



UNIVERSIDAD DE JAÉN

Facultad de Humanidades y Ciencias de la Educación

Trabajo Fin de Grado

**Optimización de una
intervención ACT en
fibromialgia: Diseño de
una sesión adicional
basada en las conductas
de catastrofización al dolor**

Alumna: Ángela García Marín

Tutor y director: Prof. Gustavo A. Reyes del Paso
Codirector: Prof. Pablo de la Coba González

Dpto.: Departamento de Psicología
*Área de Personalidad, Evaluación y
Tratamiento Psicológico*

Mayo, 2022

ÍNDICE

RESUMEN	1
ABSTRACT.....	2
1. INTRODUCCIÓN	3
2. MATERIAL Y MÉTODOS.....	8
2.1. Objetivo 1	8
2.1.1. Participantes.....	8
2.1.2. Instrumentos y variables.	8
2.1.3. Procedimiento.	9
2.1.4. Análisis de datos.	9
2.2. Objetivo 2: Propuesta de sesión complementaria a la intervención original	9
3. RESULTADOS	10
3.1. Objetivo 1	10
3.2. Objetivo 2	10
3.2.1. Propuesta de intervención.	10
3.2.2. Resultados esperados.	12
4. REFERENCIAS.....	13

RESUMEN

Introducción: La fibromialgia es un síndrome de dolor crónico de etiología desconocida y patofisiología relacionada con procesos de sensibilización central al dolor. La terapia de Aceptación y Compromiso (ACT) es considerada una opción terapéutica con gran potencial para el abordaje de pacientes con condiciones de dolor crónico como la fibromialgia. ACT busca el incremento de la flexibilidad psicológica como piedra angular del cambio clínico. Por otra parte, un concepto muy ligado a patologías de sensibilización central, es el concepto de catastrofización al dolor. La catastrofización es definida como una percepción, negativa y exagerada a la experiencia del dolor. Las conductas “catastrofistas” tienen una influencia psicosocial especialmente relevante en la experiencia de dolor y calidad de vida de las pacientes. Este trabajo persigue la optimización de una intervención ACT exitosamente aplicada en pacientes con fibromialgia, la cual, a pesar de medir los niveles de catastrofización, no tuvo en cuenta dicha variable en los análisis. **Objetivos:** (1) comprobar la ocurrencia de cambio tras la intervención original en los niveles de catastrofización; y (2) optimizar en consecuencia la intervención. **Metodología:** Utilizando datos de un trabajo anterior, se examinaron las puntuaciones pre- y post- intervención de la variable catastrofización, así como su asociación con dolor emocional, afecto negativo e impacto de la fibromialgia. **Resultados obtenidos:** Aunque originalmente la aplicación de la intervención produjo beneficios clínicos significativos, los análisis efectuados en este trabajo no mostraron una reducción significativa en los niveles de catastrofización. Sin embargo, la catastrofización apareció positivamente asociada con los distintos indicadores clínicos. En consonancia, se diseñó una sesión específica adicional para abordar la catastrofización con el fin último de optimizar los beneficios clínicos de la intervención original. **Resultados previstos:** Se espera un decremento significativo de los niveles de catastrofización (menor frecuencia y/o intensidad de las conductas “catastrofistas”) el cual conduzca a unos mayores beneficios clínicos.

Palabras clave. Aceptación, ACT, Catastrofización, Dolor Crónico, Fibromialgia.

ABSTRACT

Introduction: Fibromyalgia is a chronic pain syndrome with an unknown etiology and pathophysiology related to central pain sensitization. Acceptance and Commitment Therapy (ACT) is considered a great therapeutic option for treating patients suffering from chronic pain conditions such as fibromyalgia. ACT seeks an increasing of psychological flexibility as a key point of the clinical change. Additionally, a concept closely linked to pathologies of central sensitization is the concept of pain catastrophizing. Catastrophizing is defined as a negative and exaggerated perception of the pain experience. Catastrophizing behaviors have a particularly relevant psychosocial influence on the pain experience and quality of life of patients. This work pursues the optimization of an ACT intervention successfully applied in fibromyalgia women, which, despite measuring pain catastrophizing, did not take this variable into account in the analyses. **Objectives:** (1) to verify the occurrence of change in the levels of catastrophizing after the original intervention; and (2) to optimize the intervention accordingly. **Methodology:** Using data from a previous study, the pre- and post-intervention scores of catastrophizing variable were examined, as well as its association with emotional pain, negative affect and the impact of fibromyalgia. **Results:** Although the application of the intervention originally produced significant clinical benefits, the analyzes carried out in this study did not show a significant reduction in the levels of catastrophizing. However, catastrophizing did appear positively associated with all the clinical indicators. Accordingly, an additional specific session taking into account the catastrophizing variable was designed in order to optimize the clinical benefits of the original ACT intervention. **Expected results:** A significant decrease in the levels of catastrophizing (less frequency and/or intensity of “catastrophizing” behaviors) is expected, leading to greater clinical benefits.

Keywords. Acceptance, ACT, Catastrophizing, Chronic Pain, Fibromyalgia.

1. INTRODUCCIÓN

En la actualidad el dolor se considera una de las causas que provoca más limitaciones en el hombre, pero ¿qué es el dolor? Actualmente no hay una definición exacta que nos permita delimitar totalmente qué es el dolor, pues supone un término que no tiene el mismo significado para cada persona. La Real Academia Española define el dolor como “aquella sensación molesta y aflictiva de una parte del cuerpo por causa interna o exterior” o como “un sentimiento, pena o congoja que se padece en el ánimo”. Una definición más técnica es la ofrecida por la Asociación Internacional para el Estudio del Dolor (IASP, por sus siglas en inglés), la cual en 1979 definió el dolor como “una experiencia sensorial y emocional desagradable asociada con daño tisular real o potencial, o descrita en términos de dicho daño”. No obstante, la IASP modificó dicha definición en el año 2020, describiendo el dolor como “una experiencia sensorial y emocional desagradable asociada o similar a la asociada con daño tisular real o potencial”, desechando así la idea de que en cualquier caso es necesario sufrir algún tipo de daño para sentir dolor.

