

# **EFFECTES NEUROPSICOLÒGICS DE LA TERÀPIA COGNITIVA BASADA EN EL *MINDFULNESS* EN PACIENTS DEPRESSIUS**

ELISABET ROLDÁN BUENO

2n curs. Treball de Fi de Màster

Tutores: Dra. M. Cruz Crespo Maraver – M. Eulàlia Durall Rivas

Màster Universitari en Psicologia General Sanitària

Facultat d'Educació, Traducció i Ciències Humanes

(Universitat de Vic-Universitat Central de Catalunya)

Vic, maig de 2018

## **Agraïments**

En primer lloc, voldria agrair a les meves tutores, Eulàlia Durall i M. Cruz Crespo, per la seva guia i ajuda en l'elaboració d'aquest projecte, per tots aquests mesos d'aprenentatge al seu costat i pel seu suport.

A la Divisió de Salut Mental de la Fundació Althaia i a les psicòlogues amb les quals he pogut compartir aquesta etapa: Yolanda Martínez, Lúdia Vila, Rosa Tejedor i Dominica Díez, per les seves contribucions i donar-me l'oportunitat de realitzar aquest treball.

Als pacients del CSAM que han contribuït amb la seva participació en la realització d'aquest estudi.

A professors i companys de la Universitat de Vic, per haver format part d'un període enriquidor en la meva formació com a psicòloga.

Als meus pares i al meu germà, sense els quals res de tot això hagués estat possible.

A les meves amigues, pel seu suport incondicional.

A tots, perquè heu contribuït a que avui estigui més a prop de complir el meu somni.  
Gràcies.



# Índex

Resum .....	2
Abstract .....	3
1. Trastorns depressius, TCBM i rendiment cognitiu .....	4
1.1. Característiques clíniques i prevalença dels trastorns depressius .....	4
1.2. Biologia de la depressió .....	7
1.3. Rendiment neuropsicològic en depressió .....	10
1.4. TCBM en depressió .....	10
1.4.1. TCBM i atenció .....	13
1.4.2. TCBM i funcions executives .....	15
1.4.3. TCBM i memòria de treball .....	17
2. Objectius i hipòtesis .....	19
3. Mostra, materials i mètodes .....	20
3.1. Participants .....	20
3.2. Instruments .....	20
3.3. Procediment .....	25
3.4. Anàlisi estadístic .....	26
4. Resultats .....	27
4.1. Fase 1 (Pre-tractament) .....	28
4.1.1. Dades sociodemogràfiques .....	28
4.1.2. Dades clíniques .....	28
4.1.3. Rendiment cognitiu .....	30
4.2. Fase 2 (Post-tractament) .....	32
5. Discussió .....	33
6. Conclusions .....	39
7. Referències bibliogràfiques .....	41
ANNEX 1: Resum estudis Teràpia Cognitiva basada en el <i>Mindfulness</i> i altres modalitats de <i>mindfulness</i> .....	52
ANNEX 2: Informació de l'estudi pel pacient .....	58
ANNEX 3: Consentiment informat .....	60
ANNEX 4: Protocol Fase 1 (Pre) .....	61
ANNEX 5: Protocol Fase 2 (Post) .....	85

## Resum

**Introducció:** Segons la Organització Mundial de la Salut, en l'actualitat la depressió afecta a més de 300 milions de persones en el món. Els trastorns depressius suposen un gran problema per a la salut a causa de la seva elevada prevalença, per la repercussió en la qualitat de vida, així com pels factors de risc que comporta. Entre les intervencions més utilitzades avui en dia es troba la Teràpia Cognitiva Basada en el *Mindfulness* (TCBM). Aquest ha demostrat millorar determinades funcions cognitives sovint afectades en els trastorns depressius. El principal objectiu d'aquest treball és descriure i estudiar si es produeixen canvis en el perfil clínic i neuropsicològic dels pacients amb trastorns depressius abans i després de rebre TCBM.

**Subjectes:** Pacients amb depressió candidats a rebre TCBM al Centre de Salut Mental d'Adults de la Fundació Althaia (Manresa).

**Instruments:** Qüestionaris de depressió, *mindfulness*, qualitat de vida, queixes cognitives i tests neuropsicològics.

**Procediment:** Estudi observacional, transversal i amb seguiment longitudinal en dos moments: abans i després de realitzar un programa de 9 sessions de TCBM.

**Resultats:** Els resultats en una mostra pilot de 4 pacients mostren que el rendiment cognitiu es troba afectat en els trastorns depressius, tant subjectivament com objectivament. Actualment s'estan analitzant les dades de l'avaluació post-tractament amb TCBM per a valorar els canvis clínics i en el rendiment cognitiu.

**Conclusió:** La revisió sistemàtica de les publicacions existents fins a l'actualitat ens mostren millores en determinades funcions cognitives després del entrenament en TCBM. No obstant això, són necessaris més estudis sobre els efectes neuropsicològics de la TCBM en persones amb trastorns depressius. Aquest treball pretén contribuir en l'augment del coneixement en aquest àmbit d'estudi.

**Paraules clau:** Depressió, TCBM, Resultats neuropsicològics, Funcionament Cognitiu, Dèficits Cognitius

## **Abstract**

**Background:** According to the World Health Organization, more than 300 million people worldwide are currently affected by depressive disorders. These represent a major health problem due to their high prevalence, the impact on the quality of life and the risk factors involved. Mindfulness Based Cognitive Therapy (MBCT) is one of the most commonly used interventions. This therapy has shown improvements to certain cognitive functions often affected by depressive disorders. The aim of this study is to describe and examine if there are any changes in the clinical and neuropsychological profile of patients with depressive disorders before and after receiving TCBM.

**Subjects:** Patients with depression considered as candidates to receive MBCT in the Center for Adult Mental Health of the Althaia Foundation (Manresa).

**Instruments:** Depression tests, mindfulness, quality of life, cognitive complaints and neuropsychological tests.

**Procedure:** Observational and transversal study with a longitudinal follow-up in two stages: before and after performing a MBCT program consisting of nine sessions.

**Results:** A pilot study conducted with 4 patients has shown that cognitive performance is affected by depressive disorders, both subjectively and objectively. The data of the post-treatment evaluation with TCBM is currently being analyzed to assess clinical changes and cognitive performance.

**Conclusion:** The systematic review of existing publications to date shows us improvements in certain cognitive functions after MBCT training. However, more studies on the neuropsychological effects of MBCT in people with depressive disorders are needed. This study aims to contribute to the increase of knowledge in this field of study.

**Keywords:** Depression, MBCT, Neuropsychological outcome, Cognitive Function, Cognitive Impairment

## **1. Trastorns depressius, TCBM i rendiment cognitiu**

### **1.1. Característiques clíniques i prevalença dels trastorns depressius**

La depressió és un dels trastorns afectius més freqüents en la població adulta arreu del món. De fet, segons la Organització Mundial de la Salut (OMS o WHO, per les seves sigles en anglès), en l'actualitat la depressió afecta a més de 300 milions de persones en el món, i entre el 2005 i el 2015 s'ha produït un increment de més del 18%. Dels més de 300 milions d'afectats, la OMS assenyala que menys del 25% tenen accés a tractaments efectius. A més, la OMS adverteix que una de cada cinc persones arribarà a desenvolupar un quadre depressiu en la seva vida (WHO, 2017).

Alguns estudis, situen la prevalença dels trastorns depressius per sobre del 21,4% al llarg de la vida arreu del món (Gabilondo, et al., 2010), per tant, suposa un gran problema per a la salut. Un altre factor que fa que sigui un problema important és la gran repercussió en la qualitat de vida, tant de les persones que pateixen el trastorn com de les del seu entorn sociofamiliar. A més, comporta certs factors de risc, entre els quals destaquen especialment l'elevat risc de recaigudes i de suïcidi (Belloch, Sandin & Ramos, 2008; Grupo de trabajo de la Guía de Práctica Clínica sobre el Manejo de la Depresión en el Adulto [GGPCMD], 2014; Segal, William i Teasdale, 2006). De fet, s'ha estimat que el risc de suïcidi és quatre vegades major en les persones amb depressió que en la població general, i vint vegades major en casos de depressió greu (GGPCMD, 2014).

Un altre aspecte a destacar és l'alta taxa de comorbiditat amb altres trastorns, essent els més freqüents els trastorns d'ansietat (Segal, et al., 2006). En aquest sentit, en adults, s'ha estimat que la comorbiditat de la depressió i l'ansietat arriba al 60% (Del Barrio, 2013).

Dins dels trastorns depressius, els trastorns que es donen amb major freqüència són el Trastorn Depressiu Major (TDM) i el Trastorn Depressiu Persistent (distímia) (TDP). Els criteris diagnòstics, tant de TDM com de TDP, segons el Manual Diagnòstic i Estadístic dels Trastorns Mentals (DSM-5), es poden consultar a la Taula 1 i 2. A Espanya, l'estudi ESEMeD (*European Study of the Epidemiology of Mental Disorders*) situa la prevalença al llarg de la vida de TDM en un 10,6% i la prevalença anual en un 4% (Gabilondo, et al., 2010). Pel que fa al TDP, s'observa una prevalença al llarg de la vida del 3,6% i una prevalença anual del 1,5% (Gabilondo, et al., 2010).

Els trastorns depressius, i més concretament el TDM i el TDP, s'han relacionat amb diverses variables sociodemogràfiques, essent la més estudiada el gènere. Els trastorns afectius afecten amb més freqüència a les dones, amb una proporció de 3/1 respecte als homes (Del Barrio, 2013). Un altre variable estudiada és l'edat, en la qual s'han trobat pics de prevalença: entre 25-44 anys en el TDM i una mica més elevat en el TDP (Belloch, et al., 2008). També s'ha relacionat una major incidència de trastorns depressius amb persones que viuen en àrees urbanes, que són solteres, divorciades i vídues, i amb nivell socioeconòmic baix (American Psychological Association [APA], 2014; Belloch, et al., 2008; Del Barrio, 2013).

### **Taula 1**

Adaptació dels Criteris Diagnòstics DSM-5 del Trastorn Depressiu Major (APA, 2014).

Trastorn Depressiu Major
<p>A. Cinc (o més) dels símptomes següents han estat presents durant el mateix període de dues setmanes i representen un canvi del funcionament previ; al menys un dels símptomes és (1) estat d'ànim deprimat o (2) pèrdua d'interès o del plaer.</p> <p>Nota: no incloure símptomes que es poden atribuir clarament a una altra afecció mèdica.</p> <ol style="list-style-type: none"><li>1. Estat d'ànim deprimat la major part del dia, quasi tots els dies, segons es desprèn de la informació subjectiva (per ex.: es sent trist, buit, sense esperança) o de l'observació per part d'altres persones (per ex.: se'l veu plorós).</li><li>2. Disminució important de l'interès o el plaer per totes o quasi totes les activitats la major part del dia, quasi tots els dies (com es desprèn de la informació subjectiva o de l'observació).</li><li>3. Pèrdua important de pes sense fer dieta o augment del pes (per ex.: modificació de més del 5% del pes corporal en un mes) o disminució o augment de la gana quasi tots els dies.</li><li>4. Insomni o hipersòmnia quasi tots els dies.</li><li>5. Agitació o retard psicomotor quasi tots els dies (observable per part d'altres; no simplement la sensació subjectiva d'inquietud o d'alentiment).</li><li>6. Fatiga o pèrdua d'energia quasi tots els dies.</li><li>7. Sentiment d'inutilitat o culpabilitat excessiva o inapropiada (que pot ser delirant) quasi tots els dies (no simplement d'auto-retret o culpa per estar malalt).</li></ol>



8. Disminució de la capacitat per pensar o concentrar-se, o per prendre decisions, quasi tots els dies (a partir de la informació subjectiva o de l'observació per part d'altres persones).
  9. Pensaments de mort recurrents (no només por a morir), idees suïcides recurrents sense un pla determinat, intent de suïcidi o un pla específic per dur-lo a terme.
- B. Els símptomes causen malestar clínicament significatiu o deteriorament social, laboral o d'altres àrees importants del funcionament.
  - C. L'episodi no es pot atribuir als efectes fisiològics d'una substància o d'una altra afecció mèdica.
  - D. L'episodi depressiu major no s'explica millor per un trastorn esquizoafectiu, esquizofrènia, un trastorn esquizofreniforme, trastorn delirant, o un altre trastorn especificat o no especificat de l'espectre de l'esquizofrènia i altres trastorns psicòtics.
  - E. Mai hi ha hagut un episodi maníac o hipomaníac.
- 

## **Taula 2**

Adaptació dels Criteris Diagnòstics DSM-5 del Trastorn Depressiu Persistent (Distímia) (APA, 2014).

---

### Trastorn Depressiu Persistent (Distímia)

---

- A. Estat d'ànim deprimat durant la major part del dia, present més dies dels que està absent, segons es desprèn de la informació subjectiva o de l'observació per part d'altres persones, durant un mínim de dos anys.
- B. Presència, durant la depressió, de dos (o més) dels símptomes següents:
  1. Poca gana o sobrealimentació.
  2. Insomni o hipersòmnia.
  3. Poca energia o fatiga.
  4. Baixa autoestima.
  5. Manca de concentració o dificultat per prendre decisions.
  6. Sentiments de desesperança.
- C. Durant el període de dos anys de l'alteració, l'individu mai ha estat sense els símptomes dels criteris A i B durant més de dos mesos seguits.
- D. Els criteris per un trastorn de depressió major poden estar contínuament presents durant dos anys.
- E. Mai hi ha hagut un episodi maníac o un episodi hipomaníac, i mai s'han complert els criteris per el trastorn ciclotímic.

- F. L'alteració no s'explica millor per un trastorn esquizoafectiu persistent, esquizofrènia, trastorn delirant, o un altre trastorn especificat o no especificat de l'espectre de l'esquizofrènia i altres trastorns psicòtics.
  - G. Els símptomes no es poden atribuir als efectes fisiològics d'una substància (per ex.: una droga, un medicament) o a una altra afecció mèdica (per ex.: hipotiroïdisme).
  - H. Els símptomes causen malestar clínicament significatiu o deteriorament social, laboral o d'altres àrees importants del funcionament.
- 

## **1.2. Biologia de la depressió**

Els trastorns depressius s'han relacionat amb diferents anormalitats neuroquímiques i neuroanatòmiques.

S'han estudiat diferents neurotransmissors relacionats amb la depressió. Els més estudiats són la noradrenalina (NA), la serotonina (5-HT) i la dopamina (DA).

La hipòtesi noradrenèrgica és la formulació etiopatogènica més acceptada. Segons aquesta, la depressió estaria associada a una deficiència funcional de la NA en les sinapsis cerebrals. La psicofarmacologia va donar suport a aquesta hipòtesi, ja que es va observar que el resultat, tant dels antidepressius IMAO com dels tricíclics, era un augment de la quantitat de NA. Aquest augment de NA facilitava la transmissió del senyal elèctric (Belloch, et al., 2008). Així doncs, la NA es trobaria en nivells més baixos en persones amb trastorns depressius, la qual cosa s'ha relacionat amb una disminució del llindar de resposta a senyals de l'exterior i amb el retard psicomotor característic d'aquest tipus de trastorns (Sapolsky, 2008).

En els estudis sobre la hipòtesi serotoninèrgica es relacionen tant la 5-HT com a neurotransmissor cerebral, com les vies que l'utilitzen com a transmissor. Segons aquestes hipòtesis, la 5-HT estaria associada als trastorns afectius: en nivells baixos es relacionaria amb la depressió i en nivells elevats amb la hipomania i la mania. Com a evidències a favor d'aquesta hipòtesi, s'ha trobat que les persones depressives tenen nivells baixos de 5-HT en el líquid cefaloraquidi i que les persones amb trastorns depressius recuperen els nivells normals de 5-HT un cop superat l'episodi. La 5-HT s'ha relacionat amb la regulació de l'homeòstasi de l'organisme, especialment s'ocupa de regular les reaccions emocionals (Belloch, et al., 2008). En els trastorns depressius, la 5-HT s'ha relacionat amb la ideació incessant

característica d'aquests trastorns així com amb la constant presència de pensaments negatius (Sapolsky, 2008).

Per últim, hi ha estudis que mostren implicació de la DA. La DA és un neurotransmissor relacionat amb el plaer. La pèrdua de plaer és una de les característiques dels trastorns depressius, per la qual cosa, s'ha relacionat amb nivells baixos de DA (Sapolsky, 2008).

Pel que fa a les anormalitats neuroanatòmiques s'han trobat diferents aspectes destacats en meta-anàlisis realitzades en base a estudis de ressonància magnètica (veure Taula 3). Una de les troballes més significatives ha estat que el volum del cervell disminueix en els pacients amb TDM, comparat amb controls sans (Koolschijn, van Haren, Lensvelt-Mulders, Hulshoff Pol i Kahn, 2009).

Un altre aspecte destacat és que a la depressió hi estan involucrades connexions fronto-subcorticals, incloent el còrtex prefrontal dorsolateral, el còrtex ventrolateral prefrontal, el còrtex cingulat anterior, l'estriat, els ganglis basals i l'hipocamp (Brody, Barsom, Bota i Saxena, 2001; Koolschijn, et al., 2009). En aquest sentit, el TDM està associat amb una disminució del volum en el còrtex prefrontal dorsolateral i dorsomedial, còrtex orbito-frontal, la regió subgeniculada del còrtex cingulat anterior, els ganglis basals, l'hipocamp i l'estriat (més específicament, el putamen) (Davidson, Pizzagalli, Nitschke i Putnam, 2002; Koolschijn, et al., 2009). La major diferència cerebral que s'ha trobat en ressonància magnètica entre subjectes amb depressió i controls sans ha sigut el volum del còrtex cingulat anterior (Koolschijn, et al., 2009). Durant l'episodi depressiu, s'ha observat una disminució de l'activitat metabòlica en aquestes mateixes regions. En canvi, s'ha detectat un augment de l'activitat en el còrtex prefrontal ventrolateral i orbital, i l'amígdala (Davidson, et al., 2002). No obstant això, en estudis de ressonància magnètica no s'han trobat diferències entre el volum de l'amígdala en subjectes amb depressió i controls sans (Koolschijn, et al., 2009).

Cal destacar que la disminució del volum cerebral de les diferents regions que conformen el lòbul frontal que ja s'han comentat, té com a conseqüència una alteració en el processament emocional i en la resposta de l'estrès, ja que àrees com el còrtex cingulat anterior i el còrtex orbito-frontal estan involucrades en el control de la regulació emocional. A més, inhibeixen l'activitat de les regions límbiques, com ara l'hipocamp i l'amígdala (Beauregard, Levesque i Bourgoin, 2001; Hairiri, Bookheimer i Mazziotta, 2000). En estudis post-mortem també s'ha observat pèrdua i atrofia cel·lular en la regió prefrontal subgeniculada i en el còrtex orbito-frontal en els subjectes amb TDM (Rajkowska, 2000).

Durant l'episodi depressiu, s'ha trobat que, tant en el còrtex cingulat anterior com en el còrtex prefrontal dorsolateral, es reben senyals/inputs anormals des de l'amígdala (Drevets, 2000).

La implicació del sistema Hipotalàmic-Pituitària-Adrenal (HPA) també és important, ja que les àrees prefrontals, l'hipocamp i l'amígdala estan involucrades en la seva regulació. En aquest sentit, els trastorns afectius s'han relacionat amb un augment de la sensibilitat de l'estrès (Swaab, Bao i Lucassen, 2005). En el cas del TDM, s'ha relacionat amb un mal funcionament de l'activitat HPA i un increment dels nivells de cortisol (Bao, Meynen i Swaab, 2008; Swaab, et al., 2005). Alhora, això s'ha associat amb l'efecte del volum de l'hipocamp en la inhibició de la neurogènesi (naixement de noves neurones) de l'estructura cerebral (Czeh i Lucassen, 2007; Henn i Vollmayr, 2004; Sapolsky, 2000).

Com ja s'ha comentat, l'estriat és una altra de les àrees cerebrals implicades en els trastorns depressius. L'estriat està associat amb l'humor, amb el processament cognitiu, la motivació i la regulació del moviment. A més, forma part de molts circuits neuroanatòmics que estan relacionats amb la regulació emocional (Alexander, DeLong i Strick, 1986; Drevets, 2001; Rogers, Bradshaw, Pantelis i Philips, 1998; Tekin i Cummings, 2002). En la depressió s'ha identificat una disminució del seu volum.

### Taula 3

Taula resum de les evidències trobades sobre neuroimatge en els trastorns depressius

Àrees cerebrals implicades	Pacients amb Trastorn Depressiu
Cervell	Disminució del volum respecte els controls sans.
Còrtex prefrontal dorsolateral	Disminució del seu volum respecte controls sans, disminució de l'activitat metabòlica i rep inputs anormals de l'amígdala.
Còrtex prefrontal dorsomedial	Disminució del seu volum respecte controls sans i disminució de l'activitat metabòlica.
Còrtex prefrontal ventrolateral	Augment de l'activitat.
Còrtex prefrontal subgeniculat	Pèrdua cel·lular.
Còrtex orbito-frontal	Disminució del seu volum respecte controls sans i augment de l'activitat i pèrdua cel·lular.
Còrtex cingulat anterior	Disminució del seu volum respecte controls sans, disminució de l'activitat metabòlica i rep inputs anormals de l'amígdala.

Amígdala	No hi ha canvis en el volum respecte controls sans i augment de l'activitat.
Estriat (putamen)	Disminució del seu volum respecte controls sans i disminució de l'activitat metabòlica.
Ganglis Basals	Disminució del seu volum respecte controls sans i disminució de l'activitat metabòlica.
Hipocamp	Disminució del seu volum respecte controls sans, inhibició de la seva activitat, inhibició neurogènesi i mal funcionament del sistema Hipotalàmic-Pituïtària-Adrenal (augment cortisol).

---

### **1.3. Rendiment neuropsicològic en depressió**

En pacients amb TDM s'han observat dèficits cognitius en diverses funcions. De fet, s'han trobat dèficits neuropsicològics en memòria de treball i memòria episòdica, aprenentatge verbal i no-verbal, atenció selectiva i sostinguda, alerta i funcions executives, tals com flexibilitat cognitiva, solució de problemes, planificació i monitorització (Austin, Mitchell i Goodwin, 2001; Elliot, et al., 1997; Paelecke-Habermann, Pohl i Leplow, 2005).

Això s'explicaria, almenys en part, per la implicació de l'amígdala que, com ja s'ha comentat anteriorment, envia senyals anormals al còrtex cingulat anterior i al còrtex prefrontal dorsolateral. És conegut, per estudis realitzats amb subjectes sans, que aquestes àrees estan relacionades amb l'atenció i les funcions executives (Cabeza i Nyberg, 2000). Es pot assumir doncs, que part del mal funcionament neuropsicològic en el TDM està relacionat amb les projeccions de l'amígdala al còrtex cingulat anterior i al còrtex prefrontal (Elliot, et al., 1997 i Davidson, et al., 2002).

### **1.4. TCBM en depressió**

Existeixen múltiples models de psicoteràpia que són recomanats per al tractament de trastorns depressius. Malgrat això, persisteix el debat sobre l'eficàcia comparativa entre els diferents models existents. Entre les intervencions més utilitzades es troben la Teràpia Cognitiva Conductual (TCC) i la Teràpia Interpersonal. No obstant això, en els darrers anys ha sorgit una variant de la TCC que es realitza en grup i ha guanyat rellevància, anomenada Teràpia Cognitiva Basada en el *Mindfulness* (TCBM o MBCT, per les seves sigles en anglès) (GGPCMD, 2014).

El *mindfulness* (MDF o consciència plena) es considera, juntament amb altres tipus d'intervenció, un tractament cognitiu-conductual de tercera generació (Hayes, 2004). Aquestes es basen en la premissa que, per aconseguir un funcionament psicològic adequat, les persones han de canviar la manera en la qual es relacionen amb els símptomes, enlloc d'eliminar-los (Segal, et al., 2006).

El TCBM ha demostrat ser eficaç en pacients amb TDM, especialment en aquells que tenen una major probabilitat de recaiguda, com ara pacients amb història de trauma a la infantesa, pacients que no prenen la pauta farmacològica de forma estable i pacients que han tingut tres o més episodis depressius (Segal i Walsh, 2016).

El MBCT va ser modelat a partir del Programa de Reducció de l'Estrès Basat en el *Mindfulness* (MBSR, per les seves sigles en anglès), el qual havia demostrat efectes beneficiosos en pacients amb condicions somàtiques intractables i en pacients amb patiment psicològic (de Raedt, et al., 2012). El programa de MBCT combina la TCC amb *mindfulness* pel tractament de la depressió recurrent (Segal, et al., 2006).

El concepte de *mindfulness* prové de la tradició meditativa oriental. La paraula deriva de la traducció aproximada a l'anglès del terme "sati" de l'idioma Pali i fa referència a estar conscient i parar atenció (Tejedor, 2017). Una de les definicions de MDF que més s'utilitzen és la que va proposar Jon Kabat-Zinn, fundador del programa MBSR, qui defineix el *mindfulness* com "parar atenció d'una forma en particular: intencionadament, en el moment present i sense jutjar" (Kabat-Zinn, 1994).

El TCBM és un programa grupal de 8 o 9 setmanes de duració dissenyat per a ensenyar habilitats de MDF a través de pràctiques formals i altres exercicis de *mindfulness*. Els objectius essencials de MBCT es poden trobar a la taula 4.

#### **Taula 4**

Adaptació dels objectius essencials de la Teràpia Cognitiva Basada en el *Mindfulness* (Segal, et al., 2006).

Objectius essencials de TCBM
- Ensenyar als pacients que han patit depressió habilitats que ajuden a prevenir una recaiguda.
- Arribar a ser, en tot moment, més conscients de les sensacions corporals, dels sentiments i dels pensaments.
- Ajudar a que els pacients desenvolupin un vincle diferent amb les seves sensacions, pensaments i sentiments. Especialment, es pretén que els individus acceptin conscientment i reconeixin els seus sentiments i

- pensaments no desitjats, enlloc de seguir rutines automàtiques i habituals que tendeixen a perpetuar-los.
- Ajudar als participants a ser capaços d'escollir la resposta amb més habilitat envers qualsevol sentiment, pensament o situació que estiguin experimentant.
  - Prevenir recaigudes a través de la identificació de patrons de reacció.
- 

Una de les raons per les quals és important el programa de MBCT, i es diferencia del programa de TCC, és que l'objectiu del *mindfulness* no és canviar el contingut dels pensaments, sinó ser conscients del procés dels pensaments per tal de prevenir recaigudes (Lao, Kissane i Meadows, 2016; Segal, et al., 2006). Concretament, l'entrenament en MBCT afavoreix que els pacients se'n adonin dels patrons anormals que afavoreixen la recaiguda mentre que els que no van rebre cap tractament tendien a no ser-ne conscients (Hargus, Crane, Barnhofer i Williams, 2010).

En les diferents investigacions que s'han realitzat sobre el MDF, s'ha associat la seva pràctica amb diversos indicadors de salut i benestar. Entre els beneficis de salut s'ha descrit la disminució dels nivells d'estrès i ansietat, una millora de la regulació emocional, mental i psicològica, així com un augment de la perspectiva del *self* (Arch i Craske, 2006; Grossman, Niemann, Schmidt i Walach, 2004; Hoge, Bui, Metcalf, Pollack i Simon, 2012; Holzel, et al., 2011; Keng, Smoski i Robins, 2011; Mankus, Aldao, Kerns, Wright Mayville i Mennin, 2013; Marchand, 2012).

També s'han estudiat els efectes del MDF en diferents processos cognitius. Els més estudiats són l'atenció, la memòria, la flexibilitat cognitiva i altres funcions executives.

A propòsit d'aquest treball, es realitza una revisió bibliogràfica sistemàtica de les publicacions existents fins al maig del 2018 mitjançant la consulta en bases de dades (*PubMed, MEDLINE, Scopus, Science Direct, Dialnet Plus*). S'utilitzen com a conceptes clau: "MBCT" AND "neuropsychological outcomes", "cognitive function", "cognitive impairment", "attention", "working memory", "executive function" i "cognitive flexibility". La cerca es completa mitjançant una revisió manual de les referències de les publicacions seleccionades. Com a resultat, s'han identificat 9 articles que compleixen els criteris d'inclusió i alhora cap criteri d'exclusió (veure Taula 5), els quals es descriuen a continuació, per a més informació veure Annex 1.

## Taula 5

Criteris d'inclusió i d'exclusió de la revisió sistemàtica.

Criteris d'inclusió	Criteris d'exclusió
1) Participants adults (majors 18 anys).	1) Participants menors de 18 anys.
2) Població general sana i/o amb trastorns depressius.	2) Participants que presentin algun tipus de patologia, ja sigui física o mental (exceptuant els trastorns depressius).
3) Grups experimentals que realitzessin programes de MBCT.	3) Articles que no estiguin escrits en català, castellà o anglès.
4) Estudis que obtinguin mesures objectives d'atenció, memòria de treball, funcions executives i flexibilitat cognitiva.	4) Publicacions que siguin revisions i/o meta-anàlisis.
5) Articles escrits en català, castellà i/o anglès.	

