



**Universitat de les
Illes Balears**

Facultat de Psicologia

Treball de Fi de Grau

Fibromiàlgia i *Mindfulness* Disposicional

Montserrat Capdevila Álvarez

Grau de Psicologia

Any acadèmic 2018-2019

DNI de l'alumne: 39392993L

Treball tutelat per Carolina Sitges Quirós
Departament de Psicologia

S'autoritza la Universitat a incloure aquest treball en el Repositori Institucional per a la seva consulta en accés obert i difusió en línia, amb finalitats exclusivament acadèmiques i d'investigació	Autor		Tutor	
	Sí	No	Sí	No
	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

Paraules clau del treball: fibromiàlgia, *mindfulness* disposicional.

Resum

Les diferències a la sensibilitat al dolor varien en funció de la interacció de components cognitius, sensorials, afectius i disposicionals. L'objectiu d'aquest treball és estudiar de quina manera el tret de *mindfulness*, definit com aquella capacitat innata de mantenir l'atenció en el moment present, es relaciona amb la percepció de dolor clínic actual i l'experimental en un grup d'adults amb fibromiàlgia. Es van recopilar dades de quinze adults diagnosticats de fibromiàlgia sobre els seu historial clínic i les seves característiques del dolor mitjançant una entrevista, i també es van avaluar el seu *mindfulness* disposicional mitjançant el *Five Facet Mindfulness Questionnaire* i la ràtio de dolor experimental calculat a partir del seu llinar de dolor mitjançant un algòmetre i la seva percepció subjectiva amb una escala visual-analògica. De les cinc variables incloses en el qüestionari, “actuar amb consciència” es relaciona significativament amb la ràtio de dolor experimental ($p=0.045$), i les variables “no jutjar” i “observar” es relacionen amb el dolor clínic actual ($p=0.014$ i $p=0.020$, respectivament). Aquests resultats mostren que existeix una associació entre aquestes variables, i expliquen que a més *mindfulness* disposicional, menys dolor clínic actual i menys ràtio de dolor experimental mostren els pacients amb fibromiàlgia.

Abstract

Differences in pain sensitivity varies depending on the interaction of cognitive, sensory, affective and dispositional components. The aim of this work is to study how the mindfulness trait, defined as the innate capacity to maintain attention in the present moment, is related to the current clinical pain and the experimental pain in a group of adults with fibromyalgia. We collected data of fifteen adults diagnosed with fibromyalgia about their medical history and the characteristics of their pain through an interview, and we also assessed their dispositional mindfulness using the Five Facet Mindfulness Questionnaire and their experimental pain ratio calculated by the pain threshold using an algometer and their subjective pain perception using a visual-analogue scale. Regarding the five variables included in the questionnaire, “acting with awareness” is

significantly related to the experimental pain ratio ($p = 0.045$) and the “non-judging” and “observing” variables are related to the current clinical pain ($p = 0.014$ and $p = 0.020$, respectively). These results show that there is certain an association between these variables and explained that more dispositional mindfulness results in less current clinical pain and less pain threshold/experimental pain ratio.

Índex

Introducció.....	4
Metodologia.....	12
Participants	12
Materials.....	13
Procediment.....	14
Resultats.....	16
Discussió.....	17
Conclusions.....	20
Bibliografia.....	21
Annexes.....	25

Introducció

Tradicionalment, el dolor ha sigut considerat un símptoma comú i universal a moltes malalties, però el dolor és una experiència molt més complexa que està influïda per diversos factors (Truyols, Ferrer i Salazar, 2005). Aquesta experiència és útil quan el dolor actua com a mecanisme de defensa de l'organisme o quan compleix una funció d'alarma per un mal funcionament d'aquest. Per tant, té un sentit adaptatiu i biològic. Aquest seria el cas del dolor agut, que és aquell que persisteix menys de tres mesos i sol tenir una causa orgànica concreta i ben localitzada (Truyols, Ferrer i Salazar, 2005). Per tant, va relacionat amb un dany orgànic i té un caràcter temporal. Antigament, també es creia que el dolor era proporcional a la grandària de la lesió. No obstant això, des de fa uns anys, després de l'observació de diversos fenòmens com el dolor del membre fantasma, l'efecte analgèsic del placebo o la influència del context en la resposta dolorosa, es va observar que això no sempre era cert (Truyols, Ferrer i Salazar, 2005).

En 1965 sorgeix la “Teoria del Control de la Porta” de Melzack i Wall (Acevedo, 2003). Aquesta teoria explica que quan s'aplica un estímul en la pell s'activen dos tipus de fibres: les A-delta (fibres de petit diàmetre i mielinitzades) i C (no mielinitzades), i les A-beta (fibres més grans i mielinitzades). Les primeres condueixen els estímuls nociceptius per la via aferent primària de la banya posterior de la medulla espinal, on es troben les cèl·lules “neuronals” T. Aquestes cèl·lules T tenen una dependència directa de les neurones de la substància gelatinosa de Rolando, que exerceix el paper de “comporta” o regulador de la informació nociceptiva a l'escorça somatosensorial. Les segones, les fibres A-alfa, condueixen estímuls propioceptius com la pressió o la vibració, que arriben també per la via aferent primària als cordons posteriors.

Aquest model suposa un gran canvi en la concepció sobre els mecanismes implicats en el dolor, perquè inclou el sistema nerviós central i perifèric en el procés de modulació d'un estímul dolorós. Segons aquesta teoria, el dolor no és només una

sensació, sinó una experiència multidimensional. Segons (Acevedo, 2013), les aportacions més importants d'aquesta teoria són el concepte de mecanisme de control de la porta i la concepció multidimensional del dolor, que implica tres dimensions: (1) física o sensorial, que té com a funció transmetre l'estimulació nociceptiva (aspectes sensorials i perceptius del dolor: intensitat, localització, durada); (2) motivacional o afectiva, que suposa la categorització del dolor com a desagradable o agradable, tenint en compte les emocions i les motivacions que produeix; (3) cognitiva o avaluativa, que contempla la interpretació del dolor segons els aspectes atencional, basada en les experiències anteriors (context sociocultural, pensaments i creences associats al dolor).

Per altra banda, també es pot donar un dolor que es manté durant llargs períodes de temps, i no compleix una funció biològica ni adaptativa. Aquest és el cas del dolor crònic: “aquell dolor en una o més regions anatòmiques que persisteix més de tres mesos i s'associa a malestar emocional significatiu o que interfereix en la vida quotidiana, amb etiologia desconeguda” (Treede et al., 2015). Per tant, el dolor no només és un símptoma o una experiència, sinó que pot convertir-se en una malaltia en si mateix com és el dolor crònic (Truyols, Ferrer i Salazar, 2005). El dolor crònic es pot dividir en: maligne, quan està associat a malalties terminals (per exemple, dolor oncològic); i benigne, que és el que presenta les característiques anteriorment citades (es manté en un període de temps igual o superior a tres mesos, resistent als tractaments i sense causa orgànica definida (Truyols, Ferrer i Salazar, 2005).