Asimismo, es importante diferenciar entre dolor agudo y crónico. El dolor agudo es caracterizado por una aparición repentina, de breve duración, bien localizado, con una buena respuesta a los tratamientos analgésicos y generalmente acompañado de síntomas de ansiedad. El dolor cumple una función protectora, poniendo en marcha los sistemas corporales encaminados a restablecer la homeostasis y prevenir así un daño mayor al organismo. Sin embargo, cuando el dolor pierde su función protectora y aparece en ausencia de daño observable, estaríamos hablando de dolor crónico (Champan et al., 1999).

El dolor crónico se inicia como dolor agudo, pero perdura en el tiempo y altera la vida de la persona que lo sufre. Se trata de un dolor que deja de tener su función protectora y, por tanto, deteriora la salud y la capacidad funcional generando discapacidad y sufrimiento. Se considera dolor crónico cuando persiste más de seis meses, y se caracteriza por su escasa respuesta a los tratamientos analgésicos y sus altos niveles de ansiedad y depresión. Breivik et al. (2006) señalan que un 19% de la población europea sufre de dolor crónico, mientras que en España el porcentaje se sitúa en torno a un 11%, siendo sin embargo su intensidad y duración mucho mayor que en el resto de los países europeos. En el año 2014, este porcentaje aumentó situándose en un 17% (Torralba et al., 2014). Otro dato de interés, procedente de la Sociedad Española de Neurología en el año 2020, es que en torno al 30% de la población española indican haber padecido dolor en el último par de días, más del 40% en la última semana y alrededor de un 80% en el último semestre, siendo tanto su prevalencia como su intensidad

significativamente mayor en mujeres (Gaceta Médica, 2021). En lo que respecta a sus consecuencias económicas, el dolor crónico es la principal causa de consulta médica, habiéndose estimado su coste económico en alrededor de 600 billones de dólares al año en los Estados Unidos de América (García-Andreu, 2017), 300 billones de euros anuales en Europa, y en torno a 16.000 millones de euros en España (Torralba et al., 2014).

Especial relevancia tiene el dolor neuropático, el cual es definido por la IASP (2007) como “el dolor que se origina como consecuencia directa de una lesión o enfermedad que afecta al sistema somatosensorial”, teniendo su causa en un daño al sistema nervioso y mostrando una prevalencia en la población general entre 6,9-10%. Además, el dolor neuropático puede ser de origen periférico o central. El periférico se produce por lesiones de nervio periférico, plexos nerviosos o en las raíces medulares dorsales (p. ej. el dolor fantasma o la neuropatía diabética); mientras que el central se suele generar por lesiones en la médula espinal y/o cerebro (p. ej. la esclerosis múltiple y la fibromialgia) (Velasco, 2014).

Siguiendo en esta línea, un ejemplo claro de dolor crónico con origen central sería el síndrome de la fibromialgia. La fibromialgia se caracteriza por dolor músculo-esquelético, no inflamatorio, que se presenta de forma persistente, generalizada y difusa (Wolfe et al., 1990), y el cual aparece usualmente asociado a diversas alteraciones clínicas y psicológicas: fatiga, rigidez articular, insomnio, ansiedad, depresión... (Treede et al., 2019). El Colegio Americano de Reumatología (ACR, por sus siglas en inglés) ha modificado en numerosas ocasiones sus criterios diagnósticos con la finalidad de tener en consideración el amplio rango sintomático asociado a este síndrome a la hora de emitir el diagnóstico (Wolfe et al., 2010, 2011, 2016). Así, en 2010 el ACR habla de tres condiciones para efectuar el diagnóstico de fibromialgia: (I) Superar unos límites determinados en dos escalas, una referente a un índice de dolor generalizado y otra a una escala de gravedad de síntomas; (II) haber presentado la sintomatología ininterrumpidamente durante al menos 3 meses; y (III) que el dolor no pueda explicarse por ninguna otra patología (Wolfe et al., 2010). Sin embargo, en el año 2011 dichos criterios volvieron a ser modificados para considerar la autoadministración de las escalas de síntomas por parte de los pacientes (Wolfe et al., 2011). Igualmente, la décima versión de la Clasificación Internacional de Enfermedades (CIE) de la Organización Mundial de la Salud (OMS) clasifica la fibromialgia con el código M79.7, dentro del grupo de enfermedades reumatológicas y no psiquiátricas (OMS, 1992); mientras que la nueva versión de la CIE pretende clasificarla como un dolor crónico primario (Treede et al., 2019). Así, aunque su etiología aún sigue siendo desconocida, parece ser que el sistema nervioso central juega un papel clave en la patofisiología del dolor de estas pacientes, habiendo sido la fibromialgia

englobada dentro de los llamados síndromes de sensibilización central (Clauw, 2015; Woolf, 2011; Yunus, 2007).

En relación a la prevalencia de la fibromialgia, según los datos del EPISER 2000 se sitúa en el 2,37% en la población adulta española, con un claro predominio de mujeres (Carmona et al., 2001). Sin embargo, el nuevo estudio del EPISER 2016 muestra un pequeño incremento del 0,08% en la fibromialgia, situándose en un 2,45% (Sociedad Española de Reumatología, 2019). Igualmente, otra referencia a destacar es la de Wolfe et al. (2013) quienes llevaron a cabo un estudio epidemiológico sobre la población germana, estimando una prevalencia similar de un 2,1%. Cabe señalar que, en el año 2007, la fibromialgia tuvo un coste anual en España mayor a 8.600 euros por paciente (Torralba et al., 2014).

