



PONTIFICIA UNIVERSIDAD CATÓLICA DE CHILE  
FACULTAD DE CIENCIAS SOCIALES  
Escuela de Psicología

# **Implementación de una Intervención Basada en la Terapia de Aceptación y Compromiso para Pacientes con Dolor Crónico Adaptada al Contexto del CRS Cordillera Oriente**

**MARÍA LUISA REYES ABARCA**

Profesores guía: Lydia Gómez y Álvaro Vergés

Trabajo de Grado presentado a la Escuela de Psicología de la Pontificia Universidad Católica de Chile, como requisito para optar al grado académico de Magíster en Psicología de la Salud.

Marzo, 2021  
Santiago, Chile

## **Agradecimientos**

Agradezco a mi familia y amigos, por su apoyo incondicional, sobre todo durante estos tiempos tan complejos.

A mis profesores Lydia y Álvaro, y Sandra, muy estimada secretaria de la Facultad, por su guía y acompañamiento en este proceso.

Y, finalmente, a mis queridos y queridas pacientes, por quienes esperamos este trabajo sea un aporte y sienta los primeros pasos para un Chile con mejores oportunidades de acceso a la salud integral.

## Índice

1. Resumen.....	1
2. Introducción .....	2
3. Antecedentes Contextuales y Teóricos .....	4
a. El CRS Cordillera Oriente .....	4
b. Abordaje No Farmacológico del Dolor Crónico .....	5
c. Terapia de Aceptación y Compromiso .....	7
4. Metodología:.....	11
a. Objetivos .....	11
b. Participantes .....	11
c. Intervención .....	12
d. Procedimientos .....	12
e. Estrategia de evaluación .....	14
i. Outcomes primarios .....	15
ii. Outcomes secundarios .....	16
iii. Variables de proceso .....	20
5. Resultados.....	21
6. Síntesis de los Resultados .....	29
7. Discusión.....	30
8. Referencias.....	33

## **1. Resumen**

El dolor crónico es un fenómeno complejo y multidimensional de alta prevalencia en Chile. Su abordaje supone un desafío a los profesionales de la salud del sector público, debido a los limitados recursos y capacidades de los que disponen los distintos centros. En esa línea, el objetivo del presente trabajo es generar una propuesta de abordaje para pacientes con dolor crónico en el Centro de Referencia en Salud Cordillera Oriente, por medio de la implementación online de una intervención psicológica basada en la Terapia de Aceptación y Compromiso, adaptada al contexto de la pandemia actual por COVID-19. Así, se examinaron los efectos a nivel de significancia clínica de una intervención grupal de 9 sesiones, con una duración aproximada de una hora y media cada una, en un grupo de tres pacientes con dolor crónico que se atienden en el establecimiento de salud mencionado. Para ello, se utilizaron escalas de medición de depresión, ansiedad, estado de salud general, intensidad del dolor, catastrofismo y aceptación del dolor; así como también se evaluó la percepción subjetiva de cambio global y la satisfacción de las participantes con la intervención. Se evidenciaron resultados positivos en las escalas de depresión y ansiedad, disminuyendo los niveles de catastrofismo y, en algunos de los casos, mejorando la aceptación del dolor. Todo ello con altos niveles de satisfacción reportados y una evaluación general positiva por parte de las participantes, pese a que la sintomatología física se mantuvo en un nivel moderado e incluso severo, y a que no todas las pacientes percibieron una mejoría en su estado de salud después de la intervención. Así, los resultados indican que la intervención es potencialmente efectiva y susceptible de ser implementada nuevamente en este contexto.

## **2. Introducción**

El dolor es entendido como una experiencia desagradable que se asocia a un daño tisular real o potencial, con componentes sensoriales, emocionales, cognitivos y sociales; y que adquiere carácter de crónico en la medida en que persiste o recurre más allá de tres meses. En el mundo se ha visto una amplia prevalencia del mismo, con cifras reportadas que van desde un 22% en pacientes de centros de atención primaria (Gureje et al., 1998), hasta un 30.3% en la población general (Elzahaf et al., 2012). Siendo este último dato similar al de Chile, con un 32% aproximado de prevalencia reportado en la población general, según los estudios más recientes (Bilbeny et al. 2018).

Desde una mirada biopsicosocial, debido a la multiplicidad de factores que confluyen y los elevados índices de comorbilidades asociadas (Gormsen et al. 2010), se ha visto que el dolor crónico -en adelante DC- genera un impacto en la calidad de vida y estado anímico de las personas (Molina et al. 2013). Cuyo progresivo deterioro estaría mediado transversalmente por los determinantes sociales en salud (Dorner et al. 2011), así como también por el estigma históricamente asociado al DC (De Ruddere et al. 2012; Goldberg, 2017). Todos ellos serían elementos que generan interferencia en distintas áreas de funcionamiento de las personas (Barry et al., 2017; Bilbeny et al. 2018). Lo cual, a su vez, resultaría en un reiterado uso de los servicios de salud, el cual se ha visto aumentaría en proporción directa con el nivel de discapacidad relacionada con el dolor (Blyth et al. 2004; Hoffmann et al. 2015); especialmente en servicios de atención especializada (Lavielle et al. 2008; Fink-Miller et al. 2014).

Teniendo en cuenta estos antecedentes, la necesidad de abordaje de estos pacientes adquiere especial relevancia, a la vez que supone un verdadero desafío para los profesionales, siendo el ideal un abordaje multidisciplinario (Schatman, 2012). Sin embargo, no todos los centros cuentan con los recursos necesarios para ello, por lo que el abordaje de este tipo de pacientes es a menudo inadecuado o a veces inexistente; aún cuando existen intervenciones psicológicas que, a pesar de contar con evidencia sólida de eficacia y beneficios por sobre otras intervenciones, son escasamente difundidas, y por tanto escasamente utilizadas (Echeburúa et al., 2010).

Actualmente, la pandemia COVID19 ha planteado un dilema adicional en relación a la atención de estos pacientes en todo el mundo. Esto ya que los esfuerzos están orientados a limitar la propagación del contagio de la enfermedad, a la vez que se intenta mantener un equilibrio entre los derechos del paciente, los beneficios inherentes al tratamiento del dolor, y el bienestar de los prestadores de salud (Cohen et al, 2020). Así mismo, se ha visto que los

pacientes con DC pueden reaccionar de diversas maneras al anticipar que su tratamiento será postergado o suspendido; las cuales van desde el retraimiento social y un aumento en discapacidad funcional, hasta el suicidio (White y Cohen, 2007). Por lo que no solamente resulta fundamental el abordaje de los pacientes con DC en el contexto actual descrito, si no que cobra especial relevancia el poder garantizar una continuidad de tratamiento en el mediano y largo plazo.

En el caso del Centro de Referencia en Salud Cordillera Oriente (en adelante CRS), según pudo ser establecido durante una serie de conversaciones con profesionales del Centro, el abordaje de pacientes con DC es un problema desde hace un tiempo. Esto ya que la policonsulta estaría provocando una saturación del sistema; siendo ésta especialmente importante en la Unidad de Medicina Física y Rehabilitación. Hoy en día, debido a la contingencia, algunos de estos pacientes están siendo atendidos vía telemedicina; modalidad que ha probado ser útil en ayudar a sortear la brecha existente entre la necesidad identificada en los servicios y la capacidad y recursos limitados para proporcionar un tratamiento convencional (Lal y Adair, 2014).

Así, teniendo en cuenta las características del contexto actual del CRS y la evidencia encontrada en la literatura revisada, este trabajo presenta una propuesta de intervención psicológica online, basada en el protocolo de Terapia de Aceptación y Compromiso para pacientes con DC de Luciano y colaboradores (2014).

A lo largo de este informe se presentarán los principales antecedentes contextuales y teóricos que respaldan la intervención, así como también la metodología utilizada en relación a la implementación de la misma; lo cual contempla criterios de inclusión y exclusión de los participantes, descripción general de las sesiones y principales instrumentos utilizados para examinar el cambio a nivel clínico de las participantes. Finalmente, se presentan los principales hallazgos, junto con algunas observaciones y recomendaciones para futuras implementaciones.

### **3. Antecedentes Contextuales y Teóricos**

#### **a. El CRS Cordillera Oriente**

El CRS es una institución de salud pública acreditada que brinda atención ambulatoria especializada a pacientes FONASA inscritos en los Centros de Atención Primaria (CAP) de Macul y Peñalolén. Lo componen 12 unidades clínicas, a las cuales los pacientes son derivados vía interconsulta, con solicitud previa vía internet y hora asignada para la especialidad correspondiente.

Al ingresar, las atenciones son priorizadas según gravedad de las patologías; y una vez que el motivo de consulta ha podido ser resuelto en el centro, los pacientes son derivados nuevamente al servicio de atención primaria inicial. Sin embargo, cuando la complejidad de las patologías excede las competencias y capacidades del mismo, se realiza una derivación al servicio de atención terciaria correspondiente (CRS Peñalolén Cordillera Oriente, 2018).

De acuerdo a los antecedentes recabados en las instancias de diálogo con la dirección del centro y sus profesionales, este último sería el caso de los pacientes cuyo motivo principal de consulta tenga relación con algún tipo de DC. Ya que, como la mayor parte de los centros de atención en salud en Chile, el CRS no dispone de una unidad especializada ni profesionales capacitados para abordarlo, por lo que estos pacientes deben ser derivados a la Unidad de Cuidados Paliativos del Hospital del Salvador.

Sin embargo, debido a la alta demanda este centro estaría recibiendo únicamente a pacientes oncológicos. Por lo que el grueso restante de pacientes -aquellos con DC de origen no oncológico- no estaría recibiendo actualmente ningún tipo de atención especializada en lo que a su dolor respecta, generando problemas como el ya descrito en relación con la policonsulta; siendo ésta especialmente importante en la Unidad de Medicina Física y Rehabilitación del CRS.

En relación a esto último cabe mencionar que, según los registros estadísticos facilitados por la jefa de la Unidad (BP), la mayoría de los pacientes con DC serían catalogados como de “baja prioridad” según el sistema de triage del centro. Por lo que habría una demora en la atención de más de tres meses en promedio; identificándose así el abordaje de estos pacientes como una necesidad inmediata del CRS a la que podría responder la presente propuesta.

En vista de las circunstancias generadas por la pandemia COVID19, y para tomar los resguardos necesarios, el CRS ha debido dar continuidad vía telemedicina a la atención de pacientes que no requieran ser atendidos presencialmente o de urgencia. Lo cual se presenta

como una oportunidad para llevar a cabo una intervención en modalidad no presencial con el grupo de pacientes mencionado, que permita mayor flexibilidad en su implementación, y no signifique un requerimiento adicional de recursos tanto para el paciente como para el centro.

### **b. Abordaje No Farmacológico del DC**

Se ha visto que, debido a la multiplicidad de factores que confluyen en la experiencia del dolor, un abordaje multidisciplinario sería lo más indicado. Siendo el formato ideal de una intervención de este tipo aquel que incluya ejercicios individuales específicos, entrenamiento en estrategias de relajación, psicoeducación en dolor, fisioterapia, apoyo farmacológico, y terapia psicológica grupal conducida por un psicólogo (Scascighini et al., 2008).

Sin embargo, al no disponer de los recursos para llevar a cabo este tipo de abordaje integral, se ha visto que las intervenciones psicológicas, y específicamente aquellas basadas en la Terapia Cognitivo Conductual (TCC) son una alternativa atractiva. Esto debido a que son costo efectivas, sus efectos son sostenidos en el largo plazo, y carecen de los efectos secundarios comúnmente asociados a las intervenciones de tipo farmacológicas (Varrassi et al., 2010); y, ya que evitan el uso exclusivo de medicamentos, ayudarían así mismo a prevenir el abuso y la consecuente adicción a opioides, una de las crisis en salud más importantes en la actualidad (Cohen y Hooten, 2019).

Hoy en día, la TCC aplicada a DC no es una intervención en sí, sino que representa más bien un enfoque que agrupa una serie de intervenciones orientadas a la modificación de las cogniciones y sensaciones displacenteras asociadas al dolor, para manejar así sus efectos y las consecuencias negativas relacionadas (Turk y Okifuji, 2003). Este tipo de intervenciones son llamadas “terapias de segunda generación”, ya que surgen como respuesta al abordaje únicamente conductual anteriormente utilizado, poniendo énfasis en el rol central que juegan los eventos privados (pensamientos, emociones, creencias) en la conducta de las personas (Brown et al., 2011).

Estas intervenciones gozan de un amplio respaldo empírico en la literatura. Por un lado, en un reciente metaanálisis (Williams et al., 2012) señaló que la TCC tendría efectos significativamente mayores en relación a grupos inactivos; es decir, pacientes en lista de espera o recibiendo tratamiento usual (efectos pequeños significativos en dolor, discapacidad y ánimo luego del tratamiento, pero solo mantenidos en el largo plazo efectos en el ánimo, y efectos moderados en catastrofismo luego de la intervención). Así como también sería superior a tratamientos activos, como la Terapia Conductual (con efectos pequeños pero significativos en discapacidad, dolor y catastrofismo, tanto en el corto como largo plazo) (Williams et al., 2012).

Hallazgos que los autores mencionan serían similares a los reportados por otros estudios realizados en grupos específicos de pacientes: con dolor crónico mixto (Scascighini et al., 2008), lumbago crónico (Henschke et al., 2010), fibromialgia (Bernady et al., 2010) y artritis (Dixon et al., 2007).

Sin embargo, debido al desconocimiento sobre el por qué resultan efectivas -o por qué fracasan- las TCC en general, y basándose en las numerosas investigaciones realizadas en el lenguaje y la cognición desde una perspectiva analítica-funcional, es que surgieron las denominadas “terapias de tercera generación” (Hayes, 2004). Este tipo de intervenciones aplicadas a DC, si bien forman parte del espectro de las TCC, se diferencian de las TCC tradicionales en que no buscan generar un cambio en el contenido de las creencias y pensamientos maladaptativos de los pacientes, sino modificar la función que éstos tienen y cómo la persona se relaciona con las cogniciones y sensaciones displacenteras asociadas al dolor, sin intención de controlarlas (Veehof et al., 2011; Hayes et al. 2012a).

Dentro esta nueva generación destaca la Terapia de Aceptación y Compromiso (ACT por sus siglas en inglés; Hayes, Strosahl, & Wilson, 1999); un modelo de cambio conductual basado en evidencia que, si bien en sus inicios fue desarrollado para el abordaje del denominado trastorno de evitación experiencial, en la actualidad ha mostrado ser efectivo para una amplia gama de patologías, incluido el DC (Hayes et al., 2012b).

Actualmente la ACT es catalogada por la División 12 de la American Psychological Association (APA) como un tratamiento psicológico para personas con DC que cuenta con fuerte evidencia a favor (APA, s.f.); tanto en relación a comparadores inactivos, como también otro tipo de intervenciones psicológicas de tercera generación (Veehof et al. 2011; Veehof et al. 2016).

Esta intervención tendría efectos similares a los de la TCC, hecho que evidencia un reciente metaanálisis (Hughes et al., 2017) en que las intervenciones basadas en ACT mejoraron de manera significativa índices como la magnitud de la interferencia causada por el dolor, y la depresión y ansiedad asociados a éste (tanto después de la intervención como a los 6 meses de seguimiento). Sin embargo, según uno de los estudios incluidos en el mismo (Wetherell et al., 2011), destaca de manera positiva el hecho de que los pacientes que recibieron ACT reportaron mayor satisfacción con la intervención que aquellos que recibieron TCC; lo cual evidencia una ventaja cualitativa importante de la ACT por sobre la TCC.

### **c. La Terapia de Aceptación y Compromiso**

Siguiendo con la línea de lo anterior, la ACT es una terapia de tercera generación que, aplicada a pacientes con DC, busca modificar la función que desempeñan las cogniciones y sensaciones displacenteras asociadas al dolor por medio de la alteración de los contextos verbales en los cuales los eventos cognitivos resultan problemáticos (Luciano et al., 2004; Hayes et al. 2012a).

Así, el objetivo principal de una intervención basada en ACT sería que la persona logre la aceptación de experiencias negativas asociadas al dolor, haciendo uso de estrategias basadas en la atención plena para poder flexibilizar sus patrones de respuesta, en función de valores y metas de vida personales (McCracken, 2015). Lo anteriormente mencionado corresponde a lo que en el modelo teórico Hayes et al. (2013) denominan flexibilidad psicológica y, para alcanzarla, propone los siguientes procesos básicos: (1) *aceptación* activa y consciente de las experiencias privadas sin intentos innecesarios de cambiar su frecuencia o forma; (2) *defusión cognitiva*, como una forma de remover la excesiva cualidad literal del pensamiento -deliteralización-, para aminorar el impacto del mismo, al hacer este proceso más evidente; (3) promoción de un *contacto con el momento presente* focalizado, voluntario y flexible; (4) teniendo un sentido trascendental del propio *self como contexto*, para desde allí tener claridad de cuáles son los (5) *valores personales*, y (6) *comprometerse a actuar* de manera consecuente en pos de los mismos.

Estos componentes y bases teóricas han sido evaluados en distintos niveles en las intervenciones basadas en ACT que han tenido lugar desde su creación hasta la actualidad. Por un lado, los trabajos de Levin et al. (2012) y Wicksell et al. (2013) evidenciaron que la ACT mejora significativamente la flexibilidad psicológica en los pacientes con DC. Y, en cuanto a los dos grandes procesos que comprende la ACT mencionados anteriormente -ACT OPEN: aceptación y defusión cognitiva, y ACT ENGAGED: valores y compromiso para actuar; incluyendo dentro de ambos el contacto con el momento presente y el self como contexto- en el estudio de Villatte et al. (2016), los efectos específicos de éstos fueron examinados. Llegando a la conclusión de que, si bien ambos confluyen en los resultados obtenidos, sería el primer grupo el que incidiría más en el impacto de la sintomatología asociada al dolor, mientras que el segundo incidiría más en la calidad de vida de las personas.

