



UNIVERSIDAD DE JAÉN
Facultad de Humanidades y Ciencias de la Educación

Trabajo Fin de Grado

APRENDIENDO A VIVIR CON EL DOLOR INVISIBLE: LA TERAPIA DE ACEPTACIÓN Y COMPROMISO EN LA FIBROMIALGIA

Alumno/a: Marina Barrera Sánchez

Tutor/a: Mónica Hernández López
Dpto: Psicología

Julio, 2020

ÍNDICE

RESUMEN, OBJETIVOS Y PALABRAS CLAVE.....	2
1 Introducción.....	3
2 Metodología	13
2.1. Búsqueda bibliográfica.....	13
2.2. Criterios de inclusión.....	14
2.3. Estudios incluidos.....	14
2.4. Extracción de datos y síntesis.....	15
3 Resultados.....	17
4 Discusión y conclusiones.....	25
Referencias bibliográficas.....	28

RESUMEN, OBJETIVOS Y PALABRAS CLAVE

La fibromialgia (FM) se engloba en el espectro de las enfermedades reumáticas, siendo la segunda más frecuente. Este síndrome está determinado principalmente por dolor musculoesquelético generalizado, seguido de una complicada sintomatología que abarca trastornos del sueño, fatiga intensa, disminución del umbral del dolor y alteración en el ámbito psicológico y afectivo. La conducta de la población afectada principalmente se ha centrado en el control del dolor. La terapia Cognitivo Conductual (CBT) ha centrado sus esfuerzos en dicho abordaje psicológico, sobre todo en base a la creencia de que las técnicas de control del dolor no alteran sustancialmente la vida de la persona. Con el tiempo, esta terapia evolucionó a la terapia de Aceptación y Compromiso (ACT). ACT, más que focalizarse en el ámbito cognitivo como hace CBT, incluye el análisis funcional de la conducta y el contexto vital de la persona, donde el principal objetivo terapéutico en el tratamiento de la fibromialgia es permitir la convivencia de su sintomatología con el logro de proyectos vitales y actividades diarias de los pacientes.

El objetivo principal de este estudio será realizar una revisión sistemática de las evidencias en la aplicación de ACT como terapia de abordaje psicológico en los pacientes con fibromialgia para evaluar su efectividad. En un segundo plano, otro objetivo será definir la fundamentación teórica de ACT e identificar cuáles de sus componentes son los responsables del cambio terapéutico.

Palabras clave: Terapia de Aceptación y Compromiso, ACT, Terapia Cognitivo Conductual, CBT, fibromialgia, SF, dolor crónico.

1. Introducción

El término fibromialgia es originario del latín y del griego, donde "fibro" significa *tejido fibroso* y donde "mio" significa *músculo o muscular* y *algia* significa dolor. Así que si atendemos a la etimología de la palabra, fibromialgia haría referencia al dolor en las partes fibrosas del cuerpo (músculos, ligamentos y tendones). Con el transcurso del tiempo, esta enfermedad ha sufrido cambios en cuanto a su designación, siguiendo el siguiente orden cronológico: artritis y fibrositis, obteniendo finalmente el calificativo de fibromialgia gracias a Hensch en 1975 (Barbosa-Torres, López-López y Cubo-Delgado, 2018).

En 1992 la Organización Mundial de la Salud (OMS) catalogó la fibromialgia como una entidad clínica bajo el término "Síndrome de fibromialgia", incluyéndola en la clasificación de reumatismos de partes blandas, y tipificándose así en la Clasificación Internacional de Enfermedades (CIE-9). (Soto, Barrenechea-Arando y Struch, 2013; González, García, y Botella, 2014). Por tanto, el diagnóstico diferencial de este síndrome tiene reconocimiento por la OMS y está homologado en la CIE-9 (Climent, Ballester y Cantus, 2019).

Martínez, Miró y Sánchez (2016) sostuvieron que:

La fibromialgia (FM) es un síndrome complejo caracterizado por la presencia de dolor músculo-esquelético crónico. Aunque la alodinia y la hiperalgesia suelen considerarse las principales manifestaciones clínicas, las personas con FM experimentan una constelación de síntomas que pueden llegar a ser más incapacitantes que el propio dolor, como por ejemplo la fatiga, los trastornos del sueño, las alteraciones del estado de ánimo o las disfunciones cognitivas. Estas manifestaciones están estrechamente relacionadas con la baja calidad de vida informada por las personas con FM (p.460).

Un aspecto a destacar de la fibromialgia es la influencia que ejerce esta enfermedad en los ámbitos personal, familiar, laboral y social de la persona que lo sufre, mermando la calidad de vida de los pacientes. Según la OMS, por calidad de vida se entiende la evaluación subjetiva de las personas sobre su estatus social y la satisfacción propia que les proporciona. Como se puede ver, se utilizan los valores personales como marco de referencia a la hora del planteamiento de sus expectativas y el logro de los objetivos marcados (Mazo y Estrada, 2018).

No obstante, cabe puntualizar que con frecuencia la fibromialgia conlleva además signos y síntomas como rigidez articular, cefalea, vértigo, síndrome de intestino irritable y síndromes de vejiga, fenómeno de Raynaud, síndrome de piernas inquietas, dismenorrea, sensación de tumefacción en manos, parestesia en extremidades y cambios en el color de la piel reticular (Climent, Ballester y Cantus, 2019). Pese a este dolor incapacitante, no existe ningún daño, inflamación o deformación en las regiones corporales implicadas. Estas regiones suelen ser: cuello, glúteos, hombros, brazos, espalda y pecho; y en ellas se localizan los denominados "puntos sensibles" o "puntos gatillo", que tan solo con palparlos pueden evocar dolor generalizado y espasmos musculares debido a su hipersensibilidad a la presión (Chavez, 2013).

Durante un largo periodo de tiempo, la perspectiva acerca de la enfermedad fue considerada en mayor medida a través de la sensibilización central del dolor y la fundamentación neurobiológica que acarrea esta patología (sin implicar necesariamente que se den otros síntomas), y únicamente definida por la historia del dolor generalizado y la localización del dolor (Barbosa-Torres, López-López y Cubo-Delgado, 2018). El Colegio Americano de Reumatología (ACR) estableció en 1990 un sistema diagnóstico de la fibromialgia, evaluando 18 puntos dolorosos específicos. Los criterios de diagnóstico según Revuelta, Segura y Paulino (2010) son los siguientes:

- Dolor generalizado con duración mínima de tres meses.
- Dolor en ambos lados del cuerpo, por encima y por debajo de la cintura.
- Dolor al palpar en 11 de los 18 puntos evaluados.
- La evaluación debe realizarse ejerciendo una presión de al menos 4kg y un punto sensible duele sólo en el área donde se aplica esta presión, con ausencia de dolor referido.

Y fue este tipo de sistema, el causante de la creación del juicio inexacto acerca de la patología, englobándola como una mera enfermedad periférica músculo-esquelética. En 2010 tuvo lugar la actualización de esta clasificación de criterios, incorporándose nueva sintomatología a evaluar y donde el sistema diagnóstico se sustituye por el Índice de Dolor Generalizado (Widespread Pain Index [WPI]) y la Escala de Gravedad de Síntomas (Symptom Severity Score [SS-Score]). Con respecto al WPI, se basa en la valoración de experiencia dolorosa en los últimos siete días, de hasta 19 regiones corporales. La puntuación oscila entre 0-19, un punto por cada región constatada por el paciente. Por otro lado, la SS-Score proporciona la evaluación de la presencia de síntomas tales como: Fatiga, alteración del

sueño y en la cognición. La puntuación fluctúa entre 0 y 3, según la frecuencia e intensidad de la sintomatología específica (0: ausencia, 1: leve e intermitente, 2: moderado o a considerar, presente o a menudo, 3: grave o generalizado, constante e inquietante), comprendiéndose el cómputo total entre 0-12. Para poder llevar a cabo el diagnóstico de ésta, se requiere la obtención de una puntuación ≥ 7 en el WPI y una puntuación de ≥ 5 en la SS-Score. Y por supuesto, se mantiene que la duración de los síntomas debe haber sido de 3 meses y su correspondiente diagnóstico diferencial (Moyano, Kilstein y de Miguel, 2015; Chavez, 2013).

