada participante se comprometió, mediante contrato de contingencia, a asistir a las sesiones, contestar los cuestionarios después de terminar la intervención y dedicar 45 minutos diarios al programa para realizar los ejercicios prácticos y cubrir los registros de las tareas para casa, al menos durante las ocho semanas que duraba el tratamiento.

Se crearon 9 presentaciones audiovisuales para facilitar el aprendizaje y la comprensión de los temas impartidos en cada sesión del programa.

De material recibieron 2 CDS con meditaciones guiadas, hojas de auto-registros con tareas para casa y resúmenes con lo que se explicaba en cada sesión.

Las tareas para casa y los resúmenes de las sesiones se facilitaron de forma gradual, semana a semana, tras terminar cada sesión.

Las tareas para casa se dividían en dos partes: una de auto-registro de la práctica y de auto-registro de pensamientos y emociones que tenían que ser contestadas 6 días a la semana y un "liberador de hábitos" que debían poner en práctica al menos una vez a la semana y meditaciones guiadas.

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

Lo que se intenta enseñar es un modo de vivir el presente y de aprender a relacionarse de manera funcional con los pensamientos, las emociones y las sensaciones corporales que repercute en conductas más adaptativas y el tiempo es limitado.

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

Se potenció la enseñanza de meditaciones que trabajan intensamente con el cuerpo, como el escáner corporal o la meditación caminando y se omitió la enseñanza de prácticas de Yoga para evitar posibles lesiones en los participantes.

Las variables dependientes fueron: ansiedad (medida por STAI ansiedad estado/rasgo), depresión (Test de Goldberg), Habilidades cognitivas Mindfulness (Escala FFMQ) y toma de fármacos.

Se realizaron medidas en la línea base, al finalizar la intervención y a los tres meses de la finalización del tratamiento.

Análisis estadístico mediante inferencia Bayesiana.

- Resultados

Las tablas y gráficas de resultados pueden consultarse en el apartado Anexos.

La media de edad fue de 50,4 años; las mujeres representaron el 81% de la población estudiada. Las medias posteriores de las diferencias de medias después-antes fueron las siguientes: ansiedad-estado 12,7, Intervalo de Credibilidad 95% (ICred 95%) : 3 a 21,6; ansiedad-rasgo 8,5, ICred 95 % : -0,5 a 17,6; depresión 5,7, ICred 95% : 1,7 a 9,5; Atención Plena 20,4, ICred 95%: 5,8 a 35,8. Las probabilidades posteriores de que las diferencias sean mayores que 0 para todas las medidas se situaron entre el 96,2% y el 100%.

A los tres meses del fin de la intervención, el 76,9 % de los pacientes informaron haber disminuido la toma de medicación de rescate y el 56,8% el tratamiento de base. Todas las medidas suponen un efecto positivo de la intervención.

Conclusiones:

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

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

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

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

Anexos

Anexo 1. Descriptivo de la muestra

<i>Variables</i>	<i>Frecuencia (n) %</i>
Sexo	
Hombres	
Mujeres	(3) 18,8
	(13) 81,2
Formación académica	
Primaria	
Secundaria	(7) 43,75
Formación profesional	(5) 31,25
Formación universitaria	(2) 12,5
	(2) 12,5
Ocupación	
Desempleado	(3) 18,75
Ama de casa	(7) 43,75
Autónomo	(2) 12,5
Asalariado	(4) 25,0
Estado civil	
Soltero	
Viviendo en pareja	(1) 6,25
Casado	(1) 6,25
Separado	(10) 62,5
Divorciado	(1) 6,25
	(1) 6,25
Viudo	(2) 12,5

Personas a cargo	
Sí	
No	
	(11) 68,7
Fármacos	(5) 31,25
Sí	
No	
	(16) 100
Tipo de fármaco	
Ansiolíticos	
Antidepresivos	
Combinación de ambos fármaco	(2) 12,5
	(6) 37,5
	(8) 50

Anexo2.

Tabla 1. Valores de línea base de las variables dependientes.

