



Universidad de Jaén
Facultad de Ciencias de la Salud

Flexibilidad psicológica y dolor crónico: una revisión de la literatura

Alumno: Martínez-Barranco, María-José

Tutor: Dr. Rodríguez-Valverde, Miguel

Dpto: Ciencias de la Salud

Junio, 2015

1. RESUMEN	3
2. INTRODUCCIÓN	4
2.1. Evolución del concepto de dolor.....	4
2.2. Clasificación del dolor según su duración y su función.....	6
2.2.1. Dolor agudo.....	6
2.2.2. Dolor crónico.....	6
2.3. Datos epidemiológicos del dolor crónico.....	6
2.4. Influencia de los factores psicológicos y psicosociales.....	7
2.4.1. Estrés.....	7
2.4.2. Catastrofismo.....	8
2.4.3. Miedo al dolor/ evitación.....	8
3. OBJETIVO	9
4. MÉTODOS.....	9
5. DESARROLLO	10
5.1. Primer objetivo.....	10
5.1.1. Terapia de Aceptación y Compromiso (ACT).....	10
5.1.2. La ACT y el dolor.....	12
5.1.3. Flexibilidad psicológica.....	13
5.2. Segundo objetivo.....	15
5.2.1. Análisis de estudios.....	15
6. RESULTADOS Y DISCUSIÓN	19
7. CONCLUSIONES	21
8. REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS.....	22
ANEXO 1. ÍNDICE DE ABREVIATURAS.....	27
ANEXO 2. TABLA DE ESTUDIOS.....	28

1. RESUMEN

El dolor se considera una experiencia compleja y subjetiva, en la que los factores psicosociales juegan un importante papel. El estrés crónico diario, el miedo al dolor o el catastrofismo van a ser determinantes en la percepción, mantenimiento y cronificación del dolor. En los pacientes con dolor crónico estos aspectos van a resultar especialmente relevantes y cualquier intervención debe ir más allá de la base biológica del problema e incorporar, dentro de un tratamiento multidisciplinario, los factores psicológicos y sociales que afectan a la experiencia del dolor. Dentro de este enfoque multidisciplinar para el dolor crónico, las terapias psicológicas suponen una importante contribución a la gestión clínica global. Desde la psicología se propone la Terapia de Aceptación y Compromiso (ACT), una intervención psicológica con un creciente apoyo empírico en el tratamiento del dolor crónico, centrada en valores personales y orientada al aumento de la flexibilidad psicológica. El objetivo de la terapia en el dolor crónico es mejorar el funcionamiento cotidiano de los pacientes, incrementando su implicación en actividades valiosas, y disminuir su discapacidad.

2. INTRODUCCIÓN

La evolución histórica del concepto de dolor ha permitido considerar no solo los aspectos biológicos sino también la importancia de los aspectos psicológicos y sociales que intervienen en la percepción del dolor. El dolor crónico tiene importantes consecuencias en la vida de los pacientes que lo sufren. Una encuesta europea en pacientes con dolor crónico reveló que más de un tercio no podía recordar lo que era vivir sin dolor y el que el 16% de los encuestados algunos días sentían que preferían morir a seguir sintiendo dolor¹. Por mucho que intentemos entender el sufrimiento de estos pacientes los datos de esta encuesta nos acercan a la realidad de lo que significa vivir día tras día con dolor y cualquier esfuerzo por mejorar su estado parece, y de hecho es, necesario. Una visión multidimensional del dolor permite actuar a cada profesional de la salud en sus distintas dimensiones en un intento global por mejorar el estado de salud y la calidad de vida de los pacientes y resulta especialmente relevante cuando hablamos de dolor crónico. Los tratamientos multidisciplinarios se han mostrado eficaces en estos pacientes². Desde la psicología se presenta la Terapia de Aceptación y Compromiso como una terapia eficaz en el tratamiento del dolor crónico. Su objetivo es mejorar el funcionamiento individual y disminuir el grado de discapacidad mediante el aumento de la flexibilidad psicológica.

2.1. Evolución del concepto de dolor

Hasta mediados del siglo pasado el dolor era considerado como una experiencia sensorial en la que una lesión en los tejidos era interpretada linealmente por el sistema nervioso central (SNC). Por lo tanto, según este modelo, a mayor lesión tisular correspondería un dolor más intenso. Esto, probablemente, sería así en el caso de un dolor agudo; sin embargo en muchos pacientes se observa que ante un gran deterioro tisular el nivel subjetivo de dolor informado es bajo, y que pacientes que informan de intenso dolor presentan lesiones de escasa importancia. Este modelo (el modelo biológico-sensorial) ha supuesto una importante contribución en el tratamiento de enfermedades agudas pero resulta insuficiente para la comprensión y el tratamiento del dolor crónico³.

La publicación en 1965 de la “teoría de la puerta de control” destaca la influencia de los componentes emocionales y cognitivos en la experiencia subjetiva del dolor. A diferencia del modelo anterior Melzack y Wall⁴ consideran que la percepción del dolor está modulada, y sujeta a variaciones en distintos momentos y por el efecto de múltiples factores que contribuirían a hacer más intenso o a disminuir el dolor. Por lo tanto una misma persona

podría experimentar una estimulación nociceptiva de forma muy distinta en una situación u otra. Años más tarde Melzack⁵ desarrolla el concepto de neuromatriz para explicar la experiencia dolorosa. Propuso que el cerebro posee una extensa red neuronal, la neuromatriz de la conciencia corporal, que integra diferentes estímulos para producir el tipo de respuesta que provoca dolor. Está formada por diferentes componentes paralelos, responsables de las diferentes respuestas motoras, emocionales, conductuales y sensoriales asociadas a cada experiencia corporal, incluida la percepción del dolor. La neuromatriz, que estaría determinada genéticamente, puede ser modificada por la experiencia y el aprendizaje y sería la responsable de las distintas dimensiones del dolor:

- la sensorial-discriminativa, que tiene como función transmitir la estimulación nociceptiva (aspectos sensoriales y perceptivos del dolor: intensidad, localización, duración, etc.),
- la motivacional-afectiva, que implica la vivencia del dolor como desagradable y aversivo (cualidades capaces de provocar ansiedad y alteraciones en las respuestas emocionales, así como motivar conductas de huida), y
- la cognitivo-evaluativa que interpretaría el dolor según los aspectos atencionales, basados en las experiencias anteriores (contexto sociocultural, pensamientos y creencias asociados al dolor); las respuestas dolorosas se desencadenarían por la actividad de una neurofirma específica que determinaría las cualidades particulares de la experiencia del dolor.