En lo que se refiere al tratamiento de patologías de dolor crónico como la fibromialgia, hoy en día sigue siendo un desafío, considerándose el tratamiento farmacológico necesario, pero no suficiente; siendo así preciso un tratamiento a nivel psicológico (Arnold et al., 2016). De esta manera, en relación con el tratamiento psicológico, cabe destacar la existencia de tres olas o generaciones. La primera hace referencia a las técnicas basadas en los principios de condicionamiento clásico y operante. La segunda generación pretende cambiar creencias irracionales, esquemas cognitivos patológicos, o errores en el procesamiento de la información dando lugar al nacimiento de la terapia cognitivo-conductual. Finalmente, la tercera ola de terapias tiene como objetivo modificar la función de los eventos psicológicos pero sin afectar al contenido de dichos eventos, destacando la existencia de la Terapia de Aceptación y Compromiso (ACT) (Hayes et al., 2003; Hayes, 2004). ACT es una opción de tratamiento científicamente fundamentada para el manejo efectivo del dolor crónico (McCracken y Vowles, 2014; Vowles et al., 2009).

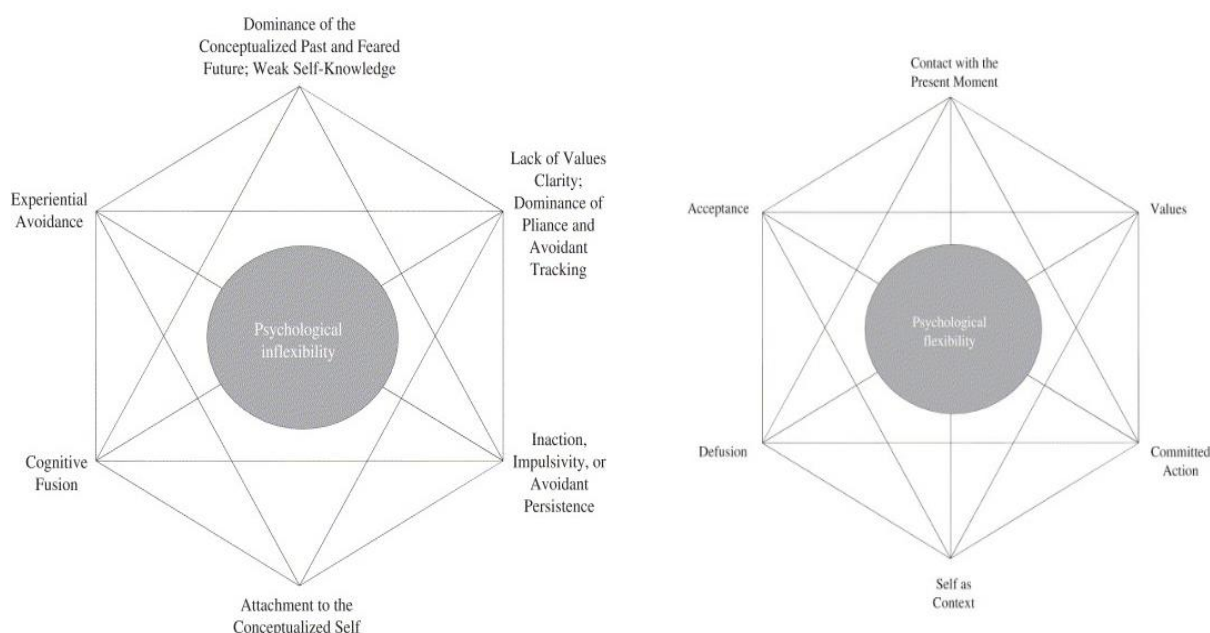
La Teoría de los Marcos Relacionales supone el fundamento teórico de ACT. Ésta es una teoría conductual del lenguaje y la cognición que hace hincapié en la transformación de las funciones del estímulo, siendo su fundamentación filosófica el contextualismo funcional (Dymond et al., 2005; Sánchez, 2021). Así, ACT implica una manipulación de las variables contextuales de la persona a través del propio lenguaje, y no en el cambio de los contenidos cognitivos tal y como sucede en la terapia cognitivo-conductual tradicional (Barnes-Holmes et al., 2001). En definitiva, se persigue la alteración de los eventos privados y originar flexibilidad en la regulación del comportamiento, estimándose que el problema no está en dichos eventos sino en la función en la que éstos cumplen (Hayes, 2004).

De este modo, para aumentar la flexibilidad psicológica, ACT incita a la persona a percibir aquello que surge en el momento presente sin poner ningún tipo de oposición, a la vez

que se toma distancia de las experiencias privadas. Con este propósito, es frecuente el uso de metáforas, ejercicios experienciales y paradojas. El modelo hexaflex apuesta por la puesta en práctica de seis procesos psicológicos con el fin de aumentar la flexibilidad psicológica: aceptación experiencial, defusión cognitiva, consciencia del momento presente, yo-contexto, establecimiento de valores y acción comprometida. De esta forma, habría otros seis procesos opuestos, que supondrían la base de la inflexibilidad psicológica: evitación experiencial, fusión cognitiva, ausencia en el momento presente, yo-contenido, falta de contacto con los valores e inacción (Barnes-Holmes et al., 2001; Hayes et al., 2012). La Figura 1 muestra una representación básica del modelo completo del hexaflex.

Figura 1

Representación gráfica del modelo de intervención hexaflex de Hayes et al. (2006)



Hay amplia evidencia a favor del potencial clínico que tiene en dolor crónico la intervención basada en los procesos psicológicos del modelo hexaflex de ACT (Veehof et al., 2011; 2016). Concretamente, diversos estudios señalan la efectividad de ACT en fibromialgia, así como la relevancia de la flexibilidad psicológica en la mejora clínica de estas personas, habiéndose demostrado una mejora en la calidad de vida, la autoeficacia, la depresión, la ansiedad y el funcionamiento físico y social (Hann et al., 2014; Wicksell et al., 2012). Por igual, La División 12 de la Asociación Americana de Psicología (APA) declara que ACT es un tratamiento idóneo que cuenta con respaldo empírico para el tratamiento psicológico en dolor crónico (APA, 2006).