Al estudiar la prevalencia media mundial de la fibromialgia se arroja una cifra de un 2,10%, correspondiendo un 2,31% a la población europea y un 2,40% a la población española (Cabo, Cerdá y Trillo, 2017; Briones, Ronda y Vives, 2015). En contraste con Alemania y Francia, estos países presentan prevalencias que llegan hasta el 6% (González, Elorza y Failde, 2010). Sin embargo, la conformidad de su predominio se ve mermada debido a la presencia de disparidad en su cuadro sintomatológico y a la contrariedad a la hora de validar su diagnóstico, puesto que las cifras oscilan entre un 2%-6% en las consultas de atención primaria, llegando hasta un 10%-20% en las consultas de reumatología (Climent, Ballester y Cantus, 2019).

Teniendo en cuenta la variable sociodemográfica sexo, la mujer tiene predominio en cuanto al hombre, con una proporción de 21:1 (Pérez y Vázquez, 2018). Sin embargo, esta preeminencia de la mujer puede deberse posiblemente a los criterios del ACR¹ empleados para el diagnóstico, pues, si se tuviese en cuenta únicamente el primer criterio, se igualarían los porcentajes entre hombres y mujeres. En cambio, si fuese el segundo criterio el imponente, la proporción aumentaría, llegando a determinarse a 11 mujeres por cada hombre. Esa disparidad en las cifras también podría deberse a la diferente respuesta de ambos sexos en cuanto a la percepción y respuesta al dolor y estrés (Wolfe, Brähler, Hinz y Häuser, 2013). En cuanto a la variable edad, este síndrome puede aparecer en cualquier etapa de la vida humana pero el intervalo de edad predominante suele ser entre los 40 y 49 años e inexistente a partir de los 80 años (Climent, Ballester y Cantus, 2019).

Aunque actualmente no existe la plena certeza de cuál es el foco originario de esta enfermedad, dado que es una enfermedad de origen desconocido (Mazo y Estrada, 2018), hay constancia de una serie de factores de riesgo tales como la predisposición familiar en el

¹ Véase los criterios del ACR en la página 4 del presente trabajo

paciente, la afectación de un trauma o lesión física y la exposición constante al estrés (Chavez, 2013). Parece existir cierta evidencia sobre la existencia de una mayor conexión entre múltiples redes cerebrales y la corteza insular, que es una zona a nivel cerebral asociada al procesamiento del dolor y la hiperexcitabilidad presente en las personas con este síndrome. Esta conectividad está vinculada de manera directa con un aumento del dolor espontáneo (Napadow, LaCount, Park, As-Sanie, Clauw y Harris, 2010).

Teniendo en cuenta que el dolor conlleva una experiencia a nivel sensorial, pero también emocional y cognitiva, es necesario clarificar cuál es el rol que cumplen los factores psicosociales implicados y cuáles pueden llevar la cronificación del dolor. De hecho, los factores psicosociales ejercen cierto efecto tanto en la perspectiva como intensidad de la percepción del dolor, repercutiendo así en la calidad de vida de la persona (Pérez y Vázquez, 2018).

Los trastornos psicológicos como la ansiedad (presente entre el 20% y el 70% de pacientes con fibromialgia) y la depresión (presente en un 68% de pacientes con fibromialgia) aparecen asociados a este síndrome, ya sea, como causa, consecuencia o simple comorbilidad de ambos. Estas condiciones psicológicas repercuten agravando el dolor, y por ende, el transcurso de la enfermedad (Revuelta, Segura y Paulino, 2010 y González, Elorza y Failde, 2010).

Con respecto al papel de la cognición en el dolor, se debe remarcar que existe una alta heterogeneidad en la capacidad de regulación en lo referente a emociones, pensamientos y atribuciones del dolor. Más específicamente, las personas cuentan con una creencia preestablecida acerca del mecanismo de acción del dolor y su interpretación. Ante una estimulación dolorosa, el cerebro interpreta que es algo nocivo y automáticamente activa un mecanismo primitivo que permite actuar a la persona para dar una respuesta efectiva. Los pacientes de esta tipología cuentan con ciertas pautas negativas en relación con el dolor, llegando a interpretar una estimulación neutra como aversiva y llevándole a anular por completo su actividad física diaria, viéndose restringida la tolerancia al dolor (González, 2014).

En consideración a los factores sociales que median en la experiencia dolorosa, se encuentra la disponibilidad de redes de apoyo (emocional informativo e instrumental) con la que cuenta el paciente. El apoyo social repercute de forma positiva en el dolor y supone una

disminución del estrés y la fatiga (Pérez y Vázquez, 2018). Otro elemento relevante es el apego. Gracias a la construcción de un apego seguro, disminuye la predisposición de la persona a interpretar negativamente los estímulos y su sintomatología depresiva (González, 2014; Forsythe, Romano, Jensen y Thorn, 2012). Para finalizar, es necesario apuntar que el ámbito laboral también se ve afectado, ya que la gravedad de la sintomatología les impide ejecutar su función con efectividad. Todo ello merma su independencia socioeconómica, impulsando en algunos casos a la persona a la vida sedentaria (Briones, Ronda y Vives, 2015).

El paradigma cognitivo conductual indiscutiblemente se basa en principios y procedimientos cargados de validez empírica. Brevemente, se trata de un protocolo que gira en torno al eje del conductismo metodológico. Por ello, su conformación tiene lugar en los desarrollos experimentales de la teoría del aprendizaje y pasa a considerarse en la actualidad, la orientación psicoterapéutica con mayor eficacia, influencia y extensión (Díaz, Ruiz y Villalobos, 2012). El enfoque cognitivo conductual suele perseguir dos finalidades, una a nivel cognitivo y otra a nivel conductual. A nivel cognitivo, pretende reducir y/o transformar creencias y pensamientos negativos que anteceden al malestar emocional. A nivel conductual, busca mediante el establecimiento de estrategias de afrontamiento modificar un conjunto de conductas responsables del mantenimiento de ese malestar. En última instancia, la intención de esta terapia es instaurar actividades satisfactorias que aumenten el nivel de reforzadores vitales en la persona (Losada, Márquez-González, Romero-Moreno, López, Fernández-Fernández, Nogales-González, 2014).

Existe certeza tanto de significación estadística como clínica sobre la eficacia de CBT como tratamiento de la fibromialgia. Tratando los pensamientos disfuncionales del paciente para modificar su conducta, CBT ha sido muy eficaz a la hora de abordar las necesidades afectivas, emocionales y comportamentales. En efecto, estudios como el de Comeche, Martín, Rodríguez, Ortega, Díaz y Vallejo (2010) han verificado la eficacia de la aplicación de dicha terapia, mediante un programa protocolizado y diseñado de forma específica para su aplicación en grupo a pacientes con fibromialgia. Los resultados obtenidos muestran una disminución estadísticamente significativa entre el pre y el post-tratamiento en los problemas emocionales, así como en los pensamientos rumiativos que se asocian a esta enfermedad. Además, se consiguió mejorar la percepción de autoeficacia en el afrontamiento de dicho síndrome.

En lo que respecta a la efectividad del tratamiento farmacológico aplicado en esta población, existe una alta controversia debido a que no existe ningún fármaco que por sí solo logre controlar la sintomatología íntegra que acarrea esta enfermedad. Además, es necesario remarcar la cantidad de efectos secundarios aversivos que implican (Di Franco, Iannuccelli, Atzeni, Cazzola, Salaffi, Valesini y Sarzi-Puttini, 2010). En un ensayo clínico aleatorizado de García, Serrano, Rodero, Magallón, Alda, Luciano y López (2009), donde los pacientes se asignaron en tres grupos -un grupo tratado con pregabalina asociado al antidepresivo duloxetine, cuando existe una depresión comórbida, otro tratado mediante CBT y un tercer grupo control- se mostró la efectividad de los tratamientos farmacológicos y psicológicos para el dolor catastrófico en la fibromialgia, definiendo el propio estudio al dolor catastrófico como la excesiva disposición negativa hacia los estímulos adversos relacionados únicamente con el dolor, provocando un aumento en la percepción de este, rumiación constante y frustración por el afán de control. Se concluye, por tanto, que CBT es la terapia predominante en la actualidad de cara a intervenir la fibromialgia debido a su alto poder terapéutico, incluso a largo plazo. Karlsson, Burell, Anderberg y Svärdsudd (2015) realizaron también un estudio en una población femenina que culminó en resultados positivos, remarcando la perduración de la efectividad de CBT a lo largo del tiempo, concretamente durante un año de seguimiento. La repercusión de dicha terapia visualizó efectos positivos sobre la depresión, el agotamiento vital y el estrés. Y aunque la percepción del dolor aumentó, el impacto negativo de éste en su día a día disminuyó.