En este modelo los aspectos cognitivos y emocionales tienen tanto valor como los estímulos nociceptivos en la activación de la neurofirma y el desencadenamiento de una respuesta de dolor^{3, 6}.

Cuando hablamos de estímulos nociceptivos nos referimos a los fenómenos biológicos que se desencadenan ante un estímulo nocivo sobre el organismo y su transmisión hasta el sistema nervioso central antes de que esa información se haga consciente. Dolor es la percepción del individuo en la que intervienen aspectos sensoriales pero también afectivos y cognitivos. Con este concepto en mente podemos entender que, por ejemplo, factores emocionales o psicológicos puedan iniciar una señal dolorosa que, tras pasar por el SNC, haga que percibamos dolor sin ningún estímulo negativo³.

La Asociación Internacional para el Estudio del Dolor (IASP) define el dolor como “una experiencia sensorial y emocional desagradable asociada con daño tisular real o potencial o descrita en términos de dicho daño”⁷. Esta definición contiene importantes implicaciones en la concepción del dolor, ya que lo considera como una experiencia subjetiva que puede ser

percibida sin la presencia de daño tisular real.

2.2. Clasificación del dolor según su duración y su función

2.2.1. Dolor agudo

El dolor agudo se caracteriza por su aparición repentina, breve duración y buena respuesta a los tratamientos analgésicos.

Chapman y Nakamura⁸ lo definen como una experiencia desagradable con características emocionales, sensoriales y cognitivas, como respuesta a un daño en los tejidos y explican su función evolutiva: aumentar las posibilidades de supervivencia. El dolor agudo cumpliría así una función protectora, poniendo en marcha los sistemas corporales encaminados a restaurar la homeostasis y evitando de este modo un daño mayor al organismo. Cuando ese dolor pierde su función protectora y aparece en ausencia de daño observable, hablaríamos de dolor crónico.

2.2.2. Dolor crónico

Se considera dolor crónico aquel que persiste más de 6 meses, aunque en la práctica clínica puede suponer menos de 1 mes o más de 6 meses³. Se caracteriza por su escasa respuesta a los tratamientos analgésicos.

De acuerdo con Chapman y Nakamura⁸ el dolor crónico es aquél que perdura en el tiempo y altera la vida del que lo sufre. A menudo tiene poca o ninguna relación con el daño tisular. Este dolor ha dejado de tener su función protectora y deteriora la salud y la capacidad funcional generando discapacidad y sufrimiento.

En palabras de Melzack”...*Los dolores crónicos, claramente, no son una advertencia para evitar lesiones físicas o enfermedad. Son la enfermedad, el resultado de los mecanismos neuronales que han fracasado*”⁶.

2.3. Datos epidemiológicos del dolor crónico

Se calcula que un 19% de los europeos sufren dolor crónico (1 de cada 5). En España este porcentaje se sitúa en el 11% pero su duración e intensidad es mayor que en el resto de países europeos¹.

La literatura especializada recoge mucha información sobre cifras relacionados con el dolor crónico, pero poca sobre cómo afecta el dolor a los pacientes. Una encuesta realizada sobre una muestra de 4839 pacientes que sufren dolor crónico en Europa, reveló que un tercio se sienten menos capaces o incapaces de mantener una vida independiente y dos quintas

partes que su dolor les había hecho sentir impotencia para funcionar con normalidad. También revela que la opinión de sus amigos y familiares o las creencias de los médicos acerca de su dolor les generan una carga enorme produciendo baja autoestima en muchos de ellos. Otros datos de esta encuesta reflejan el sufrimiento que el dolor les produce: más de un tercio no podía recordar lo que era vivir sin dolor y el 16% de los encuestados algunos días sentían que preferían morir a seguir sintiendo dolor¹.

2.4. Influencia de los factores psicológicos y psicosociales en el dolor crónico

Hasenbring et al⁹ en una revisión sobre el papel de los factores de riesgo en la aparición y cronificación del dolor espalda, encontraron que algunas variables psicológicas, especialmente el estrés crónico en la vida diaria, la insatisfacción laboral, la depresión, las cogniciones relacionadas con el dolor y el comportamiento de afrontamiento estaban claramente vinculados a la transición del dolor agudo a crónico y a la discapacidad. Las influencias psicosociales más relevantes¹⁰ y con mayor apoyo empírico⁹ sobre el dolor incluyen, entre otros, el catastrofismo y los comportamientos de miedo y evitación relacionados con el dolor.

2.4.1. Estrés

El estrés ha sido definido como una amenaza a la homeostasis. La interrupción de homeostasis por un factor de estrés, ya sea físico o psicológico, activa programas neuronales, hormonales y conductuales destinados a restablecerla. Si no se consigue restablecer la homeostasis pueden aparecer trastornos relacionados con el estrés, incluyendo síndromes de dolor crónico¹¹.

El estrés produce la secreción de hormonas como el cortisol en un intento de aumentar la supervivencia. Con el propósito de evitar futuros peligros, el cortisol puede facilitar la consolidación de recuerdos basados en el miedo. El miedo, o la percepción de una situación como amenaza a la seguridad, por lo tanto, pueden producir una respuesta fisiológica al estrés¹². Aunque el estrés a corto plazo pueda ser adaptativo, la aparición de respuestas psicológicas desadaptativas o exageradas respecto al dolor, como el catastrofismo, pueden aumentar la producción de cortisol¹² que en grandes cantidades puede ser muy destructivo, ya que para asegurar los niveles de glucosa degrada las proteínas del músculo e inhibe la reposición de calcio en los huesos. Según Melzack⁶ algunas formas de dolor crónico podrían deberse al efecto destructivo del cortisol y por este motivo es posible que el estrés psicológico pueda convertirse en una causa de dolor crónico¹¹. Según este autor, el estrés es

una experiencia subjetiva y por lo tanto los eventos cognitivos pueden ser potenciales estresores si son percibidos como una amenaza. Las terapias psicológicas pueden contribuir a disminuir los efectos destructivos del cortisol¹¹.

2.4.2. Catastrofismo

Sullivan et al¹³ definen el catastrofismo relacionado con el dolor como un “juego mental” negativo exagerado sobre las experiencias reales o previstas acerca del dolor. El catastrofismo está asociado a niveles más altos de dolor y sufrimiento¹⁴ y al aumento de la discapacidad¹³. Los pensamientos catastrofistas se asocian con frecuencia a las conductas de miedo-evitación³.