En aquest sentit, la fibromiàlgia és una malaltia d'etiologia desconeguda que es caracteritza per dolor crònic generalitzat que els pacients localitzen en l'aparell locomotor i sol anar acompanyat de sensibilitat o presència de dolor a la palpació en divuit llocs típics i constants, anomenats “*tender points*” (Adler-Neal i Zeidan, 2017). Aquests van ser establerts per l'ACR (sigles en anglès del Col·legi Americà de Reumatologia) en els seus criteris de classificació del 1990: (1) presència de dolor crònic de més de tres mesos de duració i generalitzat en almenys tres dels quatre quadrants corporals; i (2) 11 o més

dels 18 punts dolorosos específics o “*tender points*”. Encara que aquests criteris van portar molts beneficis, tals com estratègies de tractament, van promoure la investigació de la seva etiologia o un major reconeixement i diagnòstic del trastorn (Bellato et al., 2012), utilitzar-los comportava limitacions, tal com afirma Wolfe et al (2010). En primer lloc, el recompte de punts dolorosos gairebé mai es realitzava en l’atenció primària, lloc on es detecten majoritàriament tots els casos, i, en segon lloc, no incloïa altres manifestacions clíniques que acompanyen a la fibromiàlgia, com fatiga, alteracions del son, ansietat, depressió, sensació de tumefacció a les mans i/o rigidesa articular (Rivera et al., 2009). Els nous criteris diagnòstics de fibromiàlgia proposats l’any 2010 per l’ACR, consisteixen en un índex de dolor generalitzat (“*Widespread Pain Index*”) i una escala de gravetat de símptomes (“*Symptom Severity Score*”). Fonamentalment, es basen en la informació donada pels pacients, per aquest motiu, ja no es requereix un examen físic i s’adapten molt bé al camp de l’atenció primària (Moyano, Kilstein i Alegre de Miguel, 2015). Wolfe et al. (2010) assenyalen la importància d’aquests dos nous criteris diagnòstics, ja que no pretenen reemplaçar els proposats anteriorment, sinó que estan dissenyats per ser una altra via diagnòstica més integradora, ja que té en consideració més símptomes i factors.

Entre les diferents malalties que causen dolor crònic, la fibromiàlgia és una de les més freqüents, situant-se entre el 2.5 y el 4 % de la població general amb un alt predomini femení. L’edat mitjana de diagnòstic és entre els 35 i 55 anys (Montesó-Curto i Rosselló, 2017). A Espanya un 2.4% de la població està afectada per la malaltia i tot i no ser mortal, sí que influeix en la qualitat de vida i entorn laboral de les persones, podent arribar a ser molt incapacitant. En un estudi epidemiològic espanyol realitzat per Collado et al. (2014) es va estudiar com la fibromiàlgia afectava l’ambient familiar, laboral i social de 325 pacients. En relació amb l’ambient familiar, un 59% tenien dificultats amb la seva parella i un 44% es consideraven dependents d’algun membre familiar. Respecte a l’impacte en la seva vida laboral, un 34% dels pacients estava en actiu, un 23% treballava des de casa, un 13% estaven buscant feina i un 22% estaven en situació d’invalidesa permanent.

Finalment, un 26% eren membres de diferents associacions de fibromiàlgia (Collado et al., 2014).

En l'actualitat l'etiologia i els mecanismes patogènics que actuen en la fibromiàlgia continuen sent desconeguts, tot i el gran nombre d'estudis realitzats sobre aquesta síndrome. Molts autors la relacionen amb una disfunció del sistema nerviós central i autònom (proves com la ressonància magnètica nuclear o la tomografia per emissió de positrons recolzen la hipòtesi d'un mal funcionament del control central del dolor amb anomalies en el reg sanguini cerebral; també s'ha observat una hiperactivitat del sistema nerviós simpàtic i una desacceleració del parasimpàtic), però també amb el sistema immunològic o hormonal (s'observa una baixa secreció global de cortisol en resposta a l'estrès que origina una mala reacció fisiològica enfront aquest), factors genètics (l'agregació familiar és molt forta i el risc es multiplica per 8.5 en parents de primer grau d'un pacient amb fibromiàlgia), neurotransmissors (particularment nivells baixos de serotonina implicada en la regulació del dolor i nivells alts d'una substància productora de dolor anomenada substància P), estressos externs o factors que poden modular la percepció del dolor, com els aspectes cognitius (Montesó-Curto et al., 2017; Bellato et al., 2012; Sibille, Janusek, Mathews i Fillingim, 2012). Dins la varietat d'aspectes cognitius, l'atenció és un dels mecanismes directament implicats en la percepció del dolor. Si una persona només presta atenció al dolor, la percepció d'aquest augmenta (Truyols, Ferrer i Salazar, 2005). També és molt important què pensa la persona sobre el dolor. Les creences negatives i catastròfiques fan que es sentin més indefenses davant el dolor i adoptin una actitud derrotista davant la malaltia disminuint la recerca de solucions (Gracely et al., 2004; Dorado et al., 2018). Finalment, la percepció de control, ja que sembla que si les persones consideren que no tenen cap control sobre el dolor i que no saben o coneixen diferents estratègies per afrontar-lo perceben més quantitat de dolor (Tirado, Pastor-Mira, i López-Roig, 2014). En conclusió, tot apunta al fet que si una persona centra tota l'atenció en el dolor, creu que és el pitjor que li pot passar o creu que no té cap possibilitat per controlar-lo, la quantitat de dolor que percebrà serà major.

