



DOCUMENTOS DE TRABAJO ESCUELA DE GOBIERNO



**MÁSTER PROPIO EN MINDFULNESS EN
CONTEXTOS DE SALUD E INVESTIGACIÓN**

EFFECTO DE UNA INTERVENCIÓN BASADA EN MINDFULNESS EN LA SALUD Y BIENESTAR DE PACIENTES CON ARTRITIS PSORIÁSICA (ESTUDIO ONIROS)

M Esther Toledano Martínez

TUTORES:

Carlos Montilla Morales y Covadonga Chaves Vélez

Madrid, junio de 2023



Edita:
Escuela de Gobierno
Universidad Complutense de Madrid

Colección Trabajos Fin de Máster

Autora: M Esther Toledano Martínez

ISSN: 2952-0169

<https://www.ucm.es/eg>

Madrid, 2024





U N I V E R S I D A D
COMPLUTENSE
M A D R I D



**Máster propio en Mindfulness en Contextos de
Salud e Investigación**

EFFECTO DE UNA INTERVENCIÓN BASADA EN MINDFULNESS EN LA SALUD Y BIENESTAR DE PACIENTES CON ARTRITIS PSORIÁSICA (ESTUDIO ONIROS)

Autora:

M ESTHER TOLEDANO MARTÍNEZ

Tutores:

CARLOS MONTILLA MORALES y COVADONGA CHAVES VÉLEZ

Madrid, junio de 2023



DECLARACION DE NO PLAGIO

Dña. María Esther Toledano Martínez, con NIF 01.935.056C, estudiante del **Máster en Mindfulness en Contextos de Salud e Investigación** de la Universidad Complutense de Madrid, curso 2022-2023, como autora de este documento académico, titulado:

Efecto de una intervención basada en mindfulness en la salud y bienestar de pacientes con artritis psoriásica (Estudio ONIROS), presentado como Trabajo Fin de Máster, para la obtención del título correspondiente, cuyos tutores son Carlos Montilla Morales y Covadonga Chaves Vélez

DECLARO QUE:

Este trabajo es producto de mi trabajo personal, que no he copiado, que no he utilizado ideas, formulaciones, citas integrales e ilustraciones diversas, sacadas de cualquier obra, artículo, memoria, o documento (en versión impresa o electrónica), sin mencionar de forma clara y estricta su origen, tanto en el cuerpo del texto como en la bibliografía. Asimismo, no he hecho uso de información no autorizada de cualquier fuente escrita, de otra persona, de trabajo escrito de otro o de cualquier otra fuente.

Soy plenamente consciente de que el hecho de no respetar estos extremos puede ser objeto de sanciones universitarias y/o de otro orden.

En Madrid, a 25 de junio de 2023

Fdo.: Firmado por TOLEDANO MARTINEZ MARIA
ESTHER - DNI ***3505** el día
25/06/2023 con un certificado emitido
por AC Sector Público

Esta DECLARACIÓN DE ORIGINALIDAD debe ser insertada en primera página de todos los Trabajos Fin de Master, tras la portada, conducentes a la obtención del Título del Master en Mindfulness en Contextos de Salud e Investigación.



ÍNDICE

RESUMEN	7
INTRODUCCIÓN	8
Mindfulness y artritis psoriásica	9
Participantes	11
Reclutamiento.....	12
Asignación.....	12
Seguimiento	12
Análisis	12
Medidas	13
Cuestionario de satisfacción con el programa	14
Procedimiento	15
Intervenciones	15
Análisis estadístico.....	21
RESULTADOS	22
Características basales de los pacientes.....	22
Efecto de la MBI en la calidad del sueño, fatiga, ansiedad, depresión, calidad de vida y habilidades de atención plena.....	22
Relación entre el tiempo de práctica de meditación y las distintas variables analizadas	25
Análisis de aceptabilidad de la intervención	26
DISCUSIÓN	27
Limitaciones.....	30
Fortalezas	30
BIBLIOGRAFÍA	31
MATERIAL COMPLEMENTARIO	38
SESIONES DEL PROGRAMA.....	38
Sesión de orientación: qué es mindfulness	38
Sesión 1: practicando mindfulness.....	38
Sesión 2: practicando la autocompasión	39
Sesión 3: descubriendo tu voz compasiva.....	40
Sesión 4: reconocer la aversión	41
Sesión 5: permitir/dejar ser	42
Sesión 6: los pensamientos no son hechos	43
Sesión de cierre: el milagro de la atención plena y la autocompasión	45



ÍNDICE DE TABLAS

<i>Tabla 1. Contenido de las sesiones del programa de atención plena y autocompasión para personas con artritis psoriásica.....</i>	17
<i>Tabla 2. Características basales y sociodemográficas de los pacientes con APs</i>	22
<i>Tabla 3. Diferencias en las variables analizadas pre y post-intervención en el grupo control e intervención (test de ANOVA de medidas repetidas) en pacientes con APs...</i>	24
<i>Tabla 4. Coeficientes de correlación entre el tiempo de práctica de meditación y la diferencia post y pre-intervención del PSQI, FACIT-fatiga, HADS, FFMQ y los dominios del EQ-5D (r de Spearman)</i>	25
<i>Tabla 5. Cuestionario de satisfacción de los pacientes con el programa de atención plena en Reumatología</i>	26



Resumen

Objetivo. Evaluar el efecto de una intervención basada en mindfulness (MBI) en el estado de salud y bienestar de pacientes con artritis psoriásica (APs) y, en especial, en la calidad del sueño, la fatiga, la ansiedad, la depresión y la calidad de vida. **Métodos.** Se realizó un estudio comparativo, de grupos paralelos no aleatorizados, controlado con placebo, en un único centro hospitalario. Se incluyeron 22 pacientes con APs (edad media de 53 años) asignados a una intervención de mindfulness adaptada a pacientes con APs vs grupo control. Se evaluó la calidad del sueño (PSQI), fatiga (FACIT-fatiga), ansiedad y depresión (HADS), calidad de vida (EQ-5D) y habilidades de atención plena (FFMQ). **Resultados.** Ambos grupos fueron similares en las características basales sociodemográficas. Ambos grupos mejoraron en el tiempo en la variable de duración de sueño. En comparación con el grupo control, el grupo de intervención mostró una mejoría en la calidad del sueño ($F= 16,58$, $p= 0,002$, $\eta^2= 0,58$), en los síntomas de depresión ($F= 6,55$, $p= 0,02$, $\eta^2= 0,35$) y de ansiedad, evaluados tanto con el HADS ($F= 14,12$, $p= 0,002$, $\eta^2= 0,46$) como con el cuestionario de calidad de vida EQ-5D ($F= 8,48$, $p= 0,01$, $\eta^2= 0,45$). Un mayor tiempo de práctica meditativa se correlacionó de forma inversa con la eficiencia ($r= -0,83$, $p= 0,005$) y la disfunción del sueño ($r= -0,81$, $p= 0,008$) y de forma directa con la habilidad de actuar en conciencia de la atención plena ($r= 0,81$, $p= 0,008$). **Conclusiones.** Esta intervención basada en mindfulness fue eficaz para mejorar la calidad del sueño y los síntomas de ansiedad y depresión en pacientes con APs.

Palabras clave: artritis psoriásica, mindfulness, calidad del sueño, ansiedad, depresión, calidad de vida



Introducción

La artritis psoriásica (APs) es una enfermedad inflamatoria crónica asociada a la psoriasis que pertenece a la familia de las espondiloartritis. Según datos del estudio de prevalencia de las enfermedades reumáticas en la población adulta española (EPISER 2016), la prevalencia de esta enfermedad es del 0,58% (Seoane-Mato et al., 2019). La descripción clínica de la APs, además de la afectación articular axial o periférica, incluye cambios en la entesis y dactilitis y manifestaciones no articulares. La enfermedad psoriásica en cualquiera de sus manifestaciones se asocia con un deterioro de la función social y trastornos psicológicos (Krajewska-Włodarczyk et al., 2018). Los síntomas psicológicos más habituales son la fatiga (Krajewska-Włodarczyk et al., 2017), la ansiedad y la depresión (Cañete et al., 2020; Ramos-Goñi et al., 2018; Zhao et al., 2020). Por ese motivo, la evaluación de la esfera psicológica en los pacientes con APs se realiza cada vez de forma más frecuente y sistemática.

El impacto de la enfermedad en la calidad del sueño ha sido bien descrito con anterioridad (Gudu & Gossec, 2018; Husni et al., 2017; Tezel et al., 2015). La enfermedad psoriásica puede, además, afectar significativamente a la calidad del sueño con respecto a la población general (Gowda et al., 2010). En un estudio reciente (Toledano et al., 2022) se confirmó que el 63% de los pacientes tenía una mala calidad del sueño, a pesar de lo cual el 46% no realizaba ningún tratamiento. Una de las conclusiones más elocuentes de este trabajo es que los factores emocionales (e.g., fatiga, ansiedad), son más relevantes que los inflamatorios en la calidad del sueño. Además, este deterioro de la calidad del sueño está relacionado con la disminución de la calidad de vida (Gezer et al., 2017; Gupta et al., 2016) y con el desarrollo de otras comorbilidades (Thomas & Calhoun, 2017; Van Cauter et al., 2008; van Leeuwen et al., 2009). La persistencia y gravedad de los trastornos del sueño pueden estar asociados con la actividad inflamatoria de la enfermedad, el dolor crónico, la fatiga, la ansiedad y la depresión (Callis Duffin et al., 2009), estableciendo una relación de circularidad.

Se han utilizado distintas intervenciones psicológicas para pacientes con enfermedad reumática crónica, tales como biofeedback, relajación, programas de divulgación o de asesoramiento, psicoterapia o terapia cognitivo-conductual (Dissanayake & Bertouch, 2010). Los programas de meditación también han resultado una terapia beneficiosa en estos pacientes.



Mindfulness y artritis psoriásica

El mindfulness o atención plena se ha descrito como una conciencia centrada en el presente, no interpretativa ni enjuiciadora, en la que cada pensamiento, sentimiento o sensación que surge en el campo atencional es reconocido y aceptado sin juicio (Bishop et al., 2004; Kabat-Zinn, 2003). La práctica de mindfulness se asocia a beneficios neurobiológicos (Hölzel et al., 2011), mejora el sistema inmune y endocrino, previene el envejecimiento (Brand et al., 2012) reduce la percepción de síntomas físicos, muestra beneficios en la atención (Moore & Malinowski, 2009), reduce los pensamientos circulares (Chambers et al., 2008), disminuye la ansiedad y el estrés (Kabat-Zinn & Chapman-Waldrop, 1988), disminuye la reactividad ante estímulos emocionales (Corcoran et al., 2010), promueve emociones positivas y mejora las relaciones sociales (Fredrickson et al., 2008).

Esta forma de atención intencional, cultivada durante milenios en las tradiciones contemplativas de oriente y occidente, ha sido incorporada en las últimas décadas tanto a programas de mejora de la salud como a tratamientos psicológicos para mejorar distintas condiciones, en especial síntomas de depresión y ansiedad (Grossman et al., 2004). También se han mostrado eficaces para el abordaje del dolor (Goyal et al., 2014), mejorar el insomnio (Crowe et al., 2016) y aumentar la calidad de vida (Grensman et al., 2018).

Varias revisiones y meta-análisis recientes han mostrado el impacto positivo del mindfulness en las distintas dimensiones evaluadas de varias enfermedades reumáticas, como la artritis reumatoide (DiRenzo et al., 2018; Dissanayake & Bertouch, 2010; Fogarty et al., 2015; Zhou et al., 2020) y la fibromialgia (Andrés-Rodríguez et al., 2019; Cash et al., 2015; Kundakci et al., 2022; Lauche et al., 2013; Sanada et al., 2015). En concreto, la práctica de mindfulness es beneficiosa para mejorar el dolor, la depresión (Zhou et al., 2020) y la calidad de vida (Lauche et al., 2013) en estos pacientes. Sin embargo, hasta el momento no existe evidencia de la eficacia de mindfulness en enfermedades como la APs. Además, mindfulness ha demostrado ser eficaz en la calidad del sueño, una de las comorbilidades más frecuentes en la APs. Algunos estudios recientes señalan que las intervenciones basadas en mindfulness pueden mejorar la calidad del sueño (Barrett et al., 2020; Rusch et al., 2019), especialmente en colectivos como personas de edad avanzada (Black et al., 2015), con obesidad (Adler et al., 2017), adolescentes en riesgo (Blake et al., 2017), enfermeras de una unidad de cuidados



intensivos durante la reciente pandemia (Nourian et al., 2021), o en pacientes con fibromialgia (Park et al., 2020).

Además, mindfulness puede combinarse con prácticas que implican la construcción de la autocompasión, la capacidad de perdonarse a uno mismo, no juzgar el dolor ni los fracasos propios, estar abierto al sufrimiento y a aprender a sanarse dándose bondad (Neff, 2003). Este tipo de prácticas son especialmente eficaces en personas con ansiedad (Agarwal, 2019) y en personas con problemas de salud física (Luberto et al., 2018).