### 1.4.1. TCBM i atenció

L'atenció és el procés cognitiu que més àmpliament s'ha estudiat en relació amb diferents pràctiques de *mindfulness*. No obstant, en la revisió sistemàtica només s'han pogut trobar tres estudis respecte el programa TCBM. Tots tres compten, com a població d'estudi, amb persones que presenten trastorns depressius.

En l'estudi de van den Hurk, et al., (2012) en el qual comparen pacients depressius que realitzen el programa de TCBM amb d'altres en llista d'espera, no troben canvis significatius ni en components específics (alerta, orientació i atenció executiva) ni en components generals d'atenció. Els resultats de van den Hurk, et al. (2012) respecte a l'atenció executiva van en la mateixa línia del que han trobat altres estudis sobre diferents modalitats de MDF (Anderson, Lau, Segal i Bishop, 2007; Josefsson i Broeberg, 2010; Polak, 2009). Possibles justificacions d'aquests resultats podrien relacionar-se amb la curta durada de les pràctiques de MDF, o a l'escassa experiència en meditació dels subjectes inclosos.

En canvi, els resultats de van den Hurk, et al., (2012), anirien en sentit oposat als que es troben en altres publicacions, ja que aquests sí mostren millores en els grups MDF respecte als controls (Jha, Krompinger i Jaime, 2007; Tang, Ma, Wang i Fan, 2007; Wenk-Sormaz, 2005). Una de les proves més emprades en els estudis d'atenció és la tasca Stroop (Golden, 2001). En aquest sentit, Chan i Wollacott (2007), observen una correlació inversa entre l'experiència en meditació i la



interferència en la tasca Stroop (Golden, 2001). Tot i això, no troben diferències significatives entre el MDF i les meditacions que requereixen major concentració o focalitzar l'atenció. Resultats similars van trobar Moore, et al. (2009), els quals obtenen una tendència a la significació en associar la meditació i un menor nombre d'errors i, per tant, millors rendiments, en la tasca Stroop.

L'equip de Verhoeven, et al., (2014) no troba diferències significatives en mesures subjectives del control atencional o de l'atenció sostinguda entre el grup de persones que pateixen trastorns depressius que realitzen el programa de TCBM i els que es troben en llista d'espera (Verhoeven, Vrijse, van Oostrom, Speckens i Rinick, 2014). En aquest sentit van també els resultats d'altres estudis sobre diferents modalitats de MDF, ja que no mostren diferències en atenció sostinguda quan comparen els grups experimentals amb els controls (Anderson, et al., 2007; MacCoon, et al., 2014; Polak, 2009; Tang, et al., 2007).

En canvi, altres estudis sí troben millores en els grups que realitzen diferents pràctiques de *mindfulness*. Les millores del grups experimentals vers els grups control s'han observat tant en individus que porten realitzant pràctiques de *mindfulness* durant llargs períodes de temps (Fabio i Towey, 2018; Josefsson, et al., 2010; Pagnoni i Cekic, 2007; Valentine i Sweet, 1999), com en persones que porten períodes més curts (Chambers, Lo i Allen, 2008; Jha, et al., 2007).

Malgrat que en l'estudi de Verhoeven, et al. (2014) no troben diferències significatives en algunes mesures d'atenció, tal i com s'ha comentat, sí observen una major obertura atencional a experiències emocionals. En aquest sentit, detecten una disminució significativa de l'atenció vers els estímuls irrellevants, especialment els negatius. Aquests resultats coincideixen amb els obtinguts en l'estudi de Raedt, et al. (2012) que, de forma similar a Verhoeven, et al., (2014), comparen un grup experimental de persones que presenten trastorns depressius que realitzen MBCT amb un grup control. A més, en l'estudi de Raedt, et al. (2012) observen una reducció en la inhibició de la informació positiva. Aquests resultats podrien suggerir que l'entrenament en TCBM provoca una obertura de l'atenció envers totes les experiències. De fet, s'ha trobat que després de l'entrenament en TCBM desapareix tant la facilitació com la inhibició, la qual cosa és un dels objectius del *mindfulness*. En concret, això és el que es coneixeria com la *ment de principiant*: l'habilitat d'observar cada experiència com quelcom nou, sense cap biaix d'atenció o d'interpretació (de Raedt, et al., 2012).

Tot i els resultats exposats, no s'han identificat treballs que estudiïn l'atenció selectiva i la dividida en grups de TCBM en la revisió sistemàtica. No obstant, aquestes funcions sí s'han estudiat en relació amb d'altres modalitats de *mindfulness*.

Pel que fa a l'atenció selectiva, les millores entre els grups experimentals i els controls s'han trobat majoritàriament en pràctiques de *mindfulness* a llarg termini (Chan, et al., 2007; Hodgins i Adair, 2010; Jensen, Vangkilde, Krokjaer i Hasselbalch, 2012; Moore i Malinowski, 2009; van den Hurk, Giommi, Gielen, et al., 2010). Tres estudis ho han investigat en pràctiques de *mindfulness* a curt termini (Jha, et al., 2007; Polak, 2009; Tang, et al., 2007)., però només Jha, et al., 2007 ha trobat millores en el grup experimental.

En atenció dividida s'han obtingut resultats diversos: hi ha tres estudis que no mostren diferències, fet que s'explicaria perquè les pràctiques de MDF són a curt termini (Anderson, et al., 2007; Chambers, et al., 2008; Heeren, van Broeck i Philippot, 2009) i, en canvi, altres mostren resultats que semblarien donar suport a la hipòtesi de la millora de l'atenció en pràctiques de MDF a llarg termini (Fabio, et al., 2018; Hodgins, et al., 2010).

En resum, pel que fa als estudis de TCBM no es troben millores en els components d'atenció estudiats. En d'altres modalitats de *mindfulness*, les millores en els processos atencionals s'han trobat majoritàriament en estudis en els que els participants practiquen meditació durant llargs períodes de temps, persones que tenen una àmplia experiència en meditació i/o que realitzen entrenaments intensos durant mesos o anys. Per tant, totes aquestes dades suggeririen que, tant en població general com clínica, s'hauria d'entrenar en MDF durant llargs períodes de temps per a poder obtenir canvis en els processos atencionals (van den Hurk, et al., 2012).

#### **1.4.2. TCBM i funcions executives**

Les funcions executives és un altre dels processos cognitius avaluats, tant en TCBM com en diferents modalitats de *mindfulness*. En la revisió sistemàtica realitzada s'han trobat set treballs que ho investiguen. Concretament, s'ha estudiat la inhibició, la flexibilitat cognitiva i el *mental-set*.

S'han identificat tres estudis que mesuren la inhibició en relació amb TCBM. La inhibició és la capacitat d'ignorar els impulsos o la informació irrellevant, tant interna com externa, quan s'està realitzant una tasca (Lao, et al., 2016). En aquests tres estudis es troben millores en el subcomponent de la inhibició en el grup experimental en comparació amb el grup control (de Raedt, et al., 2012; Heeren, et al., 2009;

Greenberg, Reiner i Meiran, 2013). Aquests resultats van en el mateix sentit que el que troben en l'estudi de Jensen, et al. (2012) en que s'estudia MBSR. Per contra, en un altre estudi sobre TCBM, no es troben millores en la inhibició en el grup experimental (Oken, et al., 2010). Els resultats de Oken, et al. (2010) coincideixen amb els d'altres estudis que investiguen altres modalitats de MDF (Anderson, et al., 2007; Vega, et al., 2014). S'ha hipotetitzat que aquests resultats positius podrien confondre's amb la motivació i l'estratègia per a contestar les proves que tenen els participants (Lao, et al., 2016). És per això que les millores trobades es poden deure tant a la motivació que ja tenen les persones, com que el MDF augmenti la motivació d'aquestes. Una major motivació repercutiria en una millora del rendiment cognitiu (Lao, et al., 2016).

En els estudis que han investigat les funcions executives en relació amb diferents modalitats de MDF, s'han utilitzat tant la tasca Stroop (Anderson, et al., 2007; Oken, et al., 2010; Vega, et al., 2014) com la prova de fluïdesa verbal (Heeren, et al., 2009; Wenk-Sormaz, 2005; Zeidan, et al., 2010). En aquests últims estudis, s'han trobat millores en els grups experimentals vers els grups control.

S'han identificat tres treballs que investiguen la flexibilitat cognitiva. En l'estudi realitzat per Greenberg, Reiner i Meiran (2012) amb un grup de població sana que realitza TCBM, mostren que la pràctica de *mindfulness* redueix la rigidesa cognitiva que aquests pacients presenten degut a la tendència a veure les solucions des de patrons de pensaments rígids i repetitius que s'han format a través de l'experiència. És a dir, la pràctica de MDF afavoriria que no es "deixessin cegar" per l'experiència prèvia i poder respondre d'una forma més adaptativa. Aquests resultats donen suport al concepte de la *ment de principiant* que es desenvolupa a partir de l'entrenament en MDF. Els resultats de l'estudi de Greenberg, et al. (2012), obtinguts mitjançant la tasca de la gerra de l'aigua (Luchins, 1942), coincideixen tant amb altres estudis que investiguen TCBM (Heeren, et al., 2010; Shapero, et al., 2018) com amb estudis en diferents modalitats de MDF (Fabio, et al., 2018; Wenz-Sormaz, 2005; Zeidan, et al., 2010).

Els resultats de l'estudi de Greenberg, et al. (2012) també coincideixen amb els resultats previs d'estudis de *mindfulness* que indicaven que les persones que practiquen meditació disminuïen la seva interferència en la tasca de Stroop, ja que la resposta habitual i automàtica es redueix després de la pràctica de *mindfulness*. Aquests resultats donen suport a la disminució de la rumiació per la reducció dels pensaments negatius repetitius i perseverants.

Una de les proves utilitzades per avaluar la flexibilitat cognitiva és el *Trail Making Test* (TMT o Test del Traç; Fernández, Marino i Alderete, 2002). En aquest cas,

Heeren, et al. (2010), amb un grup de TCBM, no troba canvis significatius utilitzant aquest instrument. En canvi, l'estudi de Moynihan, et al. (2013), amb un grup de MBSR, sí observa millores significatives en l'execució dels pacients en el TMT després de realitzar un tractament basat en el MDF (Moynihan, et al., 2013)

En l'estudi de Greenberg, Shapero, Mischoulon i Lazar (2017) es comparen grups de persones amb trastorns depressius que realitzen una combinació de TCBM i tractament habitual amb persones en llista d'espera i/o que realitzen únicament tractaments habituals, i troben que els primers milloren significativament en la supressió de *mental-set* irrelevantes. A més, relacionen aquestes millores amb un alleujament de la simptomatologia clínica.

En resum, els estudis de les funcions executives en relació amb la pràctica de *mindfulness* mostren alguns resultats contradictoris. Malgrat això, semblaria que les diferents modalitats de MDF, entre elles MBCT, milloren les funcions executives.

### **1.4.3. TCBM i memòria de treball**

La memòria de treball és un altre dels processos cognitius que es troba afectat en els trastorns depressius i que s'ha estudiat en relació amb la pràctica de *mindfulness*. Malgrat això, en la revisió sistemàtica no s'ha identificat cap treball que ho estudiï en relació amb TCBM.

En els estudis que han investigat la memòria de treball en relació a la pràctica de *mindfulness*, han trobat que aquest millora o protegeix el deteriorament de la memòria de treball (Chambers, et al., 2008; Fabio, et al., 2018; Jensen, Vangkilde, Frokjaer i Hasselbalch, 2012; Jha, Stanley, Kiyonaga, Wong i Gelfand, 2010; Zeidan, Johnson, Diamond, David i Goolkasian, 2010). En l'estudi de Fabio, et al., (2018), on comparen un grup experimental de persones que porten meditant llargs períodes de temps amb un grup control, troben que la meditació a llarg termini pot influir en la memòria de treball, tant en termes d'exactitud en la discriminació com en l'habilitat de mantenir-la durant el temps. Les persones que mediten, en comparació amb els controls, són capaços de reduir el nombre de respostes incorrectes fins i tot quan augmenta la dificultat en les proves.

Malgrat que la memòria de treball és el tipus de memòria en que més s'han centrat els estudis en relació amb els canvis que es produeixen quan es realitza *mindfulness*, també s'ha trobat que les persones que pateixen trastorns depressius tenen dificultats en tasques d'evocació lliure (Marazzitti, Consoli, Picchetti, Carlini i Faravelli, 2010). El test de la figura complexa de Rey (Rey, 1997) és un instrument

que permet avaluar aquestes dificultats. Per aquesta raó, se l'ha considerat un bon instrument que permet avaluar l'eficàcia dels diferents tractaments realitzats amb pacients depressius (Marazzitti, et al., 2010).

A mode de resum, cal destacar l'escàs nombre de publicacions, tant d'investigacions que incloguin programes amb *mindfulness* ben estructurats com és el TCBM, com de treballs que valorin els efectes de TCBM en el rendiment neuropsicològic en població clínica depressiva (veure Annex 1). Això té especial rellevància perquè, tot i les investigacions que relacionen el MDF amb indicadors de salut i benestar, no ha estat tant estudiada la relació d'aquest amb el rendiment cognitiu, especialment en els trastorns depressius. Els estudis dels quals disposem indicarien que el programa de TCBM podria afavorir que es produeixin millores en el rendiment cognitiu.

A més, segons alguns estudis, els símptomes cognitius persisteixen més temps que els símptomes depressius en pacients amb TDM. De fet, apunten a que els símptomes cognitius residuals poden persistir fins i tot quan s'ha assolit la remissió clínica (Conradi, Ormel i de Jonge, 2011; Hasselbalch, Knorr i Kessing, 2011). Un altre aspecte important és que els símptomes cognitius tenen una influència important en la recuperació funcional de les persones amb trastorns depressius (Hammer-Helmich, et al., 2018).

Per aquesta raó, en el present estudi es proposa un disseny d'avaluació que permeti valorar el rendiment cognitiu, tant l'avaluació objectiva com la percepció subjectiva de la persona, abans d'iniciar el programa de TCBM i valorar si es produeixen canvis cognitius després de rebre el tractament amb TCBM.

## 2. Objectius i hipòtesis

Els objectius principals d'aquest estudi són:

- A. Descriure el perfil clínic (psicopatològic i neuropsicològic) dels pacients amb trastorns depressius usuaris del centre de la divisió de salut mental de la Fundació Althaia abans d'iniciar el tractament grupal amb TCBM.
- B. Estudiar els canvis en el rendiment cognitiu en aquests pacients en finalitzar el tractament amb el programa de TCBM.
- C. Avaluar si el perfil del rendiment cognitiu guarda relació amb l'adherència al tractament.
- D. Avaluar si el rendiment cognitiu dels pacients guarda relació amb la resposta al tractament.

Els objectius secundaris de l'estudi són:

- E. Avaluar, si és possible, si existeixen diferències per raó de variables sociodemogràfiques en els resultats pre o post tractament.

Hipòtesis de l'estudi que es realitzarà en el marc d'aquest projecte:

H1. S'espera que els pacients inclosos en l'estudi presentin un perfil de rendiment en concordança amb el descrit en pacients amb trastorns depressius en les funcions atencionals, les funcions executives i la memòria de treball.

H2. S'espera trobar canvis en les funcions atencionals, les funcions executives i la memòria de treball en el sentit que, quan finalitzi el programa de TCBM, millori el rendiment dels pacients en aquestes funcions, respecte al seu rendiment abans d'iniciar el tractament.

H3. S'espera que el rendiment cognitiu dels pacients s'associï amb l'adherència al tractament, en el sentit que un millor rendiment cognitiu, quan finalitzi el programa de TCBM, es relacioni amb millor adherència.

H4. S'espera que la millora en el rendiment cognitiu dels pacients, un cop finalitzat el programa de TCBM, s'associï directament amb la millora clínica.

### **3. Mostra, materials i mètodes**

#### **3.1. Participants**

Per a l'estudi es reclutaran usuaris del Centre de Salut Mental d'Adults (CSMA) de la Fundació Althaia, *Xarxa Assistencial i Universitària de Manresa*, candidats a formar part del programa TCBM.

Els participants hauran de complir els criteris d'inclusió i alhora no complir cap criteri d'exclusió per a formar part de la mostra d'aquest estudi.

Criteris d'inclusió:

- Haver estat derivat per participar al programa de TCBM.
- Tenir una edat compresa entre 18 a 60 anys.
- Presentar qualsevol dels següents trastorns, segons criteris diagnòstics DSM-5: trastorn de depressió major, trastorn depressiu persistent (distímia), trastorn depressiu degut a una altra afecció mèdica, altres trastorns depressius especificats o no especificats, trastorn adaptatiu amb estat d'ànim deprimat i trastorn adaptatiu amb ansietat mixta i estat d'ànim deprimat.
- Acceptar participar en l'estudi de forma voluntària signant el consentiment informat (veure Annex 3).

Criteris d'exclusió:

- Estar rebent un tractament farmacològic no estabilitzat.
- Patir un trastorn mental comòrbid que requereixi intervenció prèvia (consum actiu de tòxics, trastorn en fase aguda, trastorn de personalitat que dificulti l'abordatge grupal).
- Patir una malaltia neurològica amb curs evolutiu neurodegeneratiu.
- Tenir una afectació greu a l'eix IV (DSM-4).
- Presentar problemes de comprensió oral i escrita de la llengua vehicular.
- Tenir un nivell intel·lectual per sota de la normalitat.
- Haver assistit a menys de 5 sessions del programa.
- No completar un mínim de 75% dels instruments d'avaluació.

#### **3.2. Instruments**

La recollida de dades es realitzarà seguint un protocol per a la Fase 1, pre-tractament (veure Annex 4) i un altre per la Fase 2, post-tractament (veure Annex 5). A la Fase 1, es recolliran dades sociodemogràfiques i clíniques a partir de la història clínica i,

posteriorment, es completarà amb una entrevista als candidats al programa. A continuació, s'administraran qüestionaris específics de depressió, *mindfulness*, qualitat de vida i queixes cognitives, i també una bateria de proves neuropsicològiques (NPS). A la Fase 2, es recolliran dades sobre canvis importants que s'hagin pogut produir respecte la Fase 1 (noves malalties, estressors en els darrers mesos, realització de teràpies alternatives o canvis en el tractament farmacològic), així com la freqüència amb què ha realitzat pràctiques de *mindfulness*. A continuació, s'administraran els mateixos qüestionaris específics de depressió, *mindfulness*, qualitat de vida i queixes cognitives que a la Fase 1, i també la bateria de proves NPS, exceptuant el Test d'Accentuació de Paraules (veure Taula 6).

L'administració d'aquests qüestionaris específics i proves NPS permetrà valorar l'estat afectiu dels participants del programa TCBM i les seves habilitats de MDF abans de començar el programa i quan el finalitzin, per a poder analitzar si s'han produït canvis en el seu curs evolutiu, i en quin sentit (millora, empitjora o absència de canvis).

Els qüestionaris específics i les proves neuropsicològiques es descriuen a continuació.

- Avaluació de la simptomatologia depressiva i la seva gravetat:
  - **Inventari de depressió de Beck II** (BDI II; Adaptació espanyola: Sanz, García-Vera, Espinosa, Fortún i Vázquez, 2005). Autoinforme de 21 ítems que avalua la intensitat de la simptomatologia depressiva. Cadascun dels ítems és indicatiu de diferents símptomes que es corresponen amb els criteris diagnòstics dels trastorns depressius recollits en el DSM-4 i el CIE-10 (Classificació Estadística Internacional de Malalties i Problemes relacionats amb la Salut). Cada ítem consta d'una escala de 4 punts, excepte dos (el 16 i el 18 corresponents a canvis en el patró del son i canvis en la gana, respectivament) que consten de 7 categories. Les puntuacions mínimes i màximes que es poden obtenir al test són 0 i 63. Hi ha quatre punts de tall a partir dels quals es poden classificar els subjectes avaluats: 0-13 depressió mínima, 14-19 depressió lleu, 20-28 depressió moderada i 29-63 depressió greu.
  
- Qüestionaris de *Mindfulness*:
  - **Self-Compassion Scale** (SCS; Adaptació espanyola: García-Campayo, et al., 2014). Autoinforme de 26 ítems que avalua l'autocompassió a través de 3 subescales principals (auto-amabilitat, humanitat comú, MDF) i 3 subescales complementàries (auto-judici, aïllament i sobre-identificació). L'autocompassió és un constructe



psicològic clau per valorar els resultats clínics d'una intervenció basada en el MDF. Cadascun dels ítems es puntuja mitjançant una escala tipus Likert (1=gairebé mai a 5=gairebé sempre) que mesura com actua habitualment la persona amb sí mateixa en moments difícils. No proporciona punts de tall. Els valors totals més alts indiquen més autocompassió.

- **Experiences Questionnaire** (EQ; Adaptació espanyola: Soler, et al., 2014). Autoinforme de 11 ítems que avalua el descentrament i la rumiació. Els ítems es puntuen mitjançant una escala tipus Likert (1= mai a 5= sempre). No proporciona punts de tall. Els valors totals més alts indiquen més capacitat de descentrament i menys rumiació.
- **Five Facets of Mindfulness Questionnaire** (FFMQ; Adaptació espanyola: Cebolla, et al., 2012). Qüestionari autoaplicat de 39 ítems que mesura la tendència a tenir una actitud *mindful* en la vida quotidiana a través de cinc habilitats: observar, descriure, actuar amb consciència, no jutjar l'experiència interna i no reaccionar a l'experiència interna. Aquest qüestionari consta de 39 ítems que es puntuen mitjançant una escala tipus Likert (1= mai o molt rarament veritat a 5= molt sovint o sempre veritat). No proporciona punts de tall. Els valors totals més alts indiquen consciència més plena.

- Avaluació de la qualitat de vida:

- **Quality of Life in Depression Scale** (QLDS; Adaptació espanyola: Cervera, Enguix, Ramírez, Giralda i McKenna, 1999). Autoinforme de 34 ítems sobre la qualitat de vida en pacients depressius desenvolupada a partir de models de motivació humana. Cada ítem del qüestionari consta de dues opcions possibles, en alguns casos "sí/no" i en d'altres "verdader/fals". La puntuació oscil·la entre 0 i 34. No proporciona punts de tall. Els valors totals més alts indiquen menys qualitat de vida.

- Avaluació de queixes cognitives subjectives:

- **Qüestionari de Deficiències Percebudes** (PDQ-5; Fehnel, et al., 2016). Qüestionari autoaplicat de 5 ítems que mesura les queixes cognitives percebudes (memòria, concentració i funcions executives) en les últimes 4 setmanes. Els ítems del qüestionari es puntuen mitjançant una escala tipus Likert (0=mai a 4=molt sovint). No

proporciona punts de tall. Els valors totals més alts indiquen majors queixes cognitives del pacient.

- Les proves neuropsicològiques:
  - **Test d'Accentuació de Paraules** (TAP; Adaptació espanyola: Del Ser, González-Montalvo, Martínez-Espinosa, Delgado-Villapalos i Bermejo, 1997). Prova utilitzada per a estimar el rendiment cognitiu premòrbid (nivell intel·lectual). La puntuació total s'obté aplicant els criteris de correcció del manual de la prova. Les puntuacions més altes indiquen un millor nivell intel·lectual premòrbid.
  - **Test de colors i paraules Stroop** (Golden, 2001). Prova estructurada heteroaplicada que avalua l'atenció sostinguda i la resistència a la interferència. Aquest test consta de tres subtests: en el subtest de Paraula (P) l'objectiu és que el pacient llegeixi els noms dels colors escrits en tinta negra; el subtest de Color (C), que consisteix en denominar el color de la impressió; i el subtest Paraula-Color (P-C), l'objectiu del qual és denominar el color de la impressió dels noms dels colors, obviant el contingut verbal. Tots els subtests tenen un temps limitat per contestar-los (45 segons). La puntuació total s'obté aplicant els criteris de correcció del manual de la prova. Aquesta puntuació es pot baremar, per raó d'edat i/o escolaritat, mitjançant els criteris NEURONORMA de la població espanyola (Peña-Casanova, et al., 2009; Rognoni, et al., 2012).
  - **Figura Complexa de Rey** (FCR; Adaptació espanyola: Rey, 1997). Prova que permet avaluar una gran varietat de processos cognitius, incloent funcions executives, organització i planificació d'estratègies de resolució de problemes, funcions visoperceptives, motores i mnèsiques. S'administrarà la primera part, que consisteix en demanar a la persona que copii una figura, mentre es cronometra el temps que triga en fer-ho. Passats 30 minuts, se li demana que dibuixi de memòria tots aquells elements de la figura que recordi. Tot seguit, es demana a la persona que reconegui 12 elements que conformen la figura, d'entre un total de 24 elements. La puntuació total s'obté aplicant els criteris de correcció del manual de la prova. Aquesta puntuació es pot baremar, per raó d'edat i/o escolaritat, mitjançant els criteris NEURONORMA de la població espanyola (Palomo, et al., 2012; Peña-Casanova, et al., 2009).

- **Fluïdesa semàntica i fonètica** (Peña-Casanova, 1991). Prova que implica producció verbal, memòria semàntica, llenguatge i funcions executives. La prova consisteix en demanar a la persona que digui el major nombre de paraules segons el criteri de la categoria que es seleccioni durant un temps limitat (1 minut). En aquest estudi s'utilitzarà la categoria semàntica d'animals i la lletra "P" per la fluïdesa fonètica. La puntuació total s'obté aplicant els criteris de correcció del manual de la prova. Aquesta puntuació es pot baremar, per raó d'edat i/o escolaritat, mitjançant els criteris NEURONORMA de la població espanyola (Casals-Coll, et al., 2012; Peña-Casanova, et al., 2009).
- **WAIS-IV – Dígits** (Adaptació espanyola: de la Guia, Hernández, Paradel i Vallar, 2012). El subtest de dígits mesura l'atenció i la memòria de treball. Aquesta prova consisteix en que la persona respongui el major nombre possible de números en ordre directe, invers i creixent, respectivament. La puntuació total s'obté aplicant els criteris de correcció del manual de la prova. Aquesta prova també permet obtenir la puntuació del *span*, que és el número de dígits recordats en el últim intent correcte, tant en ordre directe, com en invers i creixent. Aquestes puntuacions es poden baremar, per raó d'edat, mitjançant el mateix manual de la prova, adaptat a la població espanyola (Wechsler, 2008).
- **Test de traç** (Adaptació espanyola: Fernández, et al., 2002). Prova estructurada heteroaplicada que avalua diferents funcions cognitives, entre elles l'atenció, la velocitat psicomotora i la flexibilitat cognitiva. Consta de dues parts: la part A en que se li demana a la persona que uneixi els números per ordre, tan ràpid com sigui possible, i la part B en que la persona ha d'anar unint números i lletres i alternant alhora que ho fa ordenadament (numèricament i alfabèticament), tan ràpid com sigui possible. La puntuació total s'obté aplicant els criteris de correcció del manual de la prova. Aquesta puntuació es pot baremar, per raó d'edat i/o escolaritat, mitjançant els criteris NEURONORMA de la població espanyola (Tamayo, et al., 2012; Peña-Casanova, et al., 2009).

Les proves neuropsicològiques permeten obtenir tant puntuacions directes del rendiment dels pacients, com puntuacions estandarditzades, segons els seus barems normatius. En aquest treball s'utilitzaran les Puntuacions Escalars (Pe), exceptuant en el TAP, en el qual s'obtenen puntuacions de quocient intel·lectual (QI). Les Pe consideren mitjana=10 i desviacions estàndard +/-3. Es consideren les següents

interpretacions: puntuacions alterades (Pe<6), límits (Pe7), normals (Pe 8-13) i altes o superiors (Pe>14). El QI consideren mitjana=100 i desviacions estàndard +/-15. Es consideren les següents interpretacions: nivell intel·lectual baix (QI<85), nivell intel·lectual normal (QI 85-115) i nivell intel·lectual alt (QI >115).

### 3.3. Procediment

Estudi observacional transversal i amb seguiment longitudinal (en moments). Els participants hauran de realitzar un seguit de proves en dos moments: pre-tractament (setmana 0) i post-tractament (setmana 10) (veure Taula 6).

Si l'assistència al programa és igual o inferior a 5 sessions, es considerarà que no ha seguit el programa tal i com es recull als criteris d'exclusió.

**Taula 6**

Resum del calendari proposat per l'administració de les proves

Instrument	Pre tractament (setmana 0)	Tractament (setmana 1-9)	Post tractament (setmana 9-10)
Entrevista	x		
BDI-II	x		x
SCS	x		x
EQ	x		x
FFMQ	x		x
QLDS	x		x
PDQ-5	x		x
TAP	x		
Stroop	x		x
FCR	x		x
FS i FF	x		x
Dígits	x		x
TMT	x		x

Nota: BDI-II= Inventari de Depressió de Beck II; Dígits= WAIS-IV; EQ= *Experiences Questionnaire*; FCR= Figura Complexa de Rey; FFMQ= *Five Facets of Mindfulness Questionnaire*; FS i FF= Fluïdesa semàntica i fonètica PDQ-5= Qüestionari de Deficiències Percebudes; QLDS= *Quality of Life in Depression Scale*; SCS= *Self-Compassion Scale*; Stroop= Test de colors i paraules Stroop; TAP= Test d'Accentuació de Paraules; TMT= Test de traç (veure apartat 3.2. Instruments).