El modelo cognitivo conductual, aunque continúa siendo el dominante hoy día dados sus resultados positivos, evolucionó dando lugar a diferentes corrientes. Una de ellas, ACT, ubicada dentro de las Terapias de Tercera Generación, tiene como fin establecer en el paciente una vida activa y consciente a través de una atención flexible al momento presente (Hayes, Villatte, Levin y Hildebrandt, 2011), con el fin último de que el paciente aprenda a convivir con el dolor y tome conciencia de que toda lucha contra él, además de ser ineficaz en cuanto a su erradicación, supone una obstaculización al desarrollo de una vida plena.

ACT cuenta con unas bases filosóficas, teóricas y un modelo psicopatológico que la hacen singular. Sus raíces filosóficas se posicionan dentro del Contextualismo Funcional, tomando protagonismo el contexto psicosocial, donde creamos y ejecutamos unas pautas de conducta guiadas por nuestro contenido emocional y cognitivo. Según el fundamento

conductual en el que se basa, el ser humano a lo largo de la vida va adquiriendo un patrón conductual establecido según su funcionalidad, es decir, que le permita desenvolverse de la mejor forma posible en el entorno. A modo de resumen, para comprender la conducta del ser humano se debe enmarcar en el contexto donde se ha desarrollado y por supuesto, tener en cuenta su connotación (Luciano, 2016). Esta terapia no se centra en la eliminación de la sintomatología ni en cambiar de forma directa la conducta, sino en la modificación de su función, adoptando medidas que alteren el contexto en el que resulta disfuncional, tal como el de la literalidad del lenguaje (Hayes, Villatte, Levin y Hildebrandt, 2011; Losada, Márquez-González, Romero-Moreno, López, Fernández-Fernández, Nogales-González, 2014). En cuanto a las bases teóricas de ACT, habría que buscarlas en la Teoría de los Marcos Relacionales (TMR), que gira en torno al análisis del lenguaje y al análisis funcional de la cognición, con implicaciones socioeducativas y clínicas (Luciano, 2016).

El modelo psicopatológico de ACT se basa en lo que se ha venido en llamar la evitación experiencial o inflexibilidad psicológica. Para ACT, el problema no está en los eventos privados particulares que experimenta el paciente, sino en intentar cambiar o eliminar los pensamientos, emociones y sensaciones fisiológicas que le resultan aversivos. Esto solo da lugar a un agravamiento de la sintomatología. Sería pues el afán de control lo que dificultaría aún más la situación. El paciente actuaría desde la evitación experiencial, evitando en todo momento la presencia de estos eventos aversivos y, por ende, las circunstancias que los suscitan. Es tal la predisposición por focalizar la atención en eliminar el malestar en un corto período de tiempo, que la persona pospone el logro de sus metas cargadas de valores personales para el cumplimiento de sus proyectos vitales. De esta manera, la focalización en la eliminación del dolor afecta al procesamiento emocional adaptativo de la persona y propicia en ella el desarrollo de consecuencias psicológicas negativas (Losada, Márquez-González, Romero-Moreno, López, Fernández-Fernández, Nogales-González, 2014). Esta evitación experiencial sería la responsable del mantenimiento de la psicopatología, ya que, la persistente lucha contra pensamientos y emociones aversivos se traduce en un reforzamiento constante de estos (Herbert y Forman, 2011).

ACT propone como alternativa al control y evitación, la apertura al dolor y al contenido cognoscitivo valorado como negativo que le acompaña y el desarrollo de la habilidad de compromiso con el cambio conductual. Se pretende alcanzar un aumento en la flexibilidad psicológica de la persona, determinada como la capacidad de experimentar el

presente de forma consciente y actuar de manera que ayude al logro de las metas personales, es decir, acciones que guíen su vida en un sentido valioso (Hayes, Strosahl y Wilson, 2012)

En cuanto al procedimiento, ACT clarifica valores para actuar en la dirección personalmente valiosa y trabajar en ellos definiendo los objetivos, acciones concretas y detectando barreras a tratar, aceptando con plena conciencia los eventos privados que surjan y practicando la aceptación de estos cuando surgen. Dado que sin la inclusión de los valores en este marco contextual no existiría sufrimiento, ni cuestión por resolver, se imposibilitaría incluso la experiencia de la Desesperanza Creativa. La Desesperanza Creativa tiene como objetivo hacer que el paciente se dé cuenta de que los métodos que utiliza no son efectivos, y que, por tanto, debe dar cabida a nuevas alternativas. Es un fenómeno amargo para el paciente, dado que lo pone en contacto con la paradoja de que sus esfuerzos para controlar o eliminar sus eventos privados, encaminados a una vida sin dolor, corresponden a una estrategia ineficaz que no puede funcionar salvo que esté dispuesto a pagar un elevado costo en el desarrollo de sus facetas personales. "Desde aquí, se hacen precisas las actuaciones clínicas dirigidas a apreciar que la estrategia de control de los eventos privados para vivir, es el problema y no los eventos privados en sí, y que una alternativa es la aceptación de tales eventos" (Luciano y Valdivia, 2006, p. 88). Por tanto, el objetivo terapéutico de ACT es esclarecer valores en el paciente, siendo necesaria cierta flexibilidad psicológica para así tomar conciencia de lo que se quiere; y al comprometerse éste con dichos valores, podría cambiar su perspectiva de convivencia con el dolor.

La consecución final de ACT es que el paciente lleve a cabo actuaciones que se mantengan en el tiempo, encaminadas a que éste deje de mostrar resistencia al dolor, tome conciencia de las modificaciones positivas en la situación actual dolorosa y genere, así, una actitud de compromiso en cuanto a sus propias metas (González, 2014), e inclusive, posibilitando que aparezcan funcionalidades diferentes de las que no había consciencia (Luciano, 2016).

Atendiendo a Hayes, Strosahl y Wilson (2012) y Dahl, Wilson, Luciano y Hayes (2006), los procesos clínicos esenciales de ACT en su aplicación específica al dolor son los siguientes:

-El Yo-como-contexto, separado del Yo-como-concepto, consigue que el paciente sea capaz de tomar el rol de observador de sus propios pensamientos, sentimientos, recuerdos o sensaciones indeseables, que, de otra manera, automáticamente pasarían a regular la conducta.

-La atención flexible al momento presente, sin hacer juicios acerca de un pasado que pueda desviar la atención del presente. La focalización en el presente consigue que emociones, sensaciones corporales, recuerdos y pensamientos difieran del Yo-como-contexto en un sentido distinto a los componentes de la consciencia.

-La aceptación es un proceso de desarrollo voluntario, ya que se entiende como la actitud deliberadamente receptiva, tolerante y libre de juicios para tomar contacto con las experiencias internas negativas o con los acontecimientos, situaciones o interacciones que puedan propiciarlas, de tal manera que todo aquello que aparezca en el nivel de las experiencias es percibido y puede pasar a ser parte de la conducta si tiene sentido que así sea. En definitiva, la aceptación busca enseñar a los pacientes a prepararse conscientemente sobre los procesos personales internos sin intencionalidad de cambiar su frecuencia o forma.

-Por defusión cognitiva se entiende la intervención táctica consistente en la separación de los procesos verbales cognitivos de las experiencias directas, otorgándole a la persona la capacidad para diferenciar entre ambos, con la pretensión de cambiar la función del lenguaje para someterlo a mayor control contextual voluntario y reduciendo la calidad de la literalidad de la idea.