Un concepto muy ligado a las patologías de sensibilización central como la fibromialgia, es la catastrofización. La catastrofización tiene una influencia psicosocial muy relevante (Borkum, 2010), siendo definida como una percepción, negativa y exagerada en relación a la experiencia de dolor. Asimismo, comprende tres dimensiones: rumiación, magnificación y desesperanza (Castromán et al., 2018). Por tanto, la catastrofización es un concepto que juega un rol relevante en la valoración de la experiencia del dolor. Niveles altos de catastrofización están relacionados con un aumento de la sensibilidad e intensidad del dolor, la incapacidad que éste produce, un empobrecimiento del estado de ánimo, un mayor consumo de analgésicos, una disminución de la funcionalidad, entre otras consecuencias (Castromán et al., 2018; Peñarroya Bauliés et al., 2011). Por ejemplo, Goubert et al. (2004) observaron que las personas con una fuerte vigilancia del dolor tienen una mayor intensidad del dolor, hipotetizando que la vigilancia del dolor depende del pensamiento catastrófico y del miedo relacionado con el dolor. En la misma línea, la preponderancia de conductas neuróticas en las personas con fibromialgia se considera un importante factor de vulnerabilidad, el cual podría explicar la disminución en el umbral del dolor, provocando una percepción más temprana de cualquier estimulación como nociva o peligrosa, y desencadenando más fácilmente gran cantidad de pensamientos de tipo catastrofista (Goubert et al., 2004).

De este modo, es lógico plantear el abordaje clínico de la fibromialgia teniendo presente el concepto de catastrofización. Trompetter et al. (2015) llevaron a cabo un estudio en el que examinaron los cambios en catastrofización en pacientes con dolor crónico mediante una intervención con ACT, consiguiendo una mejora clínica y una reducción de la catastrofización. Más antecedentes de cómo ACT reduce los niveles de catastrofización, pueden ser encontrados en la investigación de Vowles et al. (2008). Así, un reciente estudio aplicando una intervención online grupal basada en ACT en mujeres con fibromialgia, obtuvo una mejora clínicamente significativa (menor impacto de la fibromialgia, dolor afectivo y ansiedad) apoyada en un incremento significativo del uso de los procesos de Flexibilidad Psicológica, destacando la aceptación del dolor (de la Coba, 2021). Sin embargo, las diferencias pre-post intervención en catastrofización no fueron comprobadas en dicho estudio.

Con lo que, disponiendo de los datos pre- y post- intervención de la intervención realizada por de la Coba (2021), los objetivos del presente Trabajo Fin de Grado fueron:

- (1) Comprobar si hubo cambio significativo en catastrofización tras la intervención y examinar si ésta se asoció con las variables clínicas.
- (2) Optimizar la intervención con base a lo hallado al abordar el primer objetivo.

2. MATERIAL Y MÉTODOS

2.1. Objetivo 1

2.1.1. Participantes.

Como previamente se ha mencionado en la introducción, se utilizaron los datos recogidos en de la Coba (2021). En dicho estudio participaron 9 mujeres diagnosticadas con síndrome de fibromialgia que fueron voluntarias a través de la Asociación de Fibromialgia de Jaén (AFIXA). Estas mujeres tenían una edad de $50,11 \pm 4,96$ años, una experiencia de dolor crónico de larga duración (más de 20 años de promedio), todas eran madres, estaban casadas, eran las principales responsables de las tareas domésticas del hogar, y la mayoría tomaba medicación analgésica, antidepresiva y/o ansiolítica. Otros detalles sociodemográficos pueden ser consultados en de la Coba (2021).

2.1.2. Instrumentos y variables.

- Cuestionario de Estrategias de Afrontamiento (Rosenstiel y Keefe, 1983), versión en español de Rodríguez et al. (2004). Instrumento compuesto por diversas subescalas que miden distintas estrategias conductuales para manejar el dolor. Muestra un α de Cronbach = 0,89 (Rodríguez et al., 2004). La subescala de catastrofización, la cual consta de 6 ítems y un rango de puntuación de 0–36, fue la utilizada para formar la variable: *catastrofización*.
- Cuestionario de Dolor McGill (Melzack, 1975), versión española de Lázaro et al. (1994). Evalúa distintos aspectos del dolor clínico. En este estudio, solo 2 escalas fueron utilizadas: dolor afectivo y evaluativo. La escala afectiva mide el componente más emocional del dolor clínico, ofreciendo un rango de 0–9. Las consistencias internas de las distintas subescalas varían entre un 56% y un 84% (Masedo y Esteve, 2000). La puntuación en esta escala conformó la variable: *dolor afectivo*.
- Escala Hospitalaria de Ansiedad y Depresión (Zigmond y Snaith, 1983), versión española (Caro-Gabalda e Ibáñez, 1992). Instrumento diseñado para evaluar ansiedad y depresión en poblaciones clínicas. Se compone de 14 ítems con 4 opciones de respuesta y una puntuación por pregunta de 0 a 3. A mayor puntuación, mayores niveles de ansiedad/depresión. Muestra una alta fiabilidad y validez en pacientes con fibromialgia (Vallejo et al., 2012). A raíz de la puntuación total, se formó la variable: *afecto negativo*.
- Cuestionario de Impacto de la Fibromialgia (Burckhardt et al., 1991), validación española (Rivera y González, 2004). Se compone de 10 ítems para estimar el nivel

de severidad que implica el padecimiento de la fibromialgia en la vida de la persona (Boomershine, 2012). A mayor puntuación, mayor afectación. Muestra un α de Cronbach = 0,82 y una fiabilidad test-retest de 0,61–0,85 (Rivera y González, 2004). La puntuación total se tomó como la variable: *impacto de la fibromialgia*.

2.1.3. Procedimiento.

Se realizaron entrevistas telefónicas pre- y post- intervención para la administración de diversos cuestionarios, entre los que se incluyeron los cuatro descritos en el apartado anterior. La duración de dichas entrevistas fue de aproximadamente 45 minutos. La primera se realizó una semana previa al comienzo del tratamiento, y la segunda una semana tras la finalización del mismo. La duración del tratamiento fue de un mes (5 sesiones, una por semana). El resto de detalles de la evaluación e intervención original pueden ser encontrados en de la Coba (2021).