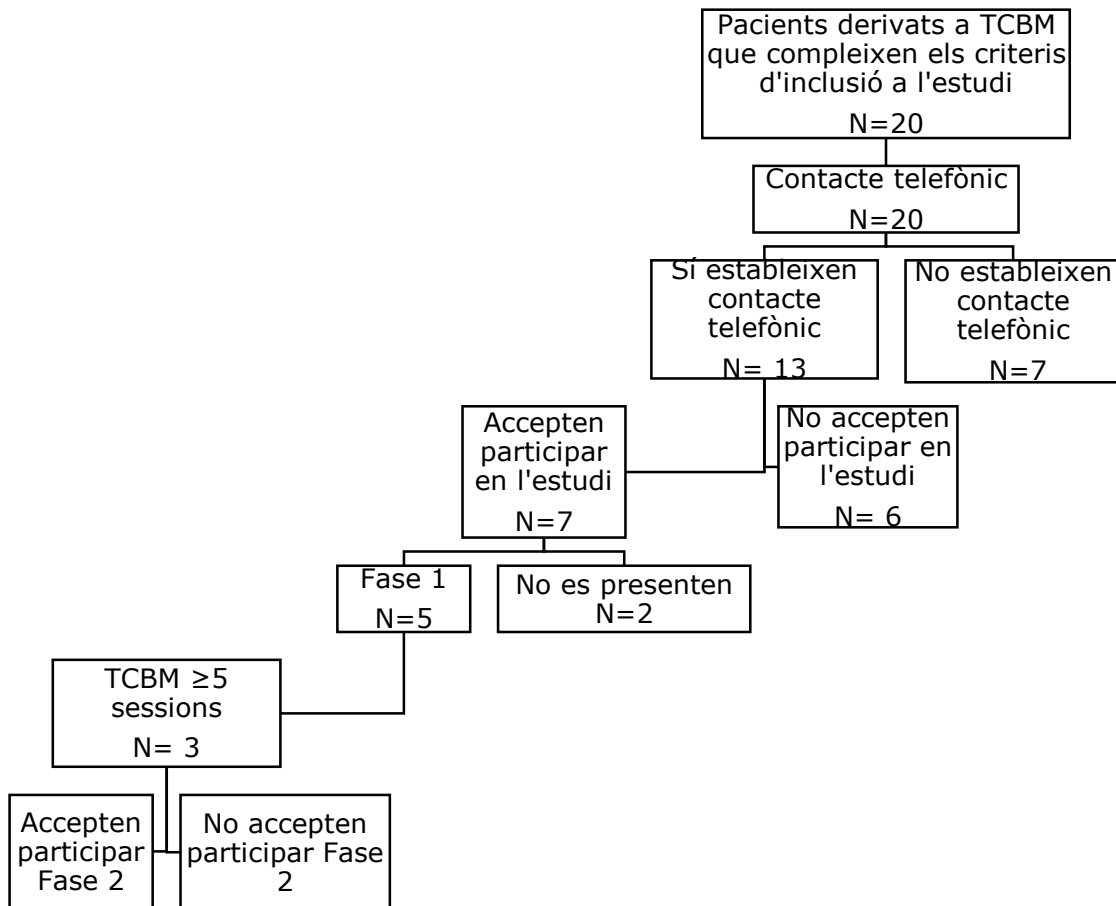
### **3.4. Anàlisi estadístic**

Les dades obtingudes s'analitzaran amb el programa estadístic SPSS. Es calcularan els estadístics descriptius de les variables objecte d'estudi, i es realitzaran anàlisis de correlació entre variables quantitatives, proves de  $Chi^2$  per variables qualitatives, tests de comparació de mitjanes per mostres independents o per mesures repetides (segons els objectius). Quan la mida de la mostra ho permeti, es realitzaran anàlisis multivariants (anàlisi de regressió lineal múltiple i *MANOVA*) per l'estudi de la influència de múltiples variables en cada variable dependent. Es valorarà la possibilitat d'utilitzar models mixtes. Segons la mida de les mostres s'utilitzaran proves paramètriques o no paramètriques (en aquest últim cas si  $N < 30$ ). S'establirà error tipus I=0,05 i tipus II=0,1.

A més, es realitzarà l'anàlisi qualitatiu de les observacions i informació proporcionada pels pacients i investigadors participants en l'estudi, al llarg de tot el procediment.

## 4. Resultats

En el present treball s'ha realitzat una prova pilot de l'estudi proposat. A la Figura 1 es pot observar el flux de participants.



**Figura 1.** Flux de participants per a l'estudi.

Nota: TCBM= Teràpia Cognitiva Basada en el *Mindfulness*.

En aquest treball només es poden presentar els resultats de la Fase 1 de la prova pilot en una mostra de 4 pacients, ja que les sessions del programa de TCBM han finalitzat molt recentment i no s'han pogut incloure les dades de la Fase 2. Per aquesta raó només es poden presentar les dades descriptives disponibles fins al moment.

## **4.1. Fase 1 (Pre-tractament)**

En aquest apartat es presenta un resum de les dades sociodemogràfiques i dels resultats obtinguts en els qüestionaris que avaluen depressió, *mindfulness*, qualitat de vida i queixes cognitives subjectives (veure Figura 2), així com de les proves NPS dels subjectes que han participat en la prova pilot a la Fase 1 (pre-tractament) (veure Figura 3).

A la Fase 1 hi van acceptar participar 7 persones, de les quals només 5 es van presentar per a realitzar l'avaluació pre-tractament. D'aquestes 5, un dels pacients no va completar el 75% mínim requerit en l'avaluació (subjecte 4), el qual és un criteri d'exclusió. Per tant, a la prova pilot del present estudi hi van acabar participant 4 subjectes derivats al programa de TCBM.

### **4.1.1. Dades sociodemogràfiques**

Tots els subjectes inclosos fins el moment actual són dones amb una mitjana d'edat de 52,2 anys ( $SD=7,52$ ,  $max=60$ ,  $min=43$ ).

Pel que fa al lloc de residència actual, dues (subjectes 1 i 3) viuen en un àmbit suburbà (2.000-9.999 habitants), una (subjecte 2) en un àmbit urbà (>10.000 habitants) i una altra (subjecte 5) a àmbit rural (<2.000 habitants). En canvi, totes van néixer en un àmbit urbà (>10.000), tres d'elles a Catalunya (subjectes 2,3 i 5) i una a Andalusia (subjecte 1).

Dues estan divorciades o separades (subjectes 1 i 3), i les altres dues estan casades o viuen en parella (subjectes 2 i 5).

En relació amb els estudis, dues pacients tenen estudis primaris (subjectes 1 i 5) i les altres dues estudis post-obligatoris (subjectes 2 i 3).

Pel que fa a la situació laboral actual, dues tenen una incapacitat temporal (subjectes 2 i 5), una altra rep atur contributiu (subjecte 1) i l'altra té una invalidesa permanent (subjecte 3).

### **4.1.2. Dades clíniques**

Cap de les pacients incloses presenta una malaltia neurològica de curs evolutiu neurodegeneratiu.

Respecte al seu diagnòstic, pel qual han estat derivats al programa de TCBM, segons criteris diagnòstics del DSM-5, dues estan diagnosticades de trastorn depressiu persistent (subjectes 2 i 5) i dues de trastorn depressiu major (subjectes 1 i 3). En dos casos el trastorn va debutar entre el 2015-2017 (subjectes 1 i 3), en un altre entre el 2000-2004 (subjecte 2) i en el restant abans de l'any 2000 (subjecte 5). Totes han patit el darrer episodi l'any 2016 (subjectes 1,2,3 i 5). Dues persones estan patint el seu primer episodi (subjectes 1 i 2), una altra el seu quart episodi (subjecte 2) i la restant el sisè episodi (subjecte 5). Per tant, en l'evolució en mesos des de l'any debut de la malaltia, trobem que dues es troben entre els 181-240 mesos (subjectes 2 i 5) i dues entre 13-24 mesos (subjectes 1 i 3). Respecte les comorbilitats, tres no presenten comorbilitats (subjectes 1,2 i 3), i només una té comorbilitat amb un trastorn de símptomes somàtics (subjecte 5).

En relació amb el consum de tòxics actual, trobem que tres de les persones avaluades en neguen el consum (subjectes 1, 2 i 5) i una altra refereix consum de tabac (subjecte 3). Respecte als antecedents en hàbits tòxics, dues refereixen en consum de tabac (subjectes 1 i 3) i dues neguen consum de tòxics en el passat (subjectes 2 i 5).

En el BDI II, el qual tal i com ja s'ha comentat mesura la intensitat de la simptomatologia depressiva, totes les pacients obtenen puntuacions d'intensitat significativa en depressió ( $M=34$ ,  $SD=11,10$ ,  $max=18$ ,  $min=42$ ). Segons els punts de tall que consten en aquesta prova, hi ha una persona amb depressió lleu ( $PD=18$ , subjecte 2) i les tres restants obtenen puntuacions de simptomatologia depressiva greu, amb puntuacions de 41, 35 i 42 respectivament (subjectes 1,3 i 5).

A l'escala EQ s'obté una puntuació mitjana de 29,5 ( $SD=8,66$ ,  $max=37$ ,  $min=17$ ). Es troba una puntuació de 17 (subjecte 1), 37 (subjecte 2) i 32 (subjectes 3 i 5). Per tant, en general, s'observa una tendència a la rumiació i una baixa capacitat de descentrament.

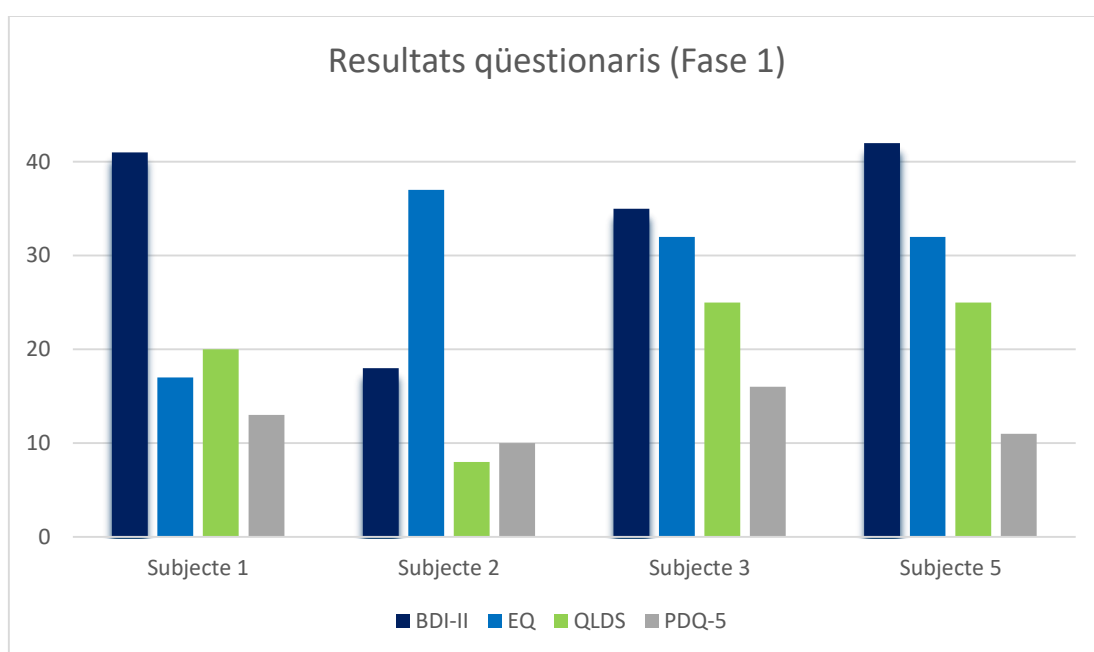
Pel que fa a l'escala SCS, consta de tres subescales principals. En la subescala de auto-amabilitat les pacients obtenen una puntuació mitjana de 2,65 ( $SD=1,12$ ,  $max=3,4$ ,  $min=1$ ), en la subescala d'humanitat s'observa una puntuació mitjana de 2,46 ( $SD=0,75$ ,  $max=3,12$ ,  $min=1,5$ ) i en la subescala de *mindfulness*, una mitjana de 2,6 ( $SD=0,92$ ,  $max=3,25$ ,  $min=1$ ). Per tant, les puntuacions indiquen una baixa capacitat d'auto-compassió amb sí mateixes en moments difícils.

En el FFMQ es mesura la tendència a tenir una actitud *mindful* en la vida quotidiana a través de cinc habilitats. S'obtenen les següents puntuacions: en l'habilitat d'observar, una mitjana de 22 ( $SD=8,52$ ,  $max=29$ ,  $min=10$ ), en la de descriure, una



mitjana de 22,75 ( $SD=11,29$ ,  $max=33$ ,  $min=8$ ), en la de consciència, una mitjana de 19,25 ( $SD=6,94$ ,  $max=24$ ,  $min=9$ ), en la de no jutjar la reacció interna, una mitjana de 23,25 ( $SD=9,70$ ,  $max=34$ ,  $min=12$ ) i en la de no reaccionar a l'experiència interna, una mitjana de 21 ( $SD=10,16$ ,  $max=34$ ,  $min=10$ ). Per tant, en general, les puntuacions indiquen una actitud *mindful* en la vida quotidiana dins de la normalitat.

A l'escala QLDS, les puntuacions obtingudes es troben dins de la normalitat, amb tendència a una qualitat de vida pitjor ( $M=19,5$ ,  $SD=8,02$ ,  $max=25$ ,  $min=8$ ). En aquest sentit, les pacients tenen, en dos casos, una puntuació de 25 (subjectes 3 i 5), un altre de 20 (subjecte 1) i el restant de 8 (subjecte 2).



**Figura 2.** Puntuacions directes obtingudes en els qüestionaris dels subjectes avaluats en la prova pilot.

Nota: BDI-II= Inventari de Depressió de Beck II; EQ= *Experiences Questionnaire*, PDQ-5= Qüestionari Deficiències Percebudes; QLDS= *Quality of Life in Depression Scale* (veure apartat 3.2. Instruments).

#### 4.1.3. Rendiment cognitiu

Pel que fa al nivell intel·lectual premòrbid, el qual s'ha estimat mitjançant el TAP, totes les pacients obtenen puntuacions dins de la normalitat ( $M=99,75$ ,  $SD=6,23$ ,  $max=108$ ,  $min=93$ ).

Les puntuacions obtingudes al qüestionari PDQ-5 mostren que la majoria presenten queixes cognitives percebudes com a moderades ( $M=12,5$ ,  $SD=2,64$ ,  $\max=16$ ,  $\min=10$ ).

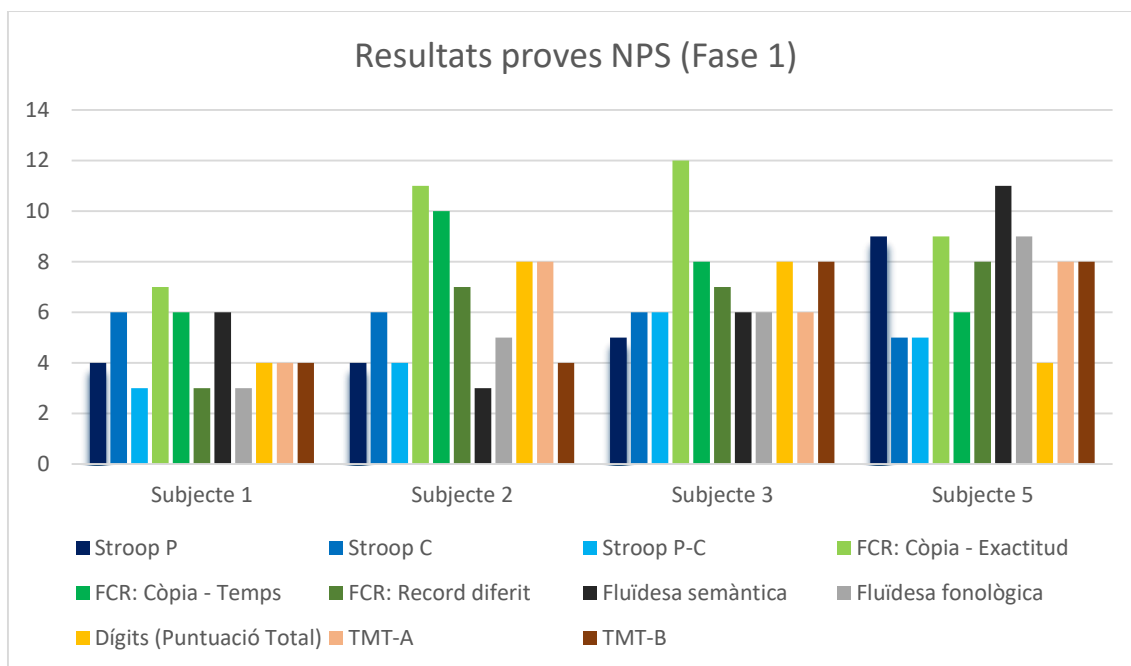
Els rendiments obtinguts mitjançant la còpia de la FCR mostren globalment puntuacions dins de la normalitat, tant en temps com en exactitud. En el temps, tres obtenen puntuacions dins de la normalitat (subjectes 2,3 i 5) i una límits (subjecte 1) ( $M=9,75$ ,  $SD=2,21$ ,  $\max=12$ ,  $\min=7$ ) i en l'exactitud, dues obtenen puntuacions dins de la normalitat (subjectes 2 i 3) i dues alterades (subjectes 1 i 5) ( $M=7,5$ ,  $SD=1,91$ ,  $\max=10$ ,  $\min=6$ ). En l'evocació lliure del record diferit, les pacients obtenen majoritàriament puntuacions alterades. Dues obtenen puntuacions límits (subjectes 2 i 3), una obté puntuacions alterades (subjecte 1) i una normals (subjecte 5) ( $M=6,25$ ,  $SD=2,21$ ,  $\max=8$ ,  $\min=3$ ). En dos dels casos les puntuacions indiquen una millora del record facilitant el reconeixement (subjectes 1 i 5). En els altres dos casos s'ha de valorar qualitativament, ja que només es compta amb barems per a adults fins a 49 anys i s'observa que en un cas millora (subjecte 2) i en un altre no (subjecte 3).

En fluïdesa semàntica i fonològica les puntuacions es mostren, globalment, alterades. En fluïdesa semàntica tres de les persones avaluades obtenen puntuacions alterades (subjectes 1,2 i 3) i una normals (subjectes 5) ( $M=6,5$ ,  $SD=3,31$ ,  $\max=11$ ,  $\min=3$ ). En fluïdesa fonològica, s'obtenen puntuacions alterades en tres casos (subjectes 1,2 i 3) i normals en un (subjecte 5) ( $M=5,75$ ,  $SD=2,5$ ,  $\max=9$ ,  $\min=3$ ).

Els resultats de la prova de dígit es troben majoritàriament alterats tant en la puntuació total, com en els tres *span*. En el *span* d'ordre directe, tres de les pacients avaluades obtenen puntuacions alterades (subjectes 1, 3 i 5) i una límits (pacients 2) ( $M=5,5$ ,  $SD=1,29$ ,  $\max=7$ ,  $\min=4$ ). En el *span* indirecte dues de les pacients mostren puntuacions alterades (subjectes 1 i 5) i dues límits (subjectes 2 i 3) ( $M=6$ ,  $SD=1,15$ ,  $\max=7$ ,  $\min=5$ ). En el *span* creixent dues persones obtenen resultats alterats (subjectes 1 i 5), una normals (subjectes 3) i una límits (subjectes 2) ( $M=6$ ,  $SD=2,58$ ,  $\max=9$ ,  $\min=3$ ). En la puntuació total de la prova, dues tenen resultats normals (subjectes 2 i 3) i dues alterats (subjectes 1 i 5) ( $M=6$ ,  $SD=2,30$ ,  $\max=8$ ,  $\min=4$ ).

En la prova TMT els resultats obtinguts mostren que, globalment, es troben alterats els rendiments, tant en la part A com en la B. En la part A, dues persones obtenen puntuacions normals (subjectes 2 i 5) i dues alterades (subjectes 1 i 3) ( $M=6,5$ ,  $SD=1,91$ ,  $\max=8$ ,  $\min=4$ ). En la part B, dues obtenen resultats alterats (subjectes 1 i 2) i dues normals (subjectes 3 i 4) ( $M=6$ ,  $SD=2,30$ ,  $\max=8$ ,  $\min=4$ ).

A la prova de tests de colors i paraules Stroop les puntuacions indiquen que es troben alterades en els tres subtests. En el subtest de paraula, tres persones obtenen puntuacions alterades (subjectes 1,2 i 3) i una normals (subjecte 5) ( $M=5,5$ ,  $SD=2,38$ ,  $\max=9$ ,  $\min=4$ ). Totes les pacients obtenen puntuacions alterades en els subtests color ( $M=5,75$ ,  $SD=0,5$ ,  $\max=6$ ,  $\min=5$ ) i paraula-color ( $M=4,5$ ,  $SD=1,29$ ;  $\max=6$ ;  $\min=3$ ).



**Figura 3.** Puntuacions escalars obtingudes en les proves neuropsicològiques de la prova pilot.

Nota: Dígits= WAIS-IV; FCR= Figura Complexa de Rey; Stroop C= Test de colors i paraules Stroop subtest Color; Stroop P= Test de colors i paraules Stroop subtest Paraula; Stroop P-C= Test de colors i paraules Stroop subtest Paraula-Color; TMT-A= Test de Traç part A; TMT-B= Test de Traç part B (veure apartat 3.2. Instruments).

## 4.2. Fase 2 (Post-tractament)

Aquesta fase d'avaluació post-tractament del grup pilot avaluat a la Fase 1 es troba actualment en procés de recollida de dades. El protocol dissenyat per a la Fase 2 es pot consultar a l'Annex 5.

## 5. Discussió

A la prova pilot d'aquest estudi, participen quatre pacients dels set que inicialment accepten formar part. Això suposa que es perd aproximadament el 43% de la mostra inicial. Aquestes dades serien similars a les obtingudes en altres estudis analitzats en la revisió sistemàtica (Shapero, et al., 2018; Verhoeven, et al., 2014), ja que si bé compten amb mostres més grans, al finalitzar els estudis perden entre el 15-50% de la mostra inicial.

De les quatre persones que participen en la Fase 1, totes elles són dones. Aquests resultats anirien en concordança amb els diferents estudis revisats, ja que diferents treballs epidemiològics han trobat que els trastorns afectius afecten amb més freqüència a les dones que als homes (APA, 2014; Belloch, et al., 2008; Del Barrio, 2013). De fet, s'indica que els trastorns depressius afecten pràcticament al doble de dones que d'homes, resultats que s'han trobat fins i tot en cultures molt diverses (Belloch, et al., 2008).

En la nostra mostra la mitjana d'edat és de 52,2 anys. No obstant això, cal tenir en compte l'any en que va debutar el trastorn, ja que en dos casos l'evolució es troba entre els 15 i els 20 anys i en els altres dos en més de 1 any. Atenent a la bibliografia, es sap que els trastorns depressius es poden iniciar a qualsevol edat, i el risc més elevat de patir un episodi depressiu major s'observa en joves adults, entre els 25 i els 44 anys, mentre que el TDP és un trastorn que afecta a grups de persones d'edat més avançada (Belloch, et al., 2008). Per tant, malgrat que l'edat sigui superior als pics de prevalença, en el cas de TDM, sí que les dades obtingudes donarien suport a que són trastorns que es poden iniciar a qualsevol edat. Una altra dada rellevant és que l'edat mitjana obtinguda en aquest treball concorda amb la referenciada en estudis similars (Greenberg, et al., 2012; Hereen, et al., 2009; van den Hurk, et al., 2010).

En aquest treball totes les pacients són nascudes en àrees urbanes. Respecte el lloc de residència actual, dues viuen en àmbits suburbans, una en urbà i una altra en rural. Els resultats sobre el lloc on van néixer anirien en el mateix sentit que els d'altres estudis realitzats amb anterioritat, ja que en la literatura s'apunta que, tant el TDM com el TDP, són fins a dues vegades més freqüent en àmbits urbans que en rurals (Belloch, et al., 2008). En canvi, els resultats sobre el lloc de residència actual, no anirien totalment en la mateixa línia que a la teoria, tot i que sí que es pot observar una tendència a una major incidència en àrees més poblades (urbanes i suburbanes).

Respecte a l'estat civil, en la prova pilot es troba que dues pacients estan divorciades o separades i les altres dues estan casades i/o viuen en parella. Les nostres dades

concordarien parcialment amb les dades proporcionades per altres estudis, en que s'apunta que existeix pràcticament el doble de risc de patir TDM o TDP en persones solteres que en casades (Belloch, et al., 2008). Aquest elevat risc també es troba en comparar-ho amb divorciats i vidus (Del Barrio, 2013).

Quant al nivell socioeconòmic, a la nostra mostra dues de les pacients tenen estudis primaris i dues estudis post-obligatoris, i cap de les quatre pacients es troben en actiu laboralment. La bibliografia mostra que els grups socioeconòmics i ocupacionals més desfavorables presenten taxes més elevades de depressió (Del Barrio, 2013). També s'indica en la literatura que estar a l'atur i/o de baixa laboral són situacions en que les persones presenten depressió amb major freqüència (Belloch, et al., 2008; Del Barrio, 2013). Les característiques sociodemogràfiques de la nostra mostra coincidirien parcialment amb les dades obtingudes en altres estudis respecte el nivell d'estudis i anirien en el mateix sentit que altres estudis realitzats respecte la situació laboral.

Entre els participants de la prova pilot hi ha dues persones amb TDM i dues amb TDP, per la qual cosa aquestes dades coincidirien amb el que apunten altres estudis sobre la major incidència d'aquests dos trastorns (Del Barrio, 2013).

Respecte la cronicitat i la recurrència dels trastorns depressius, en la prova pilot es troba que en dos casos el trastorn va debutar abans del 2004 i en altres dos entre el 2015-2017. A més, dues pacients es troben en el seu quart i sisè episodi. Per tant, aquestes dades anirien en el mateix sentit dels estudis que indiquen la cronicitat i l'elevat risc de patir recaigudes en els trastorns depressius (Belloch, et al., 2008; GGPCMD, 2014; Segal, et al., 2006).

Tot i que els trastorns depressius tenen una alta probabilitat de presentar comorbiditat amb altres trastorns, essent els més freqüents els trastorns d'ansietat, els trastorns relacionats amb substàncies, els trastorn obsessiu-compulsiu, els trastorns de la conducta alimentaria (anorèxia i bulímia) i el trastorn límit de la personalitat (APA, 2014), només una de les participants d'aquest treball presenta comorbiditat amb trastorn de símptomes somàtics.

Els canvis físics són una característica habitual en els trastorns depressius i sol ser un dels motius principals pels quals aquestes persones decideixen demanar ajuda a un professional. A més, tot i la prevalença dels trastorns depressius, són poques les persones que tenint el trastorn acudeixen a centres mèdics per buscar ajuda per a solucionar-ho. De fet, es calcula que només 1 de cada 5 ho fa (Belloch, et al., 2008). Una altra dada significativa és que la majoria de persones no busca ajuda durant el primer episodi, sinó que ho fa en els episodis successius i, per tant, el seu

funcionament sol estar molt afectat quan acudeixen a la consulta per trastorns depressius (APA, 2014; Belloch, et al., 2008). En els resultats de la prova pilot es troba que en el qüestionari BDI II, el qual és una prova de cribatge de la intensitat de la simptomatologia depressiva que té un fort component somàtic (Del Barrio, 2013), les participants obtenen una mitjana de 32 punts en la puntuació total. Aquesta puntuació faria referència, segons els barems, a una simptomatologia greu. Per tant, aquests resultats indicarien que els pacients que són candidats al programa TCBM són pacients que tenen trastorns d'intensitat greu, la qual cosa coincidiria amb les dades que s'apunten a la teoria. A més, en l'escala QLDS, que avalua la qualitat de vida, trobem una puntuació mitjana de 19,5. Aquesta puntuació mostraria que, tot i que els resultats es troben dins de la normalitat, aquestes persones presenten certa tendència a tenir una baixa qualitat de vida. Aquests resultats anirien en el mateix sentit que els que s'apunten en altres estudis disponibles.

L'escala EQ mesura el descentrament i la rumiació, i en els resultats obtinguts en la prova pilot, s'observa una tendència a la rumiació i una baixa capacitat de descentrament en els pacients. Aquests resultats avalarien el que es descriu en la teoria, ja que la rumiació és una de les característiques més freqüents dels trastorns depressius i juga un paper important en les recaigudes (Linares, Estévez, Soler i Cebolla, 2016; Segal, et al., 2006). Per aquesta raó, el programa de TCBM compta amb el descentrament com una de les seves principals habilitats. El descentrament es descriu com la capacitat de centrar-se en el present, en una postura sense prejudicis vers els pensaments i els sentiments, acceptant-los (Linares, et al., 2016).