-Los valores, desde la perspectiva de ACT, se consideran las guías vitales deseadas, elegidas, globales, deseadas y construidas verbalmente, siempre presentes para dar una acepción psicológica al comportamiento, y que guían al ser humano en la determinación de un propósito. Además, incentivan la conducta frente a los reveses personales.

-El compromiso consiste en una acción fundamentada en valores que tiene lugar en el momento presente y que se relaciona con la construcción de patrones comportamentales efectivos a su vez relacionados con los valores. Desarrollar un compromiso se traduce en actuar, en todos los momentos, de acuerdo con los valores como parte de un estándar de acción amplio y en continua evolución. El compromiso va a depender de la fuente de reforzamiento aquí y ahora, y va a asociado a elecciones personales concretas.

Se concluye por tanto que, en ACT, la aceptación y el proceso de cambio se disciernen desde el compromiso y la acción, donde en lugar de luchar en contra el sufrimiento, se lucha a favor del incremento de la habilidad para enfrentar esos pensamientos y sentimientos desde la consciencia, y donde la aceptación se traduce en la mejoría del funcionamiento en los ámbitos emocional, social y físico en los pacientes que conviven con dolor crónico (Koulil, Lankveld, Kraaimaat, Riel y Evers, 2010; LaChapelle, Lavoie & Boudreau, 2008). De esta manera, ACT cuenta con la suficiente evidencia clínica, pues ha mostrado su utilidad para el abordaje de múltiples problemas, especialmente aquellos que cursan con dolor crónico, siendo la pretensión de este estudio evaluar la efectividad de su aplicación en pacientes con FM.

2. Metodología

2.1 Búsqueda bibliográfica

La metodología ha consistido en realizar una síntesis de información sobre la temática a través de la revisión de estudios y de la pertinente literatura. La selección de información se ha llevado a cabo con la pretensión de conseguir la máxima objetividad y exhaustividad en la reproducción y consulta de trabajos sobre la temática. Tanto la búsqueda de la información relevante como la realización del trabajo ha sido producto exclusivamente de una investigadora.

El orden cronológico seguido durante el proceso metodológico ha sido el siguiente. En primer lugar, se realizaron búsquedas en las bases de datos, filtrando los resultados de acuerdo a la pertinencia de la temática abordada a través de la lectura de sus títulos. En segundo lugar, se procedió a la lectura los resúmenes de los estudios y, finalmente, a la lectura y consulta de los estudios y artículos en su totalidad. Una vez realizada la lectura y comprensión de cada texto, se extrajo la información específica y necesaria de cara a los objetivos que se pretenden conseguir en esta revisión.

Por su parte, el procedimiento de búsqueda bibliográfica consistió principalmente en el uso de artículos científicos. Las herramientas utilizadas en el procedimiento de búsqueda de los estudios fueron PubMed, ScienceDirect y PsycInfo, además de Google Académico como herramienta subsidiaria, tomándose un rango temporal en las búsquedas de publicaciones que abarca desde el año 2006 hasta agosto de 2019, fecha a partir de la cual las bases de datos no han contemplado más estudios en los que se aplica ACT al ámbito de la fibromialgia. Además, también fueron consultados otros estudios externos relacionados con la temática que las propias bases de datos sugerían.

Se emplearon como palabras clave "fibromialgia", "dolor crónico", "terapia de aceptación y compromiso", "aceptación", "compromiso", "valores" "fibromyalgia", "chronic pain", "act", "acceptance and commitment therapy", "acceptance", "commitment", "values", "mindfulness" buscadas tanto en el título de los estudios como en sus resúmenes. Por último, se analizaron publicaciones que tratan revisiones sistemáticas sobre el objeto del trabajo y referencias bibliográficas usadas por los autores de los estudios consultados de forma primaria.

Finalmente, de la web de Association for Contextual and Behavioral Science (ACBS) se tomó una batería con 332 ensayos de ACT publicados por Steven Hayes desde 1986 hasta junio de 2020 -momento en el que se realizó la última actualización- y compuesta de estudios controlados mediante aleatorización (RCT: randomized controlled trials), revisándose solo aquellos en cuyo título aparecía la palabra "fibromialgia", y siendo necesario remarcar que el último estudio incluido en esta categoría tuvo lugar en 2019.

2.2 Criterios de inclusión

Los criterios conceptuales y metodológicos utilizados para la selección e inclusión de los estudios en la presente revisión fueron los siguientes:

- Estudios basados en intervenciones psicológicas que tratan el Síndrome de fibromialgia, cuyo diagnóstico se realizó a través criterios de reconocimiento internacional, tanto ACR como CIE-10.
- Estudios basados en intervenciones psicológicas que contemplan la Terapia de Aceptación y Compromiso y que emplean, como mínimo, uno de los siguientes procesos clínicos: defusión cognitiva, aceptación, mindfulness, el yo como contexto, los valores y/o el compromiso/acción basado en valores.
- Estudios que combinen tanto procesos clínicos pertenecientes a ACT como estrategias de otras categorías, siempre que pertenezca a las Terapias.
- Estudios cuya medición del resultado permita reseñar la disminución y/o erradicación de síntomas del Síndrome de fibromialgia o la mejora de la disfuncionalidad en la vida de la persona provocada por dicha sintomatología.
- Estudios experimentales que cuenten con ensayos controlados y aleatorizados. La aleatorización proporciona el control de las variables extrañas, sin necesidad de proceder al control de los sesgos.
- Estudios publicados en inglés o en castellano.

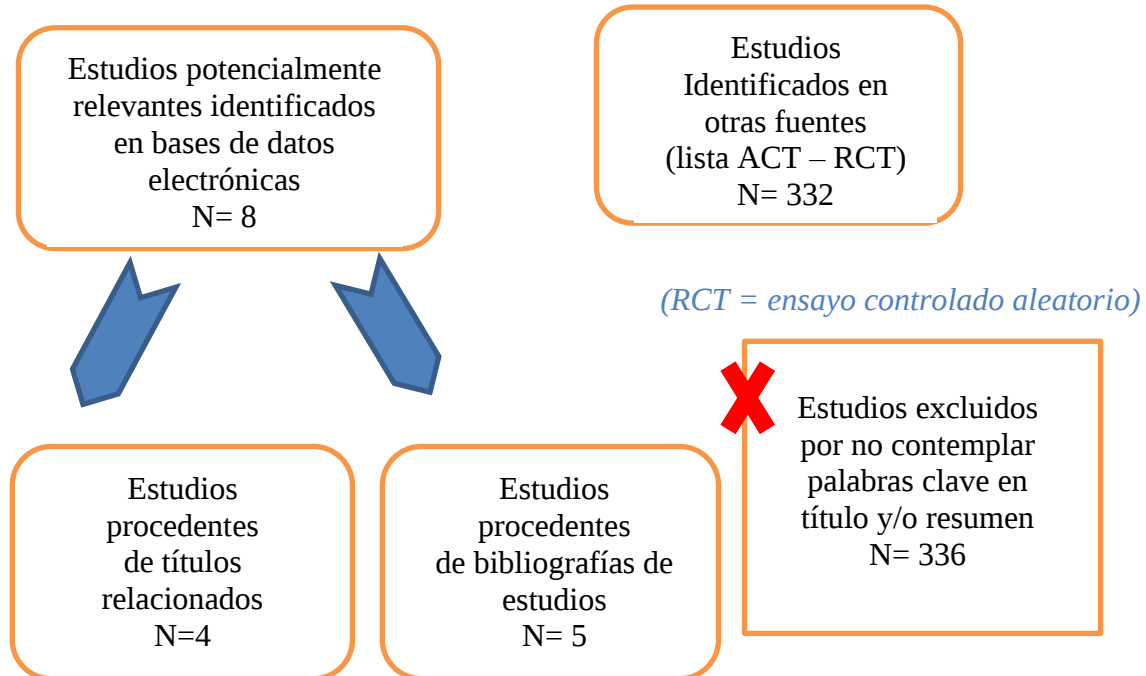
Cabe mencionar que para la inclusión de los estudios es indiferente el plazo de seguimiento, así como que no comprende ni las variables sociodemográficas de edad y sexo.