2.4.3. Miedo al dolor/evitación

El miedo al dolor tiene importantes implicaciones para el funcionamiento físico y psicológico del paciente con dolor crónico mostrándose más incapacitante que el dolor en sí¹⁵. Este miedo aparece por temor a una nueva lesión o a realizar movimientos o actividades físicas que puedan producir dolor¹⁶. Según Samwel et al¹⁷ el miedo al dolor contribuiría a la discapacidad fomentando conductas pasivas o de evitación que a su vez conducen a la pérdida de la condición física. Las creencias de miedo-evitación no solo deben ser consideradas en los pacientes sino también en los profesionales sanitarios. Un estudio realizado en 2005 por Houben et al¹⁸ en estudiantes avanzados de fisioterapia mostró que los estudiantes que puntuaban más alto en kinesiofobia eran más propensos a recomendar la reducción del ejercicio.

Tanto el catastrofismo como el miedo-evitación del dolor son consideradas banderas amarillas, es decir, factores psicosociales que aumentan el riesgo de desarrollar o perpetuar la incapacidad en pacientes con dolor lumbar y cervical³.

En oposición a esta conducta de evitación, la aceptación del dolor se asocia con menos dolor, discapacidad, depresión, ansiedad relacionada con el dolor y más tiempo dedicado a la actividad diaria^{19, 20}. Aceptar supone tomar contacto con experiencias desagradables, en este caso dolor, sin que esto influya en nuestras conductas sobre todo las relacionadas con la evitación, o aquellas que impidan conseguir nuestras metas personales. Desde esta perspectiva se invita a los pacientes con dolor crónico a participar en actividades que incluyan dolor, sin tratar de controlarlo o eliminarlo, si ello conduce a alcanzar nuestras metas

personales.

3. OBJETIVO

Esta revisión tiene dos objetivos. Por una parte presentar la Terapia de Aceptación y Compromiso (ACT) y su modelo terapéutico, la flexibilidad psicológica, y mostrar la eficacia de la ACT en el tratamiento del dolor crónico. Por otra, mostrar como el aumento de la flexibilidad psicológica o alguno de los aspectos que la forman, puede mejorar el funcionamiento en pacientes con dolor crónico y disminuir su nivel de discapacidad.

4. MÉTODOS

Para la comprensión y posterior explicación sobre la ACT y su modelo terapéutico se utilizaron distintas fuentes documentales. En primer lugar se realizaron varias búsquedas bibliográficas en el mes de febrero de 2015 sobre esta aproximación terapéutica utilizando las bases de datos PsycINFO, Pubmed, Medline Proquest, Cochrane y Scopus. Las palabras clave usadas en esta primera búsqueda fueron: chronic pain, psychological flexibility y Acceptance and Commitment Therapy. La búsqueda se completó en otras bases de datos de divulgación científica como Science Direct, Researchgate, Redalyc, Dialnet y, se incluyeron algunos artículos referidos en las bibliografías de los anteriores. Además se consultaron varios manuales de psicología y específicos sobre el tema en estudio.

En esta primera parte no se pusieron límites ni criterios de exclusión puesto que el objetivo era tener una visión global de esta terapia y su aproximación a la comprensión y el tratamiento del dolor crónico. Los artículos fueron seleccionados por su importancia para la explicación final.

Para obtener la información necesaria para lograr nuestro segundo objetivo se realizó una búsqueda, casi de forma paralela, que terminó el 9 de mayo de 2015 usando las mismas bases de datos pero utilizando esta vez las palabras clave chronic pain, psychological flexibility, Acceptance and Commitment Therapy, acceptance, values, mindfulness, y cognitive defusion. Los criterios de inclusión fueron:

- Artículos publicados desde 2008.
- Tener acceso al texto completo.
- Idioma español o inglés.
- Que entre los cuestionarios utilizados se encontraran el AAQ-II o PIPS (cuestionarios que valoran flexibilidad e inflexibilidad psicológica respectivamente) y/o dos o más procesos que la componen.

-Que fueran relevantes.

Dentro de estos criterios fueron elegidos por su relevancia dos estudios que mostraban los resultados de un seguimiento a los tres años^{21,22}, uno en el que, además de incluir el AAQ-II, añadía los cuestionarios específicos de cuatro de los constructos de forma independiente²³, un estudio en mayores de 60 años²⁴, 2 ensayos clínicos aleatorizados (ECAs) que valoraban su eficacia en dolor crónico asociado a trastornos de latigazo cervical (whiplash associated disorders: WAD)²⁵ y fibromialgia²⁶ respectivamente, y un ECA piloto con un formato breve de la terapia de solo cuatro sesiones²⁷.

5. DESARROLLO

5.1. Primer objetivo: Presentar la Terapia de Aceptación y Compromiso (ACT) y su modelo terapéutico, basado en el concepto de flexibilidad psicológica, y mostrar la eficacia de la ACT en el tratamiento del dolor crónico.

5.1.1. La Terapia de Aceptación y Compromiso (ACT)

La Terapia de Aceptación y Compromiso (ACT) forma parte de las llamadas terapias cognitivo- conductuales de Tercera Generación. La aportación terapéutica de la tercera generación consistiría, brevemente, en abandonar la lucha por controlar los síntomas y, en su lugar, reorientar la vida²⁸. Estas intervenciones buscan cambiar la función de los eventos aversivos (pensamientos, sentimientos, reacciones físicas, emociones, etc...) y la relación del individuo con ellos a través de estrategias como la atención plena, la aceptación o la defusión cognitiva²⁹.

Basada en la Teoría del Marco Relacional (TMR), y en el marco filosófico del contextualismo funcional, que considera que el organismo interactúa como un todo indivisible con su contexto^{29, 30}, la ACT es una intervención psicológica orientada a la clarificación de valores personales y no centrada en la reducción de síntomas, lo que la distingue del resto de terapias psicológicas³¹. El modelo de tratamiento de ACT consiste en aceptar conscientemente y sin prejuicios todas las experiencias, tanto positivas como negativas, identificar los valores que dan una dirección a la vida (salud, familia, realización profesional, etc...) y tomar las medidas apropiadas para conseguir las metas relacionadas con esos valores³². Desde esta perspectiva controlar los eventos privados (pensamientos, sentimientos, recuerdos, emociones) sería el problema; la alternativa; estar dispuestos a tenerlos (aceptación) a la vez que se implica uno en acciones valiosas. En este aspecto, ACT es fundamentalmente diferente de la mayor parte de perspectivas en terapia cognitiva conductual.