Ahora bien, en relación a contextos clínicos, un número considerable de estudios han avalado la efectividad de esta terapia en pacientes con distintos tipos de DC. Dentro de ellos, cabe destacar la revisión sistemática realizada por Hann y McCracken (2014), en la cual se incluyeron diez estudios randomizados que evidencian los efectos de la ACT en adultos con

DC, cuatro de los cuales fueron realizados en formato grupal y serán mencionados a continuación.

De los estudios que usaron comparadores inactivos, por un lado, Wicksell et al., (2013) señalaron que la ACT disminuye el nivel de interferencia asociado al dolor inmediatamente después del tratamiento. Efectos que si bien no se mantuvieron en el largo plazo, tampoco disminuyeron significativamente (la media de la desviación estándar fue de 40.0 al inicio, de 27.2 luego del tratamiento, y 28.1 a los 6 meses de seguimiento, usando el Pain Disability Index). Así mismo, Wicksell et al. (2008) mostraron un efecto significativo de tamaño grande que favorece a ACT en relación con la satisfacción con la vida, utilizando la Satisfaction with Life Scale (SWLS;  $F(1, 16) = 10.1, p = .006$ ).

Por otro lado, en relación a los que sí incluyeron comparadores activos, Steiner et al. (2013), reportaron que la ACT mejoró el promedio del éxito obtenido en los dominios de vida valiosos medidos por el Chronic Pain Values Inventory (CPVI), siendo significativo aquel en relación a las relaciones íntimas tanto en el corto (de 1.89 (SD = 1.32) a 2.89 (SD = 1.41) luego de la intervención) como largo plazo (2.83 (SD = 1.42) luego de tres meses;  $t(17) = 2.70, p = 0.015, d = 0.64$ ), hecho que no ocurrió en el grupo de psicoeducación usado como comparador.

Y, finalmente, cabe mencionar un cuarto estudio (Luciano et al., 2014) que incluyó comparadores tanto activos como inactivos en un estudio llevado a cabo con 156 pacientes hispanohablantes con fibromialgia en atención primaria (entre un 94.3% y 98.1% mujeres, con 48 años; DS=5 aprox); reportando que el grupo que recibió ACT, en relación al grupo de pacientes que quedó en lista de espera, tuvo un tamaño de efecto significativo grande en todos los indicadores medidos, destacando la aceptación del dolor, medida con el Chronic Pain Acceptance Questionnaire (CPAQ;  $d=1.21$  (1.03; 1.40) luego del tratamiento, y  $d=1.14$  (0.95; 1.33) a los 6 meses). Así como también fue más efectiva que el tratamiento farmacológico recomendado, tanto en el corto (justo después de la intervención), como en el largo plazo (seguimiento de 6 meses) en reducir discapacidad funcional, catastrofismo del dolor, ansiedad, depresión y dolor subjetivo, y en aumentar la aceptación del dolor y la calidad de vida asociada a la salud (todos  $p < .01$ ).

Por otro lado, cabe mencionar el estudio llevado a cabo en atención primaria por McCracken et al. (2013). El cual incluyó a 73 adultos con dolor crónico (68.5% mujeres, con un promedio de 58 años; DS = 12,8) cuyo formato, horario y encuadre de la intervención fueron diseñados en conjunto con agentes clave del centro (personas con DC, médicos generales, enfermeras y comisionados de salud). Si bien no hubo cambios significativos en discapacidad ni dolor, sí se evidenciaron efectos pequeños pero significativos en depresión ( $d = .46$ ) que

fueron mantenidos en el largo plazo ( $d = .58$ , luego de 3 meses). Así como también un efecto significativo en la Percepción de Cambio Global del Paciente (PGIC, por sus siglas en inglés) luego de la intervención, con reportes de mejora de un 53% de los pacientes del grupo activo, versus un 25% en el grupo que recibió tratamiento usual; lo cual se mantuvo en el largo plazo igualmente, aunque no de manera significativa ( $p = .064$ ).

En cuanto a la duración de los efectos de la ACT, si bien los trabajos anteriormente mencionados en su mayoría incluyen un seguimiento a largo plazo (de 3, 6 y 12 meses), un estudio en particular realizó una proyección aún mayor, evidenciando efectos medianos significativos en relación a la funcionalidad asociada al dolor (discapacidad física de un promedio de .18 (DS = .11) a .13 (DS = .10) y discapacidad psicosocial de, en promedio, .28 (DS = .15) a .18 (DS = .14)) luego de tres años de seguimiento (Vowles, McCracken y O'Brien, 2011).

Ahora bien, pensando en el contexto en el cual se propone implementar la intervención, si bien el grueso de la evidencia que respalda el uso de ACT en dolor crónico proviene de investigaciones realizadas en clínicas especializadas de atención interdisciplinaria (McCracken et al., 2005; McCracken et al., 2007), existen asimismo registros de intervenciones unidisciplinarias en atención primaria. Uno de ellos fue el estudio de Wetherell et al. (2011), quienes realizaron una intervención de 8 sesiones grupales de 90 minutos en pacientes, en su mayoría mujeres (50.9%) con un promedio de 54.9 años (DS = 12.4), logrando una mejora significativa en interferencia en dolor (media = 0.06; SE = 0.02;  $p = .02$ ) en comparación con TCC.

Por otro lado, en relación a la modalidad de intervención, también ha sido probada su efectividad en versiones online. Por un lado, se tiene el estudio de Trompetter et al. (2015), en el cual 82 personas con dolor crónico mostraron una mejoría en los indicadores de depresión, intensidad del dolor, inflexibilidad psicológica y catastrofismo del dolor luego de la intervención ( $d = .28-.60$ ). Estudio en el cual se pudo evidenciar, además, una mejora clínicamente significativa aproximadamente 5 veces mayor en los pacientes del grupo activo, en comparación con los grupos control tanto activos como inactivos (ACT: 28 %, Expressive Writing: 5 %, Waiting list: 5 %,  $p < .001$ ) en interferencia del dolor, intensidad del dolor y depresión.

Así mismo, el primer estudio piloto online en pacientes con DC fue llevado a cabo por Ljòtsson et al. (2014). El cual mostró una mejora significativa con efectos moderados a grandes ( $d = 0.62-1.56$ ) en calidad de vida y estado de salud general, discapacidad, ansiedad, depresión,

y flexibilidad psicológica, y una disminución significativa en los costos sociales asociados; los cuales fueron mantenidos en el largo plazo.

Posteriormente, Simister et al. (2018), realizaron un RCT en el cual compararon los efectos de una intervención online de ACT con un grupo control que recibió únicamente el tratamiento usual. Llegando a la conclusión de que la intervención mejoró significativamente el impacto de la fibromialgia ( $p < .001$ ), con efectos grandes inmediatamente después de la intervención ( $d = 1.26$ ), y luego de 3 meses ( $d = 1.59$ ). Adicionalmente, los autores plantean que en este estudio el aumento en la aceptación del dolor habría mediado de manera significativa tales mejoras en el impacto de la enfermedad ( $p = .005$ ). También se evidenciaron mejoras en relación a los índices de depresión ( $p = .02$ ), dolor ( $p = .01$ ), y kinesofobia ( $p = .001$ ).

En conclusión, existe evidencia sólida de la efectividad de la ACT en relación a diversos outcomes, como la aceptación del dolor y discapacidad asociada a dolor, en pacientes con distintos tipos de DC. Esto en relación a grupos control inactivos (Wicksell et al. 2013; Wicksell et al., 2008), así como también en relación a grupos control activos (Wetherell et al., 2011; Steiner et al. 2013); eficacia que se vio mantenida en el corto y largo plazo en la mayoría de las intervenciones por medio de seguimientos de 3 meses, 6 meses, y hasta 3 años (Vowles, McCracken y O'Brien, 2011). Así mismo, algunos estudios han enfatizado su costo-efectividad en relación a comparadores tanto activos como inactivos (Luciano et al., 2014). Efectos que se han visto serían similares tanto en formato presencial como online (Ljòtsson et al., 2014; Trompetter et al., 2015). Y finalmente, en términos cualitativos, se ha visto que los usuarios que reciben este tipo de tratamientos reportan mayor satisfacción con el mismo, lo cual resulta una ventaja en comparación con otras intervenciones psicológicas (Wetherell et al., 2011).

En general las intervenciones reportadas tienen un formato grupal -debido a la costo efectividad atribuida a este formato-, guiado por un terapeuta con formación al menos teórica en ACT, y una duración que varía entre 6 y 12 sesiones semanales (siendo 8 sesiones la mediana), de una hora y media cada una en promedio.

#### **4. Metodología:**

##### **a. Objetivos**

En base a los antecedentes mencionados, el presente trabajo se planteó como objetivo llevar a cabo una intervención online basada en ACT para pacientes con dolor crónico no oncológico adaptada al CRS Cordillera Oriente. Para ello, los siguientes objetivos específicos fueron propuestos:

- (1) Adaptar la intervención en base al protocolo utilizado en el estudio de Luciano et al. (2017), facilitado por los autores.
- (2) Llevar a cabo la intervención en un grupo de 5 participantes.
- (3) Desarrollar una estrategia que permita que la intervención se mantenga en el tiempo.
  - (a) Sensibilizar a profesionales del centro en relación a DC y ACT.
  - (b) Recibir retroalimentación respecto a la implementación y satisfacción con la misma por parte de los usuarios de la intervención.
  - (c) Elaborar un breve reporte del análisis de los resultados obtenidos como devolución al CRS.

##### **b. Participantes**

Para poder intencionar una población similar a aquella en la cual fue implementada la intervención en la que se basa el presente trabajo, se reclutaron mujeres adultas (>18 años) con dolor crónico que hubieran tenido al menos una atención de manera presencial en la unidad de Medicina Física y Rehabilitación del CRS por la doctora BP, jefa de la unidad -para corroborar el diagnóstico por el cual fueron derivadas-, y que se les estuviera haciendo seguimiento vía telemedicina. Si bien el estudio original fue realizado con pacientes con fibromialgia, debido a las restricciones del contexto en el que se enmarca este trabajo es que se amplió el criterio a pacientes con cualquier tipo de DC, que cumplieran con las demás condiciones descritas.

Fueron criterios de exclusión para participar el no tener acceso a internet, algún impedimento cognitivo, diagnóstico de algún tipo de cáncer, riesgo de suicidio inminente, trastorno psiquiátrico grave del Eje I (trastorno bipolar, demencia, esquizofrenia, paranoia, abuso de alcohol y/o drogas), o algún otro factor que pudiera impedir la evaluación, asistencia y/o participación activa en las sesiones grupales.

Debido a la ampliamente reconocida comorbilidad con trastornos depresivos, y su relación con el DC, no fueron excluidas pacientes que presentaron síntomas depresivos.

### **c. Intervención**

Debido a las ventajas prácticas que supone el uso de una intervención ya traducida al español, cuyos efectos han sido replicados en población hispano parlante, y que se encuentra actualmente sistematizada, es que el presente trabajo usó como referencia el protocolo del estudio de Luciano et al (2017), basado en el manual de Wilson y Luciano (2002), y que fue facilitado por los mismos autores (ver Anexo 1). El cual fue ligeramente modificado (ver Anexo 2) e implementado por ML, psicóloga con conocimientos teóricos en ACT, y experiencia clínica en el trabajo con pacientes con dolor crónico.

Acorde al protocolo, la intervención se compone de 9 sesiones grupales semanales, en esta oportunidad diseñadas para ser implementadas en formato online, con una duración de una hora y media cada una aproximadamente, y que contempla pausas activas en caso de ser considerado pertinente. En las sesiones se trabajan estrategias basadas en la atención plena de manera transversal, abordando en cada sesión los distintos componentes de la ACT mencionados anteriormente. Una de las sesiones contempla la inclusión de 1 o 2 familiares por participante en la dinámica.

Finalmente, si bien no se dispone de un protocolo de fidelidad específico para intervenciones basadas en ACT en DC, se contempló adoptar medidas implementadas en el estudio en el cual se basa el presente trabajo, como la revisión aleatoria de alguna de las sesiones grabadas -previo consentimiento del grupo- por parte de un profesional con conocimientos en la terapia, para evaluar su correcta implementación en relación a las bases de la ACT.

### **d. Procedimiento**

Como fue mencionado, si bien inicialmente se pensó en reclutar pacientes con fibromialgia, debido a restricciones del contexto en que se realizó el trabajo se flexibilizó este criterio. Por lo que se invitó a participar de la intervención vía telefónica a aquellas pacientes con cualquier tipo de dolor crónico que inicialmente cumplieran con las condiciones mencionadas. Explicándoles que, para hacer efectiva su participación, debían cumplir con algunos criterios a ser evaluados por la psicóloga a cargo de la intervención (ML).

De las siete pacientes interesadas, seis pudieron ser contactadas. Se les explicó en qué consiste la intervención, los principales requisitos para participar -en términos generales-, aclarando que no hay ningún tipo de costo asociado y enfatizando la importancia de la asistencia completa a las sesiones. Luego, se procedió a leer el consentimiento informado (ver Anexo 3); el cual fue enviado así mismo vía correo electrónico, de manera tal que las pacientes

podieran acusar recibo por ese medio, quedando así registro de la recepción y consentimiento del mismo.

Una vez consentida la participación, se coordinó una hora para realizar la entrevista telefónica y evaluación inicial; momento en el cual se reafirmó el cumplimiento con los criterios de inclusión, y descartaron posibles criterios que pudieran significar la no participación de la intervención, y que pudieran no haber sido notados en el primer contacto. Durante este período, una de las pacientes refirió no seguir contando con el soporte técnico (conexión a internet) para participar, otra se retiró de la intervención por motivos personales, y una última enfermó de COVID-19 y se tuvo que retirar también; por lo que el grupo quedó conformado finalmente por tres participantes.

Así mismo, y aun cuando la finalidad de esta intervención no contempla la generalización de conclusiones a partir de los datos obtenidos, se llevaron a cabo tres mediciones. Ello con la finalidad de complementar la entrevista clínica y determinar que se cumplan los criterios necesarios para poder participar de la intervención; así como también para determinar una línea base en relación la cual poder examinar un posible cambio -clínicamente significativo- en las variables de interés. Así, dichas mediciones tomaron lugar en tres momentos durante la intervención: antes de la primera sesión, luego de la quinta, e inmediatamente después de finalizada la intervención. En base a las mismas se examinó el cambio en las participantes en relación a su respectiva línea base inicial.

En relación a las variables medidas, si bien el outcome primario inicialmente correspondía al Fibromyalgia Impact Questionnaire (FIQ-R; Escobar 2018), éste fue modificado en función del cambio en el filtro diagnóstico de las participantes (ampliado de fibromialgia a cualquier tipo de dolor crónico). Por lo que el outcome principal pasó a ser el nivel de depresión, quedando a su vez como outcomes secundarios las variables de ansiedad, estado de salud general e intensidad del dolor; ya que todos los respectivos cuestionarios cuentan con criterios señalados para evaluar un cambio clínicamente significativo. No obstante, aun cuando el cuestionario usado para examinar los niveles de aceptación del dolor (Chronic Pain Acceptance Questionnaire; CPAQ) no cuenta con estudios que determinen un puntaje de corte para examinar un posible cambio clínico relevante, la aceptación del dolor es un elemento central en los procesos de cambio que enfatiza la ACT; por lo que fue incluida igualmente como variable de proceso.

De identificar en alguna de las instancias de evaluación que alguna de las participantes no cumplía con los requisitos para poder participar de la intervención, se contempló indicar que probablemente este tipo de intervención no es la que más podría beneficiarles, ofreciendo

en compensación por su tiempo una sesión de psicoeducación en DC, que sería llevada a cabo por ML. En el caso de detectar un posible riesgo de suicidio, se acordó seguir los lineamientos del protocolo interno de “Manejo del paciente con ideación e intención suicida en la atención de salud” del CRS (ver anexo 4), a ser activado por BP.

Finalmente, y para evitar posibles malentendidos y/o complicaciones, se proponen las diversas instancias informativas mencionadas anteriormente y que se profundizan a continuación. Las cuales permiten que la posible participante haga preguntas y resuelva sus dudas, al mismo tiempo que facilitan la verificación de cumplimiento de los criterios mencionados.

#### **e. Estrategia de evaluación**

Las evaluaciones fueron todas realizadas vía telefónica, previo envío de los cuestionarios por correo electrónico, como material de apoyo visual para facilitar la aplicación de los mismos. Debido al tiempo que toma dicha evaluación (40 minutos aprox.) es que se pensó en dividir los cuestionarios en dos bloques, y aplicarlos en la mañana y en la tarde de un mismo día. Sin embargo, al preguntar a las participantes por su preferencia, todas decidieron realizar las evaluaciones completas de una vez.

Como se mencionó anteriormente, las evaluaciones vía telefónica tuvieron lugar en 3 oportunidades. En primera instancia se realizó una entrevista semiestructurada enfocada en variables sociodemográficas y médicas de la participante, y se evaluó la presencia de trastornos psiquiátricos, riesgo suicida y deterioro cognitivo.

