

MÁSTER DE INICIACIÓN A LA INVESTIGACIÓN EN MEDICINA

ALUMNO:

José Antonio Guallar Claver

Licenciado en Psicología, especialidad clínica

Experto universitario en técnicas psicológicas para control del estrés

Máster en Psicopatología y salud

DIRECTOR:

Dr. Javier García Campayo



TRABAJO FIN DE MÁSTER

EFICACIA DE LA PSICOTERAPIA GRUPAL DE ACEPTACIÓN Y COMPROMISO -ACT- EN PACIENTES CON FRIBROMIALGIA

Universidad de Zaragoza, Facultad de Medicina. Curso 2011-2012

RESUMEN

Introducción:

El síndrome de fibromialgia (FM) es una enfermedad crónica de dolor generalizado cuyos mecanismos causales se desconocen, un trastorno frecuente que se considera un importante problema de salud en los países occidentales. Hasta ahora no se ha investigado la eficacia de la psicoterapia grupal de tercera generación de aceptación y compromiso–ACT– como tratamiento específico.

Método:

Estudio controlado, randomizado y longitudinal, con muestra representativa de 56 pacientes (98% mujeres y 2% hombres), media de edad de 48.97 (DE = 6.12) años, diagnosticados de FM según criterios de la ACR, reclutados en consulta de salud mental de Zaragoza. Las variables clínicas se midieron con pruebas psicológicas (aceptación de dolor, calidad de vida, depresión, ansiedad, catastrofización y escala visual analógica), antes y después de recibir psicoterapia grupal de aceptación y compromiso.

Objetivos:

Evaluar la eficacia grupal de la psicoterapia –ACT– en pacientes con fibromialgia. Las variables cualitativas se presentaron mediante distribución de frecuencias de porcentajes de cada categoría y las cuantitativas (psicológicas) con la prueba de conformidad de Kolmogorov – Smirnov (prueba de bondad de ajuste a una distribución normal), se dieron indicadores de tendencia central (media o mediana) y de dispersión (desviación estándar o percentiles). La asociación entre factores se investigó mediante pruebas de contraste de hipótesis, comparaciones de medias cuando una de ellas era cuantitativa (prueba T para muestras relacionadas). El análisis se realizó tomando como nivel de significación $p < 0.05$.

Resultados:

Se observaron cambios, que mostraron una significación estadística en los pacientes con fibromialgia, antes y después de realizar la psicoterapia –ACT–, en catastrofización ante el dolor y aceptación del mismo. La depresión disminuyó casi a rango de normalidad al igual que la ansiedad. El impacto de la enfermedad en la afectación física, psicológica, social y global reportó una mejora significativa, a pesar de la variabilidad interindividual. Sin embargo, el dolor, evaluado a través de la Escala Analógica Visual, no pareció mejorar en las medidas post-tratamiento.

Conclusiones:

Nuestro estudio puede considerarse pionero en cuanto que se evalúa por primera vez los cambios producidos por la psicoterapia de aceptación y compromiso en pacientes con fibromialgia y en formato grupal. A pesar de que los resultados son muy prometedores, y sigue abierto, tiene algunas limitaciones que en otros estudios futuros podrían subsanarse, como: no es un estudio multicéntrico y los pacientes no están reclutados en atención primaria.

MESH (Descriptores Médicos): “fibromialgia”, “terapia de aceptación y compromiso”, “dolor crónico”, “prevalencia”, “terapias psicológicas de tercera generación”.

ÍNDICE

1. INTRODUCCIÓN

1.1. DEFINICIÓN DE LA PATOLOGÍA: EL SÍNDROME DE FIBROMIALGIA -SFM-. ¿ORIGEN ORGÁNICO O PSICOSOMÁTICO DE LA LLAMADA “ENFERMEDAD INVISIBLE”?

1.2. CAUSAS: METODOLOGÍAS EXPERIMENTALES Y AVANCES RESEÑABLES

1.3. CLÍNICA, EXPLORACIÓN Y TRATAMIENTO

1.4. TERCERA OLA DE TERAPIAS DE CONDUCTA: TERAPIA DE ACEPTACIÓN Y COMPROMISO (ACT)

1.5. REVISIÓN BIBLIOGRÁFICA

1.6. OBJETIVOS

1.7. HIPÓTESIS

2. MATERIAL Y MÉTODOS

2.1. MUESTRA

2.2. INSTRUMENTOS

2.3. VARIABLES

2.4. PROCEDIMIENTO

3. RESULTADOS

4. DISCUSIÓN

5. CONCLUSIÓN

6. BIBLIOGRAFÍA

7. ANEXOS

1. INTRODUCCIÓN

1.1. DEFINICIÓN DE LA PATOLOGÍA: EL SÍNDROME DE FIBROMIALGIA -SFM-. ¿ORIGEN ORGÁNICO O PSICOSOMÁTICO DE LA LLAMADA “ENFERMEDAD INVISIBLE”?

El síndrome de fibromialgia (SFM) se considera como una forma de reumatismo no articular que se caracteriza por dolor crónico generalizado y es definido por el American College of Rheumatology (ACR, 1990), como dolor generalizado de al menos 3 meses de duración, en combinación de dolor a la presión de al menos 11 de 18 puntos gatillo.

Se asocia a rigidez tanto matutina como nocturna y a fatiga intensa con alteraciones del sueño y en la exploración física es característico el dolor en la palpación de los tigger point próximos a las zonas de unión músculo-tendinosa de cintura escapular, pelviana, codos y rodillas.

Constituye un síndrome funcional, asociado a otros procesos como el síndrome de intestino irritable, síndrome de piernas inquietas, vejiga irritable, dolor pélvico crónico. E incluye una cantidad ingente de alteraciones asociadas al dolor y que con frecuencia se solapan con los de otras enfermedades reumáticas, entre las que destacan (Arias, 2008): fatiga, intolerancia al ejercicio, parestesias, sensación de hinchazón, fotofobia, fonofobia, migraña, cefalea tensional, trastornos visuales, sacudidas, aftas, sequedad de mucosas, disfunción de la articulación témporo-mandibular, mareos, vértigos, inestabilidad, trastorno de memoria, falta de concentración, ansiedad, crisis de angustia, depresión, cistitis, síndrome premenstrual, dismenorrea, mioclono nocturno, fenómeno de Raynaud y taquicardias.

Desde el punto de vista psiquiátrico suele ser considerada como trastorno de ansiedad, de estado de ánimo o somatomorfo.

Aunque, hasta la fecha, la fisiopatología del SFM permanece poco clara y muchos clínicos se sienten incómodos con el tratamiento y el manejo de estos síndromes poco entendidos (Alegre de Miguel y Sellas Fernández, 2008; Rodero, García Campayo, Casanueva y Buriel, 2009).

Según la Sociedad Española de Reumatología, los datos epidemiológicos suponen una incidencia en mayores de 20 años del 2,4 % de la población (0,2 % hombres y 4,2 % mujeres).

La prevalencia actual en nuestra Comunidad es aproximadamente del 2 %, representando el 15 % de reumatología ambulatoria y el 5 % de visitas en atención primaria.

1.2. CAUSAS: METODOLOGÍAS EXPERIMENTALES Y AVANCES RESEÑABLES

La discusión de si se trataba de un trastorno orgánico o psicógeno pivotó entre la búsqueda de hallazgos patológicos y su consideración como no-enfermedad, carente de raíces biológicas y fruto de una construcción social basada en la amplificación psicológica de sensaciones somáticas normales.

- A través de biopsia muscular se descubrió la atrofia de fibras tipo 2, hendiduras en membrana basal, acúmulo de lipofucsina, mitocondrias con patrones irregulares o alteraciones de la microcirculación (Bengtsson, 2002).

- . En estudios del sueño relacionados con el estado inmune se estudiaron la citocinas segregadas porque cambiaban en cantidad con el perfil del sueño REM/noREM, alterando la sustancia P (Rosenkranz et al., 2003); (Marriott, 2004).

- Con tests psicológicos y entrevistas clínicas se descubrió que el tipo de personalidad alexitímico se asociaba a esta patología, al igual que la vulnerabilidad psicológica y el catastrofismo de estos pacientes (Rook, Pesch y Keeler, 1981); Payne et al., 1982; Minnesota Multiphasic Personality Inventory (MMPI) (Ahles, Yunus, Riley, Bradley y Masi, 1984; (Villagrán, Páez, Campo, Pérez y Salaberri (2000); (Sayar, Gulec, Topbas y Kalyoncu, 2004).

- . Así como, el constructo de Cloninger “evitación del daño” como endofenotipo peculiar (Cloninger, 1987).

- . O se trata de un síntoma más del TEP -trastorno de estrés postraumático por los antecedentes relatados por los pacientes de abuso sexual o explotación infantil (Roy-Byrne, Smith, Goldberg, Afari y Buchwald, 2004).

- Con estudios genéticos se relacionaban polimorfismos en el gen transportador de la serotonina (HTPLR) con ansiedad y depresión, patologías comórbidas con el SFM (Cohen et al., 2002; Offenbacher et al, 1999); (Alda et al., 2003).

La causa –etiología- de esta patología compleja es desconocida –idiopática- y existen grandes lagunas de conocimiento, formulándose en el mundo científico muchas hipótesis que intentan explicar en todo o en parte los mecanismos fisiopatogénicos, las alteraciones genómicas, emocionales, psicopatológicas y psiquiátricas, de la llamada “enfermedad invisible”.

Los avances más reseñables y la metodología experimental, en los últimos cinco años, han sido:

1.- Se ha descubierto que el gen codificador de la enzima catecol-O-metiltransferasa (COMT), del mismo nombre, ubicado en el cromosoma 22 (región 22q11.1-22q11.2), gen (GenBank nº Z26491), contiene un polimorfismo en el codón 158 con la sustitución de la base purínica guanina por adenosina, siendo causa de alteración de la función enzimática en humanos. A su vez, los genotipos del gen COMT, los alelos y determinados haplotipos se han relacionado con la sensibilidad al dolor y fibromialgia. Y el genotipo Met/met está asociado a valores de FIQ más elevados (este cuestionario, “patrón de oro” en la valoración del impacto del síndrome valora características como: dolor, fatiga, capacidad de trabajo, discapacidades, sensación de bienestar, rigidez, ansiedad y depresión).

Los métodos experimentales de este trabajo fueron: muestras de controles del Banco Nacional de ADN, genotipado mediante Kit Quiamp, , análisis de los polimorfismos mediante técnicas de reacción en cadena de la polimerasa –PCR- estándar, cumpliendo el equilibrio de Hardy-Weinberg y medida de gravedad de SFM –FIQ-, además del análisis estadístico (F.J García-Fructuoso, et al., 2006); www.fundacionfatiga.org; www.bancoadn.org; www.echarne.com; www.ncbi.nlm.nih.gov/omim

2.- Está ampliamente aceptada la presencia de una alteración en la percepción del dolor siguiendo un modelo complejo de “sensibilización central” en el que participarían diversas alteraciones en la respuesta del eje hipotálamo-hipofisiario-suprarrenal” y una regulación anormal del sistema nervioso simpático. Y en esta línea, se ha descubierto, con una visión psiconeuroinmunológica del SFM, que estas alteraciones emocionales o psiquiátricas inciden sobre los sistemas nervioso, endocrino e inmune, con un desequilibrio homeostático que se traduce en forma de disautonomía y disritmia, explicando las alteraciones del sistema nervioso vegetativo, del ritmo circadiano, del sueño, hormonales e inmunes (Álvaro, Tomás y Traver, Francisco, 2009).

Para la visión psiconeuroinmunológica, los autores se basan en que el dolor crónico lleva consigo síntomas de fatiga, alteraciones del sueño, molestias físicas, alteración de la función mental y depresión, todas ellas presentes en el SFM (Chapman, Tuckett, y Song, 2008), produciéndose un desequilibrio homeostático por anomalías bioquímicas y fisiológicas.

Para explicar la disautonomía o alteración del sistema nervioso autónomo (Solano et al. 2009) se basan en el estado hiperadrenérgico que propicia la neuroplasticidad de las conexiones anómalas entre el SNS y las fibras nociceptivas, originando un dolor neuropático. La interfaz automática entre funciones mentales y corporales, principal eslabón que transmite las emociones y que alcanza la corteza cerebral y el área límbica, irradiando el estímulo hacia la zona del tálamo, hipotálamo, tallo cerebral y médula espinal que contralan el SNA (Martínez-Lavin, 2007). Y que el dolor altera la fisiología del sueño y las alteraciones del sueño producen dolor músculo-esquelético (Moldofsky, 2008).

Para explicar la alteración del eje hipotálamo-hipófiso-corticosuprarrenal y del sistema endocrino los autores se basan en los trabajos sobre la respuesta de estrés en la que colaboran estrechamente los sistemas nervioso y endocrino junto a la hormona liberadora de corticotrofina (CHR), adrenalina, noradrenalina y beta endorfinas, que actúan como neurotransmisores a nivel del SN y como hormonas del SE, siendo los glucocorticoides junto con las catecolaminas los más influyentes reguladores del SI. Además, los pacientes con SFM muestran síntomas similares a disfunción endocrina, como hipotiroidismo o insuficiencia adrenal o de hormona de crecimiento GH, manteniendo los niveles de actividad basal del eje HHC dentro de los límites normales pero, en condiciones de estrés, tienden a mostrar una reducción en la respuesta de función endocrina, especialmente de cortisol y hormona de crecimiento (Adler y Greenen, 2005).

Para explicar la disritmia o la alteración del sistema inmune se basan, en los efectos sobre el cerebro a diferentes niveles, cuando se produce la liberación de citocinas proinflamatorias a partir de un foco infeccioso, inflamatorio, tumoral, traumatismo o estímulo emocional-psicosocial. Y en la respuesta que da el SI para volver a la normalidad fisiológica homeostática o alostática (Dunn, 2006), sabiendo que el SI regula las funciones del SNC relacionadas con el dolor (Waltkins y Maier, 2005) y que las células inmunes activadas así como las gliales, desempeñan un papel fundamental en la modulación de la función neuronal (Watkins, Hutchinson, Milligan y Maier, 2007).

Además, se ha observado el patrón circadiano alterado en estos pacientes, por un sueño poco reparador ante la hipersecreción durante el día de IL6 Y TNF alfa, responsables de la fatiga, junto con el incremento de IL10 durante la noche (Vgontzas et al., 2002)

3.- Se ha localizado espectroscopia H-NMR con cambios glutamato/glutamina, inositol, colina y N-acetylaspartate y se ha concluido que el glutamato (Glu) -en la parte posterior de la corteza cingulada- ha sido implicado como un importante mediador en la neurotransmisión, potenciación y efectos negativos asociados con dolor, demostrándose que pacientes con niveles más altos de (Glu) tienen umbrales más bajos de dolor y puntúan más en depresión. La concentración en sangre de 5-hidroxitriptamina (serotonina) está más disminuida en pacientes con SFM. Además, se ha descubierto que los estímulos dolorosos suscitan un aumento dinámico de glutamato en la corteza anterior. Glutamina y glutamato dentro de los astrocitos llevan a mayor osmolaridad celular en el cerebro compensados con Cho y myoinositol. Y estos pacientes presentan reducción de colina y NAA + NAAG en el hipocampo izquierdo.