2.3 Estudios incluidos

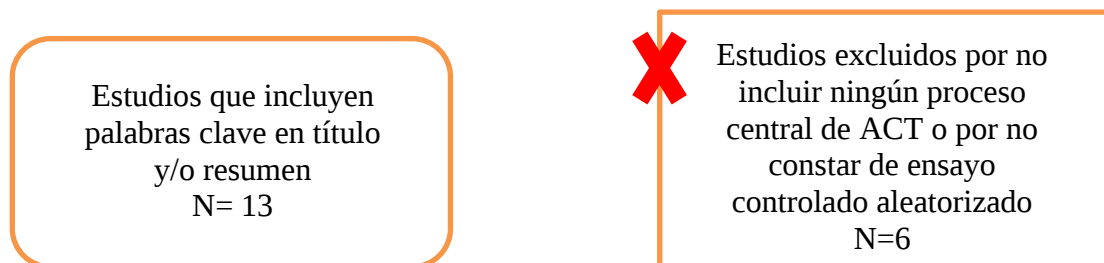
En la primera búsqueda se seleccionaron estudios a partir de la inclusión de palabras clave pertenecientes al título y al resumen. Se obtuvieron 8 artículos científicos procedentes de bases de datos electrónicas, y, de la lista ACT-RCT, integrada por 332 ensayos

aleatorizados, se eligieron 4 estudios. Posteriormente, se procedió a la lectura completa de los artículos seleccionados.

Primera fase: búsqueda bibliográfica en fuentes electrónicas filtrando por palabras clave.



Segunda fase: lectura completa de los estudios seleccionados.



Tercera fase: inclusión de los estudios seleccionados en la revisión.

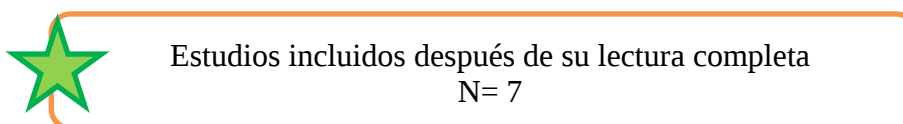


Fig.1. Diagrama de selección de estudios

2.4 Extracción de datos y síntesis

Se elaboró una tabla con el objetivo de recopilar la información extraída de los estudios que cumplieran los criterios de inclusión planteados anteriormente y otorgarle, así, una visualización más clara. La tabla consta de: estudio, autor, fecha y tamaño de la muestra

poblacional; medida del resultado; procedimiento terapéutico; duración del procedimiento terapéutico (tiempo de aplicación y número de sesiones); resultado del procedimiento terapéutico y proceso o procesos centrales de ACT empleados. (Véase figura 3).

En el conjunto de estudios el diseño es experimental. Sus participantes han sido asignados de forma aleatoria y las pruebas utilizadas cuentan con buenas propiedades psicométricas. En la mayoría de los estudios incluidos, la muestra del grupo experimental en la medición posttest cuenta con un tamaño mayor de 10, y el periodo de seguimiento está comprendido entre 3 y 6 meses. Se contemplan en el pretest y en el posttest la medición de la misma variable, que en este caso sería la medida del impacto de la fibromialgia. En la mayoría de los ensayos se aplican estrategias de adherencia y fidelidad a la intervención, evaluando así la integridad de ésta. Entendida la adherencia como los participantes que al menos completaron la mitad de las sesiones, en la mayoría de los estudios resulta relativamente alta, a excepción de Simister, Tkachuk, Shay, Vincent, Pear y Skrabek (2018), que llegó a informar el 100% de adherencia.

Como medida de la variable de interés, es decir, la medida sobre la existencia de la mejora de la sintomatología, se utiliza la media estándar de los grupos de intervención, media que, de hecho, viene proporcionada en función de los instrumentos de evaluación figurados en la columna de "Medida de resultado" de la figura 3.

3. Resultados

El objetivo fundamental de esta revisión fue estudiar la eficacia de la aplicación de ACT en el tratamiento de la sintomatología que caracteriza a los individuos con fibromialgia. Los resultados obtenidos tras aplicar ACT a la población clínica se recogen en la figura 3, y donde los instrumentos de medida usados, tanto en las situaciones pre como post tratamiento, han sido Fibromyalgia Impact Questionnaire (FIQ; Burckhardt, Clark y Bennett, 1991) y Fibromyalgia Impact Questionnaire-Revised (FIQ-R; Bennett, Friend, Jones, Ward, Han, & Ross, 2009).

El FIQ es un breve instrumento autoadministrado que mide el funcionamiento físico, el estado laboral, la depresión, la ansiedad, el sueño, el dolor, la rigidez, la fatiga y el bienestar. En general, está diseñado para cuantificar los síntomas físicos y psicológicos de la fibromialgia, así como su influencia en la vida diaria y calidad de vida. Consta de 10 ítems. Cada ítem se mueve en una escala numérica de 10 puntos, siendo la puntuación total máxima posible 100, entendiéndose que, a mayor puntuación indicando existe un peor ajuste. FIQ cuenta con propiedades psicométricas sólidas: buena validez discriminativa y convergente y confianza test-retest (Burckhardt, Clark y Bennett, 1991).

Por su parte, El FIQ-R (versión actualizada del FIQ) es un instrumento con el que se cuantifica el impacto general de FM y consta de tres subescalas: función, impacto y síntomas, así como una puntuación total que oscila entre 0 y 100, indicando también que a un mayor número existe un peor ajuste. El FIQ-R es similar en cuanto a propiedades psicométricas a su predecesor, mostrando buena validez convergente con el FIQ y buena validez discriminante entre pacientes con FM y grupos de control. Así pues, al poseer características de puntuación comparables al FIQ original, posibilita la comparación de resultados de ambos instrumentos (Bennett, Friend, Jones, Ward, Han y Ross, 2009). La siguiente tabla muestra cuáles de los estudios seleccionados utilizan FIQ y FIQ-R para medir el cambio terapéutico, es decir, la mejora del impacto de FM tras la intervención psicológica.

<i>Estudio</i>	<i>Medida pre</i>	<i>Medida post</i>
(3) Wicksell, Kemani, Jensen, Kosek, Kadetoff, Sorjonen, Ingvar y Olsson (2013) N= 40	49.3	39.0
(4) Kristjánsdóttir (2014) N=112	58.75	46.10
(5) Luciano, Guallar, Aguado, López-del-Hoyo, Olivan, Magallón, Alda, Serrano-Blanco, Gili y García-Campayo (2014) N=156	68.20	48.70
(6) Simister (2015) N= 61	55.83	39.0
(7) Simister, Tkachuk, Shay, Vincent, Pear y Skrabek (2018) N= 67	55.83	39.07

Fig.2. Tabla-resumen de los estudios que emplean FIQ y FIQ-R como medidas de resultado

Una vez transcurrida la lectura íntegra de los estudios seleccionados, con respecto al tratamiento, existe uniformidad, puesto que se aplica bajo las mismas condiciones en casi todos los sujetos. Sin embargo, existe la excepción del ensayo de Kristjánsdóttir (2014), en el que fue el 82,6% de los participantes el que cumplió con los criterios de clasificación ACR para la fibromialgia, y, aun así, no se detectaron diferencias significativas de grupo en ninguna de las variables de resultado.

El protocolo no sigue un orden ceñido ni normalmente cerrado por sesión. El desarrollo clínico es flexible y cualquiera de las actividades están centradas en las conductas trabajadas en cada sesión para generar flexibilidad en la reacción a los eventos privados (Luciano y Valdivia, 2006). No obstante, en el procedimiento terapéutico de los estudios seleccionados se reitera prácticamente un mismo protocolo, el cual puede dividirse en tres partes. En la primera parte se clarifican valores, acciones y metas individuales, y con la viabilidad de estrategias se esclarece la posibilidad de incrementar el funcionamiento y la calidad de vida. En este sentido, este proceso central de ACT está presente en todos los estudios seleccionados. En relación con la segunda parte, se definen objetivos comportamentales a corto y largo plazo, enfocados a dichos valores y donde los sujetos se comprometen con ellos. En cuanto a la tercera parte, donde se trabaja la aceptación y la defusión cognitiva, se acentúa la aplicación de una conducta más flexible en lo que respecta al dolor y la angustia, promoviendo en los sujetos la observación y apertura hacia las experiencias negativas vistas desde fines valorados.