Para la ACT el sufrimiento psicológico es una parte inseparable de la existencia humana. Sin embargo, vivimos en un contexto cultural en el que hay creencias muy extendidas de que hay que eliminar el sufrimiento. En este contexto, tratar de alterar o eliminar las sensaciones, los pensamientos, los sentimientos desagradables o angustiosos es algo considerado normal y adecuado, aunque en ocasiones, las consecuencias de tales intentos sean muy negativas³³. Intentar evitar el sufrimiento es normal y todos lo hacemos en mayor o menor medida pero cuando la evitación se cronifica y se extiende a muchas facetas de la vida da lugar a un patrón de conducta; el trastorno de evitación experiencial (TEE). Este patrón problemático de evitación es el elemento clave en la mayoría de problemas psicológicos, de acuerdo con la perspectiva de ACT. Este patrón estaría presente si la persona no está dispuesta a permanecer en contacto con sus experiencias privadas y se comporta deliberadamente para alterar tanto la forma o frecuencia de dichas experiencias como las condiciones que las generan. El TEE (también denominado inflexibilidad psicológica) es un patrón inflexible, que se caracteriza por respuestas del individuo cuyo objetivo es evitar y/o cambiar la presencia de pensamientos, recuerdos, sensaciones corporales u otros eventos privados que se valoran negativamente y producen malestar (por ejemplo el dolor). Los individuos que están inmersos en este ciclo de evitación experiencial, de algún modo asumen que la eliminación de esas experiencias (dolor, angustia, miedo, malestar, etc.) es necesaria para poder vivir una vida satisfactoria y valiosa. Las formas en que una persona puede alterar o evitar estos eventos privados son muy variadas, y producen un alivio inmediato, pero a largo plazo generan un sufrimiento mayor (un efecto paradójico o efecto rebote). Si este patrón se convierte en crónico puede llegar a limitar significativamente la vida³¹. En contraposición a este patrón rígido de evitación, estaría el desarrollo de un patrón flexible (flexibilidad psicológica) que permita actuar en la dirección de los valores³³.

Esta terapia está especialmente indicada en aquellas personas en las que la evitación experiencial aparece de un modo crónico. El objetivo de esta aproximación es la aceptación de los eventos privados que están en la dirección que el paciente elige para su vida. Lo realmente importante son los valores y las direcciones elegidos en la vida de cada uno. Para ello, el paciente debe estar dispuesto a observar y sentir los eventos privados, a elegir y clarificar la dirección que quiere en su vida y comprometerse a avanzar en esa dirección³⁴.

El objetivo terapéutico de la ACT es aumentar la flexibilidad psicológica. Para lograrlo la ACT utiliza ejercicios experienciales, metáforas y paradojas que permitan reducir la influencia de ciertas experiencias psicológicas sobre el comportamiento, sobre todo cuando los esfuerzos para controlar o evitar estas experiencias no funcionan para conseguir las metas

deseadas y/o realizar las actividades que son valiosas para uno³⁵.

5.1.2. La ACT y el dolor

Desde la perspectiva de la ACT, el dolor sería una actividad del organismo producto de la interrelación entre éste y las variables contextuales y por lo tanto, las variables biológicas no serían las únicas responsables del dolor³⁶. La ACT no pretende explícitamente reducir el dolor experimentado. En los pacientes con dolor crónico el objetivo sería mejorar el funcionamiento y disminuir la interferencia del dolor sobre las actividades cotidianas, de modo que el paciente se implique en acciones valiosas aceptando las sensaciones que puedan venir en cada momento (incluido el dolor). Esta postura está en evidente contraste con los tratamientos orientados a controlar el dolor, reducir su intensidad, cambiar la interpretación que se hace del mismo, como en la mayor parte de intervenciones procedentes de la Terapia Cognitivo Conductual (TCC) tradicional³⁷.

Diversos estudios de inducción experimental del dolor han comparado las estrategias basadas en la aceptación con estrategias cognitivas basadas en el control del dolor. Por ejemplo, en Gutiérrez et al³⁸ el grupo tratado mediante un protocolo de ACT (aceptación) mostró mayor tolerancia al dolor, incluso cuando el dolor era muy intenso, y menor credibilidad del dolor (entendido como el grado en que el dolor se experimenta como una barrera insuperable para continuar la tarea) en comparación con el grupo que fue tratado con un protocolo basado en el control del dolor. Resultados similares se han obtenido en otros estudios análogos de laboratorio³⁹. Otros estudios advierten del efecto rebote producido por las estrategias de control, con un aumento de la frecuencia e intensidad del dolor experimentado⁴⁰.

El número de estudios clínicos que investigan la eficacia y efectividad de ACT para el dolor crónico está creciendo rápidamente. La División 12 (psicología clínica) de la Asociación Americana de Psicología ha reconocido ACT como un tratamiento con suficiente apoyo empírico para el tratamiento psicológico del dolor crónico⁴¹.

En una reciente revisión sistemática de ensayos controlados aleatorizados en pacientes adultos con dolor crónico⁴² se analizaron diez estudios, que en general, muestran mejoras a favor de la ACT en variables como la depresión o el funcionamiento físico y social, con rangos medio-altos en cuanto al tamaño del efecto en el post tratamiento y durante el seguimiento.

En uno de ellos⁴³ realizado en pacientes con fibromialgia, el tamaño del efecto en el impacto del dolor en el funcionamiento global fue grande a favor de la ACT comparado con el

grupo que tomaba medicación para la enfermedad, mostrándose esta terapia como alternativa al excesivo uso de medicación, habitual en éstos pacientes.

A pesar de que la TCC es la terapia psicológica usada con más frecuencia en estos pacientes los resultados de otro ensayo controlado aleatorizado comparando un protocolo de ACT y TCC en pacientes con dolor crónico benigno de larga duración, mostraron mejorías en la interferencia del dolor, depresión y ansiedad relacionada con el dolor en ambos grupos concluyendo que ambas terapias pueden ser beneficiosas para éstos pacientes. A pesar de no encontrar diferencias significativas entre ellos el grupo de ACT que completó el tratamiento calificó como más satisfactoria la ACT⁴⁴. Este dato tiene relevancia clínica ya que, según Wheterell et al⁴⁴, los pacientes tienen más posibilidades de adherirse al tratamiento si encuentran satisfactoria la intervención recibida.

Otra muestra de la eficacia de esta terapia la encontramos en una revisión sistemática de los actuales tratamientos cognitivos conductuales en pacientes con dolor crónico musculoesquelético. Ésta revisión mostró que tanto la ACT como la terapia de exposición *in vivo* pueden ser un enfoque prometedor para el dolor crónico relacionado con el miedo y la evitación (miedo al dolor y miedo al movimiento) y el catastrofismo⁴⁵.

