

ARIADNA DE ANDRÉS CÁRDENAS

**LA FIBROMIÀLGIA DES D'UNA PERSPECTIVA PSICOLÒGICA: ESTUDI
DEL DOLOR I INTERVENCIÓ TERAPÈUTICA**

TREBALL DE FI DE GRAU

Dirigit per la Dra. Montserrat Domènech Auqué

Grau de Psicologia



**UNIVERSITAT
ROVIRA I VIRGILI
Fundació URV**

TARRAGONA

2026

ÍNDEX

Resum.....	2
Abstract.....	3
1. Introducció teòrica.....	4
1.1 Conceptualització i bases neuropsicològiques del dolor.....	4
1.2 Tipus de dolor.....	5
1.3 Dolor nociplàstic i sensibilització central.....	6
1.4 Fibromiàlgia.....	8
1.4.1 Factors psicològics de manteniment en la fibromiàlgia.....	10
1.4.2 Intervenció en la fibromiàlgia.....	11
2. Objectius.....	13
2.1 Objectius específics.....	13
3. Metodologia.....	14
3.1 Mostra.....	14
3.2 Instruments.....	14
3.2.1 Chronic Pain Acceptance Questionnaire (CPAQ) (McCracken et al., 2004).....	15
3.2.2 Fulla d'autoregistre.....	16
3.3.3 Taula de valoració subjectiva de la intervenció.....	17
3.3.4 Entrevista semiestructurada.....	18
3.3.5 Activitats d'intervenció.....	19
Explicació de les intervencions.....	20
3.3 Procediment.....	27
4. Resultats.....	29
4.1 Anàlisi comparatiu de les puntuacions CPAQ (McCracken et al., 2004).....	30
4.2 Resultats de la entrevista semiestructurada.....	31
4.3 Resultats de la taula de valoració subjectiva de la intervenció.....	32
4.3.1 Evolució de les sessions.....	33
4.3.2. Anàlisi dimensional.....	33
4.3.3 Anàlisi dels resultats qualitatius.....	34
4.4 Resultats de l'autoregistre.....	35
5. Conclusions.....	39
6. Referències.....	42
7. Annexos.....	46

Resum

La fibromiàlgia és un trastorn de dolor crònic caracteritzat per dolor musculoesquelètic generalitzat, fatiga persistent, alteracions del son i disfunció cognitiva, el manteniment del qual s'explica principalment a través de mecanismes de sensibilització central i factors psicològics com la catastrofització, la hipervigilància corporal i l'evitació experiencial. El present treball té per objectiu dissenyar, aplicar i avaluar una intervenció psicològica personalitzada per a una pacient de seixanta anys amb fibromiàlgia de llarga evolució (diagnòstic l'any 2004), integrant estratègies cognitivo-conductuals, tècniques de regulació emocional i elements de la Teràpia d'Acceptació i Compromís (ACT).

La intervenció va constar de vuit sessions distribuïdes entre abril i maig de 2026 en format presencial i online. L'avaluació es va realitzar mitjançant el Chronic Pain Acceptance Questionnaire (CPAQ), una fulla d'autoregistre setmanal, una entrevista semiestructurada i una taula de valoració subjectiva sessió a sessió. Els resultats mostren una millora global del 26,83% en l'acceptació del dolor (puntuació CPAQ: de 41 a 52 sobre 90), amb el canvi més pronunciat en la subescala d'implicació en activitats (+28,57%). L'anàlisi dels autoregistres evidencia millores sostingudes en la dimensió cognitiva i una resposta favorable inicial en l'àmbit conductual, mentre que la dimensió fisiològica presenta una latència terapèutica fins a la darrera setmana i la dimensió emocional mostra un empitjorament transitori durant la fase central de la intervenció, interpretat com a cost emocional del procés introspectiu.

Els resultats reforcen la hipòtesi que una intervenció psicològica estructurada i basada en el model biopsicosocial pot generar canvis clínicament rellevants en l'acceptació i el funcionament de persones amb fibromiàlgia, fins i tot en casos de llarga evolució.

Paraules clau: *fibromiàlgia, dolor crònic, intervenció psicològica, acceptació, sensibilització central, teràpia cognitivo-conductual, ACT.*

Abstract

Fibromyalgia is a chronic pain disorder characterized by widespread musculoskeletal pain, persistent fatigue, sleep disturbances, and cognitive dysfunction, the maintenance of which is primarily explained through central sensitization mechanisms and psychological factors such as catastrophizing, body hypervigilance, and experiential avoidance. The present study aims to design, apply, and evaluate a personalized psychological intervention for a 60-year-old female patient with long-standing fibromyalgia (diagnosed in 2004), integrating cognitive-behavioral strategies, emotion regulation techniques, and elements of Acceptance and Commitment Therapy (ACT).

The intervention consisted of eight sessions distributed between April and May 2026 in both in-person and online formats. The evaluation was conducted using the Chronic Pain Acceptance Questionnaire (CPAQ), a weekly self-monitoring log, a semi-structured interview, and a subjective session-by-session assessment table. The results show an overall improvement of 26.83% in pain acceptance (CPAQ score: from 41 to 52 out of 90), with the most pronounced change in the activity engagement subscale (+28.57%). The analysis of the self-monitoring logs demonstrates sustained improvements in the cognitive dimension and a favorable initial response in the behavioral domain. Meanwhile, the physiological dimension presents a therapeutic latency until the final week, and the emotional dimension shows a transient worsening during the central phase of the intervention, interpreted as the emotional cost of the introspective process.

The results reinforce the hypothesis that a structured psychological intervention based on the biopsychosocial model can generate clinically relevant changes in the acceptance and functioning of individuals with fibromyalgia, even in long-standing cases.

Keywords: fibromyalgia, chronic pain, psychological intervention, acceptance, central sensitization, cognitive-behavioral therapy, ACT.

1. Introducció teòrica

1.1 Conceptualització i bases neuropsicològiques del dolor

El dolor ha deixat de ser considerat exclusivament un símptoma físic per esdevenir un fenomen multidimensional que integra aspectes biològics i psicològics. Aquesta evolució conceptual queda reflectida en la definició clàssica de Mersky (1994), qui descriu el dolor com "una experiència sensorial i emocional desagradable, associada a dany actual o potencial, o descrit en termes de tal dany". Aquesta aproximació inicial ja reconeix que el dolor no és només una simple resposta a un estímul nociu o dany tissular, sinó que implica una dimensió emocional i cognitiva que és part inherent de la vivència subjectiva de l'individu. Més recentment, l'Associació Internacional per a l'Estudi del Dolor (IASP) ha refinat aquesta conceptualització per destacar que el dolor és una experiència personal influenciada per factors biològics, psicològics i socials, destacant que la incapacitat d'un ésser per comunicar-se verbalment no nega en cap cas la possibilitat que estigui experimentant patiment físic.

Partint d'aquesta base conceptual, el dolor s'ha d'entendre com un procés neurofisiològic complex on els impulsos produïts per estímuls nocius es transmeten des de la perifèria fins al sistema nerviós central mitjançant un procés de transducció i conducció altament especialitzat. Perquè aquesta experiència es faci conscient a nivell cortical, és necessària l'activació dels nociceptors, receptors perifèrics que codifiquen la intensitat, localització i durada de l'estímul.

D'aquesta manera, és important distingir entre la nocicepció i el dolor. Mentre que la nocicepció es defineix com un procés fisiològic objectiu, automàtic i sovint inconscient, el dolor és una percepció conscient i subjectiva que no sempre requereix una estimulació sensorial directa. Autors com Moseley i Butler (2017) sostenen que el dolor no és un reflex de l'estat dels teixits, sinó una producció del cervell quan aquest detecta una amenaça, subratllant que el dany i l'experiència dolorosa no són fenòmens equivalents: pot existir dany físic visible sense la presència de dolor, i inversament, es pot experimentar dolor real sense una lesió objectivable.

Aquesta complexitat s'explica perquè el dolor és una construcció cerebral influenciada per la interacció de diversos factors neuropsicològics. El cervell processa la informació no només en funció de l'estímul nociu, sinó també basant-se en les emocions, el focus d'atenció de l'individu i les seves experiències prèvies. Segons la teoria de la *Neuromatriu* de Melzack (2001), el dolor es manifesta com una experiència profundament individual on la intensitat percebuda depèn de la interpretació global que el sistema nerviós fa de la seguretat de l'organisme.

1.2 Tipus de dolor

Actualment, la literatura científica i la International Association for the Study of Pain distingeixen tres grans tipus de dolor: nociceptiu, neuropàtic i nociplàstic (Kosek et al., 2021; Trouvin & Perrot, 2022).

En primer lloc, el dolor nociceptiu es produeix com a resposta a un dany tissular real o potencial que activa els nociceptors perifèrics. Aquest tipus de dolor compleix una funció adaptativa i protectora, ja que informa l'organisme de la presència d'una amenaça física i afavoreix conductes de protecció i recuperació. És característic de lesions musculoesquelètiques, processos inflamatoris o dolor postoperatori (Fernández-de-las-Peñas et al., 2023).

En segon lloc, el dolor neuropàtic és aquell causat per una lesió o malaltia que afecta el sistema nerviós somatosensorial, tant a nivell perifèric com central. En aquest cas, el dolor no deriva directament d'un dany en els teixits perifèrics, sinó d'una alteració en les vies nervioses responsables de la transmissió i processament de la informació nociceptiva. Clínicament, acostuma a manifestar-se amb sensacions de cremor, descàrregues elèctriques, formigueig o hiperalgèsia.(Trouvin & Perrot, 2022).

Finalment, el dolor nociplàstic descriu aquell dolor que emergeix d'una alteració en el processament de la nocicepció, sense que existeixi una lesió tissular clara o una afectació demostrable del sistema somatosensorial que expliqui la simptomatologia. Aquest concepte, incorporat per la IASP el

2017, és especialment rellevant en l'estudi dels trastorns de dolor crònic persistent, ja que permet explicar aquelles situacions en què la intensitat del dolor no es correlaciona amb el grau de dany objectivable (Kosek et al., 2016; Nijs et al., 2021).

Dins d'aquest darrer grup, la fibromiàlgia constitueix un exemple paradigmàtic, atès que el dolor generalitzat i persistent s'associa principalment a fenòmens de sensibilització central i hiperreactivitat del sistema nerviós central, més que no pas a una lesió perifèrica detectable. Tot i això, no és l'única condició inclosa dins d'aquest mecanisme, ja que també s'hi poden situar altres síndromes de dolor crònic com la migranya, el dolor lumbar inespecífic persistent o la síndrome de l'intestí irritable (Kosek et al., 2021).