Por otra parte, la psicoeducación, que consiste en un debate sobre cuestiones acerca del funcionamiento y objetivos del comportamiento relacionado con la salud y en la que se discuten actividades basadas en valores, con el fin de modificar el contexto en el que se produce la evitación del dolor e iniciar así un cambio de perspectiva, es otra parte que suele estar presente el protocolo central de ACT, pero que, sin embargo, solo consta explícitamente en el estudio de Kristjánsdóttir (2014) y en el estudio de Simister (2015).

Por su parte, algunos de los estudios seleccionados contemplan también otros procesos centrales de ACT además de los mencionados anteriormente, como son la atención flexible al momento presente y el yo-como-contexto (Steiner, Bogusch y Bigatti, 2013; Kristjánsdóttir, 2014; Luciano, Guallar, Aguado, López-del-Hoyo, Olivan, Magallón, Alda, Serrano-Blanco, Gili y García-Campayo, 2014; , Simister, 2015; Simister, Tkachuk, Shay, Vincent, Pear y Skrabek, 2018).

El protocolo seguido también presenta diferencias tanto en su forma de aplicación estándar como en su formato breve (mayor o menor número de sesiones). En este sentido, los estudios que utilizan mayor número de sesiones son Jensen, Kosek, Wicksell, Kemani, Olsson, Merle y Ingvar (2012) y Wicksell, Kemani, Jensen, Kosek, Kadetoff, Sorjonen, Ingvar y Olsson (2013) con 12 sesiones, seguidos de Luciano, Guallar, Aguado, López-del-Hoyo, Olivan, Magallón, Alda, Serrano-Blanco, Gili y García-Campayo (2014), Simister, Tkachuk, Shay, Vincent, Pear y Skrabek (2018) y Steiner, Bogusch y Bigatti (2013) con 8 sesiones, seguidos a su vez de Simister (2015) con 6 sesiones y Kristjánsdóttir (2014) con 4 sesiones. Por su parte, también existen diferencias en cuanto al medio de aplicación, primando la vía presencial, viniendo seguida de la vía online y la vía telefónica, respectivamente.

Por ende, todos y cada uno de los elementos que conforman este protocolo son los responsables del cambio terapéutico, evaluado en los estudios seleccionados por los instrumentos de medida FIQ Y FIQ-R. Teniendo en cuenta que el objetivo terapéutico no es reducir el dolor o los síntomas relacionados, sino aumentar la capacidad de actuación de acuerdo con los valores personales aceptando y conviviendo con esta sintomatología que la caracteriza.

Aunque la aceptación no es un fin en sí mismo en ACT, se alienta como un modo de incrementar las acciones en base a los valores personales. Concretamente, lo que se persigue

es la modificación del contexto donde se enmarca el conjunto de síntomas en vez del abordaje del propio dolor, variando de esta forma la funcionalidad del estímulo doloroso. Es el paciente quién tiene que aprender a desconectar de estos procesos verbales para así conseguir una disminución del impacto de los pensamientos en la conducta. Así una vez que el paciente aprende a experimentar los síntomas de una forma más flexible, se posibilita la mejoría de las respuestas comportamentales. Pero sin olvidar, que seguirá experimentando esos pensamientos, emociones y sensaciones, aunque ahora sea sin juzgarlos y desde la aceptación. Sería la exposición a estas situaciones evitadas de forma previa y reiterada a causa de las sensaciones desagradables experimentadas o anticipadas, otra pieza central del tratamiento enfocada especialmente en la adquisición de nuevas respuestas conductuales.

Por tanto, se considera que ACT es significativamente efectiva en reducir la inflexibilidad psicológica, siendo su objetivo principal como hemos mencionado anteriormente, y a posteriori reducir los síntomas de este síndrome. Esto se posibilita, tras ayudar al sujeto, a que pueda aceptar dicha sintomatología y enfocar su conducta en los valores personales sin dejar cabida a la evitación experiencial. Sin más, el mecanismo que subyace a ACT y concretamente en este caso no es otro que, el crecimiento de la conducta individual en disposición de la sintomatología de FM y en la misma línea, la puesta en marcha de las acciones orientadas a los valores personales específicos en disposición de emociones adversas.

En última instancia, es necesario mencionar que, tras la aplicación de ACT, de forma indirecta y considerándose como resultado secundario a la reducción de la inflexibilidad psicológica, se ve reflejada una clara disminución de los efectos negativos de la FM. En base a que ACT conlleva por sí misma la inviabilidad de la evitación experiencial, los pacientes muestran una mayor aceptación y apertura con respecto a las experiencias negativas, vinculándose en una mejora del ajuste conductual y funcionamiento.

Estudio	Procedimiento terapéutico/tratamiento	Proceso central ACT	Duración Procedimiento terapéutico	Medida de resultado	Resultado
(1)Jensen, Kosek, Wicksell, Kemani, Olsson, Merle y Ingvar (2012) N= 43	ACT vs WL (lista de espera)	Aceptación, defusión cognitiva, valores, compromiso	Línea de base hasta final del tratamiento (12 semanas) y seguimiento (3 meses) 12 sesiones	Patient Global Impression of Change (PGIC)	ACT informó una mayor mejoría en la medida de Impresión global del cambio en el paciente, en comparación con la condición de control
(2)Steiner, Bogusch y Bigatti (2013) N= 28	ACT vs Intervención en educación sobre autocontrol de la fibromialgia	Defusión cognitiva, valores, compromiso, mindfulness, yo- como - contexto	Línea de base hasta final del tratamiento (8 semanas) y seguimiento (12 semanas) 8 sesiones	Chronic Pain Values Inventory (CPVI; McCracken y Yang, 2006)	ACT mostró mejoras significativas en el funcionamiento en el trabajo y en las relaciones íntimas, a diferencia del grupo de educación. Ambos grupos mostraron mejoras significativas en el ámbito familiar.

(3)Wicksell, Kemani, Jensen, Kosek, Kadetoff, Sorjonen, Ingvar y Olsson (2013) N= 40	ACT vs WL	Aceptación, defusión cognitiva, valores, compromiso	Línea de base hasta final del tratamiento (12 semanas) y seguimiento (3-4 meses) 12 sesiones	Fibromyalgia Impact Questionnaire (FIQ)	ACT mejoró significativamente el impacto de FM en relación con la condición de control.
(4)Kristjánsson (2014) N= 112	ACT	Mindfulness, aceptación, defusión cognitiva, valores, compromiso	Línea de base hasta final del tratamiento (4 semanas) y seguimiento (5 meses)	Fibromyalgia Impact Questionnaire (FIQ)	Se encontró un efecto moderado entre grupos para el funcionamiento y la gravedad de los síntomas.
(5)Luciano, Guallar, Aguado, López-del-Hoyo, Olivan, Magallón, Alda, Serrano-Blanco, Gili y García-Campayo (2014)	ACT vs RPT (tratamiento farmacológico recomendado) vs WL	Mindfulness, aceptación, defusión cognitiva, yo-como-contexto, valores, compromiso	Línea de base hasta final del tratamiento (8 semanas) y seguimiento (3-6 meses) 8 sesiones	Fibromyalgia Impact Questionnaire (FIQ)	ACT produce un mayor aumento en el estado funcional global que RPT y WL.