Los objetivos terapéuticos de la ACT son mejorar el funcionamiento y disminuir la interferencia del dolor y para lograrlo propone aumentar la flexibilidad psicológica a través de seis procesos terapéuticos: aceptación, defusión cognitiva, atención plena, yo como contexto, clarificación de los valores personales y compromiso para actuar en la dirección de esos valores²³.

5.1.3.Flexibilidad psicológica

La flexibilidad psicológica puede definirse como la capacidad de estar abierto, centrado en el presente y consciente, y cambiar o persistir en el comportamiento cuando hacerlo sirve a nuestros valores y metas³². Flexibilidad psicológica es el proceso general en el que interactúan las experiencias cognitivas, emocionales y sensoriales y comportamentales que constituyen el funcionamiento diario⁴⁶. Abarca una amplia gama de capacidades humanas: reconocer y adaptarse a distintas situaciones, cambiar la mentalidad o la conducta cuando éstas comprometen el funcionamiento personal o social, mantener el equilibrio entre las cosas importantes de la vida y ser conscientes, de forma abierta y comprometida con los comportamientos que vayan en la dirección de los valores importantes en la vida⁴⁷. La flexibilidad psicológica se trata a menudo como un constructo global, pero también suele definirse con respecto a seis procesos interrelacionados: aceptación, defusión cognitiva,

atención plena, yo como contexto, valores personales y acción basada en esos valores⁴⁸. Estos subprocesos pueden entenderse como la capacidad de tener un comportamiento abierto, consciente y activo⁴⁹.

Aceptación. Implica acoger (aceptar) activamente experiencias internas en el momento en el que están ocurriendo. Se trata de una acción; no de una actitud o una opinión. Podemos elegir comportarnos con aceptación o podemos trabajar para regular (reducir, eliminar) nuestras experiencias internas. La aceptación es diferente a la tolerancia, ya que la aceptación es vista como una elección e implica acoger la experiencia interna. Se aplica a experiencias internas que alimentan la evitación experiencial (un ejemplo de la evitación experiencial puede ser el de una persona con dolor crónico que sistemáticamente evita o escapa de situaciones que le producen dolor, o la expectativa de que tendrá dolor; obviamente, se trata de situaciones en las que mantenerse sería algo valioso para el paciente. La aceptación se dirige al contexto en que se produce una experiencia interior e intenta disminuir el esfuerzo deliberado que se ejerce por controlar esa experiencia interna. En el otro extremo se sitúa la evitación.

Desde la ACT la evitación y el sufrimiento constituyen los problemas centrales que contribuyen en la discapacidad y reducción de la calidad de vida. La evitación se produce principalmente cuando los pensamientos y emociones negativas tienen un excesivo o inadecuado impacto en el comportamiento. Es la llamada fusión cognitiva que se podría definir como el proceso de estar “enredado” en los pensamientos sin distinguir entre ellos y la experiencia que se está viviendo⁵⁰.

Defusión cognitiva. Un proceso cognitivo que implica cambios en las influencias ejercidas por los pensamientos sin necesidad de cambiar su forma o frecuencia permitiendo que los pensamientos se experimenten sólo como pensamientos, los sentimientos como sentimientos y las sensaciones corporales solo como sensaciones corporales^{51, 52}.

Atención centrada en el presente, atención plena o mindfulness. Estar presentes se produce cuando experimentamos nuestras experiencias internas tal y como están ocurriendo en ese momento, sin juzgarlas, de forma abierta y flexible, en lugar de centrarnos en los acontecimientos del pasado o del futuro. Para la ACT, no es tan importante el hecho de estar presente como el ser capaz de notar cuando no se está, y, de forma flexible, poder volver a centrar la atención en el momento presente.

Yo como contexto. Es la parte de nosotros que no cambia en función de los cambios externos, no cambia en función de emociones o pensamientos y no está afectada por las circunstancias externas. Ese yo es el lugar de la conciencia o perspectiva que permite que los acontecimientos internos y externos sean experimentados aquí y ahora sin que esos eventos

nos definan. A partir de este sentido del yo como el contexto en que se producen las experiencias internas sin que estas nos definan, podemos optar por seguir y obedecer a esas sensaciones, emociones y pensamientos en algunas situaciones y en otras no, según resulte valioso en cada ocasión.

Valores. En la ACT los valores son aspectos importantes de la vida que nos motivan a participar en ciertas actividades. Si bien hay algunos valores comunes para la mayoría de la gente, los valores se eligen individualmente. Los valores pueden orientar la dirección de nuestras acciones y su aclaración afecta a las funciones de refuerzo y castigo de eventos involucrados en la búsqueda de esos valores. Por lo tanto, ayudando al paciente a aclarar sus valores es más probable que se acerque a estímulos que originalmente impulsaron la evasión.

Acción comprometida. Es una habilidad que implica llevar a cabo los propios valores mientras se practica la aceptación, y la defusión, estando presente, y "...comportarse como el contexto en el que ocurren las experiencias internas"⁵⁰. Mediante la acción comprometida se redirecciona continuamente el comportamiento con el fin de construir patrones de conducta más flexibles y eficaces de acuerdo a los valores. Implica definir objetivos personales por un lado y por otro actuar sobre las metas individuales⁵⁰.

En oposición a la flexibilidad psicológica está la inflexibilidad psicológica, que podríamos definir como la incapacidad para actuar con eficacia de acuerdo a los valores personales en presencia de pensamientos, sentimientos o sensaciones corporales desagradables²⁹.

*"El modelo de la flexibilidad psicológica con su enfoque en los factores cognitivos, emocionales, sociales y motivacionales y su relación con la evolución de nuevos enfoques de tratamiento, puede proporcionar una guía útil para la evolución de la próxima generación de terapias"*⁵³.

5.2. Segundo objetivo: El segundo objetivo de este trabajo es mostrar como el aumento de la flexibilidad psicológica o alguno de los procesos que la forman, puede hacer disminuir la discapacidad y/o mejorar el funcionamiento en los pacientes con dolor crónico.

A continuación se analizan los estudios escogidos por su relevancia para desarrollar el segundo objetivo.