Per aquest motiu, la majoria d'investigacions realitzades sobre el tractament de la fibromiàlgia es centren en la reducció o eliminació del dolor i/o els símptomes que l'acompanyen. Amb el sorgiment de les teràpies de tercera generació, s'ha posat especial èmfasi en aquelles que contempen l'acceptació del dolor en el moment present. En molts casos, la lluita contra el dolor o la intenció constant de voler controlar-lo s'associa a experiències que generen més dolor. De les diferents teràpies de tercera generació sorgides en els últims anys, hi ha hagut un gran interès per les tècniques basades en el *mindfulness*. El terme *mindfulness* o "atenció plena" ha sigut definit per molts autors, entre els que destaquen John Kabat Zin, pioner del *mindfulness*, que el defineix com "dur la pròpia atenció a les experiències que s'estan experimentant en el moment present, acceptant-les sense judicis" (citada a Pérez i Botella, 2006, p.78). La de Bishop, que el defineix com "una forma d'atenció no elaborativa, que no jutja, centrada en el present, en la que cada pensament, sentiment o sensació que apareix en el camp atencional és reconeguda i acceptada tal com és" (citada a Pérez i Botella, 2006, p.78). I finalment la de Brown y Ryan que per ells la consciència plena implica una claredat de l'experiència i del funcionament actual que contrasta amb els estats de menor consciència, menys desperts, del funcionament habitual o automàtic que pot ser crònic en la majoria de les persones (citada a Pérez i Botella, 2006, p. 78). Aquests autors consideren que l'atenció plena no és un producte exclusiu de la meditació, encara que pot incrementar-la. Pensen que és una capacitat natural del ésser humà que difereixen en la disposició de donar-se compte o mantenir l'atenció en el que succeeix en el present. Per tant, pot considerar-se com a estat o com a tret (citada a Pérez i Botella, 2006, p. 79).

Dins el món acadèmic, el concepte *mindfulness* també s'ha utilitzat amb significats diferents, ja que es pot entendre com un estat però també com una tendència disposicional o tret estable. La pràctica habitual d'estat de *mindfulness* tendeix a desenvolupar certes característiques en les persones. Per tant, es pot entendre el *mindfulness* com una capacitat relativament estable, encara que entrenable, que donaria lloc a trets com l'observació, l'acceptació, la no-reacció i la tendència a actuar amb

consciència. Les pràctiques meditatives tenen l'objectiu d'incrementar el *mindfulness* disposicional o tret estable (Hervás, Cebolla i Soler, 2016). La meditació d'atenció plena té l'objectiu d'ensenyar al pacient un estat de presència o un estat atencional centrat en el present i, a la vegada, a ser conscient de les seves sensacions, emocions i pensaments, i, per tant, a aprendre acceptar el dolor inevitable (Andersen i Vægter, 2016). Amb la pràctica repetitiva, els pacients aprenen a adoptar una actitud que detecta pròpies sensacions, pensaments, etc., i observa els processos cognitius que l'acompanyen, però sense identificar-se amb aquests. Per tant, adopten un estat en el qual observen tot el que senten al seu cos i ment, però no ho jutgen com a dolorós, angoixós, etc., sinó que l'accepten i deixen que sigui un procés transitori (Kabat-Zinn, 1982).

Vàries investigacions s'han centrat en estudiar els mecanismes subjacents de la meditació en funció del seu correlat neuropsicològic, destacant tres: (1) el control atencional, ja que la pràctica millora la regulació i execució atencional, així com la capacitat per reconduir pensaments distractors del present; (2) la regulació emocional, ja que s'ha trobat una reducció en la interferència emocional dels estímuls desagradables, en la reactivitat fisiològica, en la intensitat i freqüència d'afectes negatius i una millora en estat d'ànims positius; i (3) l'autoconsciència, que és l'increment en la capacitat d'adonar-se del estat del cos amb major facilitat, que també s'associa a una millora en l'autoestima i acceptació d'un mateix (Tang, Hölzel, i Posner, 2015; Zeidan et al., 2011). Així doncs, els tres elements interactuen per realitzar un procés d'autoregulació conscient, de manera que posant atenció a les experiències internes i externes amb una actitud lliure de prejudicis, i amb acceptació, el sistema executiu atencional detecta el conflicte o estímulo dolorós posant en marxa els processos de regulació emocional per reaccionar d'una manera diferent a l'experiència.

Pel que fa a la millora en la reducció del dolor i simptomatologia associada en persones amb dolor crònic, s'han realitzat diferents revisions amb resultats dispars. Per una banda, s'ha observat una reducció del dolor amb les tècniques basades en el

mindfulness (Hilton et al., 2017; la Cour i Petersen, 2015; Rosenzweig et al., 2010) i altres autors senyalen efectes petits en la reducció del dolor (Veehof, Trompetter, Bohlmeijer i Schreurs, 2016; Bawa et al., 2015). En relació amb la fibromiàlgia, tornem a trobar resultats contradictoris. Per una banda, estudis com el de Cash et al. (2015); Parra-Delgado i Latorre-Postigo (2013) i Gordon, Shonin, Dunn, Garcia-Campayo i Griffiths (2017) mostren millores en els símptomes de pacients amb fibromiàlgia que han participat en intervencions basades en *mindfulness*. Aquestes millores conclouen una reducció de l'estrès percebut, menys alteracions del son, menys fatiga i finalment una declivi de l'impacte de la fibromiàlgia en la seva vida i una millora en la simptomatologia depressiva. Altres reporten millores en el dolor (Grossman, Tiefenthaler-Gilmer, Raysz, i Kesper, 2007; Plemant et al., 2019). Finalment, n'hi ha que no troben millores en el dolor comparat amb el grup control (Schmidt et al., 2011; Weissbecker et al., 2002).

Les diferències interindividuais en la sensibilitat al dolor dels estudis anteriors poden ser explicades perquè aquestes varien en funció de les interaccions entre els factors sensorials, cognitiu-afectius i disposicionals. El *mindfulness* disposicional, és un d'aquests factors, caracteritzats com la capacitat innata per mantenir de manera no reactiva l'atenció en el moment present. És un constructe psicològic que s'associa a menors resultats de dolor clínic (Zeidan et al., 2018). Tradicionalment, s'ha assumit que els trets de personalitat són entitats relativament estables, però investigacions recents demostren que la personalitat, incloent-hi la disposició cap a l'atenció plena, pot canviar amb el temps com a resultat de la pràctica de la meditació o de les experiències de vida (Tang, Hölzel i Posner, 2015). L'estudi de Kiken, Garland, Bluth, Palssin i Gaylord (2015) mostra que una major pràctica de meditació s'associa a un increment en el *mindfulness* disposicional, que contribueix a una millora en la salut psicològica, és a dir, a un major estat *mindful* en la vida diària, fora del context de la pràctica de la meditació. Tot i això, hi ha una gran variabilitat pel que fa al tret, que no és explicada per la pràctica. Els resultats de l'estudi de Zeidan et al. (2018) mostren com les persones que tenen baixos nivells d'atenció disposicional tenen més susceptibilitat al dolor, a diferència d'individus

més conscients que demostren una major capacitat per autoregular-se, dur a terme estratègies d'afrontament més eficaces durant el dolor i reporten dolor més baix en malalties de dolor crònic.

