



## **Programa d'intervenció basat en Mindfulness per pacients amb Fibromiàlgia al CSMA St. Andreu**

*Mindfulness-Based Intervention program for Fibromyalgia patients on CSMA  
St. Andreu*

**Alumna: Alba Sabé**

**Tutor: Josep Antoni Castillo**

<b>RESUM</b>	<b>ABSTRACT</b>
<p>La Fibromiàlgia és una de les malalties cròniques amb major prevalença a l'actualitat i no disposa de tractaments mèdics efectius. Com a conseqüència s'ha proposat tractaments alternatius per pal·liar la simptomatologia associada. Entre ells, les Intervencions Basades en Mindfulness (MBIs). L'objectiu d'aquest treball és dissenyar i implementar un programa d'intervenció basat en <i>mindfulness</i> per a pacients amb fibromiàlgia al CSMA de St. Andreu. Es realitza un programa de 8 sessions combinant els originals de MBCT i MBSR. En aquest moment no s'ha finalitzat l'aplicació del programa amb que els resultats no són definitius. Tot i així les observacions realitzades sessió a sessió mostren petites millores en els pacients.</p> <p>No es pot concloure que la intervenció aplicada sigui més eficaç que d'altres, però no aporta efectes perjudicials.</p> <p><b>Paraules clau:</b> Fibromiàlgia, Mindfulness, MBCT, MBSR, MBIs.</p>	<p><i>Fibromyalgia is nowadays one of the most prevalence Chronic Disease that does not completely respond to current Medical treatments. As a consequence, many alternative interventions have been suggested such as Mindfulness-Based Intervention (MBIs). The aim of the present work is to design and implement an intervention program based on mindfulness for Fibromyalgia patients currently in Sant Andreu CSMA.</i></p> <p><i>A eight sessions program will be fulfilled combining the originals programs of MBCT and MBSR. In this moment the process has not end so we have not definitive results. However the monitoring of every session show little improvement in the patients.</i></p> <p><i>We can not conclude that this intervention is better than others, but it has not give any side effects.</i></p> <p><b>Key words:</b> Fibromyalgia, Mindfulness, MBCT, MBSR, MBIs.</p>

## Índex

1. Introducció .....	3
2. Fibromiàlgia .....	4
3. Mindfulness.....	6
3.1 Eficàcia del Mindfulness en Fibromiàlgia, evidències científiques .....	8
4. Programa d'intervenció basat en <i>mindfulness</i> per pacients amb Fibromiàlgia .....	12
4.1 Objectius .....	13
Objectius Generals: .....	13
Objectius Específics: .....	13
4.2 Pacients .....	14
Criteris d'inclusió:.....	14
Criteris d'exclusió: .....	14
Descripció dels pacients .....	14
4.3 Instruments d'Avaluació.....	16
Qüestionari d'Impacte de Fibromiàlgia (FIQ) .....	17
Qüestionari de Locus de Control del Dolor (HSLC).....	18
Escala Visual Analògica (EVA).....	20
Five Facets of Mindfulness Questionnaire.....	20
4.4 Disseny de la intervenció .....	22
5. Resultats .....	24
6. Conclusions .....	27
7. Discussió .....	27
8. Referències Bibliogràfiques .....	29
9. Annexos.....	35

---

Annex 1. Qüestionaris administrats .....	35
Qüestionari d'Impacte de Fibromiàlgia (FIQ) .....	35
Qüestionari de Locus de Control del Dolor (HSLC).....	36
Five Facets of Mindfulness Questionnaire (FFMQ) .....	37
Escala Visual Analògica (EVA).....	38
Annex 2. Resultats dels Qüestionaris .....	38
Qüestionari d'Impacte de Fibromiàlgia (FIQ): Respostes dels participants i puntuacions obtingudes: .....	38
Escala Visual Analògica (EVA): puntuacions obtingudes.....	38
Qüestionari de Locus de Control del Dolor (HSLC): respostes dels participants i puntuacions obtingudes .....	39
Five Facets of Mindfulness Questionnaire: respostes dels participants i puntuacions obtingudes. ....	40
Annex 3. Programa d'Intervenció Bassat en Mindfulness sessió a sessió:.....	41
Sessió 1. El pilot automàtic .....	41
Sessió 2. Tenir en ment el cos .....	42
Sessió 3. El cos és més que la suma de les parts .....	43
Sessió 4. Entrar en moviment.....	44
Sessió 5. Reconèixer l'aversion .....	45

## 1. Introducció

El Centre de Salut Mental d'Adults (CSMA) de Sant Andreu, està situat dins del Centre de Salut Isabel Roig-Casernes. És un servei d'atenció a la salut mental de la població adulta, majors de 18 anys, que pertany al sector sanitari del Districte Municipal IX de Barcelona. Aquest districte abasta aproximadament 135.000 habitants, contenint els barris de Sant Andreu, la Sagrera, el Congrés, Navàs, Bon Pastor, Baró de Viver i Trinitat Vella.

És un dels centres amb major pressió assistencial al Districte de Barcelona. Hi ha llargues llistes d'espera per ser atès, sobretot per rebre assistència psicològica on la demora pot oscil·lar entre els 3 mesos i l'any aproximadament. Actualment s'ofereix psicoteràpia a nivell individual i grupal als qui ho requereixin, però els professionals és veuen pressionats per realitzar els tractaments el més breu i eficaços possible, per poder donar *altes* i anar disminuint la llista d'espera. És per això, que un tractament grupal breu pot resultar d'utilitat en aquest context.

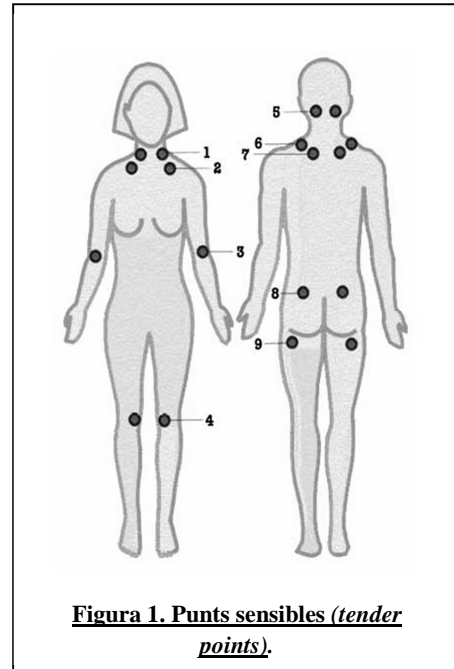
L'objectiu d'aquest treball és dissenyar i implementar un programa d'intervenció breu basat en *mindfulness*, amb la intenció de proporcionar noves tècniques psicoterapèutiques dins l'abordatge multidisciplinari del centre. I realitzar-ne l'aplicació amb un grup reduït de pacients, de forma que serveixi com a prova pilot per futures intervencions en el cas que sigui eficaç.

En el present document, en primer lloc s'exposaran les bases teòriques de la FM així com del *mindfulness* i l'eficàcia dels programes estandarditzats a la literatura científica. Seguidament es presentarà el mètode utilitzat per realitzar el grup pilot al CSMA, tenint en compte les característiques dels participants, l'avaluació i el disseny de la intervenció. I, finalment, s'analitzaran els resultats sessió a sessió i s'exposaran les conclusions a les quals s'ha arribat i la discussió amb els temes rellevants a destacar. A més a més, s'afegeix un apartat annex amb les pràctiques realitzades a les sessions i altres temes que poden resultar d'interès pel lector.

## 2. Fibromiàlgia

La Fibromiàlgia (FM) és una malaltia d'etiologia desconeguda que es caracteritza per patir dolor crònic generalitzat, predominant als músculs i a l'esquena, i per la presència d'una hipersensibilitat a la pressió en múltiples punts predeterminats anomenats "punts sensibles" (en anglès, *tender points*. Veure Figura 1.).

Sovint va acompanyada d'altres símptomes característics, tals com els trastorns del son, la fatiga o la rigidesa matinal, i també s'associa amb diversos síndromes com poden ser la síndrome del Colon irritable i la Depressió (Baranowsky, et al. 2009). Aquesta malaltia va ser reconeguda per l'Organització Mundial de la Salut (OMS) l'any 1992 i per l'Associació Internacional per l'estudi del Dolor (IASP) el 1994 (Collado, et al., 2002; Rivera, et al. 2006).



**Figura 1. Punts sensibles (*tender points*).**

La FM és una de les malalties més representatives del dolor crònic. La prevalença estimada de Fibromiàlgia en els diferents països desenvolupats, en població general, és d'entre el 0,7% i el 4,7% (Branco, et al. 2010). Aquesta prevalença és significativament major en dones que en homes amb una diferència de ràtio dona-home de 9-1 (Bartels, et al. 2009). Més concretament, Espanya presenta una prevalença de FM del 2,4% de la població general major de 20 anys, això suposa unes 700.000 persones en termes absoluts. Per sexes s'estima una major prevalença en dones, essent del 4,2%, davant del 0,2 en homes (Collado, et al., 2002; Rivera, et al. 2006).

Els pacients amb FM relaten que la seva malaltia té una gran repercussió a les seves vides en quant a la disminució de la seva capacitat física, activitat intel·lectual, estat emocional, relacions personals, carrera professional i salut mental, el que fa que el pacient requereixi desenvolupar una àmplia varietat d'estratègies d'afrontament. En alguns casos són positives però en d'altres són negatives com per exemple el consum d'alcohol o l'abús de medicació (Bernard, Prince i Edsall, 2000).

És una malaltia que genera un impacte perjudicial en diverses àrees de la vida del pacient. Per exemple, a nivell familiar, diferents variables vinculades a la FM provoquen un impacte en les dinàmiques familiars dels pacients, agreujant el distrés, provocant canvis de rols en el sistema familiar i dificultats d'adaptació entre d'altres (Neumann i Buskila, 1997). La vida en parella també es veu perjudicada en molts casos, els conjugues experimenten un augment de responsabilitat en les tasques de la llar i la cura dels fills. També se senyalen canvis en la relacions intimes de parella i les relacions amb les amistats que tendeixen a disminuir-se en un alt grau (Söderberg, Strand, Haapala i Lundman, 2002). Una altra de les àrees que generalment es veu afectada és la laboral, ja que la FM es contempla com una malaltia discapacitant i en la majoria dels casos porta a la baixa laboral parcial o absoluta. Aquest fet, té una gran repercussió a nivell socio-econòmic, en termes de despeses mèdiques, farmacològiques, baixes laborals i pensions per discapacitat (Sicras, Blanca, Navarro i Rejas, 2009).

Com ja s'ha esmentat, la FM s'engloba dins les malalties de Dolor Crònic, això implica que, ara per ara, no hi ha una cura mèdica de la Síndrome. Fins ara, el principal objectiu dels tractaments que existeixen ha estat millorar-ne els símptomes per poder gaudir d'una millor qualitat de vida amb les menors limitacions possibles per a les activitats quotidianes de la persona (Generalitat de Catalunya, 2013). Tot i així, estudis que mostren l'efectivitat dels tractaments actuals pel Dolor Crònic, on s'inclourien intervencions farmacològiques amb analgèsics i opiacis, entre d'altres, mostren que hi ha limitacions per l'èxit de tots aquest tractaments (Turk, 2002).

Tenint en compte, doncs, l'elevada prevalença que està assolint, les repercussions a nivell social, familiar, laborals, econòmiques i sanitàries que comporta (Justo, et al. 2010) i sobretot, que la FM és una condició crònica que tendeix a resultar refractària al tractament; l'afrontament multidisciplinari dels símptomes ha de ser l'objectiu principal de la intervenció (Baranowsky, et al. 2009). Com a conseqüència als fets esmentats, s'han suggerit varis tractaments psicològics per pal·liar la simptomatologia associada. Entre ells el *mindfulness* ha estat un dels més estudiats, augmentant vertiginosament el nombre de publicacions indexades a les bases de dades, els últims deu anys.

### 3. Mindfulness

Es considera que els antecedents del que avui coneixem com a *mindfulness* es remonten uns 2500 anys enrere, dins la tradició budista amb la figura de Siddharta Gautama (conegut com a Buda), qui va iniciar aquesta corrent religiosa i filosòfica estesa per tot el món, l'essència fonamental de la qual és la pràctica de *mindfulness*, procediment que sembla ser que rep d'altres mestres i perfecciona, de manera que podria dir-se que molt abans ja existia alguna forma de *mindfulness* practicada per éssers humans molt primitius (Simón, 2007). Realment, la capacitat de ser conscient plenament del moment present és inherent a la persona. Per tant, la contribució de la tradició budista ha estat, en part, emfatitzar maneres senzilles i efectives de cultivar i refinar aquesta capacitat per poder portar-la a tots els aspectes de la vida (Kabat-Zinn, 2003).