En este trabajo los métodos experimentales para las mediciones de variables clínicas fueron: datos sociodemográficos, escala de catastrofización de dolor -PCS-, escala de depresión y de ansiedad en hospital -HADS-, escala de dolor analógica visual -PVAS-, umbral de dolor con esfigmomanómetro, examen de estado mini mental -MMSE-,

cuestionario de impacto de fibromialgia –FIQ-, técnicas de neuroimagen: resonancia magnética –MRI-, imagen por resonancia magnética funcional –fMRI-, espectroscopia de resonancia magnética –MRS-, tensor de difusión de procesamiento de imágenes –DTI-, exámenes de sangre y métodos estadísticos (Nicolás Fayed, García-Campayo, et al., 2010).

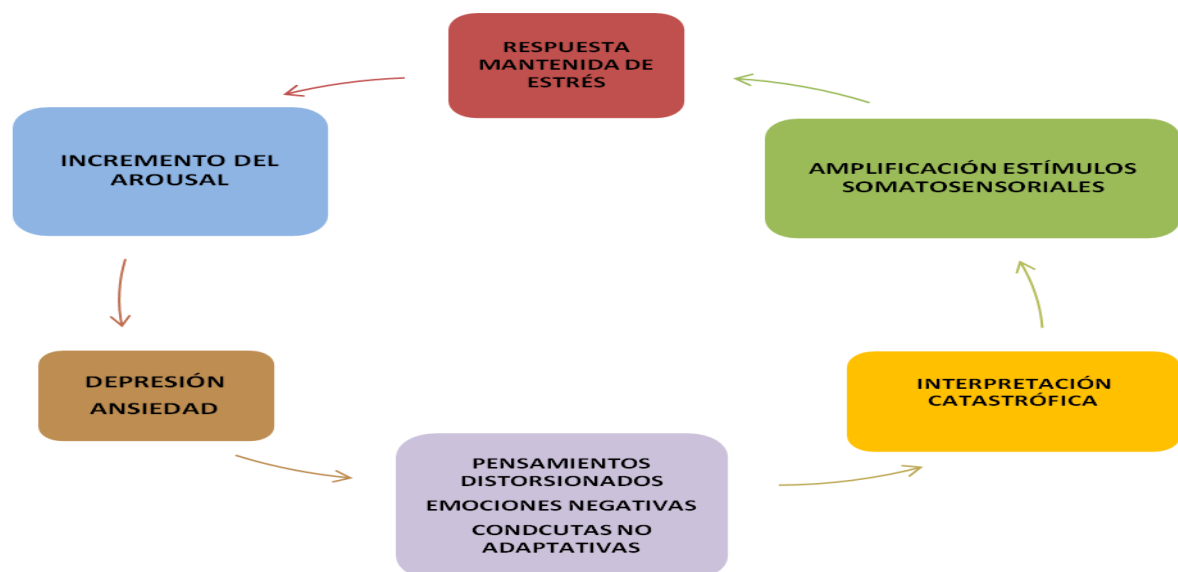
A fecha de hoy se clasifica como una enfermedad reumatoide y desde el punto de vista psiquiátrico como trastorno de somatización.

En los trastornos de somatización los pacientes presentan niveles más altos de arousal fisiológico, que les impide habituarse a los estímulos estresantes, manteniéndose la respuesta de estrés más tiempo que en las personas que no padecen este trastorno (Rief W, Shaw R, Fichter MM, 1998).

En la fibromialgia (Petzke F, Clauw DJ, Ambrose K, Khine A, Graceli RH, 2003) al tratarse de un síndrome somático funcional, este arousal fisiológico se traduce en la amplificación de la intensidad de los estímulos somatosensoriales lo que produce que los pacientes vivan sus sensaciones corporales como nocivas, amenazantes y dolorosas. Además, interpretan estas sensaciones como malignas, creyendo que son signo de que padecen una grave enfermedad, tendiendo al catastrofismo.

Los pensamientos distorsionados que nacen en torno a las sensaciones corporales se traducen en conductas poco adaptativas, como la búsqueda de múltiples tratamientos, la adopción del rol de enfermo, la disminución en la participación de actividades sociales y/o familiares y el bajo rendimiento laboral, llegando incluso a la incapacidad.

Estos pensamientos distorsionados producen ansiedad y depresión, trastornos que aumentan de nuevo el arousal fisiológico, lo que origina que se mantenga la respuesta de estrés y con ella todo el círculo vicioso que se crea en estos trastornos, es decir:



1.3. CLÍNICA, EXPLORACIÓN Y TRATAMIENTO

La clínica de esta patología es heterogénea, con una gran variedad de síntomas, entre ellos:

- Dolor muscular crónico generalizado (100% de los afectados). El principal motivo de consulta. Dolor difícil de definir, el paciente refiere que “le duele todo”.
- Fatigabilidad (57-92%). También preocupa mucho al paciente, que suele manifestar incapacidad para realizar tareas cotidianas o laborales.
- Rigidez (76-84%) generalizada. Acentuada en manos, y con predominio matutino o tras el reposo.
- Casi el 50% de los pacientes presentan una sensación subjetiva de tumefacción matutina en las manos, que no se observa en la exploración clínica.
- Alteraciones del sueño (56-86%), que es no reparador, pobre, no profundo, fraccionado y con frecuente despertar. La alteración dominante, pero no específica, del síndrome ha sido identificada como la intrusión de ondas alfa en la fase IV del sueño no REM.
- Trastornos psíquicos o somáticos. El estado psicológico, valorado por el paciente, se ha correlacionado con la valoración que se hace de su propio dolor. En muchas ocasiones, en estos pacientes contrasta la intensidad de las quejas expresadas y la percepción de la incapacidad que manifiestan, con la conservación del apetito, el buen estado general y la excelente capacidad funcional hallada en la exploración.

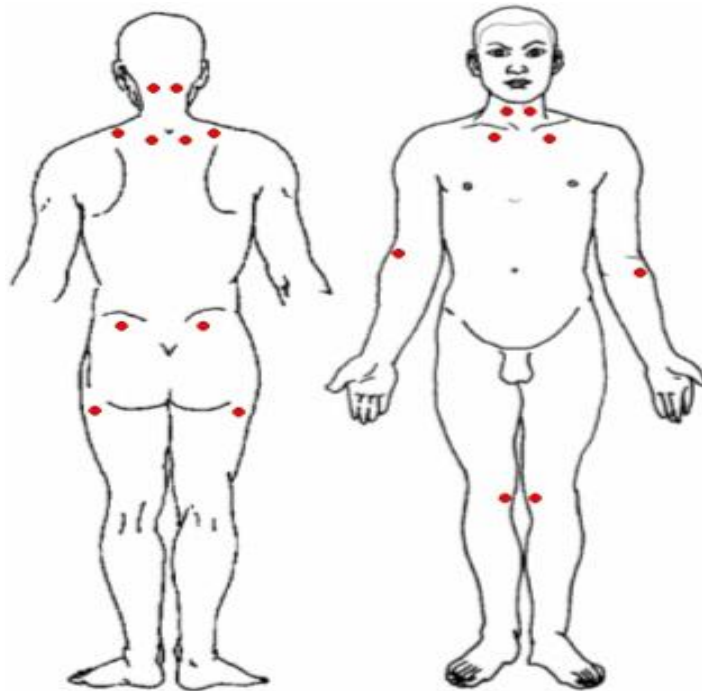
Contrastando con esta amplia variedad de síntomas, la exploración clínica es normal; la movilidad articular, el balance muscular y la exploración neurológica son normales en todas las zonas exploradas. Tampoco se aprecian signos de inflamación articular.

El signo más característico es la presencia de múltiples puntos de dolor con aumento de la sensibilidad a la palpación digital (tender points), en zonas de prominencias óseas y de unión musculotendinosa, especialmente en masas paravertebrales de la zona cervical y supraclavicular. Campbell, usando un dolorímetro, demostró que los pacientes con fibromialgia presentaban dolor en estos puntos pero no en otros, que fueron llamados puntos control.

Simms, et al. Seleccionaron, dentro de los 75 puntos que estudiaron, los 19 más distintivos. Posteriormente, se comprobó que 9 pares de puntos eran los que mejor

distinguían entre los pacientes con fibromialgia y otros pacientes con dolor, y son los usados en los criterios diagnósticos actualmente admitidos; (todos ellos son bilaterales):

- Occipucio: en las inserciones suboccipitales de los músculos.
- Cervical bajo: en la cara anterior de los espacios intertransversos a la altura de C5-C7.
- Trapezio: en el punto medio del borde superior.
- Supraespinoso: en sus orígenes, por encima de la espina de la escápula, cerca del borde medial.
- Segunda costilla: en la unión osteocondral, al lado de las uniones de las superficies superiores.
- Epicóndilo: a 2 cm distales del epicóndilo.
- Glúteo: en el cuadrante súpero-externo de la nalga.
- Trocánter mayor: en la parte posterior de la prominencia trocantérea.
- Rodillas: en la almohadilla grasa medial, próxima a la línea articular interna.



En estos pacientes los resultados de las pruebas de laboratorio son normales o inespecíficas, aunque es aconsejable la realización de un estudio analítico básico que nos permita descartar de forma razonable otras enfermedades, (especialmente las reumáticas, con las que deberemos establecer un diagnóstico diferencial), y que incluya: hemograma, VSG, Bioquímica general, con iones, glucemia y calcemia, proteinograma, hormonas tiroideas, anticuerpos nucleares, factor reumatoide y enzimas musculares, así como un estudio radiográfico orientado.

Según el protocolo del Sistema de Salud de Aragón:

Protocolo para el Manejo
de la **Fibromialgia** en el Sistema
de Salud de Aragón

Enfermedades que pueden coexistir con el síndrome fibromiálgico o compartir manifestaciones clínicas

Lupus eritematoso sistémico	Miopatía (metabólica o inflamatoria)
Artritis reumatoide	Polimialgia reumática
Espondiloartropatías	Trastornos somatomorfos
Esclerosis Múltiple	Trastorno depresivo mayor
Hipotiroidismo	Trastornos ficticios
Neuropatías periféricas	Simulación
Alteraciones estructurales mecánicas o degenerativas del raquis	

Pruebas complementarias recomendadas para descartar patologías asociadas

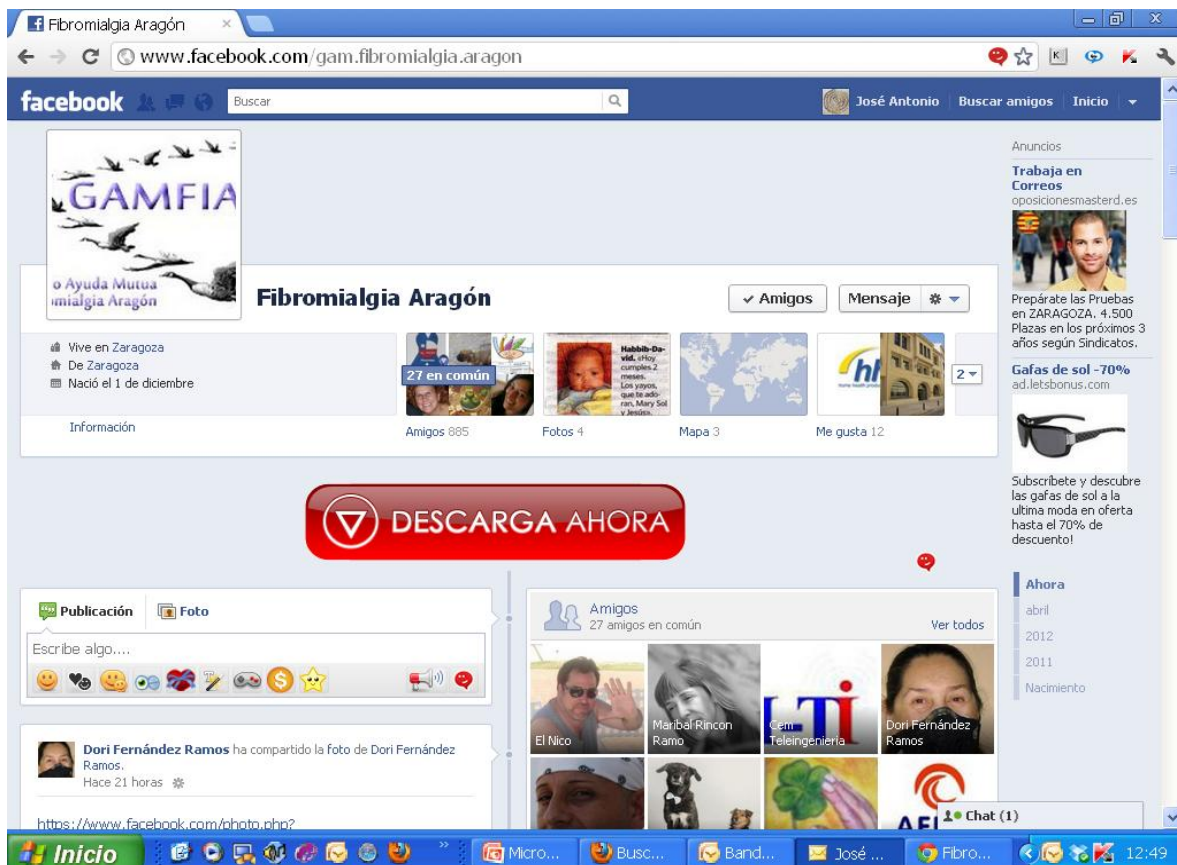
Hemograma
VSG
Glucemia
Urea y Creatinina
Enzimas hepáticas: AST, ALT, GGT, Fosfatasa Alcalina
Creatincinasa (CK)
Proteína C reactiva (PCR)
TSH
Calcio
Fósforo
Sistemático de orina
CPK
Rx raquis (estudio lumbar con 2 proyecciones)

El tratamiento desde los primeros estudios en el año 1981 no ha variado en su base, siendo el farmacológico + ejercicio + terapia psicológica, lo más recomendado. Además:

- Se individualiza empezando con ejercicio aeróbico, el de mayor evidencia.
- Fármacos como la duloxetina (Cymbalta), pregabalina (Lyrica) y milnacipran (Savella) específicamente aprobados para tratar la FM.
- Los antidepresivos tricíclicos son los fármacos más eficaces. La amitriptilina es el medicamento de elección por ser el de mayor eficacia junto a algunos antidepresivos (ISRS), como la fluoxetina,
- El tramadol ha demostrado efectividad sin embargo los (AINEs) son poco efectivos.
- También se usa biofeedback (electromiográfico y electrodermal).
- Dentro de la terapia multidisciplinar, en la psicológica se hace hincapié en afrontar el estrés y mejorar las habilidades de afrontamiento, manejar pensamientos negativos, buscar actividades agradables, establecer límites.
- Los grupos de apoyo ayudan con las habilidades de afrontamiento.

En la investigación realizada uno de los grupos intervenidos, ideó GAMFIAR –GRUPO DE AYUDA MÚTUA FIBROMIALGIA ARAGÓN, creando su perfil en facebook, como una modalidad virtual para mantenerse en contacto después de la terapia, dando a conocer su realidad y comunicarse con tod@s l@s afectad@s del mundo, con el fin de sensibilizar a los poderes públicos de su patología.