L'objectiu d'aquest treball és estudiar quina de les quatre variables del *mindfulness* disposicional pot influir més, i de quina manera, en el dolor clínic actual i en la ràtio de dolor experimental, calculat a partir del llindar de dolor i la percepció subjectiva, d'una mostra d'adults que presenten fibromiàlgia. La hipòtesi que es planteja és que a més *mindfulness* disposicional, tant el dolor clínic actual com la ràtio de dolor experimental seran menors en els pacients amb fibromiàlgia.

Metodologia

Participants

En aquest estudi han participat de manera voluntària quinze adults amb fibromiàlgia (n=15). La mostra amb que s'ha treballat està formada per dones de 53.27±10.50 (30-66) anys i totes son dretanes. Totes elles han sigut diagnosticades de fibromiàlgia, segons els criteris del ACR de 1990, encara que cal ressaltar que un 60% també han estat diagnosticades de depressió i un 20% d'ansietat. No hi ha cap participant que no hagi acudit a diferents especialistes per consultar i tractar el seu dolor, tals com metge de capçalera, reumatòleg, neuròleg, traumatòleg, psicòleg, etc. Actualment, un 93.33% pren fàrmacs i un 93.33% sent dolor cada dia. Respecte a l'ocupació un 33,33% té una invalidesa absoluta permanent, un 20% és pensionista, un 20% està de baixa temporal per la malaltia, un altre 20% està en actiu i un 6.67% es troba en situació d'atur (veure **Taula 1**).

Taula 1. Característiques clíniques i sociodemogràfiques de la mostra.

		Fibromiàlgia (n=15)
Edat (anys)		
	Mitjana (SD)	53.27 (10,50)
	Rang	30-66
Situació laboral, n (%)		
	Invalidesa Permanent	5 (33.33%)
	Pensionista	3 (20%)
	Baixa Laboral	3 (20%)
	Actiu	3 (20%)
	Atur	1 (6.67%)
Medicació, n (%)		
	Antidepressius	8 (53.33%)
	Analgèsics/Relaxants Musculars/AINE	11 (73.33%)
	Ansiolítics	5 (33.33%)

Duració del dolor (anys)		
	Mitjana (SD)	20.33 (14.64)
	Rang	3-58
Intensitat del dolor (10 cm VAS)		
	En aquest moments:	
	Mitjana (SD)	6.2 (3.56)
	Rang	3-10
	Habitualment:	
	Mitjana (SD)	6.4 (1.52)
	Rang	3.1-8.8
	Pitjors moments:	
	Mitjana (SD)	9.92 (0.27)
	Rang	8.1-10
<i>Five Facet of Mindfulness Questionnaire</i>		
	Observar	27.93 (7.86)
	Descriure	23.67 (7.05)
	Actuar amb consciència	20.87 (6.79)
	No jutjar l'experiència interna	18.13 (5.50)
	No reactivitat sobre l'experiència interna	20.53 (6.37)

Materials

Per a la realització d'aquest treball s'ha fet ús d'un qüestionari per mesurar el *mindfulness* disposicional, un algòmetre per mesurar el llinard del dolor experimental i una escala visual-analògica per mesurar el dolor percebut, i una entrevista clínica per recollir informació relacionada amb l'historial i les característiques del dolor clínic.

Respecte a la mesura del *mindfulness* disposicional s'ha utilitzat el qüestionari anomenat *Five Facet of Mindfulness Questionnaire (FFMQ)* de la doctora Ruth Baer validat a una versió espanyola pels autors Cebolla et al. (2012) (citat a Cebolla et al., 2012, p.6). El *FFMQ* és un qüestionari que mesura l'atenció plena, és a dir, la tendència general (tret) a estar atents a la vida quotidiana. És un qüestionari autoadministrat de 39 ítems que avalua 5 subescales: (1) observació, notar experiències internes i externes com sensacions, emocions o pensaments; (2) descripció, posar etiquetes a les experiències

mitjançant paraules; (3) actuació conscient, estar focalitzat moment a moment en l'activitat, és a dir, no actuar mecànicament; (4) no jutjar l'experiència interna, prendre una postura no avaluativa cap a pensaments i emocions i (5) la no reactivitat a l'experiència interna, permetre el lliure flux de pensaments i emocions sense veure's atrapat per ells o sense rebutjar-los (Cebolla i Martí, García-Campayo i Demarzo, 2014). Les escales es puntuen segons una escala Likert amb un rang entre 1 (mai o molt rarament veritat) fins a 5 (molt sovint o sempre veritat).

Per mesurar el llindar del dolor experimental s'ha utilitzat un algòmetre digital (FPX 50/220, Wagner Instruments, Greenwich, USA), mitjançant el que s'obté la quantitat de pressió (en kg) necessària perquè un individu percebi dolor. Per mesurar el dolor percebut que les participants sentien després de determinar el llindar sensorial a la pressió es va utilitzar una escala visual-analògica (VAS), de 0-10.

Procediment

Totes les participants d'aquest estudi, procedeixen de l'"Asociación Balear de Apoyo en la Fibromialgia" de Palma. D'un total de 115 contactes telefònics, 20 van acceptar i 15 van realitzar l'estudi. La recollida de dades es va realitzar els dies 23 i 25 d'Abril del 2019 a les instal·lacions de la "Unidad de Investigación y Diagnóstico Neuropsicológico del Dolor Crónico (UNIDOC)" situada a l'Institut Universitari d'Investigacions en Ciències de la Salut (IUNICS) de la Universitat de les Illes Balears (UIB). Cada participant va ser citada amb antelació per tal de poder realitzar la recollida correctament. A totes les participants se'ls va donar una fulla d'informació on s'explicava el propòsit del treball, que havia sigut aprovat pel Comitè d'Ètica de la Investigació de les Illes Balears (IB 3186/16 PI), que la seva participació era voluntària i que les seves dades serien tractades amb confidencialitat (veure ***Annex 1***). Abans de realitzar els qüestionaris i la recollida de llindars sensorials a la pressió, van firmar un consentiment informat cada una d'elles (veure ***Annex 2***).