Luego de ello, se procedió a establecer la línea base de las participantes, evaluando las siguientes variables: depresión, ansiedad, estado de salud general, intensidad de dolor, catastrofismo, y aceptación del dolor. Variables que volvieron a ser examinadas en dos ocasiones más: durante la intervención (luego de la quinta sesión), y después de finalizada la misma; sumando en esta última oportunidad al análisis un cuestionario de percepción global de cambio y otro de satisfacción con la intervención. Los instrumentos (en más detalle contenidos como anexos) serán descritos a continuación:

#### **Variables sociodemográficas y médicas**

Con el objeto de caracterizar de mejor manera a las participantes, durante una entrevista semiestructurada se recogieron datos concernientes a la edad, nivel de estudios, ocupación, situación laboral, rango de ingreso mensual promedio, número de hijos, estado civil, historial

del dolor (cuánto tiempo lleva con dolor y hace cuánto tiempo le fue realizado su diagnóstico) y medicación que toma en la actualidad (ver Anexo 5).

### **Trastornos psiquiátricos y riesgo suicida**

La MINI International Neuropsychiatric Interview (MINI; Sheehan et al., 1998) es una entrevista diagnóstica estructurada de breve duración que explora los principales trastornos psiquiátricos del Eje I del DSM-IV y la CIE-10, e incluye un módulo que indaga en riesgo suicida, por lo que resulta de gran utilidad para identificar aquellos casos agudos y de psicopatología grave señalados dentro de los criterios excluyentes. Su versión 5.0.0 en español ha mostrado tener adecuadas propiedades psicométricas en relación a su versión original (Ferrando et al., 2000), por lo que se utilizará para realizar el filtro inicial ya descrito, en función de los criterios de inclusión y exclusión estipulados.

### **Deterioro cognitivo**

La escala de Inteligencia para Adultos de Wechsler (WAIS por sus siglas en inglés; Wechsler, 1955) es una prueba psicométrica compuesto de 15 subpruebas que permite evaluar el perfil cognitivo de una persona adulta. Ha sido estandarizada para Chile en su cuarta versión con un nivel excelente de confiabilidad (Alfa de Cronbach = 0.94) y validez de constructo en las múltiples dimensiones de la cognición que examina (Rosas et al., 2014).

Para efectos del presente trabajo, se utilizará la subescala de Retención de Dígitos para evaluar el nivel cognitivo de las pacientes. Ésta está compuesta por tres tareas que se aplican por separado, en las cuales el sujeto repite números emitidos por el examinador en orden directo, inverso, y creciente, respectivamente. Cada tarea consta de 8 ítems, dando un total de 24 ítems. Para evaluar un posible deterioro cognitivo, la suma total del puntaje bruto de cada uno de los ítems será transformado al puntaje equivalente respectivo, y comparado con el grupo de referencia correspondiente según edad; acorde a las tablas de conversión e indicaciones del manual (Rosas, Tenorio y Pizarro, 2012).

## **i. Outcome primario:**

### **Depresión**

El Patient Health Questionnaire (PHQ; Kroenke et al., 2001) es un instrumento autoaplicado ampliamente utilizado para el diagnóstico de trastornos mentales, y posee un módulo destinado a evaluar depresión: el PHQ-9 (Ver anexo 6). El cual califica la presencia de cada uno de los 9 criterios DSM-IV para este trastorno, mediante las siguientes opciones de respuesta: 0 (nunca),

1 (algunos días), 2 (más de la mitad de los días) y 3 (casi todos los días); teniendo como referencia las 2 últimas semanas. La versión chilena de este instrumento fue validada, mostrando una alta consistencia interna ( $\alpha=0.835$ ), una sensibilidad del 92%, y especificidad de 89% (Baader et al., 2012).

En función del puntaje final obtenido, se pueden hacer distinciones según gravedad de los síntomas: 0-4 (mínimo), 5-9 (leve), 10-14 (moderado), 15-19 (moderado a grave), 20-27 (grave) (Saldivia et al. 2019).

En cuanto a la evaluación de mejora de los pacientes utilizando esta escala, un cambio en la puntuación del paciente que implique a su vez una disminución en la gravedad según la categorización mencionada (ej. de “moderado” a “leve”), fue considerada clínicamente significativa.

## **ii. Outcomes secundarios**

### **Ansiedad**

EL Hospital Anxiety and Depression Scale (HADS; Zigmond y Snaith, 1983) es una de las pruebas más utilizadas para evaluar ansiedad y depresión en pacientes hospitalarios no psiquiátricos con enfermedad física (Brennan et al., 2010). Está compuesta por dos subescalas de 7 ítems cada una: HAD-A y HAD-D, para evaluar ansiedad y depresión, respectivamente en una escala Likert de 0 a 3, con rango de puntuación en cada subescala de 0-21 (ver Anexo 7).

La Sociedad Española de Reumatología en su último documento de consenso sobre fibromialgia (Rivera et al. 2006), recomienda el uso de la subescala HAD-A para evaluar sintomatología ansiosa en estas pacientes, frente a instrumentos alternativos como el Beck Depression Inventory (BDI) o el State Trait Anxiety Inventory (STAI), por lo que se decidió usar el presente cuestionario acorde a las características de las participantes. Esta escala ha sido traducida al español (Herrero et al., 2003) y validada en pacientes con DC (Cabrera et al., 2015); presentando adecuada consistencia interna (HAD-A:  $\alpha=0.80$ ; correlación de los ítems entre .45 y .66).

En cuanto a los puntajes de corte, Cabrera et al. (2015) proponen la siguiente clasificación para pacientes con DC, en función del puntaje obtenido: Ansiedad extrema (>16), Ansiedad significativa (12-15), No caso (0 a 11). Siendo así una puntuación de 12+ (correspondiente al percentil 75) un indicador de un nivel de ansiedad clínicamente significativa; con una sensibilidad de 80%, especificidad de 68%, y eficacia diagnóstica de 78% (PPV=91%; NPV=45%) para esta población. Así, se utilizó el mismo criterio que el

estudio mencionado, considerándose un cambio de puntaje bajo el percentil 75 como un cambio clínicamente significativo en las participantes.

### **Estado de Salud General**

El Short Form 36 Health Survey (SF-36; Ware & Sherbourne, 1992) es un cuestionario utilizado para evaluar conceptos genéricos de salud desde el punto de vista del paciente, pudiendo ser auto administrado, administrado por teléfono, o administrado durante una entrevista presencial. Así, teniendo como marco temporal de referencia el mes previo, indaga en ocho conceptos genéricos de salud: función física, rol físico, dolor corporal, salud general, vitalidad, función social, rol emocional, y salud mental.

El SF-36 incluye un ítem de transición de salud declarada que no se utiliza para puntuar ninguna de las ocho escalas multi-ítem mencionadas; por lo que, si bien en total suma 36 ítems, el rango de puntuación oscila entre 35 y 145. Luego de haber invertido los puntajes de 10 de los ítems se obtiene el puntaje total de la escala por medio de una suma algebraica, indicando a mayor puntaje mejor estado de salud.

Este instrumento original fue traducido al castellano y adaptado para ser utilizado en población hispanohablante por Alonso et al. (1995) a través del proyecto International Quality of Life Assessment (IQOLA), y mejorada posteriormente en una segunda versión. De la esta última surge la adaptación sintáctica y semántica a la idiosincrasia chilena (ver Anexo 8) en un estudio que, utilizando la misma metodología en una muestra chilena representativa, obtuvo buenas propiedades psicométricas ( $\alpha$  entre 0.82 y 0.91 y coeficientes de correlación entre las escalas entre 0.35 y 0.80) (Olivares, 2005).

Ya que no existen puntajes de corte para examinar un cambio clínico en población chilena, se consideró como referencia las estimaciones de valores que propone Maruish (2011) para que la variación en el tiempo de la puntuación de un individuo sea considerado clínicamente significativo en cada escala: funcionamiento físico (3,5), rol físico (3,2), dolor corporal (4,5), salud general (5,7), vitalidad (5,5), funcionamiento social (5,0), rol emocional (3,8), y salud mental (5,5); razón por la cual, si bien se cuenta con datos normativos para población chilena, se decidió estandarizar los datos obtenidos en base a la norma poblacional de EEUU.

### **Intensidad del dolor**

Si bien dentro de los objetivos de la intervención no se contempla una variación en la intensidad del dolor de los pacientes, éste es un elemento relevante a evaluar en DC. Y ya que las medidas

de evaluación compuestas serían más indicadas que aquellas individuales (Jensen et al., 1999), se les indicó a las pacientes valorar su dolor al momento de la evaluación, así como también su dolor más bajo, promedio, y más intenso teniendo como marco temporal la semana previa. Esto en una Escala Numérica de Dolor (END) de 0 a 10; siendo 0 “nada de dolor” y 10 “extremadamente doloroso” (ver Anexo 9).

Siguiendo la recomendación de Jensen y sus colegas (1999), las escalas fueron promediadas para obtener una medición más estable de la intensidad de dolor. Mayores puntajes en esta escala indican mayor intensidad de dolor

Como índice de mejora clínicamente significativa se consideró el bajar de nivel dentro de las categorizaciones propuestas por Boonstra et al. (2016) para pacientes con alto nivel de catastrofismo, como es el caso de los pacientes con DC: leve (5), moderado (6-7), y severo (8).

### **Catastrofismo del dolor**

La Pain Catastrophizing Scale (PCS) es una de las escalas más usadas para medir el catastrofismo en pacientes con dolor. Ésta ha sido traducida al español (García-Campayo et al., 2008), y posteriormente adaptada al contexto chileno por Obaldía y Gómez-Pérez (2017) en mujeres con DC (n=76) con adecuadas propiedades psicométricas (consistencia interna total = .94; rumiación = .86, magnificación = .80, desesperanza = .87) (ver Anexo 10).

La PCS está compuesta por 13 ítems, organizados en 3 subescalas: rumiación, magnificación y desesperanza; en las cuales la persona responde marcando de 0 (nada) a 4 (todo el tiempo). La puntuación total se calcula como la suma algebraica de calificaciones para cada elemento, indicando a mayor puntaje mayor catastrofismo.

Si bien actualmente hay información limitada respecto de la magnitud de la reducción necesaria para generar un impacto de manera clínicamente relevante, una puntuación total de 30 puntos -correspondiente al percentil 75- es considerado un nivel clínicamente relevante de catastrofismo (Sullivan, 2009). Por tanto, una disminución en la puntuación de catastrofismo bajo el percentil mencionado fue considerado un cambio clínicamente significativo para el objeto del presente trabajo.

### **Evaluación de cambio global subjetiva**

Debido a cómo impacta el DC en la vida de las personas, resulta relevante examinar los efectos que tendría una intervención de este tipo utilizando indicadores de cambio no sólo objetivos, sino que también subjetivos; considerando la percepción de mejora que tendría el paciente luego de la intervención. Este tipo de evaluaciones se ha visto aportarían información

complementaria a las medidas objetivas; y, al ser una evaluación retrospectiva, sería más sensible al cambio en comparación a evaluaciones seriales, estando altamente correlacionada con la satisfacción del paciente con la intervención (Fischer et al. 1999).

Así, en el presente trabajo se plantea usar el Patient Global Impression of Change (PGIC; Guy, 1976) como instrumento de evaluación que refleja la percepción de un paciente respecto de la eficacia de un tratamiento. Ha sido ampliamente utilizado, y es recomendado por expertos, como medida de resultado central en la evaluación de mejora global de pacientes con DC (Dworkin et al., 2005). Acorde al instrumento, en una escala de 7 puntos los pacientes deberán evaluar su percepción de cambio en términos generales como “mucho mejor”, “mejor”, “un poco mejor”, “sin cambios”, “un poco peor”, “peor”, “mucho peor” (ver Anexo 11). De acuerdo a los postulados de Rampakakis et al. (2015), y para fines descriptivos, las pacientes fueron clasificadas dentro de tres categorías según fuese el puntaje obtenido: deterioro (1-3 puntos), estabilidad (4 puntos) o mejora (5-7 puntos).

### **Satisfacción con la intervención**

Finalmente, y con miras a recibir retroalimentación por parte de los usuarios de la intervención, se utilizará el CSQ-8 (ver Anexo 12). Cuestionario desarrollado por Larsen et al. (1979) que ha sido utilizado para valorar la satisfacción de participantes de intervenciones y tratamientos clínicos, y se encuentra validado en población de habla hispana con una alta consistencia interna (.90) (Roberts & Attkisson, 1983).

El cuestionario valora aspectos cuantitativos y cualitativos. En el ámbito cuantitativo, incluye ocho ítems distribuidos en cuatro categorías: calidad del servicio, tipo de servicio, resultados y satisfacción general. La escala de respuesta es de tipo Likert, y la suma total de la escala se obtiene después de invertir los ítems 2, 4 y 5; por lo que el puntaje final oscila entre 8 y 32 puntos; indicando a mayor puntuación, mayor satisfacción con el programa. Según el criterio de Marchand et al. (2011), las puntuaciones fueron situadas dentro de las categorías: insatisfecho o menos satisfecho (8-16 puntos), satisfecho (17-30 puntos) y muy satisfecho (31-32 puntos).

En relación al aspecto cualitativo del cuestionario, se incluyen dos frases abiertas a completar, relacionadas con la participación en el programa de intervención: “Lo que más me ha gustado de la intervención que he recibido ha sido...” y “si pudiera cambiar algo de la intervención, sería...”. Información complementaria que ayudará a incluir la percepción de las participantes en el informe de devolución al CRS.

Para evitar sesgos en las respuestas, la vía de administración del cuestionario fue por medio de una plataforma online que recoge las respuestas de manera anónima. Luego de fijarse un plazo para responder, fueron recogidas las respuestas y registradas en el orden en que fueron recibidas.

### **iii. Variables de proceso**

#### **Aceptación del dolor**

En la actualidad no se dispone de un puntaje de referencia para evaluar un cambio como clínicamente significativo en relación a la aceptación del dolor en este grupo de pacientes. Sin embargo, la aceptación del dolor es un elemento central en los procesos de cambio que enfatiza la ACT, por lo que esta variable será examinada utilizando el Chronic Pain Acceptance Questionnaire, originalmente desarrollado por McCracken, Vowles y Eccleston (2004), que ha mostrado adecuadas propiedades psicométricas de validez y confiabilidad en su versión en español (Rodero et al., 2010) (ver Anexo 13). Esta última consta de 20 ítems que miden disposición para las actividades y aceptación del dolor, en una escala de 0 (nunca cierta) a 6 (siempre cierta). El puntaje máximo es de 120, indicando que a mayor puntaje mayor aceptación.

## 5. Resultados

Como fue indicado anteriormente, un total de tres participantes participaron de la intervención, cuyas principales características se encuentran resumidas en la Tabla 1. Todas asistieron al menos a 8 de las 9 sesiones, las cuales pudieron ser llevadas a cabo como fueron planificadas inicialmente, salvo algunas ligeras modificaciones, y serán resumidas brevemente a continuación.

**Tabla 1**  
*Características sociodemográficas de la muestra*

	N	%
N = 3		
Edad media = 47,3 (DS=7,5)		
Años promedio con dolor = 6,3		
<i>Estado civil</i>		
Divorciada	2	66,7%
Viuda	1	33,3%
<i>Nivel de estudios</i>		
Secundarios	2	66,7%
Técnicos	1	33,3%
<i>Estado laboral actual</i>		
Licencia laboral prolongada	3	100%
<i>Rango de ingresos promedio del hogar (Clp)</i>		
\$200.000 a \$500.000	1	33,3%
\$500.001 a \$800.000	2	66,7%
<i>Seguro de salud</i>		
FONASA	3	100%

Durante la primera sesión se abordaron todos los temas con normalidad, sin embargo, hubo un inconveniente con el ejercicio de respiración propuesto, ya que una de las participantes había tenido COVID (ya recuperada, pero con secuelas respiratorias), por lo que tosió bastante durante el ejercicio. Hecho que fue explicado luego de haberlo terminado, por lo que se decidió tenerlo en cuenta para los próximos ejercicios a realizarse en sesión. Así mismo, las tres participantes destacaron en esta oportunidad que el poder participar de la intervención generaba una sensación de “no ser la única” en su experiencia de dolor, y que de por sí ello ya sería para ellas terapéutico.

En la segunda sesión, una participante avisó que no se conectará, pero finalmente lo hizo, señalando que percibió que le sería provechoso participar. Si bien esto inicialmente interrumpió la sesión ya iniciada, ésta fue exitosamente encauzada. Cada una de las participantes contó un evento privado que le hace sentido mirar desde esta perspectiva, bajando a la experiencia personal lo abordado en sesión.

En la tercera sesión una participante se ausentó. Sin embargo, ya que se contemplaba la inclusión de familiares y cada participante invitó a dos, se logró abordar de manera dinámica lo propuesto. La cuarta sesión transcurrió sin mayores eventualidades que destacar; no obstante, la quinta sesión fue llevada a cabo con algunas dificultades. Esto ya que una de las pacientes refirió haber sido notificada como contacto estrecho de COVID-19, mientras que otra había sido cuestionada en su dolor por un médico al solicitar licencia invalidando su dolor diciendo que “la fibromialgia no existe” y que “el dolor está en su cabeza”; por lo que la sintomatología de ambas se encontraba exacerbada por los estresores mencionados y el foco atencional se desviaba fácilmente. Finalmente, se generó un ambiente de contención y apoyo entre las participantes que ayudó a que la sesión lograra ser llevada a cabo.

En la séptima y octava sesión cabe destacar que las participantes nuevamente trajeron a colación vivencias personales durante la semana, haciendo alusión a que habían podido enfrentarlos de mejor manera con lo aprendido a lo largo de las sesiones, bajando a la práctica los contenidos repasados en ellas.