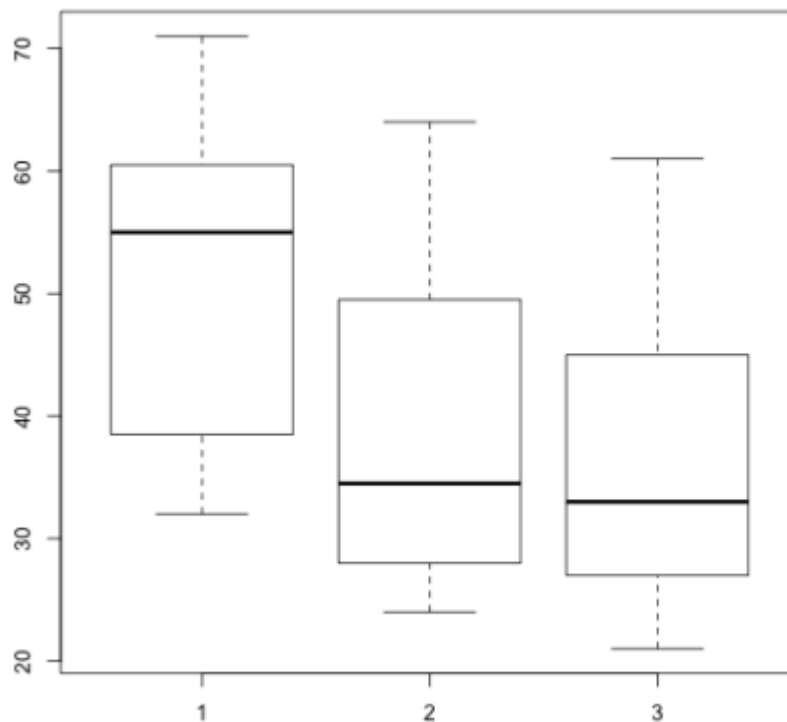
<i>Variable</i>	Mín.	Q1.	Mediana	Media	Q3.	Máx.
Ansiedad/estado						
Total basal	32.0	38.8	55.0	52.0	59.8	71.0
Ansiedad/rasgo						
Total basal	39.0	47.8	58.5	57.6	68.2	75.0
Test de Goldberg						
Total basal	0.00	2.50	8.00	8.19	12.80	19.00
FFMQ						
Total basal	3	87	112	106	125	134

Anexo3.

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

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

Figura 1. Diferencia de medias de STAI ansiedad-estado pre, post y 3 meses.

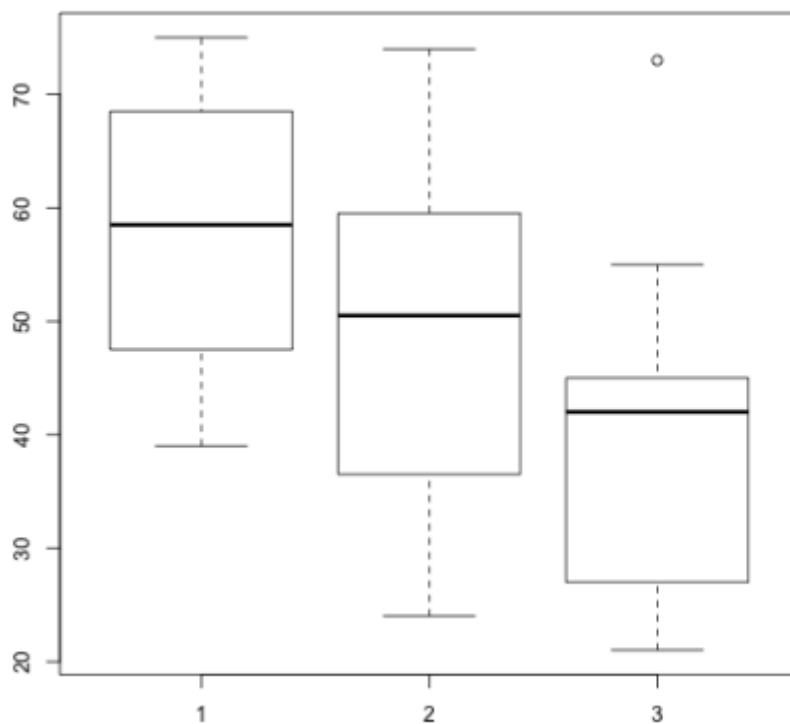


Anexo 4.