2.1.4. Análisis de datos.

Para el análisis estadístico de los datos se utilizó el paquete estadístico *IBM SPSS Statistics for Windows*, versión 19 (IBM Corp., Armonk, NY., USA). Primeramente, se constató el cumplimiento del supuesto de normalidad de los datos para las distintas variables mediante la aplicación de la prueba de Shapiro-Wilk ($p < 0,05$).

La prueba *t de Student para muestras relacionadas* fue utilizada para la comparación de las diferencias pre-post en la variable *catastrofización*. Se llevaron a cabo correlaciones de Pearson con el fin de examinar las asociaciones entre la variable *catastrofización* y las variables clínicas pre-intervención: *dolor afectivo*, *afecto negativo*, e *impacto de la fibromialgia*.

2.2. Objetivo 2: Propuesta de sesión complementaria a la intervención original

Una intervención complementaria a la intervención original, destinada a reducir los niveles de catastrofización, debiera abordar en una primera parte desesperanza creativa y análisis funcional de las conductas catastrofistas, continuando por ejercicios de defusión cognitiva y aceptación de los pensamientos relacionados con la catastrofización al dolor. Para ello, sería idónea la adaptación de metáforas y ejercicios experienciales de materiales de referencia como Páez-Blarrina y Montesinos-Marín (2016) o Wilson y Luciano (2014), y distintos recursos de la página oficial de la Asociación de Ciencia Conductual y Contextual (ACBS, por sus siglas en inglés).

3. RESULTADOS

3.1. Objetivo 1

Las participantes mostraron una disminución en *catastrofización* que no supuso una reducción significativa ($t = 1,060$; $p = 0,320$). Respecto a las correlaciones entre *catastrofización* y las variables clínicas, se encontraron asociaciones positivas y significativas con: *dolor emocional* ($r = 0,683$; $p = 0,043$), *afecto negativo* ($r = 0,758$; $p = 0,018$), e *impacto de la fibromialgia* ($r = 0,712$; $p = 0,031$).

3.2. Objetivo 2

3.2.1. Propuesta de intervención.

Basándonos en el resultado anterior, el cual indica que las mujeres que muestran más conductas catastrofistas son las que presentan mayor afecto negativo, impacto de la fibromialgia y dolor emocional, se propone la adición de la siguiente sesión adicional para alcanzar el segundo objetivo del presente trabajo: optimizar la intervención ACT original. Dicha sesión pretende un cambio significativo en los niveles de catastrofización al dolor con el propósito final de potenciar los beneficios clínicos encontrados tras la aplicación de la versión original de la intervención (de la Coba, 2021). A continuación, se detalla la propuesta de sesión adicional de 90 minutos:

- Detección de la ocurrencia de conductas de catastrofización al dolor utilizadas en la vida cotidiana: pensamientos habituales, verbalizaciones frecuentes y supresión de conductas valiosas (relacionadas con los valores propios) en relación a la experiencia de dolor.
- Análisis funcional de conductas relacionadas con la catastrofización al dolor. Por ejemplo:

Situación	Eventos privados	Conductas	Consecuentes (Corto Plazo)	Consecuencias (Largo Plazo)
Amanecer con un dolor de 8/10 el día de la actuación escolar de su hija de 7 años.	Frustración por el dolor. Desesperación.	1º) Piensa/verbaliza: “ <i>esto solo me pasa a mí</i> ”, “ <i>así no se puede hacer nada</i> ”, “ <i>esto es lo peor</i> ”...	Muestras de compresión. Justificación para no asistir a la actuación.	Se siente muy apenada por no haber estado en la actuación.
		2º) No asiste a la actuación...	El dolor no aumenta más. [Ref. negativo]	[Vida sentida cada vez más como vacía carente de sentido].

- Ejercicio experiencial “Leche, leche, leche”. Se busca la defusión cognitiva mediante la desliteralización de ciertas palabras asociadas a reacciones de tipo catastrofista (“convertirlas en sonidos sin sentido”). Pasos a seguir:
 - *Pensad en todas las cualidades asociadas a la palabra “leche”.*
 - *Repetid la palabra “leche” una y otra vez durante 45 segundos.*
 - Reflexión sobre disociación/pérdida de significado de la palabra “leche” respecto a conceptos previamente relacionados.
 - Ahora probad con una palabra o conjunto de palabras que tengan una fuerte carga negativa, tales como: “dolor insoportable” o “sufrimiento interminable”, y nuevamente repetidla durante 45 segundos.
- Ejercicio experiencial “Pantalla del ordenador”. Se continúa buscando la defusión cognitiva respecto a las conductas relacionadas con la catastrofización al dolor.

Pasos a seguir:

 - *Fundiros plenamente con vuestros pensamientos negativos durante 10 segundos.*
 - *Visualizar mentalmente una pantalla de ordenador e imaginad que vuestro pensamiento está escrito como texto común en negro.*
 - *Jugad con el color. Por ejemplo, miradlo escrito en verde, azul, amarillo...*
 - *Probad otras fuentes. Por ejemplo, ponedla en cursiva, en letras estilizadas, en letras mayúsculas, tipo cómic...*
 - *Ahora, poned de nuevo el texto en negro común y esta vez jugad con el formato. Por ejemplo, juntad las palabras, espaciadlas, ponedlas verticalmente...*
 - *Luego, animad las palabras. Por ejemplo, haced que las palabras boten de arriba abajo, o vibren como un teléfono móvil.*
 - *Finalmente, poned nuevamente en texto en negro común e imaginad que el texto se ilumina a modo karaoke (palabra por palabra), al ritmo del feliz cumpleaños.*
- Reflexión sobre los ejercicios “Leche, leche, leche” y “Pantalla del ordenador”, de modo que sean las pacientes las que cuestionen la verdadera relevancia de tener o no tener pensamientos de catastrofización relacionados con el dolor.
- Clarificación de valores. Se pretende hacer especial hincapié en la identificación de valores vitales que se hayan suprimido en momentos negativos de sus vidas debido a pensamientos/conductas de catastrofización al dolor. Pasos a seguir:
 - *Tomad papel y lápiz, y anotad aquellas situaciones en las que os gustaría no dejaros o haberos dejado llevar por pensamientos relacionados con el dolor.*