Després de llegir la fulla d'informació i el consentiment informat, van omplir un full detallat per l'estudi que recollia dades personals (sexe, edat, professió, altura i pes), ús de medicaments i l'historial i patró actual del dolor (anys amb dolor, circumstàncies d'inici, diagnòstic relacionats, professionals consultats, quan apareix el dolor, duració, etc.) (veure **Annex 3**). Seguidament, per avaluar el *mindfulness* disposicional de cada participant van omplir el *Five Facet of Mindfulness Questionnaire* (Cebolla et al., 2012). Finalment, es varen avaluar els llimars de dolor a la pressió (en Kg) sobre dos “*tender points*”, el canell i l'espatlla, i sobre un punt control, com és el dit índex de la mà dominant. L'ordre de les mesures sempre va ser el mateix: dit índex, canell i espatlla. El llimar de dolor a la pressió es va calcular com la mitja de 3 sèries de mesures consecutives. Després de mesurar cada punt, se'ls mostrava la VAS perquè determinessin el dolor percebut en cada punt. Com l'anterior, el dolor percebut va ser calculat com la mitja de les 3 sèries de mesures consecutives. Finalment, i després de comprovar que no hi havia diferències estadísticament significatives entre les diferents localitzacions, es va crear una nova variable que inclou el total de les diferents mesures dels llimars i percepció de dolor experimental de totes les localitzacions anomenada “ràtio total” (VAS/Kg).

L'anàlisi de resultats s'ha realitzat amb el programa SPSS software 23.0. Primer de tot, s'ha comprovat el supòsit de normalitat de totes les variables (dolor clínic, ràtio total, i les cinc variables del *FFMQ*, que són observar, descriure, actuar amb consciència, no jutjar l'experiència interna i la no reactivitat a l'experiència interna) mitjançant la prova de Kolmogorov-Smirnov assumint una $p > 0.05$. Després es va realitzar un anàlisi de regressió múltiple per passos successius amb la finalitat de determinar aquelles variables que donessin una millor predicció de les variables estudiades i descartar aquelles que no augmentaven de manera significativa la capacitat predictora, de manera que els models presentats només tenen en compte les variables que realment expliquen les variables dependents.

Resultats

Els resultats de la prova de Kolmogorov-Smirnov mostren que totes les dades es distribueixen normalment (veure *Taula 2*).

Taula 2. Prova de normalitat (Kolmogorov-Smirnov).

	Dolor ara	Ràtio total	Observar	Descriure	Actuar amb consciència	No jutjar	No reactivitat
Estadístico	,160	,132	,186	,197	,211	,118	,148
N	15	15	15	15	15	15	15
Sig. asintótica (bilateral)	0,20	0,20	0,17	0,12	0,07	0,20	0,20

El primer model de regressió s'ha fet amb la ràtio total com a variable de resposta (variable dependent) i les cinc variables del *FFMQ* com a possibles variables explicatives (variables independents). La variable independent més important és “actuar amb consciència” ($p = 0.045$), indicant que es pot considerar una variable predictora. El coeficient de determinació (R^2) mostra que el 28% de la variabilitat de la variable dependent és deguda a aquesta variable independent. A més, els coeficients tipificats beta ens donen informació sobre la tendència (positiva o negativa) d'influència en el model. En aquesta cas, és negativa (-0.525), el que significa que a més “actuar amb consciència”, menor es la ràtio total de dolor experimental.

El segon model de regressió s'ha fet amb el dolor clínic actual (variable resposta) i les quatre variables del *FFMQ* (possibles variables explicatives). L'anàlisi de la variància indica que el model de regressió és significatiu amb dues variables independents: “no jutjar” ($p = 0.014$) i “observar” ($p = 0.020$). Com en el cas anterior, es rebutja la hipòtesi nul·la de que la variabilitat observada en la variable resposta és explicada per l'atzar, acceptant que hi ha una associació entre la variable dependent i les

dues independents, i, per tant, ambdues es poden considerar variables predictores. El coeficient de determinació (R^2) mostra que el 38% de la variabilitat de la variable dependent és deguda a la variable independent “no jutjar”, i el 61% és deguda a la variable “observar”. Un cop més, els coeficients tipificats beta donen una relació inversa (-0.616 en el cas de “no jutjar” i -0.483 per “observar”). És a dir, a més “no jutjar” i “més observar”, menys dolor clínic actual manifesten els pacients amb fibromiàlgia.

Discussió

L'objectiu d'aquest treball va ser analitzar mitjançant un estudi el paper del *mindfulness* disposicional, més concretament, de les variables del *Five Facet of Mindfulness Questionnaire*, en la predicció del dolor clínic actual experimentat per una mostra d'adults diagnosticada de fibromiàlgia, així com la ràtio entre el llinard i la percepció de dolor experimental. Els resultats mostren que altes puntuacions en *mindfulness* disposicional es relacionen amb menys dolor clínic actual i menys ràtio de dolor experimental. Les dues variables “no jutjar” i “observar” correlacionen de manera inversa amb el dolor clínic actual i expliquen un 38% i un 61%, respectivament, d'aquest dolor manifestat pels pacients amb fibromiàlgia. La variable “observar” fa referència a notar les experiències internes o sensacions (en aquest cas, dolor clínic) i “no jutjar l'experiència interna”, fa referència a prendre una postura no avaluativa cap aquestes sensacions o emocions que experimenten aquests pacients. Els resultats fan pensar que quan una persona amb fibromiàlgia observa el dolor, però no ho jutja ni ho categoritza com a negatiu, pot influir en la percepció de dolor. Per tant, aquests resultats suggereixen que els individus amb més tendència a tenir alts nivells de *mindfulness* disposicional poden manejar millor el dolor i, segurament, adoptar una actitud menys propensa a magnificar les avaluacions cognitives respecte al dolor pel simple fet d'observar-les i no jutjar-les. Les altres variables com “descriure”, “no reactivitat a l'experiència interna” o “actuar amb consciència” no semblen ser rellevants en la predicció del dolor clínic actual.

De la mateixa manera succeeix amb la variable “actuar amb consciència” que correlaciona de manera inversa amb la ràtio de dolor, explicant un 28% d’aquest dolor experimental. En aquest cas, “actuar amb consciència” vol dir estar focalitzat moment a moment en l’activitat que s’està realitzant, és a dir, no actuar de manera mecànica o amb el “pilot automàtic”. Implica tenir centrada l’atenció en les activitats pròpies del moment i no tenir-la en un altre lloc. Quan s’actua amb consciència s’està més present en l’ara i, per tant, es té una mirada més detallada cap a les coses o els fets que succeeixen, no perdent de vista fets que poden passar desapercibuts i més si s’està amb l’atenció a un altra banda. Els resultats que s’han obtingut mostren una relació negativa, això vol dir que a més “actuar amb consciència”, menys ràtio de dolor experimental presenten els pacients amb fibromiàlgia.

Per altra banda, cal assenyalar que el treball té limitacions que s’han de tenir en compte alhora de generalitzar els resultats. Per una part, la mostra que s’avalua és petita i, per l’altre part, que no s’ha estudiat en dos grups diferenciats, com, per exemple, entre meditadors i no meditadors habituals, fet que resultaria interessant per a futures investigacions, per tal de veure si hi ha diferències entre els dos grups, tant en el *mindfulness* disposicional com en el dolor clínic.