El terme *mindfulness* es pot traduir com: consciència plena, atenció plena, atenció conscient, atenció intencional o consciència del moment, entre d'altres. És difícil trobar una paraula que es correspongui amb el significat real que representa (Vallejo, 2006). Per això, es creu més convenient utilitzar el terme anglosaxó ja que reflecteix millor l'essència que es vol transmetre amb el mateix (Simón, 2007).

L'any 1979, Jon Kabat-Zinn va popularitzar i impulsar l'ús de la meditació *mindfulness* com a pràctica terapèutica, creant el Centre Mindfulness a la Facultat de Medicina de la Universitat de Massachussets com a procediment per tractar trastorns psicofisiològics o psicossomàtics (Vallejo, 2006). Partint d'aquí, diferents autors s'han interessat per l'estudi i la pràctica del *mindfulness*, realitzant diferents definicions, una de les proposades pel precursor Jon Kabat-Zinn va ser: "Portar l'atenció a les experiències que s'estan manifestant al moment present, acceptant-les sense jutjar" (Pérez, et al. 2007 p.78). Una altra definició interessant podria ser la proposada per Teasdale, Williams i Segal (2015, p. 21), "Mindfulness significa ser capaç de ser conscient, de manera directa i de cor, del que fem mentre ho estem fent: ser capaç de sintonitzar amb el que succeeix en la nostra ment i el nostre cos i amb el món extern, en cada moment."

Els components del *mindfulness*, són: (a) *Atenció al moment present*, consisteix en centrar-se en el moment present, en lloc d'estar pendents del passat (rumiacions) o del futur (expectatives, temors i desitjos); (b) *Obertura a l'experiència*, capacitat d'observar l'experiència sense interposar el filtre de les pròpies creences. Implica una observació

directa dels diversos objectes com si fos la primera vegada, una qualitat que en el Zen es denomina “ment de principiant”. També implica l'obertura a l'experiència negativa. (c) *Acceptació*, acceptació sense jutjar els pensaments, sentiments i esdeveniments de la vida quotidiana. (d) *Deixar passar*, no deixar-se atrapar per cap pensament, sentiment, sensació o desig, no aferrar-se ni identificar-se amb ells. I per últim, (e) *Intenció*, es refereix al que cada persona persegueix quan practica *mindfulness*. No pot ser omesa, va evolucionant al llarg de la pràctica. (Pérez, et al.2007).

En general, dels tractaments o les intervencions basades en els supòsits del *mindfulness* se'n diuen *Mindfulness-Based Interventions* (MBIs) o *Mindfulness-based Therapy* (MBT). Però hi ha diferents enfocaments psicoterapèutics: la Reducció de l'Estrès Basada en Mindfulness (MBSR: *Mindfulness-Based Stress Reduction*, Kabat-Zinn, 1990), la Teràpia Cognitiva Basada en Mindfulness (MBCT: *Mindfulness-Based Cognitive Therapy*, Segal, Williams & Teasdale, 2002). Per altra banda, la Teràpia Dialèctica Comportamental (DBT: *Dialectical Behavior Therapy*, Linehan, 1993) i la Teràpia d'Acceptació i Compromís (ACT: *Acceptance and Commitment Therapy*, Hayes, Strosahl & Wilson, 1999) també comparteixen molts supòsits i algunes de les pràctiques usuals amb el *mindfulness* i els seus programes principals (Pérez, et al.2007; Simón, 2007).

En l'actualitat s'han realitzat diferents estudis relacionant el *mindfulness* amb l'experiència de dolor. Es creu que el *mindfulness* demostra que el dolor no necessàriament ha d'estar vinculat al sofriment. Mitjançant aquestes teràpia i segons els seus impulsors, el dolor pot coexistir amb alts nivells de benestar subjectiu (Kozak, 2008). Per altra banda, aquestes teràpies ofereixen beneficis en d'altres aspectes com la simptomatologia depressiva o la tolerància gràcies a les seves qualitats, per exemple, d'acceptar, no jutjar, deixar passar, entre d'altres, que també poden ser interessants per persones amb Fibromiàlgia.



### 3.1 Eficàcia del Mindfulness en Fibromiàlgia, evidències científiques

Els últims anys s'han realitzat diversos estudis per avaluar l'eficàcia de les intervencions basades en *mindfulness* amb pacients amb Fibromiàlgia. A la Taula 1, es mostra un recull d'algunes de les revisions sistemàtiques que inclouen aquestes variables, tot i que com veuran a continuació, no hi ha cap publicació que inclogui tant sols estudis que valorin l'eficàcia de les Intervencions Basades en Mindfulness en pacients amb Fibromiàlgia, sinó que també inclouen d'altres tipologies d'intervenció o diagnòstics que caracteritzen les mostres utilitzades. Les conclusions a les quals arriben els diferents autors, tot i observar resultats positius, generalment no són significatives, molts ho atribueixen a la falta d'estudis i la poca especificitat en la mostra i la intervenció (Chiesa, et al. 2011; Veehof, et al. 2010; Reiner, 2013). Tot i així, es remarca el potencial de la intervenció en diferents estudis, com Lakhan (2013), que posa de manifest que és una intervenció *low-cost* (que representa un baix cost econòmic), amb un potencial útil pel maneig de la simptomatologia. I d'altres autors que, tot i no obtenir resultats significatius, en les seves conclusions ressalten els beneficis que s'han obtingut en la salut física i mental ja sigui a través del maneig dels símptomes, la millora del benestar i/o la qualitat de vida dels participants, la reducció de la intensitat del dolor, etc. (Lakhan, et al. 2013; Veehof, et al. 2010; Menkes, 2010; Reiner, 2013).

Per altra banda, si que s'han realitzat estudis experimentals que avaluen l'eficàcia de les MBI's amb mostres de pacients amb FM, exclouent altres diagnòstics principals. La Taula 2, mostra un recull d'alguns d'aquests estudis, especificant la tipologia d'intervenció utilitzada així com el realitzat en el grup control si s'especifica i les conclusions a les quals han arribat els autors. Tots els estudis estan compostos per intervencions breus, de 8 sessions, una sessió per setmana, amb una durada d'entre 1'5 hores i 2 hores. A part d'aquestes alguns estudis especifiquen la pràctica diària a casa, de forma autònoma per part dels subjectes (Justo, et al., 2010; Lush, et al., 2009; Sampalli, et al., 2009; Schmidt, et al., 2011; Sephton, et al., 2007; Vago, et al., 2011; Weissbecker et al., 2002). I, per últim, tres dels estudis inclouen una sessió addicional intensiva d'un dia (Grossman, et al., 2007; Quintana et al., 2011; Schmidt, et al., 2011).

**Taula 1. Fibromiàlgia i Mindfulness: revisions sistemàtiques**

Referència	Diagnòstic	Intervenció	Eficàcia del Mindfulness
Baranowsky, J., et al. (2009)	Fibromiàlgia	Acupuntura Mindfulness (2 estudis) Musicoteràpia Altres	Eficàcia del mindfulness en disminució de depressió en un estudi, i puntuacions iguals al grup control a l'altre.
Chiesa, A., et al. (2011)	Dolor crònic, Artritis, Fibromiàlgia	MBSR	No és més eficaç que una intervenció no específica com el suport o l'educació.
Lakhan, S., et al. (2013)	Síndrome del colon irritable, Fibromiàlgia, Fatiga crònica	MBSR, MBCT, meditació mindfulness + Qigong o Yoga	Potencial útil pel maneig de símptomes. Els resultats més clars mostren una millora del dolor, la severitat dels símptomes i la qualitat de vida.
Veehof, M., et al. (2010)	Fibromiàlgia, Fatiga crònica, Dolor crònic, Artritis, Altres	ACT, MBSR, MBSR + Qigong	Efectes positius de lleus a mitjans en la salut tant física com mental.
Menkes, M. (2010)	Dolor crònic, Fibromiàlgia, Malalties cardiovascular Altres	MBSR (només si s'ha utilitzat el model de Kabat-Zinn)	El MBSR pot fer que siguin més fàcils de gestionar els símptomes, millorar el benestar general i la qualitat de vida, i millorar els resultats de Salut.
Reiner, K., (2013)	Dolor crònic, Fibromiàlgia, Artritis, Altres.	ACT, MBSR, Variants de MBSR, MBSR + teràpies tradicionals	Les MBIs, redueixen la intensitat del dolor.

ACT= *Acceptance and Commitment Therapy* (Teràpia de l'Acceptació i Compromís); MBCT= *Mindfulness based Cognitive Therapy* (Teràpia Cognitiva basada en mindfulness); MBIs= *Mindfulness Based Interventions* (Intervencions basades en mindfulness); MBSR= *Mindfulness Based Stress Reduction* (Reducció de l'estrés basada en mindfulness).

Com es pot observar a la Taula 2, set dels estudis representats realitzen una intervenció basada en el programa original de MBSR (Grossman, et al., 2007; Luch, et al., 2009; Quintana, et al., 2011; Sampalli, et al., 2009; Schmidt, et al., 2011; Sephton, et al., 2007; Weissbecker, et al., 2002), un estudi realitza la intervenció basant-se en el programa original de MBCT (Parra-Delgado, et al., 2013) i la resta dissenyen els seus propis protocols d'intervenció, adaptant els originals o combinant part de les doctrines amb altres tècniques (Astin, et al., 2003; Carson, et al., 2010; Justo, et al., 2010; Vago, et al., 2011).

**Taula 2. Estudis que avaluen l'eficàcia de les MBI's en FM**

Referència	Intervenció	Resultats principals
Astin, et al., (2003)	I: MBSR i Qigong C: educació/ suport	S'observen millores significatives al cap de les vuit setmanes de tractament a tots els àmbits mesurats. Els beneficis es mantenen als 6 mesos de seguiment.
Carson, et al., (2010)	I: Meditació mindfulness i <i>Yoga of Awareness</i> C: llista d'espera	Al acabar el tractament es mostren millores significatives a les mesures estandarditzades de simptomatologia de la FM: dolor, fatiga, estat d'ànim, acceptació i altres estratègies
Grossman, et al., (2007)	I: MBSR C: suport, relaxació, estiraments. (elements no específics del MBSR)	Els anàlisis pre- i post-intervenció mostren que el MBSR proporciona beneficis significatius als pacients amb FM, comparats amb el grup control, a tots els àmbits mesurats. Als 3 anys de seguiment mostren aquests beneficis sostinguts en el temps, utilitzant les mateixes mesures.
Justo, et al., (2010)	I: Adaptació del programa MBSR C: <i>No s'especifica</i>	Es mostra una millora a les dimensions de funcionament físic, dolor, salut general, funcionament social, rol emocional i salut mental. Aquestes millores es mantenen a l'avaluació de seguiment als tres mesos.
Lush, et al., (2009)	I: MBSR C: <i>No s'especifica</i>	Es mostra una reducció de l'activació del Sistema Nerviós Central, però no es veuen reduccions significatives del malestar psicològic.
Parra-Delgado, et al., (2013)	I: MBCT C: <i>No s'especifica</i>	La simptomatologia depressiva i l'impacte de la malaltia és reduït en el grup de MBCT. Aquests canvis es mantenen als 3 mesos de seguiment. No es troben diferències significatives en reducció del dolor.
Quintana, et al., (2011)	I: MBSR C: <i>No s'especifica</i>	Es mostra una millora significativa en relació a la qualitat de vida, dolor i simptomatologia depressiva. A més, d'estratègies d'afrontament del dolor més adaptatives. Els resultats no es van mantenir al cap d'un mes del seguiment, excepte en aquelles participants que havien seguit practicant MBSR.
Sampalli, et al., (2009)	I: MBSR C: llista d'espera	Millora significativa en el grup que rep la intervenció MBSR que és manté als 3 mesos de seguiment per reduir malestar psicològic associat a la malaltia.
Schmidt, et al., (2011)	I: MBSR C1: procediment d'efectes no específics del MBSR C2: llista d'espera	No es troba una major eficàcia del MBSR sobre un grup control, les diferències estadístiques que es troben als diferents grups no són prou significatives.
Sephton, et al., (2007)	I: MBSR C: llista d'espera	S'observen millores significatives de la simptomatologia depressiva.
Vago, et al., (2011)	I: MMT (basat en el programa original de MBCT, i parcialment en el de MBSR) C: grup control d'edat	Els resultats suggereixen una millora en reduir l'amenaça percebuda pel dolor associat a aquesta malaltia, i la qualitat de vida. Els efectes no es mantenen en el seguiment.
Weissbecker, et al., 2002	I: MBSR C: llista d'espera	La intervenció incrementa significativament el Sentit de Coherència (SOC). Els pacients amb un fort SOC presenten menors nivells d'estrès i depressió.