Aunque la práctica de mindfulness ha mostrado su eficacia en pacientes con diversas enfermedades reumáticas, todavía no existe evidencia sobre su eficacia en pacientes con APs. Algunos programas basados en meditación han mostrado beneficios en estos pacientes para reducir el estrés, mejorar la ansiedad, la depresión, el dolor (Goyal et al., 2014), mejorar el insomnio (Crowe et al., 2016) y aumentar la calidad de vida (Grensman et al., 2018). No obstante, los estudios sobre estos programas presentan algunas limitaciones que impiden la generalización de los resultados. La mayoría carece de la calidad metodológica necesaria y suelen tener un bajo grado de evidencia; no suele constar el entrenamiento que ha realizado el instructor y si cumple con criterios de formación homologados; no suelen registrar la medida de la práctica de la meditación entre los participantes en cuanto a número de sesiones y el tiempo de meditación realizado. Estos estudios están sometidos a distintos sesgos, como la ausencia de cegamiento, alta tasa de deserción, ausencia de aleatorización y no realizar el análisis por intención de tratar propia de otros ensayos clínicos.

En definitiva, aunque mindfulness ha mostrado ampliamente su eficacia para el abordaje de algunas enfermedades reumáticas, se desconoce cuál es su beneficio en las comorbilidades asociadas a la APs y en concreto en la calidad del sueño. Por este motivo, el objetivo general del presente estudio fue evaluar el efecto de una intervención basada en mindfulness (MBI) en el estado de salud y bienestar de pacientes con APs. Para ello, se establecieron los siguientes objetivos específicos: 1) evaluar el impacto de la práctica de mindfulness en la calidad del sueño de pacientes con APs; 2) evaluar el impacto de la intervención en síntomas físicos, como la fatiga; 3) evaluar el impacto en comorbilidades, como la ansiedad y la depresión, así como en la calidad de vida; 4) evaluar el impacto del MBI en habilidades asociadas a la práctica de mindfulness en este grupo de pacientes; 5) analizar la aceptabilidad de la intervención.



Con base a la literatura previa (Park et al., 2020; Rusch et al., 2019), se espera que la intervención: 1) mejore la calidad del sueño de los pacientes; 2) reduzca la percepción de síntomas físicos, como la fatiga; 3) mejore comorbilidades como la ansiedad y la depresión; 4) proporcione habilidades de atención plena asociadas a la práctica; 5) la intervención resulte satisfactoria para los participantes.

Métodos

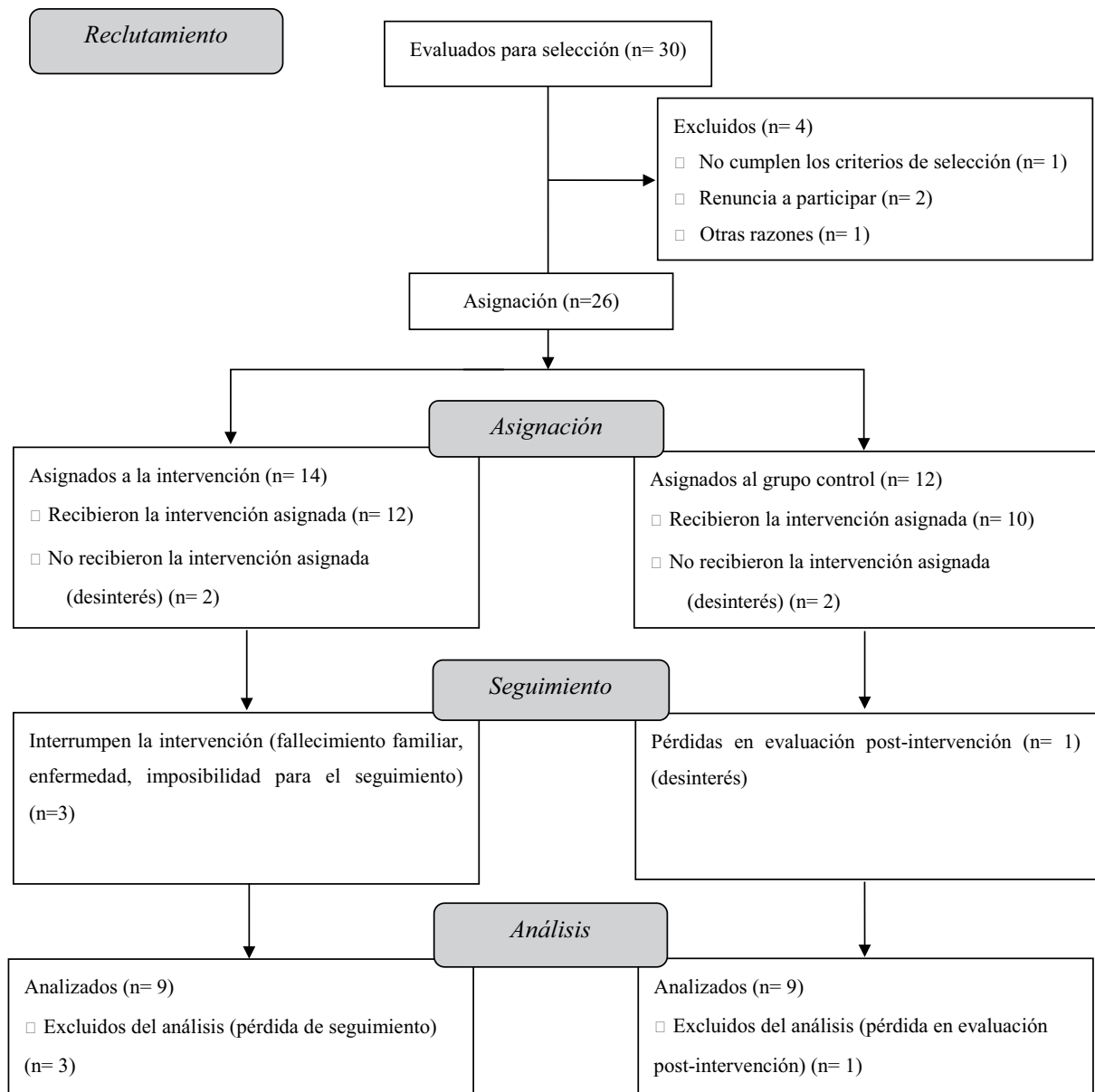
Participantes

La muestra estuvo compuesta por 22 pacientes (19 mujeres) mayores de 18 años atendidos de forma consecutiva que cumplieron los criterios CASPAR (*CLASsification for Psoriatic ARthritis*) (Taylor et al., 2006) para APs. La edad media de los participantes fue de 53,55 años (DT= 11,91 años).

Los participantes fueron asignados a dos grupos: grupo de intervención y grupo control. El diagrama de flujo que describe la distribución de los participantes entre grupos basado en las recomendaciones CONSORT se refleja en la Figura1.



Figura 1. Diagrama de flujo



Se establecieron los siguientes criterios de exclusión: 1) pacientes con trastorno mental grave (e.g., esquizofrenia, trastorno esquizotípico, trastorno delirante y/o depresión grave con síntomas psicóticos); 2) deterioro cognitivo; 3) dependencia de sustancias psicoactivas; 4) práctica habitual de cualquier modalidad de meditación; 5) carencia de la capacitación (habilidad) digital y tecnológica para realizar las prácticas en formato *on line*.

Medidas

Los pacientes con APs son evaluados según práctica clínica habitual mediante una historia y un examen físico completos, recogida de cuestionarios y parámetros de laboratorio a intervalos de 3 a 6 meses. En esta consulta se registra información demográfica (edad, género), hábitos tóxicos y años de evolución de la enfermedad, entre otras variables.

La calidad del sueño se evaluó mediante el Índice de Calidad de Sueño de Pittsburg (*Pittsburgh Sleep Quality Index*, PSQI; Buysee, 1989). El PSQI es una herramienta de medición de la calidad del sueño de 19 ítems que se utiliza para evaluar el sueño autoinformado por el paciente en los 30 días anteriores a la administración del cuestionario. El PSQI evalúa 7 dominios: la calidad subjetiva del sueño, la latencia del sueño, la duración del sueño, la eficiencia del sueño habitual [(nº de horas dormidas/nº de horas permanecidas en la cama) x 100 (%)], las perturbaciones del sueño, uso de medicación hipnótica y disfunción diurna. Cada dominio tiene un rango de 0 a 3. Los 7 componentes se suman para conseguir una puntuación global, que tiene un rango de 0 a 21 puntos, indicando una puntuación de 0 la no existencia de dificultades y una de 21 indica severas dificultades. Se considera una mala calidad de sueño una puntuación del cuestionario PSQI ≥ 6 puntos. El PSQI presenta una adecuadas propiedades clinimétricas para valorar la calidad del sueño, con una sensibilidad del 89,6% y una especificidad del 86.5% (índice kappa 0,75, $p < 0,001$) en distinguir personas con una buena o mala calidad del sueño.

Para valorar el dominio fatiga se utilizó el cuestionario de Evaluación funcional de Terapia de Enfermedad Crónica (*Functional Assessment of Chronic Illness Therapy*, FACIT; Cella, 1997; validado en APs por Chandran, 2007). Este cuestionario de 13 ítems evalúa la fatiga autoinformada y su impacto en las actividades y funciones diarias. Utiliza una escala tipo Likert de 5 puntos, con un rango de 0 a 4 para cada uno de los ítems y una puntuación total de 0 a 52,



siendo 0 la peor posible y 52 la mejor. La consistencia interna del FACIT-fatiga validado para APs mostró un coeficiente α de Cronbach de 0,96.

La ansiedad y depresión se evaluó mediante el índice HADS (*Hospital Anxiety and Depression Scale*, HADS; Beck, 1961), en las subescalas de ansiedad y depresión. Este cuestionario permite la autoevaluación de sintomatología psicológica mediante una escala de tipo Likert que consta de 14 ítems. Siete de los 14 ítems evalúan los síntomas de depresión (HADS-D) y los otros siete los síntomas de ansiedad (HADS-A). La fiabilidad de este cuestionario fue de 0,86, con una corrección de Spearman-Brown de 0,93.

La calidad de vida se evaluó mediante el índice EuroQol (*EuroQol 5 dimensions, EQ-5D*; Brooks, 1996; validado al español por Badia, 1999) (Ramos-Goñi et al., 2018). Este instrumento está diseñado como un cuestionario sencillo que puede ser autoadministrado de manera rápida y sencilla. Está integrado por las cinco dimensiones consideradas más relevantes de calidad de vida relacionada con la salud (CVRS): movilidad, autocuidado, actividades habituales, dolor/malestar y ansiedad/depresión, con tres niveles de gravedad en cada dimensión: ausencia de problema, algún problema, problema grave o incapacidad.

Las habilidades de atención plena se evaluaron mediante el cuestionario de las cinco facetas de mindfulness (*Five Facet Mindfulness Questionnaire*, FFMQ; Baer, 2006; validado al español por Cebolla, 2012) Este cuestionario autoadministrado está constituido por 39 ítems a partir de cinco habilidades del mindfulness: observación, descripción, actuar con conciencia, ausencia de juicio y ausencia de reactividad. Cada ítem es evaluado en una escala Likert con un rango de 1 (nunca o muy raramente verdad) a 5 (muy a menudo o siempre verdad). La puntuación mínima es de 39 puntos y la máxima de 195 puntos. La consistencia interna del FFMQ validado al español mostró un coeficiente α de Cronbach de 0,88.

Cuestionario de satisfacción con el programa

Al finalizar el programa, los participantes del grupo activo respondieron a las preguntas de un cuestionario de satisfacción creado *ad hoc* en relación con el programa y la instructora. También se realizaron preguntas abiertas en relación con la práctica y sus beneficios, así como los días y el tiempo dedicado a la práctica.

Procedimiento

Los participantes de este estudio fueron reclutados de la consulta de Reumatología del Hospital Clínico Universitario de Salamanca. Todos los participantes firmaron un consentimiento informado para participar en el estudio y completaron el protocolo de evaluación antes y después de la intervención. El protocolo de evaluación se administró a través de un sitio web denominado *Porsline*. El presente estudio ha sido aprobado por el comité de ética del Hospital Clínico Universitario de Salamanca (CEIm Ref. 2023/02).