Aquesta classificació permet situar la fibromiàlgia dins del marc del dolor nociplàstic i comprendre que la seva simptomatologia no depèn necessàriament d'una lesió objectivable, sinó d'alteracions en els mecanismes centrals de modulació i processament del dolor.

1.3 Dolor nociplàstic i sensibilització central

Dins dels models actuals del dolor crònic, el dolor nociplàstic s'ha convertit en un concepte fonamental per comprendre la fibromiàlgia, ja que permet explicar la presència de dolor persistent en absència d'una lesió tissular proporcional o d'una alteració estructural del sistema somatosensorial. Aquest mecanisme s'associa principalment a processos de sensibilització central, entesa com un estat d'hiperexcitabilitat del sistema nerviós central que amplifica la transmissió i el processament dels estímuls nociceptius (Meeus & Nijs, 2007; Neblett et al., 2013).

A nivell clínic, aquesta hiperreactivitat es manifesta mitjançant fenòmens com la hiperalgèsia, és a dir, una resposta exagerada davant estímuls dolorosos, i l'al·lodínia, en què estímuls habitualment innocus són percebuts com a dolorosos. En la fibromiàlgia, aquest patró és especialment rellevant, ja que el dolor generalitzat sovint no es correlaciona amb opinions

mèdiques estructurals suficients per explicar-ne la intensitat. Això reforça la hipòtesi que el problema principal no rau tant en els teixits perifèrics com en els mecanismes centrals de modulació del dolor (Neblett et al., 2013).

Des d'una perspectiva psicològica, la sensibilització central no pot entendre's com un procés exclusivament neurofisiològic, sinó com el resultat de la interacció entre xarxes neuronals del dolor i processos cognitius, emocionals i atencionals. Un dels factors més estudiats és la catastrofització del dolor, definida com la tendència a interpretar les sensacions doloroses de manera exageradament amenaçadora, anticipant conseqüències negatives i percepcions d'incontrolabilitat. En pacients amb fibromiàlgia, nivells elevats de catastrofització s'han associat amb una major intensitat del dolor, pitjor funcionalitat i més discapacitat percebuda (Crombez et al., 2004).

En consonància amb aquesta perspectiva, la hipervigilància corporal constitueix un altre mecanisme psicològic clau. Aquest procés implica una orientació atencional selectiva i persistent cap a les sensacions corporals, especialment aquelles interpretades com a potencialment doloroses. L'evidència experimental mostra que les persones amb fibromiàlgia presenten un biaix atencional significatiu davant estímuls relacionats amb el dolor, fins i tot en tasques cognitives on aquesta informació és irrellevant, fet que suggereix una dificultat per desenganxar l'atenció dels senyals amenaçadors (González et al., 2010). Aquest mecanisme incrementa la saliência subjectiva del dolor i contribueix al manteniment de l'estat d'alarma del sistema nerviós.

A més, variables com l'ansietat, la depressió, l'estrès sostingut i la mala qualitat del son poden potenciar encara més aquesta amplificació central. S'ha observat que la simptomatologia emocional negativa no només coexisteix amb la fibromiàlgia, sinó que modula directament la sensibilitat al dolor i la resposta cognitiva davant les sensacions corporals (López-Ruiz et al., 2019). Des d'aquest punt de vista, el dolor es manté en part perquè el cervell interpreta de manera persistent l'estat corporal com a amenaçador, activant circuits de defensa, per i monitoratge constant.

Per tant, la fibromiàlgia pot conceptualitzar-se com una condició en què la sensibilització central i els processos psicològics de manteniment s'alimenten mútuament. La catastrofització, la hipervigilància, la por al dolor i la desregulació emocional contribueixen a perpetuar l'experiència dolorosa, fins i tot en absència d'una lesió perifèrica activa. Aquesta lectura reforça plenament la necessitat d'un abordatge biopsicosocial amb especial protagonisme de la intervenció psicològica, orientada a modificar creences disfuncionals, reduir el focus atencional sobre el dolor i promoure estratègies de regulació emocional més adaptatives.

1.4 Fibromiàlgia

La fibromiàlgia és un trastorn de dolor crònic caracteritzat principalment per dolor musculoesquelètic generalitzat, persistent durant almenys tres mesos, que sovint s'acompanya de fatiga, alteracions del son, disfunció cognitiva i simptomatologia emocional com ansietat i depressió (Bhargava & Goldin, 2025; Jurado-Priego et al., 2024). Des de la perspectiva actual, es considera un trastorn de regulació del dolor fortament vinculat als mecanismes de sensibilització central i al dolor nociplàstic, en què la intensitat de la simptomatologia no es correlaciona necessàriament amb una lesió perifèrica objectivable (Galvez-Sánchez & Reyes del Paso, 2020). A nivell simptomàtic, el dolor difús és el nucli del trastorn, però la seva presentació clínica és clarament multidimensional. A més del dolor generalitzat, les persones amb fibromiàlgia solen reportar fatiga persistent, son no reparador, rigidesa muscular, dificultats atencionals i alteracions de memòria de treball, sovint descrites com a *fibro fog* (Bhargava & Goldin, 2025). Aquest perfil cognitiu és especialment rellevant des de la psicologia, ja que interfereix significativament en el funcionament quotidià, la percepció d'autoeficàcia i l'adaptació emocional a la malaltia. Pel que fa al diagnòstic, actualment es basa en criteris clínics establerts per l'American College of Rheumatology, especialment les revisions de 2010 i 2016, que van substituir el model clàssic dels *tender points* per una avaluació més global del dolor generalitzat i la severitat simptomàtica (Galvez-Sánchez & Reyes del Paso, 2020; Fors et al., 2024). Aquests criteris inclouen la distribució del dolor en diverses regions corporals, la durada dels

síntomes i la presència d'altres manifestacions com fatiga, trastorns del son o símptomes cognitius. El fet que no existeixin biomarcadors específics reforça la necessitat d'una valoració clínica integral i contextualitzada.

En relació amb la prevalença, la fibromiàlgia afecta aproximadament entre un 2% i un 3% de la població general, amb una incidència superior en dones adultes, especialment entre els 20 i els 55 anys (Bhargava & Goldin, 2025). Aquesta diferència per sexe ha estat objecte d'interès científic, no només per factors hormonals i biològics, sinó també per possibles variables psicològiques i socioculturals relacionades amb la vivència i expressió del dolor.

A més, la fibromiàlgia presenta una elevada comorbiditat psicològica i mèdica. Els estudis mostren una associació freqüent amb trastorns d'ansietat, depressió, síndrome de l'intestí irritable, migranya, trastorns del son i fatiga crònica, la qual cosa incrementa la discapacitat funcional i l'impacte sobre la qualitat de vida (Rivera et al., 2024). Des d'una perspectiva psicològica, aquestes comorbiditats reforcen la hipòtesi que el trastorn es manté a través de la interacció entre dolor, activació emocional, hipervigilància corporal i dificultats de regulació.

Finalment, l'impacte clínic i psicosocial de la fibromiàlgia és profund. Més enllà del malestar físic, el trastorn afecta l'autonomia funcional, la identitat personal, les relacions socials i el rendiment acadèmic o laboral, convertint-se sovint en una font sostinguda d'estrès i pèrdua de qualitat de vida (Jurado-Priego et al., 2024). Aquesta realitat justifica plenament la necessitat d'un abordatge multidisciplinari en què la intervenció psicològica tingui un paper central, especialment en la modulació de les creences sobre el dolor, la millora de l'afrontament i la recuperació del funcionament.

1.4.1 Factors psicològics de manteniment en la fibromiàlgia

Més enllà dels mecanismes neurofisiològics implicats en la sensibilització central, actualment es subratlla que la persistència i l'impacte funcional de la fibromiàlgia estan fortament modulats per factors psicològics de manteniment, els quals intervenen en la interpretació del dolor, en la resposta emocional i en els patrons conductuals associats a la malaltia. Des d'aquesta perspectiva, el dolor no es manté únicament per l'alteració dels circuits nociceptius, sinó també per la manera com la persona interpreta, anticipa i respon a la seva experiència corporal (Meeus & Nijs, 2007).

Un dels factors més consistents és la catastrofització del dolor, definida com la tendència a atribuir al dolor un significat exageradament amenaçador, anticipant conseqüències negatives, sentiments d'indefensió i manca de control. En la fibromiàlgia, la catastrofització s'ha relacionat de manera robusta amb una major intensitat percebuda del dolor, pitjor funcionalitat i major impacte sobre la qualitat de vida (García-Campayo et al., 2009; Martínez et al., 2011). Aquest estil cognitiu afavoreix la rumiació constant sobre els símptomes i incrementa la probabilitat que el cervell mantingui l'estat d'alerta davant qualsevol sensació corporal.

En paral·lel, el model de por-evitació ha rebut un suport empíric considerable en fibromiàlgia. Segons aquest model, quan el dolor és interpretat com a indicador de dany o amenaça, es genera por al moviment, a l'activitat física o fins i tot a les activitats quotidianes, fet que promou conductes d'evitació. Tot i que inicialment aquestes conductes poden reduir el malestar, a llarg termini contribueixen al descondicionament físic, a la disminució del funcionament i a la confirmació de les creences de vulnerabilitat (Martínez et al., 2011; Varallo et al., 2022). Des d'un punt de vista psicològic, aquest cercle és especialment rellevant perquè converteix el dolor en un estímul que estructura la conducta de la persona.

Un altre constructe clau és la baixa autoeficàcia percebuda, és a dir, la creença que la persona no disposa de prou recursos per gestionar el dolor o mantenir una vida funcional malgrat la simptomatologia. Estudis recents mostren que la gravetat del dolor incrementa l'evitació, i aquest patró

redueix significativament la percepció de competència personal, especialment quan la catastrofització és elevada (Catalá et al., 2024). Aquesta variable és especialment important en psicologia perquè actua com a predictor de l'adherència terapèutica, la persistència conductual i l'ajust emocional.

A més, la flexibilitat psicològica i l'acceptació del dolor han emergit com a factors protectors rellevants. La dificultat per acceptar la naturalesa persistent del dolor i la lluita constant per eliminar-lo poden augmentar la frustració, l'ansietat i el focus atencional sobre la simptomatologia. En canvi, una major capacitat d'acceptació i flexibilitat psicològica s'ha associat amb menor impacte funcional i millor qualitat de vida en persones amb fibromiàlgia (Suso-Ribera et al., 2021).