En general tots els estudis conclouen que s'obtenen resultats positius envers l'aplicació d'intervencions basades en *mindfulness* amb pacients amb FM, excepte Schmidt, et al.

(2011) que no observen major eficàcia del programa MBSR respecte al grup control. Tot i així, no hi ha una homogeneïtzació dels camps avaluats en els diferents estudis. Les mesures utilitzades per enregistrar els resultats de cada estudi, les podríem agrupar en quatre dimensions: dolor, severitat dels símptomes, depressió i ansietat, i qualitat de vida. Hi ha estudis que mesuren tots els àmbits i d'altres que no.

Si analitzem per separat els resultats als quals arriben els estudis en cada dimensió observem el següent. Vuit dels estudis inclosos aporten mesures del dolor. D'aquests, sis (Astin, et al., 2003; Carson, et al., 2010; Grossman, et al., 2007; Justo, et al., 2010; Quintana, et al., 2011; Sampalli, et al., 2009) mostren evidències significatives que els tractaments Basats en Mindfulness aporten millores en la reducció del dolor, en comparació amb els grups control. Els dos restants (Parra-Delgado, et al., 2013; Schmidt, et al., 2011), no observen aquestes millores significatives respecte als grups control als seus estudis.

Pel que fa a la Severitat dels símptomes, quatre de cinc estudis que mesuren aquest àmbit veuen millores després de l'aplicació del MBIs (Astin, et al., 2003; Carson, et al., 2010; Justo, et al., 2010; Sampalli, et al., 2009), l'estudi de Schmidt, et al., (2011) en canvi, no observa que les millores siguin significatives respecte als grups control.

En relació a la vessant més psicològica, nou autors aporten mesures de depressió als seus estudis, dels quals set observen beneficis al finalitzar al tractament (Astin, et al., 2003; Grossman, et al., 2007, Justo, et al., 2010; Parra-Delgado, et al., 2013; Quintana, et al., 2011; Sephton, et al., 2007; Weissbecker et al., 2002). No és el cas de Lush et al., (2009) i Schmidt et al., (2011) que no reporten evidències de una major disminució de simptomatologia depressiva o ansiosa un cop finalitzada la intervenció en comparació amb els grups control.

Per últim, set estudis analitzen també la qualitat de vida dels pacients amb FM. Un estudi no presenta millores significatives (Schmidt, et al., 2011), la resta veuen un increment de la qualitat de vida un cop finalitzada la intervenció (Grossman, et al., 2007, Justo, et al., 2010; Parra-Delgado, et al., 2013; Quintana, et al., 2011; Sampalli, et al., 2009; Vago, et al., 2011).

Es important remarcar que en cap dels estudis s'esmenta que l'aplicació d'una MBI's hagi suposat un perjudici per als participants, i que com es pot observar els estudis proposats en aquest capítol tant sols són una petita mostra de la literatura científica dels últims anys. Considero que els resultats als quals arriben els autors no s'han d'interpretar com una font extrapolable a tota la població, sinó com una intervenció potencial que ha demostrat millores significatives en varies ocasions i en diverses àrees. I, és per això, que és interessant provar si en un context concret, com és el CSMA de Sant Andreu, pot resultar-nos d'utilitat com a estratègia complementària a les intervencions que ja s'utilitzen fins el moment.

#### **4. Programa d'intervenció basat en *mindfulness* per pacients amb Fibromiàlgia**

Abans de continuar, considero important explicar com va sorgir la idea de realitzar un programa d'intervenció basat en *mindfulness* dins el context del CSMA de Sant Andreu. En converses que vaig tenir amb professionals del centre, havíem estat comentant què és el *mindfulness*, en què consisteix, alguns exemples de com s'aplica, etc. Llavors, un dia les psicòlogues Judith Gallego i Anna París, em van proposar si volia crear un grup allà, on elles farien de co-terapeutes i observadores, ja que volien aprendre la tècnica i trobaven interessant, dins del CSMA, poder oferir un servei d'aquestes característiques. Partint d'aquí és va començar a desenvolupar tot el programa que s'exposa. Amb un calendari molt acotat ja que es va decidir que s'havia de començar el més aviat possible, vam anar creant tots els passos necessaris per dur a terme aquest projecte.

Dit això, en el present treball, després de presentar una introducció teòrica amb l'objectiu de donar a conèixer les característiques i repercussions de la Síndrome de Fibromiàlgia, i presentar els fonaments del les Intervencions Basades en Mindfulness i la seva eficàcia en el tractament de la simptomatologia associada en aquests pacients, es passa a fonamentar els objectius i el disseny que es decideix posar a prova al CSMA de Sant Andreu.

#### 4.1 Objectius

Tenint en compte totes les raons exposades anteriorment, es proposen diversos objectius. Aquests es formularan de dues maneres: tant a nivell general, del treball en sí, com a nivell específic del programa d'intervenció.

##### **Objectius Generals:**

- Aportar un tipus de tractament grupal i breu que sigui d'utilitat i serveixi com a complement a les teràpies ja consolidades dins el funcionament del CSMA de Sant Andreu.
- Realitzar un programa d'intervenció basat en mindfulness adaptat a les característiques dels pacients que pateixen Fibromiàlgia.
- Observar si durant el transcurs de l'aplicació del Programa es manifesten millores en la salut física i/o psíquica d'una mostra de pacients amb diagnòstic de fibromiàlgia, dins el context del CSMA.

##### **Objectius Específics:**

Els objectius específics són una guia per tenir en compte les variables o dimensions de forma més concreta que es pretén treballar i avaluar a través de la observació durant el transcurs de l'aplicació de les sessions del programa. Per tant es pretén valorar si hi ha canvis o millores en:

- La percepció del subjecte sobre la seva qualitat de vida.
- La simptomatologia depressiva.
- Els nivells d'ansietat.
- Les estratègies d'afrontament al dolor crònic.
- La vigilància o control cap al dolor.
- La seva capacitat de "consciència plena" o de dirigir l'atenció cap a els estímuls interns o externs que es decideixi.
- Els components principals del *mindfulness*, si els recordem, són: atenció al moment present, obertura a l'experiència, acceptació, deixar passar i intenció.

## 4.2 Pacients

Per accedir als pacients que formarien el grup, en primer lloc es va traslladar les bases en què consistiria el programa a les psicòlogues interessades, Judith Gallego i Anna París, i es van pactar els criteris d'inclusió al grup, així com el nombre de participants que es considerava adient per un grup d'aquestes característiques, decidint que seria amb un màxim de 8 a 12 pacients.

Seguidament, es va traslladar aquesta a tots els professionals del CSMA en una reunió d'equip on es proposen i es comenten els grups psicoterapèutics que es posaran en marxa. Allí es va obrir una llista on tots els professionals poden derivar pacients que vegin en tractament individual i creguin que poden encaixar en els diferents grups que es proposen.

### **Criteris d'inclusió:**

- Estar diagnosticat de la síndrome de Fibromiàlgia per un metge especialista.
- Mostrar interès per participar en la teràpia.

### **Criteris d'exclusió:**

- Tenir diagnòstic de trastorn mental sever, incloent: Trastorns Psicòtics, Trastorn Límit de la Personalitat, Trastorn Obsessiu Compulsiu, Agorafòbia o Fòbies invalidants i altres a valorar.
- Dependència i/o abús d'alcohol o altres substàncies tòxiques.

### **Descripció dels pacients**

Finalment, després de sospesar diversos candidats a participar, es van incloure 7 pacients que estaven en tractament psicoterapèutic individual. Abans de proposar-los-hi la seva participació, es va tenir en compte que complissin els criteris d'inclusió i cap dels criteris d'exclusió. Un cop seleccionats, les seves psicòlogues referents els hi van comunicar la possibilitat d'entrar al grup i se'ls hi va explicar breument en què consistia, així com l'horari en el qual es duria a terme aquesta activitat.

S'ha de tenir en compte que per qüestions internes al centre, el grup conta de dues psicòlogues internes, una psicòloga en pràctiques del Màster en Psicologia General

Sanitària que per formació externa aporta tota la informació en *mindfulness* i disseny del programa, jo mateixa; i per últim una alumna de 4t de Grau en Psicologia en pràctiques que realitza observació. Per tant, el grup consta de 11 participants, 4 terapeutes amb diferents rols i 7 pacients.

Pel que fa a la mostra de pacients, a la taula 3 es pot observar un resum de les seves variables sociodemogràfiques que poden resultar d'interès. Com ja hem dit, es caracteritza per 7 participants (6 dones i 1 home) amb edats compreses entre els 29 i 50 anys, representant una mitjana d'edat de 40,57. Per altra banda, una dada que es considera rellevant és que, cap dels participants es troba en una situació laboral remunerada, el 85.7% no te feina i es dedica a les tasques de la llar, d'aquest, 3 pacients estan tramitant una incapacitat en aquests moments, i un ja te concebuda una incapacitat permanent.

**Taula 3. Descripció sociodemogràfica dels participants**

Variables		N	%
Sexe	Dones	6	85.7
	Homes	1	14.3
Estat civil	Solter/a	1	14.3
	En parella	2	28.6
	Casat/da	4	57.1
N. de fills	0	3	42.8
	2	3	42.8
	3	1	14.3
Estudis	Primària	3	42.8
	FP	3	42.8
	Universitaris	1	14.3
Situació Laboral	Sense treball remunerat	6	85.7
	Tramitant la incapacitat	3	42.8
	Incapacitat permanent	1	14.3

Al tractar-se d'un centre de salut mental, pressuposem que els participants tindran algun altre diagnòstic a part de la Fibromiàlgia. A l'apartat d'introducció ja es parla d'alguns trastorns que correlacionen amb la Síndrome. A la Taula 4 s'exposaren els diagnòstics, basats en la classificació de la CIE-10, que tenen els participants del grup, així com si estan realitzant intervenció psicològica i si prenen psicofàrmacs.



**Taula 4. Trastorns psicopatològics i tractaments dels pacients**

Variables		N	%
Diagnòstic CIE-10	Tr. Depressiu Major	4	57,1
	Tr. Per Ansietat no especificada	2	28,6
	Tr. D'Ansietat Generalitzada	1	14,3
	Reacció depressiva Breu	1	14,3
Atenció Psicològica individualitzada	Si	7	100
	No	0	0
Consum de psicofàrmacs	Antidepressius	7	100
	Ansiolítics	7	100
	Hipnòtics	1	14,3
	2 o més dels anteriors	7	100

Com es pot observar la majoria dels participants pateixen un Trastorn Depressiu Major (57,1%), però també veiem en altres casos, Tr. Per ansietat no Especificada (28,6%), Tr. per Ansietat Generalitzada (14,3%) i Reacció Depressiva Breu (14,3%).

El 100% dels participants estan rebent atenció psicològica individualitzada i prenen psicofàrmacs. En tots els casos el tractament psicofarmacològic passa per la combinació de dos o més fàrmacs, predominantment antidepressius i ansiolítics, en un cas a més a més també es prenen hipnòtics.

### 4.3 Instruments d'Avaluació

S'utilitzen diversos instruments d'avaluació estandarditzats per poder realitzar una pre-avaluació abans de començar les sessions grupals i amb la idea de veure els canvis post-tractament, tot i que en el present escrit no es presentaran aquest resultat. A l'Annex 1 es podran consultar els qüestionaris en la forma com es van aplicar i a l'apartat Annex 2, les respostes de cada test i els resultats obtinguts pels pacients.

A continuació s'exposen les bases teòriques de cada instrument i les puntuacions mitjanes obtingudes pels participants en la fase pre-test, abans d'iniciar el programa d'intervenció.