Intervenciones

Se realizó una intervención experimental, de grupos paralelos, no aleatorizado, controlado con placebo, en un único centro hospitalario (1:1). Los participantes fueron asignados al grupo de intervención y al grupo control de forma cronológica, no aleatoria, atendiendo al tiempo limitado de la intervención. Todos los pacientes continuaron tomando la medicación habitual, incluidos los fármacos hipnóticos, independientemente del grupo al que fueron asignados.

a. Grupo de intervención

La intervención se administró a los participantes incluidos en el grupo activo. La intervención se desarrolló en formato grupal y de manera online a través de la plataforma *zoom*. La programación de la intervención se estructuró en una sesión de orientación y 7 sesiones semanales de una hora y media de duración. Se realizó un programa mixto que incluyó prácticas de mindfulness basado en el programa *Mindfulness Based Stress Reduced* (MBSR; Kabat-Zinn, 1979), y autocompasión, adaptado del *Teaching the Mindful Self-Compassion Program*, adaptado por Neff y Germer (2019). Al tratarse de un formato breve y dirigido a personas sin experiencia previa en esta disciplina, no se incluyó día de práctica intensiva.

En la tabla 1 se resume el contenido de cada sesión semanal. Se realizaron las siguientes adaptaciones del programa para el colectivo de participantes con APs al que va dirigido: 1) se explicó el concepto de ventana de tolerancia (Siegel, 1999); 2) se enseñó a cambiar la atención en el caso de desregulación; 3) se ofreció durante las prácticas distintos objetivos como anclaje interno (respiración, sonidos, puntos de apoyo, manos o pies) o externo, como punto de referencia para mejorar la atención y apoyo de la ventana de tolerancia; 4) se proporcionó psicoeducación básica para mejorar la autonomía de los participantes; 5) la duración de las prácticas se redujo orientado a que son personas sin práctica previa, con menor ventana de



tolerancia y la posibilidad de presentar dolor con el mantenimiento postural prolongado; 6) se informó de la duración de la práctica antes de iniciarla; 7) se realizaron pequeños descansos durante las prácticas; 8) se permitió flexibilidad con las posturas, ojos abiertos/cerrados y el entorno (luz/oscuridad); 9) se introdujeron prácticas para ganar conciencia corporal (Füstös et al., 2013; Nummenmaa et al., 2014).

Se facilitó a los participantes un resumen de cada sesión y la parte correspondiente del *cuaderno del participante*, enviado por correo electrónico al finalizar cada sesión. En este cuaderno se explican las prácticas formales, informales y opcionales para llevar a cabo durante el programa y durante cada semana, así como los audios de las meditaciones. En el correo electrónico enviado al finalizar cada sesión se incluyeron explicaciones teóricas de la temática de cada sesión.

b. Grupo control

El grupo control no recibió la intervención activa. Los participantes pertenecientes a este grupo recibieron consejos basados en evidencia científica para mejorar la higiene del sueño (i.e., ejercicios de relajación muscular y medidas de higiene del sueño).

Tabla 1. Contenido de las sesiones del programa de atención plena y autocompasión para personas con artritis psoriásica

Sesión	Contenido temático	Práctica formal en sesión	Práctica entre sesiones
Orientación Qué es mindfulness	Aproximación al programa Origen y definición de mindfulness (Kabat-Zinn, 2003) Explicación dinámica de las sesiones Confidencialidad y secreto hipocrático Tipos de recursos	<i>¿Cómo trato a un amigo?</i> (15 min) (Knox et al., 2016) <i>Respiración afectuosa. 1ª meditación nuclear</i> (15 min) (Germer & Neff, 2013; Gilbert, 2009)	Formal: <i>Respiración afectuosa</i> (15 min) (Germer & Neff, 2013; Gilbert, 2009)
1 Practicando mindfulness	Fisiología del mindfulness	<i>Respiración afectuosa</i> (15 min) (Germer & Neff, 2013; Gilbert, 2009) <i>Meditación de la pasa</i> (15 min) (Kabat-Zinn, 1990) <i>Escáner corporal compasivo</i> (20 min) adaptado de (Kabat-Zinn, 1990)	Formal: <i>Escáner corporal compasivo</i> (20 min) adaptado de (Kabat-Zinn, 1990) Informal: <i>Atención plena al desayuno</i> (Kabat-Zinn, 1990) Opcional: <i>Ejercicio de los 9 puntos</i> <i>Práctica de la ducha fría</i>
2 Practicando la autocompasión	Definición de autocompasión (Germer & Neff, 2013) Actitudes básicas de la atención plena (Kabat-Zinn, 1990) Resolución ejercicio de los 9 puntos	<i>Respiración afectuosa</i> (15 min) (Germer & Neff, 2013; Gilbert, 2009) <i>Escáner corporal compasivo</i> (20 min) adaptado de (Kabat-Zinn, 1990) <i>Práctica informal: La Pausa de la autocompasión</i> (10 min) (Germer & Neff, 2013)	Formal: <i>Escáner corporal compasivo</i> (20 min) adaptado de (Kabat-Zinn, 1990) <i>Respiración afectuosa</i> (15 min) (Germer & Neff, 2013; Gilbert, 2009) Informal: <i>Atención plena a una actividad diaria</i> (Kabat-Zinn, 1990) <i>Atención plena al desayuno</i> (Kabat-Zinn, 1990) <i>La Pausa de la autocompasión</i> (10 min) (Germer & Neff, 2013) Opcional: <i>Calendario de acontecimientos agradables</i> (Kabat-Zinn, 1990)

Sesión	Contenido temático	Práctica formal en sesión	Práctica entre sesiones
3 Descubriendo tu voz compasiva	Vivir en nuestra cabeza (Segal et al., 2015) Unificar una mente dispersa (Segal et al., 2015) Triángulo de la experiencia (Kabat-Zinn, 1990) Descubriendo tu voz compasiva (Germer & Neff, 2013)	<i>Estiramientos de cadenas musculares basados en el Hatha Yoga de pie o sentado</i> (20 min) (Luu & Hall, 2016) <i>Meditación sentada con atención a la respiración y al cuerpo</i> (20 min) (Segal et al., 2015) <i>La bondad amorosa para uno mismo con frases de bondad amorosa. 2ª meditación nuclear</i> (15 min) (Germer & Neff, 2013)	Formal: <i>Escáner corporal compasivo</i> (20 min) adaptado de (Kabat-Zinn, 1990) <i>Meditación sentada con atención a la respiración y al cuerpo</i> (20 min) (Segal et al., 2015) <i>Estiramientos de cadenas musculares basados en el Hatha Yoga tumbado en el suelo</i> (20 min) (Luu & Hall, 2016) Informal: <i>Atención plena a una actividad diaria</i> (Kabat-Zinn, 1990) <i>La Pausa de la autocompasión</i> (10 min) (Germer & Neff, 2013) Opcional: <i>Calendario de acontecimientos desagradables</i> (Kabat-Zinn, 1990)
4 Reconocer la aversión	Poner la alfombra roja al dolor (Segal et al., 2015) Las dimensiones del dolor (Segal et al., 2015) Estrategias para trabajar con emociones difíciles (Segal et al., 2015) Dar y recibir compasión (Germer & Neff, 2013)	<i>Estiramientos de cadenas musculares basados en el Hatha Yoga de pie o sentado</i> (20 min) (Luu & Hall, 2016) <i>Meditación sentada con atención a la respiración, al cuerpo y a las dificultades</i> (20 min) (Segal et al., 2015) <i>Dar y recibir compasión. 3ª meditación nuclear</i> (15 min) (Germer & Neff, 2013)	Formal: <i>Escáner corporal compasivo</i> (20 min) adaptado de (Kabat-Zinn, 1990) <i>Meditación sentada con atención a la respiración y al cuerpo</i> (20 min) (Segal et al., 2015) <i>Estiramientos de cadenas musculares basados en el Hatha Yoga tumbado en el suelo</i> (20 min) (Luu & Hall, 2016) Informal: <i>Atención plena a una actividad diaria</i> (Kabat-Zinn, 1990) <i>La Pausa de la autocompasión</i> (10 min) (Germer & Neff, 2013) Opcional: <i>Patrones de percepción, sistemas de creencias y los patrones cognitivos conductuales ante el estrés</i> (Kabat-Zinn, 1990)

Sesión	Contenido temático	Práctica formal en sesión	Práctica entre sesiones
5 Permitir/dejar ser	Apego y aversión (Segal et al., 2015) Aprender a relacionarnos de manera diferente con la experiencia (Segal et al., 2015) Permitir/dejar ser (Germer & Neff, 2013)	<i>Estiramientos de cadenas musculares basados en el Hatha Yoga de pie o sentado (20 min) (Luu & Hall, 2016)</i> <i>Meditación sentada con atención a la respiración, al cuerpo, los sonidos, los pensamientos y la consciencia sin elección (20 min) (Segal et al., 2015)</i> <i>Práctica informal: encontrarse con emociones difíciles (15 min) (Germer & Neff, 2013)</i>	Formal: <i>Meditación sentada con atención a la respiración y al cuerpo (20 min) (Segal et al., 2015)</i> <i>Meditación sentada con atención a la respiración, al cuerpo, los sonidos, los pensamientos y la consciencia sin elección (20 min) (Segal et al., 2015)</i> <i>Estiramientos de cadenas musculares basados en el Hatha Yoga tumbado en el suelo (20 min) (Luu & Hall, 2016)</i> Informal: <i>Atención plena a una actividad diaria (Kabat-Zinn, 1990)</i> <i>La Pausa de la autocompasión (10 min) (Germer & Neff, 2013)</i> <i>Encontrarse con emociones difíciles (Germer & Neff, 2013)</i> Opcional: <i>Patrones de percepción, sistemas de creencias y los patrones cognitivos conductuales ante el estrés (Kabat-Zinn, 1990)</i> <i>Calendario de comunicaciones difíciles (Kabat-Zinn, 1990)</i>
6 Los pensamientos no son hechos	Los pensamientos no son hechos (Segal et al., 2015) Relacionarse con los pensamientos como meros pensamientos (Segal et al., 2015) Permanecer detrás de la cascada (Segal et al., 2015) Ver la “película mental” tal cual es (Segal et al., 2015)	<i>Estiramientos de cadenas musculares basados en el Hatha Yoga de pie o sentado (20 min) (Luu & Hall, 2016)</i> <i>Meditación sentada con atención a la respiración, al cuerpo, los sonidos, los pensamientos y la consciencia sin elección (20 min) (Segal et al., 2015)</i> <i>Práctica informal: compasión con ecuanimidad (15 min) (Germer & Neff, 2013)</i>	Formal: <i>Meditación sentada con atención a la respiración y al cuerpo (20 min) (Segal et al., 2015)</i> <i>Meditación sentada con atención a la respiración, al cuerpo, los sonidos, los pensamientos y la consciencia sin elección (20 min) (Segal et al., 2015)</i> <i>Estiramientos de cadenas musculares basados en el Hatha Yoga tumbado en el suelo (20 min) (Luu & Hall, 2016)</i> <i>La respiración afectuosa (Germer & Neff, 2013)</i> <i>La bondad amorosa para uno mismo con frases de bondad amorosa (Germer & Neff, 2013)</i> <i>Dar y recibir compasión (Germer & Neff, 2013)</i>



Sesión	Contenido temático	Práctica formal en sesión	Práctica entre sesiones
			Informal: <i>Atención plena a una actividad diaria</i> (Kabat-Zinn, 1990) <i>La Pausa de la autocompasión</i> (10 min) (Germer & Neff, 2013) <i>Encontrarse con emociones difíciles</i> (Germer & Neff, 2013) <i>Compasión con ecuanimidad</i> (Germer & Neff, 2013) Opcional: Reacción en momentos de comunicación y relación interpersonal (Kabat-Zinn, 1990) Prestar atención a lo que se ingiere a nivel físico y emocional (Kabat-Zinn, 1990)
7	Revisión de la totalidad del curso Ecuanimidad (Germer & Neff, 2013) Impermanencia (Kabat-Zinn, 1990) Resiliencia compasiva (Halifax, 2019)	<i>Meditación de la montaña</i> (20 min) (Kabat-Zinn, 1990) <i>Carta compasiva a un amigo</i> (15 min) (Germer & Neff, 2013) <i>Espalda fuerte, corazón suave</i> (20 min) (Halifax, 2019)	Formal: <i>La respiración afectuosa</i> (Germer & Neff, 2013) <i>El escáner corporal compasivo</i> modificado de (Kabat-Zinn, 1990) <i>Meditación sentada con atención a la respiración y al cuerpo</i> (20 min) (Segal et al., 2015) <i>Meditación sentada con atención a la respiración, al cuerpo, los sonidos, los pensamientos y la consciencia sin elección</i> (20 min) (Segal et al., 2015) <i>Estiramientos de cadenas musculares basados en el Hatha Yoga tumbado en el suelo</i> (20 min) (Luu & Hall, 2016) <i>La bondad amorosa para uno mismo con frases de bondad amorosa</i> (Germer & Neff, 2013) <i>Dar y recibir compasión</i> (Germer & Neff, 2013) Informal: <i>Atención plena a una actividad diaria</i> (Kabat-Zinn, 1990) <i>La Pausa de la autocompasión</i> (10 min) (Germer & Neff, 2013) <i>Encontrarse con emociones difíciles</i> (Germer & Neff, 2013) <i>Compasión con ecuanimidad</i> (Germer & Neff, 2013)

Análisis estadístico

Las variables cuantitativas se presentan como media (m) y desviación típica (DT) y las categóricas como números (n) y proporciones (%).