En conjunt, aquests factors suggereixen que la fibromiàlgia no només es manté per la persistència del dolor, sinó per un cercle de retroalimentació entre cognicions disfuncionals, evitació conductual, baixa autoeficàcia i malestar emocional. Aquesta formulació resulta especialment coherent amb el model biopsicosocial i justifica la importància de les intervencions psicològiques dirigides a la reestructuració cognitiva, l'exposició gradual, l'acceptació i el reforç de l'autoeficàcia.

1.4.2 Intervenció en la fibromiàlgia

Des d'una perspectiva contemporània del dolor crònic, l'objectiu terapèutic no se centra exclusivament en la reducció de la intensitat simptomàtica, sinó en la millora del funcionament, la qualitat de vida i la capacitat d'autogestió. En aquest sentit, la literatura actual coincideix que les intervencions més eficaces en fibromiàlgia són aquelles que s'insereixen dins d'un model multimodal i interdisciplinari, combinant educació en dolor, exercici físic graduat, higiene del son, intervenció farmacològica quan és necessària i tractament psicològic estructurat (Bhargava & Goldin, 2025).

Dins de les intervencions psicològiques, la teràpia cognitivo conductual (TCC) continua sent l'enfocament amb més suport empíric. La seva eficàcia s'explica per la capacitat de modificar patrons cognitius i conductuals que amplifiquen el malestar, com la catastrofització, la por-evitació, la inactivitat

prolongada o la hiperfocalització en els símptomes. Les revisions sistemàtiques mostren que la TCC produeix millores petites, però clínicament rellevants en dolor, estat d'ànim, son i discapacitat funcional, especialment quan s'aplica de forma protocol·litzada i combinada amb altres components conductuals (Heagney & Adams, 2024; Cojocar et al., 2024).

A nivell de components, els programes de TCC acostumen a incloure psicoeducació sobre el dolor nociu, reestructuració cognitiva, regulació de l'activitat, entrenament en resolució de problemes, millores en el son i prevenció de recaigudes. Especialment rellevant és el pacing, és a dir, la planificació equilibrada de l'activitat i el descans per evitar el patró de sobreexigència-col·lapse, molt freqüent en persones amb fibromiàlgia.

Aquestes tècniques busquen reduir la variabilitat extrema en el nivell d'activació i afavorir una recuperació gradual del funcionament diari (Bhargava & Goldin, 2025).

No obstant això, en els darrers anys han guanyat pes altres enfocaments de tercera generació, especialment la teràpia d'acceptació i compromís (ACT). Aquest model posa l'èmfasi en la flexibilitat psicològica, l'acceptació de les sensacions desagradables i el compromís amb activitats valuoses malgrat la presència de símptomes. Les metaanàlisis recents indiquen que l'ACT mostra efectes positius en acceptació del dolor, qualitat de vida, ansietat, depressió i funcionament, amb una bona acceptabilitat clínica (Eastwood & Godfrey, 2024).

De manera complementària, les intervencions basades en mindfulness i mindfulness-based stress reduction (MBSR) també han mostrat utilitat, especialment en la reducció del distrès emocional, la rumiació i la reactivitat davant el dolor. Aquestes tècniques entrenen l'atenció no judicativa al moment present i poden disminuir la hipervigilància corporal i la lluita constant per eliminar el símptoma, afavorint una relació més flexible amb el malestar físic i cognitiu (Haugmark et al., 2019; Heagney & Adams, 2024).

També és rellevant incloure tècniques de regulació fisiològica, com la respiració diafragmàtica, la relaxació muscular progressiva de Jacobson o les estratègies de reducció d'estrès, especialment quan hi ha activació autonòmica elevada, tensió muscular sostinguda o insomni. Aquestes eines poden millorar la percepció de control, reduir l'arousal i facilitar la recuperació del son, aspecte essencial en el manteniment simptomàtic.

En conclusió, l'evidència actual suggereix que la intervenció més eficaç no és aquella orientada a "eliminar" completament el dolor, sinó la que promou autogestió, flexibilitat psicològica, recuperació funcional i reducció de l'impacte emocional dels símptomes. En aquest sentit, la TCC, l'ACT, el mindfulness i les estratègies conductuals de regulació de l'activitat constitueixen els pilars principals d'un abordatge psicològic basat en l'evidència.

2. Objectius

L'objectiu general d'aquest treball és dissenyar, aplicar i avaluar una intervenció psicològica personalitzada per a una pacient amb fibromiàlgia, amb la finalitat de millorar la seva gestió del dolor, el seu benestar emocional i la seva qualitat de vida.

2.1 Objectius específics

- Avaluar l'estat clínic i el nivell d'acceptació del dolor mitjançant una entrevista semiestructurada i el qüestionari CPAQ.
- Identificar els factors psicopatològics i funcionals (cognitius, emocionals, conductuals i fisiològic) que intervenen en l'experiència del dolor de la pacient.
- Implementar un pla d'intervenció individualitzat centrat en el desenvolupament d'estratègies d'afrontament adaptatives.
- Determinar l'eficàcia de la intervenció a través de la comparació del benestar emocional i la qualitat de vida de la pacient.

3. Metodologia

3.1 Mostra

La mostra d'aquest estudi de cas únic correspon a una dona de 60 anys diagnosticada de fibromiàlgia l'any 2004, tot i que presenta una simptomatologia de dolor crònic persistent des de l'any 1999. Darrerament, ha estat diagnosticada de TDAH Aquest interval de cinc anys entre l'inici dels símptomes i el diagnòstic clínic evidencia un quadre de llarga evolució marcat per una complexa gestió del dolor.

Evolució i resposta al tractament

Tot i que el diagnòstic oficial es va emetre el 2004, la pacient pateix dolor crònic invalidant des de l'any 1999. Aquesta cronicitat de més de 25 anys ha marcat profundament el seu historial vital i clínic. L'inici de la malaltia es va caracteritzar per una forta desesperació a causa de la ineficàcia dels tractaments estàndard. La gestió del dolor es va complicar per l'aparició de reaccions al·lèrgiques a diversos AINEs, fet que va limitar dràsticament les opcions analgèsiques inicials i va agreujar el patiment de la pacient.

Afectació sociolaboral

Tot i la cronicitat del quadre, la participant ha mantingut la seva activitat laboral, recurrent a baixes puntuals en moments de crisi. Aquesta continuïtat ha estat possible, en part, gràcies a la flexibilitat en la gestió dels justificants mèdics i a la mateixa capacitat d'adaptació de la pacient a la simptomatologia.

3.2 Instruments

En aquest estudi s'han utilitzat diversos instruments: un qüestionari estandarditzat, un full d'autoregistre i diversos exercicis estructurats de caràcter cognitivo-conductual i contextual, dirigits al treball de l'acceptació, la identificació de pensaments disfuncionals i la flexibilitat psicològica.

3.2.1 Chronic Pain Acceptance Questionnaire (CPAQ) (McCracken et al., 2004).

Per mesurar el nivell d'acceptació del dolor crònic, s'ha administrat el Chronic Pain Acceptance Questionnaire (CPAQ), un dels instruments més utilitzats en l'àmbit del dolor crònic. El CPAQ avalua la capacitat de la persona per mantenir activitats valuoses malgrat la presència de dolor i reduir els intents constants de control o evitació del símptoma (McCracken et al., 2004).

La versió que s'ha fet servir és la validació espanyola del CPAQ en població amb fibromiàlgia, desenvolupada per Roderó et al.(2010), les propietats psicomètriques són una consistència interna elevada ($\alpha = .83$) i una fiabilitat test-retest satisfactòria (ICC = .83), confirmant una estructura bifactorial formada per: Activity Engagement (compromís amb l'activitat) i Pain Willingness (disposició al dolor).

El qüestionari consta de 20 ítems, amb format de resposta tipus Likert de 0-6. La puntuació total s'obté a partir de la suma dels ítems, tenint en compte la inversió corresponent en els reactius de pain willingness. Una puntuació més elevada indica major acceptació del dolor i millor ajust psicològic davant la simptomatologia (Roderó et al., 2010).

La selecció d'aquest instrument es justifica per la seva sòlida validesa de constructe en població amb fibromiàlgia, així com per la seva estreta relació amb variables clíniques i psicològiques especialment rellevants en aquest trastorn.

En la validació espanyola, les puntuacions del CPAQ van mostrar correlacions significatives amb la intensitat del dolor, l'ansietat, la depressió, la catastrofització, l'estat de salut general i la discapacitat física i psicosocial, fet que reforça la seva utilitat com a indicador d'ajust psicològic al dolor (Roderó et al., 2010). A més, diversos estudis han posat de manifest que l'acceptació del dolor i, de manera més àmplia, la flexibilitat psicològica, actuen com a variables moduladores de l'impacte funcional de la fibromiàlgia, fins al punt que poden explicar una part substancial de la

variància en la qualitat de vida i en la severitat percebuda dels símptomes (Suso-Ribera et al., 2021).

3.2.2 Fulla d'autoregistre

He dissenyat una fulla d'autoregistre setmanal (figura 1.) amb l'objectiu de recollir informació sistemàtica sobre l'evolució diària dels símptomes i del funcionament de la participant. Aquest instrument permet registrar, en dues franges horàries (dia i nit), diferents dimensions rellevants en el context de la fibromiàlgia, incloent-hi el nivell de dolor, la fatiga, l'estat d'ànim, la qualitat del son, el nivell d'activitat, la capacitat de concentració i el nivell d'estrès, mitjançant escales numèriques de 0 a 10.

A més, l'autoregistre incorpora un espai qualitatiu d'observacions setmanals, que permet recollir esdeveniments significatius, canvis percebuts o factors contextuais que poden influir en la simptomatologia. Aquesta combinació de dades quantitatives i qualitatives facilita una anàlisi més completa i ecològica del problema.

L'ús d'aquest instrument resulta especialment adequat en el context del dolor crònic, ja que permet captar la variabilitat intraindividual dels símptomes, identificar possibles patrons com per exemple el cicle de sobreesforç-fatiga i explorar la relació entre variables físiques i psicològiques al llarg del temps. Així mateix, l'autoregistre afavoreix processos d'autoobservació i presa de consciència, coherents amb els objectius de la intervenció psicològica.