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

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

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

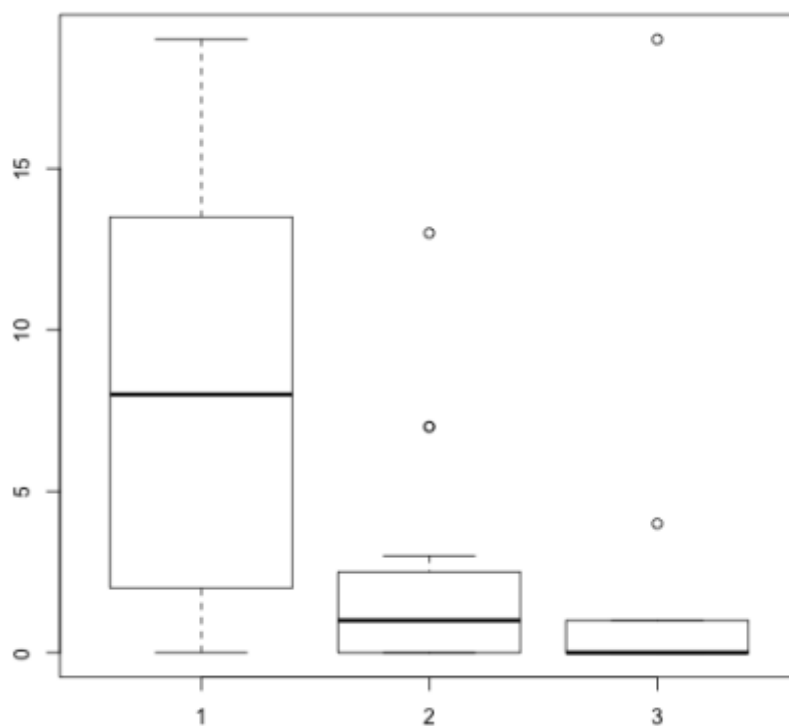


Anexo 5

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

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

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

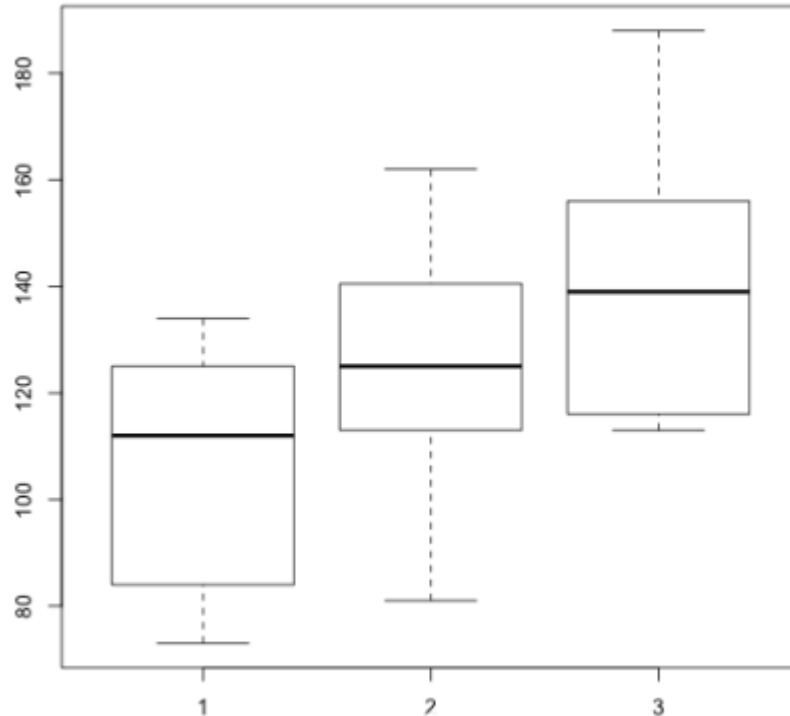


Anexo 6

Tabla 5. Cambios en las puntuaciones del Five Facets of Mindfulness Questionnaire (FFMQ).

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

Figura 4. Diferencia de medias del cuestionario FFMQ pre, post y 3 meses.



Anexo 7

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

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

Tabla 7. Cambios referidos a las distintas actitudes y al modo de afrontamiento.