Finalment, cal dir que els resultats poden tenir certa importància clínica plantejant nous estudis que investiguin com augmentar el *mindfulness* disposicional de les persones. Anteriorment s’ha explicat que les pràctiques meditatives tenen l’objectiu d’incrementar el *mindfulness* disposicional o tret estable (Hervás, Cebolla i Soler, 2016), però que, tot i incrementar-se, la pràctica meditativa no explica tota la variància del tret entre les diferents persones. Llevat l’anterior, la pràctica meditativa és un recurs que millora el benestar de les persones amb dolor crònic. Un exemple és el programa de reducció de l’estrès basat en la consciència plena o *mindfulness based stress reduction* (MBSR) de Kabat-Zinn (1982), que proporciona resultats molt positius en la millora del dolor crònic. El primer estudi publicat sobre els efectes del MBSR va ser descrit fa més de trenta-cinc

anys als Estats Units (Kabat-Zinn, 1982). Aquest programa consta de vuit a deu sessions setmanals d'una a dues hores i mitja de duració i consta de tres pràctiques diferents: meditació assegut o caminant, body scan i hatha yoga. En aquest estudi van participar cinquanta-un pacients amb dolor crònic. Ja que l'experiència del dolor té una forta naturalesa subjectiva aquest va ser mesurat amb diferents índexs amb l'objectiu d'estudiar les diferents dimensions del dolor: *McGill Pain Rating Índex* (PRI), a *Body Parts Problem Assessment scale* (BPPA), a *Dermatome Pain Map* (DPM), (Kabat-Zinn, 1982). Els resultats mostren que més d'un 50% dels pacients reporten una millora del 33% o més en el Pain Rating Índex i en el Body Parts Problem Assessment. I més del 70% dels pacients es qualificaven en la categoria de "millorant" del Dermatome Pain Map. Aquestes dades reflecteixen una disminució de la severitat i la freqüència del dolor després de les deu setmanes.

Per altra banda, en estudis més recents també s'han observat millores en la reducció del dolor. En la revisió sistemàtica i meta anàlisi de Hilton et al., (2017) s'analitza vint-i-sis articles en els quals apliquen tant el *Mindfulness Based Stress Reduction* (MBSR) i el *Mindfulness Based Cognitive Therapy* (MBCT) en pacients amb dolor crònic. En aquest estudi s'obtené que els grups que practiquen la meditació tenen un canvi mig en el dolor del -0.19%, mentre que el grup control del -0.08%. Aquesta revisió conclueix que es necessiten assajos clínics aleatoritzats més ben dissenyats, rigorosos i de major mida per desenvolupar una evidència més clara que proporcionï de manera més ferma estimacions de l'eficàcia de la meditació pel dolor crònic (Hilton et al., 2017).

El dolor crònic continua sent una gran càrrega per les persones i la societat. Potenciar el mindfulness, com a pràctica i com a tret, podria ser un nou recurs per afrontar els símptomes presents a la fibromiàlgia o altres malalties cròniques

Conclusions

L'interès en el *mindfulness* disposicional i el benestar de les persones ha anat creixent en els darrers anys. L'objectiu d'aquest estudi era investigar el paper del *mindfulness* disposicional en el dolor clínic actual i la ràtio de dolor experimental en una mostra d'adults amb fibromiàlgia. Més investigacions sobre quin és el paper del *mindfulness* i quins beneficis pot aportar en pacients amb dolor crònic potser obren noves vies per millorar la salut i el benestar de les persones.

Bibliografía

- Acevedo, J. C. (2013). Ronald Melzack and Patrick Wall. La teoría de la compuerta. Más allá del concepto científico dos universos científicos dedicados al entendimiento del dolor. *Revista de La Sociedad Espanola Del Dolor*, 20(4), 191–202. <https://doi.org/10.4321/S1134-80462013000400008>
- Adler-Neal, A. & Zeidan, F. (2017). Mindfulness Meditation for Fibromyalgia: Mechanistic and Clinical Considerations. *Current Rheumatology Reports*, 19 (9). <https://doi.org/10.1007/s11926-017-0686-0>
- Andersen, T. & Vægter, H. B. (2016). A 13-Weeks Mindfulness Based Pain Management Program Improves Psychological Distress in Patients with Chronic Pain Compared with Waiting List Controls. *Clinical Practice & Epidemiology in Mental Health*, 12 (1), 49–58. <https://doi.org/10.2174/1745017901612010049>
- Bellato, E., Marini, E., Castoldi, F., Barbasetti, N., Mattei, L., Bonasia, D. E. & Blonna, D. (2012). Fibromyalgia syndrome: Etiology, pathogenesis, diagnosis, and treatment. *Pain Research and Treatment*. <https://doi.org/10.1155/2012/426130>
- Cash, E., Salmon, P., Weissbecker, I., Reboholz, W., Bayley-Veloso, R., Zimmaro, L.,...Sephton, S. (2015). Mindfulness Meditation Alleviates Fibromyalgia Symptoms in Women: Results of a Randomized Clinical Trial. *Annals of Behavioral Medicine*, 49 (3), 319–330. <https://doi.org/10.1007/s12160-014-9665-0>.
- Cebolla, A., García-Palacios, A., Soler, J., Guillen, V., Baños, R. & Botella, C. (2012). Psychometric properties of the Spanish validation of the Five Facets of Mindfulness Questionnaire (FFMQ). *The European Journal of Psychiatry*, 26 (2), 118–126. <https://doi.org/10.4321/s0213-61632012000200005>
- Cebolla, A., García-Campayo, J & Demarzo, M. (2014). *Mindfulness y Ciencia: de la tradición a la modernidad*. Alianza Editorial.
- Collado, A., Gomez, E., Coscolla, R., Sunyol, R., Solé, E., Rivera, J. & Castells, X. (2014). Work, family and social environment in patients with Fibromyalgia in Spain: an epidemiological study. *BMC Health Services Research*, 14 (1).