Para comparar las diferencias entre el grupo control y el grupo intervención entre las variables cuantitativas se utilizó la prueba de U de Mann Whitney y las diferencias entre las variables cualitativas la prueba χ^2 (chi cuadrado).

Se realizó un test de ANOVA de medidas repetidas para las variables de calidad del sueño (PSQI), fatiga (FACIT-fatiga), ansiedad y depresión (HADS), habilidades de atención plena (FFMQ) y la calidad de vida (EQ-5D) incluidas en el estudio. Se calculó el tamaño del efecto mediante el cuadrado parcial (η^2) y se utilizó la corrección de Bonferroni para las comparaciones múltiples a posteriori.

Se realizó un análisis de correlación entre el tiempo de práctica meditativa y la diferencia post y pre-intervención del PSQI, FACIT-fatiga, HADS, FFMQ y los dominios del EQ-5D mediante el coeficiente de correlación de Spearman. Se consideró un valor de $p < 0,05$ como estadísticamente significativa. Se utilizó el programa estadístico IBM SPSS Statistics for Windows, V23.0.



Resultados

Características basales de los pacientes

No hubo diferencias estadísticamente significativas en ninguna de las variables descriptivas evaluadas (Tabla 2). Los pacientes del grupo de intervención meditaron más de 200 minutos de media durante las 8 semanas de duración del programa.

Tabla 2. Características basales y sociodemográficas de los pacientes con APs

Total	Intervención (n= 9)	Control (n= 9)	p
Género (hombre/mujer) (n)	1/8	2/7	0,50
Edad (m ± DT)	52,89 ± 14,63	54,22 ± 9,20	0,82
Tiempo de evolución m ± DT	8,9 ± 5,4	7,8 ± 6,7	0,84
Hábito tabáquico (n)			
Fumador	3	3	0,21
Exfumador	5	2	
No fumador	1	4	
Nivel de educación (n)			
Leer y escribir	1	1	0,61
Nivel elemental	1	1	
Nivel secundario	6	3	
Universidad	1	4	
Actividad laboral (n)			
En activo	5	6	0,73
Jubilado	2	0	
Labores domésticas	0	1	
Estudiante	1	0	
En paro	0	1	
Otras	1	1	
Tiempo de meditación (minutos)	202,5 ± 136,0		

Abreviaturas: APs: artritis psoriásica; DT: desviación típica; EQ-5D: *EuroQol 5 dimensions*; EVA: escala visual analógica; FACIT: *Functional Assessment of Chronic Illness Therapy*; FFMQ: *Five Facet Mindfulness Questionnaire*; HADS: *Hospital Anxiety and Depression Scale*; m: media; n: número; PSQI: *Pittsburgh Sleep Quality Index*

Efecto de la MBI en la calidad del sueño, fatiga, ansiedad, depresión, calidad de vida y habilidades de atención plena

La tabla 3 refleja los cambios en las distintas variables pre y post-intervención en el grupo control y en el grupo intervención.

En relación al tiempo (pre y post-intervención), los resultados obtenidos en el ANOVA de medidas repetidas no mostraron cambios estadísticamente significativos, salvo en la variable duración del sueño del PSQI ($F= 5,94$, $p= 0,03$, $\eta^2= 0,33$). Ambos grupos mejoraron en el tiempo en esta variable.

En relación al grupo, los resultados mostraron diferencias significativas entre ambos grupos para las habilidades de atención plena FFMQ ($F= 5,73$, $p= 0,03$, $\eta^2= 0,16$) y, dentro de este, en el dominio de observación ($F= 6,16$, $p= 0,02$, $\eta^2= 0,33$) y descripción ($F= 5,36$, $p= 0,03$, $\eta^2= 0,30$). El grupo de intervención mostró mayores habilidades de atención plena.

Finalmente, en comparación con el grupo control, el grupo de intervención mostró tras la intervención una mejoría en calidad de sueño del PSQI ($F= 16,58$, $p= 0,002$, $\eta^2= 0,58$), y calidad subjetiva del sueño del PSQI ($F= 6,93$, $p= 0,02$, $\eta^2= 0,36$), así como una reducción en los síntomas de depresión ($F= 6,55$, $p= 0,02$, $\eta^2= 0,35$) y de ansiedad, estos últimos evaluados tanto con el HADS ($F= 14,12$, $p= 0,002$, $\eta^2= 0,46$) como con el cuestionario de calidad de vida EQ-5D ($F= 8,48$, $p= 0,01$, $\eta^2= 0,45$).



Tabla 3. Diferencias en las variables analizadas pre y post-intervención en el grupo control e intervención (test de ANOVA de medidas repetidas) en pacientes con APs

	Pre-intervención			Post-intervención			Efecto tiempo			Efecto grupo			Efecto interacción		
	Grupo control	Grupo intervención		Grupo control	Grupo intervención		F	p	η^2	F	p	η^2	F	p	η^2
		M (DE)	M (DE)		M (DE)	M (DE)									
PSQI	9,20 (3,27)	11,22 (4,11)	10,80 (5,49)	7,33 (4,12)	2,83	0,15	0,19	0,10	0,75	0,08	0,002	0,58	0,002	0,002	0,58
Calidad subjetiva	1,40 (0,54)	1,77 (0,83)	2,00 (1,22)	1,22 (0,83)	0,10	0,91	0,01	0,21	0,65	0,01	0,65	0,01	6,93	0,02	0,36
Latencia del sueño	0,60 (0,54)	1,66 (1,22)	1,00 (1,22)	1,22 (0,97)	0,00	0,93	0,93	1,45	0,25	0,10	0,25	0,10	2,91	0,11	0,19
Duración del sueño	2,60 (0,54)	2,00 (0,70)	2,40 (0,89)	1,11 (1,16)	5,94	0,03	0,33	4,35	0,05	0,27	0,05	0,27	2,38	0,14	0,16
Eficiencia	1,00 (1,41)	1,55 (1,33)	1,60 (1,51)	0,88 (1,16)	0,01	0,91	0,00	0,01	0,91	0,00	0,91	0,00	4,68	0,05	0,28
Perturbación	1,40 (0,54)	2,44 (0,52)	1,60 (0,54)	2,00 (0,50)	0,76	0,40	0,06	7,87	0,01	0,39	0,01	0,39	5,30	0,04	0,36
Uso de medicamentos	0,60 (0,89)	0,77 (1,20)	0,60 (0,89)	0,33 (1,00)	0,92	0,35	0,07	0,00	0,93	0,00	0,93	0,00	0,96	0,29	1,11
Disfunción	1,60 (1,14)	1,00 (0,50)	1,60 (0,89)	0,55 (0,72)	1,80	0,20	1,31	4,16	0,06	0,25	0,06	0,25	1,80	0,20	1,31
FACIT-fatiga	23,80 (13,82)	29,33 (12,89)	27,20 (12,51)	34,11 (11,62)	1,83	0,20	0,13	0,96	0,34	0,07	0,34	0,07	0,05	0,82	0,00
HAD-Ansiedad	9,33 (4,87)	9,67 (5,07)	10,78 (4,04)	5,33 (3,46)	3,53	0,07	0,18	1,75	0,20	0,09	0,20	0,09	14,12	0,002	0,46
HAD-Depresión	8,20 (4,65)	7,89 (5,08)	9,80 (5,12)	4,22 (3,66)	1,00	0,33	0,07	1,56	0,23	0,11	0,23	0,11	6,55	0,02	0,35
FFMQ	110,20 (24,0)	132,67 (27,48)	114,20 (21,17)	141,78 (20,37)	0,65	0,43	0,05	5,73	0,03	0,16	0,03	0,16	0,10	0,75	0,00
Observación	23,40 (4,56)	27,22 (7,54)	22,80 (7,39)	31,77 (5,21)	0,65	0,43	0,05	6,16	0,02	0,33	0,02	0,33	1,10	0,31	0,08
Descripción	22,80 (8,16)	30,11 (6,58)	24,20 (5,89)	31,44 (5,43)	0,63	0,42	0,05	5,36	0,03	0,30	0,03	0,30	0,00	0,98	0,00
Actuar en conciencia	20,80 (6,09)	27,88 (10,36)	24,80 (9,54)	28,11 (7,86)	1,05	0,32	0,08	1,35	0,26	0,10	0,26	0,10	0,84	0,37	0,06
Ausencia juicio	23,60 (7,92)	24,88 (7,92)	24,40 (9,65)	27,33 (6,74)	0,98	0,33	0,07	0,26	0,61	0,02	0,61	0,02	0,25	0,62	0,02
Ausencia reactividad	19,60 (4,03)	22,55 (6,18)	18,00 (6,40)	23,11 (5,44)	0,67	0,80	0,00	2,74	0,12	0,18	0,12	0,18	0,28	0,60	0,02
EQ-5D															
Movilidad	1,00 (0,00)	1,55 (0,52)	1,33 (0,57)	1,44 (0,52)	0,71	0,41	0,06	1,15	0,30	0,10	0,30	0,10	2,85	0,12	0,22
Autocuidado	1,33 (0,57)	1,22 (0,44)	1,33 (0,57)	1,11 (0,33)	0,53	0,48	0,05	0,96	0,76	0,10	0,76	0,10	1,23	0,56	0,24
Actividades	1,33 (0,57)	1,77 (0,66)	1,33 (0,57)	1,55 (0,52)	0,93	0,35	0,08	0,31	0,58	0,30	0,58	0,30	0,31	0,58	0,30
Dolor	1,66 (0,57)	2,22 (0,66)	2,00 (0,00)	2,33 (0,50)	2,85	0,12	0,22	1,63	0,23	0,14	0,23	0,14	0,71	0,41	0,06
Ansiedad	1,66 (0,57)	2,11 (0,60)	2,00 (0,00)	1,44 (0,52)	0,93	0,35	0,08	0,31	0,86	0,03	0,86	0,03	8,48	0,01	0,45
Grado de salud (EVA)	60,66 (4,04)	59,77 (19,43)	45,00 (13,22)	63,55 (24,07)	1,23	0,29	0,11	0,52	0,47	0,04	0,47	0,04	3,29	0,10	0,24

Abreviaturas: APs: artritis psoriásica; DE: desviación estándar; EQ-5D: EuroQol 5 dimensions; EVA: escala visual analógica; FACIT: Functional Assessment of Chronic Illness Therapy; FFMQ: Five Facet Mindfulness Questionnaire; HADS: Hospital Anxiety and Depression Scale; M: media; PSQI: Pittsburgh Sleep Quality Index (puntuaciones superiores implican una peor calidad del sueño).

Relación entre el tiempo de práctica de meditación y las distintas variables analizadas

Dentro de grupo de intervención, los participantes que finalizaron el programa practicaron entre 4-6 días a la semana y le dedicaron entre 20-60 minutos cada día.

El mayor tiempo de práctica meditativa se correlacionó de forma inversa con la eficiencia ($r = -0,83$, $p = 0,005$) y la disfunción del sueño ($r = -0,81$, $p = 0,008$) (i.e., mejoró la eficiencia y la disfunción del sueño) y de forma directa con la habilidad de actuar en conciencia de la atención plena ($r = 0,81$, $p = 0,008$) (tabla 4).

Tabla 4. Coeficientes de correlación entre el tiempo de práctica de meditación y la diferencia post y pre-intervención del PSQI, FACIT-fatiga, HADS, FFMQ y los dominios del EQ-5D (*r* de Spearman)

Variables	r	p
PSQI	-0,50	0,16
Calidad subjetiva	-0,54	0,13
Latencia del sueño	-0,53	0,13
Duración del sueño	-0,23	0,53
Eficiencia	-0,83	0,005
Perturbación	-0,18	0,64
Uso de medicamentos	-0,26	0,48
Disfunción	-0,81	0,008
FACIT fatiga	-0,27	0,48
HADS ansiedad	-0,49	0,17
HADS depresión	-0,45	0,21
FFMQ	0,44	0,23
Observación	0,49	0,17
Descripción	0,35	0,34
Actuar en conciencia	0,81	0,008
Ausencia de juicio	0,18	0,62
Ausencia reactividad	0,32	0,39
EQ-5D		
Movilidad	0,02	0,99
Autocuidado	-0,56	0,10
Actividades habituales	0,06	0,86
Dolor	-0,09	0,98
Ansiedad	-0,33	0,38
Grado de salud (EVA)	0,15	0,68

Abreviaturas: EQ-5D: *EuroQol 5 dimensions*; EVA: escala visual analógica; FACIT: *Functional Assessment of Chronic Illness Therapy*; FFMQ: *Five Facet Mindfulness Questionnaire*; HADS: *Hospital Anxiety and Depression Scale*; PSQI: *Pittsburgh Sleep Quality Index*



Análisis de aceptabilidad de la intervención

La media de sesiones asistidas fue de 7,22 (90,27%). El grado de satisfacción de los participantes en cuanto al programa y a la instructora fue muy alto (tabla 5). Todas las preguntas superaron la puntuación de 9, excepto la relacionada con la duración de las sesiones, en las que hubo consenso: *hubiera deseado una mayor duración*. También se realizaron preguntas abiertas a los participantes con la intención de conocer sus opiniones con el fin de mejorar en futuras ediciones del programa. Las prácticas relacionadas con atención centrada en la respiración (entre estas la respiración afectuosa), las prácticas de compasión y los estiramientos de hatha yoga fueron valoradas como las más beneficiosas por la mayoría.