N=156					
(6)Simister (2015) N= 61	online ABBT + TAU (Aceptación basada en la terapia conductual + tratamiento usual) vs TAU	Mindfulness ,aceptación, defusión cognitiva, yo-como- contexto, valores, compromiso	Línea de base hasta final del tratamiento (2 meses) y seguimiento (3 meses) 6 sesiones	Fibromyalgi a Impact Questionnai re-Revised (FIQ-R)	ABBT + TAU mostró mejoras significativas en el impacto, los síntomas y el funcionamiento en comparación con TAU
(7)Simister, Tkachuk, Shay, Vincent, Pear y Skrabek (2018) N= 67	ACT online + TAU vs TAU	Mindfulness ,aceptación, defusión cognitiva, yo-como- contexto, valores, compromiso	Línea de base hasta final del tratamiento (8 semanas) y seguimiento (3 meses)	Fibromyalgi a Impact Questionnai re-Revised (FIQ-R)	ACT + TAU mejoraron significativamente el impacto de FM en relación con TAU.

Fig.3. Tabla-resumen de los estudios incluidos en la revisión

(1) Jensen, K. B., Kosek, E., Wicksell, R., Kemani, M., Olsson, G., Merle, J. V., & Ingvar, M. (2012). Cognitive Behavioral Therapy increases pain-evoked activation of the prefrontal cortex in patients with fibromyalgia. *Pain*, 153(7), 1495-1503.

(2) Steiner, J., Bogusch, L., & Bigatti, S. (2013). Values-Based Action in Fibromyalgia: Results From a Randomized Pilot of Acceptance and Commitment Therapy. *Health Psychology Research*, 1(3), e34.

- (3) Wicksell, R. K., Kemani, M., Jensen, K., Kosek, E., Kadetoff, D., Sorjonen, K., & Olsson, G. L. (2013). Acceptance and commitment therapy for fibromyalgia: a randomized controlled trial. *European journal of pain*, 17(4), 599-611.
- (4) Kristjánsdóttir, Ó. B., Fors, E. A., Eide, E., Finset, A., Stensrud, T. L., van Dulmen, S., & Eide, H. (2013). A smartphone-based intervention with diaries and therapist-feedback to reduce catastrophizing and increase functioning in women with chronic widespread pain: randomized controlled trial. *Journal of medical Internet research*, 15(1), e5.
- (5) Luciano, J. V., Guallar, J. A., Aguado, J., López-del-Hoyo, Y., Olivan, B., Magallón, R., & García-Campayo, J. (2014). Effectiveness of group acceptance and commitment therapy for fibromyalgia: A 6-month randomized controlled trial (EFFIGACT study). *Pain*, 155, 693–702.
- (6) Simister, H. (2015). Online acceptance-based treatment for Fibromyalgia Syndrome: development and evaluation of a new treatment program.
- (7) Simister, H. D., Tkachuk, G. A., Shay, B. L., Vincent, N., Pear, J. J., & Skrabek, R. Q. (2018). Randomized controlled trial of online acceptance and commitment therapy for fibromyalgia. *The Journal of Pain*, 19(7), 741-753.

4. Discusión y conclusiones

En este trabajo se revisan los estudios del tratamiento de la fibromialgia con la Terapia de Aceptación y Compromiso. El propósito primordial, sin duda, ha sido hallar la información precisa para poder así realizar una valoración acerca de su validez terapéutica en FM.

Las principales limitaciones en lo que respecta a la revisión de la información han sido, por un lado, la complejidad para llevar a cabo una comparación entre resultados debido a la alta restricción en la información. No obstante, aunque se ha conseguido equiparar estudios que coinciden en las medidas de resultado, los resultados no son plenamente aptos para su contrastación.

Por otro lado, ACT se considera un tratamiento psicológico que cuenta con el suficiente respaldo empírico en cuanto al dolor crónico o persistente en general, pero con respecto a la FM, su investigación desde este enfoque comenzó recientemente por lo que se cuenta con escaso material. A esto, habría que sumarle la carencia de estudios de esta tipología en nuestro país, obligando a que todos los estudios mencionados, excepto el de Luciano, Guallar, Aguado, López-del-Hoyo, Olivan, Magallón, Alda, Serrano-Blanco, Gili y García-Campayo (2014), son originarios de países externos, aunque sí todos los estudios seleccionados coinciden en estar redactados en lengua inglesa.

ACT es una evolución del marco cognitivo conductual, donde el peso se acentúa en el lenguaje y el método de actuación es la aceptación de las creencias negativas, en oposición a la Terapia cognitivo conductual, que se focaliza en su erradicación. A ello le sigue el constante esfuerzo de CBT por controlar estas sensaciones desagradables y que, de otro modo ACT, lo que busca es la observación de la propia conducta en el momento presente, teniendo como prioridad que el paciente sea capaz de desarrollar su vida sin negar la presencia de pensamientos disfuncionales.

El fundamento de ACT es que cuando el foco atencional sólo está dirigido a esos pensamientos, automáticamente esos pensamientos trascienden en una mayor o menor medida a la conducta, dándose el efecto de impedir su eliminación. ACT contempla que incluso el paciente puede adentrarse en una lucha constante contra el dolor, ocasionando en la persona que sus objetivos primordiales en su día a día no sean otros que eliminar o al menos controlar

el dolor, haciendo que olvide lo realmente valioso en su vida. De hecho, para algunos pacientes, el que no exista afán por la búsqueda de medidas para disminuir o erradicar las experiencias dolorosas les puede llegar a resultar algo ilógico en este enfoque terapéutico, donde el marco explicativo se aproxima a la inexistencia de preparación cultural para dar cabida al dolor y convivir con él.

Por otro lado, ACT, al contar con mayor flexibilidad a la hora de enfrentarse a episodios de exposición en las sesiones, ya que no es imprescindible a la hora de garantizar resultados significativos, se esgrime para algunos pacientes, e incluso terapeutas, como terapia muy viable. Aun así, es necesario remarcar que, si se incluye la exposición, la finalidad no sería la reducción del dolor o síntomas relacionados, como lo es en CBT, sino el proporcionar la oportunidad de reorientar a la persona hacia sus valores personales, y posibilitando que experimente el presente de manera más consciente.

Así, ACT ocasiona una discordancia entre el pensamiento o la emoción y el comportamiento, puesto que, como producto final de este protocolo, el mismo contenido emocional o cognitivo obtiene una función totalmente diferente. Por tanto, se considera claramente una alternativa efectiva cuando se dirige a pacientes con FM, prolongando su efectividad en el transcurso del tiempo, y llegando incluso a mostrarse un patrón donde existen resultados más favorables en el periodo de seguimiento que justamente tras la aplicación del tratamiento. Esto puede deberse al sólido cambio de perspectiva originado, donde gracias al desarrollo de la capacidad de ser consciente de las experiencias propias en el momento presente, se posibilita el mantenimiento de un nivel adecuado de funcionamiento.

El dolor crónico representa un gran porcentaje del impacto de discapacidad en la sociedad. Su manejo conlleva una alta complejidad y se asocia a altos costos, tanto en el ámbito sanitario como en el social. Es por ello que es primordial que desde la perspectiva clínica y social se ofrezcan facilidades a la hora de acceder a tratamientos, y que, además, contribuyan a implementarlos optimizando al máximo la relación coste-efectividad. Aunque la evidencia actual es insuficiente para determinar unas conclusiones estables sobre qué tipo de tratamiento sería el que más se adecúa conforme a esta relación, ACT aplicada a pacientes con FM cuenta con resultados prometedores. En concreto, estudios como el de Luciano, D'Amico, Feliu-Soler, McCracken, Aguado, Peñarrubia-María y García-Campayo (2017), donde se analizó esta relación, demostraron que ACT era la mejor opción en comparación con

los tratamientos psicológicos activos (relajación aplicada) y el tratamiento farmacológico recomendado, independientemente del tipo de análisis realizado o la perspectiva económica, de manera, después de analizar el conjunto de artículos recopilados, puede decirse que ACT corresponde a un enfoque con poder terapéutico eficaz en cuanto a intervención de pacientes que sufren el síndrome de fibromialgia.

Referencias bibliográficas

Barbosa-Torres, C., López-López, L., y Cubo-Delgado, S. (2018). El síndrome de fibromialgia y su tratamiento. *Ciencia y Humanismo en la Salud*, 5(3), 103-115

Bennett, R. M., Friend, R., Jones, K. D., Ward, R., Han, B. K., & Ross, R. L. (2009). The revised fibromyalgia impact questionnaire (FIQR): validation and psychometric properties. *Arthritis research & therapy*, 11(4), R120.