Finalmente, en la novena y última sesión una de las participantes se ausentó, excusándose con que estaba en un entorno que no le permitía la privacidad suficiente como para participar. No obstante, se logró hacer un cierre de manera satisfactoria. Las participantes propusieron seguir juntándose periódicamente para poder seguir siendo una red de apoyo activa unas con otras.

Si bien parte del diseño de las sesiones contempla pausas activas debido a la duración de las sesiones, estas no fueron requeridas por las participantes aun cuando les fue ofrecida la instancia.

Por otro lado, en cuanto a las mediciones, éstas tomaron lugar en tres momentos a lo largo de la intervención. En una de ellas se estableció una línea base para las participantes, resumida en la Tabla 2. La cual muestra que, en general, las participantes presentaban inicialmente niveles significativos de depresión, ansiedad, intensidad del dolor y catastrofismo del dolor. Puntajes posteriormente contrastados con los resultados obtenidos en las siguientes dos evaluaciones (una luego de la quinta sesión, y otra inmediatamente después de finalizadas las sesiones).

**Tabla 2**  
*Estadísticos descriptivos de línea base de las participantes*

<i>Variable (mín-máx)</i>	<i>Promedio</i>	<i>DS</i>	<i>Rango</i>	<i>Categoría</i>	
Depresión (0-27)	18	3,61	15-22	Moderado a grave	
Ansiedad (0-21)	10,67	2,08	9-13	Caso	
Estado de salud general (35-145)	Componente de Salud Física (21-75)	45,90	10,34	38-57,6	*
	Componente de Salud Mental (14-70)	40	2,65	38-43	*
Intensidad del dolor (0-10)	6,5	0,87	6-7,5	Moderado	
Catastrofismo (0-62)	29	10,82	17-38	**	
Aceptación del dolor (0-120)	44,33	19,01	25-63	*	

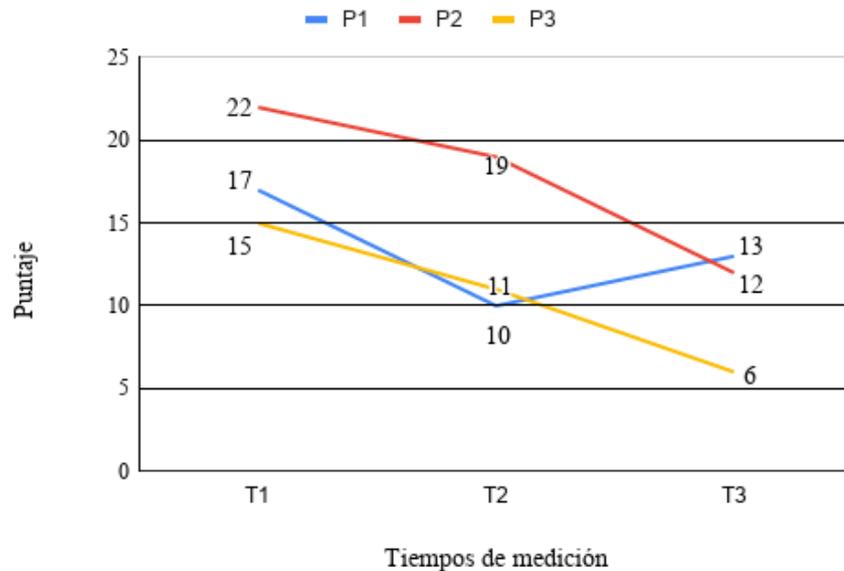
\* No se dispone de clasificaciones categóricas en función de puntuaciones agregadas de la escala.

\*\* Si bien no cumple con el criterio para ser clasificado clínicamente significativo (30 puntos o más), considerando la desviación estándar y los rangos, se podría considerar que la muestra en términos generales presentó niveles iniciales de catastrofismo significativos.

En relación al outcome primario, como indica la Figura 1, se pudo observar un cambio clínicamente significativo en las tres participantes, por medio de una disminución en el puntaje que significó un cambio decreciente de al menos un nivel de gravedad. En el caso de dos de las participantes el cambio mencionado fue de dos niveles hacia abajo de manera progresiva; mientras que en una de las participantes disminuye inicialmente la sintomatología para luego aumentar levemente, manteniendo sin embargo la disminución de categoría inicial, por lo que se considera un cambio significativo a nivel clínico.

## Evolución P1, P2 y P3

Depresión (PHQ-9)



**Figura 1. Puntajes obtenidos en depresión utilizando el Patient Health Questionnaire (PHQ-9).** P1, P2, P3 = participantes. T1, T2, T3= Tiempos de medición. Línea negra indica puntaje de corte para clasificación de la gravedad de los síntomas: mínimo (0-4), leve (5-9), moderado (10-14), moderado a grave (15-19) y grave (20-27).

Cambio favorable que así mismo se evidencia en los outcomes secundarios de ansiedad y catastrofismo al finalizar la intervención, en función de los puntajes de corte respectivos señalados.

En el caso del HADS-A, si bien P1 nunca presentó niveles significativos de ansiedad según los parámetros de esta escala, las otras dos participantes sí: P2 durante la medición inicial (T1), y la tercera participante (P3) en la medición intermedia (T2). Terminando finalmente todas con niveles bajo el puntaje de corte (ver figura 2). Hecho similar a lo ocurrido al examinar los puntajes obtenidos con el PCS, en que se aprecia una variabilidad en los puntajes tanto iniciales como intermedios, finalizando sin embargo las tres participantes con puntuaciones inferiores, por debajo del puntaje que señala la línea de corte (ver Figura 3).

## Evolución P1, P2 y P3

Ansiedad (HADS-A)

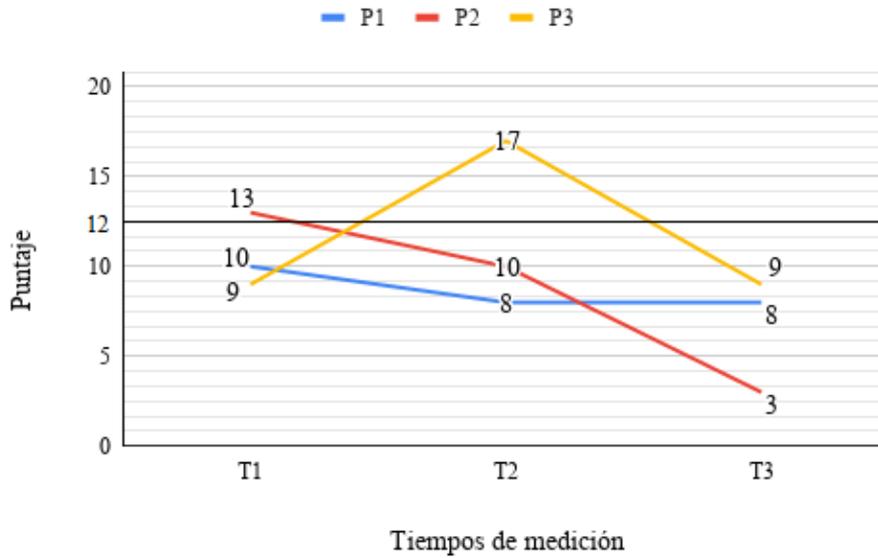


Figura 2. Puntajes obtenidos en ansiedad del dolor utilizando la subescala de Ansiedad de la Hospital Anxiety and Depression Scale (HADS-A). P1, P2, P3 = participantes. T1, T2, T3= Tiempos de medición. Línea negra indica puntaje de corte para clasificación de ansiedad como clínicamente significativa (+12pts).

## Evolución P1, P2 y P3

Catastrofismo (PCS)

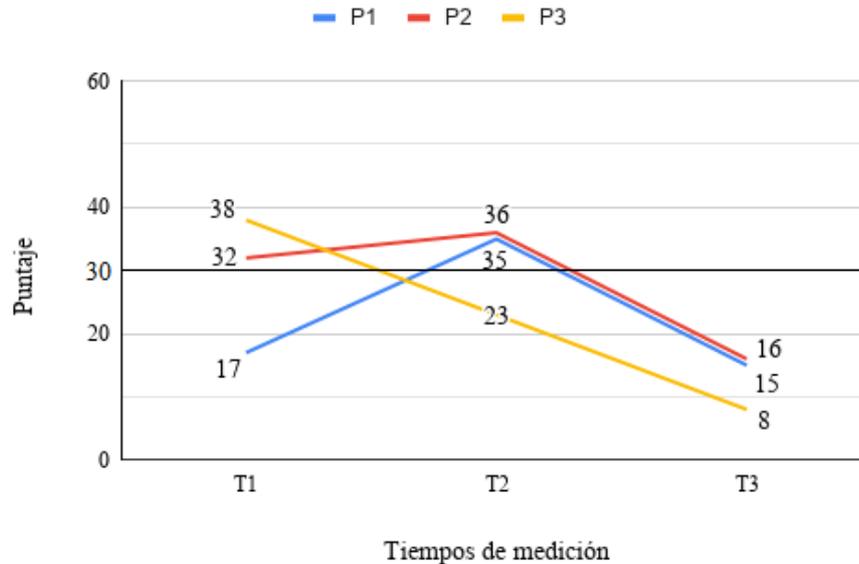
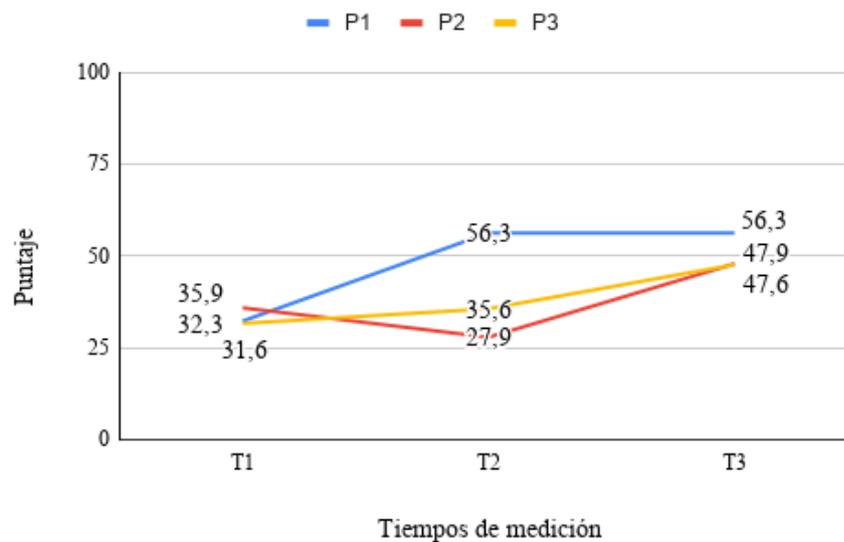


Figura 3. Puntajes obtenidos en catastrofismo utilizando la Pain Catastrophizing Scale (PCS). P1, P2, P3 = participantes. T1, T2, T3= Tiempos de medición. Línea negra indica dónde se ubica el percentil 75, puntaje de corte para clasificación de ansiedad como clínicamente significativa (30 pts).

En la línea de lo anterior, y debido a que la escala de Salud Mental del SF-36v2 evalúa aspectos de la salud mental general que incluyen depresión y ansiedad, cabe señalar que si bien no todas las participantes obtuvieron un puntaje final sobre el percentil 50, todas sí tuvieron un aumento en su puntuación mayor a 5,5 puntos, variación mínima para ser considerado clínicamente significativa (ver Figura 4).

### Evolución P1, P2 y P3

Escala Salud Mental (SF-36v2)

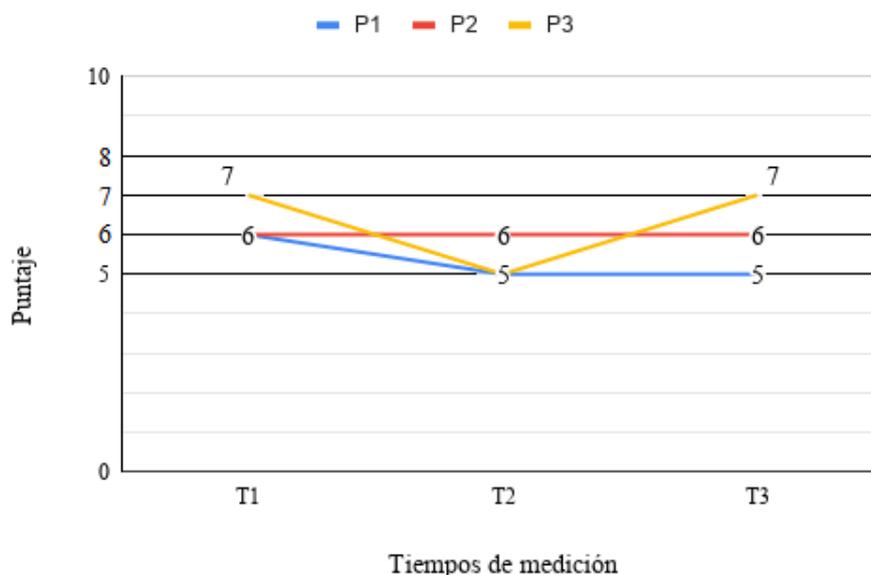


**Figura 4. Puntajes estandarizados obtenidos en la escala de Salud Mental (SF-36v2).** P1, P2, P3 = participantes. T1, T2, T3= Tiempos de medición. Variación de puntaje para clasificación de cambio como clínicamente significativa =5,5 pts.

No así en el caso de la intensidad del dolor reportada por las participantes (ver Figura 5). Ya que si bien en uno de los casos una participante evidenció una mejora significativa sostenida en el tiempo en base a los criterios mencionados (P1), otra no reportó cambio alguno en su nivel de dolor a lo largo de la intervención (P2), y una tercera presentó mejoras inicialmente, para luego volver al nivel de intensidad reportado en la primera evaluación (P3). Lo cual se condice con los resultados obtenidos en la SF-36v2. Ya que ninguna de las participantes tuvo variación mínima alguna para ser considerada clínicamente significativa en ninguno de las escalas que apuntan a caracterizar la salud física del cuestionario.

## Evolución P1, P2 y P3

Intensidad del Dolor (END)



**Figura 5. Puntajes obtenidos en intensidad del dolor utilizando la Escala Numérica del Dolor (END)** P1, P2, P3 = participantes. T1, T2, T3= Tiempos de medición. Líneas negras indican puntajes de corte para clasificación en niveles de intensidad para pacientes con dolor crónico (0-5= leve, 6-7= moderado, 8-10= severo).

Por otro lado, fueron examinados los resultados obtenidos en la escala de aceptación del dolor (ver Figura 6), la cual si bien no cuenta con un puntaje de corte establecido para examinar un cambio significativo a nivel clínico, fue contemplada en el presente trabajo como variable de proceso. En ella se evidencia variabilidad; debido a que las puntuaciones de dos de las participantes aumentaron en la medición final respecto de la línea base inicial, mientras que una de ellas (P1) presentó un deterioro progresivo en la escala mencionada, que indica menor aceptación del dolor.

## Evolución P1, P2 y P3

Aceptación de dolor (CPAQ)

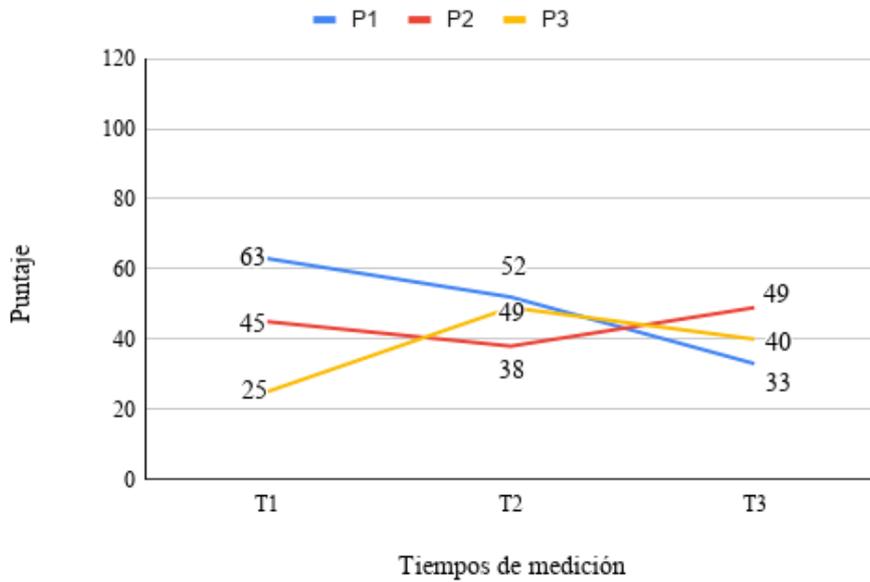


Figura 6. Puntajes obtenidos en aceptación del dolor utilizando el Chronic Pain Acceptance Questionnaire (CPAQ) P1, P2, P3 = participantes. T1, T2, T3= Tiempos de medición.

Finalmente, cabe destacar que si bien solo dos de las participantes evaluaron su cambio percibido luego de la intervención como una mejora (puntuando entre 6 y 7 puntos), mientras que una reportó estabilidad (4 puntos); todas tuvieron una apreciación positiva respecto de la terapia, reportando estar satisfecha (R2= 28 puntos) o muy satisfecha (R1= 31 puntos, R3= 32 puntos) con la intervención (ver Figura 8).