Figura 1

Fulla d'autoregistre

DIA		DOLOR (1-10)	FATIGA (1-10)	ESTAT D'ÀNIM (1-10)	QUALITAT DEL SON (1-10)	NIVELL D'ACTIVITAT (1-10)	CAPACITAT DE CONCENTRACIÓ (1-10)	NIVELL D'ESTRÈS (1-10)
DILLUNS	DIA							
	NIT							
DIMARTS	DIA							
	NIT							
DIMECRES	DIA							
	NIT							
DIDJOUS	DIA							
	NIT							
DIVENDRES	DIA							
	NIT							
DISSABTE	DIA							
	NIT							
DIUMENGE	DIA							
	NIT							

OBSERVACIONS DURANT LA SETMANA:

3.3.3 Taula de valoració subjectiva de la intervenció

La fulla de valoració (Taula 1) final de la intervenció és un instrument breu dissenyat per recollir la percepció subjectiva de la participant un cop finalitzat el programa terapèutic. Aquest tipus de mesura permet obtenir informació rellevant sobre aspectes que sovint no queden completament reflectits en els instruments quantitatius estandarditzats, com ara la utilitat percebuda, la comprensió dels continguts treballats o la sensació de canvi personal. En el context del dolor crònic, la valoració subjectiva adquireix una especial importància, ja que l'experiència del dolor és individual i modulada per factors cognitius i emocionals (Eccleston et al., 2014). Així, aquesta eina complementa altres mesures com el CPAQ, aportant una visió més global i centrada en l'experiència de la pacient.

Aquesta fulla pretén avaluar la utilitat percebuda de la intervenció, identificar possibles canvis en la manera de comprendre i gestionar el dolor, i detectar quins components han estat més rellevants per a la participant. A més, permet recollir suggeriments de millora i valorar el grau d'acceptació del tractament. En aquest sentit, la incorporació de mesures de satisfacció i experiència del pacient s'alinea amb els enfocaments actuals centrats en la persona, que destaquen la importància de la seva implicació activa en el procés terapèutic (Greenhalgh et al., 2017). D'aquesta manera, l'instrument

contribueix no només a l'avaluació dels resultats, sinó també a la millora contínua de la intervenció.

Taula 1.

Taula de valoració

Consideres que has entès millor el teu dolor?	0 (gens)- 10 (molt)
Has adquirit estratègies útils per gestionar el dolor en el dia a dia?	0 (gens)- 10 (molt)
Has notat algun canvi en la manera de relacionar-te amb el dolor?	0 (gens)- 10 (molt)
Quin ha estat l'aspecte més útil o rellevant de la intervenció?	

3.3.4 Entrevista semiestructurada

Amb l'objectiu d'obtenir una comprensió més exhaustiva del subjecte, vaig dissenyar i administrar una entrevista semiestructurada. Aquest format va permetre aprofundir de manera flexible en aspectes nuclears de la persona, com ara les dinàmiques familiars, l'autoestima, que entenia ella sobre el seu dolor. L'objectiu principal era integrar tot aquest context biopsicosocial mitjançant un diàleg obert i proper. Per avaluar l'entorn familiar, es van plantejar qüestions com: "Com descriuries el suport que reps de la teva família en els moments difícils?". Pel que fa a l'autoconcepte, es van formular preguntes del tipus: "Quines situacions sents que reforcen o afebleixen més directament la teva autoestima?". Tota la informació recollida a través d'aquesta exploració ha estat fonamental per contextualitzar les necessitats reals i enfocar adequadament la intervenció clínica.

3.3.5 Activitats d'intervenció

Des d'una perspectiva actual, el tractament del dolor persistent no es limita a la reducció de la intensitat del símptoma, sinó que se centra en la disminució del seu impacte funcional i emocional, així com en la promoció d'estratègies d'afrontament adaptatives (Eccleston et al., 2014). En aquest context, les intervencions psicològiques han demostrat un paper clau dins dels abordatges multidisciplinaris, especialment en relació amb variables com la discapacitat, l'estat d'ànim i la qualitat de vida. Entre els diferents enfocaments, la teràpia cognitivo-conductual (TCC) ha estat àmpliament estudiada i compta amb un sòlid suport empíric en l'àmbit del dolor crònic. Les revisions sistemàtiques indiquen que aquest tipus d'intervenció pot generar millores significatives en el funcionament i en el benestar psicològic, tot i que els efectes sobre la intensitat del dolor acostumen a ser moderats (Williams et al., 2012). Aquest model parteix de la idea que factors com la catastrofització, la por al moviment i les conductes d'evitació contribueixen al manteniment del problema, fet que justifica la necessitat d'intervencions dirigides a modificar aquests patrons. A la Taula 2 podem observar sessió a sessió els instruments que s'han utilitzat.

Taula 2.

Activitats d'intervenció

Sessió	Instruments
1	Taula d'autoregistre.
2	CPAQ (McCracken et al., 2004) i i entrevista semiestructurada.
3	La Metàfora de l'Alarma del Cotxe (Moseley i Butler, 2017).
4	Técnica de Pacing (Nielson et al. 2013).
5	Entrenament autogen (Schultz et al.1932).
6	Teràpia d'Acceptació i Compromís (ACT) (Hayes et al., 2012).
7	Self-compassion (Neff, K. D. 2003).
8	CPAQ (McCracken et al., 2004).

De manera complementària, les teràpies contextuais, com la teràpia d'acceptació i compromís (ACT), han adquirit rellevància en els darrers anys en centrar-se en la flexibilitat psicològica i l'acceptació del dolor com a mecanismes clau de canvi (Hayes et al., 2006). L'evidència empírica suggereix que aquestes variables estan associades amb una millor adaptació i menor impacte funcional, fins i tot en presència de dolor persistent (McCracken & Vowles, 2014). La intervenció consta d'un total de 8 sessions, es realitzen 2 cops per setmana. Que integren estratègies cognitives, conductuals i contextuais, incloent-hi tècniques com la reestructuració cognitiva, el pacing, la regulació emocional i el treball amb valors.

Explicació de les intervencions

Sessió 1

La primera sessió va estar destinada a l'explicació de l'autoregistre i a la presentació del funcionament general del programa d'intervenció. L'objectiu principal va ser que la participant compregués l'estructura del tractament i iniciés la recollida sistemàtica de dades sobre la seva simptomatologia i activitat diària. Es va explicar el funcionament de la fulla d'autoregistre, especificant les variables que havia de registrar diàriament, com ara el nivell de dolor, la fatiga, l'estat d'ànim, la qualitat del son, el nivell d'activitat, la capacitat de concentració i el nivell d'estrès. També es van resoldre dubtes relacionats amb el registre i es va remarcar la importància de completar-lo de manera continuada per tal d'obtenir una visió més precisa de l'evolució dels símptomes al llarg de la intervenció. Finalment, es va acordar iniciar l'autoregistre diari de dolor i activitat com a tasca entre sessions.

Sessió 2

La segona sessió es va orientar a l'avaluació inicial de la pacient. En primer lloc, es va administrar el qüestionari Chronic Pain Acceptance Questionnaire (CPAQ) amb l'objectiu d'obtenir una mesura inicial del nivell d'acceptació del dolor crònic.

Posteriorment, es va dur a terme una entrevista semiestructurada que va permetre explorar diferents aspectes rellevants de la seva realitat personal, emocional i social. Durant l'entrevista es van abordar qüestions relacionades amb les dinàmiques familiars, l'autoestima, les creences sobre el dolor i les experiències associades a la fibromiàlgia, amb la finalitat d'obtenir una comprensió global del seu context biopsicosocial. Aquesta sessió va permetre realitzar el pretest, identificar possibles factors de manteniment de la simptomatologia i establir les bases per a la planificació de les sessions posteriors.

Sessió 3

En la figura 2 trobem el guió corresponent amb la sessió 3. Aquesta sessió té com a objectiu psicoeducar a la pacient sobre el dolor nociplàstic i la sensibilització central mitjançant la metàfora de l'alarma del cotxe (Moseley i Butler, 2017).

Figura 2.

Sessió 3

<u>Introducció i Fonamentació</u> - Que és per a tu el dolor? - Parlar del dolor nociplàstic i de la sensibilització central. <u>Dinàmica: La Metàfora de l'Alarma del Cotxe (Moseley i Butler, 2017)</u> Imagina que el teu sistema de dolor és com l'alarma d'un cotxe dissenyada per protegir-te. En condicions normals, l'alarma només sona si algú intenta robar el cotxe. Però en el teu cas, el sistema s'ha tornat hipersensible: l'alarma és real i sona molt fort, però es dispara per coses que no fan mal al cotxe, com el vent o una mosca que es posa sobre el capó. Preguntar quines serien les seves mosques. Detecció de Pensaments Automàtics Identificar el pensament automàtic: Què li deia el cervell en aquell moment? <u>Tancament i graella</u>
--

Sessió 4

En la figura 3, s'exposa la sessió 4. On es va treballar el Pacing. Aquesta sessió té com a objectiu establir uns nivells constants i basals d'activitat diària, fomentant la constància i evitant l'esgotament i el col·lapse.

Figura 3.

Sessió 4

Introducció:

Explicar que el que volem treballar no és fer massa o fer massa poc, sinó la irregularitat. Fer una mica menys del màxim per poder fer-ho de manera constant (Nielson et al., 2013)

Dinàmica:

Identificació de una activitat quotidiana (ex: caminar, netejar, cuinar) i preguntar quant temps pot fer-la en un dia "bo". Ajustem el temps, la línia base serà el 70% d'aquest límit. Establim temps límit i descans. No busquem fer més, busquem poder fer-ho de forma estable.

Tancament i graella.

Sessió 5

A la Figura 4 s'exposa la primera part de la sessió basada en l'Entrenament Autogen de Schultz, mentre que a la Figura 5 se'n detalla la seqüència restant i el tancament. Aquesta tècnica de relaxació estructurada s'aplica amb l'objectiu fonamental de facilitar l'autoregulació psicofisiològica del pacient a través de la concentració passiva en sensacions corporals com la pesadesa i la calor. D'aquesta manera, es pretén disminuir l'activació del sistema nerviós simpàtic per aconseguir un estat de calma profunda, tant a nivell físic com mental.

Figura 4.

Introducció i primers exercicis de la sessió.

Introducció i Calma

Estira't de panxa enlaire, amb braços i cames lleugerament separats del cos. Tanca els ulls.

Exercici de Pesadesa

L'objectiu és notar com la força de la gravetat actua sobre tu.

- "El meu braç dret pesa molt... pesa com si fos de plom."
- "El meu braç esquerre pesa molt... sento com s'enfonsa en el llit."
- "Les meves cames pesen... estan relaxades i pesades."
- "Tot el meu cos pesa molt i està molt relaxat."

Exercici de Calor

Imagina una escalfor suau que recorre les teves venes.

- "El meu braç dret està calent... sento una escalfor agradable a la mà."
- "El meu braç esquerre està molt calent... com si el toqués el sol."
- "Les meves cames estan calentes... sento el flux de la sang relaxant-me."
- "Tot el meu cos està agradablement calent."

Exercici del Cor

No intentis canviar el ritme, només escolta'l.