Briones-Vozmediano, E., Ronda-Pérez, E., y Vives-Cases, C. (2015). Percepciones de pacientes con fibromialgia sobre el impacto de la enfermedad en el ámbito laboral. *Atención Primaria*, 47(4), 205-212.

Burckhardt, C. S., Clark, S. R., & Bennett, R. M. (1991). The fibromyalgia impact questionnaire: development and validation. *J rheumatol*, 18(5), 728-733

Cabo-Meseguer, A., Cerdá-Olmedo, G., y Trillo-Mata, J. L. (2017). Fibromialgia: prevalencia, perfiles epidemiológicos y costes económicos. *Medicina clinica*, 149(10), 441-448.

Chavez Hidalgo, D. (2013). Actualización en fibromialgia. *Medicina Legal de Costa Rica*, 30(1), 83-88.

Climent, C., Ballester, M., y Cantus, D. (2019). Calidad de vida en pacientes con Fibromialgia. Revisión bibliográfica. *Revista Española de Enfermería de Salud Mental*, (8).

Comeche, M. I., Martín, A., Rodríguez, M. F., Ortega, J., Díaz, M. I. y Vallejo, M. A. (2010). Tratamiento cognitivo-conductual, protocolizado y en grupo, de la fibromialgia. *Clínica y Salud*, 21(2), 107-121.

Dahl, J.A., Wilson, K.G., Luciano, M.C., y Hayes S.C. (2005). *Acceptance and commitment therapy for chronic pain*. Reno: Context Press

Di Franco, M., Iannuccelli, C., Atzeni, F., Cazzola, M., Salaffi, F., Valesini, G., y Sarzi-Puttini, P. (2010). Pharmacological treatment of fibromyalgia. *Clinical and experimental rheumatology*, 28(6).

Díaz, M.A., Ruiz, M.I. & Villalobos, A. (2012). *Manual de Técnicas de Intervención Cognitivo-Conductuales*, Bilbao, España: Desclée de Brouwer.

Forsythe, L. P., Romano, J. M., Jensen, M. P., y Thorn, B. E. (2012). Attachment style is associated with perceived spouse responses and pain-related outcomes. *Rehabilitation Psychology*, 57(4), 290.

García-Campayo, J., Serrano-Blanco, A., Rodero, B., Magallón, R., Alda, M., Andrés, E., Luciano, J., y López, Y. (2009). Effectiveness of the psychological and pharmacological treatment of catastrophization in patients with fibromyalgia: a randomized controlled trial. *Trials*, 10(1), 24.

González, A. M. (2014). Dolor crónico y psicología: actualización. *Revista Médica Clínica Las Condes*, 25(4), 610-617.

González, E., Elorza, J., & Failde, I. (2010). Comorbilidad psiquiátrica y fibromialgia. Su efecto sobre la calidad de vida de los pacientes. *Actas Espanolas de Psiquiatria*, 38(5).

González, E., García, A., y Botella, C. (2014). Calidad de vida en fibromialgia: influencia de factores físicos y psicológicos. *Psicología Conductual*, 22(1), 19.

Hayes, S. C., Strosahl, K., y Wilson, K. G. (2012). *Acceptance and Commitment Therapy. The Process and Practice of Mindful Change*, New York, USA: Desclée de Brouwer.

Hayes, S. C., Villatte, M., Levin, M., y Hildebrandt, M. (2011). Open, aware, and active: Contextual approaches as an emerging trend in the behavioral and cognitive therapies. *Annual Review of Clinical Psychology*, 7, 141-168.

Herbert, J. D., y Forman, E. M. (2011). The evolution of cognitive behavior therapy. Acceptance and mindfulness in cognitive behaviour therapy. Understanding and applying the new therapies, 3-25.

Karlsson, B., Burell, G., Anderberg, U. M., & Svärdsudd, K. (2015). Cognitive behaviour therapy in women with fibromyalgia: A randomized clinical trial. *Scandinavian journal of pain*, 9(1), 11-21.

Koulil, S., Lankveld, W., Kraaimaat, F. W., Riel, P. L., y Evers, A. W. (2010). Risk factors for longer term psychological distress in well-functioning fibromyalgia patients: a prospective study into prognostic factors. *Patient Education and Counseling*, 80(1), 126-129.

LaChapelle, D., Lavoie, S., Boudreau, A. (2008). The meaning and process of pain acceptance. Perceptions of women living with arthritis and fibromyalgia. *Pain Research & Management: The Journal of the Canadian Pain Society*, 13(8): 201-210. Disponible en: <http://search.proquest.com.ez.urosario.edu.co/psychology/docview/222253746/fulltextPDF/136DCF878E07116E540/1?accountid=50434>

Losada, A., Márquez-González, M., Romero-Moreno, R., López, J., Fernández-Fernández, V., & Nogales-González, C. (2015). Atendiendo a las variadas problemáticas de los cuidadores familiares de personas con demencia: aportaciones de la terapia cognitivo-conductual y de la terapia de aceptación y compromiso. *Clínica y Salud*, 26(1), 41-48.

Luciano, C. (2016). Evolución de ACT. *Análisis y Modificación de Conducta*, 42(165-166).

Luciano, J. V., D'Amico, F., Feliu-Soler, A., McCracken, L. M., Aguado, J., Peñarrubia-María, M. T., ... & García-Campayo, J. (2017). Cost-utility of group acceptance and commitment therapy for fibromyalgia versus recommended drugs: an economic analysis alongside a 6-month randomized controlled trial conducted in Spain (EFFIGACT Study). *The Journal of Pain*, 18(7), 868-880.

Luciano, M.C. y Valdivia, M.S., (2006). La terapia de aceptación y compromiso (ACT). Fundamentos, características y evidencia. *Papeles del psicólogo*, 27(2), 79-91.

Martinez, M. P., Miró, E., y Sánchez, A. I. (2016). Beneficios clínicos globales de la terapia cognitivo conductual para el insomnio y de la terapia basada en conciencia plena aplicadas a la fibromialgia: revisión sistemática y metaanálisis. *Psicología Conductual*, 24(3), 459.

Mazo, J. P., y Estrada, M. (2018). Implicaciones del dolor crónico en la calidad de vida de mujeres con fibromialgia. *Psicologia em Estudo*, (23), 81-91.

Moix, J., & Casado, M. (2011). Terapias psicológicas para el tratamiento del dolor crónico. *Clínica y Salud*, 22(1), 41-50.

Moyano, S., Kilstein, J. G., y de Miguel, C. A. (2015). Nuevos criterios diagnósticos de fibromialgia: ¿vinieron para quedarse?. *Reumatología Clínica*, 11(4), 210-214.

Napadow, V., LaCount, L., Park, K., As-Sanie, S., Clauw, D. J., & Harris, R. E. (2010). Intrinsic brain connectivity in fibromyalgia is associated with chronic pain intensity. *Arthritis & Rheumatism*, 62(8), 2545-2555.

Pérez, J. M. C., y Vázquez, I. A. (2018). Relación del apoyo social y familiar con la aceptación del dolor en pacientes con fibromialgia. *International Journal of Psychology and Psychological Therapy*, 18(2), 151-161.

Revuelta Evrard, E., Segura Escobar, E., y Paulino Tevar, J. (2010). Depresión, ansiedad y fibromialgia. *Revista de la Sociedad Española del dolor*, 17(7), 326-332.

Soto, S. P., Benerrechea-Arando, L. C., y Struch, J. M. (2013). Aplicación de la terapia de aceptación y compromiso en pacientes con fibromialgia: una experiencia clínica. *Cuadernos de medicina psicosomática y psiquiatría de enlace*, (106), 6.

Wolfe F, Brähler E, Hinz A y Häuser W. (2013). Fibromyalgia Prevalence, Somatic Symptom Reporting, and the Dimensionality of Polysymptomatic Distress: Results From a Survey of the General Population. *Arthritis Care & Research*, 65(5), 777-785.