- (tras un par de minutos) *Reflexionemos, caso por caso, qué cosas importantes de nuestras vidas hemos dejado de atender al centrarnos en tales pensamientos.*
- Metáfora “Hojas en el Río”. Se pretende una mayor defusión cognitiva, incrementando la acción comprometida (con acciones ligadas a los valores, y no con acciones destinadas a cambiar cogniciones catastrofistas) y tomando distancia con los pensamientos de catastrofización. Pasos a seguir:
 - *Cerrad los ojos e imaginad un río en el que el agua fluye lentamente.*
 - *Pensad en vuestros pensamientos relacionados con la catastrofización.*
 - *Dejadlos flotando en el río ¿Qué ocurre? La corriente cada vez los arrastra más y más, haciéndolos más pequeños e incluso llegando algunos a desaparecer.*
- Ejercicio experiencial “Estoy teniendo el pensamiento que...” para ayudar a que la persona tome distancia de sus eventos privados. Pasos a seguir:
 - *Poned el pensamiento en una oración corta: “Soy X”, por ejemplo: soy una inútil.*
 - *Fusionaos con ese pensamiento durante 15 segundos: creedlo al máximo.*
 - *Después reproducid el pensamiento agregando esta frase antes: “Estoy teniendo el pensamiento de que soy una inútil”.*
 - *De nuevo, volved a reproducirlo, pero esta vez agregad la frase “Estoy sintiendo que estoy teniendo el pensamiento soy una inútil”.*
- Ejercicio de Mindfulness “Imagina a tus pensamientos como nubes que vienen y van”. Se pretende usar la atención plena, no como una herramienta para la distracción, sino como una vía para aceptar los pensamientos de catastrofización relacionados con el dolor que tienen estas pacientes en su día a día. Pasos a seguir:
 - *Imaginad que vuestros pensamientos de catastrofización están escritos en el cielo en unas nubes frente a vosotras.*
 - *Observad cómo pueden leerse desde vuestra posición y como van avanzando en el cielo, estando cada vez más lejos. Vosotras estáis aquí y las nubes allí, estáis separadas, no sois lo mismo. Vosotras sois las que observáis, no sois esas nubes...*

3.2.2. Resultados esperados.

Se espera una reducción significativa post-intervención de la variable *catastrofización* acompañada de mayores beneficios clínicos: menor dolor emocional, afecto negativo e impacto de la fibromialgia. Así, los indicadores clínicos tras aplicar la nueva versión de la intervención deberían aparecer asociados no solamente al nivel de flexibilidad psicológica, sino también a al mayor o menor uso de conductas de catastrofización al dolor por parte de las pacientes.

4. REFERENCIAS

- APA [Asociación Americana de Psicología]. Presidential Task Force on Evidence-Based Practice. (2006). Evidence-based practice in psychology. *The American Psychologist*, 61(4), 271-285.
- Arnold, L. M., Gebke, K. B. y Choy, E. H. S. (2016). Fibromyalgia: management strategies for primary care providers. *International Journal of Clinical Practice*, 70(2), 99-112.
- Ayats, M., Martín, M. J. y Soler, P. A. (2006). Fibromialgia y estilo de funcionamiento. *Psiquiatría Biológica*, 13(6). 193-197.
- Barnes-Holmes, Y., Hayes, S. C., Barnes-Holmes, D. y Roche, B. (2002). Relational Frame Theory: A Post-Skinnerian Account of Human Language and Cognition. *Advances in Child. Development and Behavior*, 28, 101-138.
- Boomershine, C. S. (2012). A comprehensive evaluation of standardized assessment tools in the diagnosis of fibromyalgia and in the assessment of fibromyalgia severity. *Pain Research and Treatment*, 2012, 1-11.
- Borkum, J. M. (2010). Maladaptive Cognitions and Chronic Pain: Epidemiology, Neurobiology, and Treatment. *Journal of Rational-Emotive & Cognitive-Behavior Therapy*, 28, 4-24.
- Breivik, H., Collett, B., Ventafridda, V., Cohen, R. y Gallacher, D. (2006). Survey of chronic pain in Europe: Prevalence, impact on daily life, and treatment. *European Journal of Pain*, 10(4), 287-333.
- Burckhardt, C. S., Clark, S. R. y Bennett, R. M. (1991). The fibromyalgia impact questionnaire: development and validation. *The Journal of Rheumatology*, 18(5), 728-33.
- Carmona, L., Ballina, J., Gabriel, R. y Laffon, A. (2001). The burden of musculoskeletal diseases in the general population of Spain: results from a national survey. *Annals of the Rheumatic Diseases*, 60(11), 1040-1045.
- Caro-Gabalda, I. e Ibáñez, E. (1992). Escala hospitalaria de ansiedad y depresión. Su utilidad práctica en Psicología de la salud. *Boletín de Psicología*, (36), 43-69.
- Castromán, P., Ayala, S., Schwartzmann, A., Surbano, M., Varaldi, G., Castillo, M., Díaz, L., Diz, I., Galeno, N., Geymonat, I. y Giusiano, C. (2018). Evaluación del Catastrofismo en Pacientes con Lumbalgia Crónica en la Unidad de Dolor de un Hospital Universitario. *Revista El Dolor*, 70, 10-15.
- Chapman, C. R. y Nakamura, Y. (1999). A Passion of the Soul: An Introduction to Pain for Consciousness Researchers. *Consciousness and Cognition*, 8(4), 391-422.