- "El meu cor batega tranquil i constant."
- "El meu cor batega en pau."

Exercici de Respiració

Deixa que el cos respiri per si sol.

- "La meva respiració és tranquil·la i automàtica."
- "Jo no respiro, la respiració em respira a mi."
- "Estic en pau amb la meva respiració."

Figura 5.

Segona part de la intervenció i tancament.

Exercici Abdominal

Imagina un sol petit i càlid a la boca de l'estómac.

- "El meu estómac irradia calor."
- "Una sensació de pau inunda tot el meu abdomen."

Exercici del Front

Imagina una brisa suau que et toca la cara.

- "El meu front està agradablement fresc."
- "La meva ment està clara i en calma."

Tancament

1. Inspira profundament diverses vegades.
2. Tanca i obre els punys amb energia.
3. Estira els braços i les cames amb ganes.
4. Obre els ulls i aixeca't a poc a poc.

Sessió 6

A la Figura 6 s'exposa el desenvolupament de la sessió orientada a la clarificació de valors i l'establiment d'accions compromeses. L'objectiu principal d'aquesta intervenció és ajudar la pacient a reconnectar amb les direccions vitals que l'evitació del dolor crònic havia desplaçat, diferenciant clarament els valors continus dels objectius finits. D'aquesta manera, es busca fomentar una reactivació conductual progressiva i amb sentit mitjançant petites metes realistes per al seu dia a dia.

Figura 6.

Sessió 6.

Introducció: què són els valors?

La sessió comença explicant que conviure durant molts anys amb dolor crònic pot provocar que gran part de la vida acabi girant entorn dels símptomes, les limitacions i l'evitació del malestar. Progressivament, activitats abans importants poden quedar reduïdes o abandonades.

S'introdueix el concepte de valors com aquelles direccions vitals que donen sentit i significat a la vida de la persona. Es diferencia entre:

- objectius : es poden aconseguir i acabar
- valors : són direccions contínues

Dinàmica d'identificació de valors

Es demana a la pacient que reflexioni sobre diferents àrees de la seva vida: família, amistats, salut, temps personal, autonomia. Exemples de preguntes: "Què és important per a tu actualment?", "Quines coses t'agradaria recuperar?", "Com t'agradaria sentir-te en el teu dia a dia?"

Acció compromesa

Una vegada identificat un valor important, es proposa definir una petita acció coherent amb aquest valor que sigui assumible i realista per a la setmana següent.

Tancament

La sessió finalitza resumint els valors identificats i reforçant la importància de fer observar com se sent abans i després.

Sessió 7

A continuació, la sessió 7 del programa, centrada en el treball de l'autoexigència i l'autocompassió en el context del dolor crònic. Aquesta sessió es basa en el model de *self-compassion* desenvolupat per Neff (2003). A la figura 7 es pot observar la primera fase de la intervenció des d'una perspectiva psicoeducativa. D'altra banda, a la figura 8 s'exposa la part més pràctica on es treballa identificació de patrons d'autoexigència i el tancament.

Figura 7.

Introducció psicoeducativa

Introducció psicoeducativa

La sessió comença explicant com el dolor crònic pot modificar progressivament la relació que la persona estableix amb ella mateixa. Després de molts anys convivint amb fibromiàlgia, és freqüent que apareguin sentiments de frustració, culpa o incapacitat davant la dificultat per mantenir el ritme de vida anterior.

S'explica que moltes persones amb dolor persistent desenvolupen un discurs intern excessivament crític, caracteritzat per pensaments com: "hauria de poder fer més", "abans podia amb tot", "estic fallant", "soc una càrrega".

Aquest tipus d'autodiàleg genera un augment de l'estrès emocional i de la tensió corporal, contribuint indirectament al manteniment de l'estat d'alerta del sistema nerviós.

Figura 8.

Identificació de patrons d'autoexigència i Tancament

Identificació de patrons d'autoexigència

A continuació, es demana a la pacient que descrigui situacions recents en què: no hagi pogut completar una activitat, hagi necessitat descansar, hagi experimentat més dolor o fatiga del que esperava. S'exploren: Els pensaments automàtics associats, el to amb què es parla a si mateixa i les emocions que apareixen posteriorment. La dinàmica principal de la sessió consisteix a generar una mirada més comprensiva cap a un mateix. L'objectiu no és generar pensaments excessivament positius o irreals, sinó reduir el nivell d'hostilitat interna i promoure una actitud més reguladora i menys amenaçadora.

Tancament

La sessió finalitza resumint les idees principals treballades i se li recorda que ha de realitzar la taula de valoració.

3.3 Procediment

La intervenció es va estructurar en un total de vuit sessions distribuïdes entre abril i maig de 2026, combinant format presencial i online amb l'objectiu d'afavorir l'accessibilitat, la flexibilitat i l'adaptació a les necessitats de la participant. A causa de motius de desplaçament es van fer un total de 6 sessions en format online i 2 en format presencial .

El programa es va dissenyar des d'una perspectiva biopsicosocial del dolor crònic, integrant estratègies cognitivoconductuals, tècniques de regulació emocional i eines pròpies de la Teràpia d'Acceptació i Compromís. La duració de les sessions variava en vers de demanda del moment tanmateix duraven entre 45 mins- 1h i 30 mins.

Les primeres sessions es van orientar a l'avaluació inicial i a la comprensió del funcionament del dolor nociplàstic, amb la finalitat de reduir la percepció d'amenaça associada al dolor crònic i afavorir una consciència més elevada sobre els factors psicològics implicats en el manteniment de la simptomatologia.

Posteriorment, es van introduir estratègies dirigides a la regulació de l'activitat, la gestió de l'energia, la relaxació fisiològica i la identificació de valors personals, promovent conductes més adaptatives i coherents amb els objectius vitals de la pacient.

Finalment, l'última sessió es va destinar a la realització del post-test mitjançant el CPAQ La Taula 3 mostra la temporització, els continguts principals i els objectius terapèutics de cada sessió.

Taula 3.
Temporització.

Sessió	Continguts principals	Propòsit Terapèutic	Tasques Pràctiques	Format
10/04/26	Explicació de l'autoregistre.	Comprendre el funcionament del programa i iniciar la recollida de dades.	Iniciar l'autoregistre diari de dolor i activitat.	Online
18/04/26	Avaluació inicial. Administració CPAQ.	Realitzar el pre test. Aprofitar perquè el subjecte exposi la seva realitat i les seves creences.	Realització del CPAQ (McCracken et al., 2004).	Presencial
26/04/26	Re-conceptualització del dolor	Definir el dolor crònic com un procés nociplàstic amb l'objectiu de reduir l'ansietat.	Detectar pensaments automàtics davant el dolor.	Presencial
28/04/26	Gestió de l'Energia	Introduir el Pacing. Regular el nivell d'activitat per trencar el cicle sobreesforç-fatiga.	Establir una línia base d'activitat sostenible.	Online

08/05/26	Regulació Fisiològica	Aprenentatge de tècniques de relaxació i respiració profunda per reduir el distrès.	Pràctica de tècniques de relaxació.	Online
11/05/26	Valors i Acció	Identificar què és important per al pacient i marcar objectius vitals.	Realitzar una activitat significativa alineada amb els valors.	Online
13/05/26	Autoexigència i autocompassió. Identificació de patrons d'autocrítica associats al dolor crònic.	Promoure una relació més flexible i comprensiva amb un mateix, reduint la culpa, la frustració i l'autoexigència associades a les limitacions funcionals.	Detectar pensaments d'autocrítica i transformar-los en respostes més compassives i realistes mitjançant un exercici d'autocompassió	Online
18/05/26	Administració CPAQ i feedback de les sessions.	Fer el post-test per valorar el procés i generar un espai segur pel feedback	Realització del CPAQ (McCracken et al., 2004).	Online

4. Resultats

A continuació s'exposen els resultats obtinguts després de l'aplicació del programa d'intervenció psicològica. L'avaluació s'ha estructurat des d'una perspectiva multidimensional, integrant mesures quantitatives i qualitatives per obtenir una visió completa de l'evolució clínica.

D'una banda, s'analitza l'evolució en l'acceptació del dolor mitjançant l'estudi comparatiu de les puntuacions pre-test i post-test del qüestionari CPAQ. D'altra banda, s'incorporen els resultats longitudinals obtinguts a través dels fulls d'autoregistre. Aquest instrument ha estat fonamental per monitorar diàriament, al llarg de cinc setmanes d'intervenció, les fluctuacions de variables diürnes i nocturnes clau, com ara la intensitat del dolor, la fatiga, l'estat d'ànim i l'estrès.

Finalment, aquestes dades es complementen amb la informació extreta de l'entrevista semiestructurada i l'anàlisi evolutiva de la taula de valoració subjectiva sessió a sessió.

4.1 Anàlisi comparatiu de les puntuacions CPAQ (McCracken et al., 2004).

En aquest apartat es detallen els resultats obtinguts a través de l'administració del qüestionari CPAQ (McCracken et al., 2004) en les fases de pre-test i post-test. L'objectiu d'aquesta anàlisi comparativa és avaluar quantitativament l'evolució de la pacient pel que fa a l'acceptació del dolor crònic.

Taula 4.
Resultats CPAQ.

Escala CPAQ	Rang	Puntuació Pre-test	Puntuació Post-test	Canvi absolut	Percentatge de canvi
Implicació en activitats	0-54	28	36	8	28,57%
Apertura al dolor	0-36	13	16	3	23,07%
CPAQ TOTAL	0-90	41	52	11	26,83%

Com podem observar a la Taula 4, al pre-test realitzat mitjançant el CPAQ, la pacient va obtenir una puntuació global de 41 punts sobre 90, evidenciant un nivell moderat-baix d'acceptació general del dolor crònic. En la dimensió d'implicació en activitats, la puntuació se situa en 28 punts, reflectint dificultats notables per mantenir el funcionament diari a causa de la interferència dels símptomes de la fibromiàlgia. Per altra banda, la subescala d'obertura al Dolor va registrar un valor de 13 punts, fet que indica una tendència cap a l'evitació experiencial i l'esgotament cognitiu derivat de la lluita activa contra el malestar produït pel dolor.

Després de finalitzar la intervenció clínica, l'avaluació post-test mostra un increment generalitzat en els indicadors de l'instrument, assolint una puntuació total de 52 punts. La subescala d'Implicació en activitats va augmentar de forma significativa fins als 36 punts, la qual cosa denota que la pacient manifesta una major capacitat per reprendre el control del seu

dia a dia. Així mateix, la dimensió d'obertura al dolor es va elevar fins als 16 punts, indicant un progrés cap a una postura de menor resistència psicològica envers els símptomes.