### **Qüestionari d'Impacte de Fibromiàlgia (FIQ)**

(FIQ: *Fibromyalgia Impact Questionnaire*, Burckhardt, Clark i Bennet, 1991) (Versió espanyola adaptada per Rivera i González, 2004)

S'administra el FIQ que és un instrument d'autoinforme desenvolupat per mesurar el grau de disfunció que els símptomes de la fibromiàlgia produeixen en el subjecte que la pateix. És un qüestionari multidimensional breu i de fàcil administració.

Està compost per 10 escales que avaluen el rendiment en diferents àrees durant la última setmana:

- Funcionament físic: avalua la capacitat d'executar tasques habituals.
- Sentir-se be: mesura la quantitat de dies que la persona s'ha sentit be.
- Dies d'absentisme laboral: recull la quantitat de dies de treball (incloses les tasques domèstiques) que la persona ha perdut com a conseqüència de la fibromiàlgia.

La resta d'escales són escales visuals analògiques de 10 punts cada una i mesuren: Dificultat a la feina, Dolor, Fatiga, Cansament al aixecar-se als matins, Rigidesa, Ansietat, Depressió.

L'índex global d'impacte o afectació s'obté sumant les puntuacions transformades de les deu escales descrites i fluctua entre els valors 0 i 100, essent 100 la màxima disfunció que el síndrome pot causar. Les puntuacions s'interpreten de 0 a 50 una afectació vital lleu, de 50 a 75 moderada i de 75 a 100 afectació greu.

Els participants del nostre grup en l'avaluació pre-test obtenen puntuacions de l'escala global compreses entre 69 i 80, amb una mitjana de 75,57 punts. D'aquesta manera podem interpretar que els subjectes es mouen en un rang d'afectació de moderat a greu en tots els casos.

Les escales que considero important comentar a part són la d'ansietat i depressió, ambdues escales s'avaluen de 1 a 10. En el cas de l'ansietat la mitjana dels pacients és de 8,86 sobre 10 i de 8,29 en l'escala Depressió.

### **Qüestionari de Locus de Control del Dolor (HSLC)**

(HSLC: *Headache Specific Locus of Control Scale*. Martin, Holroyd i Penszien, 1990. Adaptació per Cano i Rodríguez, 2001)

Existeixen variables psicològiques, a més a més de les relacionades amb les propietats físiques de l'estímul dolorós, que influeixen sobre el fenomen del dolor. Una d'aquestes variables cognitiva és el locus de control, que fa referència a la creença que posseeix la persona sobre la relació entre la seva conducta i les conseqüències d'aquesta. Aquest concepte inclou dos aspectes: el locus de control intern i el locus de control extern. El primer implica que les creences dels resultats de les conductes estan relacionades directament amb els comportaments individuals, mentre que el segon inclou aquelles creences que existeixen factors aliens i externs a la persona que explicarien o controlarien les accions.

Relacionat amb el dolor, les persones amb fortes creences internes generalment informen de menys dolor i executen menys conductes de dolor que aquells amb creences internes més dèbils. És a dir, quan major és la percepció de control sobre el dolor, menor és la intensitat de dolor percebut. En aquesta línia, la percepció de falta de control influeix sobre les creences d'eficàcia i indefensió davant el dolor. Per tant, les creences externes de control sobre la salut es relacionen amb una major intensitat del dolor, un pitjor afrontament i un major malestar psicològic en diversos tipus de dolor crònic. De la mateixa manera, existeix relació entre la percepció de control amb aspectes positius per la salut com per exemple, conductes d'autocura, manteniment d'habilitats de la vida quotidiana, benestar, reducció de la mortalitat i envelliment satisfactori, etc.

En la versió espanyola del test de Locus de Control del Dolor s'avaluen tres dimensions:

- Locus de Control Intern: avalua les creences que posseeixen les persones sobre l'impacte que tenen les seves accions personals sobre el dolor.
- Locus de Control en l'àrea de Salut: es refereix a les creences que el dolor podrà ser alleugerit per professionals de l'àmbit Sanitari.
- Locus de Control per Atzar: inclou les creences que posseeixen que tant sols l'atzar afecta sobre el seu dolor.

En aquest treball s'administra aquest qüestionari als participants del grup per veure quina percepció de control tenen sobre el dolor, i també perquè és creu que a través de fomentar la consciència plena a nivell individual, posant l'atenció en el propi cos, es pot incrementar el Locus de Control intern.

En el cas dels subjectes del programa d'intervenció basat en *mindfulness* a l'administració pre-test es van obtenir uns percentils entre 1 i 55 a la dimensió Locus de Control Intern, amb una mitjana de 28. Aquest valor ens indica que tret d'un participant que ha obtingut la puntuació de 55, la tendència general és de tenir una baixa o mitjana baixa percepció de control personal sobre el dolor.

Pel que fa al Locus de Control per Atzar, les puntuacions oscil·len entre el percentil 5 i el 55 representant una mitjana de 23,86; en aquest cas la tendència mitjana també és d'un Baix Locus de Control per atzar, tot i que els valors són més extrems hi ha subjectes que obtenen 55, 50, 30 i d'altres que obtenen percentils 5 o 10.

Per últim, la Dimensió amb puntuacions més homogènies és la de Locus de Control en l'àrea de Salut on els percentils obtinguts pels participants van de l'1 al 15, amb una mitjana de 6,29. Com podem observar és la dimensió més baixa i amb valors més propers, això ens indica que els participants tenen poca confiança en que el seu dolor pugui ser alleugerit per professionals de la Salut.

### **Escala Visual Analògica (EVA)**

(VAS: *Visual Analogue Scale*, Huskisson, 1974. Validació espanyola per Gonzalez, Stewart, Ritter i Lorig, 1995).

Aquesta escala permet obtenir una puntuació numèrica d'un símptoma tant subjectiu com és el dolor. Consisteix en una línia horitzontal recta que mesura 10 cm de longitud, limitada per dos extrems ben definits que s'acompanya de la llegenda “*Ningún dolor*” a l'esquerra i “*Máximo dolor*” a la dreta de la mateixa. Al pacient se li demana que indiqui sobre la línia continua la intensitat del seu dolor en el dia d'avui, fent una marca en el lloc on consideri que es troba dins el continuo.

La correcció és realitza mesurant amb un regle la distància a la qual ha posat la marca i obtenint una puntuació de 0 a 10.

Els participants del grup, el primer dia de sessió abans de començar van realitzar aquesta escala obtenint puntuacions compreses entre 4'9 i 8'3 amb una mitjana de 7,07, representant el dolor que sentien en el moment sobre 10.

### **Five Facets of Mindfulness Questionnaire**

(FFMQ: Five Facets of Mindfulness Questionnaire. Bear, Smith, Hopkins, Krietemeyer, y Toney, 2006. Validació espanyola de Cebolla, García-Palacios, Solor, Guillen, Baños i Botella, 2012).

Així com moltes de les variables psicològiques es poden avaluar, el *mindfulness* també és una d'elles. Molta gent considera el *mindfulness* tant sols com una pràctica però també es considera que els seus atributs poden ser inherents a la persona, de manera que hi haurà persones que de forma innata o a través de la experiència vital tindran més tendència a ser “*mindful*” o a prestar atenció a les coses i actuar amb consciència plena que d'altres.

Aquest qüestionari a través de 39 ítems avalua 5 dimensions:

- Observar: tendència de les persones a estar atent a les sensacions del moment present, del cos o de l'entorn.
- Descriure: capacitat de posar paraules als sentiments, pensaments, creences, expectatives, etc. que es viuen.
- Actuar adonant-se'n: capacitat de centrar-se en l'acció que s'està realitzant. Seria el contrari a la tendència de divagar, distreure's o pensar en altres coses mentre s'està realitzant alguna activitat.
- No jutjar l'experiència interna: acceptar i viure l'experiència interna, ja siguin pensaments, emocions o sensacions sense jutjar-la o criticar-se pel que s'està sentint.
- No reactivitat sobre l'experiència interna: relacionat la dimensió anterior, la no reactivitat sobre l'experiència interna seria la tendència a no actuar impulsivament sobre els sentiments, pensaments o sensacions que s'estan vivint. Capacitat de parar davant d'aquestes situacions i no reaccionar immediatament.

Aquest qüestionari és d'utilitat per veure si realment els participants van adquirint els fonaments del *mindfulness* a través de la pràctica. I en el moment inicial de la teràpia ens dona un punt de partida per veure on se situen els subjectes dins d'aquestes dimensions i poder començar a treballar amb això.

Les puntuacions s'avaluen en les diferents escales i també en una escala general que engloba totes les dimensions. A l'escala general les puntuacions poden oscil·lar entre els 39 i 195 punts. La puntuació mitja es 117. Les puntuacions les interpretem en rangs, de 39 a 91 baix, de 91 a 143 mitjà i de 143 a 195 alt. Els subjectes del nostre grup en la fase d'avaluació inicial obtenen puntuacions compreses entre els 63 i 111 punts, amb una mitjana de 92,43.

Pel que fa a les diferents escales totes estan compostes per 8 ítems, les puntuacions poden oscil·lar entre 8 i 40 punts cada una, i la puntuació mitjana serà 24. Els participants mostren unes puntuacions mitjanes de 20,14 en Observar; 21,86 en l'escala de Descriure; 20,14 en Actuar adonant-se'n, aquestes puntuacions com podem veure estan per sota la mitjana però són les escales que han puntuat de forma més elevada. Les escales restants, No jutjar l'experiència interna i No reactivitat a l'experiència interna,

en canvi, han obtingut puntuacions més baixes, essent 15,14 de mitjana en les dues escales la mateixa puntuació.

#### 4.4 Disseny de la intervenció

Per crear el disseny del programa d'intervenció es realitza una adaptació dels programes de MBCT seguint la proposta de Teasdale, Williams i Segal (2015) i MBSR basant-se principalment en els llibres de Kabat-Zinn (2013), Williams i Penman (2013) i Martín (2008). Ambdós programes consten de 8 sessions i hi ha moltes pràctiques o meditacions guiades que s'utilitzen indistintament. Per tant, s'ha considerat interessant poder crear un programa aprofitant els punts en comú de les dues intervencions i en els punts on divergeixen, poder escollir la pràctica que es consideri adient específicament pel grup al qual va dirigida.

El programa d'intervenció que es realitza consta de 8 sessions estructurades. Cada sessió es programa de forma setmanal i té una durada aproximada de 1 hora i 30 minuts. Durant el transcurs de les sessions grupals, els pacients continuen amb el seu tractament psicològic i psicofarmacològic habitual.

Les sessions es dissenyen tenint en compte que s'estructuraran en tres blocs. Una primera part de diàleg a l'inici de la sessió, on es parla de les pràctiques realitzades durant la setmana, com es troben els pacients, què han experimentat, si han practicat o no, etc. És una part més oberta on poden expressar de forma lliure el que han anat experimentant amb la pràctica a casa o pel contrari si no han pogut practicar per la presència de resistències, etc. Aquí tots els participants poden comentar i compartir les seves experiències amb el grup i les psicòlogues acompanyen la dinàmica grupal i donen informació o possibles estratègies, basades en teoria de *mindfulness* per afrontar les resistències individuals que s'han anat trobant.

Llavors es passa a la segona part de la sessió on es realitza una pràctica guiada per l'autora d'aquest treball que, prèviament, havia rebut formació en *mindfulness* al cursar un Màster en Psicoteràpia del Benestar Emocional a l'ISEP, Barcelona, durant el 2014-2015 on s'imparteixen mòduls teórico-pràctics de Mindfulness. I a més a més, assistir a

unes sessions setmanals durant un semestre a la Facultat de Psicologia i Educació de la Blanquerna.

Un cop finalitzada la pràctica guiada es reserva un altre espai per a comentar l'experiència i donar algunes pautes per a la pràctica a casa.

Les sessions es realitzen en una sala de grups del CSMA de Sant Andreu, els dimarts de 11.30h a 13.00h. I per qüestions de calendari, no es poden realitzar totes seguides, quedant repartides de la següent manera: 10, 17 i 24 de Novembre; 1 i 15 de Desembre i 12, 19 i 26 de Gener.

La sala consta de cadires, estoretes i coixins que faciliten una major comoditat pels participants. A més a més, es recomana als pacients que acudeixin a les sessions amb roba còmode.

