



UNIVERSIDAD DE JAÉN
Facultad de Humanidades y Ciencias de la Educación

Trabajo Fin de Grado

**Revisión sistemática de
la efectividad de la
Terapia de Aceptación y
Compromiso para
pacientes con dolor
crónico**

Alumno/a: Carmen María Cazorla Navarrete

Tutor/a: Prof. D. Miguel Rodríguez Valverde
Dpto: Psicología, Área de Personalidad,
Evaluación y Tratamiento Psicológico

Mayo, 2017

ÍNDICE

	Página
Resumen.....	3
1. Introducción.....	4
1.1 Características del dolor crónico y variables mediadoras.....	4
1.2 Modelos explicativos de dolor crónico. Aproximación al modelo de ACT.....	5
1.3 Terapias estándar para dolor crónico.....	7
1.4 Terapia de Aceptación y compromiso para dolor crónico.....	11
2. Método.....	16
2.1 Estrategia de búsqueda.....	16
2.2 Selección de estudios.....	17
3. Análisis de los estudios seleccionados.....	19
4. Conclusiones.....	27
REFERENCIAS.....	28

Revisión sistemática de la efectividad de la Terapia de Aceptación y Compromiso como tratamiento para pacientes con dolor crónico

Carmen María Cazorla Navarrete

Resumen

El dolor crónico es una patología cada vez más presente en la sociedad que conlleva grandes problemas de salud y emocionales, por lo que la psicología se ha interesado ampliamente por su estudio y tratamiento. La Terapia de Aceptación y Compromiso (ACT) parece ser el tratamiento óptimo para reducir el impacto producido por el dolor crónico en la vida de los pacientes que lo sufren ya que se basa en su aceptación y en la actuación acorde a los valores de la persona. En el presente trabajo se revisa sistemáticamente la literatura sobre esta temática para comprobar si realmente la ACT es efectiva como tratamiento para el dolor crónico. Este estudio de revisión consta de una selección de ensayos controlados aleatorizados (N=14), lo cual nos permite lograr una extracción de conclusiones consistente. Finalmente, desde este trabajo, se califica la ACT como una terapia efectiva para el tratamiento del dolor crónico.

Palabras clave: Revisión, efectividad, Terapia de Aceptación y Compromiso, dolor crónico, ensayos controlados aleatorizados.

Abstract

Chronic pain is a pathology increasingly present in society that entail big health and emotional problems, so that Psychology has been widely interested in his study and treatment. The Acceptance and Commitment Therapy (ACT) seems to be the optimal treatment to reduce the impact produced by chronic pain in the life of the patients who suffer it because is based on the acceptance of pain and the action according to the values of the person. In the present work the literature on this subject is systematically reviewed to verify if ACT is actually effective as a treatment for chronic pain. This review study consists of a selection of randomized controlled trials (N = 14), which allows us to achieve consistent conclusions. Finally, from this work, ACT is branded as an effective therapy for the treatment of chronic pain.

Keywords: Review, Effectiveness, Acceptance and Commitment Therapy, Chronic Pain, Randomized Controlled Trials.

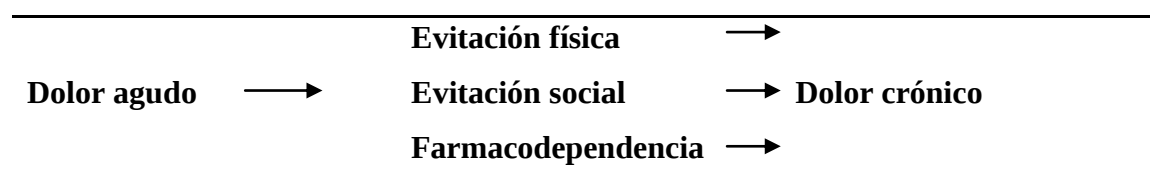
1. Introducción

1.1 Características del dolor crónico y variables mediadoras

Ningún ser humano está exento de haber sufrido dolor en algún momento, el cual se presenta como una experiencia que resulta desagradable pero que, sin embargo, cumple una gran función adaptativa para nuestra supervivencia ya que nos avisa de la existencia de daño en nuestro organismo, lo cual nos permite ponernos alerta e intentar solucionarlo. Sin embargo, cuando el dolor se perpetúa en el tiempo, a pesar de haberse curado la herida o lesión que lo produjo y se torna resistente al tratamiento, deja de cumplir su función y se convierte en lo que se conoce como dolor crónico. Este tipo de dolor ya no se trata de un síntoma con la función de ponernos alerta, tal y como lo es el dolor agudo, sino que se considera un trastorno con entidad propia, como así fue ya definido por John J. Bonica en su obra “The Management of pain” en 1953 (Ramírez Maestre, Esteve Zarazaga y López Martínez, 2004). Este tipo de dolor, al dejar de cumplir su función, se convierte en un problema grave de salud que conlleva también problemas en el ámbito laboral, familiar y personal. Produce una gran frustración y estados de ánimo depresivos, así como problemas con la pareja y los familiares, pérdida de horas de trabajo, incluso la baja laboral, y un gran aislamiento social, deterioro en el manejo de las actividades de la vida diaria y consumo excesivo de fármacos como un intento de paliarlo.

A este estado de dolor crónico puede llegarse por las conductas de evitación realizadas por los individuos con dolor. Éstos, ante el miedo de empeoramiento, evitan actividades físicas (movimientos, desplazamientos, trabajo, etc.) y sociales, lo cual lleva a un síndrome de desuso que, junto con los estados afectivos negativos que produce el dolor, llega a exacerbarlo. Además, suele darse un consumo excesivo de fármacos que puede llegar a causar farmacodependencia y efectos secundarios que contribuyen al malestar. Por tanto, puede decirse que ciertas personas que padecen dolor pueden entrar en un círculo vicioso, a través de las conductas de evitación y la farmacodependencia, en el que el dolor va a más y se cronifica (Figura 1).

Figura 1. Consecuencias habituales de dolor que contribuyen a cronificarlo (Amigo Vázquez, 2012)



Los datos más recientes señalan que uno de cada seis españoles padece dolor crónico, lo que supone el 17% de la población (SED, 2014). Constituye una de las causas más comunes de consulta médica y se divide en cuatro tipos: dolor neuropático, que es producido por la lesión de algún nervio o el funcionamiento anómalo del sistema nervioso; dolor musculoesquelético, debido a la lesión de músculos, huesos, cartílagos o articulaciones; dolor visceral, que se da como consecuencia de lesiones en las vísceras u órganos internos; y dolor oncológico, producido por la presencia de una enfermedad oncológica. Como podemos observar el dolor se trata, en principio, de un problema médico y, por ello, suele ser tratado en el ámbito hospitalario. Sin embargo, esta patología cuenta con componentes psicológicos, sociales y afectivos que hacen que la disciplina de la psicología se haya interesado por la delimitación conceptual de este trastorno, así como del estudio de la eficacia de las diferentes terapias que desde esta disciplina se plantean para mejorar el funcionamiento y la calidad de vida de las personas que lo sufren. Nótese que aunque los pacientes con dolor crónico reciban tratamiento y asistencia médica, ha sido demostrado que con el tratamiento psicológico unido al tratamiento médico se logra una efectividad significativamente mayor que con la administración de tratamiento médico únicamente (Cipher, Fernandez y Clifford, 2001).

1.2 Modelos explicativos de dolor crónico. Aproximación al modelo de ACT

Diversas teorías han intentado dar explicación al fenómeno del dolor. En hilo con lo anteriormente comentado, cabe destacar que en un principio se consideraba como teoría explicativa de este fenómeno el modelo médico de dolor. Este postulaba que el grado de dolor que una persona sentía estaba directamente relacionado con la cantidad de tejido dañado. Sin embargo, esta teoría quedó obsoleta ya que da cuenta del dolor agudo, pero no del dolor crónico en el cual el dolor se prolonga, incluso habiéndose sanado el tejido. Estudios neurofisiológicos señalan que, aunque el mecanismo de nocicepción sea necesario para sentir dolor, no es suficiente para delimitar el fenómeno de dolor en su totalidad puesto que factores socioemocionales y conductuales también influyen (Ramírez Maestre, Esteve Zarazaga y López Martínez, 2004). Así, el dolor es una experiencia subjetiva que se presenta de forma diferente entre individuos, incluso intra-individuo, y es por ello que la psicología se ha interesado ampliamente por su estudio y tratamiento y por lo que las teorías explicativas que se han postulado posteriormente mantienen un enfoque multidimensional.

De todos los modelos que han intentado explicar el dolor crónico, en el presente trabajo nos centramos en el modelo de dolor crónico de la Terapia de Aceptación y Compromiso (ACT). Este modelo se basa en la Teoría del Marco Relacional (RFT), según la

cual la fuente de sufrimiento psicológico está determinada por la manera en la que relacionamos los estímulos verbalmente. El modelo de ACT plantea que los pacientes con dolor crónico funcionan dentro de unos contextos verbales que contienen el mensaje de que ciertas experiencias privadas, de contenido psicológico aversivo para la persona, suponen una barrera que impide poder vivir de una manera satisfactoria. Es por esto que la persona comienza a intentar controlar esas experiencias privadas a toda costa, lo cual le lleva a vivir con un patrón rígido de funcionamiento y de inflexibilidad psicológica que no le permite realizar actividades relacionadas con sus valores y únicamente se centra en realizar acciones relacionadas con el intento de controlar el dolor y sentirse bien (Quiñones y cols, 2015).