Tabla 5. Cuestionario de satisfacción de los pacientes con el programa de atención plena en Reumatología

Preguntas	Puntuación (media)	DT
Preguntas sobre el programa		
¿Recomendarías este programa a tus amigos, familiares u otra persona con enfermedad reumática?	9,58	0,67
¿Cómo describirías tu grado de satisfacción con el programa?	9,42	0,90
¿Fueron claros los objetivos del programa?	9,50	0,79
¿Te ha parecido adecuada la organización (información, cumplimiento de fechas y horarios, entrega de material)?	9,50	1,0
¿Te han parecido adecuadas las actividades durante la sesión y las prácticas para realizar en casa?	9,50	0,79
¿Te ha parecido adecuada la duración de las sesiones y del programa?	8,92	1,16
Preguntas sobre la instructora		
¿Cómo calificarías en general a la instructora del programa?	9,67	0,65
¿Es clara y adecuada la forma de hablar de la instructora durante la sesión?	9,75	0,45
¿Qué nivel de conocimiento tiene la instructora respecto a la atención plena en reumatología?	9,75	0,45
¿Se ha comportado de forma respetuosa y compasiva durante las sesiones?	9,83	0,39
¿Te ha parecido adecuado el material escrito y las grabaciones que ha compartido al finalizar la sesión?	9,92	0,29
¿Te ha parecido adecuada la disponibilidad y comunicación con la instructora?	10	0,00

Abreviaturas: DT: desviación típica.

También hubo opiniones positivas hacia la instructora y su forma de guiar al grupo: *Me ha gustado mucho la forma de plantear el programa, la persona que lo ha dirigido se ha implicado mucho, o lo que más me ha gustado ha sido la forma de guiar de la instructora*. Las relaciones que se han establecido entre los participantes, la sinceridad surgida entre ellos y la sensación de pertenencia a un grupo de personas que comparten una misma enfermedad ha sido algo muy enriquecedor: *la idea de grupo con la misma enfermedad ha hecho que nos sintamos comprendidos y nos ha dado seguridad*.

A pesar de que la enfermedad ha sido una tema del que no se ha hablado explícitamente, sí ha surgido desde el punto de vista vivencial y algunos refieren haber aprendido una nueva forma de relacionarse con ella a través de la atención plena. Una revelación muy importante para los participantes que les ha reconfortado es el concepto de humanidad compartida, el hecho de *que no estoy solo, hay más personas con mi misma enfermedad*.

En la enseñanza fundamental del programa *tengo que vivir el momento presente, ser compasiva conmigo misma*. Otra participante destaca que *debo vivir mi presente, dejar que todo fluya, no dejarme llevar por el estrés y no dejar que los pensamientos me dominen y me bloqueen*.

Todos han coincidido en que el programa ha mejorado su salud y bienestar, *me ha aportado bienestar, fortaleza para vivir con la enfermedad, serenidad y autocompasión, relativizar y aprender a vivir de otra manera*. Otra participante ha respondido *mi salud mental ha mejorado tras comenzar a practicar mindfulness. Puedo tomar las riendas de lo que está pasando y no dejar arrastrarme por los pensamientos*. Otra persona refiere que *estoy más centrada, me siento más fuerte, siento lo que sucede a mi alrededor desde otra perspectiva, me cuido más*.

Discusión

El objetivo general de este estudio fue evaluar el efecto de una intervención basada en mindfulness en el estado de salud y bienestar de pacientes con APs. No hay estudios que hayan estudiado el efecto de una intervención basada en mindfulness en el estado de salud y bienestar en pacientes con APs. Con respecto a otras enfermedades reumáticas, como la fibromialgia (Andrés-Rodríguez et al., 2019; Cash et al., 2015; Kundakci et al., 2022; Lauche et al., 2013; Sanada et al., 2015), hay publicadas varias revisiones que muestran el impacto positivo en distintas dimensiones evaluadas. En concreto, en otra enfermedad reumática inflamatoria como la artritis reumatoide, se han evaluado distintos dominios y biomarcadores de la enfermedad, donde un programa de terapia cognitivo-conductual basado en mindfulness mejoró el dolor y los niveles de interleukina 6 (IL-6), el afrontamiento de la enfermedad, el afecto y redujo el número de articulaciones dolorosas (Dissanayake & Bertouch, 2010). Otro programa MBSR en pacientes con esta enfermedad confirmó la mejoría de parámetros inflamatorios, como la actividad inflamatoria, la rigidez matutina y el dolor (Fogarty et al., 2015). Otros síntomas, como



el dolor, la fatiga, la ansiedad y la depresión también han mejorado en otros estudios (DiRenzo et al., 2018; Zhou et al., 2020).

En relación al primer objetivo específico (i.e., evaluar el impacto de la práctica de mindfulness en la calidad del sueño de pacientes con APs), los resultados han confirmado que la intervención ha mejorado la calidad del sueño y la variable calidad subjetiva del sueño de los pacientes que han participado en la intervención. Nuestros datos son consistentes con otros estudios previos en los que se ha demostrado que el mindfulness mejora la calidad del sueño (Barrett et al., 2020; Black et al., 2015; Rusch et al., 2019). Los beneficios de los programas de mindfulness sobre la calidad del sueño han sido descritos tanto en población general (Barrett et al., 2020; Rusch et al., 2019) como en distintos colectivos (Adler et al., 2017; Black et al., 2015; Blake et al., 2017; Nourian et al., 2021). Se ha encontrado una mejoría en la calidad del sueño (Adler et al., 2017) y en las perturbaciones del sueño (Barrett et al., 2020) así como en otros síntomas relacionados con el insomnio, como fatiga y depresión en adultos mayores. Además, esta mejoría en la calidad del sueño se ha relacionado con la subescala de no reactividad del FFMQ (Black et al., 2015).

En relación al segundo objetivo específico (i.e., evaluar el impacto de la intervención en síntomas físicos, como la fatiga), los resultados no han demostrado ninguna mejoría en esta variable tras la intervención. En la literatura revisada tampoco ha habido mejoría en la fatiga salvo en un pequeño estudio incluido en una revisión sistemática y metaanálisis en fibromialgia (Lauche et al., 2013) que evalúa la fatiga, sin poder valorar el efecto a largo plazo.

En relación al tercero objetivo específico (i.e., evaluar el impacto en comorbilidades, como la ansiedad y la depresión, así como en la calidad de vida), los pacientes han mejorado tanto en los niveles de sintomatología ansiosa y depresiva. El resultado es consistente con lo observado en otras enfermedades reumáticas como la fibromialgia, donde la práctica de mindfulness mejora la calidad del sueño. De hecho, se observa una mejora en la relación circular que se establece entre el dolor, la ansiedad, la depresión y la calidad del sueño, siendo la ansiedad y la depresión moduladores del efecto de la atención plena en la calidad del sueño (Park et al., 2020).



En relación al cuarto objetivo (i.e., evaluar el desarrollo de habilidades de atención plena), no se ha encontrado ningún cambio tras la intervención en comparación con el grupo control. Cabe señalar que el grupo de intervención mostró niveles más altos en estas habilidades que el grupo control. En este punto conviene recordar que la atención plena puede entenderse tanto como un estado (la consciencia que emerge al prestar atención de forma deliberada, en el momento presente y sin juicio; Kabat-Zinn, 2003), como un rasgo (habilidades como la observación, la aceptación, la actuación con consciencia o la no reacción; Kiken et al., 2015). Teniendo en cuenta que la escala FFMQ evalúa habilidades rasgo, es posible que esta medida no haya sido sensible a los cambios en atención plena estado tras la intervención. Los niveles más altos en estas facetas se han asociado previamente con una mejor salud psicológica en dolor crónico y otras poblaciones (Bränström et al., 2011; Desrosiers et al., 2013; Lee et al., 2017; Poulin et al., 2016) y también se han correlacionado con una mejor calidad del sueño (Park et al., 2020).

Aunque la intervención fue breve, el tiempo de práctica meditativa de los participantes se relacionó con mayor habilidad para actuar en conciencia y mejores indicadores de calidad de sueño. En un estudio previo (Adler et al., 2017) se ha confirmado la relación entre un mayor tiempo de práctica meditativa y la mejoría en la calidad del sueño, sugiriendo que los beneficios del entrenamiento en atención plena para la calidad del sueño dependen de la práctica continua.

El objetivo de cualquier intervención en atención plena es el entrenamiento como una habilidad psicológica. Estas habilidades se adquieren de forma progresiva, con la práctica, confirmando en este estudio una fuerte correlación positiva de la duración de la práctica meditativa con la habilidad de actuar en conciencia. Se desconoce si hubieran mejorado otras habilidades de atención plena con un mayor tiempo de práctica y/o seguimiento.

En relación al quinto objetivo (i.e., analizar la aceptabilidad de la intervención), el grado de satisfacción de los participantes en cuanto al programa y a la instructora fue muy alto, similar a lo descrito en la literatura en intervenciones psicológicas de similares características (Hervás et al., 2016).



Limitaciones

El presente estudio tiene algunas limitaciones. En primer lugar, la presente intervención ha incluido un número reducido de pacientes. Por esta razón, y por el tiempo limitado para realizar la intervención no ha podido realizarse una adecuada aleatorización. Además, la propia naturaleza de la intervención ha impedido el cegamiento. La intervención y el análisis ha sido realizado por la misma persona. Los participantes conocían el objetivo del estudio, lo que ha podido producir un sesgo de expectativas. En segundo lugar, es posible que programas de mayor duración obtengan mejores resultados en las variables estudiadas. En tercer lugar, en el estudio no se midieron variables de actividad de la enfermedad, por lo que resulta difícil contextualizar los resultados obtenidos en relación con el control de la clínica articular de los pacientes. También supone una limitación la deserción de algunos de los participantes, aunque de todos ellos hemos obtenido una razón justificada para el abandono del estudio. En cuarto lugar, al no haber podido realizar un seguimiento, se desconoce el efecto de esta intervención a medio o largo plazo en las variables estudiadas. Finalmente, aunque la prevalencia de la APs es superior en mujeres, el predominio de mujeres en el programa puede restar validez externa a los resultados.

Fortalezas

A pesar de las limitaciones, este estudio tiene varias fortalezas. En primer lugar, es el primer estudio que evalúa el efecto de intervención de mindfulness en la calidad del sueño, la fatiga, la ansiedad o la depresión en pacientes con APs. Además, se han utilizado instrumentos de medida validados en cada una de las variables. Además, el programa fue impartido por una instructora cualificada en el *Mindfulness based stress reduced* (MBSR), en formación continua sobre la atención plena. Finalmente, el formato del programa *on line* es innovador, aunque se ha generalizado tras la pandemia reciente, con un grado de aceptación y de satisfacción con el programa y la instructora muy elevado entre todos los participantes.

En conclusión, este estudio permite ampliar la investigación sobre las terapias de tercera generación en pacientes con APs y profundizar en el conocimiento y la aplicación de estas intervenciones para futuros estudios de validación de estos programas en esta enfermedad. Se puede concluir que esta intervención basada en mindfulness es eficaz es

mejorar la calidad del sueño y los síntomas de ansiedad y depresión en pacientes con APs. Además, un mayor tiempo de práctica meditativa mejoró la eficiencia, la disfunción del sueño y la habilidad de actuar en conciencia de los participantes. En cualquier caso, son necesarios estudios controlados y aleatorizados con un mayor tamaño muestral que permitan la generalización de estos resultados.

En definitiva, este es el primer estudio hasta donde sabemos de la eficacia de las MBI en pacientes con APs. Se espera que las conclusiones de este estudio sean el germen para la realización de estudios controlados y aleatorizados con un mayor tamaño muestral que permitan la generalización de estos resultados.