La comparació directa entre ambdues fases revela una evolució favorable, amb un increment de l'11% en el percentatge de canvi global (26.83% de millora absoluta). El contrast de dades demostra que el benefici principal s'ha produït en la funcionalitat de la pacient, atès que la implicació activa va créixer un 28.57% respecte a la línia de base. Tot i que l'obertura i acceptació cognitiva van mostrar un canvi menys significatiu (+23.07%), ambdues subescales mostren una reducció del patró d'evitació.

4.2 Resultats de la entrevista semiestructurada

Durant el transcurs de l'entrevista, es va generar un espai segur, empàtic i lliure de judicis. Aquest clima de confiança va facilitar la conversa i la identificació d'àrees clíniques prioritàries per al treball posterior, destacant-ne una marcada autoexigència i la presència recurrent de sentiments de culpa.

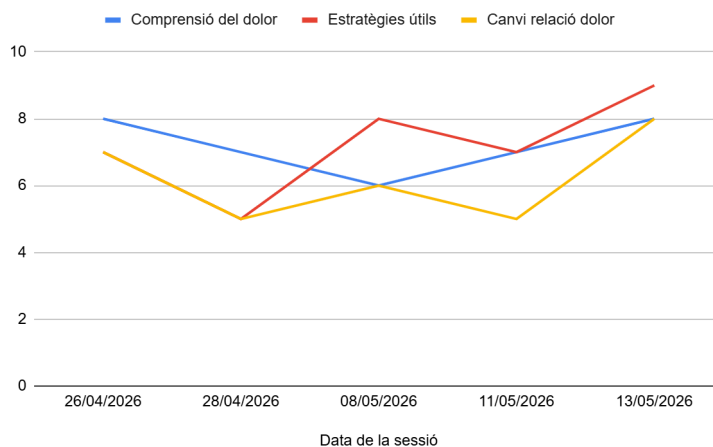
Així mateix, l'exploració guiada va permetre abordar en profunditat el seu estat emocional i les dinàmiques relacionals associades, tant en l'esfera familiar com en el context sociolaboral. En aquest sentit, la pacient va descriure com determinades situacions d'alta càrrega emocional tendeixen a correlacionar-se amb un increment perceptible de la simptomatologia. Per exemple, discussions familiars o malentesos en l'entorn proper a la pacient li suposa un augment clar del dolor i la fatiga. De manera similar, les situacions d'estrès sostingut en l'àmbit laboral, com ara l'acumulació de demandes o la relació amb una companya de la feina, es presenten com a desencadenants freqüents d'episodis de intensitat dolorosa més elevada. L'oportunitat de verbalitzar i reestructurar aquestes vivències va resultar altament beneficiosa per a la persona, ja que va afavorir una profunda obertura emocional i va permetre establir, de manera col·laborativa, connexions entre el context vital de la pacient i l'evolució de la seva simptomatologia.

4.3 Resultats de la taula de valoració subjectiva de la intervenció

Durant el procés d'intervenció, la persona participant va emplenar una taula de valoració en finalitzar cada sessió. Aquesta eina permetia recopilar informació sobre tres dimensions clau de l'impacte terapèutic: Comprensió del dolor, estratègies útils, canvi en la relació amb el dolor. En la Figura 9 podem observar un gràfic amb l'evolució d'aquestes 3 dimensions. En la Taula 5 s'exposen els resultats qualitatius i quantitatius de la subjecte al acabar les sessions.

Figura 9.

Gràfic evolució durant les sessions.



Taula 5.

Resultats valoració subjectiva

Continguts	Sessió	Mitja	Valoració Qualitativa
Re-conceptualització dolor	1	7,33	L'aclariment dels conceptes que m'has explicat sobre el dolor.
Gestió de l'Energia	2	5,67	Conèixer bé la estratègia que m'has plantejat, de totes maneres ja ho feia pel meu compte en algunes temporades.
Regulació Fisiològica	3	6,67	Una manera de relaxació diferent que pot portar-me canvis positius.

Valors i Acció	4	6,33	Reflexionar sobre els valors proposats. Serà útil trobar aquestes noves accions que m'apropen més. A veure què trobo en la recerca interna.
Autoexigència i autocompassió	5	8,33	Poder identificar amb paraules positives el que sento i el que m'angoixa.

4.3.1 Evolució de les sessions

Tant en la Figura 9 com en la Taula 4 s'observa una evolució irregular però amb tendència positiva:

La sessió inicial sobre "Re-conceptualització del dolor" va obtenir la segona puntuació més alta ($M=7,33$), reflectint una bona acceptació del reemmarcament cognitiu del dolor. La sessió sobre "Gestió de l'Energia" va registrar la puntuació més baixa ($M=5,67$), tot i que la persona participant va explicar que ja utilitzava estratègies similars de manera autodidàctica. Les sessions sobre "Regulació Fisiològica" ($M=6,67$) i "Valors i Acció" ($M=6,33$) van mostrar avaluacions moderades, amb cert interès a explorar noves línies de treball intern. La sessió final sobre "Autoexigència i autocompassió" va assolir la puntuació més alta de tota la intervenció ($M=8,33$), la qual cosa indica una gran ressonància amb els continguts i les eines treballades, especialment en la identificació i verbalització emocional.

4.3.2. Anàlisi dimensional

Dimensió de Comprensió del dolor: Les puntuacions van oscil·lar entre 6 i 8 punts, amb una mitjana de 7,2. Destaca un patró consistent de comprensió en les sessions sobre conceptualització (8 punts) i autocompassió (8 punts), la qual cosa suggereix que els continguts més abstractes o reflexius van ser ben assimilats.

Dimensió d'Estratègies útils: Va mostrar la variabilitat més gran (rang de 5 a 9 punts), amb una mitjana de 7,2. El punt més baix correspon a la "Gestió de l'Energia", mentre que el màxim (9 punts) es va registrar a

l'última sessió, fet que suggereix una progressió en la valoració de la utilitat de les propostes terapèutiques.

Dimensió de Canvi en la relació amb el dolor: Va ser la dimensió amb les puntuacions més baixes (mitjana de 6,2), oscil·lant entre 5 i 8 punts. Això pot indicar que, tot i que es comprenen les estratègies, el canvi experiencial en la relació amb el dolor requereix més temps d'aplicació i consolidació.

4.3.3 Anàlisi dels resultats qualitatius

Re-conceptualització del dolor (26/04/2026)

La sessió va assolir el seu objectiu de clarificar marcs conceptuals sobre el dolor disminuint l'ansietat i promovent una nova visió envers el seu dolor.

Gestió de l'Energia (28/04/2026)

Tot i que reconeix la utilitat de l'estratègia, la seva aplicació prèvia de manera autodidàctica en limita la percepció de novetat. Això explica la puntuació més baixa en aquesta sessió ($M=5,67$).

Regulació Fisiològica (08/05/2026)

Malgrat una puntuació moderada ($M= 6,67$), la persona identifica un potencial de canvi futur, la qual cosa suggereix que aquesta sessió va plantar la llavor per a un treball a més llarg termini.

Valors i Acció (11/05/2026)

La sessió va generar una obertura reflexiva i predisposició cap a l'exploració interna, tot i que encara sense consolidació ($M= 6,33$).

Autoexigència i autocompassió (13/05/2026)

Aquesta sessió va assolir un impacte significatiu permetent la verbalització i el reemmarcament emocional, la qual cosa explica la puntuació màxima ($M=8,33$). La capacitat de "posar nom" a les emocions amb una perspectiva positiva és un assoliment terapèutic rellevant.

4.4 Resultats de l'autoregistre

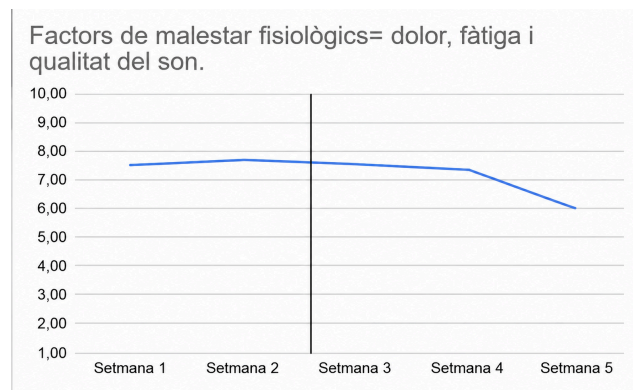
L'autoregistre s'ha implementat com una eina d'avaluació longitudinal per registrar diàriament l'estat de la pacient durant cinc setmanes consecutives. Des del 13/04/2026 fins al 17/05/2026. Per tal de dur a terme una anàlisi detallada, els factors psicopatològics i funcionals es divideixen en quatre dimensions de malestar principals: la cognitiva, reflectida en la capacitat de concentració; l'emocional, avaluada mitjançant l'estat d'ànim i el nivell d'estrès; la conducta, observada a través del nivell d'activitat; i la fisiològica, que comprèn la intensitat del dolor, la fatiga i la qualitat del son. Aquest seguiment continu permet analitzar la variabilitat diürna i nocturna de la simptomatologia i la seva interacció global. Per facilitar la interpretació visual, s'ha aplicat un criteri unificat on l'escala s'entén de la següent manera= el valor 1 representa l'estat òptim o de major benestar, i el valor 10 indica la màxima gravetat o malestar clínic. Així doncs, qualsevol descens en les línies de la gràfica equival a una millora clínica, mentre que les pujades indiquen un empitjorament. He utilitzat aquest criteri degut a que estic mesurant el malestar de les dimensions.

Factors de malestar fisiològics

A la figura 10 s'observen els factors de malestar fisiològic (dolor, fatiga i qualitat del son), amb una línia base inicial marcada per nivells elevats de símptomes. A la setmana 1 es registra un valor de 7,57, que augmenta lleugerament fins al màxim de 7,70 a la setmana 2, just abans de la intervenció. Després de la primera intervenció (26/04/2026), no s'observa un efecte immediat, ja que els nivells es mantenen pràcticament estables al voltant de 7,5 durant les setmanes 3 i 4. Aquesta estabilitat suggereix una resposta retardada dels símptomes somàtics, amb una possible latència terapèutica significativa. No és fins a la setmana 5 quan s'observa una millora clara, moment en què el malestar físic disminueix de manera notable fins a 5,99.

Figura 10.

Gràfics dels factors de malestar fisiològics.