Véase: www.facebook.com/gam.fibromialgia.aragon



Estrategias terapéuticas según el grado de afectación		
Secuencia terapéutica	Grado de afectación	Estrategia terapéutica
Primera fase	Leve (mínima interferencia)	<ul style="list-style-type: none"> ● Educación. ● Ejercicio físico no supervisado. ● Higiene del sueño. ● Tratamiento farmacológico: <ul style="list-style-type: none"> – Amitriptilina 10-50 mg/día o Ciclobenzaprina 10-30 mg/día. – En caso de dolor de origen osteoarticular: Paracetamol 1 g/8 horas o Ibuprofeno 400 mg/8 horas (por tiempo limitado).
Segunda fase	Moderada interferencia	<ul style="list-style-type: none"> ● Programa educacional. ● Intervención familiar. ● Ejercicio físico supervisado. ● Tratamiento farmacológico: <p>Para control del dolor:</p> <ul style="list-style-type: none"> – Amitriptilina 10-75 mg/día. Si no responde, se asocia con Fluoxetina. – Tramadol 50-400 mg/día. – Paracetamol 1 g/8 horas y/o Ibuprofeno 400 mg/8 horas (por tiempo limitado). <p>Para trastornos del sueño:</p> <ul style="list-style-type: none"> – Ciclobenzaprina 10-30mg/día, Zolpidem 10 mg/día o Zopiclona 7,5 mg/día. <p>Para trastornos depresivos o de ansiedad:</p> <ul style="list-style-type: none"> – Fluoxetina o Paroxetina 20 mg/día. Si la ansiedad no se controla: Alprazolam 0,75-1,5 mg/día.
Tercera fase	Marcada interferencia	<ul style="list-style-type: none"> ● Programa de tratamiento multidisciplinar: Farmacológico + Rehabilitador + Psicológico + Educacional y social.

Las estrategias terapéuticas anteriores son las establecidas por el protocolo del sistema de salud de Aragón, según el grado de afectación de fibromialgia.

En los últimos años existe una importante actividad investigadora en relación a los constructos psicológicos relacionados con el dolor, tanto en la fibromialgia como en otras enfermedades que cursan con dolor crónico, porque en cuanto a tratamientos, los farmacológicos son insuficientes y los múltiples de tipo psicológico son probablemente eficaces o están fase experimental.

1.4. TERCERA OLA DE TERAPIAS DE CONDUCTA: TERAPIA DE ACEPTACIÓN Y COMPROMISO (ACT)

La llegada de lo que se ha dado en llamar la tercera ola de la modificación de conducta, después de la llamada revolución cognitiva, ha surgido con la aparición de una serie de terapias experienciales y contextuales, como son la Terapia Dialéctico Conductual (DBT; Linehan, 1993), la Psicoterapia Analítica Funcional (FAP; Kohlenberg y Tsai, 1991), la Terapia de pareja integradora (IBCT; Jacobson et al., 2000), y la Mindfulness-Based Cognitive Therapy (MBCT; Segal et al., 2002), entre algunas otras. Tienen en común haberse introducido en campos que hasta ahora estaban tratados por terapias más alejadas de un planteamiento básicamente empírico y enfatizan elementos como la aceptación, la conciencia plena, la desactivación cognitiva, la dialéctica, los valores, la espiritualidad y las relaciones, (Hayes, 2004). La terapia de aceptación y compromiso (Hayes et al., 1999; Wilson y Luciano, 2002) se ha desarrollado desde esta perspectiva y es un marco muy potente para realizar cualquier proceso psicoterapéutico.

La primera ola de terapias de conducta corresponde a los llamados conductistas o psicólogos conductuales –principios del siglo XX- en oposición al modelo freudiano o psicoanalítico que imperó desde finales del siglo XIX. Cabe destacar a J.B. Watson, considerado como el “padre” del conductismo y a B.F. Skinner, creador del conductismo radical o conductismo radical skinneriano.

El objetivo central de esa primera ola fue romper y superar las limitaciones e inconvenientes de las tradicionales posiciones clínicas, mediante una teorización científica, basada en los principios y leyes del comportamiento humano.

En contraste con el empleo de técnicas como la interpretación de los sueños, la hipnosis o la introspección, la terapia de conducta emergente se focalizó directamente sobre el comportamiento problema o clínico de forma directa, es decir, basándose en los principios del condicionamiento y del aprendizaje. A este nuevo proceder clínico basado en el manejo directo de contingencias como objetivos clínicos, claramente definidos tales como la conducta observable, se ha denominado cambios de “primer orden”.

No obstante, y a pesar del avance que supuso esta primera ola de terapia de conducta, ni el modelo del aprendizaje asociacionista o paradigma estímulo-respuesta, ni el análisis experimental de la conducta, fueron eficaces en el tratamiento de determinados problemas psicológicos que presentaban los adultos. Estas dificultades, unidas al hecho de que ninguna de estas aproximaciones ofreció un análisis empírico adecuado del lenguaje y la cognición humana supuso, como en el caso anterior, un punto de inflexión para un segundo movimiento u ola: “segunda ola” de terapias de conducta o “terapias de segunda generación”.

Surgidas en la década de los 60, estas terapias de segunda ola que pueden ser agrupadas bajo el vasto umbral de Terapias Cognitivo-conductuales-, consideran el pensamiento o la cognición como la causa principal de la conducta, explicación de los fenómenos y trastornos psicológicos. Las variables de interés por excelencia fueron trasladadas a los eventos cognitivos, entendiendo estos como la causa directa del comportamiento y, por tanto, transformándose el pensamiento en el objetivo principal de las intervenciones psicológicas. Como consecuencia de ello, tanto la variable de análisis como los objetivos perseguidos y muchas de las técnicas, se centraron primordialmente en la modificación, eliminación, reducción o, en la alteración, en cualquiera de sus formas de los eventos privados -cogniciones o pensamientos, emociones, recuerdos, creencias o sensaciones corporales que una persona tiene (Hayes, Strosahl y Wilson, 1999; Luciano y Hayes, 2001)-.

Dentro del amplio abanico de terapias de segunda generación se encuentran las más estandarizadas y utilizadas actualmente, tales como la Terapia Cognitiva de Beck para la depresión (e.g., Beck, Rush, Shaw y Emery, 1979), la Terapia Racional Emotiva de Ellis (e.g. Ellis y MacLaren, 1998), la Terapia de Autoinstrucciones de Meichenbaum (e.g., Meichenbaum, 1977), así como multitud de paquetes de tratamientos programados o estandarizados bajo la rúbrica de terapias cognitivo-conductuales.

Una consecuencia que se deriva del planteamiento o filosofía anterior, es considerar que todo aquello que genere malestar o nos produzca dolor ha de ser rápidamente erradicado o eliminado a través de todos los medios disponibles con estrategias o técnicas de control (tales como eliminación, supresión, evitación, sustitución, etc.) de los eventos privados. Y como resultado de ello, una persona puede generar un patrón rígido de

actuación centrado en exclusiva en la continua evitación de sus eventos privados, limitando drásticamente su vida en ello.

A este patrón inflexible de actuación centrado en la evitación de los eventos privados, limitando con ello la vida de la persona, se le ha denominado Trastorno de Evitación Experiencial o TEE (Luciano y Hayes, 2001; Wilson y Luciano, 2002; Luciano, Rodríguez y Gutiérrez, 2004).

El TEE está conceptualizado desde una perspectiva analítica-funcional como una alternativa o un diagnóstico funcional en contraste a lo topográfico y mecanicista del DSM.

Además, los datos experimentales disponibles en la actualidad nos indican precisamente que los intentos de control, reducción o eliminación de los eventos privados (justamente objetivos de intervención explícitos desde estas terapias) producen paradójicamente, y en muchos de los casos, efectos contrarios o efectos rebote (Gutiérrez, Luciano, Rodríguez y Fink, 2004).

Hayes (2004) resume las razones principales del surgimiento de la denominada “Tercera Ola de Terapias de Conducta” o las “Terapias de Tercera Generación”, de esta forma:

- El desconocimiento sobre el porqué resultan exitosas o efectivas, o por el contrario, el porqué fracasan las terapias cognitivas actuales.
- La gran cantidad de resultados recientes de numerosas investigaciones básicas sobre el lenguaje y la cognición desde una perspectiva analítica-funcional.
- El hecho de que actualmente existan concepciones y métodos cuya aproximación mantienen una perspectiva radicalmente funcional al comportamiento humano.

Hayes (2004) diferencia la tercera generación de terapias de conducta respecto a las anteriores, del siguiente modo:

- Abandonan el compromiso de utilizar exclusivamente cambios de primer-orden.
- Adoptan asunciones de corte más contextualista.
- Utilizan estrategias de cambio más experimentales por la persona en lugar de emplear exclusivamente estrategias de cambio de primer-orden o directas.
- Amplían y modifican de forma considerable el objetivo a tratar o cambiar.

Estas nuevas terapias de tercera ola o generación, por tanto, no se centran en la eliminación, cambio o alteración de los eventos privados con el objetivo de alterar o modificar la conducta de la persona. En lugar de esto, se focalizan en la alteración de la función psicológica del evento en particular a través de la alteración de los contextos verbales en los cuales los eventos cognitivos resultan problemáticos (e.g., Hayes et al., 1999; Luciano et. Al., 2004). Quizás por ello, en algunas ocasiones, podría resultar un poco contra-intuitivo o contra-cultural el trabajar con este tipo de terapias, donde se le hace ver a la persona (a través de metáforas, paradojas, ejercicios experienciales, entre otras técnicas) que los intentos de control que mantiene sobre sus eventos privados, lo que cree que ha de hacerse –lo que socialmente está considerado como correcto-, no es la solución de su problema sino que, y paradójicamente, dichos intentos de control forman parte intrínseca del problema mismo.

La terapia de aceptación y compromiso –ACT en adelante-, es la más completa de las terapias de tercera generación por ser la única que está relacionada con una moderna teoría que aborda el estudio del lenguaje y la cognición humana. Esta teoría es conocida como la Teoría del Marco Relacional (Hayes, Barnes-Holmes y Roche, 2001).

ACT (Acceptance and Commitment Therapy; Hayes et al., 1999; Hayes, Luoma, Bond, Masuda y Lillis, 2006; Hayes y Strosahl, 2004; Hayes y Wilson, 1994; Luciano, 1999; Luciano, 2001; Luciano y Valdivia, 2006; Wilson y Luciano, 2002), ha sido aplicada con eficacia en

problemas tan diversos como: ansiedad, alcoholismo, trastornos alimentarios, dolor crónico, trastornos obsesivos compulsivos, fobia social, consumo de drogas, en problemas psico-oncológicos, depresión, esquizofrenia y brotes psicóticos, trastornos de la personalidad, estrés laboral, esclerosis múltiple, diabetes, problemas de hiper-sexualidad, epilepsia, burnout, violencia de pareja, estados post-operatorios, rendimiento deportivo, entre otros.

En cuanto a su evidencia empírica sobre la efectividad de esta terapia, a través de ensayos clínicos controlados, se ha demostrado que ACT es más efectiva, por ejemplo, comparándola con tratamientos o terapias cognitivas, placebo y listas de espera (Hayes y Strosahl, 2004)

ACT se encuadra dentro del conductismo radical, que considera las cogniciones como conductas y, como tales, sujetas a las mismas leyes que cualquier otro comportamiento. De forma que lo importante para ella no es el contenido de los pensamientos, sino la función que tienen en el contexto en el que se producen. Por eso no emplea la reestructuración cognitiva, y no se dirige a cambiar el contenido de los pensamientos, sino que modifica la función que tienen (Hayes et al., 1999; Wilson y Luciano, 2002).

El objetivo de la terapia de aceptación y compromiso -ACT- es eliminar la rigidez psicológica para lo que emplea algunos procedimientos básicos como la aceptación, situarse en el presente, el desarrollo y el compromiso con los valores propios, el descubrimiento del yo como contexto y la desactivación del pensamiento (cognitive defusion). Estos procedimientos están totalmente relacionados, de tal manera que si se aplica la desactivación del pensamiento, se está presente y se aceptan los pensamientos, sentimientos, emociones y sensaciones, descubriendo y viviendo el yo como contexto, etc. (Hayes et al, 2004).

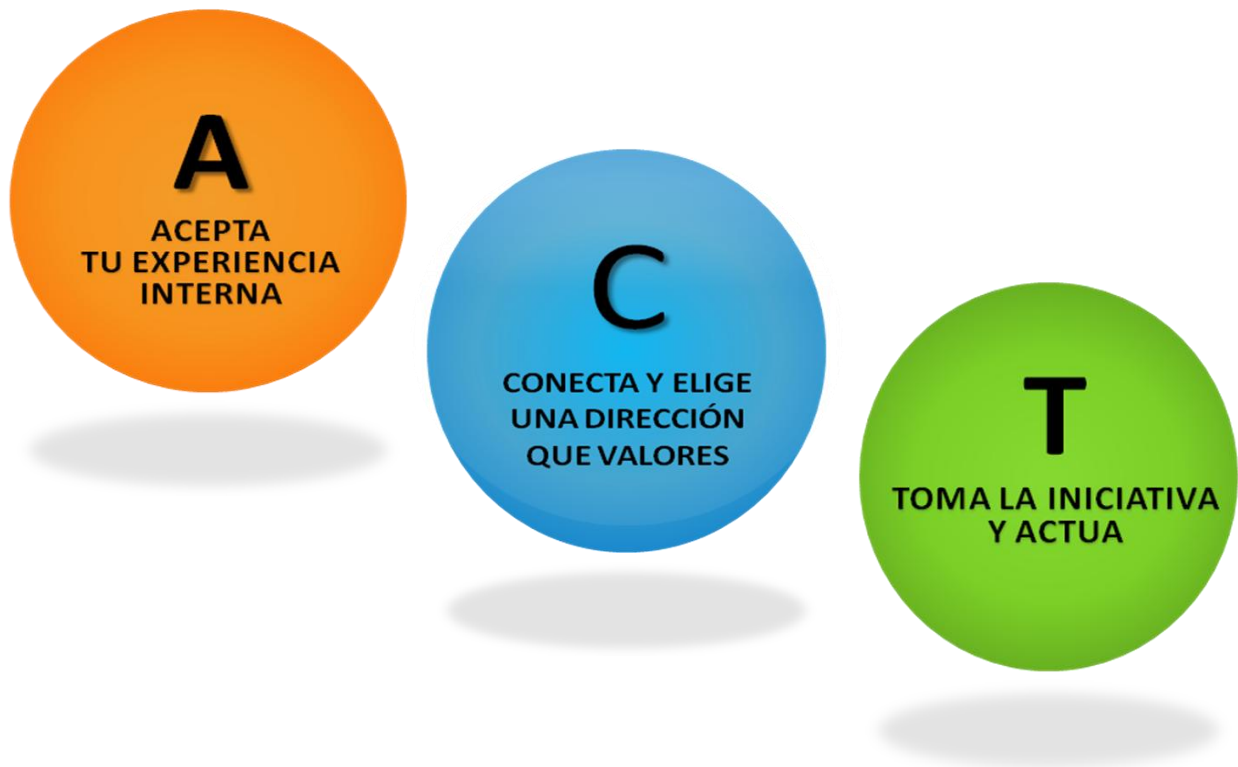
Uno de las misiones más importantes de esta terapia reside en el desarme del pensamiento (cognitive defusion) (Luoma y Hayes, 2003) que profundiza la distancia con los propios pensamientos; que ya Beck planteaba como necesaria para poder realizar la terapia cognitiva y que consiste en considerar los pensamientos como hipótesis y no como verdades absolutas. “El desarme cognitivo implica un cambio en el uso normal del lenguaje

y las cogniciones de tal manera que el proceso de pensamiento se hace más evidente y las funciones de los productos de pensamientos se amplían” (Luoma y Hayes, 2003).