5.2.1 Análisis de estudios

1. Wicksell et al²⁵ realizaron un ensayo controlado aleatorizado en pacientes con dolor crónico y trastornos asociados al latigazo cervical (WAD) comparando los resultados con un grupo control en lista de espera. El objetivo del tratamiento era mejorar el funcionamiento de

los pacientes aumentando la flexibilidad psicológica. De los 21 pacientes que participaron en éste estudio 11 fueron asignados al azar al grupo experimental y 10 al grupo control. Ambos grupos continuaron con su tratamiento habitual. La intervención se llevó a cabo de forma individual y consistió en 10 sesiones de 60 min cada una durante 8 semanas llevadas a cabo por dos psicólogos y un médico especialista en dolor con experiencia en ACT. Las intervenciones se centraron en la exposición a situaciones y experiencias evitadas anteriormente y en la aceptación de las reacciones negativas enfatizando la importancia de los valores personales. Las diferencias a favor de la ACT fueron significativas en cuanto a discapacidad, satisfacción con la vida, miedo al movimiento y depresión manteniéndose la mejoría durante el seguimiento (7 meses) con un importante tamaño del efecto. En la Impact Events Escala (IES), medida que evalúa la angustia subjetiva causada por eventos traumáticos, el grupo de tratamiento mejoró más que el grupo de control, pero las diferencias entre los grupos no alcanzaron significación. No se produjeron cambios en la intensidad percibida del dolor en ningún grupo. La inflexibilidad psicológica, medida con el cuestionario Psychological Inflexibility in Pain Scale (PIPS), mostró una diferencia estadísticamente significativa a favor del grupo de tratamiento en sus dos subescalas, evitación y fusión cognitiva, con grandes efectos. La mejoría continuó durante el seguimiento. Los análisis de mediación mostraron efectos indirectos significativos de la inflexibilidad psicológica en los cambios en la discapacidad y la satisfacción con la vida.

2. Vowles y McCracken²¹ realizaron un estudio para comprobar la eficacia de la ACT en el dolor crónico y también examinaron los procesos de aceptación y acción basada en valores en 171 pacientes dentro de un tratamiento interdisciplinario. El programa de tratamiento fue una adaptación de los principios y métodos de tratamiento de la ACT y métodos de mindfulness, aplicado en grupo durante 3 o 4 semanas, 5 días a la semana y 6,5 horas al día. Cada día tenía aproximadamente 2,25 h de sesiones de acondicionamiento físico y 1,5 h de contenido psicológico. La valoración se realizó mediante cuestionarios. Los resultados indicaron mejoras significativas para la intensidad del dolor, la depresión, la ansiedad relacionada con el dolor, la discapacidad, las visitas médicas, el estatus en el trabajo y el rendimiento físico. El 75,4% de los pacientes demostró una mejoría en al menos un dominio clave: dolor, depresión, ansiedad relacionada con el dolor, discapacidad, visitas médicas, bienestar en el trabajo o rendimiento físico. Estas mejoras estaban asociadas al aumento de la aceptación del dolor y de la acción basada en valores.

3. Este estudio realizado por Vowles et al²² tenía dos objetivos: examinar los resultados tres años después del estudio expuesto anteriormente²¹ e investigar si los cambios

producidos tras el tratamiento estaban relacionados con los cambios en aceptación del dolor y acción basada en valores. De los 171 pacientes que participaron en el estudio anterior 108 colaboraron en este completando los mismos cuestionarios del estudio anterior. Los resultados mostraron mejoras significativas en el funcionamiento físico y psicosocial en relación con el inicio del tratamiento, así como un buen mantenimiento de los efectos logrados tres años antes. El 68% de los pacientes mostró mejoría en al menos uno de los dominios clave (intensidad del dolor, depresión, ansiedad relacionada con el dolor, discapacidad, visitas médicas, el bienestar en el trabajo o rendimiento físico). De nuevo las mejoras que se produjeron estaban asociadas con mejoras en medidas de proceso (aceptación del dolor y acción basada en valores).

4. El objetivo del estudio realizado por McCracken y Gutiérrez²³ fue examinar los procesos de aceptación del dolor, aceptación psicológica, mindfulness y acción basada en valores en pacientes con dolor crónico. 168 pacientes completaron el estudio y el seguimiento a los 3 meses. El tratamiento fue grupal con una duración de 3 o 4 semanas, dependiendo de la severidad del caso, 5 días a la semana, 6,5 horas al día. Cada día de tratamiento incluyó aproximadamente 2,15 horas de acondicionamiento físico, 1 hora de terapia psicológica, 30 min de entrenamiento mental, 1 hora de actividades dirigidas y el resto del tiempo dedicado a distintos aspectos de las habilidades profesionales y educación sanitaria. Después del tratamiento y durante el seguimiento se redujeron significativamente los niveles de depresión, ansiedad relacionada con el dolor, discapacidad física y psicosocial, visitas médicas, e intensidad del dolor en comparación con el inicio del tratamiento. También mostraron aumentos significativos en cada uno de los procesos de flexibilidad psicológica. Los análisis de correlación mostraron que los cambios en aceptación del dolor, aceptación psicológica, mindfulness y acción basada en valores se relacionaban significativamente con los cambios en las medidas de la depresión, ansiedad y discapacidad pero sólo los cambios en la aceptación del dolor correlacionaron significativamente con los cambios en la intensidad del dolor.

5. McCracken y Jones²⁴ realizaron en 2012 un estudio para examinar los resultados de un tratamiento basado en la Terapia de Aceptación y Compromiso (ACT) en adultos mayores con dolor crónico. Se examinaron tanto el resultado clínico como las variables del proceso de tratamiento: aceptación del dolor, aceptación psicológica, atención plena (mindfulness) y acción basada en valores y se realizó un seguimiento a los 3 meses. En el estudio participaron 40 adultos con dolor crónico con una edad igual o superior a 60 años. Todos los participantes en este estudio recibieron un tratamiento que era una forma de ACT diseñada específicamente

para realizarse de forma grupal dentro de un tratamiento interdisciplinario. El objetivo no era disminuir el dolor sino mejorar el funcionamiento. El tratamiento fue grupal con una duración de 3 o 4 semanas, dependiendo de las necesidades del paciente (gravedad o complejidad del caso), pero era el mismo para cada participante, 5 días a la semana, 6,5 horas al día. Cada día de tratamiento incluyó aproximadamente 2,25 horas de acondicionamiento físico, 1,5 horas de aplicación de métodos psicológicos y 1 hora de actividades dirigidas. El resto del tiempo estaba dedicado a desarrollar distintos aspectos de las habilidades profesionales y educación sanitaria. Los participantes mostraron mejoras significativas en el dolor, discapacidad física y psicosocial y depresión en el post-tratamiento y en el seguimiento. También se produjeron aumentos significativos en las variables de proceso aceptación del dolor y atención plena y menores en aceptación general y acción basada en valores. La aceptación psicológica, aceptación del dolor y atención plena correlacionaron significativamente con la ansiedad, depresión y discapacidad física y psicosocial, pero no con el dolor.