Els sentiments de culpabilitat i auto-retret també són símptomes comuns en els trastorns depressius (APA, 2014; Belloch, et al., 2008) i, en conseqüència, s'observa una major tendència a l'autocrítica i l'autoculpa en pacients depressius. En contra d'això, apareix el constructe d'auto-compassió que proposa l'escala SCS (García-Campayo, et al., 2014) i que és una de les habilitats que es treballa en el MDF. En la prova pilot, els resultats d'aquesta escala mostren que les pacients tenen una baixa capacitat d'auto-compassió amb elles mateixes en moments difícils. Per tant, aquests resultats concordarien amb les dades existents en la literatura científica.

El FFMQ és una escala que mesura la tendència general a procedir amb atenció plena (MDF) a partir de 5 habilitats (observació, descriure, actuar amb consciència, no jutjar l'experiència interna i no reaccionar a l'experiència interna). En general, les puntuacions obtingudes en la Fase 1 mostren unes puntuacions dins de la normalitat pel que fa a tenir una actitud *mindful* en la vida quotidiana. La dada que més crida l'atenció, ja que tindria una tendència a la baixa respecte a la resta de puntuacions, és la d'actuar amb consciència. Aquesta escala avalua l'atenció que es para a les

activitats que s'estan realitzant en el moment en contraposició a comportar-se mecànicament mentre l'atenció es centra en d'altres coses (*pilot automàtic*) (Cebolla, et al., 2012). Aquestes dades anirien en el mateix sentit que les d'altres treballs existents, ja que aquesta és una de les característiques dels trastorns depressius i que el MDF intenta revertir perquè és un dels factors que juguen un paper important en les recaigudes (Segal, et al., 2006), tal com s'ha comentat prèviament.

Els participants de la prova pilot mostren queixes cognitives percebudes com a moderades. Atenent a la bibliografia, tot i que els pacients depressius tenen dificultats amb les activitats socials, laborals i domèstiques, el símptoma subjectiu més important és el deteriorament cognitiu, entre els quals destaquen dèficits en la manca de concentració, els problemes de memòria i la dificultat a l'hora de planificar i prendre decisions (McIntyre, et al., 2013). A més, s'ha trobat que si els símptomes cognitius persisteixen després del tractament, els pacients són més vulnerables a patir un nou episodi depressiu (Hammer-Helmich, et al., 2018).

Quant al rendiment cognitiu objectivat mitjançant les proves neuropsicològiques en el nostre estudi pilot, tres de les pacients mostren alteració en els tres subtests que conformen el test de Stroop, excepte una pacient que només presenta puntuacions alterades en dos dels tres subtests. Així doncs, aquestes dades anirien en el mateix sentit que el que s'indica en altres estudis sobre l'afectació de l'atenció i les funcions executives en pacients depressius (Austin, et al., 2001; Elliot, et al., 1997; McIntyre, et al., 2013; Paelecke-Habermann, et al., 2005). També es troben alterats els resultats de tres pacients tant en la prova de fluïdesa (semàntica i fonològica) com en el TMT. Així doncs, aquests resultats també confirmarien les dades que s'han trobat en altres estudis respecte als dèficits en flexibilitat cognitiva en pacients depressius (Austin, et al., 2001; Elliot, et al., 1997; McIntyre, et al., 2013; Paelecke-Habermann, et al., 2005).

En el *span* del subtest de dígit de la WAIS-IV, tots els pacients mostren alteració. Pel que es corroboraria els dèficits en memòria de treball dels pacients depressius (Austin, et al., 2001; Elliot, et al., 1997; McIntyre, et al., 2013; Paelecke-Habermann, et al., 2005).

En la Figura Complexa de Rey, totes les pacients obtenen puntuacions alterades en el record. Una altra dada significativa és que amb la FCR es pot observar com, majoritàriament, hi ha una millora del record amb el reconeixement. Tant els resultats alterats en el record com els obtinguts en reconeixement coincideixen amb els resultats d'estudis previs que apunten a dificultats en el record en les persones

amb trastorns depressius, tot i que aquest millora amb el reconeixement (Marazzitti, et al., 2010).

En resum, els resultats obtinguts en la nostra mostra del grup pilot indiquen dèficits cognitius d'acord amb treballs similars previs amb trastorns depressius.

Cal afegir que, tot i no disposar de les dades de la Fase 2 (post), sí que es coneix el nombre de sessions a les que han acudit al programa del TCBM. En aquest sentit, 3 dels 4 pacients han acudit a més de 5 sessions. Per tant, aquesta dada ens mostra que la majoria dels casos avaluats en la mostra pilot han tingut una bona adherència al tractament, aquests pacients presentaven simptomatologia depressiva greu. Pel que fa la pacient que pitjor adherència ha presentat (inferior a 5 sessions de tractament), els resultats obtinguts mostren que aquesta pacient és una de les que presentava un pitjor estat clínic: simptomatologia depressiva greu, alta tendència a la rumiació, baixa qualitat de vida i queixes cognitives subjectives percebudes moderades, i també és la que presenta un nivell intel·lectual estimat més alt (probablement superior), amb rendiments mitjans en les proves neuropsicològiques, els quals suggeririen una disminució dels seus rendiments cognitius respecte el que seria esperable en relació al seu nivell premòrbid estimat, orientat envers una afectació neuropsicològica en context del trastorn depressiu que presenta.

Sí bé la mostra del present estudi és petita, s'ha pogut assolir l'objectiu A i s'ha pogut descriure el perfil clínic (psicopatològic i neuropsicològic) dels pacients amb trastorn depressiu abans d'iniciar el programa de TCBM.

També s'ha pogut aconseguir l'objectiu C, podent constatar que el rendiment cognitiu, guarda relació amb l'adherència al tractament, ja que s'ha pogut veure una millor adherència terapèutica en els pacients que pitjor rendiment cognitiu presenten.

L'objectiu E, que consisteix en avaluar si existeixen diferències per raó de variables sociodemogràfiques entre els resultats pre i post tractament, no s'ha pogut assolir, ja que totes les persones que han participat en el pre-tractament en la prova pilot han estat dones. Així, tot i no disposar de les dades post-tractament, tampoc s'ha pogut aconseguir en la fase de pre-tractament.

Malauradament, no s'ha pogut assolir el compliment de la resta d'objectius per la manca de dades de la Fase 2, ja que aquesta avaluació post-tractament es troba actualment en curs.

En relació amb les hipòtesis, s'ha confirmat la hipòtesi en la que s'esperava que els pacients inclosos a l'estudi presentessin un perfil de rendiment neuropsicològic en concordança amb el descrit en altres estudis. La resta d'hipòtesis no s'han pogut



contrastar a causa de la manca de dades de la Fase 2, pendent de finalitzar, com ja s'ha comentat.

## 6. Conclusions

La depressió és un dels trastorns afectius més freqüents i aquests suposen un gran problema per a la salut. Un dels aspectes que es veuen compromesos per aquests tipus de trastorns és el rendiment cognitiu, el qual no només tindria una gran influència en la resposta al tractament d'aquestes persones, sinó que també seria un símptoma que persistiria després de la remissió clínica. En els darrers anys s'està utilitzant la TCBM, la qual no només ha demostrat la seva eficàcia en el tractament dels trastorns depressius sinó que també s'ha associat la pràctica de *mindfulness*, un dels seus components, amb una millora del rendiment cognitiu.

Aquest treball parteix d'una revisió bibliogràfica sistemàtica no només dels dèficits neuropsicològics, sinó en relació amb el tractament amb TCBM. Amb aquesta revisió s'han pogut constatar els dèficits cognitius que presenten amb freqüència les persones que pateixen trastorns depressius: dèficits en atenció, funcions executives i memòria de treball. També s'han pogut veure els canvis que es produeixen en aquestes funcions cognitives després de realitzar el programa de TCBM o altres modalitats de pràctiques que incloquin el *mindfulness*.

Amb l'objectiu de veure si aquests resultats es podien replicar en la nostra població, però també avaluar les queixes cognitives subjectives per valorar si es corresponen els dèficits subjectius amb els objectius i si aquests guarden relació amb el perfil clínic i amb la pràctica de *mindfulness*, s'ha dissenyat un protocol que inclou diferents escales de depressió, *mindfulness*, queixes cognitives subjectives i una bateria de proves neuropsicològiques. Aquest protocol s'ha administrat en una prova pilot en fase pre-tractament a alguns dels candidats a formar part del programa TCBM. En la nostra mostra del grup pilot amb 4 pacients, s'ha pogut constatar que els perfils obtinguts concorden amb les dades disponibles en la literatura científica existent fins a l'actualitat. S'ha trobat que les persones que han participat en la prova pilot presenten una gravetat clínica important pel que fa al trastorn depressiu juntament amb queixes cognitives subjectives significatives. Aquestes queixes subjectives es confirmen objectivament amb dèficits en diferents funcions cognitives avaluades amb les proves neuropsicològiques.

Mitjançant la prova pilot d'aquest estudi, s'ha pogut constatar la seva viabilitat. Els pacients inclosos, els quals s'han pogut avaluar, han mostrat actitud col·laboradora i han completat el protocol d'avaluació sense referir queixes, ni respecte el tipus d'instruments, ni pel procediment (com ara pel temps d'avaluació).

Com a limitacions d'aquest treball, destacar la baixa participació, doncs hi han participat un 20% del total de pacients que es trobaven en espera d'iniciar el

programa de TCBM. En part per aquest motiu, només s'ha pogut comptar amb 4 casos. Una altra limitació d'aquest treball ha estat que únicament es disposa de les dades de la Fase 1, ja que les sessions del programa de TCBM han finalitzat molt recentment i no s'han pogut incloure les dades de la Fase 2. Per tant, això pot comportar cert biaix respecte als resultats exposats. Així doncs, caldrà esperar a tenir una mostra més gran i poder completar l'estudi amb la Fase 2 per a poder analitzar les dades i extreure'n conclusions. A més, perquè aquestes conclusions es poguessin generalitzar també seria adient comparar les dades del grup experimental amb un grup control, amb pacients que no rebessin aquest tractament amb TCBM. No obstant això, aquest fet podria comportar limitacions ètiques, ja que no es pot negar el tractament a persones que ho requereixen. Una possible proposta seria comparar els resultats del grup experimental amb els pacients que es troben en llista d'espera o altres tractaments també recomanats en les guies de tractaments eficaços en trastorns depressius. Cal tenir en compte però la baixa adherència al tractament d'aquests pacients, com ja s'ha comentat anteriorment.

Com a propostes futures de millora, creiem convenient estendre els terminis de selecció i administració de proves, comparar els resultats amb els d'un grup control i fer un seguiment longitudinal. Aquestes propostes serien de gran utilitat, perquè tot i l'escàs nombre d'estudis que s'han publicat, sí que s'ha pogut constatar que es produeixen canvis beneficiosos en el rendiment cognitiu després de realitzar el programa de TCBM. Aquests canvis poden jugar un paper important, tant en el transcurs com en el resultat del tractament, així com en la millora funcional de les persones que pateixen trastorns depressius. Més enllà d'haver finalitzat el tractament amb TCBM, també creiem convenient realitzar un seguiment longitudinal, per tal de veure si hi ha nous canvis o si els resultats aconseguits al finalitzar el tractament es mantenen al llarg del temps

## 7. Referències bibliogràfiques

- Alexander, G. E., DeLong, M. R., i Strick, P. L. (1986). Parallel organization of functionally segregated circuits linking basal ganglia and cortex. *Annual Review of Neuroscience*, 9, 357–381.
- American Psychological Association (APA). (2014). *Manual diagnóstico y estadístico de los trastornos mentales DSM - V* (5ª edición). Madrid, España: Médica Panamericana.
- Anderson, N. D., Lau, M. A., Segal, Z. V., i Bishop, S. R. (2007). Mindfulness-based stress reduction and attentional control. *Clinical Psychology & Psychotherapy*, 14, 449–463.
- Austin, M., Mitchell, P., i Goodwin, G. (2001). Cognitive deficits in depression. Possible implications for functional neuropathology. *British Journal of Psychiatry*, 178, 200-206. doi: 10.1192/bjp.178.3.200.
- Arch, J. J., i Craske, M. G. (2006). Mechanisms of mindfulness: Emotion regulation following a focused breathing induction. *Behaviour Research and Therapy*, 44 (12), 1849–1858. doi: <http://dx.doi.org/10.1016/j.brat.2005.12.007>.
- Bao, A. M., Meynen, G., i Swaab, D. F. (2008). The stress system in depression and neurodegeneration: Focus on the human hypothalamus. *Brain Research Review*, 57, 531–553.
- Beauregard, M., Levesque, J., i Bourgouin, P. (2001). Neural correlates of conscious self-regulation of emotion. *Journal of Neuroscience*, 21, RC165.
- Belloch, A., Sandin, B., i Ramos, F. (2008). *Manual de Psicopatología (vol. 2)*. Madrid: McGraw-Hill.
- Brody, A. L., Barsom, M. W., Bota, R. G., i Saxena, S. (2001). Prefrontal–subcortical and limbic circuit mediation of major depressive disorder. *Seminars in Clinical Neuropsychiatry*, 6, 102– 112.
- Cabeza, R. I., i Nyberg, L. (2000). Imaging cognition II: an empirical review of 275 PET and fMRI studies. *Journal of Cognitive Neuroscience*, 12, 1 – 47.
- Casals-Coll, M., Sánchez-Benavides, G., Quintana, M., Manero, R.M., Rognoni, T., Calvo, L., ... i Peña-Casanova, J. (2012). Estudios normativos españoles en población adulta joven (proyecto NEURONORMA jóvenes): normas para los test de fluencia verbal. *Neurología*, 1-8. doi:10.1016/j.nrl.2012.02.010.

- Cebolla, A., García-Palacios, A., Soler, J., Guillen, V., Baños, R., i Botella, C. (2012). Psychometric properties of the Spanish validation of the Fice Facets of Mindfulness Questionnaire (FFMQ). *European Journal of Psychiatry*, 26 (2), 118-126.
- Cervera-Enguix, S., Ramírez, N., Giralda, N., i McKenna, S.P. (1999). The development and validation of a Spanish version of the quality of life in depression scale (QLDS). *European Psychiatry*, 14, 392-398.
- Chambers, R., Lo, B. C. Y., i Allen, N. B. (2008). The impact of intensive mindfulness training on attentional control, cognitive style and affect. *Cognitive Therapy & Research*, 32, 303–322.
- Chan, D., i Woollacott, M. (2007). Effects of level of meditation experience on attentional focus: Is the efficiency of executive or orientation networks improved? *Journal of Alternative and Complementary Medicine*, 13, 651–657.
- Chiesa, A., Calati, R., i Serretti, A. (2011). Does mindfulness training improve cognitive abilities? A systematic review of neuropsychological findings. *Clinical Psychology Review*, 31 (3), 449–464. doi: <http://dx.doi.org/10.1016/j.cpr-2010.11.003>.
- Conradi, H. J., Ormel, J., i de Jonge, P. (2011). Presence of individual (residual) symptoms during depressive episodes and periods of remission: a 3-year prospective study. *Psychological Medicine*, 41 (6), 1165–1174.
- Czeh, B., i Lucassen, P. J. (2007). What causes the hippocampal volume decrease in depression? Are neurogenesis, glial changes and apoptosis implicated? *European Archives of Psychiatry and Clinical Neuroscience*, 257, 250–260.
- Davidson, R. J., Pizzagalli, D., Nitschke, J. B., i Putnam, K. (2002). Depression: perspectives from affective neuroscience. *Annual Review of Psychology*, 53, 545– 574.
- De la Guía, E.; Hernández, A.; Paradell, E., i Vallar, F. (2012). *WAIS-IV (Escala de Inteligencia de Wechsler para adultos-IV)*. España: Pearson Educación.
- Del Barrio Gándara, V. (2013). Evaluación de los Trastornos del Estado de Ánimo: Trastornos Depresivos y Trastorno Bipolar. En M.A. Carrasco Ortiz, I. Ramírez Uclés i V. del Barrio Gándara (Eds.). *Evaluación Clínica. Diagnóstico*,

*formulación y contrastación de los trastornos psicológicos* (pp. 189-219). Madrid: Sanz y Torres (UNED).

Del Ser, T., González-Montalvo, J. I., Martínez-Espinosa, S., Delgado-Villapalos, C. i Bermejo, F. (1997). Estimation of Premorbid Intelligence in Spanish People with the Word Accentuation Tests and It's Application to the Diagnosis of Dementia. *Brain and Cognition*, 22, 343-356.

De Raedt, R., Baert, S., Demeyer, I., Goeleven, E., Raes, A., Visser, A., ... i Speckens, A. (2012). Changes in attentional processing of emotional information following mindfulness-based cognitive therapy in people with a history of depression: Towards an open attention for all emotional experiences. *Cognitive Therapy and Research*, 36 (6), 612-620. doi: <http://dx.doi.org/10.1007/s10608-011-9411-x>.

Drevets, W. C. (2000). Neuroimaging studies of mood disorders. *Biological Psychiatry*, 48, 813- 829.

Drevets, W. C. (2001). Neuroimaging and neuropathological studies of depression: Implications for the cognitive-emotional features of mood disorders. *Current Opinion in Neurobiology*, 11, 240-249.

Elliott, R., Baker, S. C., Rogers, R. D., O'Leary, D. A., Paykel, E. S., Frith, C. D., ... i Sahakian, B. J. (1997). Prefrontal dysfunction in depressed patients performing a complex planning task: a study using positron emission tomography. *Psychological Medicine*, 27, 931-942.

Fabio, R. A., i Towey, G. E. (2018). Long-term meditation: the relationship between cognitive processes, thinking styles and mindfulness. *Cognitive Processing*, 19:73-85. doi: <https://doi.org/10.1007/s10339-017-0844-3>.

Fehnel, S. E., Forysht, B. H., DiBenedetti, D. B., Danchenko, N., Clément, F., i Brevig, T. (2016). Patient-centred assessment of cognitive symptoms of depression. *CNS Spectrums*, 21, 43-52. doi:10.1017/S1092852913000643.

Fernández, A. L., Marino, J. C., i Alderete, A. M. (2002). Estandarización y validez conceptual del test de trazo en una muestra de adultos argentinos. *Revista de Neurología Argentina*, 27, 83-88.

Gabilondo A., Rojas-Farreras S., Vilagut G., Haro J. M.; Fernandez, A.; Pinto-Meza A., ... i Alonso, J. (2010). Epidemiology of major depressive episode in a

southern European country: Results from the ESEMeD-Spain project. *Journal of Affective Disorders*, 120 (1-3), 76-85.

García-Campayo, J., Navarro-Gil, M., Andrés, E., Montero-Marin, J., López-Artral, L., i Piva Demarzo, M.M. (2014). Validation of the Spanish versions of the long (26 items) and short (12 items) forms of the Self-Compassion Scale (SCS). *Health and Quality of Life Outcomes*, 12, 4.

Golden, C. J. (2001). *Test de Colores i palabras Stroop. Manual*. Madrid, España: TEA EDICIONES.

Grant, D.A., i Berg, E. A. (2001). *Test de clasificación de tarjetas Wisconsin. Manual*. Madrid, España: TEA EDICIONES.

Greenberg, J., Reiner, K., i Meiran, N. (2012). "Mind the trap": Mindfulness practice reduces cognitive rigidity. *PLoS ONE*, 7 (5). doi: <http://dx.doi.org/10.1371/journal.pone.0036206>.

Greenberg, J., Reiner, K., i Meiran, N. (2013). "Off with the old": Mindfulness practice improves backward inhibition. *Frontiers in Psychology*, 3 (618). doi: <http://dx.doi.org/10.3389/fpsyg.2012.00618>.

Greenberg, J., Shapero, B., Mischoulon, D. i Lazar, S. (2017). Mindfulness-based cognitive therapy for depressed individuals improves suppression of irrelevant mental-sets. *European Archives of Psychiatry and Clinical Neuroscience*, 267, 277-282. doi: 10.1007/s00406-016-0746-x.

Grossman, P., Niemann, L., Schmidt, S., i Walach, H. (2004). Mindfulness-based stress reduction and health benefits: A meta-analysis. *Journal of Psychosomatic Research*, 57 (1), 35-43. doi: [http://dx.doi.org/10.1016/S0022-3999\(03\)00573-7](http://dx.doi.org/10.1016/S0022-3999(03)00573-7).

Grupo de trabajo de la Guía de Práctica Clínica sobre el Manejo de la Depresión en el Adulto. (2014). *Guía de Práctica Clínica sobre el Manejo de la Depresión en el Adulto*. Ministerio de Sanidad, Servicios Sociales e Igualdad. Agencia de Evaluación de Tecnologías Sanitarias de Galicia (avalia-t). Guías de Práctica Clínica en el SNS: Avalia-t 2013/06.

Hammer-Helmich, L., Haro, J. M., Jönsson, B., Tanguy Melac, A., Di Nicolas, S., Chollet, J., ... i Saragoussi, D. (2018). Functional impairment in patients with major depressive disorder: the 2-year PERFORM study. *Neuropsychiatric Disease and Treatment*, 14, 239-249. doi: <http://dx.doi.org/10.2147/Ndt.S146098>.

- Hargus, E., Crane, C., Barnhofer, T., i Williams, J. (2010). Effects of mindfulness on meta-awareness and specificity of describing prodromal symptoms in suicidal depression. *Emotion*, 10 (1), 34–42. doi: <http://dx.doi.org/10.1037/a0016825>.
- Hariri, A. R., Bookheimer, S. Y., i Mazziotta, J. C. (2000). Modulating emotional responses: Effects of a neocortical network on the limbic system. *NeuroReport*, 11, 43–48.
- Hasselbalch, B. J., Knorr, U., i Kessing, L. V. (2011). Cognitive impairment in the remitted state of unipolar depressive disorder: a systematic review. *Journal of Affective Disorders*, 134 (1–3), 20–31.
- Hayes, S. C. (2004). Acceptance and commitment therapy, relational frame theory and the third wave of behavioral and cognitive therapies. *Behaviour Therapy*, 35, 639–65.
- Heeren A., Van Broeck N., i Philippot P. (2009) The effects of mindfulness on executive processes and autobiographical memory specificity. *Behaviour Research Therapy*, 47 (5), 403–409.
- Henn, F. A., i Vollmayr, B. (2004). Neurogenesis and depression: Etiology or epiphenomenon? *Biological Psychiatry*, 56, 146–150.
- Hodgins, H. S., i Adair, K. C. (2010) Attentional processes and meditation. *Consciousness and Cognition*, 19, 878. doi: 10.1016/j.concog.2010.04.002.
- Hoge, E., Bui, T. H. E., Metcalf, C., Pollack, M. H., i Simon, N. M. (2012). Mindfulness training improve resilience: Reductions in adrenocorticotrophic hormone (ACTH) response to laboratory stress. *Neuropsychopharmacology*, 38, S321–S322. doi: <http://dx.doi.org/10.1038/npp.2012.221>.
- Holzel, B. K., Carmody, J., Vangel, M., Congleton, C., Yerramsetti, S. M., Gard, T., i Laza, S. W. (2011). Mindfulness practice leads to increases in regional brain gray matter density. *Psychiatry Research: Neuroimaging*, 191 (1), 36–43. doi: <http://dx.doi.org/10.1016/j.psychresns.2010.08.006>.
- Jensen, C. G., Vangkilde, S., Frokjaer, V., i Hasselbalch, S. G. (2012). Mindfulness training affects attention – Or is it attentional effort? *Journal of Experimental Psychology*: 141 (1), 106–123. doi: <http://dx.doi.org/10.1037/a0024931>.
- Jha, A. P., Krompinger, J., i Baime, M.J. (2007). Mindfulness training modifies subsystems of attention. *Cognitive, Affective & Behavioral Neuroscience* (2), 109–119.



- Jha, A. P., Stanley, E. A., Kiyonaga, A., Wong, L., i Gelfand, L. (2010). Examining the protective effects of mindfulness training on working memory capacity and affective experience. *Emotion*, 10 (1), 54–64.
- Josefsson, T., i Broberg, A. (2010). Meditators and non-meditators on sustained and executive attentional performance. *Mental Health, Religion & Culture*, 14 (3):291-309.
- Kabat-Zinn, J. (1994). *Where you go, there you are. Mindfulness meditation in every day life*. New York, United States of America: Hyperion Books.
- Keng, S., Smoski, M. J., i Robins, C. J. (2011). Effects of mindfulness on psychological health: A review of empirical studies. *Clinical Psychology Review*, 31 (6),1041–1056. doi: <http://dx.doi.org/10.1016/j.cpr.2011.04.006>.
- Koolschijn, C., van Haren, N., Lensvelt-Mulders, G., Hulshoff Pol, H., i Kahn, R. (2009). Brain volume abnormalities in Major Depressive Disorder: A Meta-Analysis of Magnetic Resonance Imaging Studies. *Human Brain Mapping*, 30, 3719-3735.
- Lao, S., Kissane, D., i Meadows, G. (2016). Cognitive effects of MBSR/MBCT: A systematic review of neuropsychological outcomes. *Consciousness and Cognition*, 45, 109-123.
- Linares, L., Estévez, A., Soler, J., i Cebolla, A. (2016). El papel del mindfulness y el descentramiento en la sintomatología depresiva y ansiosa. *Clínica y Salud*: 27, 51-56. doi: <http://dx.doi.org/10.1016/j.clysa.2016.03.001>.
- Luchins, A.S. (1942) Mechanization in problem solving—the effect of einstellung. *Psychological Monographs*, (54), 248.
- MacCoon, D. G., MacLean, K. A., Davidson, R. J., Saron, C. D., Lutz, A., i Creswell, J. D. (2014). No sustained attention differences in longitudinal randomized trial comparing mindfulness based stress reduction versus active control. *PloS One*, 9 (6). doi: <http://dx.doi.org/10.1371/journal.pone.0097551>.
- Mankus, A. M., Aldao, A., Kerns, C., Wright Mayville, E., i Mennin, D. S. (2013). Mindfulness and heart rate variability in individuals with high and low generalized anxiety symptoms. *Behaviour Research and Therapy*, 51(7), 386–391. doi: <http://dx.doi.org/10.101/j.brat.2013.03.005>.
- Marazzitti, D., Consoli, G., Picchetti, M., Carlini, M., i Faravelli, L. (2010). Cognitive impairment in major depression. *European Journal of Pharmacology*, 626, 83-86.