La Terapia de Aceptación y Compromiso –ACT- y la Terapia de Conducta Dialéctica, han sido relacionadas explícitamente con los principios o la filosofía del Budismo Zen (e.g., Gómez, 2006 y Hayes, 2002). No obstante, sería más preciso afirmar que los principios del Budismo Zen y de la filosofía Budista, en cuanto a la meditación se refiere, han sido incorporados por estas terapias de tercera generación.

La aplicación de todos estos procedimientos se realiza siguiendo una agenda terapéutica, que no es un procedimiento rígido, sino más bien una guía tentativa que se ha de adaptar a cada paciente y a cada problema (Hayes et al., 1999).

ACCEPTANCE AND COMMITMENT THERAPY



**ACTUAR EN EL COMPROMISO DE UN@ CON LA VIDA,
EN DIRECCIÓN A LOS VALORES
(Hayes, Stroschal y Wilson, 1999)**

1.5. REVISIÓN BIBLIOGRÁFICA

Este trabajo se enmarca dentro del GRUPO DE INVESTIGACIÓN EN SALUD MENTAL EN ATENCIÓN PRIMARIA, con un bagaje investigador importante, que ha validado diferentes test y ha publicado numerosos artículos en las principales revistas de impacto. Reconocido por el Instituto Aragonés de Ciencias de la Salud su INVESTIGADOR PRINCIPAL: Dr. Javier García Campayo

Es uno de los 13 grupos que constituyen la Red de Investigación en Atención Primaria (REDIAPP; 06/0018/0017), una de las Redes de Investigación reconocidas por el Instituto de Salud Carlos III

Las líneas de investigación que abarca son:

- DOLOR, FIBROMIALGIA Y TRASTORNOS SOMATOMORFOS
- NUEVAS TECNOLOGÍAS EN SALUD MENTAL
- DEPRESIÓN: PREDICT Y BIOMARCADORES
- VARIABILIDAD Y CALIDAD EN LOS SERVICIOS SANITARIOS EN SALUD MENTAL
- INMIGRACIÓN Y SALUD MENTAL

Para enfocar este estudio original, de la eficacia de la psicoterapia grupal de aceptación y compromiso en pacientes con fibromialgia, se realizaron diferentes búsquedas bibliográficas en las fuentes nacionales e internacionales más destacadas (PUBMED, EMBASE, COCHRANE, MEDLINE...) como punto de partida.

Su finalidad era conocer la realidad investigadora y la conexión existente entre la patología del síndrome de fibromialgia y su tratamiento con la terapia de tercera generación de aceptación y compromiso, en formato grupal.

En Pubmed (véase ANEXO I), por ejemplo, encontramos:

195 resultados de revisiones sistemáticas de fibromialgia.

378 resultados (50 en el último año, 92 en los dos últimos años, 125 en los tres años últimos, 180 en los últimos cinco años) de la aplicación de la terapia de Aceptación y Compromiso a diferentes patologías, pero ninguno específico con fibromialgia.

Y ningún resultado, que de forma grupal implementase la terapia de aceptación y compromiso en pacientes con fibromialgia, en la fecha que comenzamos el estudio: Octubre de 2010. Por lo que éramos pioneros.

Al año siguiente 2011, hallamos 1 resultado donde trataban de forma multidisciplinar la patología del síndrome de fibromialgia con la terapia ACT, pero además con piscina:

[Clin Exp Rheumatol](#). 2011 Nov-Dec; 29 (6 Suppl 69): S97-103. Epub 2012 03 de enero

Eficacia del tratamiento multidisciplinario de la sintomatología y la calidad de vida en mujeres con fibromialgia.

[Carbonell Baeza-A](#) , [Aparicio VA](#) , [Chillón P](#) , [Femia P](#) , [Delgado Fernández M](#) , [Ruiz JR](#) .

Fuente

Departamento de Educación Física y el Deporte de la Universidad de Granada, Granada, España. anellba@ugr.es

22243556 [PubMed - indexado para MEDLINE]

1.6. OBJETIVOS

El objetivo principal del estudio es evaluar la eficacia de la Psicoterapia de Aceptación y Compromiso con formato grupal en el tratamiento de la fibromialgia.

1.7. HIPÓTESIS

Se considera que las intervenciones psicoterapéuticas dirigidas a estas dianas (como la terapia cognitivo-conductual o la terapia de aceptación y compromiso) son muy eficaces y coste-efectivas, lo cual supone un gran avance en una patología tan compleja como la fibromialgia, en la que los tratamientos farmacológicos producen resultados insatisfactorios y una elevada yatrogenia.

La hipótesis que planteamos en nuestro estudio es:

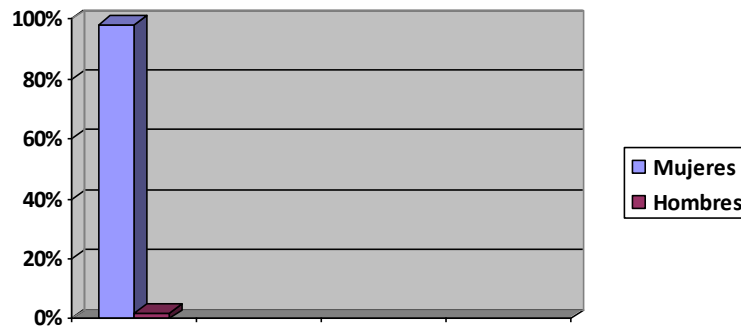
1.- La psicoterapia de Aceptación y Compromiso en formato grupal es eficaz para el tratamiento de la fibromialgia.

2. MATERIAL Y MÉTODOS

2.1. MUESTRA

Se evalúa la eficacia de la terapia grupal de **Psicoterapia de Aceptación y Compromiso (ACT)** en el tratamiento de la fibromialgia, para lo cual se les realizó a 56 pacientes pruebas psicológicas, antes y después de la psicoterapia. Los sujetos eran predominantemente mujeres (98%) y un hombre (2%); con una media de edad de 48.97

(DE = 6.12) años. Todos los pacientes habían padecido dolor y los síntomas de la fibromialgia durante un mínimo de 3 años, habiendo sido diagnosticados de dicha patología en repetidas ocasiones.



TAMAÑO MUESTRAL

Para calcular el tamaño muestral es necesario conocer la eficacia del tratamiento psicológico sobre la variable principal del estudio, la aceptación del dolor. No hay estudios publicados sobre este tema. Los ensayos realizados sobre la variable más relacionada con la aceptación, la catastrofización ante el dolor, muestra según el meta-análisis de Glombiewski (Glombiewski et al., 2010) unos tamaños del efecto entre 0.07 y 1.9. Debido a esta enorme variabilidad, y basados en estudios previos (Garcia-Campayo et al., 2009), nuestro objetivo es detectar una diferencia del 25-30% en el grupo de intervención. Aceptando un error $\alpha=0.05$ y una potencia de los test=80%, utilizando un contraste bilateral, necesitaríamos 58 pacientes (Gordis, 1996). Calculando un 5% de rechazos, como se ha encontrado en estudios previos (Garcia-Campayo et al., 2009), necesitaríamos un tamaño muestral de al menos 61 pacientes.

DISEÑO

El diseño es un estudio controlado y randomizado, realizado por el sistema propio del grupo de investigación. En este tipo de investigaciones se realiza un estudio de intervención que investiga al mismo grupo de pacientes de manera repetida a lo largo de un período de tiempo, antes y después de sufrir una determinada intervención, realizando un seguimiento posterior de seis meses. Estos diseños experimentales cumplen con una programación y procedimientos de recopilación de datos.

Si clasificamos el diseño experimental en función del tipo de inferencia, nuestro estudio cumpliría las premisas del “Método hipotético – deductivo”, caracterizado por las siguientes fases:

1. **Observación de hechos empíricos:** Mediante observación el investigador descubre hechos o fenómenos naturales que describe y clasifica. Aplicado a nuestra investigación, hemos observado cómo los pacientes diagnosticados de fibromialgia refieren problemas cognitivos de concentración, de razonamiento de atención y memoria. Además, constatamos estos problemas en las entrevistas clínicas y grupos terapéuticos, decidiendo investigar sobre ello.

2. **Inducción de suposiciones o hipótesis:** De los hechos observados se inducen suposiciones generales o hipótesis. Éstas no son más que propiedades generales que afectarían a todos los fenómenos de la misma clase o universo.

3. **Inducción de leyes y construcción de teorías:** Si los datos recopilados en la prueba confirman las hipótesis, se infiere su generalización, convirtiéndola en ley o principio universal explicativo de todos los eventos del mismo universo o clase. A partir del análisis estadístico de los datos recopilados, confirmaremos, o no, las hipótesis anteriormente enunciadas.

4. **Deducción de nuevas hipótesis ciertas:** A partir de las leyes formuladas, podemos interpretar cada fenómeno singular de un dominio. Una vez establecidas las conclusiones de nuestro estudio, los hallazgos se podrán utilizar para explicar los fenómenos observados.

CRITERIOS DE INCLUSIÓN Y EXCLUSIÓN

Los criterios de inclusión-exclusión para participar en el estudio aparecen en la siguiente tabla:

CRITERIOS INCLUSIÓN	CRITERIOS EXCLUSIÓN
Entre 18 y 65 años	Menores de 18 años o mayores de 65 años
Cumplir los criterios para FM primaria de acuerdo a el ACR	Trastornos psiquiátricos severos (demencia, esquizofrenia, trastornos psicóticos, alcohol o abuso de sustancias), anorexia, bulimia

	nerviosa, trastornos primarios del sueño y obesidad
Castellano como lengua materna	Enfermedades sistémicas asociadas a la fatiga tales como insuficiencia cardiaca, procesos respiratorios crónicos, neoplasias, enfermedades hematológicas, enfermedades metabólicas, enfermedades neuro-musculares, infecciones crónicas, enfermedades sistémicas auto-inmunes
Capaces de una buena comprensión oral y escrita de las instrucciones	Enfermedad médica o psiquiátrica u otras características, que desde el punto de vista clínico no puedan ser evaluadas psicológicamente
Que den el consentimiento firmado para su participación en el estudio	Falta de fiabilidad en la ejecución de las pruebas

Tabla 1. Criterios de inclusión y exclusión para la participación en el estudio

2.2. INSTRUMENTOS –ANEXO 2 PROTOCOLO–

PRUEBAS PSICOLÓGICAS

Escala de Ansiedad y Depresión en el Hospital (HADS)

La valoración psiquiátrica de pacientes con patología médica suele resultar complicada, ya que los síntomas somáticos característicos de ansiedad y depresión presentes en estos pacientes pueden estar justificados por su dolencia física.

La Escala de Ansiedad y Depresión en el Hospital (Hospital Anxiety and Depression Scale, HADS) (Zigmond y Snaith, 1983; Johnston et al., 2000) fue desarrollada para evaluar dichos síndromes desde una perspectiva cognitiva, sin la interferencia de los síntomas somáticos comunes en enfermedades físicas. La traducción y adaptación al castellano fue

realizada por Snaith, en colaboración con Bulbena A y Berrios G, y ha sido validada por Tejero (Tejero et al. 1986).

Se trata de un cuestionario autoaplicado de 14 ítems, integrado por dos subescalas de 7 ítems, una de ansiedad (ítems impares) y otra de depresión (ítems pares). Los ítems de la subescala de ansiedad están seleccionados a partir del análisis y revisión de la escala de ansiedad de Hamilton, evitando la inclusión de síntomas físicos que puedan ser confundidos por parte del paciente con la sintomatología propia de su enfermedad física. Los ítems de la subescala de depresión se centran en el área de la anhedonia (pérdida de placer).

La intensidad o frecuencia del síntoma se evalúa en una escala de Likert de 4 puntos (rango 0 - 3), con diferentes formulaciones de respuesta. El marco temporal, aun cuando las preguntas están planteadas en presente, debe referirse a la semana previa.

Escala Visual Analógica para el Dolor (EVA)

Las Escalas Visuales Analógicas (EVA) para la evaluación del dolor fueron diseñadas para obtener una medida global y subjetiva del dolor. Aunque la escala que se utiliza con mayor frecuencia es aquella que evalúa la intensidad (severidad), pueden utilizarse también para evaluar otras dimensiones del dolor, como alivio del dolor o el grado de interferencia que produce en la vida diaria (Huskisson, 1983).

La EVA es una línea recta, horizontal o vertical, cuya longitud (habitualmente de 10 cm.) representa un continuo de la experiencia dolorosa. Los extremos de la línea son definidos como los límites extremos del constructo evaluado (expresiones breves y claras, como “no dolor” y “el peor dolor imaginable”). El paciente debe marcar en la línea un punto que corresponda a la intensidad del dolor (o constructo relacionado con el dolor) que se está evaluando, haciendo referencia al periodo de tiempo en que se pregunte (momento actual, durante la última semana, etc.). La puntuación corresponderá a la medida de la distancia desde el principio de la línea hasta el punto marcado por el paciente.

Las ventajas de utilizar las EVA son su brevedad, simplicidad y aceptación de los pacientes, debido a su sencilla comprensión. Además, poseen una adecuada fiabilidad test-retest ($r = 0.78$) y validez. Como desventajas encontramos que las EVA poseen una estructura unidimensional, evaluando sólo una dimensión del dolor, lo que simplifica la complejidad de la experiencia dolorosa.

Escala de Catastrofización del Dolor (PCS)

Una de las escalas más utilizadas para medir el constructo de catastrofización ante el dolor (CAD) es la Escala de Catastrofización del Dolor (PCS). La PCS es una escala autoadministrada de 13 ítems y una de las más utilizadas para valorar el constructo CAD. Comprende 3 dimensiones:

- a) Rumiación.
- b) Magnificación.
- c) Desesperanza.

El grupo de investigación en el que se realizó esta Tesis y liderado por el Dr. Garcia Campayo (García-Campayo et al., 2008) obtuvo el permiso para traducir y validar la PCS de los autores originales (Sullivan et al., 1995).

Dos nativos hispanohablantes, conocedores de los objetivos de la PCS, tradujeron por primera vez el cuestionario al español. Posteriormente, 2 nativos angloparlantes, no familiarizados con el instrumento, realizaron una retrotraducción del español al inglés.

Cualquier discrepancia entre las traducciones tanto española como inglesa se resolvió por acuerdo. Un tercer experto, nativo angloparlante, consideró equivalentes la versión original inglesa y la retrotraducción.