Consecuentemente, desde este modelo, el dolor crónico se considera un Trastorno de Evitación Experiencial, el cual se caracteriza por que la persona no está dispuesta a mantener contacto con ciertas experiencias privadas (pensamientos, estados de su cuerpo, sensaciones, recuerdos, etc.). Así, para no tener contacto con tales eventos privados, la persona empieza por intentar modificar la frecuencia y forma de éstos. Cabe destacar que el hecho de no querer experimentar experiencias desagradables es algo común a todo ser humano, sin embargo, cuando esta forma de funcionar se convierte en un patrón rígido de funcionamiento, proceder de acuerdo a ese patrón únicamente puede llegar a convertirse en un problema.

Según este modelo, a tal Trastorno de Evitación Experiencial se llega por una serie de procesos de lenguaje que producen relaciones patológicas entre pensamientos, sentimientos y emociones, y que se agrupan en cuatro tipos (Gutiérrez Martínez y Luciano Soriano, 2006):

- El contexto verbal de literalidad: conlleva que para el sujeto tenga las mismas consecuencias las palabras que el hecho al que hacen referencia. Esto puede convertirse en un problema, pues esas palabras acabarán evitándose en la misma medida que las condiciones reales con las que están asociadas. Como ejemplo ilustrativo, podría ser el caso de una persona que se dice a sí misma: “mi dolor se agravará si voy a hacer la compra” y, seguidamente, se queda en casa como si el empeoramiento del dolor se estuviese dando en el momento presente y no como lo que es, un simple pensamiento sobre una posibilidad del futuro.
- El contexto verbal de las valoraciones: hace referencia a la no discriminación entre los eventos y la forma de valorarlos socialmente, debido a las normas culturales que las personas van adquiriendo del contexto en el que se desenvuelven durante su historia personal. Un ejemplo podría ser un individuo que piensa que si no va a trabajar por el dolor que sufre, tampoco puede acudir a un evento puntual con sus amigos, por lo cual acaba aislándose socialmente. Así, esas normas acaban alterando el propio

comportamiento en pos de lo que suponen que es adecuado o inadecuado, normal o anormal, bueno o malo, etc.

- El contexto de dar razones: se refiere a dar explicaciones sobre la propia conducta estableciendo como argumentos los contenidos de sus pensamientos o sentimientos como si estos motivos fueran reales y válidos, de modo que justificaría de esta forma, ante sí mismo y ante los demás, lo que hace o lo que le ocurre.
- El contexto de la regulación verbal: alude a los intentos deliberados de eliminar los pensamientos, sentimientos, emociones y cualquier otro evento privado que resulta desagradable y dañino para la persona, o modificarlos por otros más positivos. Ello conlleva para la persona estar continuamente luchando contra el miedo al empeoramiento y a las consecuencias que pudieran derivarse de este, la ansiedad, los estados afectivos negativos, etc. Lucha que le ocupa la mayor parte del tiempo y que le impide la implicación en las acciones que son realmente valiosas para él/ella.

En definitiva, el modelo de ACT tiene como base que, aunque es cierto que el dolor produce malestar, el verdadero sufrimiento lo produce esa lucha continua contra el dolor, el no estar abierto a experimentar todo tipo de sensaciones y pensamientos e implicarse demasiado en estos eventos privados. Por ello, la terapia derivada de este modelo, la Terapia de Aceptación y Compromiso, se dirige a promover en el paciente la aceptación del dolor, el distanciamiento con los pensamientos y emociones que provoca y la actuación acorde a los valores y metas de vida, como veremos posteriormente.

1.3. Terapias estándar para el tratamiento del dolor crónico

Se han planteado diversas terapias para el tratamiento del dolor crónico que han resultado efectivas pero que presentan algunas limitaciones como veremos más adelante.

La terapia que se viene usando más tradicionalmente para el tratamiento del dolor crónico es la Terapia Cognitivo-Conductual. Esta terapia reúne un conjunto de procedimientos conductuales y cognitivos que tienen como objetivo el cambio del patrón de funcionamiento del paciente y de algunos pensamientos irracionales que están interfiriendo con su vida diaria, así como el control del dolor también a través de procedimientos cognitivos.

En cuanto a los procedimientos conductuales, esta terapia parte de la base de que las conductas de dolor han sido mantenidas y perpetuadas en el tiempo por una serie de procesos de condicionamiento operante. Por ello, el objetivo de esta terapia es rehabilitar a la persona mediante procedimientos de extinción para las conductas de dolor. Para conseguir esa

extinción se requiere de la colaboración del ámbito hospitalario y del familiar, y consiste en que estos dejen de atender a quejas y de proporcionar cualquier tipo de reforzamiento social relacionado con las conductas de dolor (Moix y Casado, 2011). En cuanto a la toma excesiva de fármacos, se insta a estos ámbitos a no hacer caso a la demanda de fármacos por parte del paciente y, también, propone una técnica que rompe la relación de contingencia entre la toma de medicamentos y el dolor. Esta técnica se denomina cóctel para el dolor y consiste en disolver el medicamento en zumo u otro líquido que no deje percatarse al paciente de su color ni sabor. De manera que, tras establecer la línea base de ingesta de medicamentos se comienza a administrar el cóctel para el dolor de forma que el paciente no sepa el intervalo de administración ni la dosis administrada, que se irán desvaneciendo poco a poco hasta conseguir un mejor funcionamiento de la persona (Amigo Vázquez, 2012)

En cuanto al tratamiento del dolor desde la perspectiva cognitiva, se basa en una serie de estrategias cognitivas cuyo objeto es distraer al paciente de la sensación de dolor o situarlo en un contexto imaginativo que permita al sujeto sobrellevarlo de la mejor manera posible y aumentar su calidad de vida (Kerns et al., 2011) Para ello, el tratamiento consta de tres fases: La fase educativa, la fase de entrenamiento en habilidades y la fase de aplicación de las habilidades entrenadas (Amigo Vázquez, 2012).

La fase educativa consiste en hacer ver al paciente la función que el dolor tiene en nuestro organismo, sus componentes y cómo puede ayudar el tratamiento a aliviarlo, fortaleciendo así su adhesión a este;

La fase entrenamiento en habilidades específicas que el sujeto habrá de emplear para hacer frente a cada componente del dolor, también se enseñará al paciente técnicas basadas en la imaginación tales como: la distracción imaginativa, en la que el paciente debe imaginar situaciones que le alejen del dolor que está sufriendo; la transformación imaginaria del contexto, que consiste en que el sujeto sitúe las sensaciones de dolor en un contexto diferente donde el paciente asocie el dolor a un estado emocional distinto que provoque la disminución del mismo; la transformación imaginaria del dolor, en la que se enseña al paciente a describir el dolor sin componentes emocionales, como por ejemplo en términos de tirantez o entumecimiento; relacionada con la anterior se encuentra la estrategia de somatización, en la cual se pretende que el individuo describa y analice el dolor en términos objetivos y, la distracción del atención hacia otras actividades que sean susceptibles de tomar la concentración del paciente. Dentro de esta fase comienza el entrenamiento en autoinstrucciones, que tiene como objetivo instruir a la persona para que regule su conducta y que consiste en que use verbalizaciones que describen las acciones a realizar en cada

momento. En concreto, se instruye al sujeto para realizar estas verbalizaciones en cuatro momentos: el momento de preparación para la aparición del dolor, en la cual el paciente debe verbalizar las estrategias que ha aprendido y que va a utilizar cuando este aparezca, el momento de afrontamiento y control del dolor, en el que el paciente debe instruirse para no pensar en el dolor sino en las estrategias a utilizar para afrontarlo; el momento de control de las respuestas emocionales cuando se encuentre abrumado por el dolor y el momento de autorrefuerzo que consiste en decirse a sí mismo lo bien que ha conseguido afrontarlo y controlarlo.

Por último, se da una fase de aplicación, que se trata de una aproximación a la puesta en práctica de todo lo aprendido en su contexto natural y en las situaciones cotidianas que se dan en su día a día. Para ello, primero se realiza un entrenamiento en imaginación y en role-playing en la consulta y luego se va instruyendo al paciente para que lo vaya extrapolando a su ámbito cotidiano.

Otras técnicas que podrían usarse dentro de la Terapia Cognitivo-conductual o de forma aislada o en otras terapias son las llamadas técnicas de autorregulación, que intentan aumentar el control personal sobre estados fisiológicos y emocionales.

Entre estas técnicas de autorregulación se encuentra el Biofeedback, esta técnica trata de informar, en tiempo real, al paciente sobre los cambios fisiológicos que se están produciendo en su organismo con la finalidad de que pueda controlarlos desde el mismo momento en el que se empiezan a producir a través de un proceso de aprendizaje (Kerns et al., 2011). Para ello, se proporciona al paciente un aparato que mide algún parámetro psicofisiológico como la conductancia de la piel, el nivel de tensión muscular, la frecuencia cardíaca, etc. Así, el individuo aprende progresivamente a controlar voluntariamente esas variables, consiguiendo finalmente un mejor funcionamiento de su organismo y la disminución del dolor.