- Marchand, W. R. (2012). Mindfulness-based stress reduction, mindfulness-based cognitive therapy, and zen meditation for depression, anxiety, pain, and psychological distress. *Journal of Psychiatric Practice*, 18 (4), 233–252. doi: <http://dx.doi.org/10.1097/01.pra.0000416014.53215.86>.
- McIntyre, R. S., Cha, D.S., Soczynska, J. K., Woldeyohannes, H. O., Gallagher, L. A., Kudlow, P., Alsuwaidan, M., i Baskaran, A. (2013). Cognitive deficits and functional outcomes in major depressive disorder: determinants, substrates, and treatment interventions. *Depression and Anxiety*, 30 (6), 515-527.
- Moore, A., i Malinowski, P. (2009). Meditation, mindfulness and cognitive flexibility. *Consciousness and Cognition*, 18(1), 176–186.
- Moynihan, J. A., Chapman, B. P., Klorman, R., Krasner, M. S., Duberstein, P. R., Brown, K. W., i Talbot, N. L. (2013). Mindfulness-based stress reduction for older adults: Effects on executive function, frontal alpha asymmetry and immune function. *Neuropsychobiology*, 68 (1), 34–43.
- Oken, B., Fonareva, I., Haas, M., Wahbeh, H., Lane, J., Zajdel, D., i Amen, A. (2010). Pilot Controlled Trial of Mindfulness Meditation and Education for Dementia Caregivers. *The journal of Alternative and Complementary Medicine*, 16 (10), 1031-1038. doi: 10.1089/acm.2009.0733.
- Paelecke-Habermann, Y., Pohl, J., i Leplow, B. (2005). Attention and executive functions in remitted major depression patients. *Journal of Affective Disorders*, 89, 125-135.
- Pagnoni, G., i Cekic, M. (2007). Age effects on gray matter volume and attentional performance in Zen meditation. *Neurobiology of Aging*, 28, 1623–1627.
- Palomo, R., Casals-Coll, M., Sánchez-Benavides, G., Quintana, M., Manero, R.M., Rognoni, T., ... i Peña-Casanova, J. (2012). Estudios normativos españoles en población adulta joven (proyecto NEURONORMA jóvenes): normas para las pruebas Rey-Osterrieth Complex Figure (copia y memoria) y Free and Cued Selective Reminding Test. *Neurología*, 1-10. doi: 10.1016/j.nrl.2012.03.008.
- Peña-Casanova, J. (1991). *Programa Integrado de Exploración Neuropsicológica. Test Barcelona*. Barcelona, España: Masson.
- Peña-Casanova, J., Gramunt-Fombuena, N., Quiñones-Úbeda, S., Sánchez-Benavides, G., Aguilar, M., Badenes, D., ... i Blesa, R. (2009). Spanish Multicenter Normative Studies (NEURONORMA Project): Norms for the Rey-Osterrieth

- Complex Figure (Copy and Memory), and Free and Cued Selective Reminding Test. *Archives of Clinical Neuropsychology*, 1-23. doi: 10.1093/arclin/acp041.
- Peña-Casanova, J., Quiñones-Úbeda, S., Gramunt-Fombuena, N., Quintana, M., Aguilar, M., Molinuevo, J., ... i Blesa, R. (2009). Spanish Multicenter Normative Studies (NEURONORMA Project): Norms for the Stroop Color-Word Interference Test and the Tower of London-Drexel. *Archives of Clinical Neuropsychology*, 1-17. doi: 10.1093/arclin/acp043.
- Peña-Casanova, J., Quiñones-Úbeda, S., Gramunt-Fombuena, N., Quintana, M., Aguilar, M., Badenes, D., ... i Blesa, R. (2009). Spanish Multicenter Normative Studies (NEURONORMA Project): Norms for Verbal Fluency Tests. *Archives of Clinical Neuropsychology*, 1-17. doi: 10.1093/arclin/acp042.
- Peña-Casanova, J., Quiñones-Úbeda, S., Quintana-Aparicio, M., Aguilar, M., Badenes, D., Molinuevo, J.L., ... i Blesa, R. (2009). Spanish Multicenter Normative Studies (NEURONORMA Project): Norms for Verbal Span, Visuospatial Span, Letter and Number Sequencing, Trail Making Test, and Symbol Digit Modalities Test. *Archives of Clinical Neuropsychology*, 1-21. doi: 10.1093/arclin/acp038.
- Polak, E. (2009). Impact of two sessions of mindfulness training on attention. *Open Access Dissertations*, 251.
- Rajkowska, G. (2000). Postmortem studies in mood disorders indicate altered numbers of neurons and glial cells. *Biological Psychiatry*, 48, 766-777.
- Rey, A. (1997). *Test de copia de una figura compleja. Manual*. Madrid, España: TEA Ediciones.
- Rogers, M. A., Bradshaw, J. L., Pantelis, C., i Phillips, J. G. (1998). Frontostriatal deficits in unipolar major depression. *Brain Research Bulletin*, 47, 297-310.
- Rognoni, T., Casals-Coll, M., Sánchez-Benavides, G., Quintana, M., Manero, R.M., Calvo, L., ... i Peña-Casanova, J. (2012). Estudios normativos españoles en población adulta joven (proyecto NEURONORMA jóvenes): normas para las pruebas Stroop Color-Word Interference Test y Tower of London-Drexel University. *Neurología*, 28 (2), 73-80. doi: 10.1016/j.nrl.2012.02.009.
- Sapolsky, R. M. (2000). Glucocorticoids and hippocampal atrophy in neuropsychiatric disorders. *Archives of General Psychiatry*, 57, 925-935.

- Sapolsky, R. M. (2008). *¿Por qué las cebras no tienen úlcera?*. Madrid, España: Alianza Editorial.
- Sanz, J., García-Vera, M.P., Espinosa, R., Fortún, M., i Vázquez, C. (2005). Adaptación española del Inventario para la Depresión de Beck-II (BDI-II): 3. Propiedades psicométricas en pacientes con trastornos psicológicos. *Clínica y Salud*, 16, 2.
- Segal, Z. V., i Walsh, K. M. (2016). Mindfulness Based Cognitive Therapy for Residual Depressive Symptoms and Relapse Prophylaxis. *Current Opinion in Psychiatry*, 29 (1), 7–12. doi: 10.1097/YCO.0000000000000216.
- Segal, Z. V., William, J. M., i Teasdale, J.D. (2006). *Terapia cognitiva de la depresión basada en la consciencia plena. Un nuevo abordaje para la prevención de las recaídas*. Bilbao, España: Desclée de Brouwer.
- Shapero, B. G., Greenberg, J., Mischoulon, D., Pedrelli, P., Meade, K. i Lazar, S. (2018). Mindfulness-Based Cognitive Therapy Improves Cognitive Functioning and Flexibility Among Individuals with Elevated Depressive Symptoms. *Mindfulness*. doi: 10.1007/s12671-018-0889-0
- Soler, J., Franquesa, A., Feliu-Soler, A., Cebolla, A. García-Campayo, J., Tejedor, R., ... i Portella, M. J. (2014). Assessing Descentering: Validation, Psychometric Properties, and Clinical Usefulness of the Experiences Questionnaire in a Spanish Sample. *Behavior Therapy*, 45, 863-871.
- Swaab, D. F., Bao, A. M., i Lucassen, P. J. (2005). The stress system in the human brain in depression and neurodegeneration. *Ageing Research Reviews*, 4, 141–194.
- Tamayo, F., Casals-Coll, M., Sánchez-Benavides, G., Quintana, M., Manero, R.M., Rognoni, T., ... i Peña-Casanova, J. (2012). Estudios normativos espanyoles en població adulta jovent (Proyecto NEURONORMA jóvenes): normas para las pruebas span verbal, span visuoespacial, Letter-Number Sequencing, Trail Making Test y Symbol Digit Modalities Test. *Neurología*: 1-11. doi:10.1016/j.nrl.2011.12.020.
- Tang, Y. Y., Ma, Y., Wang, J., Fan, Y., Feng, S., Lu, Q., ... i Posner, M. (2007). Short-term meditation training improves attention and self-regulation. *Proceeding of the National Academy of Science USA*, 104, 17152–17156.
- Teasdale, J. D., Moore, R. G., Hayhurst, H., Pope, M., Williams, S., i Segal, Z. V. (2002). Metacognitive awareness and prevention of relapse in depression:

- Empirical evidence. *Journal of Consulting and Clinical Psychology*, 70 (2), 275–287. doi: <http://dx.doi.org/10.1037//0022-006X.70.2.275>.
- Tejedor, R. (2017). *Conciencia y Aceptación en Salud Mental* (Tesis Doctoral). Universitat Autònoma de Barcelona, Bellaterra.
- Tekin, S., i Cummings, J. L. (2002). Frontal-subcortical neuronal circuits and clinical neuropsychiatry: An update. *Journal of Psychosomatic Research*, 53, 647–654.
- Valentine, E. R., i Sweet, P. L. G. (1999). Meditation and attention: A comparison of the effects of concentrative versus mindfulness meditation on sustained attention. *Mental Health, Religion and Culture*, 2, 59–70.
- Van den Hurk, P. A. M., Giommi, F., Gielen, S. C., Speckens, A. E. M., i Barendregt, H.P. (2010). Greater efficiency in attentional processing related to mindfulness meditation. *Quarterly Journal of Experimental Psychology*, 63 (6), 1168-1180. doi: <http://dx.doi.org/10.1080/17470210903249365>.
- Van den Hurk, P. A., van Aalderen, J. R., Giommi, F., Donders, R. A., Barendregt, H.P., i Speckens, A. E. (2012). An investigation of the role of attention in mindfulness-based cognitive therapy for recurrently depressed patients. *Journal of Experimental Psychopathology*, 3 (1), 103–120.
- Vega, R. B., Melero-Llorente, J., Perez, B. C., Cebolla, S., Mira, J., Valverde, C. i Fernández-Liria, A. (2014). Impact of mindfulness training on attentional control and anger regulation processes for psychotherapists in training. *Psychotherapy Research*, 24 (2), 202–213. doi: <http://dx.doi.org/10.1080/10503307.2013.838651>.
- Verhoeven, J. E., Vrijssen, J. N., van Oostrom, I., Speckens, A., i Rinck, M. (2014). Attention Effects of Mindfulness-Based Cognitive Therapy in Formerly Depressed Patients. *Journal of Experimental Psychopathology*, 5 (4), 414-424. doi: 10.5127/jep.037513
- Wechsler, D. (2008). *WAIS-IV Escala de intel·ligència de Wechsler para adultos – IV. Manual de aplicació y corrección*. Madrid, España: Pearson Educación.
- Wenk-Sormaz, H. (2005) Meditation can reduce habitual responding. *Advances in Mind-Body Medicine*, 11, 48–58.

World Health Organization. Depression. Geneva: World Health Organization; 2017 [citat 23 abril 2018]. Disponible en: <http://www.who.int/topics/depression/en/>

Zeidan F., Johnson S.K., Diamond B.J., David Z., i Goolkasian P. (2010) Mindfulness meditation improves cognition: Evidence of brief mental training. *Conscious Cogn.*, 19 (2): 597–605.

## **ANNEX 1: Resum estudis Teràpia Cognitiva basada en el *Mindfulness* i altres modalitats de *mindfulness***

Estudis	Funcions estudiades	Població d'estudi	Instruments	Grup experimental (n) + control (n)	Resultats
Anderson, et al. (2007)	Funcions executives	General	Stroop, VCPT, ST	MBSR (39) Llista d'espera (33)	No hi ha diferències significatives entre el grup MBSR i el control en inhibició.
Chambers, et al. (2008)	Memòria de treball	General	Dígits, IST	Vipassana (20) Controls (20)	Millores significatives en memòria de treball en el grup de vipassana comparada amb els controls.
Chan i Wollacott (2007)	Atenció	General	Stroop, GLLT	Meditació (50) Controls (10)	L'experiència en meditació, mesurada amb minuts en meditació/dia, correlaciona negativament amb la interferència a Stroop.
de Raedt, et al. (2012)	Atenció i Funcions executives	Clínica (depressió recurrent)	NAP	TCBM (45) Controls (26)	Fase 1: el grup TCMB mostra significatiu biaix atencional vers la informació negativa i la inhibició de la informació positiva, comparada amb els controls. Fase 2: els efectes significatius de base en el grup TCMB desapareixen, indicant una atenció més oberta per a les experiències emocionals. La disminució en l'atenció vers la informació negativa fou significativa.

Fabio i Towey (2018).	Atenció, Memòria de treball i Funcions executives	General	Stroop, VS, N-back test, BM, AB	MDF (18) Controls (18)	Diferències significatives entre els dos grups demostren que la meditació a llarg termini està associada amb millores en funcions atencionals, memòria de treball i flexibilitat cognitiva.
Greenberg, et al. (2012)	Funcions executives	General	TGA	TCBM (27) Llista d'espera (26)	TCBM redueix la rigidesa cognitiva vers els subjectes controls.
Greenberg, et al. (2013)	Funcions executives	General	VBP	TCBM (32) Llista d'espera (33)	TCBM millora el component específic de la inhibició del revés.
Greenberg, et al. (2017)	Funcions executives	Clínica (depressió)	CRS	TCBM+TAU (22) Llista d'espera + TAU (18)	TCBM mostra millores significatives en supressió de configuracions mentals irrelevantes. Aquestes millores van ser associades en millores en la simptomatologia depressiva.
Heeren, et al. (2009)	Funcions executives i Memòria	General	TMT, Fluïdesa verbal, TMA, HT	TCBM (18) Llista d'espera (18)	Disminució de la memòria general autobiogràfica després de TCMB. No hi ha diferències significatives en la resta de mesures.
Hodgins i Adair (2010)	Atenció	General	AIPST, CBFT, Vídeo Goril·la, SAT	MDF (100) Controls (100)	Els del grup MDF obtenen puntuacions significativament millors que els controls en mesures d'atenció (atenció no dirigida, acuradament de la concentració, atenció selectiva i atenció dividida).



Jha, et al. (2007)	Atenció	General	ANT	MBSR (17) Retir espiritual (17) Controls (17)	Fase 1: el grup del retir intensiu mostren puntuacions significatives en millor monitoratge de conflicte que MBSR i controls. Fase 2: MBSR millora orientació vers els controls.
Jha, et al. (2010)	Memòria de treball	Personal militar	OST	MBMFT (29) No tractament (17)	Millora de la memòria de treball en el grup d'elevada practica MBMFT i disminueix en grups de baixa pràctica MBMFT i controls.
Jensen, et al. (2012)	Atenció, Memòria de treball i Funcions executives	General	DART, STAN, Stroop, D2 test of attention	MBSR (16) NMSR (15) No tractament (16)	El grup MBSR millora significativament respecte els altres grups en atenció selectiva. Només MBSR millora la memòria de treball.
Josefsson i Broberg (2010)	Atenció	General	SuAT, Stroop	MDF (94) Controls (92)	No hi ha diferències significatives en atenció sostinguda i en Stroop. No obstant això, experiències més llargues en meditació estan associades amb temps de reacció més ràpids en SuAT.
MacCoon, et al. (2014)	Atenció	General	CPT	MBSR (29) PMS (25)	No hi ha diferències en atenció sostinguda entre el grup MBSR i el grup control actiu.
Moore i Malinowski (2009)	Atenció	General	CET, Stroop	MDF(25) Controls (25)	Les puntuacions d'ambdós instruments milloren amb l'experiència en meditació.

Moynihan, et al. (2013)	Funcions executives	General	TMT	MBSR (105) Llista d'espera (103)	El grup MBSR obté puntuacions significativament millors en el control executiu comparat amb els controls.
Oken, et al. (2010)	Funcions executives	General	WLLT, Stroop, ANT	TCBM (10) Educació (11) Llista d'espera (10)	Diferències significatives en la interferència a Stroop i ANT entre els grups. MBCT mostra més rapidesa a Stroop i obté majors puntuacions d'alerta.
Pagnoni i Cekic (2007)	Atenció	General	VIP	MDF (13) Controls (13)	Els controls obtenen correlacions negatives en volum de matèria gris i atenció sostinguda amb edat, mentre que els del grup MDF no mostren correlacions significatives ni en mesura ni edat.
Polak (2009)	Atenció	General	ANT, Stroop, WRAML	Inducció MDF (50) Inducció relaxació (50) No tractament (52)	Fase 2: els practicants de MDF mostren una millora de l'atenció sostinguda, mentre que el grup de relaxació mostra pitjors resultats en la mateixa mesura. No hi ha altres diferències significatives.
Shapero, et al.(2018)	Funcions executives	Clínica (depressió severa)	CPFQ, CFI	TCBM (22) Llista d'espera (18)	TCBM milloren significativament la flexibilitat cognitiva i disminueixen els dèficits cognitius comparats amb els controls. A més, s'associa la millora significativa dels dèficits cognitius amb la millora dels símptomes depressius.

Tang, et al. (2007)	Atenció	General	ANT, RSPM	Entrenament integratiu cosment (40) Relaxació (40)	No hi ha diferències significatives entre els grups.
Valentine i Sweet (1999)	Atenció	General	WCT	MDF (19) Controls (24)	La pràctica de meditació s'associa amb millors puntuacions en atenció sostinguda, comparat amb els controls, particularment en meditadors experts. El MDF és millor que altres meditacions intensives quan l'estímul és inesperat.
Van den Hurk, et al.(2010)	Atenció	General	ANT	MDF(20) Controls (20)	La meditació vipassana obtenen puntuacions significativament millors en atenció sostinguda. S'observa una tendència a la significació en atenció executiva.
Van den Hurk, et al. (2012)	Atenció	Clínica (depressió recurrent)	ANT	TCBM (34) Llista d'espera (37)	No es troben millores en el processament atencional en el grup de TCBM.
Vega, et al. (2014)	Funcions executives	General	Stroop, CPT	MBSR (58) Llista d'espera (43)	Disminucions significatives en taxes d'error en el grup MBSR, que són compensades per temps de reacció més elevats, el que indica una compensació de velocitat-precisió.
Verhoeven, et al. (2014).	Atenció	Clínica (depressió)	Stroop, EST, SuAT	TCBM (28) Control (26)	TCBM no mostra millores en les mesures subjectives de control de l'atenció i atenció sostinguda. TCBM sembla estar associada

amb menys distracció per estímuls irrelevantes per a la tasca, especialment els estímuls negatius.

Wenz-Sormaz (2005)	Atenció i Funcions executives	General	Stroop, Fluïdesa verbal	Respiració MDF (20) Aprendre (20) Reposar (20)	Reducció en la interferència a Stroop i millores significatives en els meditadors en respostes inusuals en la tasca de producció de paraules.
Zeidan, et al. (2010)	Memòria de treball i Funcions executives	General	Dígits, SDMT, TAPO	Retir espiritual breu (24) Escollar història (25)	L'entrenament en MDF millora la fluïdesa verbal, la visual i la memòria de treball, tot i que només les dos primeres mesures van ser significativament més altes en les persones que mediten que en el controls al finalitzar.

Nota: Instruments: AIPST= *Ambiguous image perspective-switching task*; ANT= *Attention Network Test*; AT= *Attentional Blink*; BS= *Backward Masking*; CBFT= *Change Blindness Flickering Task*; CET= *Concentration and Endurance Test*; CFI= *Cognitive Flexibility Inventory*; CPFQ= *Cognitive and Physical Functioning Questionnaire*; CPT= *Continuous Performance Test*; CRS= *Competitor Rule Suppression*; DART= *Tasca de la resposta dual d'atenció*; Dígits= *WAIS-IV*; EST= *Emotional Stroop Task*; GLLT= *Global Local Letters Task*; HT = *Hayling Test*; IST= *Internal Switching Test*; OST= *Operation Span Task*; NAP= *Negative Affective Priming test*; RSPM= *Raven's Standard Progressive Matrices*; SAT= *Selective Attention Task*; ST= *Switching Test*; STAN= *Spatial and Temporal Attention Network*; Stroop= *Test de colors i paraules Stroop*; SuAT= *Sustained Attention Test*; TAPO= *Test d'Associació de paraules oral*; TGA= *Tasca de la gerra d'aigua*; TMA= *Test de memòria autobiogràfica*; TMT= *Test de traç*; VBP= *Vertical Boxes Paradigm*; VCPT= *Vigil Continuous Performance Test*; VIP= *Task of Visual Information Processing*; VS= *Visual search*; WCT= *Walking Counting Test*; WLLT= *Word List Learning Task*; WRAML= *Wide Range Assessment of Memory and Learning*; Grup experimental + control: MBMFT= *Entrenament en aptituds mental basat en el Mindfulness*; MBSR= *Programa de Reducció de l'Estrès Basat en el Mindfulness*; MDF= *Mindfulness*; NMSR= *Reducció d'estrès sense Mindfulness*; PMS= *Programa de millora de la Salut*; TCBM= *Teràpia Cognitiva Basada en el Mindfulness*.

## **ANNEX 2: Informació de l'estudi pel pacient**

### **INFORMACIÓ DE L'ESTUDI PEL PACIENT**

Projecte d'investigació: **Efectes neuropsicològics de la Teràpia Cognitiva basada en el *Mindfulness* en pacients depressius**

Investigadors:

- Elisabet Roldán Bueno (Psicòloga)
- Mari Cruz Crespo Maraver (Dra. Especialista en Psicologia Clínica)
- M. Eulàlia Durall Rivas (Psicòloga Especialista en Psicologia Clínica)

Servei de Salut Mental. Fundació Althaia, *Xarxa Assistencial Universitària de Manresa*.

Apreciat Sr. /Sra.

Sol·licitem la seva col·laboració per a participar en el projecte d'investigació "Efectes neuropsicològics de la Teràpia Cognitiva basada en el *Mindfulness* en pacients depressius".

Per considerar la seva participació és necessari que llegeixi atentament la següent informació i ens planteji totes les preguntes que cregui convenient.

#### **Justificació / Objectius**

L'objectiu principal d'aquest estudi és descriure el perfil clínic (psicopatològic i neuropsicològic) de persones amb trastorns depressius usuaris del centre de la Divisió de Salut Mental de la Fundació Althaia abans d'iniciar el tractament grupal amb Teràpia Cognitiva Basada en el *Mindfulness* (MBCT) i, posteriorment, estudiar els canvis en el rendiment cognitiu en finalitzar el tractament.

#### **En què consistirà la seva participació en l'estudi?**

Se'l citarà per recollir unes dades clíniques i realitzar unes proves neuropsicològiques en la Fase 1 i, després de realitzar el tractament de MBCT, se'l tornarà a citar per tornar a realitzar les proves neuropsicològiques en una Fase 2.

## **Beneficis**

És possible que amb la seva participació en aquest estudi no se n'obtingui un benefici directe. Malgrat això, els resultats que s'obtinguin podrien contribuir a un millor coneixement i tractament dels trastorns depressius i podria beneficiar en un futur a d'altres persones amb aquests trastorns.

## **Protecció de dades personals**

Tota la informació sobre vostè i el seu problema serà tractada de forma confidencial i només podran tenir accés a ella els professionals responsables de la seva atenció relacionades amb el present estudi.

*De conformitat amb el que estableix la L.O. 15/1999, de 13 de desembre i de Protecció de Dades de Caràcter Personal (article 3, punt 6 del Reial Decret 223/2004), declaro haver sigut informat:*

- 1. De la existència d'un fitxer o tractament de dades de caràcter personal, de la finalitat de la recollida d'aquests i dels destinataris de la informació.*
- 2. De la identitat i direcció del responsable del fitxer de dades.*
- 3. De la disponibilitat d'exercir els drets d'accés, rectificació i oposició, dirigint-me per escrit al titular del fitxer de dades.*

## **Voluntarietat**

La seva participació en l'estudi és totalment voluntària, i si decideix no participar rebrà totes les cures mèdiques que necessiti i la relació amb l'equip mèdic que l'atén no es veurà afectada.

## **Més informació**

Si necessita més informació sobre aquest estudi pot contactar amb les psicòlogues Eulàlia Durall Rivas o M. Cruz Crespo Maraver.

## **ANNEX 3: Consentiment informat**

### **CONSENTIMENT INFORMAT**

Jo \_\_\_\_\_

He llegit la fulla d'informació que se m'ha lliurat.

He pogut fer preguntes sobre l'estudi.

He parlat amb: \_\_\_\_\_

Comprendc que la meva participació és voluntària.

Comprendc que puc retirar-me de l'estudi:

- Quan vulgui.
- Sense haver de donar explicacions.
- Sense que això repercuteixi en la meva atenció al servei.

Presto lliurament la meva conformitat per participar en l'estudi.

Data i signatura del participant

Data i signatura de l'investigador

## ANNEX 4: Protocol Fase 1 (Pre)

# TFM: Efectes Neuropsicològics de la Teràpia Cognitiva basada en el *Mindfulness* en pacients depressius

## FASE 1 (PRE)

CODI PACIENT:

(Inicial nom + inicial cognom 1 + inicial cognom 2 + número)

DATA:

### DADES DEL PACIENT

A. Sexe:

<input type="checkbox"/>	Dona (1)
<input type="checkbox"/>	Home (2)

B. Llengua vehicular

<input type="checkbox"/>	Català (1)
<input type="checkbox"/>	Castellà (2)

C. Data de naixement: \_\_\_\_\_ / \_\_\_\_\_ / \_\_\_\_\_

D. Edat (anys): \_\_\_\_\_

<input type="checkbox"/>	<25 anys (1)
<input type="checkbox"/>	26-35 anys (2)
<input type="checkbox"/>	36-45 anys (3)
<input type="checkbox"/>	46-55 anys (4)
<input type="checkbox"/>	>56 anys (5)

E. Lloc de residència: \_\_\_\_\_

<input type="checkbox"/>	Urbà (>10.000 habitants) (1)
<input type="checkbox"/>	Suburbà (2.000-9.999 habitants) (2)



<input type="checkbox"/>	Rural (<2.000 habitants) (3)
--------------------------	------------------------------

F. Lloc de naixement: \_\_\_\_\_

<input type="checkbox"/>	Urbà (>10.000 habitants) (1)
<input type="checkbox"/>	Suburbà (2.000-10.000 habitants) (2)
<input type="checkbox"/>	Rural (<2.000 habitants) (3)

<input type="checkbox"/>	Catalunya (1)	<input type="checkbox"/>	Navarra (11)
<input type="checkbox"/>	València (2)	<input type="checkbox"/>	País Basc (12)
<input type="checkbox"/>	Murcia (3)	<input type="checkbox"/>	Cantabria (13)
<input type="checkbox"/>	Andalusia (4)	<input type="checkbox"/>	Astúries (14)
<input type="checkbox"/>	Extremadura (5)	<input type="checkbox"/>	Galícia (15)
<input type="checkbox"/>	Castella- la Manxa (6)	<input type="checkbox"/>	Illes Canàries (16)
<input type="checkbox"/>	Madrid (7)	<input type="checkbox"/>	Illes Balears (17)
<input type="checkbox"/>	Castella - Lleó (8)	<input type="checkbox"/>	Ceuta (18)
<input type="checkbox"/>	La Rioja (9)	<input type="checkbox"/>	Melilla (19)
<input type="checkbox"/>	Aragó (10)	<input type="checkbox"/>	Altres països: _____(20)

G. Estat civil:

<input type="checkbox"/>	Solter/a (1)
<input type="checkbox"/>	Casat/da / en Parella (2)
<input type="checkbox"/>	Divorciat/da / Separat/da (3)
<input type="checkbox"/>	Vidu/a (4)
<input type="checkbox"/>	Religiós/a (5)

H. Escolaritat:

<input type="checkbox"/>	No escolaritat (0)
<input type="checkbox"/>	Estudis primaris: EGB (1)
<input type="checkbox"/>	Educació secundària: BUP / ESO / FP mig (2)
<input type="checkbox"/>	Estudis post-obligatoris: COU / Batxillerat / FP superior (3)
<input type="checkbox"/>	Estudis Universitaris: Llicenciatura / Grau (4)
<input type="checkbox"/>	Estudis post-universitaris: Màster / Postgrau / Doctorat (5)

I. Situació laboral actual:

<input type="checkbox"/>	Actiu. Quina? _____ (1)
<input type="checkbox"/>	Desocupat (2)
<input type="checkbox"/>	Atur contributiu (3)
<input type="checkbox"/>	Incapacitat temporal (baixa laboral) (4)
<input type="checkbox"/>	Invalidesa permanent (5)
<input type="checkbox"/>	Jubilació (6)
<input type="checkbox"/>	Altres: _____ (7)

J. Antecedents mèdics i psiquiàtrics d'interès: \_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_

K. Malaltia neurològica amb curs evolutiu neurodegeneratiu:

<input type="checkbox"/>	Sí (1)
<input type="checkbox"/>	No (2)

L. Trastorn diagnòstic pel que ha estat derivat al grup MBCT (Criteris Diagnòstics DSM-5):

<input type="checkbox"/>	Trastorn de depressió major (TDM) (1)
<input type="checkbox"/>	Trastorn depressiu persistent (distímia) (2)
<input type="checkbox"/>	Trastorn depressiu degut a una altra afecció mèdica (3)
<input type="checkbox"/>	Altre trastorn depressiu especificat (4)
<input type="checkbox"/>	Altre trastorn depressiu no especificat (5)
<input type="checkbox"/>	Trastorn adaptatiu amb estat d'ànim deprimit (6)
<input type="checkbox"/>	Trastorn adaptatiu amb ansietat mixta i estat d'ànim deprimit (7)

M. Any debut del trastorn: \_\_\_\_\_

N. Any darrer episodi: \_\_\_\_\_

O. Actualment, quin episodi és? \_\_\_\_\_

P. Evolució (mesos): \_\_\_\_\_

<input type="checkbox"/>	<12 mesos (1)	<input type="checkbox"/>	97-108 mesos (8)
<input type="checkbox"/>	13-24 mesos (2)	<input type="checkbox"/>	109-120 mesos (9)
<input type="checkbox"/>	25-36 mesos (3)	<input type="checkbox"/>	121-180 mesos (10)

	37-48 mesos (4)		181-240 mesos (11)
	49-60 mesos (5)		241-300 mesos (12)
	61-84 mesos (6)		>300 mesos (13)
	85-96 mesos (7)		

Q. Comorbilitat:

	No comorbilitat (0)
	Trastorn neurodesenvolupament. _____ (1)
	Espectre esquizofrènia i altres tr.psicòtics. _____ (2)
	Trastorn bipolar i tr.relacionats. _____ (3)
	Trastorn ansietat. _____ (4)
	Trastorn obsessiu-compulsiu i tr.relacionats. _____ (5)
	Trastorns relacionats amb traumes i factors d'estrès. _____ (6)
	Trastorns dissociatius. _____ (7)
	Trastorns de símptomes somàtics i tr.relacionats _____ (8)
	Trastorns conducta alimentària i ingesta _____ (9)
	Trastorns de l'excreció _____ (10)
	Trastorns del son-vigília _____ (11)
	Disfuncions sexuals _____ (12)
	Disfòria de gènere _____ (13)
	Tr.disruptius, del control d'impulsos i de conducta _____ (14)
	Tr. Relacionats amb substàncies i tr.addictius _____ (15)
	Tr. Neurocognitius _____ (16)
	Trastorn de la personalitat _____ (17)
	Trastorns parafílics _____ (18)
	Altres trastorns mentals _____ (19)
	Tr.motors induïts per medicaments i altres efectes adv. dels med. _ (20)
	Altres problemes que poden ser objecte d'att. Clínica _____ (21)

R. Consum tòxics actual:

	No consum de tòxics actualment (0)
	Tabac (1)
	Alcohol (2)
	Cànnabis (3)

<input type="checkbox"/>	Amfetamines (4)
<input type="checkbox"/>	Cocaïna (5)
<input type="checkbox"/>	Heroïna (6)
<input type="checkbox"/>	Altres: _____ (7)

S. Antecedents consum de tòxics:

<input type="checkbox"/>	No antecedents consum de tòxics (0)
<input type="checkbox"/>	Tabac (1)
<input type="checkbox"/>	Alcohol (2)
<input type="checkbox"/>	Cànnabis (3)
<input type="checkbox"/>	Amfetamines (4)
<input type="checkbox"/>	Cocaïna (5)
<input type="checkbox"/>	Heroïna (6)
<input type="checkbox"/>	Altres: _____ (7)

T. Nivell intel·lectual premòrbid (TAP): \_\_\_\_\_

<input type="checkbox"/>	Sota la normalitat (CI <85) (1)
<input type="checkbox"/>	Normalitat (CI >85) (2)

U. Completa un mínim del 75% de les proves:

<input type="checkbox"/>	Sí (1)
<input type="checkbox"/>	No (2)

## INVENTARI DE DEPRESSIÓ DE BECK II

(BDI II; Adaptació espanyola: Sanz, et al., 2005).