<i>Variable</i>	<i>Frecuencia (n)%</i>	
	<i>Gran cambio positivo</i>	<i>Algún cambio positivo</i>
Cuidar mejor de mí mismo	(3) 30	(10) 70
La calidad/eficacia de mi trabajo	(2) 15	(7) 54
Mi organización del tiempo	(2) 15	(7) 54
Expresar mis emociones y sentimientos	(1) 3	(9) 69
La comunicación con otras personas	(2) 15	(9) 69

La relación conmigo mismo	(5) 38	(7) 54
Manejarme adecuadamente en situaciones estresantes	(2) 16	(11) 84
Ser capaz de corregir algunos hábitos de mi vida	(4) 30	(8) 61

Valoración de la intervención.

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

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

Bibliografía

1. Organización Mundial de la Salud. Mental Health: facing the challenges, building solutions.2005.
2. Ministerio de Sanidad, política Social e Igualdad. Encuesta sobre alcohol y drogas en la población general en España. EDADES. 2013-12014.
3. Ministerio de Sanidad, Política Social e Igualdad. Estrategia en Salud Mental del Sistema Nacional de Salud 2009-2013.
4. Ministerio de Sanidad, Servicios Sociales e Igualdad. Estrategia Nacional sobre drogas 2009-2016.
5. Grupo de trabajo de Evaluación de los Servicios de Salud Mental del Principado de Asturias. Primera Fase: Informe de situación,2010.
6. American Psychiatric Association. DSM-IV-TR: Breviario: Criterios diagnósticos. Barcelona: Masson, 2003.
7. CIE 10. Trastornos mentales y del comportamiento. Meditor, Madrid, 1994.
8. Nanda Internacional: diagnósticos enfermeros: definiciones y clasificación, 2009-2011. Barcelona. Elsevier España, cop. 2010.

9. Grupo de Trabajo de la Guía de Práctica Clínica para el Manejo de Pacientes con Trastornos de Ansiedad en Atención Primaria. Madrid: Plan Nacional para el SNS del MSC. Unidad de Evaluación de Tecnologías Sanitarias. Agencia Laín Entralgo. Comunidad de Madrid; 2008. Guías de Práctica Clínica en el SNS: UETS Nº 2006/10.
10. Gobierno del principado de Asturias. Consejería de Sanidad. Guía de recomendaciones clínicas. Ansiedad. Dirección General de Innovación Sanitaria; actualización 2014.
11. Arias A., Steimberg J., Banga A. Systematic review of the efficacy of meditation techniques as treatments for medical illness. *The Journal of Alternative and Complementary Medicine*, 12(8), 817-832.
12. Stahl B., Goldstein E. *Mindfulness para reducir el estrés: Una guía práctica*. Barcelona: Kairós; 2012.
13. Baer R. Mindfulness Training as a clinical intervention: A conceptual and empirical review. *Clinical Psychology: Science and Practice*, 10(2), 125-142.
14. Evans S., Ferrando S., Finler M., Stowel C., Smart C., Hablin D. Mindfulness based cognitive therapy for generalized anxiety disorder. *Journal of Anxiety Disorder*. 2008; 22: 716-721.
15. Ma SH., Teasdale JD. Mindfulness-Based Cognitive therapy for depression: Replication and Exploration of differential Relapse Prevention Effects. *Journal of Consulting and Clinical Psychology*. 2004; Vol.72, Nº 1: 31-41.
16. Siegel RD. *Mindfulness para psicoterapeutas*. Barcelona: Paidós; 2012.
17. Germer CK. *El poder del Mindfulness: Libérate de los pensamientos y las emociones autodestructivas*. Barcelona: Paidós; 2011.
18. Kabat-Zinn J. *Donde quiera que vayas, ahí estás. Mindfulness en la vida cotidiana*. Barcelona: Paidós; 2011.
19. Williams M., Penman D. *Mindfulness. Guía práctica para encontrar la paz en un mundo frenético*. Barcelona: Paidós; 2013.
20. Miró MT. Y Simón V. *Mindfulness en la práctica clínica*. Bilbao : Desclée de Brouwer, SA; 2012.
21. Siegel RD. *La solución Mindfulness. Practicas cotidianas para problemas cotidianos*. Bilbao: Desclée de Brouwer, SA; 2012.
22. Alonso Maynar M. *Mindfulness en el tratamiento de los trastornos de ansiedad*. Bilbao: Declée de Brouwer, SA; 2012.
23. Cebolla A. y Miró MT. Eficacia de la Terapia Cognitiva basada en la Atención Plena en el tratamiento de la depresión. *Revista de Psicoterapia*. 2007; Vol 66/67: 133-157.
24. Cebolla A. Eficacia de la terapia cognitiva basada en la atención plena en el tratamiento de la ansiedad y la depresión (Tesis doctoral). Universidad de Valencia. Publicacions de la Universitat de Valencia; 2007.
25. Miro MT., Perestelo-Pérez MT., Pérez J., Rivero A., González M., Serrano P. Eficacia de los tratamientos basados en Mindfulness para los trastornos de ansiedad y depresión: una revisión sistemática. *Revista de Psicopatología y Psicología Clínica*. 2011; 16: 1-14.