Otra técnica ampliamente utilizada en el tratamiento del dolor crónico es el entrenamiento en relajación que consiste en la aplicación de dos procedimientos principalmente, la respiración profunda o diafragmática y/o la relajación muscular progresiva. La respiración diafragmática consiste en llenar de aire la parte baja del abdomen y no solo los pulmones, esto propicia la activación del nervio vago, el cual a su vez activa el sistema nervioso parasimpático dando lugar a un estado de relajación en la persona. Además, se mantiene la teoría de que mientras la persona está concentrada en su respiración no se ocupa de los pensamientos negativos que contribuyen al malestar, por lo que eso también contribuye al estado de relajación. En cuanto al entrenamiento en relajación muscular, se trata de una

serie de ejercicios de tensión y distensión de una serie de grupos musculares secuencialmente. Esto permite que el paciente aprenda a identificar como se encuentran sus músculos cuando están tensos y a aplicar los procedimientos aprendidos para conseguir llevarlos al estado de relajación. Esta técnica es muy útil para el tratamiento del dolor crónico ya que muy a menudo la tensión muscular y la ansiedad aumentan la intensidad del dolor, por lo que el entrenamiento en estos procedimientos ayuda a controlarlo y disminuirlo en cualquier momento (Moix y Casado, 2011).

Algunos psicólogos utilizan la hipnoterapia para conseguir en el paciente el manejo del dolor. La hipnoterapia implica una alteración en el estado de conciencia al que se llega mediante una serie de enunciados, realizados en voz alta por el hipnoterapeuta. Con ello se consigue que el paciente cambie su propia experiencia subjetiva de dolor. Al igual que con el entrenamiento en relajación, se enseña a los participantes métodos para reconectar con este estado de relajación hipnótica en cualquier momento. Los métodos utilizados para administrar hipnoterapia para el dolor crónico varían ampliamente, aunque todos ellos deben seguir las pautas para la práctica de Hipnoterapia publicadas por la Sociedad Americana de Psicología De la Hipnosis Psicológica (Kerns, Sellinger y Gooding, 2011).

Otra técnica incluida en el enfoque de autorregulación para el manejo del dolor crónico es el Mindfulness o atención plena. Tiene como origen los principios del budismo Theravada y consiste en el aumento intencional de la atención a lo que está sucediendo en el momento presente, en el aquí y ahora, sin referencia al pasado o al futuro. Así, como tratamiento para el dolor crónico, tiene como objetivo separar la sensación de dolor de los pensamientos que a menudo ocurren en respuesta a tales sensaciones. Estos pensamientos están arraigados en el pasado y se proyectan hacia el futuro, desencadenando así respuestas basadas en asociaciones. De manera que, el mindfulness pretende que uno se concentre en todo lo que ocurre como un observador independiente y objetivo. Al hacerlo, el individuo puede comenzar a aceptar el dolor como es, sin las conexiones cognitivas y emocionales que son alarmantes para el paciente y que sirven para empeorar la experiencia del dolor.

Como se puede observar, el mindfulness es muy afín a la concepción que se mantiene desde el modelo de ACT sobre el dolor crónico, por lo cual muy a menudo se incluye dentro de la terapia que surge de este modelo, la Terapia de Aceptación y Compromiso, para la cual hemos dedicado el siguiente apartado completo.

1.4. Terapia de aceptación y compromiso para el tratamiento del dolor crónico

La terapia que parte del modelo de ACT, la Terapia de Aceptación y Compromiso (Wilson y Luciano, 2002) tiene como objetivos principales conseguir en el paciente con dolor crónico la aceptación del dolor como una condición que no se puede controlar, que comprenda que los intentos de eliminarlo y reducirlo son las verdaderas fuentes del problema y lo que le han producido el estado actual de deterioro ya que le ha llevado a que todo en su vida gire en torno a los esfuerzos que cree que propiciarán el manejo del dolor. Igualmente, que el paciente recapacite sobre las metas y valores que eran realmente importantes para él/ella antes de comenzar su lucha contra el dolor y, por supuesto, que comience a realizar acciones enfocadas hacia esos valores a pesar del dolor. Implícitamente, esto requiere de que la persona se vaya abriendo a experimentar cualquier tipo de evento privado y se centre en el momento presente, el aquí y ahora.

Como el modelo de ACT propone que el lenguaje es la variable mediadora entre los eventos psicológicos y la realidad de la persona, la intervención de la Terapia de Aceptación y Compromiso se dirige a modificar los procesos de lenguaje que están implicados en la patología. Concretamente, la ACT actúa a través de seis focos de intervención que constituyen lo que se denominó “hexaflex”. Se trata de un hexágono con los vértices interconectados que llevan al aumento de la flexibilidad psicológica (Luciano, 2016). En cada vértice se encuentra cada uno de los procesos de intervención que se muestran en la Figura 2 y que serán detallados a continuación (Hayes et al., 2006):

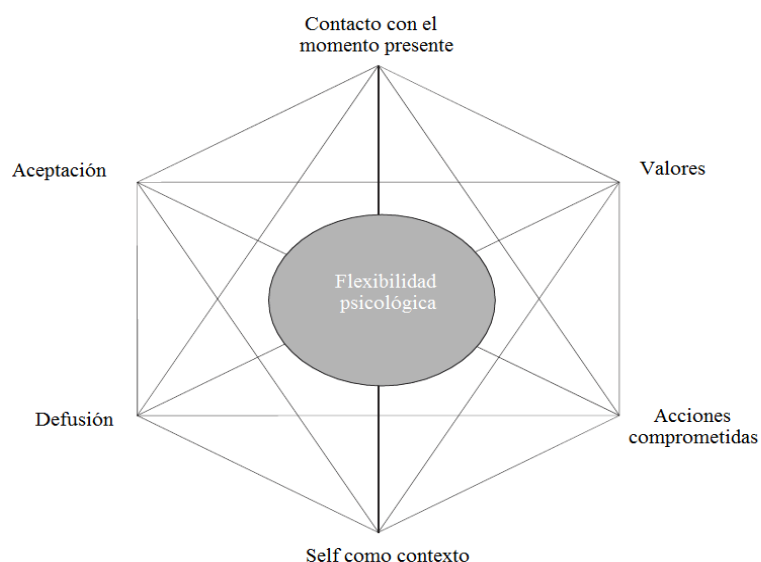


Figura 2. Hexaflex. Adaptado de Hayes et al. (2006).

La aceptación supone una alternativa a la evitación experiencial, lo cual implica un recibimiento activo y consciente de los eventos privados sin intentar cambiar su frecuencia o forma, sobre todo cuando esto puede acarrear daño psicológico. En definitiva, se alienta al paciente a dejar de luchar contra el dolor.

La defusión cognitiva consiste en alterar la función de los pensamientos y de los acontecimientos privados, en vez de su frecuencia o forma. Es decir, se modifica la manera de interactuar y relacionarse con los propios pensamientos, haciendo que pierdan su literalidad. Desde la ACT, se utilizan técnicas tales como la repetición en voz alta de un pensamiento hasta que sólo quede su sonido y el individuo lo observe de manera externa y de forma objetiva. Cabe destacar que, tanto el proceso de aceptación como el de defusión cognitiva no forman parte de la ACT como un fin en sí mismo, sino como una forma de fomentar la acción basada en los valores.

El contacto con el momento presente alude a tener un contacto continuo con los eventos psicológicos y ambientales sin prejuicios. Ello se consigue enseñando al paciente a utilizar el lenguaje como una herramienta para describir los eventos en lugar de para predecirlos y juzgarlos. El objetivo de que la persona se centre en el aquí y ahora es la experimentación del mundo de una manera directa y lograr un comportamiento más flexible y acorde a los valores que posee.

El proceso llamado “yo como contexto” radica en verse a uno mismo como algo más que los eventos que suceden en él. Como su propio nombre indica, en este proceso el yo se concibe como un contexto en el cual se dan los eventos privados y no como el contenido de estos.

Los valores son cualidades elegidas que determinan los principios ideológicos y morales de la persona. No pueden ser conseguidos como un objeto, pero están presentes momento a momento. Hacen referencia a las direcciones que decide tomar la persona respecto a aspectos como la familia, la carrera profesional o la espiritualidad.

En cuanto a la acción comprometida, es un proceso en el que los pacientes con dolor crónico se comprometen a actuar para conseguir metas a corto, media y largo plazo que están acorde a sus valores.

Esos procesos se van llevando a cabo durante el proceso de intervención a través de una serie de fases en las cuales se usan un amplio rango de técnicas de intervención, entre las cuales hay técnicas exclusivas de esta terapia y otras que provienen de otras terapias que se han venido usando como tratamiento para el dolor crónico tradicionalmente. No obstante, estas técnicas, en el contexto de sus respectivas terapias, se dirigen al control del dolor o la

modificación de pensamientos negativos, mientras que en el contexto de la ACT se dirigen a todo lo contrario, es decir, a aumentar la flexibilidad psicológica y la aceptación. Por lo cual, el enfoque de una misma técnica puede ser completamente distinto dependiendo de la terapia en la que se enmarque. También, cabe destacar que en las fases del proceso de intervención de la ACT es muy característico el uso de metáforas y paradojas, ya que se trata de fórmulas verbales que pueden alterar la regulación verbal de los eventos privados y el valor de la literalidad del lenguaje (Luciano Soriano, Gutiérrez Martínez y Rodríguez Valverde, 2005). Las metáforas permiten a los pacientes establecer un símil con la condición en la que se encuentran y sacar amplias conclusiones que puedan llevarles a un cambio de perspectiva más adaptativo. A continuación, se van a detallar las fases del proceso de intervención de la ACT y algunas de las metáforas que se usan en cada una de ellas (Amigo Vázquez, 2012).

- Desesperanza creativa: constituye la primera fase de la intervención y consiste en hacer ver al paciente la escasa efectividad que han mostrado las estrategias que venía usando con el fin de eliminar o paliar el dolor, sin ahondar en las estrategias concretas que usaba para ello, ni en los pensamientos específicos que son recurrentes en él. Más bien, se hace hincapié en la falta de utilidad de su forma de proceder hasta el momento y señalarle otras formas de responder ante el dolor.