6. McCracken et al²⁷ realizaron un pequeño ensayo clínico aleatorizado (ECA) piloto para probar una versión breve de ACT para el dolor crónico en un entorno de atención primaria. Además del protocolo de ACT el grupo experimental continuó con su tratamiento habitual. El grupo control solo seguía con su tratamiento habitual. El programa del grupo de tratamiento era una adaptación de los principios y los métodos de ACT para el tratamiento del dolor crónico y consistía en una combinación de métodos para promover flexibilidad psicológica, incluyendo la aceptación, defusión cognitiva, y acción comprometida basada en valores personales. El tratamiento grupal se realizó en 4 sesiones de 4 horas de duración, 3 sesiones en una semana y 1 sesión una semana después, con 12 o 13 participantes por grupo. El contenido del tratamiento fue diseñado de manera que todos los procesos de tratamiento primario se introdujeron durante las 3 primeras sesiones y la cuarta sesión se centró en revisar y mejorar aún más los procesos. Se realizó un seguimiento a los 3 meses. Los resultados mostraron mejoras para el grupo experimental en comparación con el grupo control en la discapacidad, depresión, aceptación del dolor y el funcionamiento emocional en el post-tratamiento, y en la discapacidad, depresión y aceptación del dolor en el seguimiento. La impresión global de cambio fue significativamente mejor en el grupo experimental. No se produjeron diferencias entre los grupos en flexibilidad psicológica tras el tratamiento ni durante el seguimiento, ni cambios importantes en el funcionamiento físico, visitas médicas ni en la intensidad del dolor.

7. El ECA de Wicksell et al²⁶ tenía como objetivo evaluar la eficacia de una intervención grupal basada en ACT en pacientes con fibromialgia, comparada con el grupo control en lista

de espera, y analizar el papel de la inflexibilidad psicológica como mediador en la mejoría (de acuerdo con los principios de la ACT un patrón de conducta inflexible, caracterizado por evitación del dolor y el sufrimiento, puede jugar un papel esencial en el desarrollo de la discapacidad y la calidad de vida). La intervención consistió en 12 sesiones grupales semanales de ACT de 1,5 horas cada una con 6 participantes en cada grupo. Dos psicólogos realizaron 10 sesiones, y un médico las 2 restantes. Los resultados indican una mejora significativa en la discapacidad relacionada con el dolor a favor de la ACT tanto en el post-tratamiento como en el seguimiento, con medianos a grandes efectos entre los grupos en ambos momentos. También se produjo una mejora respecto al grupo control en las medidas de impacto en fibromialgia (FM), calidad de vida relacionada con la salud mental, autoeficacia, depresión y ansiedad. No se produjo una reducción significativa en la intensidad del dolor en el grupo de tratamiento.

En los análisis de mediación complementaria, se analizó si los cambios en la medida de proceso (inflexibilidad psicológica) estaban relacionados con cambios en las medidas de resultado antes del seguimiento. La disminución en la inflexibilidad psicológica medió significativamente en la mejora de la discapacidad, en el impacto de la FM, autoeficacia, depresión y ansiedad. Sin embargo, el efecto de la mediación no resultó significativo para la calidad de vida relacionada con la salud mental.

El Anexo 2 presenta una tabla en la que se recogen los estudios revisados y se describen sus características principales.

6. RESULTADOS Y DISCUSIÓN

La ACT y su modelo, la flexibilidad psicológica, no pretenden mejorar los síntomas (por ejemplo depresión o ansiedad) sino que buscan mejorar el funcionamiento diario/discapacidad aumentando la flexibilidad psicológica. En todos los estudios en los que se examinaron estas variables se produjeron mejorías tras el tratamiento y/o durante el seguimiento excepto en un estudio²⁷ donde no se produjeron cambios en el funcionamiento físico. En este estudio a pesar de que se produjo una mejoría en la discapacidad, depresión, aceptación del dolor y el funcionamiento emocional, los resultados no son realmente consistentes con la teoría de que el aumento de la flexibilidad psicológica produciría una mejora en el funcionamiento ya que estas mejoras se produjeron en el funcionamiento emocional tras el tratamiento, a pesar de no mostrar cambios en éste constructo. Quizá esta mejora se deba al aumento en la aceptación del dolor como han mostrado otros estudios^{19,20} y demostraría también que la

mejora en un solo aspecto de la flexibilidad psicológica, en este caso la aceptación del dolor, sería suficiente para producir mejoría en los pacientes en variables tan importantes como la discapacidad, a pesar del escaso número de sesiones. Hay que tener en cuenta que este estudio era un estudio piloto con solo cuatro sesiones en el que se pretendía valorar un protocolo breve de ACT en atención primaria.

A pesar de no ser su objetivo principal y no estar enfocado el tratamiento en esa dirección³⁷, también se aprecian mejoras en la ansiedad y depresión en todos los estudios que valoran estas variables. Esta última está vinculada a la transición entre el dolor agudo y el crónico⁹. En cuanto a la intensidad del dolor no podemos llegar a una conclusión clara puesto que los datos son contradictorios (mejoría o sin cambios en la misma proporción de estudios). Hay que recordar que esta terapia no se dirige a disminuir la intensidad del dolor y como tal los tratamientos no se dirigen a mejorar esta variable.

El único de los estudios que valora específicamente la kinesiofobia²⁵ muestra una disminución de las puntuaciones en su escala. Esto puede tener relevancia clínica ya que las conductas de miedo-evitación son consideradas banderas amarillas que pueden dificultar la recuperación del paciente³. De manera indirecta éste mismo estudio y el de Wicksell et al., de 2013 valoran las conductas de evitación en una de las subescalas de la PIPS (medida de la inflexibilidad psicológica) y los resultados muestran una disminución en las puntuaciones de esta subescala.

De los siete estudios analizados seis²¹⁻²⁶ realizan análisis de correlación mostrando que las mejoras que se produjeron se relacionaban con la flexibilidad psicológica o con alguno de los constructos que la forman. La flexibilidad psicológica actúa como mediador en las mejoras de la discapacidad en todos ellos.

Los estudios presentados han demostrado que la mejoría en el estado del paciente perdura en el tiempo. En este sentido resulta especialmente relevante el resultado del estudio de Vowles et al²² que ha mostrado como las mejoras producidas en los pacientes se mantenían pasados tres años. Si entendemos la flexibilidad psicológica como una forma de conducta, podemos pensar que se produzca un cambio en la conducta global del paciente tras recibir un tratamiento de ACT. Este cambio de conducta global no sólo afectaría al dolor sino a la forma de entender la vida y por este motivo quizá puedan reducirse las interferencias de los factores psicológicos en el dolor y en otros aspectos importantes de la vida.