La versión española final se juzgó como una traducción adecuada de la original inglesa y fue aprobada por los autores del cuestionario (Sullivan et al., 1995). El intervalo teórico del instrumento se sitúa entre 13 y 62, indicando las puntuaciones bajas escasa catastrofización, y los valores altos, elevada catastrofización.

Cuestionario de Impacto de la Fibromialgia (FIQ)

El FIQ es un cuestionario autoadministrado de 10 ítems, que mide el estado de salud de los pacientes con fibromialgia (Burckhardt et al., 1991).

El primer ítem se centra en la capacidad de los pacientes para realizar actividades físicas. En los 2 siguientes, el paciente ha de indicar el número de días de la semana anterior que se sintió bien y cuántos días de trabajo había perdido. Los 7 restantes se refieren a la capacidad de trabajar, al dolor, la fatiga, el cansancio matutino, la rigidez, la ansiedad y depresión, todos ellos medidos mediante escalas analógicas visuales.

En este estudio se ha utilizado la versión española del FIQ, que ha sido traducida al español y validada (Rivera y Gonzalez, 2004). El intervalo teórico del instrumento se sitúa entre 0 (mínimo impacto de la enfermedad) y 100 (máximo impacto)

Cuestionario Aceptación del dolor Crónico (CPAQ)

El Cuestionario Aceptación del dolor Crónico (CPAQ) (McCracken et al., 2004) ha sido el principal instrumento utilizado para evaluar la aceptación del dolor en personas que experimentan dolor crónico.

El CPAQ es un cuestionario de 20 ítems organizados en una estructura factorial de dos factores. Estos factores fueron denominados «implicación en las actividades» (activity engagement, IA) y «apertura al dolor» (pain willingness, AD).

Todos los ítems se clasifican en una escala de 0 (nunca real) a 6 (siempre real). Nueve ítems miden la apertura al dolor. Siguiendo el procedimiento de calificación de McCracken (McCracken et al., 2004) se calcula la puntuación individual total a partir de estos nueve ítems y de los otros once elementos de medición de la implicación en las actividades. La máxima puntuación total posible es de 120, una puntuación más alta indica una mejor aceptación.

La primera contiene 20 elementos con los cuales se pretende evaluar el nivel de ansiedad del sujeto en un momento determinado, y la segunda pretende identificar a través de otros 20 elementos como el sujeto se siente en general.

2.3. VARIABLES

VARIABLES SOCIODEMOGRAFICAS Y CLINICAS

Se ha diseñado un cuestionario para este estudio que incluye las variables sociodemográficas habituales (sexo, edad), así como variables clínicas sobre la fibromialgia (antecedentes médicos y psiquiátricos familiares y personales, duración de la enfermedad, síntomas principales, comorbilidad médica, etc).

VARIABLES PSICOLÓGICAS

- **CATASTROFIZACIÓN ANTE EL DOLOR:** El catastrofismo es un conjunto de procesos cognitivos y emocionales que predisponen a que el dolor se convierta en crónico. Los individuos que catastrofizan desarrollan una visión muy negativa sobre su dolor, piensan mucho en él y se sienten incapaces de controlarlo, por lo que presentan un peor pronóstico ante cualquier tratamiento (Vowles et al., 2007). Se mide con la Escala de la Catastrofización del Dolor (PCS) que permite analizar tres subescalas: rumiación, magnificación y desesperanza. Se usó la validación española de la escala (García-Campayo et al., 2008a).

- **ANSIEDAD y DEPRESIÓN:** La ansiedad es un estado emocional consistente en reacciones de miedo o aprensión anticipatorio de peligro o amenaza, acompañados de actividad física. La depresión es un trastorno del estado de ánimo, ya sea desde el punto de vista de la psicología o desde el punto de vista de la psiquiatría, pero siempre dentro del ámbito de la psicopatología. Por lo tanto, la ansiedad está relacionada con sensaciones angustiosas y la depresión con la tristeza. Según esta concepción ambas entidades, aparecen como sentimientos que se encuentran íntimamente relacionados, llegando a considerar que los trastornos de ansiedad anteceden casi siempre a un episodio depresivo. De esta manera se piensa que la depresión termina siendo la culminación de un estado de

ansiedad previo. Se mide mediante la Escala de Ansiedad y Depresión en el Hospital (HADS). Es una escala autorreportada que detecta ansiedad y depresión en personas con enfermedades médicas como la fibromialgia. Comprende 14 ítems que se puntúan en una escala Likert de 4 puntos. Incluye dos subescalas: ansiedad y depresión, que se puntúan independientemente. La HADS ha sido validada a población española (Tejero et al., 1986).

- **ACEPTACIÓN DEL DOLOR:** La aceptación implica tener contacto con experiencias desagradables o dolorosas sin que eso influya en nuestra conducta, una participación limitada en la vida o el impedimento de conseguir importantes objetivos en la vida. Aplicar este principio en el dolor crónico significa que, incluso cuando las sensaciones sean intensas, no necesitamos ignorarlas, eliminarlas o controlarlas para que podamos llevar a cabo una vida plena. Se mide utilizando el Cuestionario de Aceptación del Dolor (CPAQ) (McCracken et al., 2004). Se midió esta variable con la validación española de este cuestionario realizado por nuestro grupo de investigación (Rodero et al., 2010).

- **ESTADO DE SALUD:** La salud se define de una forma negativa, como la ausencia de enfermedad. La medición de las funciones físicas, cognitivas, psíquicas y sociales de las personas está contribuyendo a definir de una manera más comprensiva los estados de salud y las necesidades correspondientes. Las personas que presentan alguna limitación en estas funciones ven mermada su calidad de vida, alteran la dinámica familiar, y requieren de cuidados de parte de los servicios de salud, las familias y la comunidad. Se mide mediante el cuestionario SF-36 (Alonso et al., 1995), el cual es un instrumento genérico que contiene 36 ítems que cubren ocho dimensiones del estado de salud y proporcionan un perfil del mismo. Sus ítems detectan tanto estados positivos como negativos de la salud. Y mediante el Cuestionario de Impacto de la Fibromialfia (FIQ). El FIQ, un cuestionario autoadministrado de 10 ítems, mide el estado de salud de los pacientes con fibromialgia (Rivera y González, 2004).

- **DOLOR:** El síntoma principal que define la FM es el dolor generalizado y especialmente intenso a nivel de la columna vertebral y grandes articulaciones (hombro, rodilla, cadera...). Se evalúa con la Escala Analógica Visual del Dolor (Huskisson, 1983).

2.4. PROCEDIMIENTO

Los pacientes fueron distribuidos en cuatro grupos y citados para la intervención grupal, por el mismo terapeuta, con un protocolo de la psicoterapia de aceptación y compromiso, en el Centro de Atención Primaria del Arrabal, Zaragoza.

Las pruebas psicológicas se realizaron, por psicólogas expertas del grupo investigador, antes de comenzar la terapia y a la culminación de la misma (pre/post). También se realizó un seguimiento de seis meses -1 sesión de revisión al mes por grupo-

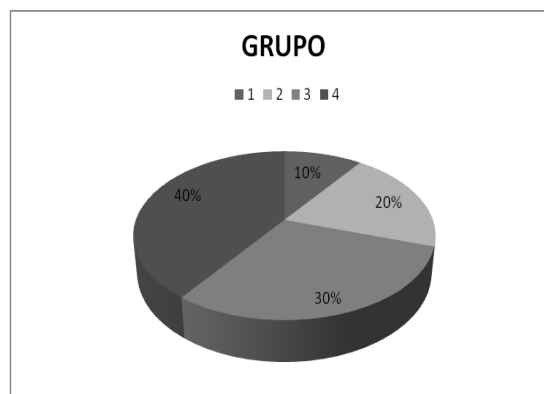
CRONOGRAMA

El estudio de intervención tuvo una duración aproximada de 3 meses por grupo, las sesiones fueron semanales (9 sesiones), cada una de 90 minutos y se programó de la siguiente manera:

GRUPO	FECHAS INTERVENCIÓN
1	OCTUBRE-DICIEMBRE/ 2010
2	ENERO-MARZO/2011
3	ABRIL-JUNIO/2011
4	SEPTIEMBRE/NOVIEMBRE 2011

Durante el estudio, los pacientes continuaron con el tratamiento habitual de elección en la fibromialgia según guías de práctica clínica y no hubo abandonos. Y en la actualidad el estudio sigue abierto, porque a pesar de haber acabado los seguimientos, estamos compilando datos.

Se dividieron a los pacientes en 4 grupos de trabajo, cuya distribución final fue de la siguiente forma,



ANÁLISIS ESTADÍSTICO

Los análisis estadísticos se realizaron con el paquete estadístico SPSS para Windows 15.0., de la siguiente forma:

Análisis descriptivo:

Las variables cualitativas (sexo, antecedentes médicos, etc.) se presentaron mediante la distribución de frecuencias de los porcentajes de cada categoría.

Las variables estudiadas cuantitativas (psicológicas) fueron exploradas con la prueba de conformidad de Kolmogorov – Smirnov (prueba de bondad de ajuste a una distribución normal) y se dieron indicadores de tendencia central (media o mediana) y de dispersión (desviación estándar o percentiles).

La asociación entre factores se investigó mediante pruebas de contraste de hipótesis, comparaciones de medias cuando una de ellas era cuantitativa (prueba T para muestras relacionadas).

El análisis se realizó tomando como nivel de significación $p < 0.05$.

INSTRUMENTOS UTILIZADOS

Los instrumentos utilizados en este estudio y explicados anteriormente en el apartado 2.2 son los siguientes:

A) Pruebas Psicológicas:

- Cuestionario de Aceptación del Dolor (CPAQ)
- Cuestionario de Impacto de la Fibromialgia (FIQ)
- Escala de Ansiedad y Depresión en el Hospital (HADS)
- Escala Visual Analógica para el Dolor (EVA)
- Escala de Catastrofización (PCS)

Terapia ACT

El contenido de la terapia, con protocolos de manual adaptados a este estudio, y distribuido por sesiones, es el siguiente:

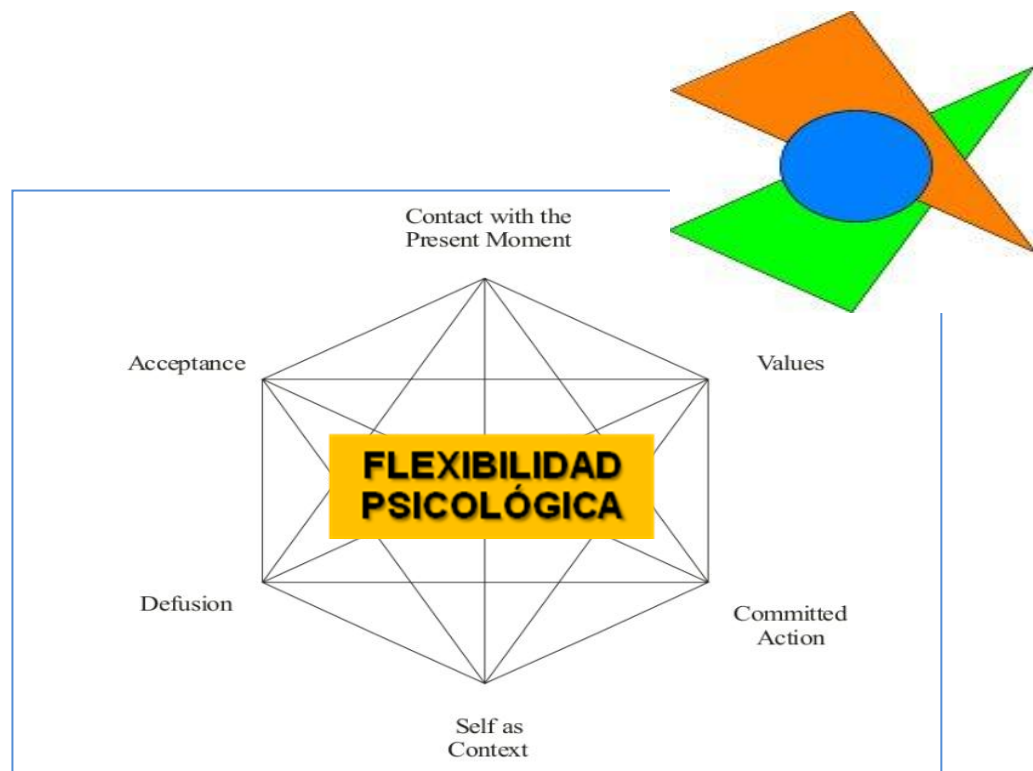
- 1ª SESIÓN: Presentación de las líneas generales de la terapia –ACT-. ¿Qué y quiénes somos? Avances científicos sobre la fibromialgia. Teorías psicológicas del dolor, el sufrimiento y el estrés. Los estresores, miedos e indicadores. Identificar los valores. Aprendiendo a respirar con ejercicios básicos de respiración completa.
- 2ª SESIÓN: Análisis valores I. El trastorno de evitación experiencial. La desesperanza creativa a través de metáforas: el control es el problema y no la solución. Ansiedad, lucha, huida y sus efectos. Aceptando el riesgo del viaje de la vida: experiencias, sentimientos, emociones. Aprendiendo relajación autógena. (Cuestionario de aspiraciones y valores como tareas para casa).
- 3ª SESIÓN con pacientes y familiares directos -1 ó 2 por persona-: Las relaciones interpersonales (roles, dependencias, valores, convivir con la fibromialgia). Dificultades de comunicación y técnicas de resolución de problemas. Inteligencia emocional en familia. Aceptación, compromiso y apoyo familiar. Debate y conclusiones.
- 4ª SESIÓN: Análisis valores II: objetivos. Leyes del pensamiento y consecuencias del lenguaje. Mente y desactivación del pensamiento -cognitive defusion-: tomando distancia con el pensamiento. Aprendiendo meditación, técnicas y efectos. Ejercicios prácticos de meditación (autorregistros para casa).
- 5ª SESIÓN: Análisis valores III: barreras psicológicas y obstáculos. El malestar emocional y sus consecuencias. Fenómenos afectivos, variables de personalidad y estados de salud. Descubriendo compromisos con acciones comprometidas (autorregistro para casa sobre importancia y satisfacción).
- 6ª SESIÓN: Valores y sentimientos. Tomando la iniciativa con un “Plan de actuación y voluntades”. Flexibilidad psicológica, resiliencia y automotivación. Ejercicios de expansión y body scan. Aprendiendo a relajarse con técnicas progresivas (autorregistro para casa).
- 7ª SESIÓN: Tomando una dirección. El yo como contexto, proceso y contenido. Consciencia del presente: “aquí y ahora”. El cerebro y las emociones: el manejo de situaciones y los secuestros amigdalares. Aprendiendo técnicas de exposición con imaginación guiada.

- 8ª SESIÓN: Atrévete y cambia: willingness –determinación-. Autoconciencia, asertividad y autoestima. Ejercicios experienciales de expansión: la sensación sentida. La felicidad según la psicología positiva. Bondades del ejercicio físico: el movimiento.
- 9ª SESIÓN: Preparados para actuar con ACT: la mente, el cuerpo, los pensamientos y las sensaciones. Análisis funcional de las conductas en fibromialgia. La comunicación a través del tacto. Repaso de conceptos, conclusión final y evaluación.