Entre las metáforas utilizadas en esta fase, destaca la de la pala y el agujero, en la que se plantea al paciente la situación de una persona que cae en un agujero y, para intentar salir de él, el individuo utiliza lo único que tiene a mano, una pala. Ésta únicamente le sirve para hacer el agujero más grande, en lugar de conseguir su propósito real, que era salir del hoyo. Después, se realiza un símil con la situación del paciente, en la que al intentar regular sus eventos privados lo único que ha logrado ha sido profundizar en esas experiencias privadas aversivas para él (Luciano Soriano y Valdivia Salas, 2006). Es en este momento cuando se contrasta con el cliente las acciones valiosas para el cliente con las que está llevando a cabo en la realidad, haciéndole tomar consciencia de que todo los actos que realiza con el objetivo de eliminar el dolor no sólo no sirven de nada, sino que además le impiden hacer cosas realmente importantes para él.

En esta fase, el terapeuta también se dirige a evaluar el catastrofismo y los pensamientos negativos que surgen en el paciente, ya que es conocido que estos aspectos están relacionados con un mayor grado de experimentación del dolor, un peor funcionamiento en la vida diaria y un mayor consumo de fármacos.

-El control como problema: en esta fase sí se procede a profundizar en la forma en que el paciente ha intentado controlar el dolor, es decir, se analizan de forma detallada cuáles han

sido las estrategias que ha utilizado y cómo han funcionado. En cuanto a este aspecto, se explica que quizá esas estrategias hayan podido funcionar a corto plazo, pero por el contrario, a largo plazo le han llevado a un mayor malestar por observar que las tácticas de control del dolor no funcionan. Un aspecto relevante a tratar en esta fase es la distinción entre dolor limpio y dolor sucio. El dolor sucio hace referencia al dolor que se vive con la añadidura de la rabia, frustración y el deseo de que pare, lo cual supone una intensificación de éste y acarrea un mayor nivel de malestar. Mientras que, el dolor limpio se refiere al dolor puro y libre de carga emocional. Mediante estos conceptos se hace ver al paciente que el abandono de los esfuerzos por eliminar el dolor y la aceptación del mismo disminuirá el malestar, volviéndose más tolerable.

- Alterar el papel del lenguaje: consiste en mostrar al paciente cómo el lenguaje interno puede ser meramente descriptivo o puede ser valorativo, exponiendo el ejemplo de que no es lo mismo definir un dolor como “seco e intenso” que como “un dolor insoportable que no me deja vivir”. Por tanto, esta fase se dirige al manejo adecuado de los eventos privados que están a la base de un continuo deterioro emocional. En este momento de la terapia se realizan técnicas de relajación, tal como la respiración, que propician que el paciente sea plenamente consciente de todos los eventos privados que está vivenciando, a pesar de que puedan ser desagradables, sin tratar de eliminarlos o apartarlos.

También, en este apartado, se trabaja con el paciente en desmontar la idea de que actuamos por ciertas razones que finalmente acaban considerándose la causa de nuestro comportamiento. Se hace le hacer ver que las razones que nos damos para realizar o no alguna acción no son la causa de hacerlo o no, sino una simple justificación.

- El self como contexto: esta fase se pretende que el sujeto conciba su “yo” como un contexto en el cual se dan los eventos privados y no que identifique su “yo” con el contenido de estos eventos privados. Es muy útil, en este punto de la terapia, la metáfora del ajedrez, en la cual se expone al cliente como las fichas negras del ajedrez suelen concebirse como negativas y las blancas como positivas, y se encuentran en una continua lucha, lo que supone un gran desgaste. Se propone a la persona que no es ni las fichas blancas ni las negras, sino que se le invita a plantearse que quizá sea el tablero en el que se libra la batalla que no tiene fin, sin necesidad de estar implicado en ella, lo cual le permite distanciarse y verlo desde otra perspectiva.

- Valores: en esta fase se intenta hacer ver al paciente como sus continuos sentimientos relacionados con el dolor y el estado de depresión que padecen pueden ser inconsistentes con sus valores y con la forma en que desearían realmente vivir sus vidas, pero que ello no tiene

por qué impedirle realizar acciones y comportamientos dirigidos a alcanzar las metas deseadas y a actuar de acuerdo a sus valores. Un ejercicio muy representativo de esto es el de los calcetines de Perigó, en el que se pone un ejemplo de un individuo que no siente nada hacia los calcetines, pero que, aun así, se comporta como si los calcetines fuesen lo más importante de su vida. Así, se muestra como los sentimientos y los estados afectivos que uno tiene en determinados momentos no tienen por qué impedir que uno se comporte de acuerdo a sus valores.

- Por último, los patrones de acción y compromiso hacen referencia a la fase en la que se apoya definitivamente al paciente a introducir los cambios de conducta que sean necesarios para conseguir una vida valiosa, a costa de sentir dolor sin tratar de evitarlo sino aceptarlo. Aquí suele presentarse la metáfora del vecino molesto, que relata como un individuo llega a una nueva vecindad y organiza una fiesta para conocer a sus vecinos y hacer nuevas amistades, por lo cual, cuelga un cartel en la puerta en el que pone “invitados todos”. Una vez en la fiesta, se lo está pasando muy bien, disfrutando de la música, los aperitivos y las conversaciones con sus nuevos vecinos cuando, de repente, se percata de que uno de ellos está molestando al resto de invitados, manoseando la comida y comportándose maleducadamente. Se plantea al paciente como este individuo tiene dos opciones ante esta situación; estar continuamente detrás del vecino molesto, intentado que deje de importunar y fastidiar en su fiesta y, por consecuencia, amargarse la fiesta; o bien, aceptar que ese vecino se va a comportar así, no intentar controlarlo continuamente y continuar disfrutando de la fiesta con el resto de vecinos y con los aspectos que le resultan agradables de su fiesta.

Las fases y procesos de la ACT se intercambian e influyen unas a otras hasta conseguir un cambio en la perspectiva del cliente sobre el dolor crónico y su forma de actuar frente a él.

De manera conclusiva en este apartado, destacar que, a diferencia de la ACT, las terapias tradicionales comentadas en el apartado anterior promueven el control y manejo del dolor a través de diversas técnicas lo cual puede mostrarse eficaz ante el dolor agudo pero no así ante el dolor crónico, ya que los intentos de control y manejo del dolor pueden sumergir al paciente en una continua lucha que no tiene fin debido a que el dolor es algo que no se puede controlar en la medida que el individuo desearía. Un ejemplo de ello es que en muchos síndromes de dolor crónico se producen empeoramientos que son independientes de la realización o no de los procedimientos entrenados durante estas terapias, lo cual puede llevar al sujeto a desesperarse y abandonar el tratamiento psicológico, sin esperanzas de alcanzar un estado adecuado de bienestar (Ramírez Maestre, Esteve Zarazaga y López Martínez, 2004).

Es por ello que la ACT parece ser una alternativa de tratamiento óptima para el tratamiento del dolor crónico, ya que haya empeoramientos o no, el paciente solo se centrará en la aceptación de sus circunstancias y actuar en la medida de lo posible acorde a lo que es realmente importante para él, en lugar de “ver la vida pasar” mientras lucha contra el dolor.

Por todo ello, el presente estudio intenta comprobar si realmente esto es así y la ACT es realmente efectiva para el tratamiento del dolor crónico a largo plazo y conlleva una mayor satisfacción con la vida, así como analizar cuáles son las variables mediadoras que propician esta efectividad.

2. Método

2.1 Estrategia de Búsqueda

En el presente trabajo se realizó una búsqueda sistemática en las bases de datos PsycArticles, PsycInfo, PQ Psychology Journal y PQ Health & Medical Complete. Los términos utilizados para la búsqueda se escribieron en inglés y hasta llegar a la búsqueda óptima para este trabajo fueron realizadas tres búsquedas diferentes restringidas al campo resumen. En la primera búsqueda realizada se utilizó el operador booleano OR para obtener amplios resultados sobre el tema. En concreto, la búsqueda fue: “acceptance” OR “commitment” OR “therapy” AND “chronic pain”. Se obtuvo una cifra muy vasta de estudios para comprobar hasta qué medida se había estudiado sobre esta temática, como puede apreciarse en la Figura 3.