Les sessions es preparen amb antelació, seguint majoritàriament l'estructura dels programes de 8 setmanes proposats per Teasdale, Williams i Segal (2015) i Williams i Penman (2013). En funció de l'assoliment de les pràctiques que es proposen i les resistències i dificultats que s'observen a cada sessió es prepara la següent, escollint d'entre la literatura, aquells exercicis o meditacions que es consideri que es poden anar assolint o que es el moment idoni per realitzar-les.

Per altra banda, les majors adaptacions dels programes o de les transcripcions de les meditacions es focalitzen en l'experiència del dolor, incrementant l'èmfasi en l'acceptació del dolor en les diferents meditacions basades en *mindfulness* com per exemple: la meditació de la respiració, el *bodyscan*, meditació al caminar, etc. Quan es realitzen les meditacions guiades en molts casos es repeteixen frases en referència al dolor per anar incloent aquesta experiència. Per altra banda s'exclouen o s'adapten dels programes, els exercicis d'estiraments o postures de Yoga que es considera que són d'un impacte massa elevat pels participants.

A l'Annex 3 es descriu el contingut específic de cada sessió realitzada fins al moment. Es poden consultar les pràctiques i meditacions que s'han realitzat i les propostes que s'ofereix als pacients per practicar a casa entre sessió i sessió.



## 5. Resultats

Degut que les 8 sessions de tractament no han finalitzat, no s'ha pogut realitzar encara la fase post-test on podríem veure els resultats objectius del programa comparant les puntuacions obtingudes en els instruments d'avaluació en la primera aplicació (abans de començar el grup) i les puntuacions obtingudes al finalitzar. En aquest moment s'han realitzat cinc de les vuit sessions previstes en el programa. D'aquesta manera, en aquest apartat s'analitzarà de forma descriptiva els comentaris que aporten els participants sessió a sessió i les observacions que van realitzant les terapeutes.

Com s'ha esmentat amb anterioritat i s'ha vist dins la literatura científica, un tractament basat en *mindfulness*, pot aportar millores en diferents àrees físiques i psicològiques de les persones. Es per això que anirem comentant les observacions realitzades tenint en compte els canvis que s'hagin pogut donar en les diferents àrees i també aquelles resistències o variables on no s'hagi observat cap millora.

A través de la pràctica de *mindfulness*, s'ha observat com els pacients anaven adquirint més capacitats per atendre al moment present; a les sensacions corporals, a les emocions que sentien, al flux de pensament constants, etc. Tot i que molts relaten com dins la sessió els hi era molt més senzill que durant la pràctica a casa, ja que les pràctiques guiades els ajudaven a retornar al present en els moments en què la ment divagava. En les primeres sessions, a l'hora de centrar l'atenció, apareixien resistències i els hi era molt complicat, ho expressaven amb comentaris com per exemple "A: *Yo me he quedado más en el pensamiento que aquí, pero lo he intentado*", "M: *Yo también, no soy capaz, me estoy llenando todo el rato, es muy poco el tiempo que me puedo centrar en lo que hacemos*", "B: *Me ha desquiciado el reloj y que no me gusta*". Però al llarg de la pràctica van adquirint més capacitat per centrar-se i en les últimes sessions realitzades la majoria són més capaços de centrar l'atenció en els diferents exercicis que es proposen.

Una altre variable característica del *mindfulness* que es treballa és l'Acceptació, sobretot relacionada amb el dolor. Aquests és un dels punts on s'intenta posar més èmfasi ja que és un dels pilars dins el seu malestar. És treballa pràcticament amb totes les meditacions que es proposen en certa mesura i és on salten més resistències tot i que poc a poc van prenent consciència i comencen a acceptar el dolor. El primer que expressen és la

vivència de dolor amb comentaris com *“Yo me observo que me duele mucho y que va a más y más”, “Si me paro a pensar en mí, pienso en el dolor”, “cuando acabo, me caigo, el dolor puede conmigo”*. A través de treballar amb les emocions i pensaments que s'afegeixen a l'experiència de dolor, com per exemple l'ansietat que els hi provoca i les estratègies d'evitació que utilitzen així com la lluita que tenen per evitar el dolor, es pretén que vagin acceptant el dolor i procurant alliberar tota la carrega cognitiva i emocional que se'ls hi suma. Poc a poc van podent aproximar-se a una manera diferent d'afrontar el dolor, tot i que no tots els pacients ni en la mateixa mesura. Per exemple, la pacient E. en una sessió comenta *“Esta semana he tenido un brote y no me podía mover de la cama, he hecho el ejercicio del globo, con un plumero, he intentado hacer algo por mí que habíamos practicado aquí a pesar del dolor que sentía, cosa que no había hecho otras veces y también me calmaba un poquito la ansiedad”*. En altres ocasions algunes pacients coincideixen en que observar-se és *“una arma de doble filo”* expressen que ser conscients les ajuda a cuidar-se més i a fer coses en benefici a la seva salut però també se'n adonen que tenen una malaltia crònica i aquesta paraula els hi produeix sentiments de tristesa i ansietat.

Seguint amb l'acceptació, dins les sessions s'emfatitza la idea de viure les emocions en el moment present, sense intentar evitar-les. Simplement observar el que s'està sentint i permetre l'experiència. En altres paraules seria acceptar l'emoció del moment sense pretendre canviar-la o eliminar-la. Com tot el que hem comentat fins ara, a les primeres sessions, aquest fet els era difícil, la pacient Y ho representa dient *“A lo mejor no nos gusta observarnos ¿lo has pensado?”* o la A *“Yo prefiero centrarme en los demás que en mí misma, voy haciendo hasta que no puedo más y me ingresan y ya está a mí no me gusta pensar en lo mío”*. Però a través de la pràctica van sent més conscients de com se senten.

Per molts dels pacients, la pràctica és un moment on connecten amb emocions que portaven durant la setmana però que anaven evitant i en el moment de seure i prendre consciència afloren i es fan conscients. Per exemple la pacient B en una sessió ens transmet això *“hoy no estoy en la práctica, me he dado cuenta que estoy nerviosa, enfadada, triste, asustada por el médico de mañana. Antes no me escuchaba, estoy aprendiendo a escucharme”*. D'altres són capaces de veure que quan tenen ansietat intenten fer moltes coses per evitar-la i acaben sentint-ne més i poc a poc van procurant

acceptar-la *“Tengo muchos nervios y me duele más todo, me doy cuenta que cuando más nerviosa me pongo es un aumento del dolor, ahora intento centrarme en la respiración.*

En aquest sentit, el que observem és que els pacients van adquirint les variables del *mindfulness* però cadascú en diferent mesura, hi ha pacients que són més capaços de centrar i dirigir l'atenció i de reconèixer i observar les seves emocions que d'altres. I el mateix passa amb l'acceptació, tant de les emocions com de l'experiència de dolor. Per altra banda, les variables de Obertura a l'experiència, Deixar passar i Intenció, no podem comentar-les ja que s'han treballat menys. Si que es proposen exercicis per anar-les introduint però no tenim comentaris suficients com per fer-ne un anàlisi.

Altres dimensions que ens proposàvem observar com per exemple la simptomatologia depressiva i la qualitat de vida dels pacients, tampoc són fàcilment mesurables a nivell descriptiu ja que no tenim les dades quantitatives de l'avaluació post-test. L'únic comentari que faria al respecte és que sembla que alguns participants van acceptant més les emocions i incorporant experiències positives o d'auto-cura a través de les pràctiques informals que realitzen durant la setmana i podria ser que aquestes experiències influïssin en els seus nivells d'ansietat i depressió així com que acabessin repercutint en la seva qualitat de vida.

Per acabar, pel que fa a les qüestions generals del programa d'intervenció, s'ha observat que els pacients, entre sessions, realitzen més les pràctiques informals a casa que les meditacions formals. I els comentaris que porten positius o que creuen que els han servit d'ajuda generalment estan enfocats a aquestes pràctiques informals, per exemple, se'ls ofereix uns gumets perquè posin a diferents llocs on vulguin focalitzar l'atenció o no fer-ho i tots n'extreuen beneficis: *“M: Yo me lo he puesto en la crema de la cara y me presto más atención a mí misma y a mi cuidado y me mimo un poco más que antes”, “AM: Yo uno me lo he puesto en las medicinas que siempre me pregunto si me las he tomado o no y me ayuda a ser consciente de eso”, “L: Uno lo he puesto en un armario de la cocina donde tengo los dulces, porque a veces como dulces por ansiedad y cuando veo el gumet me pregunto si realmente quiero o no y me ha servido para ser consciente y algunos días no cogía nada pero otros si”*. També s'ha observat, però, que cada pacient adquireix aquelles practiques que són més beneficioses per ell. I s'observa com

cadascú va incorporant a la seva vida quotidiana, aquelles estratègies que els són més útils ja sigui per prestar atenció, per acceptar el dolor, per afrontar l'ansietat, etc.

Finalment, comentar que el simple fet de realitzar una experiència grupal, des del primer moment va ser enriquidor ja que tots els pacients expressen que això els ha servit per adonar-se que no són els únics amb aquesta malaltia i poder compartir que moltes vegades se senten incompresos pel seu entorn social.

## 6. Conclusions

No es pot concloure si el programa és eficaç o no ja que no tenim les mesures post-test. Els resultats preliminars mostren que pot haver petites millores en algunes àrees tot i que no són generalitzables a tots els pacients, i es donen en diferents graus. El que sí que s'ha observat és que tots els subjectes han incorporat alguna pràctica informal del *mindfulness* a la seva vida quotidiana, tot i que no la mateixa per tothom.

Per altra banda, el programa d'intervenció basat en *mindfulness* no ha mostrat cap efecte perjudicial pels pacients i és un tractament breu i econòmic. Pot ser un complement als tractaments vigents dins el CSMA, però de moment no és pot concloure que sigui més eficaç que altres tractaments grupals.

## 7. Discussió

Un dels temes més importants a tenir en compte és que en aquests moments el grup no ha finalitzat les vuit sessions del programa, això impossibilita concloure si aquest ha estat eficaç o no i també ens manca informació per fer una valoració general de tota la proposta que s'ha presentat. Tot i així, es poden considerar aspectes a millorar per a futurs programes de intervenció similars dins del mateix context o en d'altres.

En primer lloc, considero rellevant remarcar que des del moment en què es decideix posar en marxa aquest programa fins el moment en que es comença i es desenvolupen els diferents passos que s'han anat exposant en aquest treball, van passar pocs mesos.

De manera que el factor temps no juga al nostre favor i això fa que es deixin al tinter coses que podrien enriquir tot el procés. Més concretament, el primer que es fa, un cop decidit que es realitzarà un programa basat en *mindfulness* és començar a seleccionar els participants perquè es decideix començar el grup en breus. D'aquesta manera, els participants van ser seleccionats per les psicòlogues que els visitaven en psicoteràpia individual, que en aquell moment no tenien pràcticament nocions teòriques sobre el *mindfulness*. Un aspecte a millorar hagués estat poder realitzar una entrevista inicial amb cada pacient abans d'iniciar el grup per avaluar millor les característiques dels personals de cadascú i perfilar més els criteris d'inclusió, així com, poder donar informació als subjectes respecte la temàtica del grup i veure si hi ha un interès real en aquestes tècniques, d'aquesta manera milloraríem la motivació i la implicació dels components del grup, a més a més podríem tenir un grup més homogeni i segurament disminuirien algunes de les resistències, com per exemple aquells que expressen que no volen observar-se ja que és la base de tota la teràpia.

Per altra banda, considero que tampoc ha estat el més idoni que hi hagués quatre figures de terapeutes, tot i que amb diferents rols, i set pacients ja que això pot fer que els pacients en alguns moments se sentin intimidats o els costi més realitzar les pràctiques o expressar-se amb llibertat. Tot i així, per intentar suavitzar aquest aspecte, el que es procura sempre és que les psicòlogues estiguessin repartides per la sala, barrejades amb els pacients i que no es creïn bàndols molt diferenciats al cercle.

El nombre de pacients també es important ja que al ser només set, els dies en que més d'un no assisteix a la sessió el grup es veu molt descompensat. La majoria de sessions realitzades fins al moment han assistit gairebé tots els pacients, però molts han fallat algun dia sobretot per visites o proves mèdiques. Aquest aspecte també s'hauria d'haver tingut en compte.