Al comienzo de cada sesión se realiza un pequeño repaso de lo tratado en la anterior, se recogen y comentan los autorregistros además de preguntar a los pacientes por su “kalanchoe” (que es una planta del jardín –ACT- que se llevan el primer día para cuidarla).



En definitiva, se trata de dar forma a lo largo de las sesiones, de los puntos esenciales de la terapia con diferentes estrategias de afrontamiento:



El desarrollo de toda la terapia de aceptación y compromiso llevada a cabo con los cuatro grupos intervenidos, puede seguirse en la página web PROYECTO FIBROMIALGIA ARAGON, creada por nuestro grupo, con la ayuda desinteresada de pacientes y familiares.

Véase: www.proyectofibromialgiaaragon.es



ASPECTOS ÉTICOS

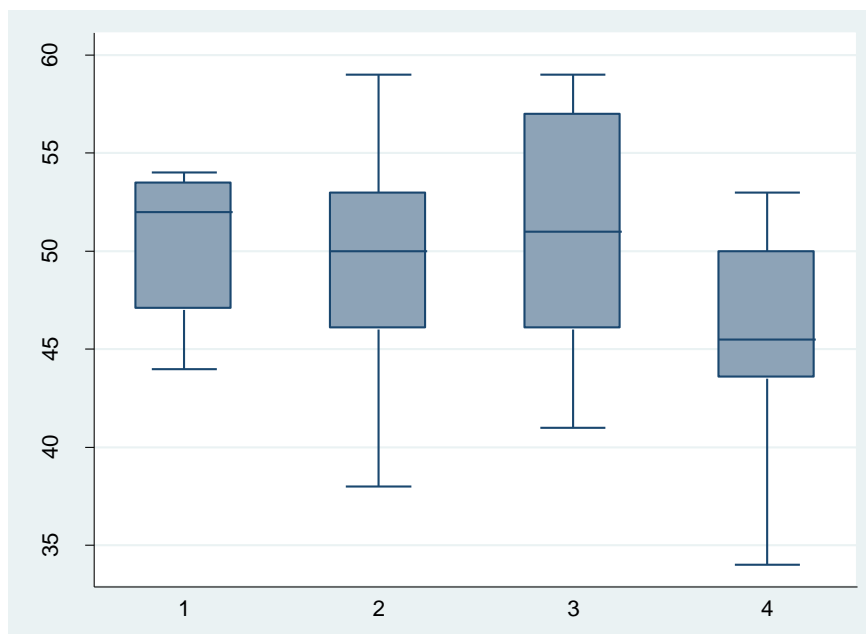
El presente estudio se realizó de acuerdo con el protocolo, los principios establecidos en la última versión de la Declaración de Helsinki (Seúl 2008) y la Ley 14/2007 de Investigación Biomédica. Se obtuvo el consentimiento informado de pacientes antes de comenzar las pruebas. Además se realizó la anonimización de las bases de datos y se veló para mantener la confidencialidad y el anonimato de los participantes, como es habitual en este tipo de estudios.

3. RESULTADOS

DISTRIBUCIÓN DE LAS VARIABLES

Tras realizar la prueba de K-S con todas las variables, se observó que todas ellas mostraban una distribución normal. Consecuentemente, se pudieron utilizar pruebas paramétricas para el contraste de hipótesis.

Y a pesar de que el número de personas asignado a cada grupo fue diferente, no hubo diferencias en cuanto a la edad de las pacientes (p-valor del contraste ANOVA para comparar la edad media de cada grupo fue de 0.067), hecho que nos podía haber sesgado las conclusiones obtenidas. El gráfico que aparece a continuación muestra la distribución de la edad en cada uno de los grupos de trabajo.



RESULTADOS EN VARIABLES PSICOLÓGICAS

Con respecto a los valores de los diferentes cuestionarios de salud mental al inicio del estudio en los diferentes grupos, observamos, como muestra la tabla 1, que no hay diferencias significativas (a excepción) de HADS en depresión en ninguno de los grupos. Esto es importante puesto que partimos de grupos homogéneos en cuanto a las principales variables de interés y variables de posible confusión, como puede ser la edad.

Test al inicio	GRUPO1	GRUPO2	GRUPO3	GRUPO4	p-valor
HADS ansiedad	38,62 (6,47)	31,61 (10,59)	27,57 (8,16)	27,25 (12,29)	0,055
HADS depresión	29,12 (9,35)	28,84 (13,27)	39,21 (13,97)	52,43 (17,95)	0,000
Aceptación (CIPAC)	14,12 (4,38)	13,46 (4,35)	12,57 (3,77)	10,56 (4,11)	0,157
Catastrofización (PCS)	11,62 (4,20)	10,00 (3,02)	8,14 (2,53)	8,12 (4,01)	0,070
EVA	71,57 (5,18)	61,69 (15,04)	63,26 (10,77)	58,22 (15,89)	0,154
FIQ	41,25 (19,95)	40,00 (20,41)	42,85 (18,98)	42,5 (19,49)	0,981
* Se presenta la media y desviación típica. El p-valor corresponde al ANOVA de un factor.					

Tabla 1

Al final del tratamiento se observaron los siguientes cambios que se presentan en la tabla 2. En todos los grupos hubo una disminución de los valores para los distintos test a excepción de aceptación donde la puntuación media subió en todos ellos. Además no existen diferencias en las puntuaciones entre los diferentes grupos de trabajo.

Test al final	GRUPO1	GRUPO2	GRUPO3	GRUPO4	p-valor
Catastrofización (PCS)	22,42 (11,25)	24,72 (9,45)	20,85 (8,49)	0	0,602
Aceptación (CIPAC)	39,85 (15,25)	40,90 (14,85)	50,35 (9,91)	53,13 (14,98)	0,067
HADS ansiedad	11,14 (5,33)	10,27 (3,13)	10,57 (3,52)	10,00 (3,16)	0,914
HADS depresión	10,42 (5,38)	5,72 (3,25)	7,21 (2,80)	7,80 (3,74)	0,080
FIQ	63,97 (11,92)	46,49 (20,78)	58,97 (10,52)	57,97 (13,68)	0,080
EVA	27,85 (11,49)	52,27 (19,54)	49,61 (14,64)	0	0,009
* Se presenta la media y desviación típica. En el grupo 4 no se midió la catastrofización ni la EVA. El p-valor corresponde al ANOVA de un factor.					

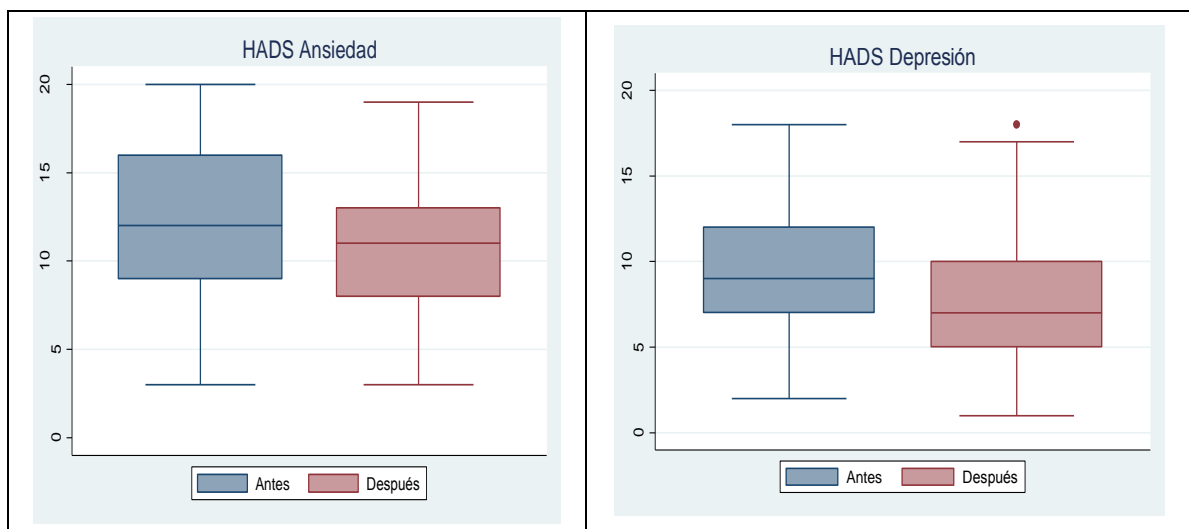
Tabla 2

En cuanto a las diferencias en los cambios de cada uno de los grupos referidos a la puntuación media de los test. Se observa -Tabla 3- que el grupo2 y grupo3 tuvieron los mejores resultados ya que consiguieron mejorar en la puntuación de la mayoría de los constructos estudiados

Test inicio vs test final	GRUPO1	GRUPO2	GRUPO3	GRUPO4
Catastrofización (PCS)	0,015	0,075	0,025	*
Aceptación (CIPAC)	0,186	0,047	0,041	0,840
HADS ansiedad	0,111	0,008	0,010	0,327
HADS depresión	0,420	0,017	0,239	0,383
FIQ	0,099	0,006	0,032	0,580
EVA	0,197	0,137	0,340	*
* se presenta el p-valor correspondiente al test T Student para muestras pareadas				

Tabla 3

Los resultados globales obtenidos en los test psicológicos se pueden observar en la siguiente gráfica (Figura 2), donde podemos apreciar la distribución de estas variables para el grupo de los pacientes antes y después de la terapia, así como el valor de la mediana.



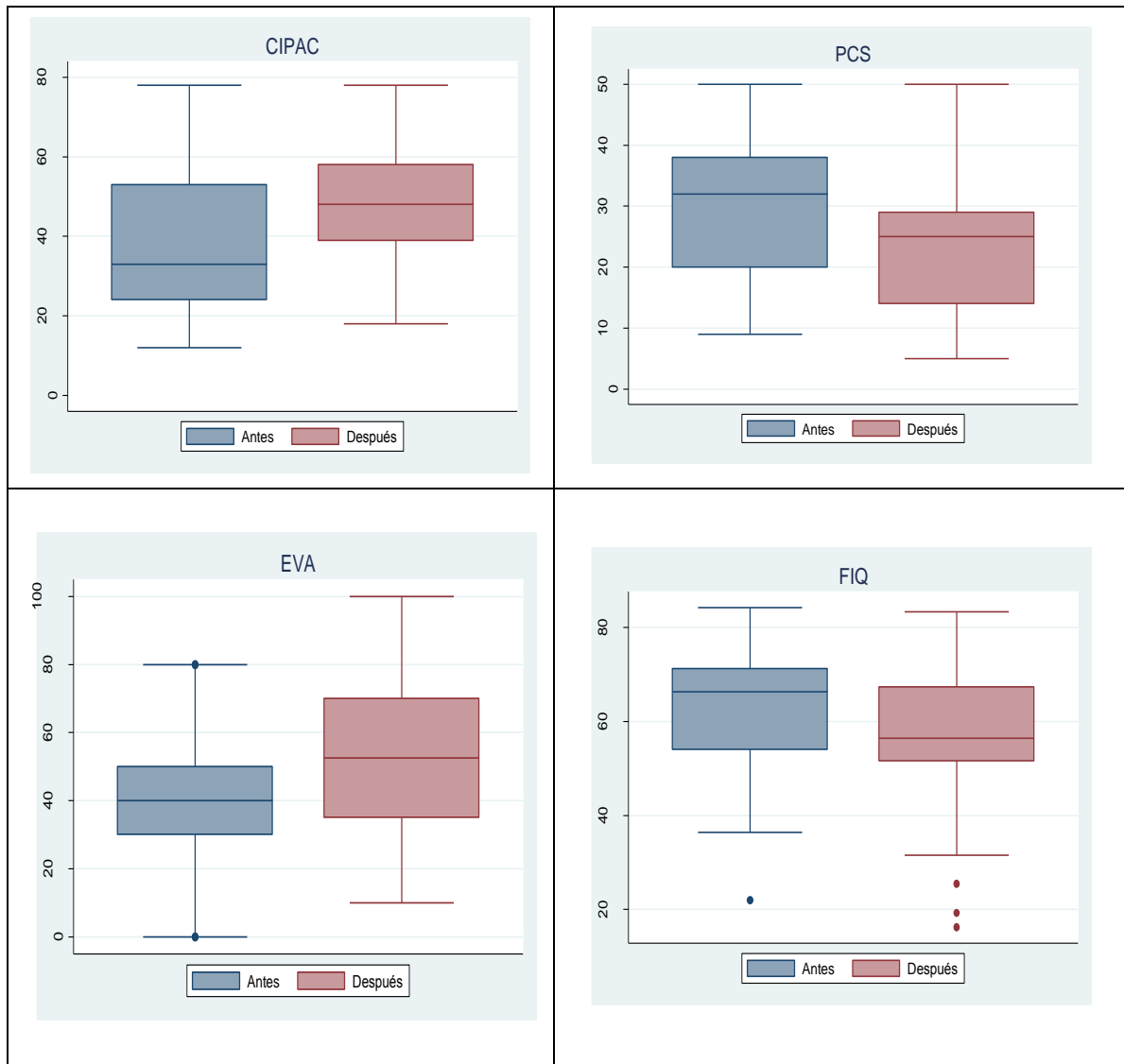


Figura 2. Comparación de los resultados de los tests psicológicos antes y después de la terapia.

Para comprobar si las variaciones representadas en la figura anterior (Figura 2) eran estadísticamente significativas, se realizó un análisis de comparación de medias (prueba T para muestras relacionadas). La Tabla 4 muestra los resultados obtenidos en los test psicológicos para el conjunto de pacientes antes y después de la terapia, así como las diferencias existentes entre antes y después y la significación estadística de estas variaciones:

Test	Antes (σ)	Después (σ)	Variación %	p-valor
HADS ansiedad	13.25 (4.17)	10.59 (3.74)	-20	<0.05
HADS depresión	9.50 (3.37)	7.41 (3.93)	-22	<0.05
Aceptación (CIPAC)	40.00 (17.77)	47.38 (14.40)	18	<0.05
Catastrofización (PCS)	31.72 (9.19)	22.53 (9.31)	-29	<0.05
EVA	41.61 (19.93)	45.65 (18.34)	10	NS
FIQ	63.90 (12.75)	56.78 (15.30)	-11	<0.05

Tabla 4. Valores de los test psicológicos para el grupo de pacientes antes y después de la aplicación de la terapia. NS: no significativo estadísticamente.

4. DISCUSIÓN

A continuación pasaremos a discutir los resultados siguiendo similares epígrafes a los de la sección anterior.

ASPECTOS DEMOGRÁFICOS

Como se ha indicado, el estudio estaba compuesto por una muestra total de 56 sujetos. Los grupos eran homogéneos en cuanto a las principales variables de interés y variables de posible confusión, no siendo la diferencia en edad de los pacientes de los grupos un sesgo del resultado, como se ha demostrado.