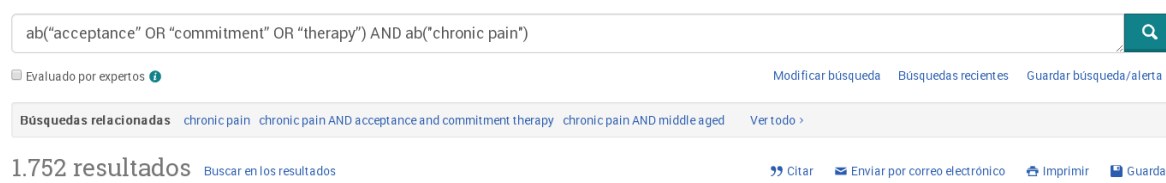


Figura 3. Resultados de la primera búsqueda

Para reducir el número de resultados de la búsqueda, sustituimos el operador OR por el AND para que los resultados que arroje la búsqueda se refieran únicamente a los trabajos que incluyan todos los términos. Además, se añadió el término “effectiveness” para conseguir unos resultados enfocados a artículos que estudiaran la efectividad de la ACT en relación al dolor crónico, quedando la búsqueda de la siguiente forma: “acceptance” AND “commitment” AND “therapy” AND “effectiveness” AND “chronic pain” en el campo del resumen. Esta búsqueda arrojó 25 resultados como puede apreciarse en la Figura 4.

ab("acceptance" AND "commitment" AND "therapy" AND "effectiveness") AND ab("chronic pain")

☐ Evaluado por expertos

[Modificar búsqueda](#) [Búsquedas recientes](#) [Guardar búsqueda/alerta ▼](#)

Búsquedas relacionadas
[acceptance and commitment therapy](#) [acceptance and commitment therapy AND chronic pain](#)
[acceptance and commitment therapy AND middle aged](#)
[Ver todo >](#)

25 resultados [Buscar en los resultados](#) [Citar](#) [Enviar por correo electrónico](#) [Imprimir](#) [Guardar](#)

Figura 4. Resultados de la segunda búsqueda

Aunque esta cifra de estudios es manejable, al contemplarlos brevemente se comprobó como muchos de estos estudios utilizaban una metodología cualitativa o selectiva, lo cual no interesaba en este estudio ya que se pretende examinar estudios que usen una metodología experimental, en los que se ejerce un grado de control adecuado que permita realizar inferencias causales sobre los resultados. Por ello, en la última búsqueda realizada el término “effectiveness” fue sustituido por el término “control”. Si bien, la búsqueda fue ampliada añadiendo al término “chronic pain” diferentes términos que hacen referencia a patologías de dolor crónico. La búsqueda realizada fue la siguiente: "acceptance" AND "commitment" AND "therapy" AND “control” AND "chronic pain" OR "fibromyalgia" OR "chronic fatigue syndrome" OR "chronic low back pain" OR "whiplash associated disorder" OR "repetitive strain injury" OR "dystrophy". Los resultados obtenidos fueron 27 estudios (Figura 5) de los cuales finalmente fueron seleccionados 10 como se explicará en el siguiente apartado.

ab("acceptance" AND "commitment" AND "therapy" AND "control") AND ab("chronic pain" OR "fibromyalgia" OR "chronic fatigue syndrome" OR "chronic low back pain" OR "whiplash associated disorder" OR "repetitive strain injury" OR "dystrophy")

☐ Evaluado por expertos

[Modificar búsqueda](#) [Búsquedas recientes](#) [Guardar búsqueda/alerta ▼](#)

Búsquedas relacionadas [chronic pain](#) [chronic pain AND acceptance and commitment therapy](#) [chronic pain AND middle aged](#) [Ver todo >](#)

27 resultados [Buscar en los resultados](#) [Citar](#) [Enviar por correo electrónico](#) [Imprimir](#) [Guardar](#)

Figura 5. Resultados de la tercera búsqueda.

2.2 Selección de estudios

En este trabajo se establece un criterio de inclusión primordial para la selección de estudios, que consiste en que solo serán seleccionados aquellos estudios que incluyan un grupo de control seleccionado al azar. También se establece como criterio de inclusión que la muestra esté constituida por adultos. El criterio de exclusión consiste en la no selección de aquellos estudios que contengan únicamente un diseño pre-post sin grupo control, o algún otro procedimiento de control, y que sean estudios que usen una metodología cualitativa o

selectiva. Estos criterios se proponen como una manera de asegurar que los estudios a analizar sean de calidad, y no meramente especulativos, y proporcionen conclusiones válidas y fiables, en las que se pueda atribuir causalidad en las variables relacionadas con el tratamiento basado en la aceptación. Finalmente, esto nos permitirá calificar con criterio si la ACT es una terapia efectiva o no para el tratamiento del dolor crónico.

Para la selección de estudios, también han sido utilizadas revisiones sistemáticas ya realizadas sobre esta temática (Hann y McCracken, 2014; Veehof et al., 2011). En el siguiente diagrama de flujo (Figura 6) se muestra detalladamente el proceso de selección de estudios:

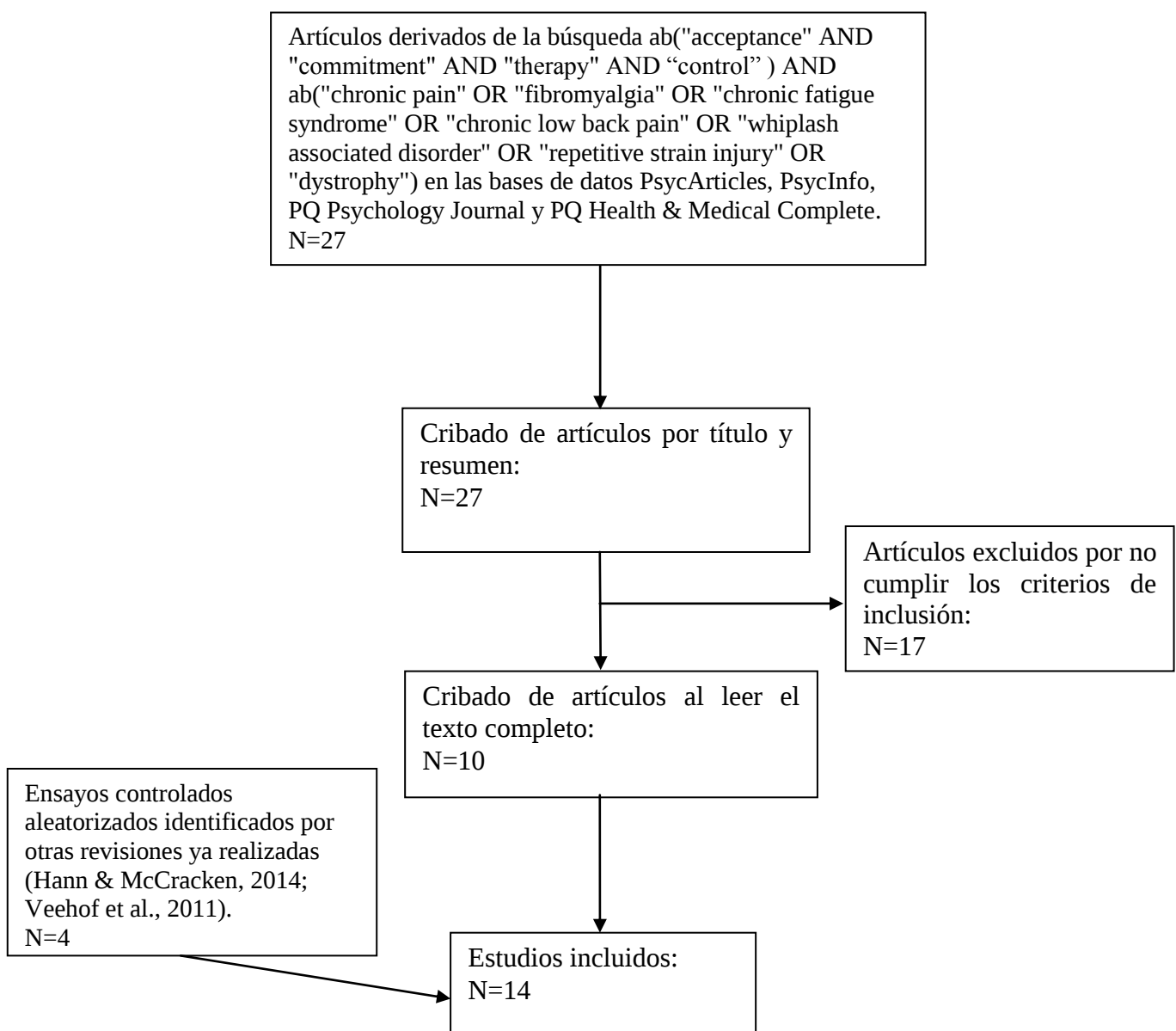


Figura 6. Diagrama de flujo del proceso de selección de estudios.

3. Análisis de los estudios

El presente trabajo de revisión de estudios tiene como objetivo estudiar la efectividad de la Terapia de Aceptación y Compromiso, así como, contemplar las variables mediadoras que hacen que esta terapia muestre tal efectividad. A continuación se muestra la descripción de los estudios analizados y sus resultados obtenidos, lo cual nos permitirá establecer conclusiones acerca de cómo funciona la ACT como tratamiento para el dolor crónico.

1. Mo'tamedi et al. (2012) realizaron un estudio en el cual se pretendía estudiar si la terapia con componentes de aceptación y compromiso era eficaz para reducir la experiencia de dolor sensorial, discapacidad y aflicción afectiva debida a cefaleas crónicas en una muestra de mujeres iraníes. Este estudio utilizó un diseño pre-post con un grupo control aleatorizado. El grupo experimental contaba con 11 sujetos ($n=11$) y recibió el tratamiento médico de costumbre y 8 sesiones de Terapia de Aceptación y Compromiso, mientras que el grupo control ($n=15$) recibió únicamente el tratamiento médico como de costumbre. Se administró la forma corta del cuestionario de dolor de McGill, la Escala de Evaluación de Discapacidad de Migraña y la Subescala de Rasgo del Inventario de Ansiedad de estado-rasgo, que operacionalizaron 3 dimensiones de impacto de cefalea crónica, dolor sensorial, discapacidad y angustia emocional respectivamente. Tras la implementación de las condiciones experimentales, se analizó las diferencias pretratamiento y postratamiento entre el grupo experimental y el grupo control en cuanto a la intensidad del dolor, el grado de discapacidad y el nivel de angustia afectiva a través de la técnica estadística de análisis de la covarianza. Los resultados mostraron diferencias significativas en cuanto al grado de discapacidad y al nivel de angustia afectiva, pero no en cuanto a la intensidad del dolor. La conclusión extraída de este estudio es que una terapia breve basada en la aceptación para el tratamiento de cefaleas crónicas muestra una efectividad significativa. Además, esto representa un hallazgo científico significativo y un progreso clínico, ya que implica que este tipo de tratamiento puede ser efectivamente administrado en un hospital.