## Satisfacción con la intervención (CSQ-8)

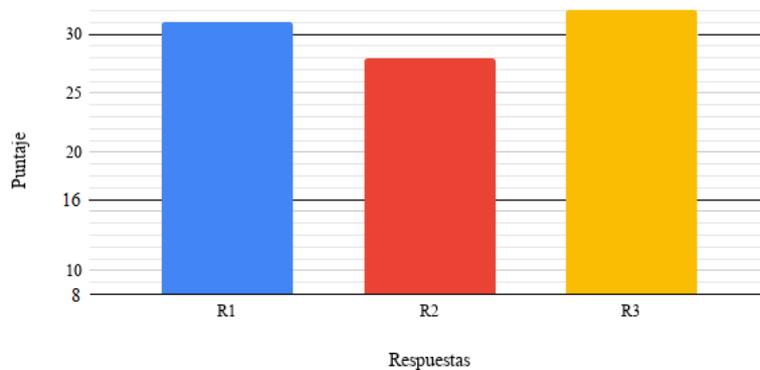


Figura 8. Puntajes obtenidos en satisfacción con la intervención utilizando el Client Satisfaction Questionnaire (CSQ-8). R1, R2, R3 = respuestas obtenidas de manera anónima, en el orden en que fueron recibidas. Líneas negras indican puntajes de corte para clasificación en niveles de satisfacción (8-16= insatisfecha o menos satisfecha, 17-30= satisfecha, 31-32= muy satisfecha).

## **6. Síntesis de los Resultados**

Por un lado, después de la intervención se logró evidenciar un cambio clínicamente significativo en cuanto a los niveles de depresión y ansiedad. Tanto en las puntuaciones obtenidas con instrumentos de medición específicos (PHQ-9 y HADS-A), como generales (escala de Salud Mental del SF-36v2) que contemplan dichas variables. Así mismo, se pudo observar la misma evolución favorable significativa a nivel clínico en los niveles de catastrofismo en todas las participantes, por medio del PCS.

No obstante, no se evidenció un cambio significativo en intensidad del dolor ni en salud física general de las participantes. Sin embargo, ya que el foco de la intervención no estaba orientado a estas variables y por tanto no era un outcome esperado, no se considera fundamental a la hora de evaluar la efectividad de la misma.

Por otro lado, mientras se esperaba -acorde a la literatura- que las participantes mejorasen su desempeño en la escala de aceptación del dolor, únicamente dos de ellas lo hicieron, mientras que una presentó un deterioro progresivo en la puntuación del CPAQ.

Así se podría concluir que la intervención tuvo efectos positivos esperados en las variables depresión, ansiedad, catastrofismo y, en algunos de los casos, aceptación del dolor. Todo ello con altos niveles de satisfacción y una evaluación positiva por parte de las participantes, aun cuando la sintomatología física se mantuvo en un nivel moderado e incluso severo, y no todas percibieran una mejoría en su estado de salud después de la intervención.

## 7. Discusión

El abordaje de la salud mental de los pacientes con dolor crónico ha sido un desafío histórico. Esto debido a la aún imperante concepción biomédica que no contempla la multiplicidad de factores que influyen en la experiencia de dolor, sumado a la poca sensibilización de los profesionales y escasez de recursos del sector público. Lo cual genera que rara vez los pacientes tengan acceso a un tratamiento integral que permita generar herramientas de afrontamiento y poder tomar parte más activa en el manejo de factores asociados a su experiencia de dolor.

A lo anteriormente mencionado se ha sumado en este último tiempo las restricciones propias del contexto debido a la pandemia de COVID-19, que hacen que el acceso a la salud se vea especialmente interferido. Es por ello que los profesionales han tenido que echar mano a diversas estrategias para poder dar respuesta a estas nuevas demandas, a la vez que resguardan su propia salud.

En este escenario, la telemedicina ha sido una herramienta fundamental, toda vez que presenta ventajas por sobre la atención presencial en términos de accesibilidad y costos reducidos, abriendo una ventana de oportunidad para que intervenciones como la del presente trabajo tengan cabida. Ya que esta modalidad permitió la flexibilidad en la estandarización y personalización de la intervención; generando a su vez facilidades en el seguimiento y continuidad de la atención de los pacientes, haciendo factible la reproducción de este tipo de abordaje a futuro, con los beneficios que se ha visto esto conlleva.

En línea de lo mencionado, respecto a la replicación de la intervención, si bien algunas de las pacientes contactadas inicialmente declinaron la invitación a participar, todas ellas lo hicieron aludiendo a motivos externos y manifestaron interés en ser contempladas de igual manera en una posible segunda implementación de la misma. Por lo que, de ofertarse nuevamente una intervención de este tipo en el centro, se espera haya personas interesadas en participar de ella.

A lo anterior se suman los altos niveles de satisfacción con la intervención de quienes pudieron participar de la intervención, y que señalaron la recomendarían a personas que estuvieran en una situación similar; así como también el feedback positivo por parte de BP, médico tratante de las pacientes, quien evaluó como positivo el efecto que la intervención habría tenido en las participantes luego de haber tenido un control médico con las mismas. Lo cual se condice con lo que señala la literatura, y refuerza la elección de este tipo de intervención por sobre otras con similares efectos y la sugerencia de su inclusión dentro de la oferta de

intervenciones a las prestaciones que reciben pacientes del CRS con algún tipo de diagnóstico de dolor crónico.

Así mismo, implementaciones futuras deberán considerar barreras en accesibilidad debido al soporte técnico requerido (internet y dispositivos electrónicos con audio y video) que puedan presentar algunos pacientes al continuar con la terapia en formato online. Así como también algunas adecuaciones en caso de que el contexto permita que la intervención pueda ser llevada a cabo de manera presencial; como lo es la disponibilidad de espacio físico en el centro, horas reservadas de algún psicólogo/a del centro que quiera capacitarse y posteriormente guiar la intervención. Y, ya pensando en la ACT grupal para pacientes con DC como una prestación establecida en el centro, cabría considerar la sensibilización de los profesionales de otras unidades en el abordaje del dolor crónico para una adecuada derivación de pacientes que podrían verse beneficiados de la misma.

Por otro lado, y pese al optimismo que arrojan los resultados obtenidos, éstos deben ser examinados con ojo crítico, contemplando el carácter descriptivo y exploratorio intencionado en el presente trabajo. Y, así mismo, tener en cuenta que si bien algunos de los resultados obtenidos no son tan favorables como los de otros estudios, esto podría deberse a factores que no tienen que ver con la implementación misma; como en el caso de la aceptación del dolor. Esto ya que el instrumento utilizado para medirla (CPAQ) no está validado en Chile, por lo que algunos ítems pueden ser difíciles de entender, y habría que tomar con especial cuidado las puntuaciones obtenidas en este trabajo en relación a esta variable.

Es por ello que resulta relevante la validación de cuestionarios para medir variables asociadas al DC en población chilena. Los cuales permitan evaluar un cambio como significativo no solo en base a significancia estadística; sino que también contemplen un puntaje de corte como indicador de cambio que sea percibido por los pacientes (cambio mínimo clínicamente significativo).

Y, en relación a la Terapia de Aceptación y Compromiso, sería deseable la generación de futuros estudios que evalúen la implementación de este tipo de terapia en Chile; contemplando un mayor control de variables que permitan atribuir de manera más certera los resultados obtenidos a la intervención misma; como lo son el contar con un grupo control, un mayor número de participantes, evaluaciones de seguimiento en el largo plazo, entre otros.

Finalmente cabe destacar que, aun cuando el protocolo ACT utilizado en este trabajo resulta de fácil bajada a la práctica, la teoría en la que se basa el mismo podría resultar algo más difícil de transmitir, dada su complejidad. Sin embargo, debido al aumento del conocimiento respecto de las Terapias de Tercera Generación, y el reconocimiento de su

efectividad en el abordaje de distintas patologías, es que cabe esperar que progresivamente sean integradas a los contenidos curriculares de las instituciones que imparten la carrera de Psicología. Y, así, se pueda seguir creciendo en la generación, y aún más importante, la difusión y bajada a la práctica de conocimiento respecto al efecto que tienen este tipo de intervenciones, que ya han probado su efectividad en contextos similares y en su mayor parte no son utilizadas por mero desconocimiento de las mismas.

## 8. Referencias

- Adams, L.M., & Turk, D.C. (2015). Psychosocial factors and central sensitivity syndromes. *Current Rheumatology Reviews*. 11 ,96 – 108. doi: 10.2174/1573397111666150619095330
- Alonso J, Prieto L, Antó JM. (1995) The Spanish version of the SF-36 Health Survey (the SF-36 health questionnaire): an instrument for measuring clinical results. *Medicina Clinica*. May;104(20):771-776.
- American Psychological Association. Society of Clinical Psychology & Division 12 (s.f.) *Acceptance and Commitment Therapy for Chronic Pain*. Recuperado el 1 de diciembre de 2020 de <https://www.div12.org/psychological-treatments/treatments/acceptance-and-commitment-therapy-for-chronic-pain>.
- Angst, F., Aeschlimann, A., & Stucki, G. (2001). Smallest detectable and minimal clinically important differences of rehabilitation intervention with their implications for required sample sizes using WOMAC and SF-36 quality of life measurement instruments in patients with osteoarthritis of the lower extremities. *Arthritis Care & Research: Official Journal of the American College of Rheumatology*, 45(4), 384-391.
- Baader, T., Molina, J., Venezian, S., Rojas, C., Farías, R., Fierro-Freixenet, C., et al. (2012) Validación y utilidad de la encuesta PHQ-9 (Patient Health Questionnaire) en el diagnóstico de depresión en pacientes usuarios de atención primaria en Chile. *Revista Chilena de Neuro-psiquiatría*. ;50(1):10–22.
- Barry, D., Pilver, C., Hoff, R., Potenza, M. (2017) Pain interference and incident medical disorders in the general population. *Pain Med*;18: 1209–17.
- Bennett, R. (2016). Pain management in fibromyalgia. *Pain Management*, 6(4), 313–316. doi:10.2217/pmt-2016-0026

- Bennett, R. M., Friend, R., Jones, K. D., Ward, R., Han, B. K., & Ross, R. L. (2009). The Revised Fibromyalgia Impact Questionnaire (FIQR): validation and psychometric properties. *Arthritis Research & Therapy*, 11 (4), R120. <https://doi.org/10.1186/ar2783>
- Bernardy, K., Füber, N., Köllner, V., & Häuser, W. (2010) Efficacy of cognitive-behavioral therapies in fibromyalgia syndrome—a systematic review and metaanalysis of randomized controlled trials. *The Journal of Rheumatology*, 37(10), 1991-2005. <https://doi.org/10.3899/jrheum.100104>
- Bilbeny, N., Miranda, J. P., Eberhard, M. E., Ahumada, M., Méndez, L., Orellana, M. E., ... & Fernández, R. (2018). Survey of chronic pain in Chile—prevalence and treatment, impact on mood, daily activities and quality of life. *Scandinavian Journal Of Pain*, 18(3), 449-456.
- Blyth, F. M., March, L. M., Brnabic, A. J., & Cousins, M. J. (2004). Chronic pain and frequent use of health care. *Pain*, 111(1-2), 51-58. <https://doi.org/10.1016/j.pain.2004.05.020>
- Brown, L. A., Gaudiano, B. A., & Miller, I. W. (2011). Investigating the similarities and differences between practitioners of second-and third-wave cognitive-behavioral therapies. *Behavior Modification*, 35(2), 187-200.
- Boonstra, A. M., Stewart, R. E., Köke, A. J., Oosterwijk, R. F., Swaan, J. L., Schreurs, K. M., & Schiphorst Preuper, H. R. (2016). Cut-off points for mild, moderate, and severe pain on the numeric rating scale for pain in patients with chronic musculoskeletal pain: variability and influence of sex and catastrophizing. *Frontiers In Psychology*, 7, 1466.
- Cabrera, V., Martín-Aragón, M., Terol, M. D. C., Núñez, R., y Pastor, M. (2015). La Escala de Ansiedad y Depresión Hospitalaria (HAD) en fibromialgia: Análisis de sensibilidad y especificidad. *Terapia Psicológica*, 33(3), 181-193.
- Cohen, S., Baber, Z., Buvanendran, A., McLean, L., Chen, Y., Hooten, W., ... & King, L. (2020) Pain management best practices from multispecialty organizations during the COVID-19 pandemic and public health crises. *Pain Medicine*.

- Cohen SP, Hooten WM. (2019) Balancing the Risks and Benefits of Opioid Therapy: The Pill and the Pendulum. *Mayo Clin Proc*; 94:2385-2389. <https://doi.org/10.1016/j.mayocp.2019.10.006>
- CRS Peñalolén Cordillera Oriente (2018) *ASPE - Unidad de Admisión y Servicios a las Personas*. Recuperado de <http://www.crsorient.cl/home/servicios/aspe>
- de Andrés J., Cruces L., Canos M., Penide, L., Del Valle Hoyos M, Herdman M, et al. Validation of the Short Form of the Brief Pain Inventory (BPI-SF) in Spanish Patients with Non-Cancer-Related Pain. *Pain Practice*. 2014 Apr 28; doi:10.1111/papr.12219.
- de Ruddere, L., Goubert, L., Vervoort, T., Prkachin, K. M., & Crombez, G. (2012). We discount the pain of others when pain has no medical explanation. *The Journal of Pain*, 13(12), 1198-1205. <https://doi.org/10.1016/j.jpain.2012.09.002>
- Dixon, K. E., Keefe, F. J., Scipio, C. D., Perri, L. M., & Abernethy, A. P. (2007). Psychological interventions for arthritis pain management in adults: a meta-analysis. *Health Psychology*, 26(3), 241. <https://doi.org/10.1037/0278-6133.26.3.241>
- Dorner, T., Muckenhuber, J., Stronegger, W., Ràsky, É., Gustorff, B., & Freidl, W. (2011). The impact of socio-economic status on pain and the perception of disability due to pain. *European Journal Of Pain*, 15(1), 103-109.
- Dworkin, R. H., Turk, D. C., Farrar, J. T., Haythornthwaite, J. A., Jensen, M. P., Katz, N. P., ... & Witter, J. (2005). Core outcome measures for chronic pain clinical trials: IMMPACT recommendations. *Pain*, 113(1), 9-19.
- Echeburúa, E., Salaberría, K., de Corral, P., y Polo-López, R. (2010). Terapias psicológicas basadas en la evidencia: limitaciones y retos de futuro. *Revista Argentina De Clínica Psicológica*, 19(3).
- Elzahaf, R. A., Tashani, O. A., Unsworth, B. A., & Johnson, M. I. (2012). The prevalence of chronic pain with an analysis of countries with a Human Development Index less than

0.9: a systematic review without meta-analysis. *Current Medical Research And Opinion*, 28(7), 1221-1229.

Escobar, A. (2018) Adaptación cultural y validación de la versión revisada del Cuestionario de Impacto de la Fibromialgia (FIQ-R) en mujeres chilenas con fibromialgia. Tesis presentada a la Escuela de Psicología de la Pontificia Universidad Católica de Chile para optar al grado académico de Magíster en Psicología de la Salud. Recuperado de <https://repositorio.uc.cl/handle/11534/22500>

Ferrando L, Bobes J, Gibert J, Soto M, y Soto O. (2000) MINI Entrevista Neuropsiquiátrica Internacional (MINI International Neuropsychiatric Interview, MINI). *Instrumentos de detección y orientación diagnóstica*. <http://www.academia.cat/files/425-7297-DOCUMENT/MinientrevistaNeuropsiquatribaInternacional.pdf>.

Fink-Miller, E., Long, D., y Gross, R. (2014). Comparing chronic pain treatment seekers in primary care versus tertiary care settings. *J Am Board Fam Med*, 27(5), 594-601.doi: 10.3122/jabfm.2014.05.130311

Fischer, D., Stewart, A. L., Bloch, D. A., Lorig, K., Laurent, D., & Holman, H. (1999). Capturing the patient's view of change as a clinical outcome measure. *Jama*, 282(12), 1157-1162.

García-Campayo J, Rodero B, Alda M, Sobradie N, Montero J, Moreno S. (2008) Validación de la versión española de la Escala de Catastrofización ante el Dolor (Pain Catastrophizing Scale) en la fibromialgia. *Med Clí*.131(13):487–92

Goldberg, D. S. (2017). Pain, objectivity and history: understanding pain stigma. *Medical Humanities*, 43(4), 238-243.

González-Hernández, J., Aguilar, L., Oporto, S., Araneda, L., Vásquez, M., & Von Bernhardt, R. (2009). Normalización del “Mini-Mental State Examination” según edad y educación, para la población de Santiago de Chile. *Revista Memoriza.com*, 3, 23-34.