Aquest qüestionari consta de 21 grups d'afirmacions. Per favor, llegeixi amb atenció cadascun d'ells acuradament. Després esculli un de cada grup, el que millor descrigui com s'ha sentit **en les últimes dues setmanes, incloent el dia d'avui**. Marqui amb un cercle el número corresponent a l'enunciat escollit. Si diversos enunciats en un mateix grup li semblen igualment apropiats, marqui el número més alt. Verifiqui que no hagi escollit més d'un per grup, incloent l'ítem 16 (canvis en els hàbits del son) i l'ítem 18 (canvis en la gana).

### 1. Tristesa

- 0. No em sento trist.
- 1. Em sento trist gran part del temps.

2. Em sento trist tot el temps.
3. Em sento tan trist o sóc tan infeliç que no puc suportar-ho.

## **2. Pessimisme**

0. No estic destalentat respecte el meu futur.
1. Em sento més destalentat respecte el meu futur del que acostumava estar.
2. No espero que les coses funcionin per mi.
3. Sento que no hi ha esperança pel meu futur i que només pot empitjorar.

## **3. Fracàs**

0. No em sento com un fracassat.
1. He fracassat més del que hauria degut.
2. Quan miro enrere, veig molts fracassos.
3. Sento que com a persona sóc un fracàs total.

## **4. Pèrdua de plaer**

0. Obtinc tant plaer com sempre per les coses amb les que gaudeixo.
1. No gaudeixo tant de les coses com acostumava a fer-ho.
2. Gaudeixo molt poc de les coses amb les que acostumava gaudir.
3. No gaudeixo en absolut de les coses de les que acostumava a gaudir.

## **5. Sentiments de culpa**

0. No em sento particularment culpable.
1. Em sento culpable respecte a varies coses que he fet o que hauria d'haver fet.
2. Em sento bastant culpable la major part del temps.
3. Em sento culpable tot el temps.

## **6. Sentiments de càstig**

0. No em sento que estigui sent castigat.
1. Sento que potser pugui ser castigat.
2. Espero ser castigat.
3. Sento que estic sent castigat.

## **7. Disconformitat amb un mateix**

0. Sento sobre mi el mateix que sempre.
1. He perdut la confiança en mi mateix.
2. Estic decepcionat amb mi mateix.
3. No em sento a gust amb mi mateix.

## **8. Autocrítica**

0. No em sento crític ni culpable més de lo habitual.
1. Estic més crític amb mi mateix del que acostumava a estar.
2. Em critico a mi mateix per tots els meus errors.
3. Em culpo a mi mateix per tot lo dolent que succeeix.

## **9. Pensaments o desigs suïcides**

0. No tinc cap pensament de matar-me.
1. He tingut pensaments de matar-me, però no ho faria.
2. Voldria matar-me.
3. Em mataria si tingués l'oportunitat de fer-ho.

**10. Plor**

0. No ploro més del que acostumava a fer-ho.
1. Ploro més del que acostumava a fer-ho.
2. Ploro per qualsevol cosa.
3. Sento ganes de plorar però no puc.

**11. Agitació**

0. No estic més inquiet o tens de lo habitual.
1. Em sento més inquiet o tens de lo habitual.
2. Estic tan inquiet o agitat que m'és difícil quedar-me quiet.
3. Estic tan inquiet o agitat que he d'estar sempre en moviment o fent quelcom.

**12. Pèrdua de l'interès**

0. No he perdut l'interès en altres activitats o persones.
1. Estic menys interessat que abans en altres persones o coses.
2. He perdut quasi tot l'interès en altres persones o coses.
3. M'és difícil interessar-me per alguna cosa.

**13. Indecisió**

0. Prenc les meves pròpies decisions tant bé com sempre.
1. Em resulta més difícil que de costum prendre decisions.
2. Tinc molta més dificultat que abans en prendre decisions.
3. Tinc problemes per prendre qualsevol decisió.

**14. Desvalorització**

0. No sento que jo no sigui valuós.
1. No em considero a mi mateix valuós i útil com acostumava a considerar-me.
2. Em sento menys valuós quan em comparo amb altres.
3. Sento que no sóc gens valuós.

**15. Pèrdua d'energia**

0. Tinc tanta energia com sempre.
1. Tinc menys energia de la que acostumava a tenir.
2. No tinc suficient energia per fer gaire.
3. No tinc energia per fer res.

**16. Canvis en els hàbits de son**

0. No he experimentat cap canvi en els meus hàbits de son.
- 1a. Dormo una mica més de lo habitual.
- 1b. Dormo una mica menys de lo habitual.
- 2a. Dormo molt més de lo habitual.
- 2b. Dormo molt menys de lo habitual.
- 3a. Dormo la major part del dia.
- 3b. Em desperto 1-2h més d'hora i no puc tornar a dormir.

**17. Irritabilitat**

0. No estic tan irritable de lo habitual.
1. Estic més irritable de lo habitual.
2. Estic molt més irritable de lo habitual.
3. Estic irritable tot el temps.

### 18. Canvis en la gana

- 0. No he experimentat cap canvi en la meua gana.
- 1a. La meua gana és una mica menor de lo habitual.
- 1b. La meua gana és una mica major de lo habitual.
- 2a. La meua gana és molt menor que abans.
- 2b. La meua gana és molt menor que abans.
- 3a. No tinc cap gana en absolut.
- 3b. Vull menjar tot el dia.

### 19. Dificultat de concentració

- 0. Puc concentrar-me tan bé com sempre.
- 1. No puc concentrar-me tan bé com habitualment.
- 2. M'és difícil mantenir la ment en quelcom per molt temps.
- 3. Trobo que no puc concentrar-me en absolut.

### 20. Fatiga

- 0. No estic més cansat o fatigat de lo habitual.
- 1. Em fatigo o em canso més fàcilment de lo habitual.
- 2. Estic massa fatigat o cansat per fer moltes de les coses que acostumava a fer.
- 3. Estic massa fatigat o cansat per fer la majoria de coses que acostumava a fer.

### 21. Pèrdua de l'interès pel sexe

- 0. No he notat cap canvi recent en el meu interès pel sexe.
- 1. Estic menys interessat en el sexe del que acostumava a estar-ho.
- 2. Estic molt menys interessat en el sexe.
- 3. He perdut completament l'interès en el sexe.

PUNTUACIÓ TOTAL:

## SELF-COMPASSION SCALE

(SCS; Adaptació espanyola: García-Campayo, et al., 2014).

COM ACOSTUMO A ACTUAR AMB MI MATEIX/A EN MOMENTS DIFÍCILS?

Llegeixi cada frase curosament abans de contestar. A la dreta de cada frase, indiqui la freqüència amb que es comporta de la manera indicada, utilitzant la següent escala:

Quasi mai

Quasi sempre

1

2

3

4

5

	Enunciats	Resposta
1	Desaprovo els meus propis defectes i incapacitats i sóc crític/a respecte aquests.	
2	Quan em senti baix/a d'ànim, tendixo a obsessionar-me i fixar-me en tot el que va malament.	

3	Quan les coses em van malament, veig les dificultats com part de lo que tot a tot el món li toca viure.	
4	Quan penso en les meves deficiències, tendixo a sentir-me separat/da i aïllat/da de la resta del món.	
5	Intento ser carinyós/a amb mi mateix/a quan sento malestar emocional.	
6	Quan fallo en quelcom important per a mi, em consumeixen els sentiments d'ineficàcia.	
7	Quan estic desanimat i trist, me'n recordo de que hi ha moltes persones en el món que es senten com jo.	
8	Quan venen èpoques molt complicades, tendixo a ser dur/a amb mi mateix/a.	
9	Quan quelcom em desagrada intento mantenir les meves emocions en equilibri.	
10	Quan em sento incapaç d'alguna manera, intento recordar-me que quasi totes les persones comparteixen sentiments d'incapacitat.	
11	Sóc intolerant i impacient amb aquells aspectes de la meva personalitat que no m'agraden.	
12	Quan ho estic passant veritablement malament, em dono la cura i l'estima que necessito.	
13	Quan estic baix/a d'ànim, tendixo a pensar que, probablement, la majoria de la gent és més feliç que jo.	
14	Quan em succeeix quelcom dolorós intento mantenir una visió equilibrada de la situació.	
15	Intento de veure els meus defectes com a part de la condició humana.	
16	Quan veig aspectes de mi mateix/a que no m'agraden, em critico contínuament.	
17	Quan fallo en quelcom important per a mi, intento veure les coses amb perspectiva.	
18	Quan realment estic en dificultats, tendixo a pensar que altres persones ho tenen més fàcil.	
19	Sóc amable amb mi mateix/a quan estic experimentat patiment.	
20	Quan quelcom em molesta em deixo emportar pels meus sentiments.	
21	Puc ser una mica insensible vers mi mateix/a quan estic experimentant patiment.	
22	Quan em sento deprimít/da intento observar els meus sentiments amb curiositat i apertura de ment.	
23	Sóc tolerant amb els meus propis defectes i imperfeccions o debilitats.	
24	Quan succeeix quelcom dolor tendixo a fer una muntanya d'un granet de sorra.	
25	Quan fallo en quelcom que és important per a mi, tendixo a sentir-me sol en el meu fracàs.	
26	Intento ser comprensiu i pacient amb aquells aspectes de la meva personalitat que no m'agraden.	



# EXPERIENCIES QUESTIONNAIRE

(EQ; Adaptació espanyola: Soler, et al., 2014).

A continuació, té una recopilació d'afirmacions sobre la seva experiència diària durant els últims 7 dies. Utilitzant una escala de 1-5, si us plau, indica amb quina freqüència tens aquestes experiències. Contesta d'acord al que realment reflecteixi la teva experiència, més que el que tu penses que hauria de ser la teva experiència.

		<b>Mai</b>	<b>Rarament</b>	<b>Algunes vegades</b>	<b>Sovint</b>	<b>Sempre</b>
1	Sóc més capaç d'acceptar-me a mi mateix/a com sóc.	1	2	3	4	5
2	Puc alentir el meu pensament en moments d'estrès.	1	2	3	4	5
3	Me n'adono de que no em prenc les dificultats de forma tan personal.	1	2	3	4	5
4	Puc separar els meus pensaments i sentiments de mi mateix.	1	2	3	4	5
5	Puc prendre'm temps per respondre a les dificultats.	1	2	3	4	5
6	Em puc tractar de forma amable.	1	2	3	4	5
7	Puc observar sentiments desagradables sense ser arrossegats vers ells.	1	2	3	4	5
8	Tinc la sensació de que sóc completament conscient del que està succeint al meu voltant i dins de mi.	1	2	3	4	5
9	Veig que, en realitat, no sóc els meus pensaments.	1	2	3	4	5
10	Sóc conscient de sentir el meu cos com un tot.	1	2	3	4	5
11	Veig les coses des d'una perspectiva més amplia.	1	2	3	4	5

# FIVE FACETS OF MINDFULNESS QUESTIONNAIRE

(FFMQ; Adaptació espanyola: Cebolla, et al., 2012).

Esculli en cada ítem l'alternativa que millor reflecteixi el grau en que està d'acord amb cadascun dels enunciatos que s'indiquen a continuació.

	<b>Enunciats</b>	<b>Mai o molt rarament veritat</b>	<b>Rarament veritat</b>	<b>Algunes vegades veritat</b>	<b>Sovint veritat</b>	<b>Molt sovint o sempre veritat</b>
1	Quan camino, noto deliberadament les sensacions del meu cos al moure's.	1	2	3	4	5
2	Se'm dóna bé trobar paraules per descriure els meus sentiments.	1	2	3	4	5
3	Em critico a mi mateix/a per tenir emocions irracionals o inapropiades.	1	2	3	4	5
4	Percebo els meus sentiments i emocions sense tenir que reaccionar a ells.	1	2	3	4	5
5	Quan faig quelcom, la meva ment divaga i em distrec fàcilment.	1	2	3	4	5
6	Quan em dutxo o em banyo, estic atent a les sensacions de l'aigua en el meu cos.	1	2	3	4	5
7	Amb facilitat puc posar en paraules les meves creences, sentiments i expectatives.	1	2	3	4	5
8	No paro atenció al que faig perquè somio despert, em preocupo o em distrec.	1	2	3	4	5
9	Observo els meus sentiments sense perdre'm en ells.	1	2	3	4	5
10	Em dic a mi mateix/a que no hauria de sentir el que sento.	1	2	3	4	5
11	Noto com els aliments i les begudes afecten als meus pensaments, sensacions corporals i emocions.	1	2	3	4	5
12	M'és difícil trobar paraules per descriure el que sento.	1	2	3	4	5
13	Em distrec fàcilment.	1	2	3	4	5
14	Crec que alguns dels meus pensaments no són normals o	1	2	3	4	5

	són dolents i que no hauria de pensar així.					
15	Paro atenció a les sensacions que produeix l'aire en el cabell o el sol en la cara.	1	2	3	4	5
16	Tinc problemes per pensar en les paraules que expressen correctament com em sento.	1	2	3	4	5
17	Faig judicis sobre si els meus pensaments són bons o dolents.	1	2	3	4	5
18	M'és difícil mantenir-me centrat/da en el que està succeint en el present.	1	2	3	4	5
19	Quan tinc pensaments o imatges pertorbadores, sóc capaç de donar un pas enrere, i me n'adono del pensament o imatge sense que m'atrapí.	1	2	3	4	5
20	Paro atenció a sons com el tic-tac del rellotge, el gargoteig dels ocells o els cotxes que passen.	1	2	3	4	5
21	En situacions difícils, puc parar sense reaccions immediatament.	1	2	3	4	5
22	Quan tinc sensacions en el cos és difícil per mi descriure-les, perquè no puc trobar les paraules adequades.	1	2	3	4	5
23	Condueixo en «pilot automàtic», sense parar atenció al que faig.	1	2	3	4	5
24	Quan tinc pensaments o imatges pertorbadores, em calmo en poc temps.	1	2	3	4	5
25	Em dic a mi mateix/a que no hauria de pensar com penso.	1	2	3	4	5
26	Percebo l'olor i l'aroma de les coses.	1	2	3	4	5
27	Fins i tot quan estic molt enfadat, trobo una forma d'expressar-ho amb paraules.	1	2	3	4	5
28	Faig activitats precipitadament sense estar de veritat atent/a a elles.	1	2	3	4	5
29	Quan tinc pensaments o imatges pertorbadores, sóc capaç de notar-les sense reaccionar.	1	2	3	4	5

30	Crec que algunes de les meves emocions són dolentes o inapropiades i que no hauria de sentir-les.	1	2	3	4	5
31	Percebo elements visuals en la naturalesa o en l'art, com colors, formes, textures o patrons de llums i ombres.	1	2	3	4	5
32	La meva tendència natural és posar les meves experiències en paraules.	1	2	3	4	5
33	Quan tinc pensaments o imatges pertorbadores, les noto i les deixo marxar.	1	2	3	4	5
34	Faig tasques automàticament, sense ser conscient del que faig.	1	2	3	4	5
35	Quan tinc pensaments o imatges pertorbadores, em jutjo com bo o dolent, depenent del contingut.	1	2	3	4	5
36	Paro atenció a com les meves emocions afecten als meus pensaments i a la meva conducta.	1	2	3	4	5
37	Normalment puc descriure com em sento amb considerable detall.	1	2	3	4	5
38	Em sorprenç fent coses sense parar atenció.	1	2	3	4	5
39	Em critico quan tinc idees irracionals.	1	2	3	4	5

## QUALITY OF LIFE IN DEPRESSION SCALE

(QLDS; Adaptació espanyola: Cervera, Enguix, et al., 1999).

Per favor, pensi en com es sent en aquest moment. A continuació, llegeixi les següents enunciacions. Cada enunciat té dos respostes possibles. Marqui la resposta amb la que més s'identifiqui.

Si no està segur/a, senyali la resposta que més s'assembli a com es sent vostè **en aquest moment**.

Per favor, assegurí's de contestar tots els enunciacions.

1	Només vull que passi el temps.	Sí
		No
2	Tinc esperança en el futur.	Sí

		No
3	Em costa mantenir una conversació.	Sí
		No
4	M'agrada estar al corrent de les coses.	Sí
		No
5	Sento que la meva vida s'està perdent.	Sí
		No
6	Sento com si no controlés la meva vida.	Verdader
		Fals
7	Em costa sortir de casa.	Sí
		No
8	En general, gaudeixo amb el que faig.	Sí
		No
9	Li he perdut el gust a la vida.	Sí
		No
10	Sento que no aporto res als altres.	Verdader
		Fals
11	No puc obrir-me a la gent que vull.	Verdader
		Fals
12	Atenc les meves necessitats (higiene, alimentació, descans, etc.).	Sí
		No
13	Sóc capaç de pensar en el futur.	Sí
		No
14	Només vull passar desapercbut/da.	Sí
		No
15	Hi ha coses que m'il·lusionen.	Sí
		No
16	Ja no em diverteix res.	Verdader
		Fals
17	No m'ocupo dels meus amics.	Verdader
		Fals
18	No em costa fer les meves tasques diàries.	Verdader
		Fals
19	M'aïllo de la gent.	Sí
		No
20	Em costa decidir fins i tot en el més senzill.	Sí
		No
21	Em sento una càrrega pels altres.	Sí
		No

22	La major part del temps estic com absent, amb la mirada perduda.	Sí
		No
23	Em costa el tracte amb els altres.	Sí
		No
24	Em tanco en mi mateix/a.	Sí
		No
25	Oblido el meu aspecte.	Sí
		No
26	Puc veure el costat divertit de les coses.	Sí
		No
27	No m'assabento del que em diu la gent.	Verdader
		Fals
28	Crec que decepciono a tothom.	Sí
		No
29	M'agobia cada nou dia.	Sí
		No
30	Gaudeixo del menjar.	Sí
		No
31	Intento evitar a la gent.	Sí
		No
32	Sóc reaci/a a contestar al telèfon i a obrir la porta.	Sí
		No
33	La meva vida no té sentit.	Verdader
		Fals
34	Sóc capaç d'afrontar els problemes quotidians.	Sí
		No

## QÜESTIONARI DE DEFICIÈNCIES PERCEBUDES

(PDQ-5; Fehnel, *et al.*, 2013)

Esculli en cada ítem l'alternativa que millor reflecteixi el grau en que està d'acord amb cadascun dels enunciats que s'indiquen a continuació.

	<b>Enunciats</b>	<b>Mai</b>	<b>Poques vegades</b>	<b>A vegades</b>	<b>Sovint</b>	<b>Molt sovint</b>
1	Amb freqüència té dificultats per organitzar-se?	0	1	2	3	4
2	Amb freqüència té dificultats per concentrar-se en el que està llegint?	0	1	2	3	4

3	Amb freqüència s'oblida de la data fins que la consulta?	0	1	2	3	4
4	Amb freqüència s'oblida del que ha parlat per telèfon?	0	1	2	3	4
5	Amb freqüència té la sensació de que s'ha quedat totalment en blanc?	0	1	2	3	4

## TEST D'ACCENTUACIÓ DE PARAULES

(TAP; Adaptació espanyola: Del Ser, et al., 1997).

A continuació, li senyalaré unes paraules i haurà de llegir-les en veu alta.

PD:

CI estimat:

Abogacia	1 / 0	Anómalo	1 / 0	Descortés	1 / 0	Polígamo	1 / 0
Acmé	1 / 0	Apátrida	1 / 0	Diámetro	1 / 0	Púgil	1 / 0
Acólito	1 / 0	Baladí	1 / 0	Díscolo	1 / 0	Rabí	1 / 0
Acullá	1 / 0	Búlgaro	1 / 0	Grisú	1 / 0	Síllice	1 / 0
Albedrío	1 / 0	Cánon	1 / 0	Húsar	1 / 0	Táctil	1 / 0
Alegoría	1 / 0	Célibe	1 / 0	Manchú	1 / 0	Volátil	1 / 0
Alelí	1 / 0	Cóncavo	1 / 0	Moaré	1 / 0		
Ámbar	1 / 0	Cúpula	1 / 0	Pífano	1 / 0		

## FIGURA COMPLEXA DE REY

(Adaptació espanyola: Rey, 1997).

**CÒPIA:** Aquí tenim un dibuix i la seva tasca consisteix en copiar-lo en el full que li he entregat. No és necessari que la còpia sigui exacta, malgrat això és necessari parar atenció a les proporcions i, sobre tot, no oblidar cap detall. No cal que corri massa.

Tipus de construcció:

Temps: Pe:

PD: Pe:

# FLUÏDESA VERBAL I SEMÀNTICA

(Peña-Casanova, 1991).

**Animals (1')**: PD:

Pe:

Ara li demanaré que em digui tots els noms d'animals que recordi. Pot dir noms d'animals domèstics, que visquin en els boscos, en la selva, en el mar... tots els que pugui, intentant no repetir. Si hi ha una parella d'animals que comencin igual, com passa amb "gos-gossa", amb que digui un és suficient.

---

---

---

---

**Lletra P (1')**: PD:

Pe:

Ara es tracta de que vostè em digui el màxim número possible de paraules que comencin amb la lletra "p" durant un minut. Pot dir tot tipus de paraules, excepte plurals, masculins o femenins. Tampoc ha de conjugar verbs, ni utilitzar derivatius. Ara jo li diré la primera paraula, per exemple "paper". Continui.

---

---

---

---

## WAIS – IV: DÍGITS

(Adaptació espanyola: de la Guia, et al., 2012).

**ORDRE DIRECTE:** Ara li llegiré alguns números. Escolti amb atenció perquè només els puc llegir una vegada. Quan jo acabi, vull que els repeteixi exactament en el mateix ordre. Digui'ls tal i com els he dit jo.

Ítem	Intent	Resposta	Puntuació intent	Puntuació ítem
1	9-7		0 / 1	0 / 1 / 2
	6-3		0 / 1	
2	5-8-2		0 / 1	0 / 1 / 2
	6-9-4		0 / 1	
3	7-2-8-6		0 / 1	0 / 1 / 2
	6-4-3-9		0 / 1	
4	4-2-7-3-1		0 / 1	0 / 1 / 2
	7-5-8-3-6		0 / 1	
5	3-9-2-4-8-7		0 / 1	0 / 1 / 2
	6-1-9-4-7-3		0 / 1	
6	4-1-7-9-3-8-6		0 / 1	0 / 1 / 2
	6-9-1-7-4-2-8		0 / 1	
7	3-8-2-9-6-1-7-4		0 / 1	0 / 1 / 2
	5-8-1-3-2-6-4-7		0 / 1	



8	2-7-5-8-6-3-1-9-4		0 / 1	0 / 1 / 2
	7-1-3-9-4-2-5-6-8		0 / 1	

Span (DD) (Màxim=9): Pe= PD DD (Màxim=16):

**ORDRE INVERS:** Ara també li llegiré uns números, però en aquest cas vull que, quan jo acabi, els repeteixi en ordre invers.

Ítem	Intent	Resposta	Puntuació intent	Puntuació ítem
Ex	7-1 3-4	1-7 4-3		
1	3-1	1-3	0 / 1	0 / 1 / 2
	2-4	4-2	0 / 1	
2	4-6	6-4	0 / 1	0 / 1 / 2
	5-7	7-5	0 / 1	
3	6-2-9	9-2-6	0 / 1	0 / 1 / 2
	4-7-5	5-7-4	0 / 1	
4	8-2-7-9	9-7-2-8	0 / 1	0 / 1 / 2
	4-9-6-8	8-6-9-4	0 / 1	
5	6-5-8-4-3	3-4-8-5-6	0 / 1	0 / 1 / 2
	1-5-4-8-6	6-8-4-5-1	0 / 1	
6	5-3-7-4-1-8	8-1-4-7-3-5	0 / 1	0 / 1 / 2
	7-2-4-8-5-6	6-5-8-4-2-7	0 / 1	
7	8-1-4-9-3-6-2	2-6-3-9-4-1-8	0 / 1	0 / 1 / 2
	4-7-3-9-6-2-8	8-2-6-9-3-7-4	0 / 1	
8	9-4-3-7-6-2-1-8	8-1-2-6-7-3-4-9	0 / 1	0 / 1 / 2
	7-2-8-1-5-6-4-3	3-4-6-5-1-8-2-7	0 / 1	

Span (DD) (Màxim=8): Pe= PD DD (Màxim=16):

**ORDRE CREIXENT:** Ara també li llegiré uns números, però en aquest cas vull que, quan jo acabi, els repeteixi en ordre creixent: de menor a major.

Ítem	Intent	Resposta	Puntuació intent	Puntuació ítem
Ex	2-3-1	1-2-3		
	5-2-2	2-2-5		
1	1-2	1-2	0 / 1	0 / 1 / 2
	4-2	2-4	0 / 1	
2	3-1-6	1-3-6	0 / 1	0 / 1 / 2
	0-9-4	0-4-9	0 / 1	
3	8-7-9-2	2-7-8-9	0 / 1	0 / 1 / 2
	4-8-7-1	1-4-7-8	0 / 1	
4	2-6-9-1-7	1-2-6-7-9	0 / 1	0 / 1 / 2
	3-8-3-5-8	3-3-5-8-8	0 / 1	
5	2-1-7-4-3-6	1-2-3-4-6-7	0 / 1	0 / 1 / 2
	6-2-5-2-3-4	2-2-3-4-5-6	0 / 1	
6	7-5-7-6-8-6-2	2-5-6-6-7-7-8	0 / 1	0 / 1 / 2
	4-8-2-5-4-3-5	2-3-4-4-5-5-8	0 / 1	
7	5-8-7-2-7-5-4-5	2-4-5-5-5-7-7-8	0 / 1	0 / 1 / 2
	9-4-9-7-3-0-8-4	0-3-4-4-7-8-9-9	0 / 1	
8	5-0-1-1-3-2-1-0-5	0-0-1-1-1-2-3-5-5	0 / 1	0 / 1 / 2

	2-7-1-4-8-4-2-9-6	1-2-2-4-4-6-7-8-9	0 / 1	
Span (DD) (Màxim=8):	Pe=		PD DD (Màxim=16):	

TOTAL DÍGITS:

Pe:

## TRAIL MAKING TEST (TMT) – A

(Adaptació espanyola: Fernández, Marino i Alderete, 2002).

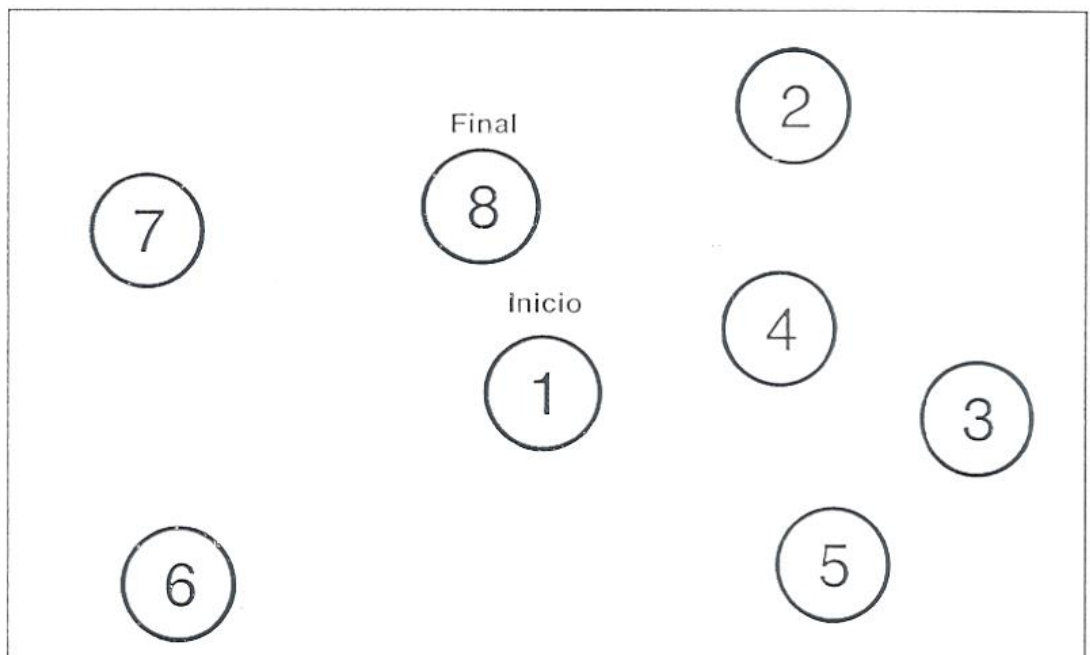
En aquesta pàgina hi ha alguns números. Vostè ha d'anar unint tots els números amb el bolígraf per ordre. Comenci en el número 1, on posa INICI, i dibuixi una línia del 1 al 2, del 2 al 3, del 3 al 4, i segueixi així, per ordre, fins que arribi al final, on posa FINAL. Dibuixi les línies tan ràpid com pugui. Intenti fer la prova sense aixecar el bolígraf del paper. Preparat? Comenci.