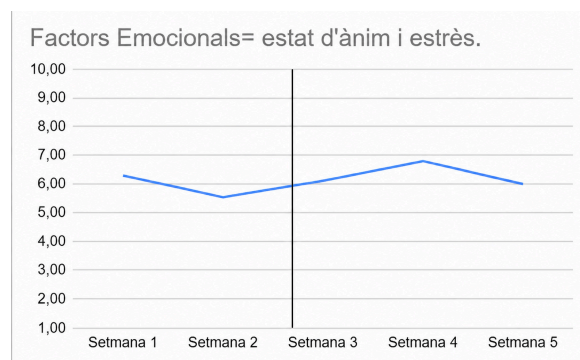
Factors de malestar emocionals

L'evolució del factor emocional (estat d'ànim i estrès) que observem a la Figura 11, mostra l'efecte contradictori més rellevant del cas, ja que la línia base indicava una tendència natural a la millora, amb una reducció progressiva des de 6,29 fins a 5,54. No obstant això, després de la introducció de les pautes d'intervenció a finals de la segona setmana s'observa un empitjorament progressiu del malestar emocional.

A partir d'aquest moment, el malestar augmenta fins a 6,11 a la setmana 3 i assolix el punt màxim de tota l'avaluació a la setmana 4, amb un valor de 6,79. Finalment, amb el reajustament del ritme d'intervenció, s'observa una certa estabilització a la setmana 5, amb una reducció lleu fins a 6, indicant una possible recuperació parcial de l'equilibri emocional.

Figura 11.

Gràfic de factors de malestar emocionals



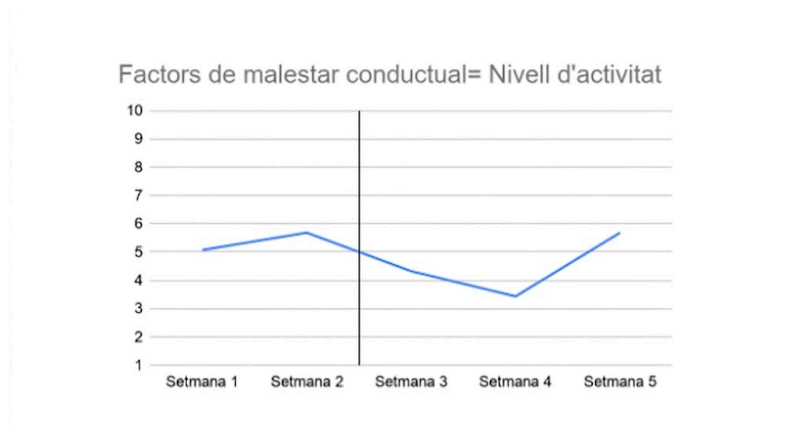
Factors de malestar conductual

Com s'observa a la figura 12, el factor de malestar conductual (nivell d'activitat conductual) és l'àrea que mostra una resposta més ràpida i marcada a l'inici del tractament. A la línia base es parteix d'un patró d'inactivitat, amb valors de 5,07 a la setmana 1 i 5,68 a la setmana 2.

Un cop iniciada la intervenció es produeix una millora immediata i sostinguda en l'activació conductual. A partir d'aquest moment, el malestar es redueix fins a 4,32 a la setmana 3 i assoleix el millor registre de tot el cas clínic a la setmana 4, amb un valor de 3,43. Aquest descens reflecteix una resposta terapèutica especialment favorable en les primeres fases del tractament. Tanmateix, aquest augment sostingut de l'activitat sembla comportar un sobre esforç que el pacient no aconsegueix mantenir en el temps. Com a conseqüència, a la setmana 5 s'observa un efecte de rebot associat a l'esgotament, amb un empitjorament, retornant als valors inicials de la línia base (5,68).

Figura 12.

Factors de malestar conductual.

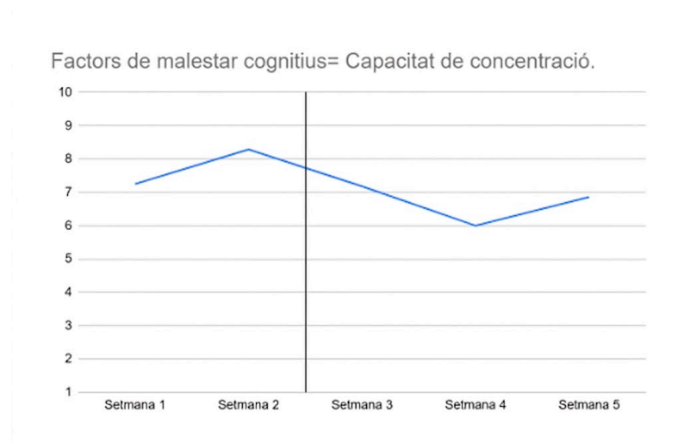


Factors de malestar cognitius

L'evolució de la capacitat de concentració exposada a la figura 13 mostra una clara disminució de la simptomatologia després de l'aplicació de la intervenció. Durant la fase prèvia al tractament, s'observa un empitjorament progressiu del bloqueig cognitiu, que augmenta des de 7,25 fins a assolir el pitjor registre de tota l'avaluació a la setmana 2, amb un valor de 8,29. A partir de la intervenció, la tendència s'inverteix de manera sostinguda cap a la millora. La simptomatologia disminueix fins a 7,18 a la setmana 3 i continua reduint-se fins a assolir el seu millor nivell a la setmana 4, amb un valor de 6, indicant una millora significativa de la capacitat de concentració. Tot i que a la setmana 5 s'observa un lleuger empitjorament fins a 6,86, probablement relacionat amb el cansament general, els resultats globalment suggereixen que la intervenció ha estat efectiva per interrompre l'escalada inicial del malestar i afavorir una recuperació funcional.

Figura 13.

Gràfic dels factors de malestar cognitius.



5. Conclusions

L'objectiu general d'aquest treball de fi de grau era dissenyar, aplicar i avaluar una intervenció psicològica personalitzada per a una pacient amb fibromiàlgia, amb la finalitat de millorar la seva gestió del dolor, el seu benestar emocional i la seva qualitat de vida. Després de tot el procés de preparació i d'intervenció, els resultats obtinguts permeten afirmar que la intervenció ha assolit de manera parcial els objectius plantejats, mostrant una evolució favorable en diverses dimensions clíniques, tot i que amb certes limitacions importants a tenir en compte.

Pel que fa al primer objectiu específic, l'avaluació inicial mitjançant l'entrevista semiestructurada i el CPAQ ha permès caracteritzar de manera completa el perfil clínic de la pacient. Les puntuacions pre-test situaven l'acceptació global del dolor en un nivell moderat-baix (41/90), reflectint dificultats tant en la implicació en activitats com en l'obertura al dolor. L'entrevista va revelar, a més, la presència d'una marcada autoexigència, sentiments recurrents de culpa i un patró d'afrontament marcat per la lluita activa contra el dolor.

En relació amb el segon i tercer objectiu, la implementació del pla d'intervenció individualitzat, els resultats indiquen que la intervenció ha generat canvis diferencials en funció de la dimensió analitzada. La dimensió cognitiva va mostrar la millora més sostinguda i progressiva al llarg de les setmanes 3, 4 i 5, suggerint que les estratègies de reconceptualització del dolor i de treball amb l'autocompassió han facilitat una reducció del bloqueig cognitiu i una capacitat més elevada de concentració. La dimensió conductual va respondre de manera ràpida i favorable durant les primeres setmanes d'intervenció, si bé l'efecte de rebot observat a la setmana 5 evidencia que el pacing no va ser prou consolidat, fet que reforça la recomanació de la literatura de treballar aquesta tècnica de forma prolongada i supervisada (Bhargava & Goldin, 2025). La dimensió fisiològica va presentar una latència terapèutica significativa, consistent amb la naturalesa crònica i arrelada de la sensibilització central en la fibromiàlgia: la millora no va ser detectable fins a la darrera setmana, fet congruent amb els models actuals que sostenen que els canvis en els símptomes somàtics

requereixen més temps que els canvis cognitius o emocionals (Meeus & Nijs, 2007). La dimensió emocional, contràriament a les altres, va mostrar un empitjorament temporal durant les setmanes centrals de la intervenció. Aquesta tendència podria interpretar-se com el cost emocional que implica activar un treball introspectiu profund en una persona que ha sostingut durant molts anys dolor i no ha pogut parlar d'ell obertament. Malgrat tot, la tendència a l'estabilització a la darrera setmana suggereix un inici de reajustament.

Pel que fa al quart objectiu, la determinació de l'eficàcia de la intervenció, els resultats del CPAQ post-test mostren un increment global d' 11 punts (de 41 a 52), representant una millora del 26,83%. La subescala d'implicació en activitats va experimentar el canvi més notable (+28,57%), indicant una recuperació progressiva de la participació en la vida quotidiana. Aquests resultats s'alineen amb els reportats per estudis previs que subratllen la capacitat de les intervencions basades en tècniques de d'acceptació i compromís i tècniques cognitiu conductuals per millorar la funcionalitat en pacients amb fibromiàlgia (Eastwood & Godfrey, 2024). La valoració subjectiva que es realitzava a l' acabar la intervenció mostra que les tècniques de més impacte percebut van ser la reconceptualització del dolor i, especialment, el treball sobre l'autoexigència i l'autocompassió, que va assolir la puntuació màxima de tota la intervenció (8,33). Aquesta última sessió va permetre a la pacient posar paraules a emocions fins aleshores innominades, la literatura del self-compassion ho associa a una reducció de la reactivitat emocional i de l'autocrítica (Neff, 2003).

Des d'una perspectiva global, els resultats d'aquest estudi de cas reforcen la hipòtesi que la fibromiàlgia es veu molt influenciada per factors psicològics de manteniment com ara la catastrofització, l'autoexigència, l'evitació experiencial i la baixa autoeficàcia, aquest contribueixen de manera activa a la perpetuació del dolor. Una intervenció psicològica estructurada i individualitzada pot generar canvis clínicament rellevants en l'acceptació, el funcionament i la qualitat de vida (Galvez-Sánchez & Reyes del Paso, 2020). És important destacar el fet de que la pacient presenti una evolució de més de 25 anys amb fibromiàlgia i que, tot i això, mostri indicadors de

canvi en un programa de vuit sessions, és especialment significatiu des d'un punt de vista clínic.

Com a prospectiva, seria recomanable ampliar la intervenció amb sessions de seguiment a un més i a tres mesos per avaluar la consolidació dels canvis, incorporar tècniques d'exposició gradual i reforçar el treball de pacing per evitar el patró de sobreesforç observat. En l'àmbit metodològic, futurs estudis podrien adoptar dissenys de sèries temporals interrompudes o estudis de cas múltiple que permetin comparar perfils evolutius entre pacients amb fibromiàlgia amb característiques similars.