Finalment remarcar que tot i la manca de temps per a la preparació i les possibles millores que es podrien realitzar sobretot en els aspectes metodològics, l'objectiu d'aquest treball era realitzar una prova pilot per veure si un programa basat en *mindfulness* podria ser una proposta interessant com a complement a les teràpies vigents. En aquest sentit, considero que ha tingut molt bona rebuda tant pels pacients

com pels terapeutes interns i el transcurs de les sessions realitzades fins el moment estan aportant aspectes positius.

## 8. Referències Bibliogràfiques

- Astin, JA., Berman, BM., Bausell, B., et al. (2003). The efficacy of mindfulness meditation plus Qigong movement therapy in the treatment of fibromyalgia: A randomized controlled trial. *J Rheumatol*, 30, 2257-2262
- Baranowsky, J., Klose, P., Musial, F., Häuser, W., Haeuser, W., Dobos, G., Langhorst, J. (2009). Qualitative systemic review of randomized controlled trials on complementary and alternative medicine treatments in fibromyalgia. *Rheumatology international*, 30(1), 1-21.
- Bartels, E.M., Dreyer, L., Jacobsen, S., Jespersen, A., Bliddal, H., i Danneskiold-Samsoe, B. (2009). Fibromyalgia, diagnosis and prevalence. Are gender differences explainable? *Ugeskrift for Laeger*, 171(49), 3588-3592.
- Bernard, A., Prince A., & Edsall, P. (2000). Quality of life issues for fibromyalgia patients. *Arthritis Care & Research*, 13(1), 42-50.
- Branco, J. C., Bannwarth, B., Failde, I., Carbonell, J., Blotman, F., Spaeth, M., et al. (2010). Prevalence of fibromyalgia: A survey in five European Countries. *Seminars in Arthritis and Rheumatism*, 39(6), 448-453.
- Burckhardt, C., Clark, S., i Bennett, R. (1991). The fibromyalgia impact questionnaire: development and validation. *The Journal of Rheumatology*, 18(5), 728-733.
- Cano, F. J. i Rodríguez, L. (2004). Adaptación del Cuestionario de Lugar de Control del Dolor. *Psiquis*, 24(3), 137-145.

- Carson, JW., Carson, KM., Jones, KD., Bennert, RM., Wright, CL., et al. (2010). A pilot randomized controlled trial of the Yoga of Awareness program in the management of fibromyalgia. *Pain*, 151, 530-539.
- Cebolla, A., García-Palacios, A., Soler, J., Guillen, V., Baños, R. i Botella, C. (2012). Psychometric properties of the Spanish validation of Five Facets of Mindfulness Questionnaire (FFMQ). *The European Journal of Psychiatry*, 26(2), 118-26. <http://dx.doi.org/10.4321/S0213-61632012000200005>
- Chiesa, A., Serretti, A. (2011). Mindfulness-based interventions for chronic pain: a systematic review of the evidence. *Journal of alternative and complementary medicine*, 17(1), 83-93.
- CIE-10. (1992), *Trastornos mentales y del comportamiento*. Madrid: Meditor.
- Collado, A., Alijotas, J., Benito, P., Alegre, A., Romera, M., Sañudo, I., Martín, R., Peri, J.M. y Cots, J.M. (2002). Documento de consenso sobre el diagnóstico de la fibromiàlgia en Catalunya. *Medicina Clinica (Barc)*, 118, 745-749.
- Dahl, J., Lundgren, T. (2006). Acceptance and commitment therapy (ACT) in the treatment of chronic pain. En Baer, Ruth A. *Mindfulness-based treatment approaches: Clinician's guide to evidence base and applications* (pp.285-306). San Diego, CA, US: Elsevier Academic Press.
- Fjorback, L., Arendt, M., Ornbol, E., Walach, H., Rehfeld, E., Schöder, A., Fink, P. (2013). Mindfulness therapy for somatization disorder and functional somatic syndromes: randomized trial with one-year follow-up. *Journal of psychosomatic research*, 74(1), 31-40.
- Generalitat de Catalunya (2013). Canal Salut. Fibromiàlgia. Recuperat "10 d'Octubre de 2015"  
[http://www20.gencat.cat/portal/site/canalsalut/menuitem.af261f715269a25d48af8968b0c0e1a0/?vgnextoid=a5d15f552a2da210VgnVCM1000008d0c1e0aRCRD&vgnnextchannel=a5d15f552a2da210VgnVCM1000008d0c1e0aRCRD&vgnnextmt=default#div\\_01](http://www20.gencat.cat/portal/site/canalsalut/menuitem.af261f715269a25d48af8968b0c0e1a0/?vgnextoid=a5d15f552a2da210VgnVCM1000008d0c1e0aRCRD&vgnnextchannel=a5d15f552a2da210VgnVCM1000008d0c1e0aRCRD&vgnnextmt=default#div_01).

- Grossman, P., Tiefenthaler-Gilmer, U., Raysz, A., Kesper, U. (2007). Mindfulness training as an intervention for fibromyalgia: evidence of postintervention and 3-year follow-up benefits in well-being. *Psychotherapy and psychosomatics*, 76(4), 226-33.
- Justo, C., Mañas, I., Martínez, E. (2010). Mejora en algunas dimensiones de salud percibida en pacientes con fibromiàlgia mediante la aplicación de un programa de meditación mindfulness. *Psychology, Society & Education*, 2(2), 117-130.
- Kabat-Zinn, J. (2003). Mindfulness-based interventions in context: Past, present, and future. *Clinical Psychology: Science and Practice*, 10(2), 144-156  
doi:10.1093/clipsy/bpg016
- Kabat-Zinn, J. (2013). *Mindfulness para principiantes*. (5a ed.). Barcelona: Kairós.
- Kozak, A. (2008). Mindfulness in the management of chronic pain: conceptual and clinical considerations. *Techniques in Regional Anesthesia and Pain Management*, 12(2), 115-118.
- Lakhan, S., Schofield, K. (2013). Mindfulness-Based Therapies in the Treatment of Somatization Disorders: A Systematic Review and Meta-Analysis. *Plos one*, 8(8).
- Lush, E., Salmon, P., Floyd, A., Studts, J., Weissbecker, I., Sephton, S. (2009). Mindfulness meditation for symptom reduction in fibromyalgia: psychophysiological correlates. *Journal of clinical psychology in medical settings*, 16(2), 200-207.
- Martín, A. (2008). *Con rumbo propio: Disfruta de la vida sin estrés*. (11a ed.). Barcelona: Plataforma editorial.
- Merkes, M. (2010) Mindfulness-based stress reduction for people with chronic diseases. *Australian Journal of Primary Health*, 16, 200-210.



- Neumann, L., & Buskila, D. (1997). Quality of life and physical functioning of relatives of fibromyalgia patients. *Seminars In Arthritis And Rheumatism*, 26(6), 834-839.
- Parra-Delgado, M. (2011), Eficacia de la Terapia Cognitiva Basada en la Conciencia Plena (Mindfulness) en pacientes con Fibromialgia. Tesis Doctoral. Albacete: Universidad de Castilla-La Mancha.
- Parra-Delgado, M., Latorre-Postigo, J.M. (2013). Effectiveness of Mindfulness-Based Cognitive Therapy in the Treatment of Fibromyalgia: A Randomised Trial. *Cognitive Therapy and Research*, 37(5), 1015-1026.
- Pérez, MA., Botella, L., (2007) Conciencia Plena (mindfulness) y psicoterapia: concepto, evaluación y aplicaciones clínicas. *Revista de Psicoterapia*, XVII(66-67), 77-120.
- Quintana, M., Rincón, M.E., (2011). Eficacia del Entrenamiento en Mindfulness para Pacientes con Fibromialgia. *Clínica y Salud*, 22(1), 51-67.
- Reiner, K., Tibi, L., Lipsitz, J. (2013). Do mindfulness-based interventions reduce pain intensity? A critical review of the literature. *Pain medicine*, 14(2), 230-242.
- Rivera, J. et al. (2006). Documento de consenso de la Sociedad Española de Reumatología sobre la Fibromialgia. *Reumatología Clínica*, 2 supl 1, 55-66.
- Rivera, J., & González, T. (2004). The Fibromyalgia Impact Questionnaire: a validated Spanish version to assess the health status in women with fibromyalgia. *Clinical And Experimental Rheumatology*. 22(5), 554-560.
- Rosenzweig, S., Greeson, J., Reibel, D., Green, J., Jasser, S., Beasley, D. (2010). Mindfulness-based stress reduction for chronic pain conditions: variation in treatment outcomes and role of home meditation practice. *Journal of psychosomatic research*, 68(1), 29-36.

- Sampalli, T., Berlasso, E. Fox, R., Petter, M. (2009). A controlled study of the effect of a mindfulness-based stress reduction technique in women with multiple chemical sensitivity, chronic fatigue síndrome, and fibromyalgia. *Journal of Multidisciplinary Healthcare*, 2, 53-59.
- Schmidt, S., Grossman, P., Schwarzer, B., Jena, S., Naumann, J., Walach, H. (2011). Treating fibromyalgia with mindfulness-based stress reduction: results from a 3-armed randomized controlled trial. *Pain*, 152(2), 361-369.
- Sephton, S., Salomon, P., Weissbecker, I., Ulmer, C., Floyd, A., Hoover, K., Studts, J. (2007). Mindfulness meditation alleviates depressive symptoms in women with fibromyalgia: results of a randomized clinical trial. *Arthritis and rheumatism*, 57(1), 77-85.
- Sicras-Mainar, A., Blanca-Tamayo, M., Navarro-Artieda, R., & Rejas-Gutiérrez, J. (2009). Use of resources and costs profile in patients with fibromyalgia or generalized anxiety disorder in primary care settings]. *Atencion Primaria; Sociedad Española De Medicina De Familia Y Comunitaria*, 41(2), 77-84. doi:10.1016/j.aprim.2008.09.008
- Simón, V. (2007). Mindfulness y Neurobiología. *Revista de Psicoterapia*, XVII(66-67), 5-30.
- Söderberg, S., Strand, M., Haapala, M., & Lundman, B. (2002). Living with a woman with fibromyalgia from the perspective of the husband. *Journal of Advanced Nursing*, 42(2), 143-150. doi: 10.1046/j.1365-2648.2003.02597.x
- Teasdale, J., Williams, M., Segal, Z. (2015). *El camino del mindfulness: Un plan de 8 semanas para liberarse de la depresión y el estrés emocional*. (1a ed.). Barcelona: Paidós.
- Turk DC., (2002) Clinical effectiveness and cost-effectiveness of treatments for patients with chronic pain. *Clinical Journal of Pain*, 18(6), 355-365.
- Vallejo, M. A. (2006). Mindfulness. *Papeles del Psicólogo*, 27(2), 92-99.

- Veehof, M., Oskam, M., Schreurs, K., Bohlmeijer, E. (2011) Acceptance-based interventions for the treatment of chronic pain: a systematic review and meta-analysis. *Pain*, 152(3), 533-542,
- Vago, D., Nakamura, Y. (2011). Selective Attentional Bias Towards Pain-Related Threat in Fibromyalgia: Preliminary Evidence for Effects of Mindfulness Meditation Training. *Cognitive Therapy and Research*, 35(6), 581-594.
- Weissbecker, I., Salmon, P., Studts, J. (2002). Mindfulness-based stress reduction and sense of coherence among women with fibromyalgia. *Journal of clinical psychology in medical settings*, 9(4).
- Williams, M. i Penman, D. (2013). *Mindfulness: Guía pràctica para encontrar la paz en un mundo frenético*. (3a ed.). Barcelona: Paidós.

9. Annexos

Annex 1. Qüestionaris administrats

Qüestionari d'Impacte de Fibromiàlgia (FIQ)

Fibromyalgia Impact Questionnaire (FIQ)

**INSTRUCCIONES:** Haga un circulo alrededor del número que mejor describa su **capacidad** para realizar las siguientes tareas durante la **última semana**.

	Siempre	Bastantes veces	En ocasiones	Nunca
<b>1-Es Usted capaz de:</b>	0	1	2	3
♦Ir de compras	0	1	2	3
♦Lavar y tender la ropa	0	1	2	3
♦Preparar la comida	0	1	2	3
♦Lavar a mano platos y otros utensilios	0	1	2	3
♦Limpiar el suelo	0	1	2	3
♦Hacer la cama	0	1	2	3
♦Pasear por el barrio	0	1	2	3
♦Visitar a amigos y familiares	0	1	2	3
♦Hacer trabajos ligeros de casa	0	1	2	3
♦Conducir	0	1	2	3

**2- Durante los últimos 7 días ¿Cuántos se ha encontrado bien?**  
 1      2      3      4      5      6      7

**3- ¿Cuántos días de la semana pasada faltó al trabajo debido a la fibromiàlgia? (Si no realiza ningún trabajo fuera de casa, deje esta pregunta en blanco)**  
 1      2      3      4      5

**INSTRUCCIONES:** Haga un circulo alrededor del número que mejor describa sus **sensaciones** durante la **última semana**.