Bibliografía

- Adler, E., Dhruva, A., Moran, P. J., Daubenmier, J., Acree, M., Epel, E. S., . . . Hecht, F. M. (2017). Impact of a Mindfulness-Based Weight-Loss Intervention on Sleep Quality Among Adults with Obesity: Data from the SHINE Randomized Controlled Trial. *Journal of Alternative and Complementary Medicine*, 23(3), 188-195. <https://doi.org/10.1089/acm.2016.0141>
- Agarwal, A. (2019). The Effect of Self-Compassion in the Experience of Anxiety and Fear During an Interpersonal Stressor. In. ETD Archive.
- Andrés-Rodríguez, L., Borràs, X., Feliu-Soler, A., Pérez-Aranda, A., Rozadilla-Sacanell, A., Montero-Marin, J., . . . Luciano, J. V. (2019). Immune-inflammatory pathways and clinical changes in fibromyalgia patients treated with Mindfulness-Based Stress Reduction (MBSR): A randomized, controlled clinical trial. *Brain, Behavior, and Immunity*, 80, 109-119. <https://doi.org/10.1016/j.bbi.2019.02.030>
- Badia, X., Roset, M., Montserrat, S., Herdman, M., & Segura, A. (1999). [The Spanish version of EuroQol: a description and its applications. European Quality of Life scale]. *Medicina Clínica (Barc)*, 112 Suppl 1, 79-85.
- Baer, R. A., Smith, G. T., Hopkins, J., Krietemeyer, J., & Toney, L. (2006). Using self-report assessment methods to explore facets of mindfulness. *Assessment*, 13(1), 27-45. <https://doi.org/10.1177/1073191105283504>
- Barrett, B., Harden, C. M., Brown, R. L., Coe, C. L., & Irwin, M. R. (2020). Mindfulness meditation and exercise both improve sleep quality: Secondary analysis of a randomized controlled trial of community dwelling adults. *Sleep Health*, 6(6), 804-813. <https://doi.org/10.1016/j.sleh.2020.04.003>
- Beck, A. T., Ward, C. H., Mendelson, M., Mock, J., & Erbaugh, J. (1961). An inventory for measuring depression. *Archives Of General Psychiatry*, 4, 561-571. <https://doi.org/10.1001/archpsyc.1961.01710120031004>



- Bishop, S. R., Lau, M., Shapiro, S., Carlson, L., Anderson, N. D., Carmody, J., . . . Devins, G. (2004). Mindfulness: A proposed operational definition. *Clinical Psychology: Science and Practice*, 11, 230-241. <https://doi.org/10.1093/clipsy.bph077>
- Black, D. S., O'Reilly, G. A., Olmstead, R., Breen, E. C., & Irwin, M. R. (2015). Mindfulness meditation and improvement in sleep quality and daytime impairment among older adults with sleep disturbances: a randomized clinical trial. *JAMA Internal Medicine*, 175(4), 494-501. <https://doi.org/10.1001/jamainternmed.2014.8081>
- Blake, M. J., Snoep, L., Raniti, M., Schwartz, O., Waloszek, J. M., Simmons, J. G., . . . Allen, N. B. (2017). A cognitive-behavioral and mindfulness-based group sleep intervention improves behavior problems in at-risk adolescents by improving perceived sleep quality. *Behaviour Research and Therapy*, 99, 147-156. <https://doi.org/10.1016/j.brat.2017.10.006>
- Brand, S., Holsboer-Trachsler, E., Naranjo, J. R., & Schmidt, S. (2012). Influence of mindfulness practice on cortisol and sleep in long-term and short-term meditators. *Neuropsychobiology*, 65(3), 109-118. <https://doi.org/10.1159/000330362>
- Bränström, R., Duncan, L. G., & Moskowitz, J. T. (2011). The association between dispositional mindfulness, psychological well-being, and perceived health in a Swedish population-based sample. *British Journal of Health Psychology*, 16(Pt 2), 300-316. <https://doi.org/10.1348/135910710X501683>
- Brooks, R. (1996). EuroQol: the current state of play. *Health Policy*, 37(1), 53-72. [https://doi.org/10.1016/0168-8510\(96\)00822-6](https://doi.org/10.1016/0168-8510(96)00822-6)
- Buyse, D. J., Reynolds, C. F., Monk, T. H., Berman, S. R., & Kupfer, D. J. (1989). The Pittsburgh Sleep Quality Index: a new instrument for psychiatric practice and research. *Psychiatry Research*, 28(2), 193-213. [https://doi.org/10.1016/0165-1781\(89\)90047-4](https://doi.org/10.1016/0165-1781(89)90047-4)
- Callis Duffin, K., Wong, B., Horn, E. J., & Krueger, G. G. (2009). Psoriatic arthritis is a strong predictor of sleep interference in patients with psoriasis. *Journal of the American Academy of Dermatology*, 60(4), 604-608. <https://doi.org/10.1016/j.jaad.2008.10.059>
- Cash, E., Salmon, P., Weissbecker, I., Rebholz, W. N., Bayley-Veloso, R., Zimmaro, L. A., . . . Sephton, S. E. (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>
- Cañete, J. D., Tasende, J. A. P., Laserna, F. J. R., Castro, S. G., & Queiro, R. (2020). The Impact of Comorbidity on Patient-Reported Outcomes in Psoriatic Arthritis: A Systematic Literature Review. *Rheumatology and Therapy*, 7(2), 237-257. <https://doi.org/10.1007/s40744-020-00202-x>
- Cebolla A., G.-P. A., Soler J., Guillen V., Baños R., Botella C. (2012). Psychometric properties of the Spanish validation of the Five Facets of Mindfulness Questionnaire (FFMQ). In (Vol. 26, pp. 118-126). *The European Journal of Psychiatry*.



- Cella, D. (1997). The Functional Assessment of Cancer Therapy-Anemia (FACT-An) Scale: a new tool for the assessment of outcomes in cancer anemia and fatigue. *Seminars in Hematology*, 34(3 Suppl 2), 13-19.
- Chambers, R., Lo, B. C. Y., & Allen, N. B. (2008). The impact of intensive mindfulness training on attentional control, cognitive style, and affect. *Cognitive Therapy and Research*, 32, 303-322. <https://doi.org/10.1007/s10608-007-9119-0>
- Chandran, V., Bhella, S., Schentag, C., & Gladman, D. D. (2007). Functional assessment of chronic illness therapy-fatigue scale is valid in patients with psoriatic arthritis. *Annals of Rheumatic Diseases*, 66(7), 936-939. <https://doi.org/10.1136/ard.2006.065763>
- Corcoran, K. M., Farb, N., Anderson, A., & Segal, Z. V. (2010). Mindfulness and emotion regulation: Outcomes and possible mediating mechanisms. In *Emotion regulation and psychopathology: A transdiagnostic approach to etiology and treatment*. (pp. 339-355). The Guilford Press.
- Crowe, M., Jordan, J., Burrell, B., Jones, V., Gillon, D., & Harris, S. (2016). Mindfulness-based stress reduction for long-term physical conditions: A systematic review. *Australian & New Zealand Journal of Psychiatry*, 50(1), 21-32. <https://doi.org/10.1177/0004867415607984>
- Desrosiers, A., Klemanski, D. H., & Nolen-Hoeksema, S. (2013). Mapping mindfulness facets onto dimensions of anxiety and depression. *Behavior Therapy*, 44(3), 373-384. <https://doi.org/10.1016/j.beth.2013.02.001>
- DiRenzo, D., Crespo-Bosque, M., Gould, N., Finan, P., Nanavati, J., & Bingham, C. O. (2018). Systematic Review and Meta-analysis: Mindfulness-Based Interventions for Rheumatoid Arthritis. *Current Rheumatology Reports*, 20(12), 75. <https://doi.org/10.1007/s11926-018-0787-4>
- Dissanayake, R. K., & Bertouch, J. V. (2010). Psychosocial interventions as adjunct therapy for patients with rheumatoid arthritis: a systematic review. *International Journal of Rheumatic Diseases*, 13(4), 324-334. <https://doi.org/10.1111/j.1756-185X.2010.01563.x>
- Fogarty, F. A., Booth, R. J., Gamble, G. D., Dalbeth, N., & Consedine, N. S. (2015). The effect of mindfulness-based stress reduction on disease activity in people with rheumatoid arthritis: a randomised controlled trial. *Annals of Rheumatic Diseases*, 74(2), 472-474. <https://doi.org/10.1136/annrheumdis-2014-205946>
- Fredrickson, B. L., Cohn, M. A., Coffey, K. A., Pek, J., & Finkel, S. M. (2008). Open hearts build lives: positive emotions, induced through loving-kindness meditation, build consequential personal resources. *Journal of Personality and Social Psychology*, 95(5), 1045-1062. <https://doi.org/10.1037/a0013262>
- Füstös, J., Gramann, K., Herbert, B. M., & Pollatos, O. (2013). On the embodiment of emotion regulation: interoceptive awareness facilitates reappraisal. *Social Cognitive and Affective Neuroscience*, 8(8), 911-917. <https://doi.org/10.1093/scan/nss089>
- Germer, C. K., & Neff, K. D. (2013). Self-compassion in clinical practice. *Journal of Clinical Psychology*, 69(8), 856-867. <https://doi.org/10.1002/jclp.22021>



- Gezer, O., Batmaz, İ., Sariyildiz, M. A., Sula, B., Ucmak, D., Bozkurt, M., & Nas, K. (2017). Sleep quality in patients with psoriatic arthritis. *International Journal of Rheumatic Diseases*, 20(9), 1212-1218. <https://doi.org/10.1111/1756-185x.12505>
- Gilbert, P. (2009). *The compassionate mind: A new approach to life's challenges*. New Harbinger.
- Gowda, S., Goldblum, O. M., McCall, W. V., & Feldman, S. R. (2010). Factors affecting sleep quality in patients with psoriasis. *Journal of the American Academy of Dermatology*, 63(1), 114-123. <https://doi.org/10.1016/j.jaad.2009.07.003>
- Goyal, M., Singh, S., Sibinga, E. M., Gould, N. F., Rowland-Seymour, A., Sharma, R., . . . Haythornthwaite, J. A. (2014). Meditation programs for psychological stress and well-being: a systematic review and meta-analysis. *JAMA Internal Medicine*, 174(3), 357-368. <https://doi.org/10.1001/jamainternmed.2013.13018>
- Grensman, A., Acharya, B. D., Wändell, P., Nilsson, G. H., Falkenberg, T., Sundin, Ö., & Werner, S. (2018). Effect of traditional yoga, mindfulness-based cognitive therapy, and cognitive behavioral therapy, on health related quality of life: a randomized controlled trial on patients on sick leave because of burnout. *BMC Complementary Medicine and Therapies*, 18(1), 80. <https://doi.org/10.1186/s12906-018-2141-9>
- Grossman, P., Niemann, L., Schmidt, S., & Walach, H. (2004). Mindfulness-based stress reduction and health benefits. A meta-analysis. *Journal of Psychosomatic Research*, 57(1), 35-43. [https://doi.org/10.1016/S0022-3999\(03\)00573-7](https://doi.org/10.1016/S0022-3999(03)00573-7)
- Gudu, T., & Gossec, L. (2018). Quality of life in psoriatic arthritis. *Expert Review of Clinical Immunology*, 14(5), 405-417. <https://doi.org/10.1080/1744666X.2018.1468252>
- Gupta, M. A., Simpson, F. C., & Gupta, A. K. (2016). Psoriasis and sleep disorders: A systematic review. *Sleep Medicine Reviews*, 29, 63-75. <https://doi.org/10.1016/j.smrv.2015.09.003>
- Halifax, J. (2019). Estar con los que mueren. In: Barcelona, España: Kairós.
- Hervás, Gonzalo, Cebolla, Ausiàs, & Soler, Joaquim. (2016). Intervenciones psicológicas basadas en mindfulness y sus beneficios: estado actual de la cuestión. *Clínica y Salud*, 27(3), 115-124. <https://dx.doi.org/10.1016/j.clysa.2016.09.002>
- Husni, M. E., Merola, J. F., & Davin, S. (2017). The psychosocial burden of psoriatic arthritis. *Seminars in Arthritis and Rheumatism*, 47(3), 351-360. <https://doi.org/10.1016/j.semarthrit.2017.05.010>
- Hölzel, B. K., Carmody, J., Vangel, M., Congleton, C., Yerramsetti, S. M., Gard, T., & Lazar, S. W. (2011). Mindfulness practice leads to increases in regional brain gray matter density. *Psychiatry Research*, 191(1), 36-43. <https://doi.org/10.1016/j.psychresns.2010.08.006>
- Kabat-Zinn, J. (1990). *Full catastrophe living: using the wisdom of your body and mind to face stress, pain and illness*. Delacorte Press: Nueva York (EEUU).
- Kabat-Zinn, J. (2003). Mindfulness-based interventions in context: Past, present, and future. *Clinical Psychology: Science and Practice*, 10, 144-156. <https://doi.org/10.1093/clipsy.bpg016>