<https://doi.org/10.1186/s12913-014-0513-5>

- Dorado, K., Schreiber, K. L., Koulouris, A., Edwards, R. R., Napadow, V. & Lazaridou, A. (2018). Interactive effects of pain catastrophizing and mindfulness on pain intensity in women with fibromyalgia. *Health Psychology Open*, 5 (2). <https://doi.org/10.1177/2055102918807406>
- Gracely, R. H., Geisser, M. E., Giesecke, T., Grant, M. A. B., Petzke, F., Williams, D. A., & Clauw, D. J. (2004). Pain catastrophizing and neural responses to pain among persons with fibromyalgia. *Brain*, 127 (4), 835–843. <https://doi.org/10.1093/brain/awh098>
- 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), 226–233. <https://doi.org/10.1159/000101501>
- Hervás, G., Cebolla, A., & Soler, J. (2016). Intervenciones psicológicas basadas en mindfulness y sus beneficios: estado actual de la cuestión. *Clínica y Salud*, 27 (3), 115–124. <https://doi.org/10.1016/j.clysa.2016.09.002>
- Hilton, L., Hempel, S., Ewing, B. A., Apaydin, E., Xenakis, L., Newberry, S.,... Maglione, M. A. (2017). Mindfulness Meditation for Chronic Pain: Systematic Review and Meta-analysis. *Annals of Behavioral Medicine*, 51 (2), 199–213. <https://doi.org/10.1007/s12160-016-9844-2>
- Kabat-Zinn, J. (1982). An outpatient program in behavioral medicine for chronic pain patients based on practice of mindfulness meditation: Theoretical considerations and preliminary results. *General Hospital Psychiatry*, (4), 33-47.
- Montesó-Curto, P., Rosselló, L. & Universitat Rovira i Virgili. (2017). *Compartir experiències, combatir el dolor : una visió de la fibromiàlgia des de l'àmbit bio-psico-social*. Tarragona : Publicacions URV. Retrieved from https://encore.uib.es/iii/encore/record/C__Rb2090144;jsessionid=19044C05B5F0A1A6C58ACF683C526060?lang=cat
- Moyano, S., Kilstein, J. G. & Alegre de Miguel, C. (2015). Nuevos criterios diagnósticos

- de fibromialgia: ¿vinieron para quedarse? *Reumatología Clínica*, 11 (4), 210–214.
<https://doi.org/10.1016/J.REUMA.2014.07.008>
- 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. <https://doi.org/10.1007/s10608-013-9538-z>
- 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.
<https://doi.org/10.1016/j.pain.2010.10.043>
- Tang, Y. Y., Hölzel, B. K. & Posner, M. I. (2015). The neuroscience of mindfulness meditation. *Nature Reviews Neuroscience*, 16 (4), 213–225.
<https://doi.org/10.1038/nrn3916>
- Tirado, M., Pastor-Mira, M. A. & López-Roig, S. (2014). Autoeficacia, catastrofismo, miedo al movimiento y resultados de salud en la fibromialgia [Self-efficacy, catastrophizing, fear of movement and health outcomes in fibromyalgia]. *Annals of Psychology*, 30(1), 104–113. Retrieved from <http://revistas.um.es/analesps/article/view/analesps.30.1.151541/156341>
- Treede, R. D., Barke, A., Aziz, Q., Bennett, M. I., Benoliel, R., Cohen, M., ... Wang, S. J. (2015). A classification of chronic pain for ICD-11. *Pain Medicine (United States)*, 156 (6), 1. <https://doi.org/10.1097/j.pain.0000000000000160>
- Truyols, M., Ferrer, V. i Salazar, R. (2005). *Malalts de dolor : una guia per conèixer i combatre el dolor crònic*. Palma: Edicions UIB. Retrieved from https://encore.uib.es/iii/encore/record/C__Rb1743340;jsessionid=C8F2A138735591A36DF23566AA2FDC4B?lang=cat
- Veehof, M. M., Trompetter, H. R., Bohlmeijer, E. T. & Schreurs, K. M. G. (2016). Acceptance- and mindfulness-based interventions for the treatment of chronic pain: a meta-analytic review. *Cognitive Behaviour Therapy*, 45 (1), 5–31.
<https://doi.org/10.1080/16506073.2015.1098724>

- Weissbecker, I., Salmon, P., Studts, J. L., Floyd, A. R., Dedert, E. A. & Sephton, S. E. (2002). Mindfulness-Based Stress Reduction and Sense of Coherence Among Women with Fibromyalgia. *Journal of Clinical Psychology in Medical Settings*, 9 (4), 1–5. <https://doi.org/10.1023/A>
- Zeidan, F. & Vago, D. (2016). Mindfulness meditation-based pain relief: a mechanistic account. *Annals of the New York Academy of Sciences*, 1373 (1), 114–127. <https://doi.org/10.1111/nyas.13153>
- Zeidan, F., Salomons, T., Farris, S. R., Emerson, N. M., Adler-Neal, A., Jung, Y. & Coghill, R. C. (2018). Neural mechanisms supporting the relationship between dispositional mindfulness and pain. *Pain*, 159 (12), 2477–2485. <https://doi.org/10.1097/j.pain.0000000000001344>

1. HOJA DE INFORMACIÓN AL PACIENTE

TÍTULO DEL ESTUDIO: Fibromialgia y *Mindfulness Disposicional*

CÓDIGO DEL ESTUDIO: PSI2015-66295-R.

INVESTIGADOR PRINCIPAL: Carolina Sitges Quirós, Prof. contratada doctora (interina), Facultad de Psicología, carol.sitges@uib.es, 971259809.

CENTRO: Instituto Universitario de Investigaciones en Ciencias de la Salud

(IUNICS). INTRODUCCIÓN

Nos dirigimos a usted para informarle sobre un estudio de investigación en el que se le invita a participar. El estudio ha sido aprobado por el Comité de Ética de la Investigación de las Illes Balears, de acuerdo a la legislación vigente, y se lleva a cabo con respeto a los principios enunciados en la declaración del Helsinki y a las normas de buena práctica clínica.

Nuestra intención es tan solo que usted reciba la información correcta y suficiente para que pueda evaluar y juzgar si quiere o no participar en este estudio. Para ello lea esta hoja informativa con atención y nosotros le aclararemos las dudas que le puedan surgir después de la explicación. Además, puede consultar con las personas que considere oportuno.

PARTICIPACIÓN VOLUNTARIA

Debe saber que su participación en este estudio es voluntaria y que puede decidir no participar o cambiar su decisión y retirar el consentimiento en cualquier momento, sin que por ello se altere la relación con su médico y sin tener que dar ninguna explicación. Si usted decide revocar su consentimiento, no se recogerán nuevos datos, pero esta revocación no afectará a las investigaciones realizadas hasta el momento.

DESCRIPCIÓN GENERAL DEL ESTUDIO

El propósito de esta investigación es conocer el papel del *mindfulness disposicional* sobre el dolor clínico subjetivo actual y diario además de explorar de que manera puede afectar a su umbral del dolor.

En concreto, estamos interesados en obtener algunos datos de su historia clínica, determinar sus umbrales sensoriales a la presión en tres puntos corporales distintos y la percepción subjetiva de dolor clínico en el momento de la recogida de datos y diariamente. También nos interesa saber su grado de *mindfulness disposicional* que será valorado mediante un cuestionario.