**4- Si fue a trabajar ¿en qué grado el dolor o los síntomas de la fibromiàlgia interfirieron en la realización de su trabajo?**  
 0    1    2    3    4    5    6    7    8    9    10  
*No fue ningún problema* *Fue una gran dificultad*

**5- ¿Qué intensidad de dolor ha sentido?**  
 0    1    2    3    4    5    6    7    8    9    10  
*Ningún dolor* *Dolor muy intenso*

**6- ¿Qué grado de cansancio ha sentido?**  
 0    1    2    3    4    5    6    7    8    9    10  
*Ningún cansancio* *Mucho cansancio*

**7- ¿Cómo se siente cuando se levanta por la mañana?**  
 0    1    2    3    4    5    6    7    8    9    10  
*Muy descansado* *Muy cansado*

**8- ¿Qué grado de rigidez ha tenido?**  
 0    1    2    3    4    5    6    7    8    9    10  
*Ninguna rigidez* *Mucha rigidez*

**9- ¿Se ha sentido tenso, nervioso o ansioso?**  
 0    1    2    3    4    5    6    7    8    9    10  
*No me he sentido tenso* *Me he sentido muy tenso*

**10- ¿Se ha sentido deprimido o triste?**  
 0    1    2    3    4    5    6    7    8    9    10  
*No me he sentido deprimido* *Me he sentido muy deprimido*

**Por favor, compruebe que ha contestado a todas las preguntas ↑**

© (FIQ: Burckhardt, C. S., et al. 1991) Adaptación española: M. de Gracia, M. Marcó y J. Ruiz (1998). Protocolo de evaluación psicológica de la Fibromiàlgia. Elaborado por M. de Gracia, M. Marcó y J. Ruiz (1998). Departament de Psicologia. Universitat de Girona.

## Questionari de Locus de Control del Dolor (HSLC)

### Questionario de Lugar de Control del Dolor (HSLC)

(Martin, Holroyd y Penzien, 1990. Adaptación por Cano y Rodríguez, 2001)

Este es un cuestionario diseñado para determinar la forma en que la gente ve y valora su dolor. Cada frase expresa una creencia con la que usted puede estar de acuerdo o no. Encontrará una serie de columnas que corresponden al grado de acuerdo o desacuerdo que usted tiene con lo que la frase dice:

**0 = Totalmente en desacuerdo; 1 = En desacuerdo; 2 = Acuerdo a medias; 3 = De acuerdo; 4 = Totalmente de acuerdo**

Note que las respuestas van de menor a mayor frecuencia. Esté seguro de que **responde a todas las frases** y de que **rodea sólo un número** en cada una de ellas. No hay respuestas correctas o incorrectas; sólo se evalúa lo que usted pensó en ese momento.

NOMBRE:	EDAD:	FECHA EVAL:
1	Cuando me duele no puedo hacer nada para remediarlo	0 1 2 3 4
2	Puedo prevenir el dolor si evito ciertas situaciones que me ponen nervioso	0 1 2 3 4
3	Estoy completamente indefenso ante mi dolor	0 1 2 3 4
4	Si no me disgusta puedo prevenir el dolor algunas veces	0 1 2 3 4
5	Puedo evitar algunos dolores si me acuerdo de relajarme	0 1 2 3 4
6	Sólo mi médico puede decirme cómo prevenir el dolor	0 1 2 3 4
7	A veces me duele más porque hago demasiadas cosas	0 1 2 3 4
8	Me puede doler menos si me pongo en manos de los profesionales de la salud	0 1 2 3 4
9	Mi dolor no se puede controlar	0 1 2 3 4
10	El tratamiento de mi médico me puede ayudar a reducir el dolor	0 1 2 3 4
11	Cuando me preocupo o tengo la cabeza llena de cosas es más probable que aparezca el dolor	0 1 2 3 4
12	No hay nada que pueda hacer: si me va a doler me dolerá	0 1 2 3 4
13	La mejor forma de controlar el dolor es tener contacto regular con mi médico.	0 1 2 3 4
14	Cuando me duele debería consultar a un profesional médico cualificado	0 1 2 3 4
15	La mejor forma de que no me duela es hacer lo que me dice el médico	0 1 2 3 4
16	Cuando me exijo demasiado me aparece el dolor	0 1 2 3 4
17	Lo que tarde en recuperarme del dolor depende de la suerte	0 1 2 3 4
18	Puedo prevenir el dolor si no me disgusta ni intento hacer demasiadas cosas a la vez	0 1 2 3 4
19	No tener dolor es una cuestión de suerte	0 1 2 3 4
20	Lo que yo haga influye en el dolor	0 1 2 3 4
21	Normalmente me recupero de un dolor cuando recibo ayuda médica	0 1 2 3 4
22	Si es probable que me duela no puedo hacer nada por evitarlo	0 1 2 3 4
23	Si no tengo la medicación adecuada mi dolor será un problema	0 1 2 3 4
24	Frecuentemente creo que no puedo hacer nada: me seguirá doliendo	0 1 2 3 4
25	Soy directamente responsable de tener algunos de mis dolores	0 1 2 3 4
26	Mi dolor empeora cuando me enfrento al estrés	0 1 2 3 4
27	Cuando me duele sólo puedo esperar que se me pase	0 1 2 3 4
28	Los profesionales de la salud impiden que me duela	0 1 2 3 4
29	Tengo que sentirme afortunado si un mes no tengo dolor	0 1 2 3 4
30	Si no me cuido es más probable que me duela	0 1 2 3 4
31	El dolor que tengo es cosa del destino	

FIN DE LA PRUEBA

	LOC-I	LOC-A	LOC-PR
PD			
PC			
A cumplimentar por el evaluador			

## Five Facets of Mindfulness Questionnaire (FFMQ)

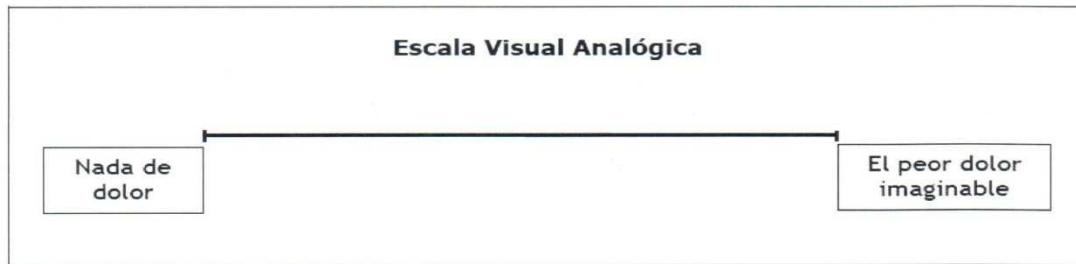
### Five Facets of Mindfulness Questionnaire

Elija en cada ítem la alternativa que mejor refleje el grado en que está de acuerdo con cada uno de los enunciados que se indican a continuación.

1	2	3	4	5
Nunca o muy raramente verdad	Raramente verdad	Algunas veces verdad	A menudo verdad	Muy a menudo o siempre verdad

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 sentirlas.	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

### Escala Visual Analògica (EVA)



## Annex 2. Resultats dels Qüestionaris

### Qüestionari d'Impacte de Fibromiàlgia (FIQ): Respostes dels participants i puntuacions obtingudes:

- Els ítems 9 i 10 corresponen a les escales Ansietat i Depressió respectivament. Les mitjanes es representen al costat.
- Les puntuacions directes de sota, es componen per la suma de tots els ítems en l'escala global.

FIQ ítems	L	M	AM	E	B	A	Y	
1,1	2	3	1	1	2	2	2	
1,2	2	2	1	1	2	2	2	
1,3	2	2	2	1	0	1	1	
1,4	1	3	2	1	1	2	1	
1,5	1	2	1	2	2	3	2	
1,6	3	2	2	2	2	3	3	
1,7	1	3	2	1	0	2	3	
1,8	2	3	2	1	1	2	2	
1,9	3	2	2	1	2	2	1	
1,1	2	3	3	2	3	2	2	
2	2	0	2	0	2	3	3	
3			2					
4	7	8	5	7	7	8	7	
5	7	8	5	7	7	8	8	
6	10	7	8	7	9	9	8	
7	7	8	9	10	9	9	9	
8	2	7	7	7	9	7	8	
9	9	9	10	9	6	10	9	8,85714286
10	9	8	10	9	8	5	9	8,28571429
								<b>Mitjana</b>
PD	72	80	76	69	72	80	80	75,5714286

### Escala Visual Analògica (EVA): puntuacions obtingudes.

- Les puntuacions surten de la mesura amb un regle estàndard de les marques sobre el paper original que es va administrar als subjectes.

EVA	L	M	AM	E	B	A	Y	Mitjana
Sessió 1	4,9	7,3	6,6	8,3	7,4	7	8,1	7,08571429

### Qüestionari de Locus de Control del Dolor (HSLC): respostes dels participants i puntuacions obtingudes

- Cada color representa una dimensió.
- Es representen les puntuacions directes (PD) i les puntuacions convertides en percentils (PC).

HSLC ítems	L	M	AM	E	B	A	Y	
1	4	4	2	2	4	4	2	
2	2	0	3	2	2	2	3	
3	4	4	3	3	3	2	2	
4	4	0	3	4	2	2	3	
5	3	0	2	4	1	2	2	
6	1	2	1	0	0	0	1	
7	4	3	4	0	4	3	4	
8	2	2	4	2	2	3	4	
9	2	2	2	2	3	2	2	
10	2	2	3	2	2	3	3	
11	4	2	4	0	4	3	3	
12	4	2	4	2	4	2	2	
13	1	2	2	2	0	2	4	
14	1	2	4	2	3	2	4	
15	2	1	2	2	1	2	2	
16	4	1	4	4	4	4	4	
17	4	0	4	0	2	0	2	
18	4	1	2	4	2	2	2	
19	1	0	3	0	1	0	3	
20	4	2	2	4	2	3	2	
21	3	2	2	2	2	3	3	
22	4	2	2	2	2	2	2	
23	4	2	3	2	4	2	3	
24	4	2	3	3	3	2	2	
25	2	0	2	4	2	3	3	
26	4	2	4	4	4	4	4	
27	4	3	3	3	3	4	4	
28	2	2	2	0	0	2	2	
29	4	4	4	4	3	0	2	
30	4	3	4	2	2	3	3	
31	0	0	4	0	2	2	3	
<b>PD</b>								
LOC-I	39	14	34	32	29	31	33	
LOC-A	35	23	34	21	30	20	26	
LOC-PR	18	17	23	14	14	19	26	
<b>PC</b>								<b>Mitjana</b>
LOC-I	55	1	35	25	20	25	35	28
LOC-A	55	10	50	5	30	5	12	23,8571429
LOC-PR	4	3	15	1	1	5	15	6,28571429



**Five Facets of Mindfulness Questionnaire: respostes dels participants i puntuacions obtingudes.**

- Cada color representa una dimensió.
- Els ítems respostos de color gris representen ítems inversos, a l'escala les puntuacions ja estan invertides.