2. En un estudio de Wetherell et al. (2011) se compara la efectividad de la Terapia Cognitivo-conductual y la Terapia de Aceptación y Compromiso. Para ello, los sujetos fueron asignados aleatoriamente a 8 sesiones grupales semanales de una terapia u otra. Los participantes de la condición de tratamiento con ACT mejoraron en la interferencia del dolor, la depresión y la ansiedad relacionada con el dolor; No hubo diferencias significativas en la mejoría entre ambas condiciones de tratamiento en cuanto a los resultados, excepto en que los participantes que recibieron ACT como tratamiento reportaron niveles significativamente más altos de satisfacción que los participantes de Terapia Cognitivo-Conductual. Los autores

concluyeron que esos hallazgos sugieren que la ACT es una intervención eficaz y aceptable para pacientes con dolor crónico.

3. Trompetter et al. (2015) se interesan por estudiar los mecanismos subyacentes a la efectividad de las intervenciones cognitivo conductuales para el dolor crónico en un estudio. En concreto, se estudia el papel y las relaciones entre el dolor y la flexibilidad psicológica y el catastrofismo a través de un ensayo controlado aleatoriamente en el cual se trata el dolor crónico con Terapia de Aceptación y Compromiso. Se evaluaron los efectos indirectos únicos y combinados de la flexibilidad psicológica y el tratamiento del catastrofismo en los resultados y la causalidad de las relaciones entre la flexibilidad psicológica, el dolor catastrófico y los resultados en las medidas de interferencia del dolor en la vida diaria producidos por la ACT. La muestra estaba constituida por 238 pacientes que fueron asignados aleatoriamente a la condición experimental de tratamiento con ACT o a una condición de control en Escritura Expresiva o a otra condición de control en la cual los pacientes se encontraban en lista de espera. Los cambios entre la línea base y los momentos posteriores a la fase de intervención parecían mostrar que solamente el tratamiento en flexibilidad psicológica y catastrofismo propiciaban cambios en la interferencia producida por el dolor. Sin embargo, los efectos indirectos fueron dos veces mayores para la flexibilidad psicológica que el tratamiento para del catastrofismo y sólo la flexibilidad psicológica, y no la catastrofización del dolor, predijo cambios posteriores en la interferencia del dolor con la vida diaria. En conclusión, los autores señalan que sólo la flexibilidad psicológica funcionó como un mecanismo directo causal para producir cambios en el paciente durante la ACT.

4. Steiner, Bogusch y Bigatti (2013) realizaron un estudio piloto aleatorizado de una terapia de 8 semanas de aceptación y compromiso (ACT) en comparación con una intervención en educación en una muestra de 28 mujeres con fibromialgia. Se administró el inventario de valores de dolor crónico al inicio del estudio, después de la intervención y durante 12 semanas de seguimiento. Ambos grupos mostraron mejoras significativas en el ámbito familiar, que se mantuvieron durante el seguimiento. Sin embargo, el grupo tratado con ACT mostró mejoras significativas y mantenidas en el funcionamiento en el trabajo y en las relaciones íntimas, mientras que el grupo de educación no reportó estos resultados ni cambios con el tiempo. Los hallazgos sugieren que ambas intervenciones pueden conducir a mejoras en el valor de la vida, no obstante, la ACT parece ser más adecuada para la mejora en ciertos aspectos y ámbitos valiosos para los pacientes con dolor crónico. Por tanto, los resultados de este estudio indican que los pacientes fibromialgia son capaces de mejorar sus

relaciones en el ámbito familiar, las relaciones íntimas y el funcionamiento en el trabajo gracias a una intervención con ACT.

5. Buhrman et al. (2013) investigaron el efecto de la Terapia de Aceptación y Compromiso mediante una intervención guiada por Internet para personas con dolor crónico. Un total de 76 pacientes con dolor crónico se incluyeron en ese estudio y se asignó al azar a dichos pacientes al grupo de tratamiento con ACT durante 7 semanas a través de internet o a un grupo de control que participó en un foro moderado de discusión en línea. Las medidas realizadas fueron a través del Cuestionario de Aceptación de Dolor Crónico y, tras los análisis estadísticos de los resultados obtenidos, se evidenciaron aumentos significativos en relación al nivel de actividad de los sujetos del grupo experimental y a la disposición al dolor en comparación con el grupo control. Se encontraron, también en el grupo tratado con ACT, reducciones en otras medidas tales como angustia relacionada con el dolor, ansiedad y síntomas depresivos. Todas estas mejoras se mostraron estables y mantenidas a los 6 meses de seguimiento. Por lo tanto, en este estudio se extrajeron las conclusiones de que el tratamiento basado en la aceptación en formato digitalizado por internet se muestra también eficaz para las personas que sufren dolor crónico.

6. Kemani et al. (2015) evalúan la eficacia, la coste-efectividad de ACT y la relajación aplicada para adultos con dolor crónico inespecífico y de larga duración. 60 pacientes fueron asignados al azar a 12 sesiones grupales semanales de ACT o a un entrenamiento en relajación aplicada. Las medidas se realizaron sobre la discapacidad producida por el dolor, la intensidad de dolor, la calidad de vida relacionada con la salud, la ansiedad, la depresión y la aceptación y fueron realizadas en la fase de pretratamiento, en la mitad del tratamiento y en la fase de post tratamiento, así como a los 3 y a los 6 meses de seguimiento. Se analizaron los efectos del tratamiento sobre las variables dependientes y los resultados mostraron mejoras significativas en todas las variables analizadas en ambos grupos, excepto en la aceptación del dolor, que aumentó sólo en el grupo tratado con ACT. Este efecto se mantuvo a los 6 meses de seguimiento. Aproximadamente el 20% de los participantes lograron cambios clínicamente significativos después del tratamiento. Estos resultados proporcionan apoyo adicional a las intervenciones conductuales para el dolor crónico, y en concreto, para la ACT.

7. Alonso et al. (2013) realizaron un estudio que tenía como objetivo evaluar la eficacia de un programa de tratamiento basado en la terapia de aceptación y compromiso y la formación en estrategias de selección, optimización y compensación (SOC) en una muestra (N=10) de personas mayores con dolor crónico que vivían en una residencia de ancianos. La finalidad de esta intervención era aumentar la autonomía funcional y el nivel de actividad de

estos ancianos que fueron asignados aleatoriamente al grupo de intervención y un grupo control que se mantuvo en lista de espera. Se evaluaron el nivel de desempeño funcional, la frecuencia de uso de las estrategias SOC, la aceptación del dolor, las creencias asociadas a la edad y el dolor, el bienestar emocional y el grado en que su dolor afectó a diversas actividades de la vida diaria antes y después de la intervención. Después del tratamiento, la creencia de que los fármacos son el principal fuente de tratamiento posible para el dolor en el grupo de intervención disminuyó significativamente y la satisfacción con el logro de los objetivos de vida fue asimismo significativamente mayor. Así, las conclusiones extraídas de este estudio señalan que tales intervenciones podrían ayudar a las personas mayores con dolor crónico a mejorar su funcionamiento, bienestar emocional y a reducir las creencias negativas asociadas con el dolor.

8. Thorsell et al. (2011) realizaron un estudio con el objetivo de comparar dos intervenciones de autoayuda; una orientada al afrontamiento, relajación aplicada (AR) y otra enfocada hacia la aceptación, terapia de aceptación y compromiso (ACT), para personas con dolor crónico. Este estudio es un ensayo controlado aleatorizado (N = 90) con un diseño mixto de medidas repetidas. Las intervenciones en ambas condiciones incluyeron una sesión inicial en persona, una intervención mediante un manual de autoayuda de 7 semanas de duración que incluía apoyo telefónico semanal del terapeuta y una sesión en persona al final. Las medidas incluyeron la satisfacción con la vida, la depresión, la ansiedad, la aceptación del dolor crónico, el nivel de funcionamiento y la intensidad del dolor. Los efectos se midieron tanto en la fase de pretratamiento como en la de postratamiento, y a los 6 y 12 meses después del final de la intervención. Los resultados mostraron que la condición ACT aumentó significativamente el nivel de aceptación en comparación con la condición de relajación aplicada. También hubo un efecto significativo de mejora en la satisfacción con la vida en la condición de ACT en comparación con la condición de relajación aplicada. Además, la condición de ACT mostró un mayor nivel de funcionamiento y una disminución de la intensidad del dolor en comparación con la condición de relajación aplicada. Con respecto a la depresión y la ansiedad, ambas condiciones produjeron mejoras significativas. Las conclusiones extraídas de esta investigación es que la ACT es una terapia efectiva para la mejora en diversos aspectos de la vida de las personas que padecen dolor crónico tales como la satisfacción con la vida, depresión, ansiedad, aceptación, nivel de funcionamiento e intensidad de dolor y que, esta terapia en formato de manual de autoayuda, agrega valor al repertorio de tratamientos basados en la aceptación para personas que sufren dolor crónico.