ASPECTOS PSICOLÓGICOS

En este estudio se analizaron las diferencias en variables clínicas y psicológicas en pacientes con fibromialgia, antes y después del tratamiento psicoterapéutico (ACT). Se observaron cambios importantes en los pacientes con fibromialgia antes y después de realizar la psicoterapia, cambios que mostraron una significación estadística, como en el constructo de catastrofización de los pacientes ante el dolor. El catastrofismo está relacionado con la predisposición a que el dolor se convierta en crónico, por ello, una mejoría ante la magnificación del dolor, la rumiación y la falta de control sobre el mismo, puede resultar un dato muy relevante. Las mejoras en catastrofismo conllevan el uso de un mayor número de estrategias activas de afrontamiento ante la enfermedad, menor pasividad ante los dolores y mayor número de conductas saludables, aspectos clave en el manejo de la enfermedad. Asimismo, se observó una menor sensibilidad al dolor, y a la importancia que éste cobra en la vida de los pacientes.

Se observó, igualmente, una mejora significativa en la aceptación del dolor por parte de los pacientes, aumentando la probabilidad de que estos lleven a cabo una vida plena a pesar de la enfermedad.

En las variables clínicas de ansiedad y depresión también se observó una disminución en los participantes de la terapia, disminuyendo su puntuación media a casi el rango de normalidad en la variable depresión y escapando del diagnóstico de caso en ansiedad.

El cuestionario de impacto de la enfermedad (FIQ) también reportó una mejora significativa, a pesar de la variabilidad interindividual. Tras la realización de la terapia de aceptación y compromiso los pacientes mostraron mejoras en la afectación física, psicológica, social y global de la enfermedad.

Sin embargo, el dolor que experimentan los pacientes, evaluado a través de la Escala Analógica Visual, no pareció mejorar en las medidas post-tratamiento.

ESCALA ANALÓGICA VISUAL	
Sin dolor	Máximo dolor

5. CONCLUSIÓN

CARACTERÍSTICAS DEL ESTUDIO

Nuestro estudio puede considerarse pionero en cuanto que se evalúan los cambios producidos por la psicoterapia de aceptación y compromiso en pacientes de fibromialgia y en formato grupal, con resultados muy prometedores.

Algunos de los principales puntos fuertes de este trabajo son:

1. Estudio controlado randomizado y longitudinal, antes y después de la terapia de ACT.
2. Primer estudio de ACT grupal en fibromialgia
3. Tamaño muestral adecuado para el contraste de hipótesis.

Sin embargo, no está exento de limitaciones, y algunas de las principales son las siguientes:

1. No se trata de un estudio multicéntrico.
2. Dado el tamaño de la muestra, no se agrupan los pacientes teniendo en cuenta medicación y comorbilidad.
3. La muestra ha sido reclutada en una consulta de Salud Mental, y no en el servicio de atención primaria, por lo que podría no ser representativa de la población que padece esta enfermedad.

Por todo lo anterior y a tenor de estos sugerentes resultados, seguimos en nuestro grupo implementando datos con los controles, después de los seguimientos, con el fin de dar a conocer los resultados finales en toda su dimensión. Además estamos barajando la posibilidad de establecer a futuro, otras medidas de pronóstico como la cordancia electroencefalográfica y analizar el coste- efectividad de la psicoterapia de aceptación y compromiso.

6. BIBLIOGRAFÍA

- Adler GK, Geenen R. Hypothalamic-pituitary-adrenal and autonomic nervous system functioning in fibromyalgia. *Rheum Dis Clin North Am*. 2005;31:187-202.
- Alegre de Miguel, C. y Sellas Fernández, A. (2008). Fibromyalgia: Feeling and pain. *Medicina Clínica*, 131, 503-504.
- Bengtsson, A (2002). The muscle in fibromyalgia. *Rheumatology*, 41, 721-724.
- Andreu JL, Sanz J. La fibromialgia y su diagnóstico. *Rev Clin Esp*. 2005; 205:333-6.
- Arnold LM, Hudson JI, Hess EV, Ware AE, Fritz DA, Auchenbach MB, et al. Family study of fibromyalgia. *Arthritis Rheum*. 2004;50:944- 52.
- Beck, A.T., Rush, A.J., Shaw, B.F., y Emery, G. (1979). *Cognitive therapy of depression*. New York: The Guilford Press.
- Bengtsson, A y Bengtsson M. (1988). Regional sympathetic blockade in primary fibromyalgia. *Pain*, 33, 161-167.
- Bennett R. The Fibromyalgia Impact Questionnaire (FIQ): a review of its development, current version, operating characteristics and uses. *Clin Exp Rheumatol*. 2005;23:S154-62.
- Carmona L, Ballina J, Gabriel R, Laffon A. The burden of musculoskeletal diseases in the general population of Spain: results from a national survey. *Ann Rheum Dis*. 2001;60:1040.
- Cloninger, C.R. (1987). A systematic method for clinical description and classification of personality variants. A proposal. *Archives of General Psychiatry*, 44, 573-578.
- Cohen, H. Buskila, D., Neumann, L. y Ebstein, R.P. (2002) Confirmation of an association between fibromyalgia and serotonin transporter promoter region (5-HTTLPR) polymorphism, and relationship to anxiety-related personality traits. *Arthritis and Rheumatism*, 46, 845-847.
- Cook DB, Lange G, Ciccone DS, et al. Functional imaging of pain in patients with primary fibromyalgia. *J Rheumatol* 2004;31:364 -378.
- Chapman, C.R, Tuckett, R.P., y Song, C.W. (2008). Pain and stress in a systems perspective: reciprocal neural, endocrine, and immune interactions. *Journal of Pain*, 9, 122-145.
- Diatchenko L, Slade GD, Nackley AG, Bhalang K, Sigurdsson A, Belfer I, et al. Genetic basis for individual variations in pain perception and the development of a chronic pain condition. *Hum Mol Genet*. 2005;14:135- 43.
- Dunn, A.J. (2006). Effects of cytokines and infections on brain neurochemistry. *Clinical Neuroscience Research*, 6, 52-68.
- Ellis, A., y MacLaren, C. (1998). *Rational-emotive behavior therapy: A therapist's Guide*. California: Impact Publishers.
- García Campayo J, Rodero B, Alda M, Sobradie N, Montero J, Moreno S. Validación de la versión española de la Pain Catastrophizing Scale en pacientes con fibromialgia. *Med Clin (Barc)* 2008; 131: 487-92.

- García Campayo J, Magdalena J, Magallón R, Fernandez-García E, Salas M, Andrés E: A meta-analysis of the efficacy of fibromyalgia treatment according to level of care. *Arthritis Res Ther* 2008, 10:R81.
- García Campayo J, Fayed N, Serrano-Blanco A, Roca M: Brain dysfunction behind functional symptoms: neuroimaging and somatoform, conversive, and dissociative disorders. *Curr Opin Psychiatry* 2009, 22:224-231.
- García-Fructuoso FJ. Procedimiento para la utilización del polimorfismo del gen COMT (catecol-oxi-metiltransferasa) en el pronóstico de la gravedad de la fibromialgia. *Boletín Oficial de la Propiedad Industrial*. 2005; 2:16.
- Goldenberg DL, Burckhardt C, Crofford L. Management of fibromyalgia syndrome. *JAMA*. 2004;292:2388-95.
- Gómez, S. (2006a). Budismo y terapia de aceptación y compromiso. Similitudes y diferencias. Comunicación presentada en el 8th Internacional Congress on Behavior Studies. Santiago de Compostela. España.
- Graceley RH, Geisser ME, Giesecke T, Grant MA, Petzke F, Williams DA, et al. Pain catastrophizing and neural responses to pain among person with fibromyalgia. *Brain* 2004; 127: 835-43.
- Guo S, Thompson E. Performing the exact test of Hardy-Weinberg proportion for multiple alleles. *Biometrics*. 1992;48:361-72.
- Gursoy S, Erdal E, Herken H, Madenci E, Alasehirli B, Erdal N. Significance of catechol-O-methyltransferase gene polymorphism in fibromyalgia syndrome. *Rheumatol Int*. 2003;23:104-7.
- Gutiérrez, O., Luciano, M.C., Rodríguez, M., y Fink, B. (2004). Comparasion between an acceptance-based and cognitive-control-based protocol for coping with pain. *Behavior Therapy*, 35. 767-783.
- Hayes, S.C., Strosahl, K.D., y Wilson, K.G. (1999). *Acceptance and Commitment Therapy: An experiential approach to behavior change*. New York: The Guilford Press.
- Hayes, S.C., Barnes-Holmes, D., y Roche, B. (Eds.). (2001). *Relational Frame Theory: a Post-Skinnerian account of human language and cognition*. New York: Plenum Press.
- Hayes, SC. (2004a). Acceptance and commitment therapy and the new behavior therapies. En SC Hayes, VM Follette y MM Linehan (Eds.), *Mindfulness and acceptance: Expanding the cognitive behavioral tradition* (pp. 1-29). Nueva York: The Guilford Press.
- Hayes, S.C. (2004a). Acceptance and commitment therapy and the new behaviour therapies. En SC Hayes, VM Follette y MM Linehan (Eds.). *Mindfulness and acceptance: Expanding the cognitive behavioral tradition* (pp.1-29). Nueva York: The Guilford Press.
- Hayes SC, Luoma JB, Bond FW, Masuda A, Lillis J. Acceptance and commitment therapy: model, processes and outcomes. *Behav Res Ther* 2006;44:1 -25.
- Jones AK, Brown WD, Friston KJ, Qi LY, Frackowiak RS: Cortical and subcortical localization of response to pain in man using positron emission tomography. *Proc Biol Sci* 1991, 244:39-44.

- Kolenberg, R.J. y Tsai, M. (1991). Functional analytic psychotherapy: Creating intense and curative therapeutic relationship. New York: Plenum
- Linehan, M.M. (1993a). Cognitive-behavioral treatment of borderline personality disorder. New York: The Guilford Press.
- Luciano, M.C., y Hayes, S.C. (2001). Trastorno de evitación experiencial. *Revista Internacional de psicología y Salud*, 1, 109-157.
- Luciano, M.C., Rodríguez, M. y Gutiérrez, O.(2004). A proposal for synthesizing verbal contexts in experiential avoidance disorder and acceptance and commitment therapy. *International Journal of Psychology and Psychological Therapy*, 4, 377-394.
- Mannisto PT, Kaakkola S. Catechol-O-methyltransferase (COMT): biochemistry, molecular biology, pharmacology, and clinical efficacy of the new selective COMT inhibitors. *Pharmacol Rev.* 1999;51:593-628.
- Marriot, I. (2004). The role of tachykinins in central nervous system inflammatory responses. *Frontiers in Bioscience*, 9, 2153-2165.
- Martínez-Lavin M. Fibromyalgia as a sympathetically maintained pain syndrome. *Curr Pain Headache Rep.* 2004;8:385-9.
- Martinez-Lavin, M (2007). Biology and therapy of fibromyalgia. Stress, the stress response system, and fibromyalgia. *Arthritis Research & Therapy*, 9, 216.
- Martínez-Lavin M, Ramos Kuri M, Hernández F. Exploring a genomic basis for fibromyalgia's dysautonomic nature: catechol-O-methyl transferase (COMT) val-158-met polymorphism. *Arthritis Rheum.* 2004;50: S548.
- McCracken LM. Learning to live with the pain: acceptance of pain predicts adjustment in persons with chronic pain. *Pain* 1998;74: 21 -7.
- McCracken, Vowles KE, Eccleston C. Acceptance of chronic pain: component analysis and a revised assessment method. *Pain* 2004; 107: 159-66
- Mienchenbaum, D.H. (1977). Cognitive-behavior modification: An integrative approach. New York: Plenum.
- Moldosfcky, H. (2008). The significance of the sleeping-waking brain for the understanding of widespread musculoskeletal pain and fatigue in fibromyalgia syndrome and allied syndromes. *Joint Bone Spine*, 75, 397-402.
- Offenbaecher, M. Bondy, B., de Jonge, S., Glatzeder, K., Kruger, M., Schoeps, P. et al. (1998). Possible association of fibromyalgia with a polymorphism in the serotonin transporter gene regulatory region. *Arthritis and Rheumatism*, 42, 2482-2488.
- Rivera J, González T. The Fibromyalgia Impact Questionnaire: a validated Spanish version to assess the health status in women with fibromyalgia. *Clin Exp Rheumatol.* 2004;22:554-60.
- Rodero B, García-Campayo J, Casanueva B, del Hoyo YL, Serrano-Blanco A, Luciano JV. Validation of the Spanish version of the Chronic Pain Acceptance Questionnaire (CPAQ) for the assessment of acceptance in fibromyalgia. *Health Qual Life Outcomes.* 2010 ;8:37.

- Rosenkranz, M.A., Jackson, D.C., Dalton, K.M. Dolski, I., Ryff, C.D., Singer, B.H., et al (2003). Affective style and in vivo immune response: neurobehavioral mechanisms. *Proceedings of the National Academy of Sciences of the United States of America*, 100, 11148-11152.
- Roy-Byrne, P., Smith, W. R., Golberg, J., Afari, N. y Buchwald, D. (2004). Post-traumatic stress disorder among patients with chronic pain and chronic fatigue. *Psychological Medicine*, 34, 363-368.
- Sayar, K., Gulec, H., Topbas, M., y Kalyoncu, A. (2004). Affective distress and fibromyalgia. *Swiss Medical Weekly*, 134, 248-253.
- Segal, Z. V., Williams, J.M.G., y Teasdale, J.D. (2002). *Mindfulness-based cognitive therapy for depression: A new approach to preventing relapse*. New York: The Guilford Press.
- Solano, C., Martinez, A., et al. (2009). Autonomic Dysfunction in Fibromyalgia Assesed by the Composite Autonomic Symptoms Scale (COMPASS). *Journal of Clinical Rheumatology*, 15, 172-6
- Staud R. New evidence for central sensitization in patients with fibromyalgia. *Curr Rheumatol Rep*. 2004;6:259.
- Sullivan MJL, Bishop S, Pivik J. The Pain Catastrophizing Scale: development and validation. *Psychol Assess* 1995; 7:524 -32.
- Valverde M, Juan A, Ribas B, Benito Urbina JC, Carmona I, y grupo de trabajo EPISER 2000 Prevalencia de la fibromialgia en la población española. Estudio EPISER 2000. *Rev Esp Reumatol* 2000; 27:157.
- Villanueva V, Valia J, Cerda G. Fibromialgia: diagnóstico y tratamiento. El estado de la cuestión. *Rev Soc Esp Dolor*. 2004;11:50-63.
- Walkins, L.R., Hutchinson, M.R, et al. (2007). "Listening" and "talking" to neurons: implications of immune activation for pain control and increasing the efficacy of opioids. *Brain Research Reviews*, 56, 148-169.
- Wilson K, Luciano C. *Terapia de Aceptación y Compromiso (ACT). Un tratamiento conductual orientado a los valores*. Madrid: Pirámide, 2002.
- Wolfe F, Smythe HA, Yunus MB, Bennet RM, Bombardier C, Goldenberg DL, Tugwell P, Campbell SM: The American College of Rheumatology 1990 Criteria for the classification of fibromyalgia: Report of the Multicenter Criteria Committee. *Arthritis Rheum* 1990, 33:160-172.
- Wolfe F, Ross K, Anderson J, Russell IJ: The prevalence and characteristics of fibromyalgia in the general population. *Arthritis Rheum* 1995, 38:19-28.
- Wolfe F: Fibromyalgia, the clinical syndrome. *Rheum Dis Clin North Am* 1989, 15:1-18.
- Yunus MB. Genetic factors in fibromyalgia syndrome. *Z Rheumatol*. 1998;57 Suppl 2:61-2.
- Zubieta JK, Heitzeg MM, Smith YR, Bueller JA, Xu K, Xu Y, et al. COMT val158met genotype affects mu-opioid neurotransmitter responses to a pain stressor. *Science*. 2003;299:1240-3.
- www.bancoadn.org
- www.echarne.com
- www.fundacionfatiga.org
- www.ncbi.nlm.nih.gov/omim