Si usted decide colaborar en esta investigación se le pedirá que participe en una única sesión de unos 20 minutos, en la que se evaluarán las características de su dolor (en caso de padecer), sus umbrales sensoriales a la presión y su grado *disposicional de mindfulness*.

BENEFICIOS Y RIESGOS DERIVADOS DE SU PARTICIPACIÓN EN EL ESTUDIO

Dado que se trata de un proyecto de investigación en el que usted participa de forma voluntaria, puede que no haya ningún beneficio directo para usted por el simple hecho de participar.

Sin embargo, considere que la meta de entender los efectos del *mindfulness disposicional* sobre las personas con fibromialgia puede tener beneficios para la ciencia y para el estudio de los pacientes con dolor crónico.

CONFIDENCIALIDAD

El tratamiento, la comunicación y la cesión de los datos de carácter personal de todos los sujetos participantes se ajustará a lo dispuesto en la Ley Orgánica 15/1999, de 13 de diciembre, de protección de datos de carácter personal, y en su reglamento de desarrollo (RD 1720/07). De acuerdo a lo que establece la legislación mencionada, usted puede ejercer los derechos de acceso, modificación, oposición y cancelación de datos, para lo cual deberá dirigirse a su médico del estudio.

Sus datos serán tratados informáticamente y se incorporarán a un fichero automatizado de datos de carácter personal cuyo responsable es Pedro José Montoya Jiménez, que ha sido registrado en la Agencia Española de Protección de Datos.

Sus datos recogidos para el estudio estarán identificados mediante un código y sólo el investigador principal del estudio y colaboradores podrán relacionar dichos datos con usted y con su historia clínica. Por lo tanto, su identidad no será revelada a persona alguna salvo en caso de urgencia médica, requerimiento de la administración sanitaria o requerimiento legal.

Sólo se transmitirán a terceros y a otros países, previa notificación a la Agencia Española de Protección de Datos, los datos recogidos para el estudio que en ningún caso contendrán información que le pueda identificar directamente, como nombre y apellidos, iniciales, dirección, no de la seguridad social, etc. En el caso de que se produzca esta cesión, será para los mismos fines del estudio descrito y garantizando la confidencialidad como mínimo con el nivel de protección de la legislación vigente en nuestro país.

El acceso a su información personal quedará restringido al médico del estudio/colaboradores, autoridades sanitarias, al Comité de Ética de la Investigación de las Illes Balears y personal autorizado, cuando lo precisen para comprobar los datos y procedimientos del estudio, pero siempre manteniendo la confidencialidad de los mismos de acuerdo a la legislación vigente.

OTRA INFORMACIÓN RELEVANTE

Cualquier nueva información que pueda afectar a su disposición para participar en el estudio, que se descubra durante su participación, le será comunicada lo antes posible.

Si usted decide retirar el consentimiento para participar en este estudio, ningún dato nuevo será añadido a la base de datos, si bien los responsables del estudio podrán seguir utilizando la información recogida sobre usted hasta ese momento, a no ser que usted se oponga expresamente.

2. CONSENTIMIENTO INFORMADO

TÍTULO DEL ESTUDIO: Fibromialgia y *Mindfulness Disposicional*

CÓDIGO DEL PROMOTOR: PSI2015-66295-R.

PROMOTOR: Ministerio de Economía y Competitividad (MINECO).

INVESTIGADOR PRINCIPAL: Carolina Sitges Quirós, Prof. contratada doctora (interina), Facultad de Psicología, carol.sitges@uib.es, 971259809.

CENTRO: Instituto Universitario de Investigaciones en Ciencias de la Salud (IUNICS).

Yo, nombre y apellidos)

.....
,

- He leído la hoja de información que se me ha entregado. He podido hacer preguntas sobre el estudio.
- He recibido suficiente información sobre el estudio.
- He hablado con (nombre y apellidos).....
- Comprendo que mi participación es voluntaria.
- Comprendo que puedo retirarme del estudio cuando quiera, sin tener que dar explicaciones y sin que esto repercuta en mis cuidados médicos.
- Comprendo que si decido retirarme del estudio los resultados obtenidos hasta ese momento podrán seguir siendo utilizados pero que no se incorporarán nuevos datos.
- Comprendo que tengo los derechos de acceso, rectificación, cancelación y oposición a mis datos de carácter personal de acuerdo con lo dispuesto en la Ley Orgánica 15/1999 de Protección de Datos de Carácter Personal.
- Presto libremente mi conformidad para participar en el estudio y doy mi consentimiento para el acceso y utilización de mis datos en las condiciones detalladas en la hoja de información al paciente.

Firma del participante:

Firma del investigador:

Nombre:
Fecha:

Nombre:
Fecha:



3. Entrevista

Código.....

Fecha.....

Datos personales

Sexo Hombre Mujer

Fecha de nacimiento.....

Altura.....

Peso.....

Profesión.....

En activo

De baja desde.....

Uso de medicamentos (actual)

¿Cuál?.....

Ocasionalmente

Regularmente, desde.....

¿Cuál?.....

Ocasionalmente

Regularmente, desde.....

¿Cuál?.....

Ocasionalmente

Regularmente, desde.....

¿Cuál?.....

Ocasionalmente

Regularmente, desde.....

Historia y patrón actual de dolor

¿Desde cuándo padece dolor de forma crónica?.....

¿Cuáles fueron las circunstancias del comienzo?.....

Accidente laboral

Accidente tráfico

Enfermedad

Operación

Aparición espontánea

Otras.....

Diagnósticos (y operaciones) relacionadas con su dolor

¿Cuál?.....

Hace..... años

¿Cuál?.....

Hace..... años

¿Cuál?.....

Hace..... años

Profesionales consultados en relación a su dolor

Médico/a general

Traumatólogo/a

Fisioterapeuta

Neurólogo/a

Psicólogo/a

Otros.....

¿Cuándo aparece el dolor?

Todos los días veces al día veces/semana veces al mes

¿Cuánto dura el dolor?

Segundos Minutos Horas Todo el día

¿Cuándo es más intenso el dolor? (Señalar una opción o numerar por orden de importancia)

Al despertarme Al acostarme En el trabajo Por la mañana
 Por la tarde Por la noche Haciendo.....

¿Qué posición afecta más al dolor? (Señalar una opción o numerar por orden de importancia)

Sentado De pie Tumbado

Intensidad de dolor (en estos momentos)

Nada _____ Insoportable

Intensidad de dolor (habitualmente)

Nada _____ Insoportable

Intensidad de dolor (en los peores momentos)

Nada _____ Insoportable