FFMQ	L	M	AM	E	B	A	Y	
1	1	4	2	4	2	1	1	
2	4	3	1	4	3	3	1	
3	2	1	1	1	2	2	2	
4	3	4	2	3	2	1	1	
5	3	2	1	1	1	3	2	
6	5	4	2	4	1	1	1	
7	3	3	1	3	1	3	3	
8	2	4	5	5	3	2	2	
9	3	3	1	3	2	2	3	
10	1	2	3	2	1	3	2	
11	5	1	5	2	1	1	1	
12	2	4	1	3	2	3	3	
13	2	2	1	4	1	4	2	
14	5	2	1	1	2	2	2	
15	5	3	2	3	2	1	1	
16	2	3	1	4	3	3	3	
17	1	4	1	3	1	2	1	
18	3	1	1	4	3	4	4	
19	2	4	1	3	2	1	1	
20	3	2	3	3	2	1	2	
21	3	4	1	3	4	1	1	
22	3	3	2	3	3	4	4	
23		3	1	3		5	4	
24	2	3	1	3	1	1	1	
25	1	3	2	2	4	2	2	
26	4	4	2	3	4	5	5	
27	4	3	1	3	4	3	3	
28		3	1	3	3	4	4	
29	2	2	2	3	1	1	2	
30	2	2	1	2	2	1	1	
31	4	2	2	2	2	1	1	
32	4	2	1	3	3	3	3	
33	5	2	1	3	2	3	1	
34	1	4	1	3	3	2	2	
35	1	3	1	2	3	2	2	
36		3	3	3	2	4	3	
37	4	3	2	3	2	2	2	
38	2	3	1	3	4	3	3	Ítems inversos
39	2	2	1	1	4	1	1	
								<b>Mitjana</b>
<b>ESCALA GEN</b>	<b>101</b>	<b>110</b>	<b>63</b>	<b>111</b>	<b>88</b>	<b>91</b>	<b>83</b>	<b>92,4285714</b>
Observar	27	23	21	24	16	15	15	20,1428571
Describir	26	24	10	26	21	24	22	21,8571429
Actuar dand	13	22	12	26	18	27	23	20,1428571
No juzgar la	15	19	11	14	19	15	13	15,1428571
No reactivid	20	22	9	21	14	10	10	15,1428571

### **Annex 3. Programa d'Intervenció Bassat en Mindfulness sessió a sessió:**

#### **Sessió 1. El pilot automàtic**

**Primera part:** es comença demanant als participants que es presentin i diguin les expectatives que tenen en el grup. Aquesta pregunta és realitza amb el propòsit de començar a introduir la idea que el *mindfulness* treballa amb la No expectativa. I siguin quines siguin, un cop les fem conscients podem desprendre'ns d'elles. També és fa la pregunta amb la hipòtesis que molts tindran l'expectativa de que "els hi traiem el dolor" o similar, i és important poder desmentir aquestes expectatives a l'inici del programa.

Un cop fetes les presentacions el tema de la primera sessió és introduir els conceptes de *mindfulness* i concretament el pilot automàtic. Es pretén que els subjectes se'n adonin que en molts moments, al llarg del dia, es troben en pilot automàtic. Un mode en que el cos es comporta de forma automàtica i la ment divaga sense que realment siguem conscients d'això. Per explicar-ho s'utilitzen exemples i historietes perquè sigui més fàcil d'entendre.

#### **Pràctica:**

- Meditar mentre mengem (Teasdale, Williams i Segal, 2015. p. 62-63)
- Meditació amb raïm, panses (Williams i Penman, 2013. p. 80-82)
- Atenció plena al menjar (Kabat-Zinn, 2013. P. 184-185)

Es comença realitzant una pràctica guiada on es demana als participants que focalitzin la seva atenció a una pansa, com si fos la primera vegada que en veuen una (amb ment de principiant). I que atenguin a cadascuna de les seves qualitats: observant-la, tocant-la, olorant-la, escoltant-la, assaborint-la, mastegant-la, empassant-la... sense judicis, sense expectatives, oberts a qualsevol sensació que sorgeixi.

- Atenció plena a la respiració (Kabat-Zinn, 2013. P. 186-187)
- Deu minuts de meditació respirant amb atenció plena (Teasdale, Williams i Segal, 2015. p. 92-93)

De la mateixa manera que s'aplica una atenció centrada a la pansa, aquesta pràctica pretén posar com a focus d'atenció la respiració. S'utilitza aquesta meditació per començar a entrar en contacte amb el cos però d'una manera que no sigui massa impactant d'inici i els participants puguin centrar l'atenció sense focalitzar-se tant en el dolor d'entrada. Es pretén observar el moviment de la respiració al entrar i sortir del cos sense jutjar ni raonar sigui quina sigui l'experiència.

**Tercera part:** es comenten les pràctiques.

#### **Tasques per casa:**

- Pràctica formal: Meditació de la respiració
- Pràctica informal: se'ls proposa que intentin realitzar alguna acció que facin normalment amb consciència plena, intentant prestar l'atenció que hem posat a la pansa. Exemples d'activitats que es podrien escollir serien: rentar-se les dents, menjar alguna cosa, prendre's un cafè, pentinar-se, rentar els plats, conduir, etc. pot ser qualsevol activitat que es faci de manera rutinària i poden escollir-ne una durant tota la setmana o provar de anar-la canviant cada dia. (Teasdale, Williams i Segal, 2015. p. 74-75; Williams i Penman, 2013. p. 83-84)

#### **Sessió 2. Tenir en ment el cos**

**Primera part:** es tracten les dificultats que han aparegut durant la pràctica a casa, els participants comparteixen les seves experiències de pràctica formal i informal.

#### **Pràctica:**

- Meditació de l'escàner corporal (Williams i Penman, 2013. p. 99-103)
- Meditació de l'exploració corporal (Teasdale, Williams i Segal, 2015. p. 66-68)

La meditació de l'escàner corporal (*Bodyscan*) és una de les més utilitzades en *mindfulness* per reintegrar la ment i el cos com un tot. També és una manera d'ancorar-se en el present ja que la ment divaga i el cos és el que es manté. A través de desplaçar l'atenció al cos, part per part amb consciència i sense judici es desenvolupa la capacitat de prestar una atenció sostinguda. En aquesta meditació si afegeixen instruccions com "si sents dolor en alguna part, pots enviar-hi l'aire de la respiració, deixa passar els pensaments"... Ja que es molt probable que al nostre grup, el focalitzar

l'atenció al cos sigui difícil pels participants ja que presenten nivells molt elevats de dolor. Es pretén treure el judici i els pensaments associats i poder viure l'experiència del dolor sense més afegits.

**Tercera part:** es comenten les pràctiques.

**Tasques per casa:**

- Pràctica formal: Meditació de l'escàner corporal
- Pràctica informal: Se'ls dona 3 gumets a cada participant amb les següents instruccions: han de posar els gumets en diferents llocs on, quan el vegin, vulguin preguntar-se si realment en aquell moment present volen destinar la seva atenció en aquell lloc i si es així, que hi destinin una atenció plena com la que practiquem a les sessions, i si no volen (perquè és un hàbit o un pilot automàtic) que siguin conscients i puguin apartar-se d'allò i destinar l'atenció a una altre cosa. També és recomana que segueixin realitzant la tasca conscient que s'havia proposat l'anterior sessió o que si volen canviïn de tasca.

### **Sessió 3. El cos és més que la suma de les parts**

**Primera part:** es posa en comú les experiències que han tingut durant la setmana tant les positives com les dificultats i resistències que han anat trobant durant la pràctica a casa, tant els exercicis de pràctica formal com informal.

**Pràctica:**

- Atenció plena a la respiració (Kabat-Zinn, 2013. P. 186-187)
- Deu minuts de meditació respirant amb atenció plena (Teasdale, Williams i Segal, 2015. p. 92-93)
- Meditació amb el globus o la ploma (aquesta pràctica s'extreu de l'experiència en seminaris de formació, no es pot trobar en la bibliografia).

La pràctica comença amb una meditació de la respiració abreujada, amb l'objectiu d'entrar en un estat meditatiu i disminuir l'activació, que s'encadena amb la següent meditació. La meditació amb el globus o la ploma és una meditació guiada en què els subjectes tenen un globus, en el nostre cas, que han d'anar-se passant per diverses parts del cos. Primer escolliran alguna part del cos on no tinguin dolor i exploraran les

sensacions de passar-se el globus, amb atenció plena i seguidament es realitza el mateix amb una part del cos que els produeixi dolor intentant treure el judici i simplement atendre a les sensacions, al finalitzar es torna a escollir una part on no sentin dolor per tancar la pràctica. Es pretén integrar el cos com un tot i no separar sempre les parts agradables de les que no ho son. Aquesta meditació també s'utilitza amb grups de pacients amb Tr. De la Conducta Alimentaria per aprendre a acceptar el seu cos.

**Tercera part:** es comenten les pràctiques.

**Tasques per casa:**

- Pràctica formal: Meditació de la respiració o meditació del globus.
- Pràctica informal: Continuar amb la tasca conscient i/o els gumets. Ja sigui mantenint les mateixes tasques o llocs on posaven els gumets fins ara o canviant-los.

**Sessió 4. Entrar en moviment**

**Primera part:** es posa en comú les experiències que han tingut durant la setmana, tant les positives com les dificultats i resistències que han anat trobant mentre realitzaven la pràctica a casa, tant els exercicis de pràctica formal com informal.

**Pràctica:**

- Caminar amb atenció plena (Teasdale, Williams i Segal, 2015. p. 146-147)

S'utilitza la metàfora de les dues fletxes, que ve a dir que si es fereixen amb una fletxa tots experimentarem dolor i malestar físic. Però la majoria es com si després ens feríssim amb una segona fletxa: la aversió, el sofriment que provoca la ira, la por, aflicció o angoixa que nosaltres afegim al malestar de la primera fletxa. El que pretenem, doncs, és evitar la sobrecàrrega d'aquesta segona fletxa que es posa cadascú i una bona manera per fer-ho és forjar la presència conscient en el cos, moment a moment. Amb la meditació al caminar s'ofereix una variant a les meditacions formals estàtiques que pot servir de recurs per calmar la ment i focalitzar-la en molts moments del dia on la persona es desplaça.

**Tercera part:** es comenten les pràctiques.

### **Tasques per casa:**

- Pràctica formal: Meditació caminant.
- Pràctica informal: se'ls proposa que busquin una imatge, una fotografia d'un lloc, paisatge o moment en què estiguessin vivint de forma conscient, que quan estaven allà realment estaven en aquell moment i no pensant en el passat o el futur o fent altres plans. En el cas que no tiguessin una imatge se'ls proposa que creïn un moment present i enregistrin el moment per poder evocar les sensacions amb la imatge.

### **Sessió 5. Reconèixer l'aversió**

**Primera part:** es posa en comú les experiències que han tingut durant la setmana, tant les positives com les dificultats i resistències que han anat trobant mentre realitzaven la pràctica a casa.

#### **Pràctica:**

- Meditació assegut: Prestar atenció plena a la respiració, al cos, als sons i a la consciència (Teasdale, Williams i Segal, 2015. p. 135-137)
- Meditació dels sons i els pensaments (Williams i Penman, 2013. p. 139-148)

La meditació dels sons i els pensaments revela la similitud entre ambdós. Ja que sorgeixen del no res, poden semblar-nos aleatoris i que no tenim control sobre la seva aparició. Ambdós són, també, poderosos i desencadenen emocions potents que poden arrossegar-nos fàcilment. De la mateixa manera que és molt difícil que després de l'aparició d'un so no es desencadeni una etiqueta a la ment com "cotxe", "obres", "rellotge", etc. Davant d'un pensament saltem en una cadena d'associacions que ens arrosseguen a temes del passat o del futur provocant-nos unes sensacions o emocions moltes vegades desagradables. Amb aquesta meditació es procura ser conscient d'aquestes reaccions i procurar separar el so o el pensament de la reacció quasi automàtica d'etiquetatge o associacions en cadena i tornar al moment present de so o pensament. Així com es practica la desidentificació de la persona amb el pensament podent observar-lo com un so i allunyant-lo en certa manera de la identitat global.

**Tercera part:** es comenten les pràctiques.

### **Tasques per casa:**

Aquesta setmana aprofitant que es farà una pausa a les sessions degut a les vacances de Nadal, es proposa que escullin dins les meditacions formals i les tasques informals aquelles que els hi hagin anat bé o que considerin que volen seguir practicant.

I se'ls explica una pràctica que estaria entremig de les formals i informals.

- Meditació de l'espai de respiració en tres minuts (Williams i Penman, 2013. p. 128-131)
- Respir de tres minuts (Teasdale, Williams i Segal, 2015. p. 118-119)

Aquesta meditació o respir de tres minuts seria com una breu meditació que actua de pont entre la pràctica formal amb meditacions llargues i les exigències de la vida quotidiana. S'utilitza per fer una pausa en el ritme del dia a dia i poder connectar amb el present. Consisteix en tres passos: prendre consciència de pensaments, sentiments i sensacions; reunir i centrar l'atenció (redirigir-la a un focus com la respiració) i per últim expandir-se o ampliar l'atenció al cos com un tot.