Temps:

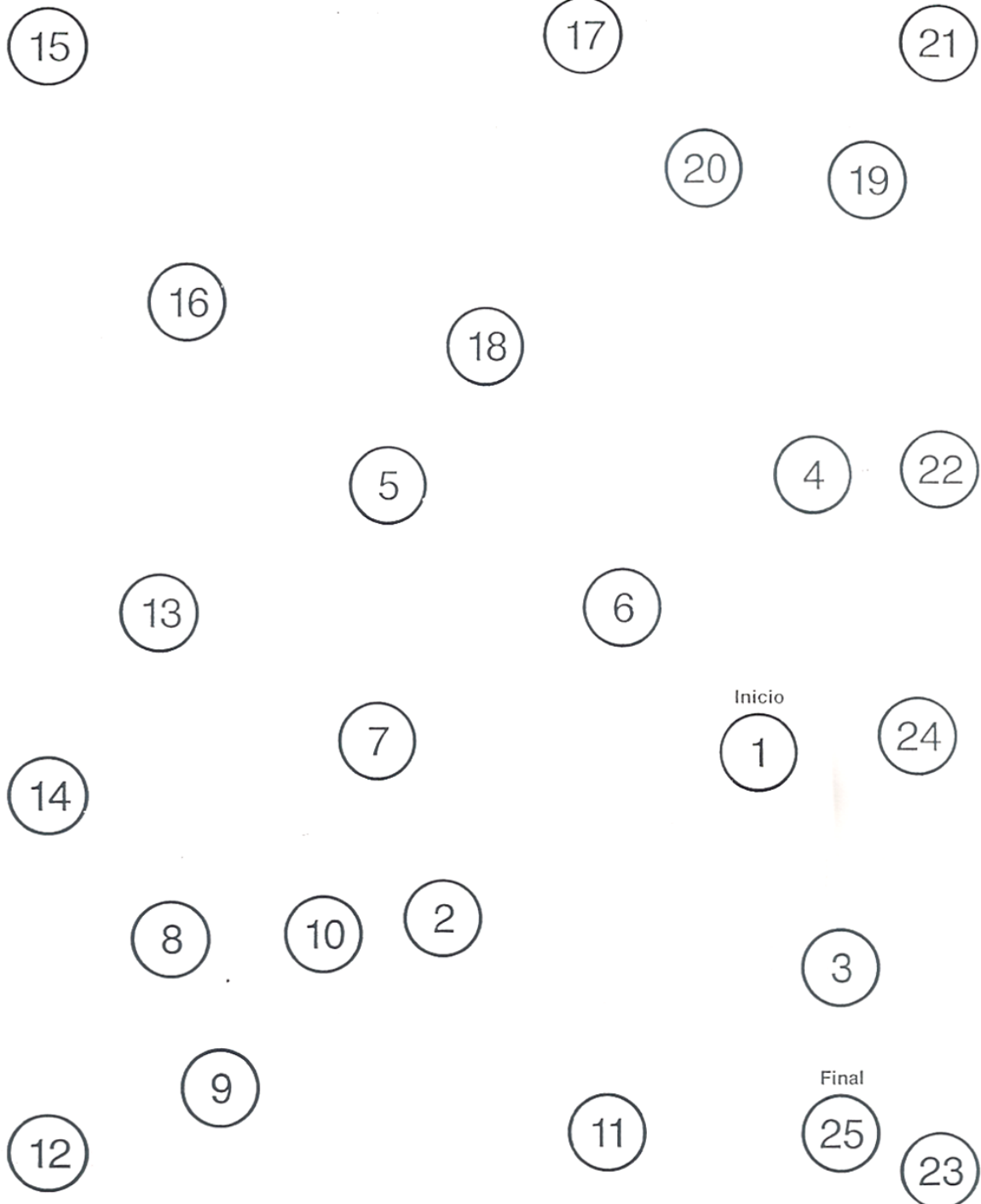
Errors:

Pe:

PRACTICA



PARTE A - TEST



## TRAIL MAKING TEST (TMT) – B

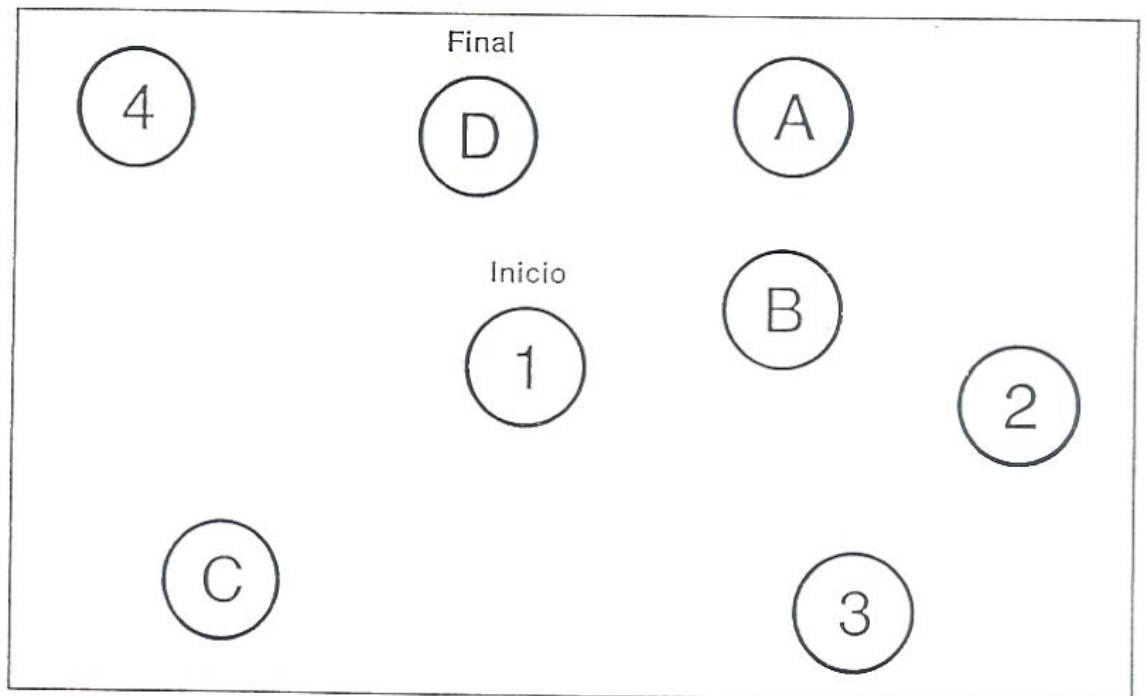
En aquesta pàgina hi ha alguns números i lletres. Vostè ha d'unir els números i les lletres, intercalant un número i una lletra, per ordre. Comenci pel número 1, on posa INICI, i dibuixi una línia del 1 a l'A, de l'A al 2, del 2 a la B, i segueixi així, en ordre, fins que arribi al final, on posa FINAL. Recordi que primer un número i després una lletra, després un número i després una lletra, etcètera. Ajunti'ls tan ràpid com pugui. Endavant!

Temps:

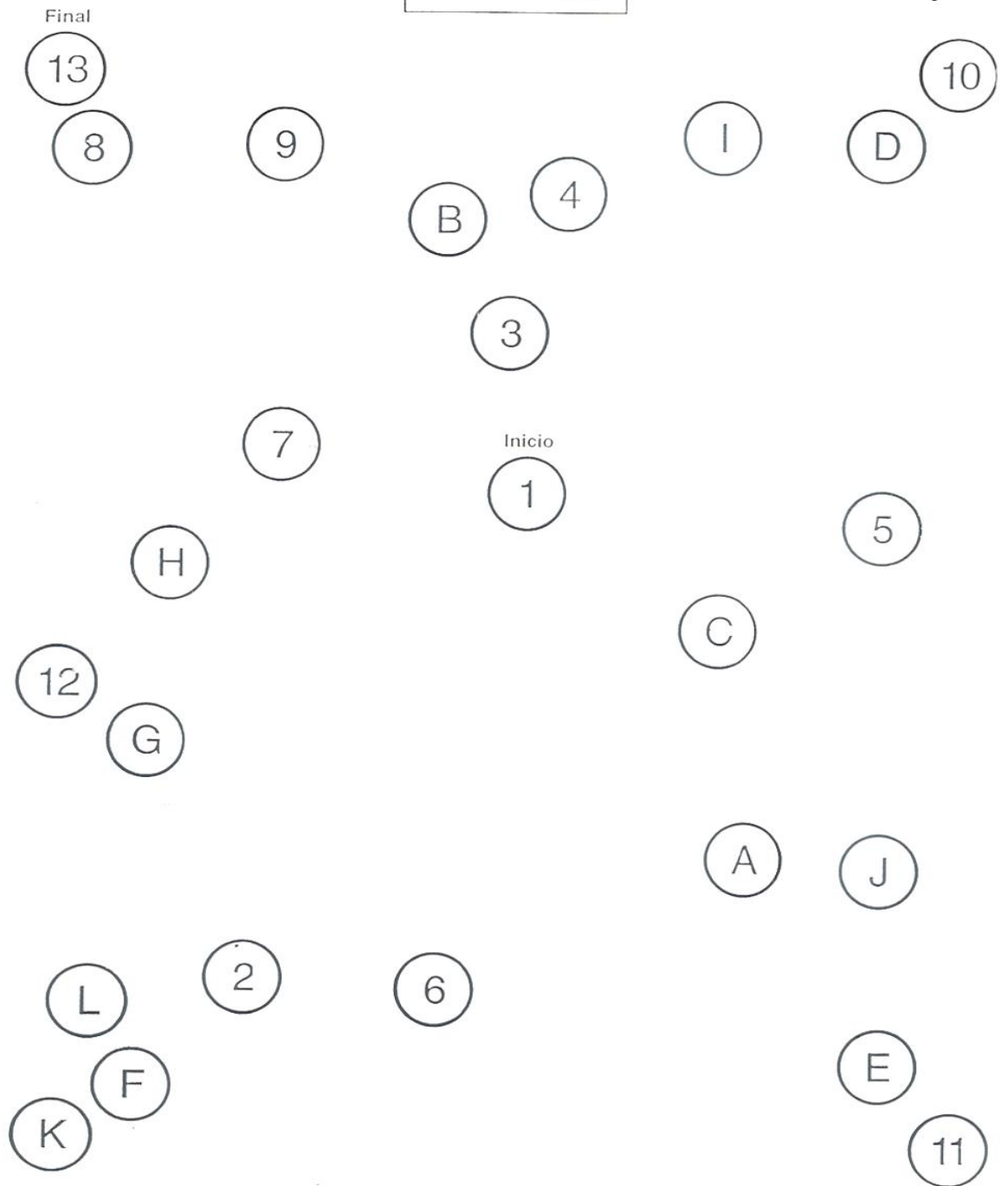
Errors:

Pe:

PRÁCTICA



PARTE B - TEST



# TEST DE COLORS I PARAULES STROOP

(Golden, 2001).

## **P:** Lectura de Paraules (45")

Aquesta prova intenta avaluar la velocitat amb la que vostè pot llegir les paraules escrites en aquesta pàgina. Quan jo li indiqui, haurà de començar a llegir en veu alta les columnes de paraules, de dalt a baix, començant per la primera fins a arribar a sota de la mateixa; després continuarà llegint, per ordre, les següents columnes sense detenir-se.

Si acaba de llegir totes les columnes abans de que jo li indiqui que s'ha terminat el temps concedit, tornarà a la primera columna i continuarà llegint fins que jo així li indiqui.

Recordi que no ha de interrompre la lectura fins que jo li digui "Prou!" i que ha de llegir en veu alta tan ràpidament com li sigui possible. Si s'equivoca en una paraula, jo diré "No" i vostè corregirà l'error tornant a llegir la paraula correctament i continuarà llegint les següents sense detenir-se. Vol fer alguna pregunta sobre com es realitza aquesta prova?

PD: Pe:

## **C:** Denominar Colors i interferència (45")

En aquesta part de la prova es tracta de saber amb quina rapidesa pot nombrar els colors de cadascun dels grups de X que apareixen en aquesta pàgina.

Aquest exercici es realitza de forma similar al de la pàgina anterior. Comenci en la primera columna, i nombri els colors dels grups de X que hi ha, de dalt a baix, sense saltar-se'n cap; després continuï la mateixa tasca en les restants columnes. Recordi que ha de dir els colors tan ràpidament com li sigui possible.

PD: Pe:

## **P-C:** Denominar Colors i interferència (45")

Aquesta pàgina és semblant a la que hem utilitzat en l'exercici anterior. En ella ha de dir el color de la tinta amb la que està escrita cada paraula, sense tenir en compte el significat d'aquesta paraula. Per exemple, què diria vostè en aquesta paraula? (Fer un parell d'exemples). Bé, ara seguirà fent això mateix en tota la pàgina. Començarà en la part de dalt de la columna i arribarà fins la base de la mateixa; després continuarà de la mateixa manera amb les columnes restants. Recordi que si s'equivoca ha de corregir el seu error i continuar sense detenir-se. Alguna pregunta?

PD: Pe:

# FIGURA COMPLEXA DE REY

(Adaptació espanyola: Rey, 1997).

**RECORD DIFERIT (30')**: Recorda la figura que ha copiat fa una estona? Intenti dibuixar tot el que recordi a continuació.

Tipus de construcció:

PD:

Pe:

Reconeixement:

Correctes	2	5	7	8	9	12
	13	15	19	20	22	24
Falsos reconeixements	1	3	4	6	10	11
	14	16	17	18	21	23

PD total: Correctes + (12-FR):

## ANNEX 5: Protocol Fase 2 (Post)

# TFM: Efectes Neuropsicològics de la Teràpia Cognitiva basada en el *Mindfulness* en pacients depressius

## FASE 2 (POST)

CODI PACIENT:

(Inicial nom + inicial cognom 1 + inicial cognom 2 + número)

DATA:

### DADES DEL PACIENT

A. Grup de MBCT del que ha format part: \_\_\_\_\_

B. Li han diagnosticat noves malalties en els darrers mesos, des de la Fase 1 (pre)?

<input type="checkbox"/>	Sí (1)
<input type="checkbox"/>	No (2)

En cas afirmatiu, quines?

---

---

C. Li han succeït alguns estressors en els darrers mesos, des de la Fase 1 (pre)?

<input type="checkbox"/>	Sí (1)
<input type="checkbox"/>	No (2)

En cas afirmatiu, quins?

---

---



D. Ha realitzat altres teràpies (alternatives) en el transcurs d'aquest episodi depressiu?

<input type="checkbox"/>	Sí (1)
<input type="checkbox"/>	No (2)

En cas afirmatiu, quines?

---

---

E. Darrerament li han fet algun canvi en el tractament farmacològic?

<input type="checkbox"/>	Sí (1)
<input type="checkbox"/>	No (2)

En cas afirmatiu, quin?

---

---

F. Amb quina freqüència fa actualment pràctiques formals (respiració, bodyscap, sons, etc.) de MDF?

<input type="checkbox"/>	5 o més cops/setmana (1)
<input type="checkbox"/>	3-4 cops/setmana (2)
<input type="checkbox"/>	1-2 cops/setmana (3)
<input type="checkbox"/>	1 cop/mes (4)
<input type="checkbox"/>	Menys 1 cop/mes (5)

G. Amb quina freqüència fa actualment pràctiques informals (vida quotidiana) de MDF?

<input type="checkbox"/>	5 o més cops/setmana (1)
<input type="checkbox"/>	3-4 cops/setmana (2)
<input type="checkbox"/>	1-2 cops/setmana (3)
<input type="checkbox"/>	1 cop/mes (4)
<input type="checkbox"/>	Menys 1 cop/mes (5)

H. Número de sessions a les que ha assistit: \_\_\_\_\_

<input type="checkbox"/>	1 - ≤5(1)
<input type="checkbox"/>	>5 sessions (2)

I. Completa un mínim del 60% de les proves:

<input type="checkbox"/>	Sí (1)
<input type="checkbox"/>	No (2)

## INVENTARI DE DEPRESSIÓ DE BECK II

(BDI II; Adaptació espanyola: Sanz, et al., 2005).

Aquest qüestionari consta de 21 grups d'afirmacions. Per favor, llegeixi amb atenció cadascun d'ells acuradament. Després esculli un de cada grup, el que millor descrigui com s'ha sentit **en les últimes dues setmanes, incloent el dia d'avui**. Marqui amb un cercle el número corresponent a l'enunciat escollit. Si diversos enunciats en un mateix grup li semblen igualment apropiats, marqui el número més alt. Verifiqui que no hagi escollit més d'un per grup, incloent l'ítem 16 (canvis en els hàbits del son) i l'ítem 18 (canvis en la gana).

### 1. Tristesa

0. No em sento trist.
1. Em sento trist gran part del temps.
2. Em sento trist tot el temps.
3. Em sento tan trist o sóc tan infeliç que no puc suportar-ho.

### 2. Pessimisme

0. No estic destalentat respecte el meu futur.
1. Em sento més destalentat respecte el meu futur del que acostumava estar.
2. No espero que les coses funcionin per mi.
3. Sento que no hi ha esperança pel meu futur i que només pot empitjorar.

### 3. Fracàs

0. No em sento com un fracassat.
1. He fracassat més del que hauria degut.
2. Quan miro enrere, veig molts fracassos.
3. Sento que com a persona sóc un fracàs total.

### 4. Pèrdua de plaer

0. Obtinc tant plaer com sempre per les coses amb les que gaudeixo.
1. No gaudeixo tant de les coses com acostumava a fer-ho.
2. Gaudeixo molt poc de les coses amb les que acostumava gaudir.
3. No gaudeixo en absolut de les coses de les que acostumava a gaudir.

### 5. Sentiments de culpa

0. No em sento particularment culpable.
1. Em sento culpable respecte a varies coses que he fet o que hauria d'haver fet.
2. Em sento bastant culpable la major part del temps.
3. Em sento culpable tot el temps.

## **6. Sentiments de càstig**

0. No em sento que estigui sent castigat.
1. Sento que potser pugui ser castigat.
2. Espero ser castigat.
3. Sento que estic sent castigat.

## **7. Disconformitat amb un mateix**

0. Sento sobre mi el mateix que sempre.
1. He perdut la confiança en mi mateix.
2. Estic decepcionat amb mi mateix.
3. No em sento a gust amb mi mateix.

## **8. Autocrítica**

0. No em sento crític ni culpable més de lo habitual.
1. Estic més crític amb mi mateix del que acostumava a estar.
2. Em critico a mi mateix per tots els meus errors.
3. Em culpo a mi mateix per tot lo dolent que succeeix.

## **9. Pensaments o desigs suïcides**

0. No tinc cap pensament de matar-me.
1. He tingut pensaments de matar-me, però no ho faria.
2. Voldria matar-me.
3. Em mataria si tingués l'oportunitat de fer-ho.

## **10. Plor**

0. No ploro més del que acostumava a fer-ho.
1. Ploro més del que acostumava a fer-ho.
2. Ploro per qualsevol cosa.
3. Sento ganes de plorar però no puc.

## **11. Agitació**

0. No estic més inquiet o tens de lo habitual.
1. Em sento més inquiet o tens de lo habitual.
2. Estic tan inquiet o agitat que m'és difícil quedar-me quiet.
3. Estic tan inquiet o agitat que he d'estar sempre en moviment o fent quelcom.

## **12. Pèrdua de l'interès**

0. No he perdut l'interès en altres activitats o persones.
1. Estic menys interessat que abans en altres persones o coses.
2. He perdut quasi tot l'interès en altres persones o coses.
3. M'és difícil interessar-me per alguna cosa.

## **13. Indecisió**

0. Prenc les meves pròpies decisions tant bé com sempre.
1. Em resulta més difícil que de costum prendre decisions.
2. Tinc molta més dificultat que abans en prendre decisions.
3. Tinc problemes per prendre qualsevol decisió.

## **14. Desvalorització**

0. No sento que jo no sigui valuós.
1. No em considero a mi mateix valuós i útil com acostumava a considerar-me.

2. Em sento menys valuós quan em comparo amb altres.
3. Sento que no sóc gens valuós.

**15. Pèrdua d'energia**

0. Tinc tanta energia com sempre.
1. Tinc menys energia de la que acostumava a tenir.
2. No tinc suficient energia per fer gaire.
3. No tinc energia per fer res.

**16. Canvis en els hàbits de son**

0. No he experimentat cap canvi en els meus hàbits de son.
- 1a. Dormo una mica més de lo habitual.
- 1b. Dormo una mica menys de lo habitual.
- 2a. Dormo molt més de lo habitual.
- 2b. Dormo molt menys e lo habitual.
- 3a. Dormo la major part del dia.
- 3b. Em desperto 1-2h més d'hora i no puc tornar a dormir.

**17. Irritabilitat**

0. No estic tan irritable de lo habitual.
1. Estic més irritable de lo habitual.
2. Estic molt més irritable de lo habitual.
3. Estic irritable tot el temps.

**18. Canvis en la gana**

0. No he experimentat cap canvi en la meva gana.
- 1a. La meva gana és una mica menor de lo habitual.
- 1b. La meva gana és una mica major de lo habitual.
- 2a. La meva gana és molt menor que abans.
- 2b. La meva gana és molt menor que abans.
- 3a. No tinc cap gana en absolut.
- 3b. Vull menjar tot el dia.

**19. Dificultat de concentració**

0. Puc concentrar-me tan bé com sempre.
1. No puc concentrar-me tan bé com habitualment.
2. M'és difícil mantenir la ment en quelcom per molt temps.
3. Trobo que no puc concentrar-me en absolut.

**20. Fatiga**

0. No estic més cansat o fatigat de lo habitual.
1. Em fatigo o em canso més fàcilment de lo habitual.
2. Estic massa fatigat o cansat per fer moltes de les coses que acostumava a fer.
3. Estic massa fatigat o cansat per fer la majoria de coses que acostumava a fer.

**21. Pèrdua de l'interès pel sexe**

0. No he notat cap canvi recent en el meu interès pel sexe.
1. Estic menys interessat en el sexe del que acostumava a estar-ho.
2. Estic molt menys interessat en el sexe.
3. He perdut completament l'interès en el sexe.

PUNTUACIÓ TOTAL:

## SELF-COMPASSION SCALE

(SCS; Adaptació espanyola: García-Campayo, et al., 2014).

COM ACOSTUMO A ACTUAR AMB MI MATEIX/A EN MOMENTS DIFÍCILS?

Llegeixi cada frase curosament abans de contestar. A la dreta de cada frase, indiqui la freqüència amb que es comporta de la manera indicada, utilitzant la següent escala:

Quasi mai

Quasi sempre

1

2

3

4

5

	Enunciats	Resposta
1	Desaprovo els meus propis defectes i incapacitats i sóc crític/a respecte aquests.	
2	Quan em senti baix/a d'ànim, tendixo a obsessionar-me i fixar-me en tot el que va malament.	
3	Quan les coses em van malament, veig les dificultats com part de lo que tot a tot el món li toca viure.	
4	Quan penso en les meves deficiències, tendixo a sentir-me separat/da i aïllat/da de la resta del món.	
5	Intento ser carinyós/a amb mi mateix/a quan sento malestar emocional.	
6	Quan fallo en quelcom important per a mi, em consumeixen els sentiments d'ineficàcia.	
7	Quan estic desanimat i trist, me'n recordo de que hi ha moltes persones en el món que es senten com jo.	
8	Quan venen èpoques molt complicades, tendixo a ser dur/a amb mi mateix/a.	
9	Quan quelcom em desagrada intento mantenir les meves emocions en equilibri.	
10	Quan em sento incapaç d'alguna manera, intento recordar-me que quasi totes les persones comparteixen sentiments d'incapacitat.	
11	Sóc intolerant i impacient amb aquells aspectes de la meva personalitat que no m'agraden.	
12	Quan ho estic passant veritablement malament, em dono la cura i l'estima que necessito.	
13	Quan estic baix/a d'ànim, tendixo a pensar que, probablement, la majoria de la gent és més feliç que jo.	
14	Quan em succeeix quelcom dolorós intento mantenir una visió equilibrada de la situació.	
15	Intento de veure els meus defectes com a part de la condició humana.	
16	Quan veig aspectes de mi mateix/a que no m'agraden, em critico contínuament.	
17	Quan fallo en quelcom important per a mi, intento veure les coses amb perspectiva.	
18	Quan realment estic en dificultats, tendixo a pensar que altres persones ho tenen més fàcil.	
19	Sóc amable amb mi mateix/a quan estic experimentat patiment.	
20	Quan quelcom em molesta em deixo emportar pels meus sentiments.	
21	Puc ser una mica insensible vers mi mateix/a quan estic experimentant patiment.	

22	Quan em sento deprimet/da intento observar els meus sentiments amb curiositat i apertura de ment.	
23	Sóc tolerant amb els meus propis defectes i imperfeccions o debilitats.	
24	Quan succeeix quelcom dolor tendeixo a fer una muntanya d'un granet de sorra.	
25	Quan fallo en quelcom que és important per a mi, tendeixo a sentir-me sol en el meu fracàs.	
26	Intento ser comprensiu i pacient amb aquells aspectes de la meva personalitat que no m'agraden.	

## EXPERIENCIES QUESTIONNAIRE

(EQ; Adaptació espanyola: Soler, et al., 2014).

A continuació, té una recopilació d'afirmacions sobre la seva experiència diària durant els últims 7 dies. Utilitzant una escala de 1-5, si us plau, indica amb quina freqüència tens aquestes experiències. Contesta d'acord al que realment reflecteixi la teva experiència, més que el que tu penses que hauria de ser la teva experiència.

		<b>Mai</b>	<b>Rarament</b>	<b>Algunes vegades</b>	<b>Sovint</b>	<b>Sempre</b>
1	Sóc més capaç d'acceptar-me a mi mateix/a com sóc.	1	2	3	4	5
2	Puc alentir el meu pensament en moments d'estrès.	1	2	3	4	5
3	Me n'adono de que no em prenc les dificultats de forma tan personal.	1	2	3	4	5
4	Puc separar els meus pensaments i sentiments de mi mateix.	1	2	3	4	5
5	Puc prendre'm temps per respondre a les dificultats.	1	2	3	4	5
6	Em puc tractar de forma amable.	1	2	3	4	5
7	Puc observar sentiments desagradables sense ser arrossegats vers ells.	1	2	3	4	5
8	Tinc la sensació de que sóc completament conscient del que està succeint al meu voltant i dins de mi.	1	2	3	4	5
9	Veig que, en realitat, no sóc els meus pensaments.	1	2	3	4	5
10	Sóc conscient de sentir el meu cos com un tot.	1	2	3	4	5
11	Veig les coses des d'una perspectiva més amplia.	1	2	3	4	5

# FIVE FACETS OF MINDFULNESS QUESTIONNAIRE

(FFMQ; Adaptació espanyola: Cebolla, et al., 2012).

Esculli en cada ítem l'alternativa que millor reflecteixi el grau en que està d'acord amb cadascun dels enunciatos que s'indiquen a continuació.