- Kabat-Zinn, J., & Chapman-Waldrop, A. (1988). Compliance with an outpatient stress reduction program: rates and predictors of program completion. *Journal of Behavioral Medicine*, 11(4), 333-352. <https://doi.org/10.1007/BF00844934>
- Kiken, L. G., Garland, E. L., Bluth, K., Palsson, O. S., & Gaylord, S. A. (2015). From a state to a trait: Trajectories of state mindfulness in meditation during intervention predict changes in trait mindfulness. *Pers Individ Dif*, 81, 41-46. <https://doi.org/10.1016/j.paid.2014.12.044>
- Knox, M., Neff, K., & Davidson, O. (2016). Comparing compassion for self and others: Impacts on personal and interpersonal well-being. In: Artículo presentado en el 14 encuentro anual de la Association for Contextual Behavioral Science World, Seattle, WA.
- Krajewska-Włodarczyk, M., Owczarczyk-Saczonek, A., & Placek, W. (2017). Fatigue - an underestimated symptom in psoriatic arthritis. *Reumatologia*, 55(3), 125-130. <https://doi.org/10.5114/reum.2017.68911>
- Krajewska-Włodarczyk, M., Owczarczyk-Saczonek, A., & Placek, W. (2018). Sleep disorders in patients with psoriatic arthritis and psoriasis. *Reumatologia*, 56(5), 301-306. <https://doi.org/10.5114/reum.2018.79501>
- Kundakci, B., Kaur, J., Goh, S. L., Hall, M., Doherty, M., Zhang, W., & Abhishek, A. (2022). Efficacy of nonpharmacological interventions for individual features of fibromyalgia: a systematic review and meta-analysis of randomised controlled trials. *Pain*, 163(8), 1432-1445. <https://doi.org/10.1097/j.pain.0000000000002500>
- Lauche, R., Cramer, H., Dobos, G., Langhorst, J., & Schmidt, S. (2013). A systematic review and meta-analysis of mindfulness-based stress reduction for the fibromyalgia syndrome. *Journal of Psychosomatic Research*, 75(6), 500-510. <https://doi.org/10.1016/j.jpsychores.2013.10.010>
- Lee, A. C., Harvey, W. F., Price, L. L., Morgan, L. P. K., Morgan, N. L., & Wang, C. (2017). Mindfulness is associated with psychological health and moderates pain in knee osteoarthritis. *Osteoarthritis Cartilage*, 25(6), 824-831. <https://doi.org/10.1016/j.joca.2016.06.017>
- Luberto, C. M., Shinday, N., Song, R., Philpotts, L. L., Park, E. R., Fricchione, G. L., & Yeh, G. Y. (2018). A Systematic Review and Meta-analysis of the Effects of Meditation on Empathy, Compassion, and Prosocial Behaviors. *Mindfulness (N Y)*, 9(3), 708-724. <https://doi.org/10.1007/s12671-017-0841-8>
- Luu, K., & Hall, P. A. (2016). Hatha Yoga and Executive Function: A Systematic Review. *The Journal of Alternative and Complementary Medicine*, 22(2), 125-133. <https://doi.org/10.1089/acm.2014.0091>
- Moore, A., & Malinowski, P. (2009). Meditation, mindfulness and cognitive flexibility. *Consciousness and Cognition*, 18(1), 176-186. <https://doi.org/10.1016/j.concog.2008.12.008>
- Neff, K. D. (2003). Self-Compassion: An Alternative Conceptualization of a Healthy Attitude Toward Oneself. *Self and Identity*, 2, 85-101. <https://doi.org/10.1080/15298860309032>



- Nourian, M., Nikfarid, L., Khavari, A. M., Barati, M., & Allahgholipour, A. R. (2021). The Impact of an Online Mindfulness-Based Stress Reduction Program on Sleep Quality of Nurses Working in COVID-19 Care Units: A Clinical Trial. *Holistic Nursing Practice*, 35(5), 257-263. <https://doi.org/10.1097/HNP.0000000000000466>
- Nummenmaa, L., Glerean, E., Hari, R., & Hietanen, J. K. (2014). Bodily maps of emotions. *Proceedings of the National Academy of Sciences of U S A*, 111(2), 646-651. <https://doi.org/10.1073/pnas.1321664111>
- Park, M., Zhang, Y., Price, L. L., Bannuru, R. R., & Wang, C. (2020). Mindfulness is associated with sleep quality among patients with fibromyalgia. *International Journal of Rheumatic Diseases*, 23(3), 294-301. <https://doi.org/10.1111/1756-185X.13756>
- Poulin, P. A., Romanow, H. C., Rahbari, N., Small, R., Smyth, C. E., Hatchard, T., . . . Wilson, K. G. (2016). The relationship between mindfulness, pain intensity, pain catastrophizing, depression, and quality of life among cancer survivors living with chronic neuropathic pain. *Support Care Cancer*, 24(10), 4167-4175. <https://doi.org/10.1007/s00520-016-3243-x>
- Ramos-Goñi, J. M., Craig, B. M., Oppe, M., Ramallo-Fariña, Y., Pinto-Prades, J. L., Luo, N., & Rivero-Arias, O. (2018). Handling Data Quality Issues to Estimate the Spanish EQ-5D-5L Value Set Using a Hybrid Interval Regression Approach. *Value Health*, 21(5), 596-604. <https://doi.org/10.1016/j.jval.2017.10.023>
- Rusch, H. L., Rosario, M., Levison, L. M., Olivera, A., Livingston, W. S., Wu, T., & Gill, J. M. (2019). The effect of mindfulness meditation on sleep quality: a systematic review and meta-analysis of randomized controlled trials. *Annals of the New York Academy of Sciences journal*, 1445(1), 5-16. <https://doi.org/10.1111/nyas.13996>
- Sanada, K., Díez, M. A., Valero, M. S., Pérez-Yus, M. C., Demarzo, M. M., García-Toro, M., & García-Campayo, J. (2015). Effects of non-pharmacological interventions on inflammatory biomarker expression in patients with fibromyalgia: a systematic review. *Arthritis Research & Therapy*, 17, 272. <https://doi.org/10.1186/s13075-015-0789-9>
- Segal, Z., Williams, M. G., & Teasdale, J. G. (2015). *Terapia cognitiva basada en el Mindfulness para la depresión*. Barcelona, España: Kairós.
- Seoane-Mato, D., Sánchez-Piedra, C., Silva-Fernández, L., Sivera, F., Blanco, F. J., Pérez Ruiz, F., . . . Bustabad, S. (2019). Prevalence of rheumatic diseases in adult population in Spain (EPISER 2016 study): Aims and methodology. *Reumatología Clínica (Engl Ed)*, 15(2), 90-96. <https://doi.org/10.1016/j.reuma.2017.06.009>
- Siegel, D. J. (1999). The developing mind: how relationships and the brain interact to shape who we are. In: Guilford.
- Taylor, W., Gladman, D., Helliwell, P., Marchesoni, A., Mease, P., Mielants, H., & Group, C. S. (2006). Classification criteria for psoriatic arthritis: development of new criteria from a large international study. *Arthritis & Rheumatology*, 54(8), 2665-2673. <https://doi.org/10.1002/art.21972>



- Tezel, N., Yilmaz Tasdelen, O., Bodur, H., Gul, U., Kulcu Cakmak, S., Oguz, I. D., & Karabulut, E. (2015). Is the health-related quality of life and functional status of patients with psoriatic arthritis worse than that of patients with psoriasis alone? *International Journal of Rheumatic Diseases*, 18(1), 63-69. <https://doi.org/10.1111/1756-185X.12283>
- Thomas, S. J., & Calhoun, D. (2017). Sleep, insomnia, and hypertension: current findings and future directions. *Journal of the American Society of Hypertension*, 11(2), 122-129. <https://doi.org/10.1016/j.jash.2016.11.008>
- Toledano, E., Hidalgo, C., Gómez-Lechón, L., Ibañez, M., Chacón, C. C., & Montilla, C. (2022). Sleep quality in patients with psoriatic arthritis and its relationship with disease activity and comorbidities. In: *Scientific Reports (in press)*.
- Van Cauter, E., Spiegel, K., Tasali, E., & Leproult, R. (2008). Metabolic consequences of sleep and sleep loss. *Sleep Medicine*, 9 Suppl 1, S23-28. [https://doi.org/10.1016/S1389-9457\(08\)70013-3](https://doi.org/10.1016/S1389-9457(08)70013-3)
- van Leeuwen, W. M., Lehto, M., Karisola, P., Lindholm, H., Luukkonen, R., Sallinen, M., . . . Alenius, H. (2009). Sleep restriction increases the risk of developing cardiovascular diseases by augmenting proinflammatory responses through IL-17 and CRP. *PLoS One*, 4(2), e4589. <https://doi.org/10.1371/journal.pone.0004589>
- Zhao, S. S., Miller, N., Harrison, N., Duffield, S. J., Dey, M., & Goodson, N. J. (2020). Systematic review of mental health comorbidities in psoriatic arthritis. *Clinical Rheumatology*, 39(1), 217-225. <https://doi.org/10.1007/s10067-019-04734-8>
- Zhou, B., Wang, G., Hong, Y., Xu, S., Wang, J., Yu, H., . . . Yu, L. (2020). Mindfulness interventions for rheumatoid arthritis: A systematic review and meta-analysis. *Complementary Therapies in Clinical Practice*, 39, 101088. <https://doi.org/10.1016/j.ctcp.2020.101088>



Material complementario

Sesiones del programa

Sesión de orientación: qué es mindfulness

- Introducción. Cómo aproximarse al programa MBI

Durante esta sesión se explicará que el programa MBI que se va a iniciar es una formación psico-educativa y grupal y se contextualizará desde el punto de vista histórico
- ¿Qué es mindfulness?
- Historia de mindfulness (Kabat-Zinn, 2003)
- Explicación de la dinámica de las sesiones semanales y duración
- Aprender los conceptos de confidencialidad, hablar con sinceridad desde lo vivencial o experiencial y no desde la narrativa y el *secreto hipocrático*
- Explicación de los tipos de recursos (audios, documentos, *cuaderno del participante*) que se van a poner a disposición de los participantes: exploración corporal, meditación sentada y yoga
- Envío del *cuaderno del participante*.
- Normas de asistencia y compromisos adquiridos con la participación
- *Prácticas durante la sesión:*
 - *¿Cómo trato a un amigo?* (15 minutos) (Knox et al., 2016)
 - *Respiración afectuosa (1ª meditación nuclear)* (15 minutos) (Germer & Neff, 2013; Gilbert, 2009)
- *Prácticas durante la semana*
 - **Práctica formal:**
 - *Respiración afectuosa* (15 minutos) (Germer & Neff, 2013; Gilbert, 2009)

Sesión 1: practicando mindfulness

- La fisiología del mindfulness (Kabat-Zinn, 1990)
- *Prácticas durante la sesión:*



- *Respiración afectuosa (15 minutos) (Germer & Neff, 2013; Gilbert, 2009)*
 - *Meditación de la pasa (15 minutos) (Kabat-Zinn, 1990)*
 - *Escáner corporal compasivo (20 minutos) adaptado de (Kabat-Zinn, 1990)*
- *Prácticas durante la semana*
 - **Práctica formal:**
 - *Escáner corporal compasivo (20 minutos) adaptado de (Kabat-Zinn, 1990)*
 - **Práctica informal:**
 - *Atención plena a una comida del día (desayuno)*
 - **Prácticas opcionales:**
 - *Práctica de la ducha fría. Atender a las sensaciones del contacto del agua con el cuerpo y adentrarse y ampliar los segundo bajo el chorro de agua fría.*
 - *Ejercicio de los 9 puntos*

Sesión 2: practicando la autocompasión

- Definición de autocompasión (Germer & Neff, 2013)
- Las actitudes básicas de la atención plena (Kabat-Zinn, 1990)
- Resolución ejercicio de los 9 puntos
- *Prácticas durante la sesión:*
 - *Respiración afectuosa (15 minutos) (Germer & Neff, 2013; Gilbert, 2009)*
 - *Escáner corporal compasivo (20 minutos) adaptado de (Kabat-Zinn, 1990)*
 - *Práctica informal. La pausa de la autocompasión (10 minutos) (Germer & Neff, 2013)*
- *Prácticas durante la semana*
 - **Práctica formal:**



- *Escáner corporal compasivo* (20 minutos) adaptado de (Kabat-Zinn, 1990)
- *Respiración afectuosa* (15 minutos) (Germer & Neff, 2013; Gilbert, 2009)
- **Práctica informal:**
 - *Atención plena a una actividad diaria* (Kabat-Zinn, 1990)
 - *Atención plena a una comida del día* (Kabat-Zinn, 1990)
 - *La Pausa de la autocompasión* (Germer & Neff, 2013)
- **Prácticas opcionales:**
 - *Calendario de acontecimientos agradables* (Kabat-Zinn, 1990). Elegir un acontecimiento agradable al finalizar el día e indagar sobre ello siguiendo las preguntas de Jon Kabat-Zinn del cuadernillo del principiante.