- Gormsen, L., Rosenberg, R., Bach, F. W., & Jensen, T. S. (2010). Depression, anxiety, health-related quality of life and pain in patients with chronic fibromyalgia and neuropathic pain. *European Journal of Pain*, 14(2), 127-e1. <https://doi.org/10.1016/j.ejpain.2009.03.010>
- Gureje, O., Von Korff, M., Simon, G., & Gater, R. (1998). Persistent pain and well-being: a World Health Organization study in primary care. *Jama*, 280(2), 147-151.
- Guy, W. (1976) *Assessment Manual for Psychopharmacology*. Rockville, MD: US.
- Hann, K., & McCracken, L. (2014). A systematic review of randomized controlled trials of Acceptance and Commitment Therapy for adults with chronic pain: Outcome domains, design quality, and efficacy. *Journal of Contextual Behavioral Science*, 3(4), 217–227. <https://doi.org/10.1016/j.jcbs.2014.10.001>
- Hayes, S.(2004). Acceptance and commitment therapy, relational frame theory, and third wave of behavioral and cognitive therapies. *Behavior Therapy*; 35, 639-665.
- Hayes, S. C., Strosahl, K. D., & Wilson, K. G. (1999). *Acceptance and Commitment Therapy*. New York, NY: Guilford Press.
- Hayes, S., Strosahl, K., y Wilson, K. G. (2012a). *Acceptance and commitment therapy: The process and practice of mindful change (2nd ed.)*. New York, NY US: Guilford Press.
- Hayes, S., Pistorello, J., y Levin, M. E. (2012b). Acceptance and commitment therapy as a unified model of behavior change. *The Counseling Psychologist*, 40(7), 976–1002. <https://doi.org/10.1177/0011000012460836>
- Hayes, S., Levin, M., Plumb-Villardaga, J., Villatte, J., y Pistorello, J. (2013). Acceptance and commitment therapy and contextual behavioral science: examining the progress of a distinctive model of behavioral and cognitive therapy. *Behavior Therapy*, 44(2), 180–198. <https://doi.org/10.1016/j.beth.2009.08.002>

- Henschke, N., Ostelo, R. W., van Tulder, M. W., Vlaeyen, J. W., Morley, S., Assendelft, W., & Main, C. (2010). Behavioural treatment for chronic low-back pain. *Cochrane Database Of Systematic Reviews*, (7). <https://doi.org/10.1002/14651858.CD002014.pub3>
- Hernandez-Leon, A., De la Luz-Cuellar, Y., Granados-Soto, V., González-Trujano, M., & Fernández-Guasti, A. (2018). Sex differences and estradiol involvement in hyperalgesia and allodynia in an experimental model of fibromyalgia. *Hormones and Behavior*, 97, 39–46. <https://doi.org/10.1016/j.yhbeh.2017.10.011>
- Herrero, M., Blanch, J., Peri, J., De Pablo, J., Pintor, L., Bulbena, A. (2003) A validation study of the hospital anxiety and depression scale (HADS) in a Spanish population. *General Hospital Psychiatry* JulAug; 25 (4): 277-83.
- Hoffmann, K., Peersman, W., George, A., Dorner, T. (2015) Associations and Synergistic Effects for Psychological Distress and Chronic Back Pain on the Utilization of Different Levels of Ambulatory Health Care. A Cross-Sectional Study from Austria. *PLoS ONE* 10(7): e0134136. <https://doi.org/10.1371/journal.pone.0134136>
- Hooten WM. (2016) Chronic Pain and Mental Health Disorders: Shared Neural Mechanisms, Epidemiology, and Treatment. *Mayo Clin Proc*; 91:955-970
- Hughes, L. S., Clark, J., Colclough, J. A., Dale, E., & McMillan, D. (2017). Acceptance and Commitment Therapy (ACT) for Chronic Pain: A Systematic Review and Meta-Analyses. *The Clinical Journal of Pain*, 33(6), 552–568. <https://doi.org/10.1097/AJP.0000000000000425>
- Jacobson, N. S., & Truax, P. (1991). Clinical significance: a statistical approach to defining meaningful change in psychotherapy research. *Journal Of Consulting And Clinical Psychology*, 59(1), 12. <https://f1000.com/fulltext/doi/10.1037/0022-006X.59.1.12>
- Jensen MP, Turner JA, Romano JM, Fisher LD. (1999) Comparative reliability and validity of chronic pain intensity measures. *Pain*. 83(2):157–62

- Jensen, M. P., Hu, X., Potts, S. L., & Gould, E. M. (2013). Single vs composite measures of pain intensity: relative sensitivity for detecting treatment effects. *Pain*, 154(4), 534-538. <https://f1000.com/fulltext/doi/10.1016/j.pain.2012.12.017>
- Jensen, M. P., Castarlenas, E., Tomé-Pires, C., de la Vega, R., Sánchez-Rodríguez, E., & Miró, J. (2015). The number of ratings needed for valid pain assessment in clinical trials: replication and extension. *Pain Medicine*, 16(9), 1764-1772. <https://f1000.com/fulltext/doi/10.1111/pme.12823>
- Kroenke, K y Spitzer, R. & Williams, J. (2001). The PHQ-9 Validity of a Brief Depression Severity Measure. *Journal of General Internal Medicine*. 16. <https://doi.org/10.1046/j1525-14972001016009606>
- Lal, S., & Adair, C. E. (2014). E-mental health: a rapid review of the literature. *Psychiatric Services*, 65(1), 24-32.
- Larsen, D. L., Attkisson, C. C., Hargreaves, W. A., & Nguyen, T. D. (1979). Assessment of client/patient satisfaction: development of a general scale. *Eval Program Plann*, 2(3), 197-207.
- Lavielle, P., Clark, P., Martínez, H., Mercado, F., & Ryan, G. (2008). Conducta del enfermo ante el dolor crónico. *Salud Pública de México*, 50, 147-154.
- Levin, M., Hildebrandt, M., Lillis, J. y Hayes, S. (2012) The Impact of Treatment Components Suggested by the Psychological Flexibility Model: A Meta-Analysis of Laboratory-Based Component Studies. *Behavior Therapy* <https://doi.org/10.1016/j.beth.2012.05.003>
- Ljótsson, B., Atterlöf, E., Lagerlöf, M., Andersson, E., Jernelöv, S., Hedman, E., ... Wicksell, R. K. (2014). Internet-delivered acceptance and values-based exposure treatment for fibromyalgia: a pilot study. *Cognitive Behaviour Therapy*, 43(2), 93–104. <https://doi.org/10.1080/16506073.2013.846401>

- Luciano, J., Guallar, J., Aguado, J., López-del-Hoyo, Y., Olivan, B., Magallón, R., ... & Garcia-Campayo, J. (2014). Effectiveness of group acceptance and commitment therapy for fibromyalgia: a 6-month randomized controlled trial (EFFIGACT study). *PAIN®*, 155(4), 693-702. <https://f1000.com/fulltext/doi/10.1016/j.pain.2013.12.029>
- Luciano, J. V., D'Amico, F., Feliu-Soler, A., McCracken, L. M., Aguado, J., Peñarrubia-María, M. T., ... & García-Campayo, J. (2017). Cost-utility of group acceptance and commitment therapy for fibromyalgia versus recommended drugs: an economic analysis alongside a 6-month randomized controlled trial conducted in Spain (EFFIGACT Study). *The Journal of Pain*, 18(7), 868-880. <https://f1000.com/fulltext/doi/10.1016/j.jpain.2017.03.001>
- Marchand, K.I., Oviedo-Joekes, E., Guh, D. et al. (2011) Client satisfaction among participants in a randomized trial comparing oral methadone and injectable diacetylmorphine for long-term opioid-dependency. *BMC Health Serv Res* 11, 174. <https://doi.org/10.1186/1472-6963-11-174>
- Maruish, M. E. (Ed.). (2011). *User's manual for the SF-36v2 Health Survey*. Quality Metric Incorporated.
- McCracken L, Vowles K, Eccleston C. (2005) Acceptance-based treatment for persons with complex, long-standing chronic pain: a preliminary analysis of treatment outcome in comparison to a waiting phase. *Behav Res Ther*; 43:1335–46. <https://f1000.com/fulltext/doi/10.1016/j.brat.2004.10.003>
- McCracken, L., MacKichan, F., & Eccleston, C. (2007). Contextual cognitive-behavioral therapy for severely disabled chronic pain sufferers: Effectiveness and clinically significant change. *European Journal of Pain*, 11(3), 314-322. <https://f1000.com/fulltext/doi/10.1016/j.ejpain.2006.05.004>
- McCracken, L. M., Sato, A., & Taylor, G. J. (2013). A trial of a brief group-based form of acceptance and commitment therapy (ACT) for chronic pain in general practice: pilot outcome and process results. *The Journal of Pain*, 14(11), 1398-1406. <https://f1000.com/fulltext/doi/10.1016/j.jpain.2013.06.011>

- McCracken, L. (2015) *ACT for Chronic Pain*. En Society of Clinical Psychology & Division 12 of the American Psychological Association. Recuperado de <https://www.div12.org/psychological-treatments/treatments/acceptance-and-commitment-therapy-for-chronic-pain>.
- McMillan, D., Gilbody, S., & Richards, D. (2010). Defining successful treatment outcome in depression using the PHQ-9: a comparison of methods. *Journal Of Affective Disorders*, 127(1-3), 122-129. <https://f1000.com/fulltext/doi/10.1016/j.jad.2010.04.030>
- Molina, J. M., Figueroa, J. & Uribe, A. F. (2013). El dolor y su impacto en la calidad de vida y estado anímico de pacientes hospitalizados. *Universitas Psychologica*, 12(1), 55- 62.
- Neumann L., Buskila D. (2003) Epidemiology of fibromyalgia. *Curr Pain Headache Rep* 7: 362–368
- Obaldía, A., Gómez-Pérez, L. (2017) Validación De La Escala De Catastrofismo Del Dolor (PCS) En Pacientes Chilenas Con Fibromialgia. Print.
- Olivares P. (2005) Perfil del Estado de salud de beneficiarios del Sistema Isapres: Informe preliminar. Recuperado de [http://www.supersalud.gob.cl/documentacion/666/articulos-1068\\_recurso\\_1.pdf](http://www.supersalud.gob.cl/documentacion/666/articulos-1068_recurso_1.pdf)
- Quiroga, P., Albala, C., & Klaasen, G. (2004). Validación de un test de tamizaje para el diagnóstico de demencia asociada a edad, en Chile. *Revista Médica De Chile*, 132(4), 467-478.
- Ramírez, P., Ordi, H., Casado Morales, M., Santamaría, P., y Pérez Nieto, M. (2013). Fibromialgia: ¿exageración o simulación? *Clínica y Salud*, 24(3), 185–195. doi:10.1016/S1130-5274(13)70020-3
- Rampakakis, E., Ste-Marie, P. A., Sampalis, J. S., Karellis, A., Shir, Y., & Fitzcharles, M. A. (2015). Real-life assessment of the validity of patient global impression of change in fibromyalgia. *RMD open*, 1(1), e000146.

- Rivera, J., Alegre, c., Ballina, F., Carbonell, J., Carmona, I., ... Castel, B. (2006). Documento de consenso de la sociedad española de reumatología sobre la fibromialgia. *Reumatología Clínica*, 2, 55-66
- Roberts, R. E., & Attkisson, C. C. (1983). Assessing client satisfaction among Hispanics. *Evaluation and program planning*, 6(3-4), 401-413.
- Rodero, B., García-Campayo, J., Casanueva, B., del Hoyo, Y. L., Serrano-Blanco, A., & Luciano, J. V. (2010). Validation of the Spanish version of the Chronic Pain Acceptance Questionnaire (CPAQ) for the assessment of acceptance in fibromyalgia. *Health and Quality of Life Outcomes*, 8(1), 37.
- Rosas, R., Tenorio, D. M., & Pizarro, M. M. (2012). *WAIS-IV: Manual de administración y corrección: versión estandarizada en Chile*. Santiago, Chile: NCS Pearson.
- Rosas, R., Tenorio, M., Pizarro, M., Cumsille, P., Bosch, A., Arancibia, S., ... & Zapata-Sepúlveda, P. (2014). Estandarización de la Escala Wechsler de Inteligencia para Adultos: cuarta edición en Chile. *Psykhé* (Santiago), 23(1), 1-18.
- Sahin, N., Atik, A., & Dogan, E. (2014). Clinical and demographic characteristics and functional status of the patients with fibromyalgia syndrome. *Northern Clinics of Istanbul*, 1(2), 89–94. <https://doi.org/10.14744/nci.2014.07108>
- Salaffi, F., Stancati, A., Silvestri, C. A., Ciapetti, A., & Grassi, W. (2004). Minimal clinically important changes in chronic musculoskeletal pain intensity measured on a numerical rating scale. *European Journal Of Pain*, 8(4), 283-291. <https://f1000.com/fulltext/doi/10.1016/j.ejpain.2003.09.004>
- Saldivia, S., Aslan, J., Cova, F., Vicente, B., Inostroza, C., y Rincón, P. (2019). Propiedades psicométricas del PHQ-9 (Patient Health Questionnaire) en centros de atención primaria de Chile. *Revista Médica de Chile*, 147(1), 53-60.

- Sancassiani, F., Machado, S., Ruggiero, V., Cacace, E., Carmassi, C., Gesi, C., ... Carta, M. G. (2017). The management of fibromyalgia from a psychosomatic perspective: an overview. *International Review of Psychiatry*, 29(5), 473–488. <https://doi.org/10.1080/09540261.2017.1320982>
- Scascighini, L., Toma, V., Dober-Spielmann, S., & Sprott, H. (2008). Multidisciplinary treatment for chronic pain: a systematic review of interventions and outcomes. *Rheumatology*, 47(5), 670-678. <https://f1000.com/fulltext/doi/10.1093/rheumatology/ken021>
- Schatman, M. (2012). Interdisciplinary chronic pain management: international perspectives. *Pain: Clinical Updates*, 20(7), 1-5.
- Sheehan, D. V., Lecrubier, Y., Sheehan, K. H., Amorim, P., Janavs, J., Weiller, E., ... & Dunbar, G. C. (1998). The Mini-International Neuropsychiatric Interview (MINI): the development and validation of a structured diagnostic psychiatric interview for DSM-IV and ICD-10. *The Journal of clinical psychiatry*.
- Simister, H., Tkachuk, G., Shay, B., Vincent, N., Pear, J., & Skrabek, R. (2018). Randomized controlled trial of online acceptance and commitment therapy for fibromyalgia. *The Journal of Pain*, 19(7), 741–753. <https://doi.org/10.1016/j.jpain.2018.02.004>
- Steiner, J. L., Bogusch, L., & Bigatti, S. M. (2013). Values-based action in fibromyalgia: results from a randomized pilot of acceptance and commitment therapy. *Health psychology research*, 1(3). <https://doi.org/10.4081/hpr.2013.e34>
- Surendran, S. y Mithun, C. (2018) Estimation of minimum clinically important difference in fibromyalgia for fiqr using bpi as the anchor measure. *Annals of the Rheumatic Diseases*; 77 (S2) p.845.
- Sullivan, M. (2009) *The Pain Catastrophizing Scale. User Manual*. McGill University: Montreal, Quebec.

- Trompetter, H. R., Bohlmeijer, E. T., Veehof, M. M., & Schreurs, K. M. G. (2015). Internet-based guided self-help intervention for chronic pain based on Acceptance and Commitment Therapy: a randomized controlled trial. *Journal of Behavioral Medicine*, 38(1), 66–80. <https://doi.org/10.1007/s10865-014-9579-0>
- Turk, D. C., & Okifuji, A. (2003). A cognitive-behavioural approach to pain management. En *Handbook of pain management: A clinical companion to textbook of pain*. pp. 533-541. <https://doi.org/10.1016/B978-0-443-07201-7.50040-0>
- Varrassi, G., Müller-Schwefe, G., Pergolizzi, J., Oronska, A., Morlion, B., Mavrocordatos, P., ... & Collett, B. (2010). Pharmacological treatment of chronic pain—the need for CHANGE. *Current medical research and opinion*, 26(5), 1231-1245.
- Veehof, M. M., Oskam, M.-J., Schreurs, K. M. G., & Bohlmeijer, E. T. (2011). Acceptance-based interventions for the treatment of chronic pain: a systematic review and meta-analysis. *Pain*, 152(3), 533–542. <https://doi.org/10.1016/j.pain.2010.11.002>
- Veehof, M. M., Trompetter, H. R., Bohlmeijer, E. T., & Schreurs, K. M. G. (2016). Acceptance-and mindfulness-based interventions for the treatment of chronic pain: a meta-analytic review. *Cognitive behaviour therapy*, 45(1), 5-31. <https://f1000.com/fulltext/doi/10.1080/16506073.2015.1098724>
- Vera-Villaruel, Pablo, Celis-Atenas, Karem, Córdova-Rubio, Natalia, Buela-Casal, Gualberto, & Spielberger, Charles D. (2007). Preliminary Analysis and Normative Data of the State-Trait Anxiety Inventory (STAI) in Adolescent and Adults of Santiago, Chile. *Terapia psicológica*, 25(2), 155-162. <https://dx.doi.org/10.4067/S0718-48082007000200006>
- Villatte, J. L., Vilardaga, R., Villatte, M., Vilardaga, J. C. P., Atkins, D. C., & Hayes, S. C. (2016). Acceptance and Commitment Therapy modules: Differential impact on treatment processes and outcomes. *Behaviour Research and Therapy*, 77, 52-61. <http://dx.doi.org/10.1016/j.brat.2015.12.001>

- Vowles, K., McCracken, L., & O'Brien, J. (2011). Acceptance and values-based action in chronic pain: a three-year follow-up analysis of treatment effectiveness and process. *Behaviour Research and Therapy*, 49(11), 748-755.
- Ware, J. y Sherbourne, C. (1992). The MOS 36-item short-form health survey (SF-36): I. Conceptual framework and item selection. *Medical Care*, 473-483.
- Wetherell, J. L., Afari, N., Rutledge, T., Sorrell, J. T., Stoddard, J. A., Petkus, A. J., ... Atkinson, J. H. (2011). A randomized, controlled trial of acceptance and commitment therapy and cognitive-behavioral therapy for chronic pain. *Pain*, 152(9), 2098–2107. <https://doi.org/10.1016/j.pain.2011.05.016>
- Wechsler, D. (1955). *Manual for the Wechsler Adult Intelligence Scale*. Psychological Corp.
- White, R. y Cohen, S. (2007) Return-to-duty rates among coalition forces treated in a forward deployed pain treatment center: a prospective observational study. *Anesthesiology* 107:1003-1008. <https://doi.org/10.1097/01.anes.0000290605.55736.e1>
- Wicksell, R. K., Ahlqvist, J., Bring, A., Melin, L., & Olsson, G. L. (2008). Can exposure and acceptance strategies improve functioning and life satisfaction in people with chronic pain and whiplash-associated disorders (WAD)? A randomized controlled trial. *Cognitive behaviour therapy*, 37(3), 169-182.
- Wicksell, R. K., Kemani, M., Jensen, K., Kosek, E., Kadetoff, D., Sorjonen, K., et al. (2013). Acceptance and commitment therapy for fibromyalgia: A randomized controlled trial. *European Journal of Pain*, 17 (4), 599 – 611.
- Williams, A., Eccleston, C., & Morley, S. (2012). Psychological therapies for the management of chronic pain (excluding headache) in adults. *Cochrane database of systematic reviews*, (11).
- Wilson, K., y Luciano, C. (2014) *Terapia De Aceptación Y Compromiso (ACT): Un Tratamiento Conductual Orientado a Los Valores*. Madrid: Difusora Larousse - Ediciones Pirámide.