7. ANEXOS

ANEXO 1-BÚSQUEDA BIBLIOGRÁFICA-

PUBMED -MESH-

systematic[sb] AND ("fibromyalgia"[MeSH Terms] OR "fibromyalgia"[All Fields])

-FIBROMIALGIA-: 195 resultados de revisiones sistemáticas

acceptance[All Fields] AND ("Commitment"[Journal] OR "commitment"[All Fields]) AND ("therapy"[Subheading] OR "therapy"[All Fields] OR "therapeutics"[MeSH Terms] OR "therapeutics"[All Fields])

acceptance[All Fields] AND commitment[All Fields] AND ("therapy"[Subheading] OR "therapeutics"[MeSH Terms] OR therapy[Text Word])

-TERAPIA DE ACEPTACIÓN Y COMPROMISO-: 378 resultados (50 en el último año, 92 en los dos últimos años, 125 en los tres años últimos, 180 en los últimos cinco años)

- (acceptance[All Fields] AND ("Commitment"[Journal] OR "commitment"[All Fields]) AND ("therapy"[Subheading] OR "therapy"[All Fields] OR "therapeutics"[MeSH Terms] OR "therapeutics"[All Fields])) AND ("fibromyalgia"[MeSH Terms] OR "fibromyalgia"[All Fields])

-TERAPIA DE ACEPTACIÓN Y COMPROMISO EN PACIENTES CON FIBROMIALGIA-:

1 Resultado

[Clin Exp Rheumatol.](#) 2011 Nov-Dec; 29 (6 Suppl 69): S97-103. Epub 2012 03 de enero

Eficacia de la multidisciplinario tratamiento de la sintomatología y la calidad de vida en mujeres con fibromialgia .

[Carbonell Baeza-A](#) , [Aparicio VA](#) , [Chillón P](#) , [Femia P](#) , [Delgado Fernández M](#) , [Ruiz JR](#) .

Fuente

Departamento de Educación Física y el Deporte de la Universidad de Granada, Granada, España. anellba@ugr.es

22243556 [PubMed - indexado para MEDLINE]

ANEXO 2 –PROTOCOLO–

**PROTOCOLO PSICOTERAPIA
GRUPAL DE ACEPTACIÓN Y
COMPROMISO EN PACIENTES CON
FIBROMIALGIA**

Centro de referencia: _____

Número de entrevista: _____

Fecha: _____

Nombre del entrevistador: _____

Teléfono de contacto: _____

Fecha para próxima entrevista: _____

1.- ESCALA DE CATASTROFIZACION

Nombre:

Edad: Género: Fecha:

Todas las personas experimentamos situaciones de dolor en algún momento de nuestra vida. Tales experiencias pueden incluir dolor de cabeza, dolor de muelas, dolor muscular o de articulaciones. Las personas estamos a menudo expuestas a situaciones que pueden causar dolor como las enfermedades, las heridas, los tratamientos dentales o las intervenciones quirúrgicas. Estamos interesados en conocer el tipo de pensamientos y sentimientos que usted tiene cuando siente dolor.

A continuación se presenta una lista de 13 frases que describen diferentes pensamientos y sentimientos que pueden estar asociados al dolor. Utilizando la siguiente escala, por favor, indique el grado en que usted tiene esos pensamientos y sentimientos cuando siente dolor.

0: Nada en absoluto 1: Un poco 2: Moderadamente 3: Mucho 4: Todo el tiempo

Cuando siento dolor...

1. Estoy preocupado todo el tiempo pensando en si el dolor desaparecerá

2. Siento que ya no puedo más

3. Es terrible y pienso que esto nunca va a mejorar

4. Es horrible y siento que esto es más fuerte que yo

5. Siento que no puedo soportarlo más

6. Temo que el dolor empeore
7. No dejo de pensar en otras situaciones en las que experimento dolor
8. Deseo desesperadamente que desaparezca el dolor
9. No puedo apartar el dolor de mi mente
10. No dejo de pensar en lo mucho que me duele
11. No dejo de pensar en lo mucho que deseo que desaparezca el dolor
12. No hay nada que pueda hacer para aliviar la intensidad del dolor
13. Me pregunto si me puede pasar algo grave

Total

2.- CUESTIONARIO DE ACEPTACIÓN ANTE EL DOLOR

Instrucciones: A continuación, encontrará una lista de afirmaciones. Puntúe cada una de ellas haciendo un círculo en el número que mejor defina la frecuencia con la que dicha información es cierta para usted. Utilice la siguiente escala de puntuación para hacer su elección. Por ejemplo, si cree que una afirmación es “siempre cierta” para usted, deberá seleccionar un 6 en el espacio para su respuesta.

0	1	2	3	4	5	6
Nunca cierta	Muy raramente cierta	Raramente cierta	A veces cierta	A menudo cierta	Casi siempre cierta	Siempre cierta

1. Continúo haciendo las cosas de la vida diaria sea cual sea mi nivel de dolor
2. Mi vida va bien, aunque tenga dolor crónico
3. No importa sentir dolor
4. Si tuviera que sacrificar cosas importantes de mi vida para controlar mejor este dolor, lo haría con mucho gusto
5. No necesito controlar el dolor para poder llevar bien mi vida
6. Aunque las cosas han cambiado, llevo una vida normal pese a mi dolor crónico
7. Tengo que concentrarme para poder librarme del dolor
8. Hay muchas actividades que hago cuando tengo dolor
9. Llevo una vida plena aunque tenga dolor crónico
10. Controlar el dolor es un objetivo menos importante que otros objetivos de mi vida
11. Antes de poder tomar decisiones importantes en mi vida, mis ideas y sentimientos

hacia el dolor deben cambiar

12. A pesar del dolor, ahora me ciño a una dirección concreta en mi vida
13. Tener controlado el nivel de dolor es la primera prioridad cuando hago algo
14. Antes de poder hacer planes en serio, tengo que tener algo de control sobre el dolor
15. Cuando aumenta el dolor, puedo seguir ocupándome de mis responsabilidades
16. Podría controlar mejor mi vida si pudiera controlar mis pensamientos negativos sobre el dolor
17. Evito enfrentarme a situaciones en las que el dolor pudiera aumentar
18. Mis preocupaciones y miedos sobre lo que el dolor puede hacerme son auténticos
19. Es un alivio darse cuenta de que no tengo por qué cambiar el dolor para seguir con mi vida
20. Cuando tengo dolores, me cuesta mucho hacer cosas

Puntuación:

Disposición para las actividades = Sume los ítems 1, 2, 3, 5, 6, 8, 9, 10, 12, 15, 19.

Aceptación del dolor = Invierta las puntuaciones de los ítems 4, 7, 11, 13, 14, 16, 17, 18, 20 y súmelas.

Total Disposición para las actividades:

Total Aceptación del dolor:

3.- HADS

A.1. Me siento tenso/a o nervioso/a:

- 3. Casi todo el día
- 2. Gran parte del día
- 1. De vez en cuando
- 0. Nunca

A.2. Siento una especie de temor como si algo malo fuera a suceder:

- 3. Sí, y muy intenso
- 2. Sí, pero no muy intenso
- 1. Sí, pero no me preocupa
- 0. No siento nada de eso

A.3. Tengo la cabeza llena de preocupaciones:

- 3. Casi todo el día
- 2. Gran parte del día
- 1. De vez en cuando
- 0. Nunca

A.4. Soy capaz de permanecer sentado/a tranquilo/a y relajado/a:

- 0. Siempre
- 1. A menudo
- 2. Raras veces
- 3. Nunca

A.5. Experimento una desagradable sensación de «nervios y hormigueos» en el estómago:

- 0. Nunca
- 1. Sólo en algunas ocasiones
- 2. A menudo
- 3. Muy a menudo

A.6. Me siento inquieto/a como si no pudiera parar de moverme:

- 3. Realmente mucho
- 2. Bastante
- 1. No mucho
- 0. En absoluto

A.7. Experimento de repente sensaciones de gran angustia o temor:

- 3. Muy a menudo
- 2. Con cierta frecuencia
- 1. Raramente
- 0. Nunca



D.1. Sigo disfrutando de las cosas como siempre:

- 0. Ciertamente, igual que antes
- 1. No tanto como antes
- 2. Solamente un poco
- 3. Ya no disfruto con nada

D.2. Soy capaz de reírme y ver el lado gracioso de las cosas:

- 0. Igual que siempre
- 1. Actualmente, algo menos
- 2. Actualmente, mucho menos
- 3. Actualmente, en absoluto

D.3. Me siento alegre:

- 3. Nunca
- 2. Muy pocas veces
- 1. En algunas ocasiones
- 0. Gran parte del día

D.4. Me siento lento/a y torpe:

- 3. Gran parte del día
- 2. A menudo
- 1. A veces
- 0. Nunca

D.5. He perdido el interés por mi aspecto personal:

- 3. Completamente
- 2. No me cuido como debería hacerlo
- 1. Es posible que no me cuide como debiera
- 0. Me cuido como siempre lo he hecho

D.6. Espero las cosas con ilusión:

- 0. Como siempre
- 1. Algo menos que antes
- 2. Mucho menos que antes
- 3. En absoluto

D.7. Soy capaz de disfrutar con un buen libro o con un buen programa de radio o televisión:

- 0. A menudo
- 1. Algunas veces
- 2. Pocas veces
- 3. Casi nunca



4.- FIQ

INSTRUCCIONES: En las preguntas que van de la a a la i, por favor rodee con un círculo el número que mejor describa cómo se encontró en general durante la última semana. Si no tiene costumbre de realizar alguna de las siguientes actividades, tache la pregunta.

1. Ha sido usted capaz de:

	Siempre	La mayoría de las veces	En ocasiones	Nunca
a. Hacer la compra	0	1	2	3
b. Hacer la colada con lavadora	0	1	2	3
c. Preparar la comida	0	1	2	3
d. Lavar los platos y los cacharros de la cocina a mano	0	1	2	3
e. Pasar la fregona, la mopa o la aspiradora	0	1	2	3
f. Hacer las camas	0	1	2	3
g. Caminar varias manzanas	0	1	2	3
h. Visitar a amigos / parientes	0	1	2	3
i. Utilizar transporte público	0	1	2	3

2. ¿Cuántos días de la última semana se sintió bien?

0 1 2 3 4 5 6 7

3. ¿Cuántos días de la última semana faltó usted al trabajo por causa de la fibromialgia?

(Si no trabaja fuera de casa deje la pregunta en blanco)

0 1 2 3 4 5 6 7

4. Cuando fue a trabajar ¿cuánta dificultad le causaron el dolor u otros síntomas de su fibromialgia en el desempeño del trabajo?

sin dificultad 0 1 2 3 4 5 6 7 8 9 10 máxima dificultad

5. ¿Cómo ha sido de fuerte el dolor?

sin dolor 0 1 2 3 4 5 6 7 8 9 10 dolor muy fuerte

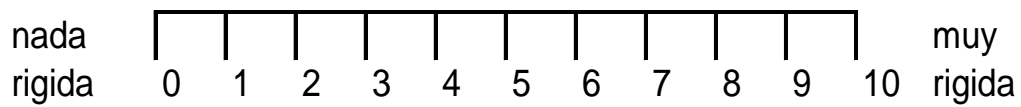
6. ¿Cómo se ha encontrado de cansada?

nada cansada 0 1 2 3 4 5 6 7 8 9 10 muy cansada

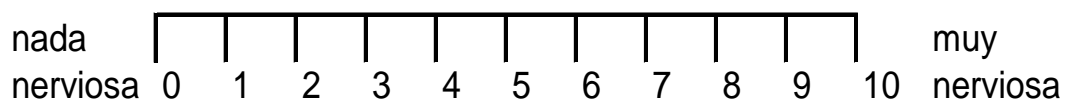
7. ¿Cómo se ha sentido al levantarse por las mañanas?

descansada 0 1 2 3 4 5 6 7 8 9 10 muy cansada

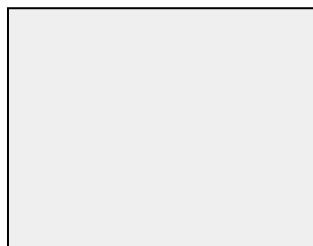
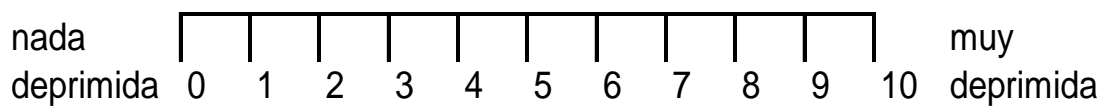
8. ¿Cómo se ha notado de rígida o agarrotada?



9. ¿Cómo se ha notado de nerviosa, tensa o angustiada?



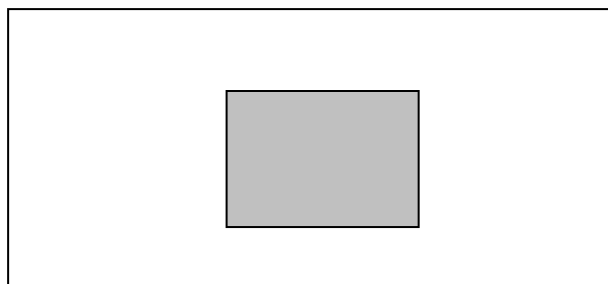
10. ¿Cómo se ha sentido de deprimida o triste?



5.- ESCALA VISUAL ANALÓGICA (EVA)

Este cuestionario es muy simple. Se refiere a la intensidad del dolor que está usted padeciendo hoy. El extremo izquierdo de la raya representa la ausencia de dolor, es decir, aquella situación en la que no le duele absolutamente nada. El extremo derecho de la raya representa el peor dolor imaginable. Debe indicar la intensidad de del dolor que está padeciendo hoy realizando una marca en la línea

Sin dolor _____ Máximo dolor





ACT

1. Aceptamos las sensaciones (sufrimiento y miedo).
2. Relativizamos los pensamientos (no todo es realidad).
3. Descubrimos nuestros valores (aquellos que nos merece la pena seguir).
4. Iniciamos la acción comprometida hacia esos valores
5. Activamos la conciencia plena del presente.
6. Descubrimos quiénes somos por encima de pensamientos, emociones o imágenes sociales.

ACT

37

**¡CUÍDA TU PLANTA,
RIEGA TU JARDÍN,...
CULTIVA CON ILUSIÓN TU HUERTO!**



¡Gracias por probar ACT. Nos vemos pronto,... hasta siempre!

ACT Adaptado de ACT Manual

1100