9. Otro estudio en el que se evaluó la eficacia de una intervención realizada con un manual de autoayuda basado en la Terapia de Aceptación y Compromiso para personas con dolor crónico fue el realizado por Johnston et al (2010). En este estudio, seis participantes elegidos al azar leyeron el libro de autoayuda a evaluar y completaron los ejercicios con ayuda telefónica semanal mientras que ocho participantes, también asignados al azar, formaron parte de un grupo de control de lista de espera. Posteriormente, cinco de los participantes en la lista de espera completaron la intervención. Los participantes completaron cuestionarios previos a la intervención y postintervención que evaluaban la aceptación, valoración de la enfermedad, calidad de vida, satisfacción con la vida, depresión, ansiedad y dolor. Al completar la intervención de autoayuda, cada semana los participantes evaluaron el contenido del libro de acuerdo al nivel de lectura y utilidad, y también se evaluó su comprensión del contenido. Los resultados mostraron que los participantes que completaron la intervención mostraron mejoras estadísticamente significativas, y con grandes tamaños del efecto, para la aceptación, la calidad de vida, la satisfacción con la vida y los valores de la enfermedad. Se encontraron tamaños de efecto medios para mejoras en las puntuaciones de dolor. Con lo cual, los resultados apoyan la hipótesis de que el uso del libro de autoayuda, con un contacto mínimo con el terapeuta, agrega valor y satisfacción a la vida de las personas que experimentan dolor crónico.

10. Un estudio de Wicksell et al. (2013) investiga la eficacia de la ACT como tratamiento para la fibromialgia y el papel de la flexibilidad psicológica como mediador de la mejoría. Este estudio se trata de un ensayo controlado aleatorizado, en el que la ACT se evaluó en comparación con una lista de espera como condición de control. Cuarenta mujeres diagnosticadas con fibromialgia participaron en el estudio. Las evaluaciones se realizaron antes y después del tratamiento y a los 3 meses de seguimiento y la intervención con ACT consistió en 12 sesiones grupales semanales. En los resultados se observaron diferencias significativas a favor del grupo tratado con ACT en el nivel de funcionamiento a pesar del dolor, el impacto de la fibromialgia, la calidad de vida relacionada con la salud mental, la autoeficacia, la depresión, la ansiedad y la flexibilidad psicológica. Las conclusiones derivadas de estos resultados se corresponden con las de estudios previos sobre la ACT para el dolor crónico en los que se muestra significativamente efectiva y sugieren la utilidad de ACT para el tratamiento de la fibromialgia, así como el papel de la flexibilidad psicológica como mediador de mejoría.

11. Otra investigación del mismo autor (Wicksell y cols., 2008) estudió también la eficacia de la terapia de aceptación y compromiso, esta vez con participantes con dolor

crónico y trastornos asociados al latigazo cervical. Los participantes (N = 21) se seleccionaron de una organización de pacientes y se asignó al azar a un tratamiento o una condición de control de lista de espera. Ambos grupos siguieron recibiendo tratamiento como de costumbre pero, en la condición experimental, además se aplicó un protocolo de 10 sesiones de ACT enfatizando la exposición basada en valores y las estrategias de aceptación para mejorar el funcionamiento y la satisfacción con la vida y aumentar la capacidad de los participantes para comportarse de acuerdo con los valores a pesar de la presencia del dolor y la angustia que produce. Después del tratamiento, se observaron diferencias significativas a favor del grupo de tratamiento en la discapacidad del dolor, la satisfacción con la vida, el miedo a los movimientos, la depresión y la flexibilidad psicológica aunque no se observó ningún cambio en ninguno de los grupos en la intensidad del dolor. Las mejoras en el grupo de tratamiento se mantuvieron a los 7 meses de seguimiento. Los autores proponen que estos hallazgos apoyan la efectividad de la Terapia de Aceptación y Compromiso.

12. Un estudio de Luciano y cols. (2014) examinó la eficacia de la terapia de aceptación y compromiso (ACT), así como el papel de la aceptación del dolor como mediador de los resultados del tratamiento en pacientes con fibromialgia. Un total de 156 pacientes con fibromialgia inscritos en centros de atención primaria en Zaragoza (España) fueron asignados aleatoriamente a un grupo de tratamiento con ACT o a un grupo control que recibía el tratamiento farmacológico recomendado, o a un grupo control de lista de espera. La variable principal estudiada fue el funcionamiento de los pacientes (medido con el Fibromyalgia Impact Questionnaire, FIQ). También se incluyeron las variables catastrofismo, aceptación del dolor, intensidad del dolor, ansiedad, depresión y calidad de vida relacionada con la salud. Se analizaron las diferencias entre los grupos y los resultados indicaron que el grupo tratado con ACT fue estadísticamente superior al tratado con fármacos y al de lista de espera inmediatamente después del tratamiento. Las mejoras se mantuvieron a los 6 meses con tamaños de efecto medio en la mayoría de los casos. Los cambios en la aceptación del dolor sólo mediaron la relación entre la condición de tratamiento y la calidad de vida relacionada con la salud. Estos hallazgos mostraron que la Terapia de Aceptación y Compromiso es eficaz para el tratamiento de la fibromialgia.

13. McCracken et al. (2013) diseñaron un ensayo controlado aleatoriamente para probar experimentalmente un breve formato de la Terapia de Aceptación y Compromiso en un centro de atención primaria del Reino Unido. 73 participantes fueron asignados al azar al grupo experimental, que recibía ACT o al grupo control, que recibía el tratamiento de costumbre. Muchos de los participantes eran mayores de 65 años (27,6%), diagnosticados con

fibromialgia (30,2%) y depresión (40,3%), y padecían dolor crónico (desde hacía diez años como mediana). Las medidas realizadas para este estudio fueron sobre discapacidad, depresión, funcionamiento físico, funcionamiento emocional, calificación de mejora y aceptación psicológica del dolor. Los participantes del grupo tratado con ACT demostraron una depresión más baja y puntuaciones más altas de la mejoría general en comparación con el grupo control. En un seguimiento de 3 meses, de nuevo en relación con el grupo que recibió el tratamiento de costumbre, el grupo tratado con ACT mostró una menor discapacidad, menos depresión y una aceptación de dolor significativamente mayor. Por tanto, los resultados clínicos eran positivos y se concluyó que la ACT, también en formato breve, se puede calificar como eficaz para el tratamiento del dolor crónico en general.

14. Otro estudio en el cual se investigaron los efectos de una intervención breve de Terapia de Aceptación y Compromiso fue el realizado por Dahl et al. (2004). En esta investigación los autores seleccionaron una muestra de trabajadores del sector público que mostraban estrés / dolor crónico y corrían el riesgo de una alta utilización de baja laboral por enfermedad. Concretamente, 19 fueron los participantes y fueron distribuidos aleatoriamente en 2 grupos. Ambas condiciones recibieron el tratamiento médico de costumbre, pero el grupo experimental recibió además cuatro sesiones semanales de 1 hora de ACT. En la evaluación post y en la de seguimiento a los 6 meses, los participantes de ACT mostraron menos días absentismo laboral por enfermedad y usaron menos recursos de tratamiento médico que aquellos que se encontraban en la condición de control que solo recibía el tratamiento médico de costumbre. No se encontraron diferencias significativas en los niveles de dolor, estrés o calidad de vida, sin embargo, se concluye que la ACT es efectiva para la aceptación del dolor y contribuye a que la persona mantenga un nivel de funcionamiento adecuado y una menor interferencia en el ámbito laboral.

La Tabla 1 presentada a continuación es una tabla-resumen de todos los artículos incluidos en esta revisión para una visualización de sus características más clara.

Referencia	Tipo de dolor	Duración media del dolor en años	N	Edad media de los participantes	Grupo control	Duración del tratamiento	Seguimiento
Dahl et al. (2004)	Dolor crónico	—	19	40	Tratamiento de costumbre	4 sesiones de una hora	A los 6 meses
Wicksell et al. (2008)	Dolor por latigazo cervical	6.9	21	51.5	Tratamiento de costumbre	8 semanas, 60 minutos por sesión	A los 4 y a los 7 meses

Johnston et al. (2010)	Dolor crónico	—	24	43	Lista de espera	6 semanas	Sólo el postratamiento
Thorsell et al. (2011)	Dolor crónico	—	90	46	Tratamiento con relajación aplicada	7 semanas	A los 6 y a los 12 meses
Wetherell et al. (2011)	Dolor crónico	13.5	99	54.9	Tratamiento Cognitivo-Conductual	8 semanas, 90 minutos semanales	A los 6 meses
Mo'tamedi et al. (2012)	Dolor de cabeza crónico	3.9	30	36	Tratamiento médico de costumbre	8 sesiones	Sólo el postratamiento
Alonso et al. (2013)	Dolor Musculo-esquelético	35	16	85.4	Lista de espera	2 horas de sesiones durante 5 semanas	Sólo el postratamiento
Buhrman et al. (2013)	Dolor crónico	15.3	76	49.1	Charlas en un foro online asesorado	7 semanas	A los 6 meses
McCracken et al. (2013)	Dolor crónico	10	73	58	Tratamiento de costumbre	Sesiones de 4 horas durante 2 semanas	A los 3 meses
Steiner et al. (2013)	Fibromial-gia	—	28	48.63	Intervención en educación sobre la fibromialgia	8 sesiones semanales de 1 hora	12 semanas
Wicksell et al. (2013)	Fibromial-gia	11.8	40	45.1	Lista de espera	12 semanas	3-4 meses
Luciano et al. (2014)	Fibromial-gia	13	156	48.31	Tratamiento farmacológico recomendado o lista de espera	8 semanas	A los 3 y a los 6 meses
Kemani et al. (2015)	Dolor crónico inespecífico	—	60	De los 18 a los 65 años	Intervención con relajación	12 semanas	A los 3 y a los 6 meses
Trompetter et al. (2015)	Dolor crónico	—	238	52.8	Tratamiento con escritura expresiva; o Lista de espera	9 sesiones	A los 3 meses

Tabla 1. Características de los estudios revisados.