Zigmond, A. S., & Snaith, R. P. (1983). The hospital anxiety and depression scale. *Acta Psychiatrica Scandinavica*, 67(6), 361-370.

## **9. Anexos**

### **Anexo 1. Protocolo de Intervención Grupo Psicoterapia de Aceptación y Compromiso**

El contenido de la terapia, con protocolos de manual (Wilson y Luciano, 2002) adaptados al estudio de Luciano et al (2017), y distribuido por sesiones, fue 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” (una planta real, del jardín –ACT-, que se llevan el primer día para cuidarla).

## Anexo 2. Estructura de las sesiones, basadas en el protocolo de Luciano et al (2017)

Previamente se les solicitará a las participantes contar con un cuaderno, en el cual poder ir anotando reflexiones que surjan durante las sesiones, poder dejar escritas ahí las tareas que se les irán asignando semanalmente, y que finalmente servirá como un registro que evidencie los distintos avances durante la terapia. Pudiendo volver a éste en momentos de mayor dificultad.

### **Sesión 1: Introducción. Presentación de las líneas generales de la terapia –ACT-.**

(a) **Presentación de cada una:** *¿Quiénes conformamos el grupo?*

(b) **Psicoeducación:** *¿Cómo estamos entendiendo el dolor?*

- Enfoque biomédico vs. biopsicosocial.
- Factores comunes que influyen en la experiencia del dolor.

(c) **Dolor, sufrimiento y estrés.**

(d) **Líneas generales de la terapia y la importancia de los valores**

- Metáfora de los escaladores
- Metáfora del jardín

(e) **Aprendiendo a respirar con ejercicios básicos**

- Ejercicio de respiración diafragmática

(f) *Se refuerza el compromiso de asistencia, avisar si no van a poder asistir, etc...*

**Tarea:** Pauta de registros de sensaciones y conductas asociados a episodios de dolor.

### **Sesión 2: Análisis valores I.**

(a) *¿Qué es el trastorno de evitación experiencial?*

(b) **La desesperanza creativa**

- Metáfora de arena movediza

(c) **Ansiedad, lucha, huida y sus efectos.**

- Metáfora del micrófono que se acopla
- Ansiedad como ejemplo de ineficacia del control de la emoción
- Metáfora del 95%-5%

(d) **Aceptación como una alternativa al control.**

- Metáfora del niño y las rabieta
- Metáfora de las olas en la playa (resistir vs flotar)
- Aceptación en el contexto de las cogniciones

*(e) Dolor vs trauma*

- Metáfora de ir al dentista

*(f) Aprendiendo relajación autógena*

- Ejercicio de body scan

**Tarea:** Practicar ejercicios de respiración consciente y body scan en casa.

**Sesión 3 (con pacientes y familiares directos -1 ó 2 por persona-).**

*(a) Las relaciones interpersonales*

- Roles, dependencias, valores, convivir con el dolor

*(b) Dificultades de comunicación y técnicas de resolución de problemas*

- Las emociones y su función
- Comunicación asertiva

*(d) Aceptación, compromiso y apoyo familiar.*

*(e) Debate y conclusiones*

**Sesión 4: Análisis valores II.**

*(a) Leyes del pensamiento y consecuencias del lenguaje.*

- Ejercicio de decir muchas veces una palabra

*(b) Mente y desactivación del pensamiento -defusión cognitiva-: tomando distancia con el pensamiento.*

- Ejercicio de cambiar los “**pero**” por “**y**”
- Distinguir entre **evaluación** y **descripción**
- Ejercicio de análisis de una fotografía: ¿qué dijo tu mente?/¿qué observaste tú?

*(c) Aprendiendo meditación, técnicas y efectos. Ejercicios prácticos de meditación*

- Meditación guiada
- Metáfora del cachorro juguete para fomentar amabilidad y compasión con nuestra mente

**Tarea:** Formulario de valores y actividades.

### **Sesión 5: Análisis valores III.**

(a) *El malestar emocional y sus consecuencias.*

(b) *Fenómenos afectivos, variables de personalidad y estados de salud.*

- Interdependencia emociones, pensamientos, conductas y relaciones interpersonales

(c) *Descubriendo compromisos con acciones comprometidas*

- Ejercicio de escribir el epitafio
- Valores como acciones y no como sentimientos

**Tarea:** Autorregistro sobre disfrute e importancia de actividades

### **Sesión 6: Barreras psicológicas y obstáculos.**

(a) *Tomando la iniciativa con un “Plan de actuación y voluntades”.*

- Recordando la sesión pasada: “ojo con las trampas mentales”
- Metáfora de la mente como un autobús y los pensamientos y emociones como pasajeros
- Metáfora de direcciones valiosas

(b) *Flexibilidad psicológica, resiliencia y automotivación.*

- Metáfora de la burbuja que avanza
- Metáfora de plantar un huerto

(c) *Ejercicios de expansión y body scan*

**Tarea:** Formulario de metas, acciones y barreras.

### **Sesión 7: Tomando una dirección.**

(a) *El yo como contexto, proceso y contenido.*

- Metáfora de la casa y los muebles
- Ejercicio del observador

(b) *Consciencia del presente: “aquí y ahora”*

(c) *El cerebro y las emociones: el manejo de situaciones y los secuestros amigdalares.*

(d) *Exposición con imaginación guiada.*

**Tarea:** Practicar ejercicios de mindfulness

**Sesión 8: Atrévete y cambia: willingness –determinación-**

- (a) Autoconciencia, asertividad y autoestima.*
- (b) Ejercicios experienciales de expansión: la sensación sentida.*
- (c) La felicidad según la psicología positiva.*

**Sesión 9: Preparados para actuar con ACT: la mente, el cuerpo, los pensamientos y las sensaciones.**

- (a) Análisis funcional de las conductas en dolor crónico.*
- (b) Repaso de conceptos, conclusión final y evaluación.*
- (c) Cierre y agradecimiento por la participación.*

### **Anexo 3. Carta de consentimiento informado**

#### **CARTA DE CONSENTIMIENTO INFORMADO**

“Implementación de una Intervención Basada en la Terapia de Aceptación y Compromiso para Pacientes con Dolor Crónico del CRS Cordillera Oriente”

Usted ha sido invitada a participar de una intervención grupal para pacientes con dolor crónico, a cargo de la psicóloga María Luisa Reyes, estudiante de Magíster en Psicología de la Salud de la Pontificia Universidad Católica de Chile. Bajo la supervisión de Álvaro Vergés, profesor asistente de la misma institución, esta intervención es parte del trabajo de tesis de grado de María Luisa y forma parte de una pequeña investigación.

El propósito de esta información es ayudarle a tomar la decisión de participar -o no- de la presente intervención. Por favor lea detenidamente este documento y haga todas las preguntas que le puedan surgir.

#### **¿Cuál es el objetivo de la intervención?**

La presente intervención tiene como propósito ayudar a los pacientes con dolor crónico a convivir con el dolor. Su objetivo es mejorar la calidad de vida, por medio del entrenamiento en estrategias basadas en la atención plena, y el compromiso de la persona con aquello que estima valioso en su vida.

#### **Procedimiento del estudio**

Para poder participar de esta intervención se necesita cumplir con ciertos criterios. Es por ello que, de aceptar participar, usted será entrevistada por la psicóloga a cargo de la intervención. Esta entrevista durará aproximadamente 30 minutos. Durante la entrevista se le explicará de manera detallada en qué consiste el estudio, y se le pedirá que conteste algunas preguntas en relación a su salud física y aspectos de su experiencia emocional. Es posible que durante dicha entrevista se detecte que usted no cumple con alguno de los criterios de inclusión. En tal caso se le notificará y usted tendrá la opción de recibir una sesión de psicoeducación en dolor y estrategias de relajación que le podrían ayudar con el dolor, en agradecimiento por su tiempo.

Por su participación recibirá un total de nueve sesiones online de terapia de Aceptación y Compromiso, en formato grupal, durante un período de dos meses. Las sesiones serán grabadas en video, para poder analizar el modo en que se ejecutaron las mismas.

A lo largo del estudio, usted será evaluada vía telefónica por la psicóloga en tres ocasiones: antes, durante, y después de la terapia. Estas evaluaciones consistirán en responder una serie de cuestionarios relacionados con su salud física y psicológica. Se estima que el tiempo que tomará en completar los cuestionarios será de aproximadamente 45 minutos cada vez.

Para proteger la información recabada en este estudio, la identificación de cada participante consistirá en un número generado al azar por un programa de computación. Todos aquellos documentos con información personal llevarán únicamente ese número, en ningún caso su nombre, y serán cuidadosamente guardados por la investigadora principal. Los documentos

que requieran llevar datos identificativos (como el presente consentimiento informado) serán guardados separadamente, bajo custodia de la misma persona. La ficha de identificación de cada participante, con sus datos de contacto y la clave identificadora será guardada únicamente en formato electrónico en el computador personal de María Luisa Reyes, en un archivo encriptado. Las grabaciones de las terapias grupales serán obtenidas mediante un computador portátil y guardadas en archivos encriptados.

Los documentos con información que la puedan identificar serán almacenados durante al menos 5 años, bajo la responsabilidad de María Luisa Reyes. Los datos de este estudio podrían usarse para futuras investigaciones.

### **¿Qué riesgos corre al participar?**

La participación en este estudio no conlleva riesgo alguno para su salud, tanto mental como física. Así mismo, su participación no interferirá con la atención médica que usted recibe en el CRS.

### **¿Qué beneficios puede tener su participación?**

Si bien no existe ningún tipo de incentivo monetario, sí se espera que los resultados del presente trabajo repercutan positivamente en la calidad de vida de las pacientes con fibromialgia.

### **¿Tiene algún costo para usted?**

La investigadora principal se hará cargo de los costos de tal terapia, así como también de las evaluaciones realizadas a las participantes a lo largo del estudio, durante los dos meses que dura. No obstante, los gastos derivados del tratamiento médico o farmacológico usual que usted recibe serán de su responsabilidad.

### **¿Qué pasa con la información que usted entregue?**

Si usted accede a participar de esta intervención, sus datos y la información obtenida serán tratados con el máximo respeto y cuidado, garantizando en todo momento su confidencialidad. No obstante, el acuerdo de confidencialidad podría verse quebrantado si durante la intervención hubieran indicios de que usted o algún otro se encuentran en peligro inminente; esto con el objeto de prevenir daños.

### **¿Es obligación participar?**

Usted no está obligada de ninguna manera a participar de este estudio y, aun habiendo accedido a participar, puede dejar de hacerlo en cualquier momento sin repercusión alguna en su atención médica.

Si usted retira su consentimiento, sus datos serán eliminados y la información obtenida no será utilizada.

### **¿A quién puedo contactar para saber más de esta intervención o si tengo dudas?**

Si tiene cualquier pregunta acerca de esta intervención grupal, puede contactar a la encargada de la intervención, María Luisa Reyes al teléfono +569 7477 2549, o enviar un correo a [mureyes@uc.cl](mailto:mureyes@uc.cl)

## **Declaración del consentimiento**

Se me ha explicado el propósito de esta investigación, los procedimientos, los riesgos, los beneficios y los derechos que me asisten y que me puedo retirar en el momento que lo desee.

- Firmo este documento voluntariamente, sin ser forzada a hacerlo.
- No estoy renunciando a ningún derecho que me asista.
- Se me comunicará toda nueva información relacionada con el estudio que surja durante el mismo y que pueda tener importancia directa en relación a mi condición de salud.
- Se me ha informado que tengo el derecho a reevaluar mi participación en esta investigación según mi parecer, y en cualquier momento que lo desee.
- Yo autorizo a la investigadora responsable y sus colaboradores a acceder y usar los datos entregados para los propósitos de esta investigación.
- Doy mi consentimiento para participar por la misma vía en que este documento me fue entregado

## Anexo 4. Protocolo interno de Manejo de riesgo suicida del CRS.

### **MANEJO DEL PACIENTE CON -IDEACIÓN E INTENCIÓN SUICIDA EN LA ATENCIÓN DE SALUD**

*Dra. Andrea Poblete S.  
Unidad de Salud Mental CRS Cordillera Oriente*

#### ¿QUÉ EVALUAR?

1. **Riesgo vital:** el riesgo de muerte de un paciente con ideación o intención suicida está determinado por varios factores, los que se mencionan a continuación:
  - ☐ Antecedentes de intentos suicidas previos: *número - letalidad - edad de inicio.*
  - ☐ Características de la idea suicida: *ubicación en un continuum - nivel de planificación.*
  - ☐ Edad y sexo.
  - ☐ Factores psicosociales: *sin pareja - cesantía - enfermedad médica crónica y/o invalidante - consumo de drogas - disfuncionalidad familiar.*
  - ☐ Antecedentes de intentos suicidas en la red de apoyo social cercana.
2. **Trastorno Mental:** se estima que cerca del 90% de los intentadores de suicidio presentan algún tipo de trastorno mental. El 50% sufren cuadros depresivos, le siguen Farmacodependencia (alcohol), Trastornos de la Personalidad (30%), Trastornos ansiosos, Esquizofrenia y T.M.Orgánicos.
3. **Apoyo social:** la red de apoyo social cumple una función protectora del posible intento suicida, en especial la cercanía afectiva de un miembro de la familia, o el acompañamiento periódico de un alguien significativo, dentro de esto último es importante explorar creencias religiosas y espiritualidad. La red puede apoyar y potenciar el tratamiento y fomentar el autocuidado del paciente, sin embargo el acceso a ella depende también de la percepción de apoyo por parte del sujeto, una red de apoyo social puede no ser eficiente si el sujeto la percibe de poca o nula utilidad.

#### ELEMENTOS DE LA EVALUACIÓN

1. **Motivaciones:** Los motivos de la ideación e intención suicida se relacionan con tres argumentos: cesación de la experiencia dolorosa para siempre, - interrupción de la experiencia dolorosa por un tiempo, como un período de descanso, - manipular a otros. La mayoría es una combinación de las dos últimas motivaciones, de allí que a veces sea contextualizada como “conducta adaptativa”, que pudiera o no ser apropiada ante determinadas situaciones.
2. **Características psicológicas y/o de personalidad:** es importante explorar el repertorio cognitivo, emocional, conductual y relacional del paciente, principalmente con miras a la intervención.

- a. Área cognitiva: visión negativa de sí mismo, de los otros y del futuro - pesimismo - desesperanza - características de las ideas suicidas (intensidad, planificación) - conciencia y noción de problema
  - b. Área emocional: sentimientos de rabia, hostilidad, resentimiento - pena, tristeza, culpa - sensación de vacío, desamparo, soledad - angustia, ansiedad, desesperación - capacidad de identificación, expresión y control emocional.
  - c. Área conductual: descontrol de impulsos - violencia contra objetos o personas - fugas - consumo de alcohol y/o drogas - agitación psicomotora - conductas autodestructivas o de riesgo.
  - d. Área relacional: conflictos interpersonales, principalmente en la familia (pareja, padres), trabajo/escuela, medio ambiente social - capacidad empática - habilidades sociales (asertividad, vínculos afectivos, atribución interna/externa, comunicación y lenguaje, simpatía)
3. **Sintomatología psíquica:** Dentro del diagnóstico psicopatológico es importante considerar a lo menos tres criterios para identificar un trastorno mental:
- a. Criterio fenomenológico: identifica el tipo de síntomas experimentados por el paciente en a lo menos las siguientes áreas: percepción - pensamiento - afectividad - psicomotricidad - funciones corticales superiores - ritmos biológicos.
  - b. Criterio evolutivo: identifica el tiempo de evolución de los síntomas, especialmente en las dos últimas semanas. Un factor de riesgo de intento suicida, además de la ideación, es un cambio relativamente brusco en el patrón de síntomas que el paciente venía presentando. Los cuadros de estado en general presentan una evolución rápida desde el inicio de los síntomas hasta su máxima intensidad, y que oscila entre uno a seis meses, aunque la consulta suele presentarse luego de 4 a 5 meses de iniciada la sintomatología o incluso más tiempo. Los trastornos de la personalidad en cambio evolucionan a lo largo de toda la vida del sujeto y se inician a menudo en la infancia y adolescencia, generalmente existen antecedentes previos de problemas en diversas áreas de la vida del sujeto.
  - c. Criterio de funcionalidad: identifica el grado de limitación funcional que la sintomatología tiene en la vida del paciente, especialmente en las áreas de autocuidado, relaciones familiares, trabajo/estudios, relaciones sociales. Si la sintomatología no produce limitación funcional o si está focalizada sólo a un área de la vida del sujeto, no constituye trastorno mental como categoría diagnóstica, aunque puede significar un problema psicosocial relevante.
4. **Antecedentes personales y/o familiares:** es importante recolectar el máximo de información sobre antecedentes de enfermedades médicas, crónicas o invalidantes personales - trastornos psiquiátricos en miembros de la familia - eventos traumáticos en la infancia, adolescencia o de experiencia reciente - disgregación y/o disfunción familiar (violencia) - nivel socioeconómico y educativo de la familia.  
En familias disfuncionales, el riesgo suicida aumenta cuando existe: alto nivel de conflicto - pobre comunicación - falta de organización (enmeshed) y límites - pobre autoridad y control - relaciones disfuncionales entre madre e hijos (más que con el padre) - falta de

habilidades para adaptarse a los cambios - falta capacidad de resolver conflictos - expresividad emocional pobre, inadecuada o incompleta.