- Clauw, D. J. (2015). Diagnosing and treating chronic musculoskeletal pain based on the underlying mechanism(s). *Best Practice & Research Clinical Rheumatology*, 29(1), 6-19.
- de la Coba, P. (2021). *Estudio de la viabilidad y efectividad de una intervención ACT breve, grupal y online en mujeres con fibromialgia a través de muestreo experiencial* [Trabajo Fin de Máster no publicado]. Universidad de Jaén.
- Dymond, S., Roche, B. y Rehfeldt, R. A. (2005). Teoría de los Marcos Relacionales y la Transformación de las Funciones del Estimulo. *Revista Latinoamericana de Psicología*, 37(2), 291-303.
- Gaceta Médica. (14 de octubre de 2021). *Dolor en España: un 32% de la población adulta lo padece, según la SEN*. Gaceta Médica. Recuperado el 11 de abril de 2022 de <https://gacetamedica.com/investigacion/dolor-en-espana-un-32-de-la-poblacion-adulta-lo-padece-segun-la-sen/>
- García-Andreu, J. (2017). Manejo básico del dolor agudo y crónico. *Anestesia en México*, 29(1), 77-85.
- Goubert, L., Crombez, G. y Damme, S. V. (2004). The role of neuroticism, pain catastrophizing and pain-related fear in vigilance to pain: a structural equations approach. *Pain*, 107(3), 234-241.
- Hann, K. E. J. y McCracken, L. M. (2014). A systematic review of randomized controlled trials of acceptance and commitment therapy for adults with chronic pain: Outcome domains, design quality, and efficacy. *Journal of Contextual Behavioral Science*, 3(4), 217-227.
- Hasenbring, M., Hallner, D. y Klasen, B. (2001). Psychologische Mechanismen im Prozess der Schmerzchronifizierung. *Der Schmerz*, 15, 442-447.
- Hayes, S. C. (2004). Acceptance and commitment therapy, relational frame theory, and the third wave of behavioral and cognitive therapies. *Behavior Therapy*, 35(4), 639-665.
- Hayes, S. C., Luoma, J. B., Bond, F. W., Masuda, A. y Lillis, J. (2006). Acceptance and commitment therapy: Model, processes and outcomes. *Behaviour research and therapy*, 44(1), 1-25.
- Hayes, S. C., Masuda, A. y De Mey, H. (2003). Acceptance and commitment therapy: Een derde-generatie gedragstherapie [Acceptance and Commitment Therapy and the third wave of behavior therapy]. *Gedragstherapie*, 36(2), 69-96.
- Hayes, S. C., Pistorello, J. y Levin, M. E. (2012). Acceptance and commitment therapy as a unified model of behavior change. *The Counseling Psychologist*, 40(7), 976-1002.

- IASP [International Association for the Study of Pain]. (28 de febrero de 2022). *Terminology* | International Association for the Study of Pain. IASP <https://www.iasp-pain.org/resources/terminology>
- Lázaro, C., Bosch, F., Torrubia, R. y Banos, J. E. (1994). The development of a Spanish Questionnaire for assessing pain: preliminary data concerning reliability and validity. *European Journal Psychological Assessment*, 10(2), 145–151.
- Maritza Velasco, V. (2014). Dolor neuropático. *Revista Médica Clínica Las Condes*, 25(4), 625-634.
- Masedo, A. I. y Esteve, R. (2000). Some empirical evidence regarding the validity of the Spanish version of the McGill Pain Questionnaire (MPQ-SV). *Pain*, 85(3), 451-456.
- McCracken, L. M. y Vowles, K. E. (2014). Acceptance and commitment therapy and mindfulness for chronic pain: Model, process, and progress. *American Psychologist*, 69(2), 178-187.
- Melzack, R. (1975). The McGill Pain Questionnaire: major properties and scoring methods. *Pain*, 1(3), 277-299.
- Nasiri, A. y Kazemi-Zahrani, H. (2015). The Effectiveness of Group Acceptance and Commitment Therapy on Pain Intensity, Pain Catastrophizing and Pain-Associated Anxiety in Patients with Chronic Pain. *Asian Social Science*, 11(26), 112-120.
- OMS [Organización Mundial de la Salud]. (1992). Décima Revisión de la Clasificación Internacional de las Enfermedades, Trastornos Mentales y del Comportamientos. *Descripciones clínicas y pautas para el diagnóstico (ICD-10)*. Madrid, Meditor.
- Páez-Blarrina, M. y Montesinos-Marín, F. (2016). *Tratando con... terapia de aceptación y compromiso: Habilidades terapéuticas centrales para la aplicación eficaz*. Ediciones Pirámide.
- Peñarroya Baulies, A., Ballús-Creus, C. y Pérez Martínez, J. (2011). Diferencias en el uso de las estrategias de afrontamiento, el catastrofismo y el estado de ánimo en función del tiempo de evolución del dolor crónico. *Revista Sociedad Española Dolor*, 18(2), 77-83.
- Pérez Fuentes, J. (2020). Versión actualizada de la definición de dolor de la IASP: un paso adelante o un paso atrás. *Revista de la Sociedad Española del Dolor*, 27(4), 232-233.
- Pérez Menéndez, A. (2020). *Un 5% de la población española padece dolor diariamente* [Archivo PDF]. <https://www.sen.es/saladeprensa/pdf/Link320.pdf>
- Real Academia Española (11 de abril de 2022). *Diccionario de la lengua española*, 23.^a ed., [versión 23.5 en línea]. <https://dle.rae.es>