4. Conclusiones

El dolor crónico produce una gran interferencia con la vida, precisamente debido al control que intentan ejercer sobre este las personas que lo sufren. Esto puede llevarles a una continua lucha contra el dolor que hace que la persona tenga como objetivos primordiales en su día a día controlar o eliminar el dolor y ello le lleva a dejar de lado las cosas valiosas para ella. Sin embargo, el dolor es algo que no se puede controlar y está sumido a intensificaciones y cambios que están por encima de las estrategias que la persona pueda emplear para intentar manejarlo. Así, por las propias características que presenta esta patología, parece ser idóneo su tratamiento mediante la Terapia de Aceptación y Compromiso (ACT), ya que propone la aceptación del dolor y el aumento de la flexibilidad psicológica, lo cual se traduce en estar abierto a experimentar todo tipo de sensaciones y experiencias, aceptarlas como algo que va a estar ahí sin implicarse en ello e intentar actuar acorde a los valores y metas que uno se propone en la vida a pesar del dolor.

Tras la revisión de los estudios comentados, se concluye también que realmente la ACT es efectiva para el tratamiento del dolor crónico, tanto a corto como a largo plazo como se muestra en las evaluaciones de seguimiento realizadas en las investigaciones, y tanto en su forma de aplicación más estándar como en formato breve o a través de manuales de autoayuda con un mínimo apoyo telefónico y en persona por parte del terapeuta.

Cabe señalar que esto puede deberse al cambio de perspectiva que proporciona esta terapia a los pacientes que hace que mediante la aceptación de su condición mantengan un nivel adecuado de funcionamiento y actúen acorde a sus valores. Así como al componente estrella de esta terapia, la flexibilidad psicológica, que hace que ante cualquier situación el individuo se posicione de manera equidistante entre lo que ocurre y sus eventos privados y se mantenga abierto a recibirlos. Esta parece ser la clave para que la ACT prolongue sus efectos en el tiempo a diferencia de otras terapias como la Terapia Cognitivo-conductual.

Cabe destacar que estas conclusiones están siendo extraídas gracias a estudios que usan la metodología experimental con la cual podemos establecer inferencias causales y no meras especulaciones, por lo que sus hallazgos nos hacen poder confirmar la efectividad de la ACT de una manera más contundente. No obstante, siempre es conveniente la prospección en el campo de la investigación de esta temática que pueda aportar nuevos descubrimientos sobre el funcionamiento de esta reciente terapia, así como de las variables que median en su efectividad y ayuden a conseguir implementarla de la manera más óptima en cuanto a su coste-efectividad.

REFERENCIAS

Amigo Vázquez, I. (2012). *Manual de psicología de la salud*. Madrid: Pirámide.

Alonso, M.A., López, A., Losada, A. & González, J.L. (2013). Acceptance and commitment therapy and selective optimization with compensation for older people with chronic pain: a pilot study. *Behavioral Psychology*, 21, 59-79.

Buhrman, M., Skoglund, A., Husell, J., Bergström, K., Gordh, T., Hursti, T., Bendelin, N., Furmark, T. & Andersson, G. (2013). Guided internet-delivered acceptance and commitment therapy for chronic pain patients: A randomized controlled trial. *Behaviour Research and Therapy*, 51, 307-315.

Cipher, D. J., Fernandez, E. & Clifford, P. A. (2001). Cost-effectiveness and health care utilization in a multidisciplinary pain center: Comparison of three treatment groups. *Journal of Clinical Psychology in Medical Settings*, 8, 237-244.

Dahl, J., Wilson, K. G. & Nilsson, A. (2004). Acceptance and Commitment therapy and the treatment of persons at risk for long-term disability resulting from stress and pain symptom: A preliminary randomized trial. *Behavior Therapy*. 35, 785-801.

Gutiérrez, O. y Luciano, C. (2006). Un estudio del dolor en el marco de la conducta verbal: de las aportaciones de W. E. Fordyce a la Teoría del Marco Relacional (RFT). *International Journal of Clinical and Health Psychology*, 6, 169-188.

Hann, K. & McCracken, L. M. (2014). A systematic review of randomized controlled trials of Acceptance and Commitment Therapy for adults with chronic pain: Outcome domains, design quality, and efficacy. *Journal of Contextual Behavioral Science*, 3, 217-227.

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, 1-25.

Johnston, M., Foster, M., Shennan, J., Starkey, N. J., & Johnson, A. (2010). The effectiveness of an Acceptance and Commitment Therapy self-help intervention for chronic pain. *The Clinical Journal of Pain*, 26, 393-402.

Kemani, M.K., Olsson, G.L., Lekander, M., Hesser, H., Andersson, E. & Wicksell, R.K. (2015). Efficacy and Cost-effectiveness of Acceptance and Commitment Therapy and Applied Relaxation for Longstanding Pain. A Randomized Controlled Trial. *Clinical Journal of Pain*, 31, 1004-1016.

Kerns, R. D., Sellinger, J. & Goodin, B. R. (2011). Psychological Treatment of Chronic Pain. *The Annual Review of Clinical Psychology*, 7, 411-434.

Luciano, C. (2016). Evolución de ACT. *Análisis y modificación de conducta*, 42, 3-14.

Luciano Soriano, C. y Valdivia Salas, M. S. (2006). Terapia de Aceptación y Compromiso (ACT). Fundamentos, características, y evidencia. *Papeles del psicólogo*, 27, 79-91.

Luciano Soriano, C., Valdivia Salas, M. S. y Rodríguez Valverde, M. (2005). Análisis de los Contextos Verbales en el Trastorno de Evitación Experiencial y en la Terapia de Aceptación y Compromiso. *Revista Latinoamericana de Psicología*, 37, 333-358.

Luciano, J.V., Guallar, J. A., Aguado, J., Lopez-del-Hoyo, Y., Olivan, B., Magallón, R., et al. (2014). Effectiveness of group acceptance and commitment therapy for fibromyalgia: A 6-month randomized controlled trial (EFFIGACT study). *Pain*, 155. 693-702.

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, 1398-1406.

McCracken, L. M. & Vowles, K. E. (2014). Acceptance and Commitment Therapy and Mindfulness for Chronic Pain. *American Psychologist*, 69, 178-187.

Moix, J. & Casado, M. I. (2011). Terapias Psicológicas para el Tratamiento del Dolor Crónico. *Clínica y Salud*, 22, 41-50.

Mo'tamedi, H., Rezaieamaram, P. & Tavallaie, A. (2012). The Effectiveness of a Group-Based Acceptance and Commitment Additive Therapy on Rehabilitation of Female Outpatients With Chronic Headache: Preliminary Findings Reducing 3 Dimensions of Headache Impacted. *Headache*, 52, 1106-1119.

Quiñones, M., Larrieux, V., Durán, G. y Pons, J. (2015). Adaptación cultural del modelo "Acceptance and commitment therapy" para tratamiento de dolor crónico. *Revista puertorriqueña de psicología*, 26, 108-120.

Ramírez Maestre, C., Esteve Zarazaga, R. y López Martínez, A. E. (2004). El dolor crónico desde la perspectiva psicológica. En Gil Roales-Nieto, J. (Ed.). *Psicología de la Salud: Aproximación histórica, conceptual y aplicaciones* (pp. 435-462). Madrid: Pirámide

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, 176–181.

Thorsell, J., Finnes, A., Dahl J., Lundgren, T., Gybrant, M., Gordh, T., & Buhrman, M. (2011). A Comparative Study of 2 Manual-based Self-Help Interventions, Acceptance and Commitment Therapy and Applied Relaxation, for Persons With Chronic Pain. *The Clinical Journal of Pain*, 27, 716-723.7

Torralba, A., Miquel, A. y Darba, J. (2014). Situación actual del dolor crónico en España: iniciativa "Pain proposal". *Revista de la Sociedad Española de Dolor*, 21, 16-22.

Trompetter, H. R., Bohlmeijer, E.T., Fox, J. & Schreurs, K. (2015). Psychological flexibility and catastrophizing as associated change mechanisms during online Acceptance & Commitment Therapy for chronic pain. *Behaviour Research and Therapy*, 74, 50-59.

Veehof, M., Oskam, M.J., Schreurs, K. & Bohlmeijer, E. T. (2011). Acceptance-based interventions for the treatment of chronic pain: A systematic review and meta-analysis. *Pain*, 152, 533-542.

Wetherell, J. L., Afari, N., Rutledge, T., Sorrell, J.T., Stoddard, J.A., Petkus, A.J., Solomon, B.C., Lehman, D.H., Liu, L., Lang, A.J. & Atkinson, J.H. (2011). A randomized, controlled trial of acceptance and commitment therapy and cognitive-behavioral therapy for chronic pain. *Pain*, 152, 2098-2107.

Wicksell, R.K., Kemani, M., Jensen, K., Kosek, E., Kadetoff, D., Sorjonen, K., Ingvar, M. & Olsson, G.L. (2013). Acceptance and commitment therapy for fibromyalgia: A randomized controlled trial. *European Journal of Pain*, 17, 599-611.

Wicksell, R.K., Olsson, G.L. & Hayes, S.C. (2010). Psychological flexibility as a mediator of improvement in Acceptance and Commitment Therapy for patients with chronic pain following whiplash. *European Journal of Pain*, 14, 1059.e1-1059.e11.

Wicksell, R.L., 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, 169-182.

Wilson, K. G. & Luciano, M. C. (2002). *Terapia de Aceptación y Compromiso (ACT): Un tratamiento conductual orientado a los valores*. Madrid: Pirámide.