### OBJETIVOS DE LA INTERVENCION: PREVENCION DEL SUICIDIO.

La intervención en un paciente con ideación e intención suicida está orientada a lograr los siguientes objetivos:

1. **Elevar en el paciente el nivel de conciencia, noción y control sobre su situación de vida y otras posibles alternativas de solución y acción.**
2. **Mejorar en el paciente la percepción de apoyo social y la utilización de su red social existente.**
3. **Disminuir en el paciente la intensidad de la sintomatología experimentada y optimizar su rendimiento.**
4. **Fortalecer la red de apoyo social del paciente, especialmente a nivel de familia inmediata y/u otros significativos cercanos.**

### ELEMENTOS DE LA INTERVENCIÓN

Considerando que la intervención implica, sobre todo en aquellos pacientes de alto riesgo suicida, la acción de un equipo especializado en salud mental y psiquiatría, el rol de la atención primaria se relaciona fundamentalmente con *detectar las ideas e intenciones suicidas, brindar un apoyo psicosocial de primer orden, incorporar a la familia en el apoyo brindado y derivar oportunamente al especialista.*

1. **Apoyo psicosocial de primer orden**
  - a. Abre acción y contención emocional: escucha activa y catarsis - expresión de la ideación suicida y emoción subyacente libremente y sin censura - criterio de realidad - manejo del silencio.
  - b. Clarificación: identificar el núcleo de conflicto - identificar emociones comprometidas - identificar pautas de conducta - identificar recursos personales, fortalezas.
  - c. Resolución: negociación de conductas futuras - alianzas y compromisos.
  - d. Generación de vínculo personal cercano, afectuoso y comprometido.
  - e. Entrega de información sobre recursos de la red de apoyo social comunitaria, acceso a servicios.
2. **Orientaciones y apoyo a la familia**
  - a. Acompañamiento de un familiar responsable las 24 horas del día.
  - b. Restringir el acceso a objetos potencialmente dañinos, incluye la entrega controlada de psicofármacos.
  - c. Observación de conducta y actitud de escucha activa.

- d. Minimizar la presión social por el rendimiento del paciente en sus quehaceres cotidianos, estimular sutilmente en lo que puede hacer y no en lo que no puede.

### 3. Uso de psicofármacos

En general se debe evitar el uso de psicofármacos en pacientes de alto riesgo suicida, derivando inmediatamente al especialista, sin embargo pueden ser utilizados, bajo estricta supervisión médica y/o familiar, para lo siguiente:

- ☐ Para disminuir la intensidad de síntomas psíquicos muy displacenteros, que con la sola intervención de apoyo psicosocial no cederán. Especialmente síntomas de angustia, trastornos del sueño y/o impulsividad. De preferencia utilizar antidepresivos y/o sedantes en dosis baja: Amitriptilina 25 a 50 mg en la noche - Imipramina 25 a 50 mg en el día - Alprazolam 0,5 a 0,75 mg en el día - Zopiclona 7,5 mg en la noche - Tioridazina 25 a 50 mg en la noche - Clorpromazina 25 a 50 mg en la noche.
- ☐ Para tratar el(los) trastorno(s) mental(es) diagnosticados. Aquí el psicofármaco de elección es el indicado según patología.

### 4. Derivación al especialista

- ☐ Todo paciente con intento suicidio de riesgo letal y/o riesgo de suicidio inminente debe ser derivado *inmediatamente* a la especialidad. Dado que la intervención podría ser ambulatoria o en hospitalización, se recomienda llamar previamente al Servicio de Psiquiatría del Hospital Salvador, Sra. Patricia Perales, para decidir donde es más eficiente derivar al paciente.
- ☐ Todo paciente con intento de suicidio y/o riesgo de suicidio debe ser derivado *diferidamente* a la especialidad, con la interconsulta respectiva. En este punto cabe destacar que cerca del 90% de los pacientes con intención suicida presentan un trastorno mental clínicamente significativo que requiere tratamiento especializado.
- ☐ Aquellos pacientes que tienen sólo ideación suicida ocasional sin planificación, que además presentan un adecuado nivel de conciencia de problema, se han vinculado y comprometido en forma adecuada con el personal de salud, y cuentan con una red social de apoyo eficiente, pueden ser atendidos a nivel primario por el médico general en conjunto con los profesionales psicólogo y asistente social. En este punto cabe señalar que los problemas psicosociales y trastornos adaptativos, propios del manejo primario, pueden en su expresión clínica presentar ideación suicida ocasional, y en este sentido es importante la acción de equipo para el abordaje integral del caso.

## Anexo 5. Cuestionario sociodemográfico y de antecedentes médicos

1. ¿Cuántos años tiene usted?

2. ¿En qué comuna vive?

3. ¿Cuál es su sistema de salud?

- Fonasa
- Isapre
- Seguro médico

4. ¿Cuál es su estado civil?:

- Soltera
- Casada
- Convive con pareja
- Divorciada
- Viuda

5. ¿Cuál es su estado laboral actual?

- Estudiante
- Trabajadora tiempo completo
- Trabajadora tiempo parcial
- Cesante
- Con licencia laboral
- Ama de casa
- Jubilada
- Jubilada por enfermedad

6. ¿Cuál es su nivel de estudios?

- Primarios
- Secundarios
- Técnicos
- Universitarios
- Postgrado

7. ¿Cuál es el rango de ingresos promedio de su hogar?

- \$200.000 a \$500.000
- \$500.001 a \$800.000
- \$800.001 a \$1.200.000
- \$1.200.01 a \$1.700.000
- \$1.700.000 a 3.000.000
- Más de 3.000.001

8. ¿Cuánto tiempo lleva usted con dolor?
9. ¿Hace cuánto tiempo le diagnosticaron fibromialgia?
10. ¿Qué medicamentos se encuentra tomando usted actualmente?

## Anexo 6. Escala para medir depresión PHQ-9

Durante las últimas 2 semanas ¿con qué frecuencia le han molestado los siguientes problemas?	Nunca	Varias veces	Más de la mitad de los días	Casi todos los días
1. Tener poco interés o placer en hacer las cosas				
2. Sentirse desanimado/a, deprimido/a, o sin esperanza				
3. Con problemas en dormirse o en mantenerse dormido/a, o en dormir demasiado				
4. Sentirse cansado/a o tener poca energía				
5. Tener poco apetito o comer en exceso				
6. Sentir falta de amor propio o que sea un fracaso o que decepcionara a si mismo/a a su familia				
7. Tener dificultad para concentrarse en cosas tales como leer el periódico o mirar televisión				
8. Se mueve o habla tan lentamente que otra gente se podría dar cuenta o de lo contrario, está tan agitado/a o inquieto/a que se mueve mucho más de lo acostumbrado				
9. Se le han ocurrido pensamientos de que sería mejor estar muerto/a o de que haría daño de alguna manera				
<b>Total:</b>				

Si usted se identificó con cualquier problema en este cuestionario, ¿cuán difícil se le ha hecho cumplir con su trabajo, atender su casa, o relacionarse con otras personas debido a estos problemas?

Nada en absoluto	Algo difícil	Muy difícil	Extremadamente difícil

## Anexo 7. Escala para medir ansiedad (HADS-A)

*Instrucciones:* Por favor, lea cada pregunta y escriba la respuesta que usted considere que coincide con su propio estado emocional en la última semana.

---

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

---

<b>Pregunta</b>	<b>Puntuación</b>
1. Me siento tensa o nerviosa	
2. Siento una especie de temor, como si algo malo me fuera a suceder	
3. Tengo la cabeza llena de preocupaciones	
4. Soy capaz de permanecer sentada tranquila y relajadamente	
5. Experimento una desagradable sensación de “nervios y hormigueo en el estómago”	
6. Experimento de repente sensaciones de gran angustia y temor	
7. Me siento inquieta, como si no pudiera parar de moverme	
<b>Total:</b>	

**Anexo 8. Cuestionario para evaluar salud general (SF-36 v.2, versión para Chile).**

*Instrucciones:* El propósito de esta encuesta es saber su opinión acerca de su Salud. Esta información nos servirá para tener una idea de cómo se siente al desarrollar sus actividades cotidianas. Conteste cada pregunta tal como se indica. Si no está seguro(a) de cómo contestar a una pregunta, **escriba la mejor respuesta posible**. No deje preguntas sin responder.

1.- En general, diría Ud. que **su Salud** es:

Excelente                      Muy buena                      Buena                      Regular                      Mala

2.- **Comparando su Salud con la de un año atrás**, ¿Como diría Ud. que en general, está **su salud ahora**?

Mucho mejor                      Algo mejor                      Igual                      Algo peor                      Peor

3.- Las siguientes actividades son las que haría Ud. en un día normal. **¿Su estado de Salud actual** lo limita para realizar estas actividades? Si es así. ¿Cuánto lo limita? Marque el círculo que corresponda.

<b>Actividades</b>	<b>Sí, muy limitada</b>	<b>Sí, un poco limitada</b>	<b>No, no limitada</b>
a) Esfuerzo intensos; correr, levantar objetos pesados, o participación en deportes que requieren gran esfuerzo.			
b) Esfuerzos moderados; mover una mesa, barrer, usar la aspiradora, caminar más de 1 hora			
c) Levantar o acarrear bolsa de las compras			
d) Subir varios pisos por las escaleras			
e) Subir un solo piso por la escalera.			
f) Agacharse, arrodillarse o inclinarse.			
g) Caminar más de 10 cuadras (1 Km).			
h) Caminar varias cuadras.			
i) Caminar una sola cuadra.			
j) Bañarse o vestirse.			

4.- Durante el **último mes** ¿Ha tenido Ud. alguno de los siguientes problemas en su trabajo o en el desempeño de sus actividades diarias a causa de *su salud física*?

<b>Actividades</b>	<b>Siempre</b>	<b>La mayor parte del tiempo</b>	<b>Algunas veces</b>	<b>Pocas veces</b>	<b>Nunca</b>
Redujo la cantidad de tiempo dedicada a su trabajo u otra actividad					
Hizo menos de lo que le hubiera gustado hacer.					
Estuvo limitado en su trabajo u otra actividad.					
Tuvo dificultad para realizar su trabajo u otra actividad.					

5.- Durante el **último mes** ¿Ha tenido Ud. **alguno de estos problemas** en su trabajo o en el desempeño de sus actividades diarias como resultado de *problemas emocionales* (sentirse deprimido o con ansiedad)?

	<b>Siempre</b>	<b>La mayor parte del tiempo</b>	<b>Algunas veces</b>	<b>Pocas veces</b>	<b>Nunca</b>
Ha reducido el tiempo dedicado su trabajo u otra actividad.					
Ha logrado hacer menos de lo que hubiera querido.					

Hizo su trabajo u otra actividad con menos cuidado que el de siempre.					
---	--	--	--	--	--

6.- Durante **el último mes**, ¿**En qué medida** su salud física o sus problemas emocionales han dificultado sus *actividades sociales normales* con la familia, amigos o su grupo social?

De ninguna manera      Un poco      Moderadamente      Bastante      Mucho

7.- ¿Tuvo **dolor** en alguna parte del cuerpo en **el último mes**?

Ninguno      Muy poco      Leve      Moderado      Severo      Muy severo

8.- Durante el **último mes** ¿Hasta qué punto el **dolor ha interferido con sus tareas** normales (incluido el trabajo dentro y fuera de la casa)?

De ninguna manera      Un poco      Moderadamente      Bastante      Mucho

9.- Las siguientes preguntas se refieren a **cómo se ha sentido Ud.** durante el último mes. Responda todas las preguntas con la respuesta que mejor indique su estado de ánimo. **Cuánto tiempo** durante el último mes:

	<b>Siempre</b>	<b>Casi todo el tiempo</b>	<b>Un poco</b>	<b>Muy poco tiempo</b>	<b>Nunca</b>
¿Se sintió muy animoso?					
¿Estuvo muy nervioso?					
¿Estuvo muy decaído que nada lo anima?					
¿Se sintió tranquilo y calmado?					
¿Se sintió con mucha energía?					
¿Se sintió desanimado y triste?					

¿Se sintió agotado?					
¿Se ha sentido una persona feliz?					
¿Se sintió cansado?					

10.- Durante el último mes ¿Cuánto de su tiempo su salud física o problemas emocionales han dificultado sus *actividades sociales*, como por ejemplo; visitar amigos o familiares?

Siempre    La mayor parte del tiempo    Algunas veces    Pocas veces    Nunca

11.- Para Ud. ¿Qué tan cierto o falso son estas afirmaciones respecto a su Salud?

	<b>Definitivamente cierto</b>	<b>Casi siempre, cierto</b>	<b>No sé</b>	<b>Casi siempre, falso</b>	<b>Definitivamente falso</b>
Me enfermo con más facilidad que otras personas.					
Estoy tan saludable como cualquier persona.					
Creo que mi salud va a empeorar.					
Mi salud es excelente.					

### **Anexo 9. Escala Numérica del Dolor (END)**

*Instrucciones:* Indique por favor de 0 a 10 (siendo 0 nada de dolor, y 10 el peor dolor posible), cuánto dolor siente o ha sentido Ud. en cada uno de los momentos que se indica:

#### AHORA

1	2	3	4	5	6	7	8	9	10
---	---	---	---	---	---	---	---	---	----

#### EL PEOR DOLOR EN LA ÚLTIMA SEMANA

1	2	3	4	5	6	7	8	9	10
---	---	---	---	---	---	---	---	---	----

#### EL DOLOR MÁS LEVE EN LA ÚLTIMA SEMANA

1	2	3	4	5	6	7	8	9	10
---	---	---	---	---	---	---	---	---	----

#### EL DOLOR PROMEDIO EN LA ÚLTIMA SEMANA

1	2	3	4	5	6	7	8	9	10
---	---	---	---	---	---	---	---	---	----

## Anexo 10. Cuestionario de Catastrofismo del Dolor (PCS)

*Instrucciones:* Nos interesa poder conocer el tipo de pensamientos y sentimientos que usted tiene cuando siente dolor. Es por ello que 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 estos pensamientos y sentimientos cuando siente dolor.

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

Preguntas	Valor
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 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	
<b>Total:</b>	

## Anexo 11. Escala de evaluación de cambio subjetivo del paciente (PGIC)

*Instrucciones:* Comparado con el estado inicial, ¿cómo se encuentra usted en estos momentos? (Puntúe la mejoría total independientemente de que a su juicio se deba o no por completo al tratamiento)

Mucho mejor	1
Mejor	2
Un poco mejor	3
Ningún cambio	4
Un poco peor	5
Peor	6
Mucho peor	7

## Anexo 12. Cuestionario de satisfacción con la intervención (CSQ-8)

*Instrucciones:* Estimada participante, por favor ayúdenos a mejorar nuestra intervención contestando algunas preguntas sobre la intervención grupal que ha recibido. Nos interesa conocer su verdadera opinión, sea esta positiva o negativa. Por favor, responda a todas las preguntas.

También le agradeceríamos que al final del cuestionario aportase sus comentarios y sugerencias.

1. ¿Cómo evaluaría la calidad de la intervención grupal que ha recibido?

- Excelente       Buena       Regular       Mala

2. ¿Recibió la clase de intervención que usted quería?

- No, definitivamente       No       Sí, en general       Sí, definitivamente

3. ¿Hasta qué punto le ha ayudado la intervención a solucionar sus problemas?

- En casi todos       En la mayor parte       Solo en algunos       En ninguno

4. Si un amigo/a estuviera en necesidad de ayuda similar, ¿le recomendaría nuestra intervención?

- No, definitivamente       No, creo que no       Sí, creo que sí       Sí, definitivamente

5. ¿Qué tan satisfecha está con la cantidad de ayuda que ha recibido?

- Nada satisfecha       Moderadamente satisfecha       Mayormente satisfecha  
 Muy satisfecha

6. ¿La intervención que ha recibido le ha ayudado a enfrentarse mejor a sus problemas?

- Sí, me ayudó mucho       Sí, me ayudó en algo       No, realmente no me ayudó  
 No, parecía poner las cosas peor

7. ¿En general, qué tan satisfecha está usted con la intervención que ha recibido?

- Muy satisfecha       Moderadamente satisfecha       Algo insatisfecha       Muy insatisfecha

8. Si necesitara ayuda otra vez, ¿volvería a realizar nuestra intervención?

- Sí, definitivamente       Sí, creo que sí       No, posiblemente       No, definitivamente

Por favor, escriba aquí sus comentarios y sugerencias:

Lo que más me ha gustado de la intervención que he recibido ha sido:

---

---

---

---

Si pudiera cambiar algo de la intervención, sería:

---

---

---

---

### Anexo 13. Cuestionario de medición de aceptación del dolor CPAQ.

*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

Pregunta	Puntuación
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	