Sesión 3: descubriendo tu voz compasiva

- Vivir en nuestra cabeza (Segal et al., 2015)
- Unificar una mente dispersa (Segal et al., 2015)
- Triángulo de la experiencia (Kabat-Zinn, 1990)
- Descubriendo tu voz compasiva (Germer & Neff, 2013)
- *Prácticas durante la sesión:*
 - *Estiramientos de cadenas musculares basados en el Hatha Yoga de pie o sentado* (20 minutos) (Luu & Hall, 2016)
 - *Meditación sentada con atención a la respiración y al cuerpo* (20 minutos) (Segal et al., 2015)
 - *La bondad amorosa para uno mismo con frases de bondad amorosa. 2ª meditación nuclear* (15 minutos) (Germer & Neff, 2013)
- *Prácticas durante la semana*
 - **Práctica formal:**

- Alternancia de la práctica del *escáner corporal compasivo* (20 minutos) adaptado de (Kabat-Zinn, 1990) con la *meditación sentada con atención a la respiración y al cuerpo* (20 minutos) (Segal et al., 2015).
- *Estiramientos de cadenas musculares basados en el Hatha Yoga de pie o sentado* (20 minutos) (Luu & Hall, 2016)
- **Práctica informal:**
 - *Atención plena a una actividad diaria* (Kabat-Zinn, 1990)
 - *La Pausa de la autocompasión* (Germer & Neff, 2013)
- **Prácticas opcionales:**
 - *Calendario de acontecimientos desagradables* (Kabat-Zinn, 1990)

Sesión 4: reconocer la aversión

- Poner la alfombra roja al dolor (Segal et al., 2015)
- Las dimensiones del dolor (Segal et al., 2015)
- Estrategias para trabajar con emociones difíciles (Segal et al., 2015)
- Dar y recibir compasión (Germer & Neff, 2013)
- *Prácticas durante la sesión:*
 - *Estiramientos de cadenas musculares basados en el Hatha Yoga de pie o sentado* (20 minutos) (Luu & Hall, 2016)
 - *Meditación sentada con atención a la respiración, al cuerpo y a las dificultades* (20 minutos) (Segal et al., 2015)
 - *Dar y recibir compasión. 3ª meditación nuclear* (15 minutos) (Germer & Neff, 2013)
- *Prácticas durante la semana*
 - **Práctica formal:**
 - Alternancia de la práctica del *escáner corporal compasivo* (20 minutos) adaptado de (Kabat-Zinn, 1990) con la *meditación sentada*



con atención a la respiración y al cuerpo (20 minutos) (Segal et al., 2015).

- *Estiramientos de cadenas musculares basados en el Hatha Yoga de pie o sentado (20 minutos) (Luu & Hall, 2016)*

- **Práctica informal:**

- *Atención plena a una actividad diaria (Kabat-Zinn, 1990)*
- *La Pausa de la autocompasión (Germer & Neff, 2013)*

- **Prácticas opcionales:**

- *Ser consciente de los patrones de percepción, los sistemas de creencias y los patrones cognitivos conductuales (Kabat-Zinn, 1990). Tomar consciencia de las reacciones y comportamientos en momentos de estrés y anotarlo en el cuaderno al finalizar el día.*

Sesión 5: permitir/dejar ser

- Apego y aversión (Segal et al., 2015)
- Aprender a relacionarnos de manera diferente con la experiencia (Segal et al., 2015)
- Permitir/dejar ser (Germer & Neff, 2013)
- *Prácticas durante la sesión:*
 - *Estiramientos de cadenas musculares basados en el Hatha Yoga de pie o sentado (20 minutos) (Luu & Hall, 2016)*
 - *Meditación sentada con atención a la respiración, al cuerpo, los sonidos, los pensamientos y la consciencia sin elección (20 minutos) (Segal et al., 2015)*
 - *Práctica informal: encontrarse con emociones difíciles (15 minutos) (Germer & Neff, 2013)*
- *Prácticas durante la semana*
 - **Práctica formal:**
 - Alternancia de la práctica del *meditación sentada con atención a la respiración y al cuerpo* (20 minutos) (Segal et al., 2015) con la

meditación sentada con atención a la respiración, al cuerpo, los sonidos, los pensamientos y la consciencia sin elección (20 minutos) (Segal et al., 2015).

- *Estiramientos de cadenas musculares basados en el Hatha Yoga de pie o sentado* (20 minutos) (Luu & Hall, 2016)

- **Práctica informal:**

- *Atención plena a una actividad diaria* (Kabat-Zinn, 1990)
- *La Pausa de la autocompasión* (Germer & Neff, 2013)
- *Encontrarse con emociones difíciles* (Germer & Neff, 2013)

- **Prácticas opcionales:**

- *Calendario de comunicaciones difíciles* (Kabat-Zinn, 1990). Reflexionar sobre las vivencias que se hayan tenido en las que se haya experimentado una comunicación difícil.

Sesión 6: los pensamientos no son hechos

- Los pensamientos no son hechos (Segal et al., 2015)
- Relacionarse con los pensamientos como meros pensamientos (Segal et al., 2015)
- Permanecer detrás de la cascada (Segal et al., 2015)
- Ver la “película mental” tal cual es (Segal et al., 2015)
- *Prácticas durante la sesión:*
 - *Estiramientos de cadenas musculares basados en el Hatha Yoga de pie o sentado* (20 minutos) (Luu & Hall, 2016)
 - *Meditación sentada con atención a la respiración, al cuerpo, los sonidos, los pensamientos y la consciencia sin elección* (20 minutos) (Segal et al., 2015)
 - *Práctica informal: compasión con ecuanimidad* (15 minutos) (Germer & Neff, 2013)
- *Prácticas durante la semana*



- **Práctica formal:**

- Alternancia de la práctica del *meditación sentada con atención a la respiración y al cuerpo* (20 minutos) (Segal et al., 2015) con la *meditación sentada con atención a la respiración, al cuerpo, los sonidos, los pensamientos y la consciencia sin elección* (20 minutos) (Segal et al., 2015).
- *Estiramientos de cadenas musculares basados en el Hatha Yoga de pie o sentado* (20 minutos) (Luu & Hall, 2016)
- *Cualquiera de las prácticas de autocompasión realizadas durante el programa*
 - *La respiración afectuosa*
 - *La bondad amorosa para uno mismo con frases de bondad amorosa*
 - *Dar y recibir compasión*
- Se aconsejará la realización de cada práctica sin escuchar los audios, de forma que cada participante guíe y diseñe su propia práctica con una duración aproximada de 20-25 minutos. No obstante, se podrán seguir utilizando los recursos si el participante lo considera necesario.

- **Práctica informal:**

- *Atención plena a una actividad diaria* (Kabat-Zinn, 1990)
- *La Pausa de la autocompasión* (Germer & Neff, 2013)
- *Encontrarse con emociones difíciles* (Germer & Neff, 2013)
- *Compasión con ecuanimidad* (Germer & Neff, 2013)

- **Prácticas opcionales:**

- *Consciencia de los momentos de comunicación y relación interpersonal, aquellas situaciones en las que se reacciona y se responde de forma desproporcionada. Valorar de qué depende la respuesta (de la atención al contexto, de tomar consciencia de tus emociones o de ambas)* (Kabat-Zinn, 1990)

- *Prestar atención a lo que se ingiere, tanto a nivel físico como a nivel de experiencias. Percibir el efecto de lo que se consume, considerar y cuestionar el resultado (Kabat-Zinn, 1990)*

Sesión de cierre: el milagro de la atención plena y la autocompasión

- Revisión de la totalidad del curso
- Ecuanimidad (Germer & Neff, 2013)
- Impermanencia (Kabat-Zinn, 1990)
- Resiliencia compasiva (Halifax, 2019)
- *Prácticas durante la sesión:*
 - *Meditación de la montaña (20 minutos) (Kabat-Zinn, 1990)*
 - *Carta compasiva a un amigo (15 minutos) (Germer & Neff, 2013)*
 - *Espalda fuerte, corazón suave (20 minutos) (Halifax, 2019)*
- *Prácticas durante la semana*
 - **Práctica formal:**
 - *La respiración afectuosa (Germer & Neff, 2013)*
 - *El escáner corporal compasivo modificado de (Kabat-Zinn, 1990)*
 - *Meditación sentada con atención a la respiración y al cuerpo (Segal et al., 2015)*
 - *Meditación sentada con atención a la respiración, al cuerpo, los sonidos, los pensamientos y la consciencia sin elección (Segal et al., 2015).*
 - *Estiramientos de cadenas musculares basados en el Hatha Yoga de pie o sentado (20 minutos) (Luu & Hall, 2016)*
 - *La bondad amorosa para uno mismo con frases de bondad amorosa (Germer & Neff, 2013)*
 - *Dar y recibir compasión (Germer & Neff, 2013)*
- Se aconsejará la realización de cada práctica sin escuchar los audios, de forma que cada participante guíe y diseñe su propia práctica con una duración aproximada



de 20-25 minutos. No obstante, se podrán seguir utilizando los recursos si el participante lo considera necesario.

▪ **Práctica informal:**

- *Atención plena a una actividad diaria* (Kabat-Zinn, 1990)
- *La Pausa de la autocompasión* (Germer & Neff, 2013)
- *Encontrarse con emociones difíciles* (Germer & Neff, 2013)
- *Compasión con ecuanimidad* (Germer & Neff, 2013)





Paseo de San Vicente, 58-182
37007 Salamanca
Comité Ético de Investigación con
Medicamentos
Teléfono: 923 29 11 00 – Ext. 55 515



E-mail: comite.etico.husa@saludcastillayleon.es



DICTAMEN DEL COMITE DE ETICA DE LA INVESTIGACION CON MEDICAMENTOS

Doña CONCEPCIÓN TURRIÓN GÓMEZ, Secretaria Técnica del Comité de Ética de la Investigación con medicamentos del Área de Salud de Salamanca,

CERTIFICA

Que este Comité, en su reunión del 27/02/2023 CEIm Ref. 2023/02
ha evaluado el Proyecto de Investigación titulado

Impacto de una intervención basada en Mindfulness en la calidad del sueño de pacientes con artritis psoriásica

Código CEIm: PI 2023 02 1220 - TFM

del que es Investigador Principal Don Esther Toledano Martínez
del Servicio de Reumatología

valorado de acuerdo con la Ley 14/2007 de Investigación Biomédica, Principios éticos de la Declaración de Helsinki de la Asociación Médica Mundial sobre principios éticos para investigaciones médicas con seres humanos, así como el resto de principios éticos y normativa legal aplicable en función de las características del estudio,
y resueltas las aclaraciones

Considera que dicho estudio cumple los requisitos necesarios y es viable para su realización en este centro, por lo que **INFORMA FAVORABLEMENTE** para la realización de dicho estudio

Y para que conste, lo firma en Salamanca con fecha 17 de marzo de 2023

TURRIÓN GÓMEZ MARIA
DE LA CONCEPCIÓN -
07986126C

Firmado digitalmente por
TURRIÓN GÓMEZ MARIA DE
LA CONCEPCIÓN - 07986126C

LA SECRETARIA

Fdo.: Dña. Concepción Turrión Gómez

Composición del CEIm del Área de Salud de Salamanca

Presidente: D. Luis Muñoz Bellvis (Jefe de Servicio de Cirugía General y Aparato Digestivo)

Vicepresidente: D. Enrique Nieto Manibardo (Delegado de protección de datos del CAUSA)

Secretaria: Dña. Concepción Turrión Gómez (Farmacéutica y Bioquímica - Representante Comité Científico - IBSAL).

Vocales: D. Ricardo Tostado Menéndez (Farmacólogo Clínico); Dña. Silvia Jiménez Cabrera (Farmacia Hospitalaria); Dña. Ascensión Hernández Encinas (Profesora Titular Matemática aplicada, Universidad de Salamanca. Presidenta ASCOL, representante de los pacientes); Dña. Mª Teresa Arias Martín (Enfermera de Salud Mental. Miembro del Comité de Bioética Asistencial); Dña. Mª del Carmen Arias de la Fuente (Técnico Gestor de Ensayos Clínicos); Dña. Berta Bote Bonaecha (Especialista en Psiquiatría); Dña. Ángela Rodríguez Rodríguez (Responsable Unidad de Enfermera. S. de Hematología); D. Guzmán Franch Arcas (Especialista en Cirugía General y Aparato Digestivo); D. Antonio Márquez Vera (Fisioterapeuta); Dña. Ana Martín García (Especialista en Cardiología); Dña. Teresa Martín Gómez (Especialista en Oncología); Dña. Concepción Rodríguez Barrueco (Farmacéutica de Atención Primaria); D. Manuel Ángel Gómez Marcos (Médico de Atención Primaria. Responsable de la Unidad de Investigación de Atención Primaria de Salamanca); Dña. Belén Vidriales Vicente (Jefa de Sección. Hematología)