En conclusió, aquest treball evidencia que la intervenció psicològica, fonamentada en un model biopsicosocial i orientada a la flexibilitat psicològica, l'acceptació i la regulació emocional, constitueix un component indispensable en el tractament integrat de la fibromiàlgia. No com a substitut del tractament mèdic, sinó com a element central en la modulació del patiment i la recuperació del funcionament vital de la persona.

La intervenció psicològica rep molta força en el testimoni de la participant. Sentir-se escoltada sense ser qüestionada, no sentir-se jutjada i poder posar nom a sensacions i emocions que fins aleshores eren difuses o incompreses es presenta, en la seva pròpia paraula, com un dels aspectes terapèuticament més significatius de tot el procés. Que algú acompanyi el dolor des de la validació, sense minimitzar ni relativitzar el que es viu, genera un espai de seguretat emocional difícilment substituïble per cap altra intervenció.

6. Referències

- Beck, A. T. (1976). *Cognitive therapy and the emotional disorders*. International Universities Press.
- Bhargava, J., & Goldin, J. (2025). Fibromyalgia. *StatPearls Publishing*.
- Catalá, P., Pérez-Aranda, A., Andrés-Rodríguez, L., Feliu-Soler, A., Montero-Marín, J., & Luciano, J. V. (2024). Pain severity, catastrophizing and self-efficacy in fibromyalgia: A mediation model. *Frontiers in Psychology, 15*, Article 1324512.
- Cojocaru, A. I., Cojocaru, C., Doicin, I. T., Musat, O., Popescu, M. N., & Berteanu, M. (2024). Cognitive behavioral interventions in fibromyalgia: A systematic review. *Journal of Clinical Medicine, 13*(4), 1012.
- Crombez, G., Vlaeyen, J. W. S., Heuts, P. H. T. G., & Lysens, R. (1999). Pain-related fear is more disabling than pain itself: Evidence on the role of pain-related fear in chronic back pain disability. *Pain, 80*(1–2), 329–339.
- Eastwood, J., & Godfrey, E. (2024). Acceptance and commitment therapy for chronic pain and fibromyalgia: A systematic review. *Current Rheumatology Reports, 26*(2), 45–58.
- Fors, E. A., Landmark, T., & Woodhouse, A. (2024). Fibromyalgia diagnostic criteria and clinical implications. *BMC Rheumatology, 8*(1), 14.
- Galvez-Sánchez, C. M., & Reyes del Paso, G. A. (2020). Diagnostic criteria, psychological aspects, and neuropsychological functioning in fibromyalgia syndrome: An updated review. *International Journal of Clinical and Health Psychology, 20*(3), 235–244.
- García-Campayo, J., Rodero, B., Alda, M., Sobradiel, N., Montero, J., & Moreno, S. (2009). Validación de la versión española de la escala de catastrofismo ante el dolor (Pain Catastrophizing Scale) en la fibromialgia. *Medicina Clínica, 133*(13), 487–492.

- González, J. L., Mercado, F., Barjola, P., & Gómez-Esquer, F. (2010). Attention and pain processing in fibromyalgia patients: An experimental study. *European Journal of Pain*, 14(5), 475–e1.
- Haugmark, T., Hagen, K. B., Smedslund, G., & Zangi, H. A. (2019). Mindfulness- and acceptance-based interventions for patients with fibromyalgia: A systematic review and meta-analysis. *PLOS ONE*, 14(9), e0221897.
- Hayes, S. C., Luoma, J. B., Bond, F. W., Masuda, A., & Lillis, J. (2006). Acceptance and commitment therapy: Model, processes and outcomes. *Behaviour Research and Therapy*, 44(1), 1–25.
- Heagney, M., & Adams, J. (2024). Psychological interventions in fibromyalgia management: Current evidence and future directions. *Current Opinion in Psychology*, 57, 101793.
- International Association for the Study of Pain. (2020). *IASP terminology*.
- Jacobson, E. (1938). *Progressive relaxation*. University of Chicago Press.
- Jurado-Priego, M., Soler-Roca, M., Gich-Ilandrich, J., Soler-Canal, C., Feixas, G., & Fernández-Serrano, M. J. (2024). Functional impact and psychosocial burden in fibromyalgia patients. *Rheumatology International*, 44(2), 233–245.
- Kosek, E., Cohen, M., Baron, R., Gebhart, G. F., Mico, J. A., Rice, A. S. C., & Rief, W. (2016). Do we need a third mechanistic descriptor for chronic pain states? *Pain*, 157(7), 1382–1386.
- López-Ruiz, M., Pérez-Aranda, A., Andrés-Rodríguez, L., Feliu-Soler, A., Núñez, C., & Luciano, J. V. (2019). Emotional distress and pain sensitivity in fibromyalgia. *Psychology, Health & Medicine*, 24(6), 693–701.
- Martínez, M. P., Sánchez, A. I., Miró, E., Medina, A., & Lami, M. J. (2011). The role of pain catastrophizing and fear-avoidance in fibromyalgia. *The Clinical Journal of Pain*, 27(6), 27(6), 546–551.

- McCracken, L. M., Vowles, K. E., & Eccleston, C. (2004). Acceptance of chronic pain: Component analysis and a revised assessment method. *Pain*, 107(1-2), 159-166.
- Meeus, M., & Nijs, J. (2007). Central sensitization: A biopsychosocial explanation for chronic widespread pain in patients with fibromyalgia and chronic fatigue syndrome. *Clinical Rheumatology*, 26(4), 465-473.
- Melzack, R. (2001). Pain and the neuromatrix in the brain. *Journal of Dental Education*, 65(12), 1378-1382.
- Merskey, H. (1994). Logic, truth and language in concepts of pain. *Quality of Life Research*, 3(1), S69-S76.
- Moseley, G. L., & Butler, D. S. (2017). *Explain pain supercharged*. NOI Group Publications.
- Neblett, R., Cohen, H., Choi, Y., Hartzell, M. M., Williams, M., Mayer, T. G., & Gatchel, R. J. (2013). The Central Sensitization Inventory (CSI): Establishing clinically significant values for identifying central sensitivity syndromes in an outpatient chronic pain sample. *The Journal of Pain*, 14(5), 438-445.
- Neff, K. D. (2003). Self-compassion: An alternative conceptualization of a healthy attitude toward oneself. *Self and Identity*, 2(2), 85-101.
- Nijs, J., Lahousse, A., Kapreli, E., Bilika, P., Saraçoğlu, İ., Malfliet, A., Coppieters, I., De Baets, L., Leysen, L., Roose, E., & Clauw, D. J. (2021). Nociceptive pain criteria or recognition of central sensitization? *Pain Physician*, 24(2), 117-125.
- Rivera, J., Alegre, C., Ballina, F. J., Carbonell, J., Carmona, L., Castel, B., Collado, A., Estévez, M., Martínez, F. G., & Vallejo, R. (2024). Fibromyalgia: Clinical manifestations and associated comorbidities. *Reumatología Clínica*, 20(1), 34-41.

- Roca, M., Gili, M., Garcia-Campayo, J., Feliu-Soler, A., Luciano, J. V., & Garcia-Toro, M. (2021). Evidence-based psychological treatment in fibromyalgia syndrome. *Medicina Clínica, 156*(5), 232–238.
- Suso-Ribera, C., Peñacoba, C., & García-Palacios, A. (2021). Psychological flexibility and acceptance in fibromyalgia: Associations with quality of life and functioning. *Current Psychology, 40*(3), 1375–1385.
- Trouvin, A. P., & Perrot, S. (2022). New concepts of pain. *Best Practice & Research Clinical Rheumatology, 36*(3), 101720.
- Varallo, G., Scarpina, F., Giusti, E. M., Suso-Ribera, C., Cattivelli, R., Guerrini Usubini, A., & Castelnovo, G. (2022). The role of fear avoidance beliefs in fibromyalgia and chronic pain. *Frontiers in Psychology, 13*, Article 817163.

7. Annexos

Test CPAQ (McCracken et al. 2004).

<i>Apéndice 1</i> Chronic Pain Acceptance Questionnaire (CPAQ) McCracken et al. (2004)						
0 Nunca es cierto	1 Muy raramente es cierto	2 Raramente es cierto	3 A veces es cierto	4 A menudo es cierto	5 Casi siempre es cierto	6 Siempre es cierto
1. Sigo viviendo a pesar del nivel del dolor que tengo... 2. Mi vida va bien, aunque tengo dolor crónico... 3. Es bueno experimentar dolor... 4. Sacrificaría con gusto cosas importantes de mi vida para controlar mejor el dolor... 5. No es necesario para mí controlar el dolor para manejar mi vida bien... 6. Aunque las cosas han cambiando, vivo una vida normal a pesar de mi dolor crónico... 7. Necesito concentrarme en deshacerme del dolor... 8. Hago muchas actividades cuando siento dolor... 9. Llevo una vida completa aunque tengo dolor crónico... 10. Controlar mi dolor es menos importante que otras metas de mi vida... 11. Mis pensamientos y sentimientos sobre el dolor deben cambiar antes de que yo pueda dar pasos importantes en mi vida... 12. A pesar del dolor, ahora mi vida sigue su curso... 13. Mantener el nivel de dolor controlado es prioritario cuando hago algo... 14. Antes de hacer algún plan serio, tengo que conseguir controlar el dolor... 15. Cuando mi dolor aumenta, todavía puedo encargarme de mis responsabilidades... 16. Tendré un mejor control sobre mi vida si puedo controlar mis pensamientos negativos sobre el dolor... 17. Evito las situaciones en las que el dolor pueda aumentar... 18. Mis preocupaciones y miedos sobre lo que me causará el dolor son realistas... 19. Es un alivio darme cuenta de que no tengo que cambiar mi dolor para continuar con mi vida... 20. Tengo que luchar por hacer cosas cuando tengo dolor... Puntuaciones CPAQ (McCracken et al., 20004): <i>Implicación en las actividades:</i> suma de los ítems 1, 2, 3, 5, 6, 8, 9, 10, 12, 15, 19 <i>Apertura al dolor:</i> transformación de los ítems inversos en directos: 4, 7, 11, 13, 14, 16, 17, 18, 20 y suma <i>CPAQ Total:</i> implicación en las actividades + apertura al dolor Puntuaciones CPAQ en pacientes con fibromialgia: <i>Implicación en las actividades:</i> suma de los ítems 1, 2, 6, 8, 9, 10, 12, 15, 19 <i>Apertura al dolor:</i> transformación de los ítems inversos en directos: 7, 11, 13, 14, 17 y 18 y suma <i>CPAQ Total:</i> implicación en las actividades + apertura al dolor						