	<b>Enunciats</b>	<b>Mai o molt rarament veritat</b>	<b>Rarament veritat</b>	<b>Algunes vegades veritat</b>	<b>Sovint veritat</b>	<b>Molt sovint o sempre veritat</b>
1	Quan camino, noto deliberadament les sensacions del meu cos al moure's.	1	2	3	4	5
2	Se'm dóna bé trobar paraules per descriure els meus sentiments.	1	2	3	4	5
3	Em critico a mi mateix/a per tenir emocions irracionals o inapropiades.	1	2	3	4	5
4	Percebo els meus sentiments i emocions sense tenir que reaccionar a ells.	1	2	3	4	5
5	Quan faig quelcom, la meva ment divaga i em distrec fàcilment.	1	2	3	4	5
6	Quan em dutxo o em banyo, estic atent a les sensacions de l'aigua en el meu cos.	1	2	3	4	5
7	Amb facilitat puc posar en paraules les meves creences, sentiments i expectatives.	1	2	3	4	5
8	No paro atenció al que faig perquè somio despert, em preocupo o em distrec.	1	2	3	4	5
9	Observo els meus sentiments sense perdre'm en ells.	1	2	3	4	5
10	Em dic a mi mateix/a que no hauria de sentir el que sento.	1	2	3	4	5
11	Noto com els aliments i les begudes afecten als meus pensaments, sensacions corporals i emocions.	1	2	3	4	5
12	M'és difícil trobar paraules per descriure el que sento.	1	2	3	4	5
13	Em distrec fàcilment.	1	2	3	4	5
14	Crec que alguns dels meus pensaments no són normals o	1	2	3	4	5

	són dolents i que no hauria de pensar així.					
15	Paro atenció a les sensacions que produeix l'aire en el cabell o el sol en la cara.	1	2	3	4	5
16	Tinc problemes per pensar en les paraules que expressen correctament com em sento.	1	2	3	4	5
17	Faig judicis sobre si els meus pensaments són bons o dolents.	1	2	3	4	5
18	M'és difícil mantenir-me centrat/da en el que està succeint en el present.	1	2	3	4	5
19	Quan tinc pensaments o imatges pertorbadores, sóc capaç de donar un pas enrere, i me n'adono del pensament o imatge sense que m'atrapí.	1	2	3	4	5
20	Paro atenció a sons com el tic-tac del rellotge, el gargoteig dels ocells o els cotxes que passen.	1	2	3	4	5
21	En situacions difícils, puc parar sense reaccions immediatament.	1	2	3	4	5
22	Quan tinc sensacions en el cos és difícil per mi descriure-les, perquè no puc trobar les paraules adequades.	1	2	3	4	5
23	Condueixo en «pilot automàtic», sense parar atenció al que faig.	1	2	3	4	5
24	Quan tinc pensaments o imatges pertorbadores, em calmo en poc temps.	1	2	3	4	5
25	Em dic a mi mateix/a que no hauria de pensar com penso.	1	2	3	4	5
26	Percebo l'olor i l'aroma de les coses.	1	2	3	4	5
27	Fins i tot quan estic molt enfadat, trobo una forma d'expressar-ho amb paraules.	1	2	3	4	5
28	Faig activitats precipitadament sense estar de veritat atent/a a elles.	1	2	3	4	5
29	Quan tinc pensaments o imatges pertorbadores, sóc capaç de notar-les sense reaccionar.	1	2	3	4	5



30	Crec que algunes de les meves emocions són dolentes o inapropiades i que no hauria de sentir-les.	1	2	3	4	5
31	Percebo elements visuals en la naturalesa o en l'art, com colors, formes, textures o patrons de llums i ombres.	1	2	3	4	5
32	La meva tendència natural és posar les meves experiències en paraules.	1	2	3	4	5
33	Quan tinc pensaments o imatges pertorbadores, les noto i les deixo marxar.	1	2	3	4	5
34	Faig tasques automàticament, sense ser conscient del que faig.	1	2	3	4	5
35	Quan tinc pensaments o imatges pertorbadores, em jutjo com bo o dolent, dependent del contingut.	1	2	3	4	5
36	Paro atenció a com les meves emocions afecten als meus pensaments i a la meva conducta.	1	2	3	4	5
37	Normalment puc descriure com em sento amb considerable detall.	1	2	3	4	5
38	Em sorprenç fent coses sense parar atenció.	1	2	3	4	5
39	Em critico quan tinc idees irracionals.	1	2	3	4	5

## QUALITY OF LIFE IN DEPRESSION SCALE

(QLDS; Adaptació espanyola: Cervera, Enguix, et al., 1999).

Per favor, pensi en com es sent en aquest moment. A continuació, llegeixi les següents enunciats. Cada enunciat té dos respostes possibles. Marqui la resposta amb la que més s'identifiqui.

Si no està segur/a, senyali la resposta que més s'assembli a com es sent vostè **en aquest moment**.

Per favor, assegurí's de contestar tots els enunciats.

1	Només vull que passi el temps.	Sí
		No
2	Tinc esperança en el futur.	Sí
		No

3	Em costa mantenir una conversació.	Sí
		No
4	M'agrada estar al corrent de les coses.	Sí
		No
5	Sento que la meva vida s'està perdent.	Sí
		No
6	Sento com si no controlés la meva vida.	Verdader
		Fals
7	Em costa sortir de casa.	Sí
		No
8	En general, gaudeixo amb el que faig.	Sí
		No
9	Li he perdut el gust a la vida.	Sí
		No
10	Sento que no apporto res als altres.	Verdader
		Fals
11	No puc obrir-me a la gent que vull.	Verdader
		Fals
12	Atenc les meves necessitats (higiene, alimentació, descans, etc.).	Sí
		No
13	Sóc capaç de pensar en el futur.	Sí
		No
14	Només vull passar desapercebut/da.	Sí
		No
15	Hi ha coses que m'il·lusionen.	Sí
		No
16	Ja no em diverteix res.	Verdader
		Fals
17	No m'ocupo dels meus amics.	Verdader
		Fals
18	No em costa fer les meves tasques diàries.	Verdader
		Fals
19	M'aïllo de la gent.	Sí
		No
20	Em costa decidir fins i tot en el més senzill.	Sí
		No
21	Em sento una càrrega pels altres.	Sí
		No
22	La major part del temps estic com absent, amb la mirada perduda.	Sí

		No
23	Em costa el tracte amb els altres.	Sí
		No
24	Em tanco en mi mateix/a.	Sí
		No
25	Oblido el meu aspecte.	Sí
		No
26	Puc veure el costat divertit de les coses.	Sí
		No
27	No m'assabento del que em diu la gent.	Verdader
		Fals
28	Crec que decepciono a tothom.	Sí
		No
29	M'agobia cada nou dia.	Sí
		No
30	Gaudeixo del menjar.	Sí
		No
31	Intento evitar a la gent.	Sí
		No
32	Sóc reaci/a a contestar al telèfon i a obrir la porta.	Sí
		No
33	La meva vida no té sentit.	Verdader
		Fals
34	Sóc capaç d'afrontar els problemes quotidians.	Sí
		No

## QÜESTIONARI DE DEFICIÈNCIES PERCEBUDES

(PDQ-5; Fehnel, *et al.*, 2013)

Esculli en cada ítem l'alternativa que millor reflecteixi el grau en que està d'acord amb cadascun dels enunciats que s'indiquen a continuació.

	<b>Enunciats</b>	<b>Mai</b>	<b>Poques vegades</b>	<b>A vegades</b>	<b>Sovint</b>	<b>Molt sovint</b>
1	Amb freqüència té dificultats per organitzar-se?	0	1	2	3	4
2	Amb freqüència té dificultats per concentrar-se en el que està llegint?	0	1	2	3	4
3	Amb freqüència s'oblida de la data fins que la consulta?	0	1	2	3	4

4	Amb freqüència s'oblida del que ha parlat per telèfon?	0	1	2	3	4
5	Amb freqüència té la sensació de que s'ha quedat totalment en blanc?	0	1	2	3	4

## FIGURA COMPLEXA DE REY

(Adaptació espanyola: Rey, 1997).

**CÒPIA:** Aquí tenim un dibuix i la seva tasca consisteix en copiar-lo en la fulla que li he entregat. No és necessari que la còpia sigui exacta, malgrat això és necessari parar atenció a les proporcions i, sobre tot, no oblidar cap detall. No cal que corri massa.

Tipus de construcció:

Temps: Pe:

PD: Pe:

## FLUÏDESA VERBAL I SEMÀNTICA

(Peña-Casanova, 1991).

**Animals (1'):** PD: Pe:

Ara li demanaré que em digui tots els noms d'animals que recordi. Pot dir noms d'animals domèstics, que visquin en els boscos, en la selva, en el mar... tots els que pugui, intentant no repetir. Si hi ha una parella d'animals que comencin igual, com passa amb "gos-gossa", amb que digui un és suficient.

---



---



---



---

**Lletra P (1'):** PD: Pe:

Ara es tracta de que vostè em digui el màxim número possible de paraules que comencin amb la lletra "p" durant un minut. Pot dir tot tipus de paraules, excepte plurals, masculins o femenins. Tampoc ha de conjugar verbs, ni utilitzar derivatius. Ara jo li diré la primera paraula, per exemple "paper". Continui.

---



---



---



---

## WAIS – IV: DÍGITS

(Adaptació espanyola: de la Guia, et al., 2012).

**ORDRE DIRECTE:** Ara li llegiré alguns números. Escolti amb atenció perquè només els puc llegir una vegada. Quan jo acabi, vull que els repeteixi exactament en el mateix ordre. Digui'ls tal i com els he dit jo.

Ítem	Intent	Resposta	Puntuació intent	Puntuació ítem
1	9-7		0 / 1	0 / 1 / 2
	6-3		0 / 1	
2	5-8-2		0 / 1	0 / 1 / 2
	6-9-4		0 / 1	
3	7-2-8-6		0 / 1	0 / 1 / 2
	6-4-3-9		0 / 1	
4	4-2-7-3-1		0 / 1	0 / 1 / 2
	7-5-8-3-6		0 / 1	
5	3-9-2-4-8-7		0 / 1	0 / 1 / 2
	6-1-9-4-7-3		0 / 1	
6	4-1-7-9-3-8-6		0 / 1	0 / 1 / 2
	6-9-1-7-4-2-8		0 / 1	
7	3-8-2-9-6-1-7-4		0 / 1	0 / 1 / 2
	5-8-1-3-2-6-4-7		0 / 1	
8	2-7-5-8-6-3-1-9-4		0 / 1	0 / 1 / 2
	7-1-3-9-4-2-5-6-8		0 / 1	

Span (DD) (Màxim=9):

Pe=

PD DD (Màxim=16):

**ORDRE INVERS:** Ara també li llegiré uns números, però en aquest cas vull que, quan jo acabi, els repeteixi en ordre invers.

Ítem	Intent	Resposta	Puntuació intent	Puntuació ítem
Ex	7-1 3-4	1-7 4-3		
1	3-1	1-3	0 / 1	0 / 1 / 2
	2-4	4-2	0 / 1	
2	4-6	6-4	0 / 1	0 / 1 / 2
	5-7	7-5	0 / 1	
3	6-2-9	9-2-6	0 / 1	0 / 1 / 2
	4-7-5	5-7-4	0 / 1	
4	8-2-7-9	9-7-2-8	0 / 1	0 / 1 / 2
	4-9-6-8	8-6-9-4	0 / 1	
5	6-5-8-4-3	3-4-8-5-6	0 / 1	0 / 1 / 2
	1-5-4-8-6	6-8-4-5-1	0 / 1	
6	5-3-7-4-1-8	8-1-4-7-3-5	0 / 1	0 / 1 / 2
	7-2-4-8-5-6	6-5-8-4-2-7	0 / 1	
7	8-1-4-9-3-6-2	2-6-3-9-4-1-8	0 / 1	0 / 1 / 2
	4-7-3-9-6-2-8	8-2-6-9-3-7-4	0 / 1	
8	9-4-3-7-6-2-1-8	8-1-2-6-7-3-4-9	0 / 1	0 / 1 / 2
	7-2-8-1-5-6-4-3	3-4-6-5-1-8-2-7	0 / 1	

Span (DD) (Màxim=8):

Pe=

PD DD (Màxim=16):

**ORDRE CREIXENT:** Ara també li llegiré uns números, però en aquest cas vull que, quan jo acabi, els repeteixi en ordre creixent: de menor a major.

Ítem	Intent	Resposta	Puntuació intent	Puntuació ítem
Ex	2-3-1	1-2-3		
	5-2-2	2-2-5		
1	1-2	1-2	0 / 1	0 / 1 / 2
	4-2	2-4	0 / 1	
2	3-1-6	1-3-6	0 / 1	0 / 1 / 2
	0-9-4	0-4-9	0 / 1	
3	8-7-9-2	2-7-8-9	0 / 1	0 / 1 / 2
	4-8-7-1	1-4-7-8	0 / 1	
4	2-6-9-1-7	1-2-6-7-9	0 / 1	0 / 1 / 2
	3-8-3-5-8	3-3-5-8-8	0 / 1	
5	2-1-7-4-3-6	1-2-3-4-6-7	0 / 1	0 / 1 / 2
	6-2-5-2-3-4	2-2-3-4-5-6	0 / 1	
6	7-5-7-6-8-6-2	2-5-6-6-7-7-8	0 / 1	0 / 1 / 2
	4-8-2-5-4-3-5	2-3-4-4-5-5-8	0 / 1	
7	5-8-7-2-7-5-4-5	2-4-5-5-5-7-7-8	0 / 1	0 / 1 / 2
	9-4-9-7-3-0-8-4	0-3-4-4-7-8-9-9	0 / 1	
8	5-0-1-1-3-2-1-0-5	0-0-1-1-1-2-3-5-5	0 / 1	0 / 1 / 2
	2-7-1-4-8-4-2-9-6	1-2-2-4-4-6-7-8-9	0 / 1	

Span (DD) (Màxim=8):

Pe=

PD DD (Màxim=16):

TOTAL DÍGITS:

Pe:

# TRAIL MAKING TEST (TMT) – A

(Adaptació espanyola: Fernández, Marino i Alderete, 2002).

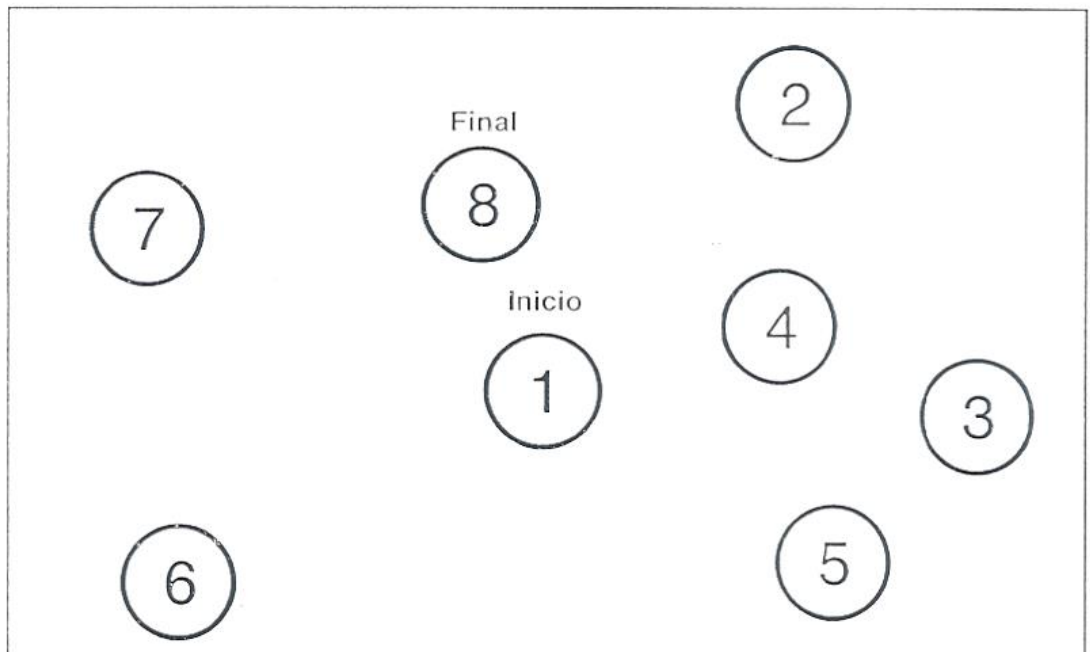
En aquesta pàgina hi ha alguns números. Vostè ha d'anar unint tots els números amb el bolígraf per ordre. Comenci en el número 1, on posa INICI, i dibuixi una línia del 1 al 2, del 2 al 3, del 3 al 4, i seguixi així, per ordre, fins que arribi al final, on posa FINAL. Dibuixi les línies tan ràpid com pugui. Intenti fer la prova sense aixecar el bolígraf del paper. Preparat? Comenci.

Temps:

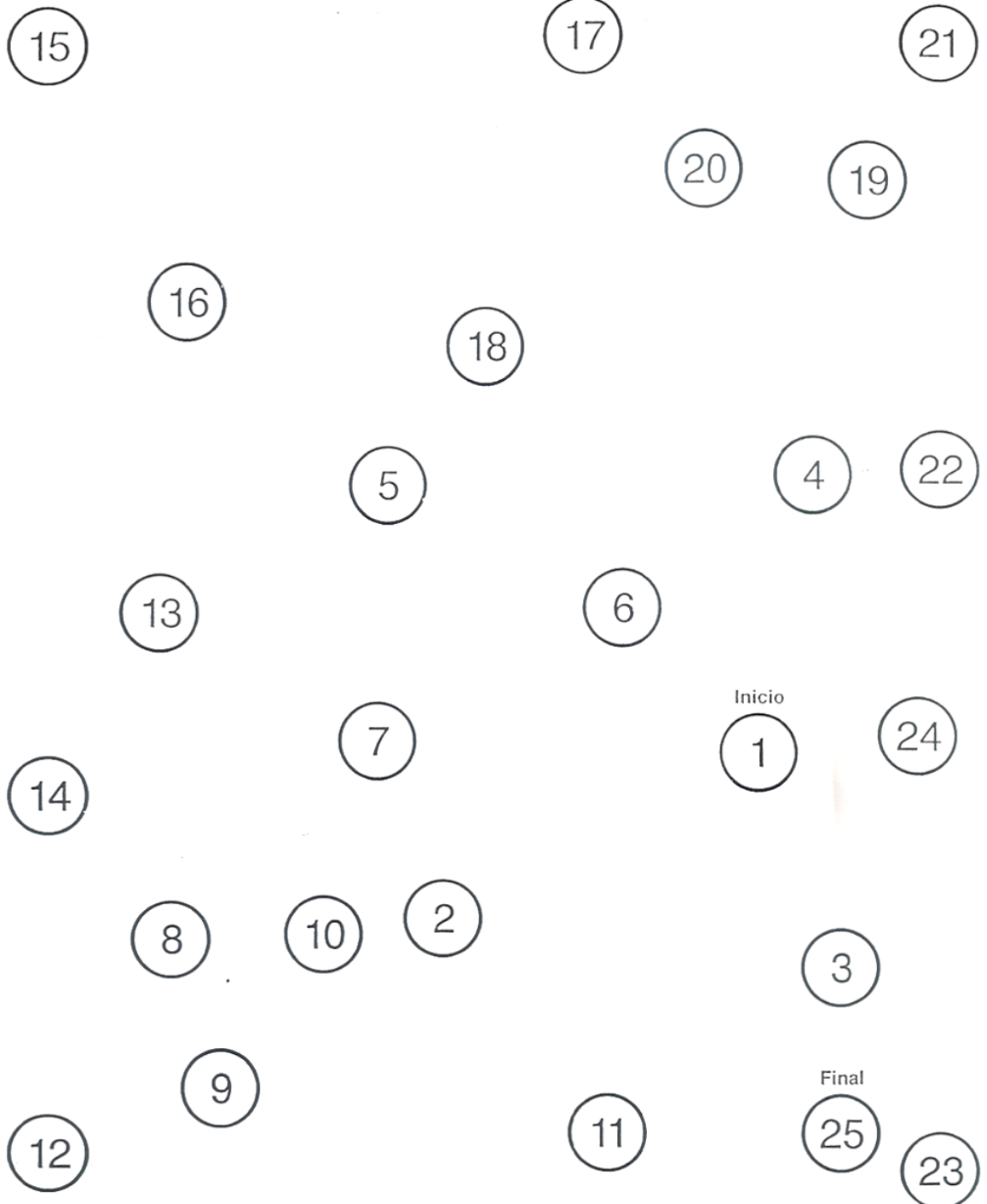
Error:

Pe:

PRACTICA



PARTE A - TEST





## TRAIL MAKING TEST (TMT) – B

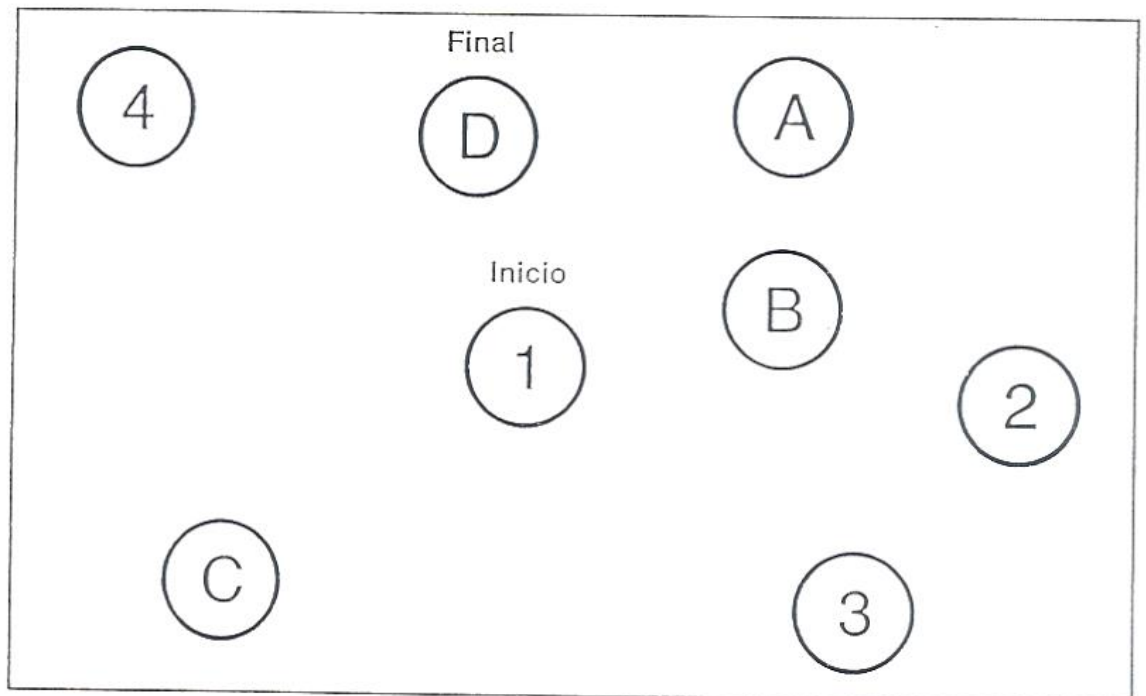
En aquesta pàgina hi ha alguns números i lletres. Vostè ha d'unir els números i les lletres, intercalant un número i una lletra, per ordre. Comenci pel número 1, on posa INICI, i dibuixi una línia del 1 a l'A, de l'A al 2, del 2 a la B, i segueixi així, en ordre, fins que arribi al final, on posa FINAL. Recordi que primer un número i després una lletra, després un número i després una lletra, etcètera. Ajunti'ls tan ràpid com pugui. Endavant!

Temps:

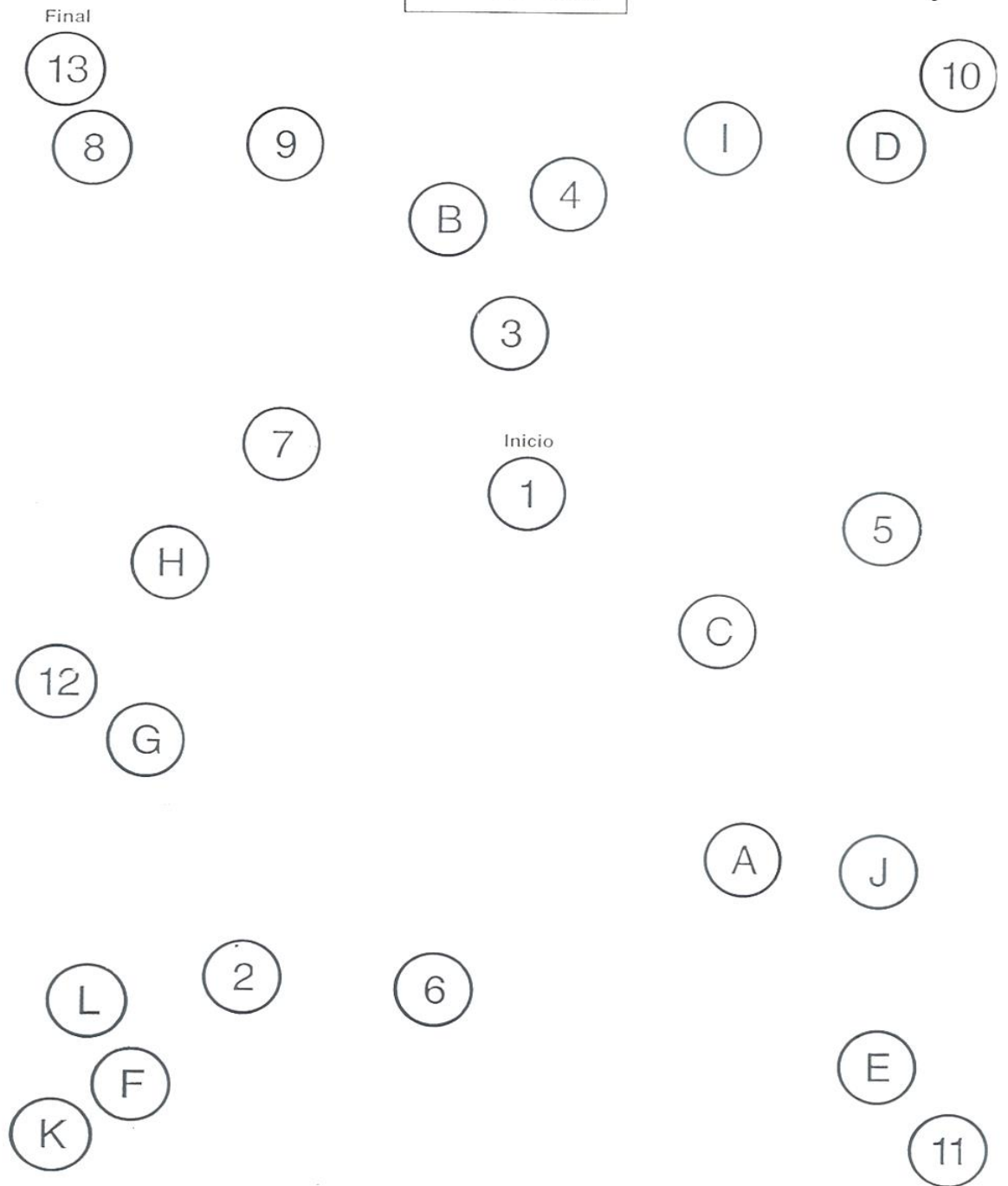
Errors:

Pe:

PRÁCTICA



PARTE B - TEST



# TEST DE COLORS I PARAULES STROOP

(Golden, 2001).

## **P:** Lectura de Paraules (45")

Aquesta prova intenta avaluar la velocitat amb la que vostè pot llegir les paraules escrites en aquesta pàgina. Quan jo li indiqui, haurà de començar a llegir en veu alta les columnes de paraules, de dalt a baix, començant per la primera fins a arribar a sota de la mateixa; després continuarà llegint, per ordre, les següents columnes sense detenir-se.

Si acaba de llegir totes les columnes abans de que jo li indiqui que s'ha terminat el temps concedit, tornarà a la primera columna i continuarà llegint fins que jo així li indiqui.

Recordi que no ha de interrompre la lectura fins que jo li digui "Prou!" i que ha de llegir en veu alta tan ràpidament com li sigui possible. Si s'equivoca en una paraula, jo diré "No" i vostè corregirà l'error tornant a llegir la paraula correctament i continuarà llegint les següents sense detenir-se. Vol fer alguna pregunta sobre com es realitza aquesta prova?

PD: Pe:

## **C:** Denominar Colors i interferència (45")

En aquesta part de la prova es tracta de saber amb quina rapidesa pot nombrar els colors de cadascun dels grups de X que apareixen en aquesta pàgina.

Aquest exercici es realitza de forma similar al de la pàgina anterior. Comenci en la primera columna, i nombri els colors dels grups de X que hi ha, de dalt a baix, sense saltar-se'n cap; després continuï la mateixa tasca en les restants columnes. Recordi que ha de dir els colors tan ràpidament com li sigui possible.

PD: Pe:

## **P-C:** Denominar Colors i interferència (45")

Aquesta pàgina és semblant a la que hem utilitzat en l'exercici anterior. En ella ha de dir el color de la tinta amb la que està escrita cada paraula, sense tenir en compte el significat d'aquesta paraula. Per exemple, què diria vostè en aquesta paraula? (Fer un parell d'exemples). Bé, ara seguirà fent això mateix en tota la pàgina. Començarà en la part de dalt de la columna i arribarà fins la base de la mateixa; després continuarà de la mateixa manera amb les columnes restants. Recordi que si s'equivoca ha de corregir el seu error i continuar sense detenir-se. Alguna pregunta?

PD: Pe:

# FIGURA COMPLEXA DE REY

(Adaptació espanyola: Rey, 1997).

**RECORD DIFERIT (30')**: Recorda la figura que ha copiat fa una estona? Intenti dibuixar tot el que recordi a continuació.

Tipus de construcció:

PD:

Pe:

Reconeixement:

Correctes	2	5	7	8	9	12
	13	15	19	20	22	24
Falsos reconeixements	1	3	4	6	10	11
	14	16	17	18	21	23

PD total: Correctes + (12-FR):