26. Delgado-Pastor LC. Correlatos psicofisiológicos de Mindfulness y la preocupación. Eficacia de un entrenamiento en habilidades Mindfulness (Tesis doctoral). Universidad de Granada. Editorial de la universidad de Granada; 2009.
27. Parra M. Eficacia de la Terapia Cognitiva basada en la Conciencia Plena (Mindfulness) en pacientes con fibromialgia (Tesis doctoral). Universidad de castilla La Mancha; 2011.
28. García-Campayo J. La práctica del estar atento (mindfulness) en medicina. Impacto en pacientes y profesionales. Aten Primaria. 2008;40(7):363-6.
29. Martín A. Efectividad de un programa de Mindfulness para reducir el burnout y aumentar la empatía en profesionales de Atención Primaria (Tesis doctoral). Barcelona: Universidad autónoma de Barcelona; 2012.
30. Martín A., Rodríguez-Blanco T., Pujol-Ribera E., Berenguera A., Moix J. Evaluación de la efectividad de un programa de Mindfulness para reducir el Burnout y aumentar la Empatía en profesionales de Atención Primaria. Gaceta Sanitaria.; 27:521-8 – Vol. 27 Núm.6.
31. Ministerio de sanidad y política social. Orden sas/1729/2012 de 17 de junio, por la que se aprueba y publica el programa formativo de la especialidad de Enfermería familiar y comunitaria. Boletín Oficial del Estado. Martes 29 de junio de 2010; BOE n.º 157: pág. 57-217.
32. Ferré-Grau C., Sevilla-Casado M., Boqué-Caballé M., Aparicio-Casals MR., Valdivieso_López A. Efectividad de la técnica de resolución de problemas aplicada por enfermeras: disminución de la ansiedad y la depresión en cuidadoras familiares. Aten Primaria.2012;44(12):695-702.
33. Casañas Sánchez R., Raya Tena A., Ibáñez Pérez L., Valls Colomer MM. Intervención grupal psicoeducativa en pacientes con ansiedad y depresión en atención primaria en Barcelona. Aten Primaria.2009;41(4):227-232.
34. McCloskey D.J Beluchek GM Clasificación de las intervenciones de enfermería (NIC) 4^º Edición Ed. Editorial Elsevier Mosby Madrid, España, 2005.
35. Segarra Gutiérrez G., Farriols Hernando N. Prevalencia, impacto y tratamiento psicológico grupal de los trastornos de ansiedad; una revisión en el ámbito de la atención primaria. Revista de psicología, ciencias de la educación y del deporte. Aloma.2011;28:209-24.
36. Ariz ME., Cariñena A., García MA., Moros MA., Pascual P., Salaberri A. Manejo de la ansiedad en Atención Primaria. Guía de actuación. Servicio Navarro de Salud. Osasunbidea, 2009.
37. Grupo de Trabajo de la Guía de Práctica Clínica para el Manejo de Pacientes con Trastornos de Ansiedad en Atención Primaria. Madrid: Plan Nacional para el SNS del MSC. Unidad de Evaluación de Tecnologías Sanitarias. Agencia Laín Entralgo. Comunidad de Madrid; 2008. Guías de Práctica Clínica en el SNS: UETS Nº 2006/10.
38. Burgos ML, Ortiz MD, Muñoz F, Vega P, Borbollo R. Intervención grupal en los trastornos de ansiedad en Atención Primaria: técnicas de relajación y cognitivo-conductuales. Semergen. 2006;32(5):205-10.