- Rivera, J. y González, T. (2004). The Fibromyalgia Impact Questionnaire: a validated Spanish version to assess the health status in women with fibromyalgia. *Clinical and Experimental Rheumatology*, 22, 554-560.
- Rodríguez, L., Cano-García, F.J. y Blanco, A. (2004). Assessment of chronic pain strategies. *Actas Españolas de Psiquiatría*, 32, 29-39.
- Rosenstiel, A.K. y Keefe, F.J. (1983). The use of coping strategies in chronic low back pain patients: relationship to patient characteristics and current adjustment. *Pain*, 17(1), 33-44.
- Sánchez, M. R. (14 de julio de 2021). *La teoría de los marcos relacionales de Steven Hayes, explica el desarrollo del lenguaje y la cognición humana, desde el análisis de la conducta, apoyado en el modelo experimental*. Mente y Ciencia.
<https://www.menteyciencia.com/marcos-relacionales-de-hayes-lenguaje-y-cognicion/>
- SER [Sociedad Española de Reumatología]. (22 de enero de 2019). *Se ha presentado el Estudio EPISER 2016 en la sede del Ministerio de Sanidad, Consumo y Bienestar Social*. SER.
<https://www.ser.es/se-ha-presentado-el-estudio-episer-2016-en-la-sede-del-ministerio-de-sanidad-consumo-y-bienestar-social/>
- Torralba, A., Miquel, A. y Darba, J. (2014). Situación actual del dolor crónico en España: iniciativa «Pain Proposal». *Revista de la Sociedad Española del Dolor*, 21(1), 16-22.
- Treede, R. D., Jensen, T. S., Campbell, J. N., Cruccu, G., Dostrovsky, J. O., Griffin, J. W., Hansson, P., Hughes, R., Nurmikko, T. y Serra, J. (2008). Neuropathic pain. *Neurology*, 70(18), 1630-1635.
- Treede, R.D., Rief, W., Barke, A., Aziz, Q., Bennett, M. I., Benoliel, R., Cohen, M., Evers, S., Finnerup, N. B., First, M. B., Giamberardino, M. A., Kaasa, S., Korwisi, B., Kosek, E., Lavand'homme, P., Nicholas, M., Perrot, S., Scholz, J., Schug, S., . . . Wang, S.-J. (2019). Chronic pain as a symptom or a disease: the IASP Classification of Chronic Pain for the International Classification of Diseases (ICD-11). *Pain*, 160(1), 19-27.
- Trompetter, H. R., Bohlmeijer, E. T., Fox, J.-P. y Schreurs, K. M. G. (2015). Psychological flexibility and catastrophizing as associated change mechanisms during online Acceptance & Commitment Therapy for chronic pain. *Behaviour Research and Therapy*, 74, 50-59.
- Vallejo, M. A., Rivera, J., Esteve-Vives, J. y Rodríguez-Muñoz, M. F. (2012). Use of the Hospital Anxiety and Depression Scale (HADS) to evaluate anxiety and depression in fibromyalgia patients. *Revista de Psiquiatría y Salud Mental*, 5(2), 107-114.

- Van Hecke, O., Austin, S. K., Khan, R. A., Smith, B. H. y Torrance, N. (2014). Neuropathic pain in the general population: A systematic review of epidemiological studies. *Pain*, 155(4), 654-662.
- Veehof, M. M., Oskam, M.-J., Schreurs, K. M. G. y Ernst, E. T. (2011). Acceptance-based interventions for the treatment of chronic pain: A systematic review and meta-analysis. *Pain*, 152(3), 533-542.
- Veehof, M. M., Trompetter, H. R., Bohlmeijer, E. T. y Schreurs, K. M. G. (2016). Acceptance- and mindfulness-based interventions for the treatment of chronic pain: a meta-analytic review. *Cognitive Behaviour Therapy*, 45(1), 5-31.
- Vowles, K. E., McCracken, L. M. y Eccleston, C. (2008). Patient functioning and catastrophizing in chronic pain: The mediating effects of acceptance. *Health Psychology*, 27(2), S136-S143.
- Vowles, K. E., Wetherell, J. L. y Sorrell, J. T. (2009). Targeting Acceptance, Mindfulness, and Values-Based Action in Chronic Pain: Findings of Two Preliminary Trials of an Outpatient Group-Based Intervention. *Cognitive and Behavioral Practice*, 16(1), 49-58.
- Wicksell, R. K., Kemani, M., Jensen, K., Kosek, E., Kadetoff, D., Sorjonen, K., Ingvar, M. y Olsson, G. L. (2012). Acceptance and commitment therapy for fibromyalgia: A randomized controlled trial. *European Journal of Pain*, 17(4), 599-611.
- Wilson, K. G. y Luciano, M. C. (2014). *Terapia de aceptación y compromiso (ACT): un tratamiento conductual orientado a los valores*. Ediciones Pirámide.
- 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.
- Wolfe, F., Clauw, D. J., Fitzcharles, M.-A., Goldenberg, D. I., Katz, R. S., Mease, P., Russell, A. S., Russell, I. J., Winfield, J. B. y Yunus, M. B. (2010). The American College of Rheumatology Preliminary Diagnostic Criteria for Fibromyalgia and Measurement of Symptom Severity. *Arthritis Care & Research*, 62(5), 600-610.
- Wolfe, F., Clauw, D. J., Fitzcharles, M.-A., Goldenberg, D. L., Häuser, W., Katz, R. S., Mease, P., Russell, A. S., Russell, I. J. y Winfield, J. B. (2011). Fibromyalgia Criteria and Severity Scales for Clinical and Epidemiological Studies: A Modification of the ACR Preliminary Diagnostic Criteria for Fibromyalgia. *The Journal of Rheumatology*, 38(6), 1113-1122.

- Wolfe, F., Clauw, D. J., Fitzcharles, M.-A., Goldenberg, D. L., Häuser, W., Katz, R. L., Mease, P. J., Russell, A. S., Russell, I. J. y Walitt, B. (2016). 2016 Revisions to the 2010/2011 fibromyalgia diagnostic criteria. *Seminars in Arthritis and Rheumatism*, 46(3), 319-329.
- Wolfe, F., Smythe, H.A., Yunus, M.B., Bennett, R.M., Bombardier, C., Goldenberg, D.L., Tugwell, P., Campbell, S.M., Abeles, M., Clark, P., Fam, A.G., Farber, S.J., Fiechtner, J.J., Michael Franklin, C., Gatter, R.A., Hamaty, D., Lessard, J., Lichtbroun, A.S., Masi, A.T., ... y Sheon, R.P. (1990). The american college of rheumatology 1990 criteria for the classification of fibromyalgia. *Arthritis & Rheumatism*, 33(2), 160-172.
- Yunus, M.B. (2007). Fibromyalgia and overlapping disorders: the unifying concept of central sensitivity syndromes. *Seminars in Arthritis and Rheumatism*, 6, 339-356.
- Zigmond, A. S. y Snaith, R. P. (1983). The hospital anxiety and depression scale. *Acta Psychiatrica Scandinavica*, 67(6), 361-370.