7. CONCLUSIONES

En los pacientes con dolor crónico hay muchos aspectos psicológicos que pueden retrasar o impedir su evolución y que pueden ir incluso más allá del dolor en sí. Alguno de ellos, como el catastrofismo o el miedo-evitación, son considerados banderas amarillas³. De acuerdo con Hannibal y Bishop¹² teniendo en cuenta los efectos de una respuesta desadaptativa al dolor y los factores estresantes no relacionados con él, que como recordaremos pueden ser eventos cognitivos¹¹, los fisioterapeutas debemos considerar la importancia de la detección de estos factores para prevenir la discapacidad crónica y mejorar la calidad de vida de nuestros pacientes¹². El modelo de la flexibilidad psicológica con su enfoque en los factores cognitivos, emocionales, sociales y motivacionales⁵³ podría contribuir a mejorar el funcionamiento global del paciente.

Los factores psicosociales no solo pueden influir en los pacientes sino también en los profesionales sanitarios, por lo que también podríamos hablar de banderas amarillas en esos casos, como han demostrado algunos estudios¹⁸. En este sentido las terapias psicológicas pueden contribuir a modificar las creencias o estrategias de afrontamiento de los fisioterapeutas, u otros profesionales sanitarios, si éstas pueden suponer un obstáculo al ejercicio de nuestra profesión (por ejemplo fisioterapeutas cuyo miedo a provocar dolor en el paciente les impide realizar las técnicas más adecuadas para su recuperación).

En nuestra práctica profesional, se han introducido y de hecho son recomendadas en algunos casos, técnicas terapéuticas como la exposición gradual *in vivo* que forman parte de las técnicas tradicionales de la terapia cognitivo conductual³. En esta revisión hemos visto como éstas técnicas muestran una eficacia similar a la ATC en pacientes con dolor crónico relacionado con miedo al dolor, miedo al movimiento y catastrofismo y sus resultados parecen indicar que son un enfoque prometedor en estos pacientes⁴⁵.

Es parte de nuestra obligación como profesionales de la salud seguir evolucionando en nuestros conocimientos con el fin de mejorar la calidad de vida de nuestros pacientes y aquí hemos presentado una terapia y un modelo de conducta, desconocidos hasta ahora para la mayoría de nosotros, que ha demostrado su eficacia en el tratamiento de la discapacidad y la mejora de la función en pacientes que sufren dolor crónico.

Se necesitan más estudios pero la ACT y su modelo, la flexibilidad psicológica, parecen ser un buen aliado en la batalla contra el dolor crónico mejorando la discapacidad y el funcionamiento de los pacientes que lo sufren.

Los protocolo de ACT grupal en un contexto interdisciplinario de mínimo 3 o 4

semanas, 5 días a la semana, han resultado eficaces en pacientes con dolor crónico, en los estudios presentados en esta revisión. Protocolos más breves en entornos de atención primaria deben ser evaluados en futuros estudios por su posible contribución a mejorar el acceso de esta terapia a un mayor número de pacientes y porque, probablemente, pueda resultar rentable al sistema sanitario.

El estudio de Vowles et al²² ha mostrado que las mejoras producidas en la discapacidad se mantenían pasados tres años. El resultado de este estudio apoya los resultados de los estudios anteriores²¹⁻²⁶ que muestran como los cambios producidos tras el tratamiento se mantienen en el tiempo.

La flexibilidad psicológica o alguno de los constructos que la forman han actuado como mediadores en la disminución de la discapacidad en los pacientes con dolor crónico en todos los estudios mostrados que realizaron análisis de mediación.

De todo lo expuesto en este trabajo y como conclusión, debemos quedarnos una idea principal: el aumento de la flexibilidad psicológica (o la disminución de la inflexibilidad psicológica) permite entender que el sufrimiento que provocan los sentimientos, emociones, pensamientos o sensaciones negativas, incluido el dolor, son una parte más de la vida y si aprendemos a “acogerlos” (aceptarlos), sin tratar de luchar, los esfuerzos perdidos en esa lucha se pueden dedicar a caminar en la dirección de las cosas que realmente son importantes en la vida³².

8. REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS

1. Breivik H, Collett B, Ventafridda, V, Cohen R. y Gallacher A. Survey of chronic pain in Europe: prevalence, impact on daily life, and treatment. *Eur J Pain* 2006; 10: 287- 333.
2. Cruz A C, Mata X T I, Gassol A A I, Gabaroi D C, Vilarrasa R, Miyar M. V, et al. Multidisciplinary treatment of chronic pain with disability. *Med Clin*. 2001; 117(11): 401-405.
3. Torres Cuelco R. La columna cervical: Síndromes Clínicos y su Tratamiento Manipulativo. Tomo II. Madrid: Médica Panamericana: 2008.
4. Melzack, R., & Wall, P. D. Pain mechanisms: a new theory. *Survey of Anesthesiology* 1967; 11(2): 89-90.
5. Melzack R. Phantom limbs and the concept of a neuromatrix. *Trends in neurosciences* 1990; 13(3): 88-92.
6. Melzack R. Pain and the neuromatrix in the brain. *Journal of dental education* 2001; 65(12): 1378-1382.

7. International Association for the Study of Pain (IASP). Disponible en: <http://www.iasp-pain.org/Taxonomy>. (Acceso 9.05.2015).
8. Chapman C R y Nakamura Y. A passion of the soul: an introduction to pain for consciousness researchers. *Conscious Cogn* 1999; 8(4): 391-422.
9. Hasenbring M, Hallner D y Klasen B. Psychological mechanisms in the transition from acute to chronic pain: over-or underrated? (resumen). *Schmerz* 2001; 15(6): 442-447.
10. Borkum J M. Maladaptive cognitions and chronic pain: epidemiology, neurobiology, and treatment. *Journal of Rational-Emotive & Cognitive-Behavior Therapy* 2010; 28(1): 4-24.
11. Melzack R. Pain and stress: A new perspective. En Gatchel R. J y Turk D C. (Editores). *Psychosocial factors in pain: Critical perspectives*. New York: Guilford Press; 1999.p.89-106.
12. Hannibal K E y Bishop M D. Chronic stress, cortisol dysfunction, and pain: a psychoneuroendocrine rationale for stress management in pain rehabilitation. *Phys Ther* 2014; 94(12): 1816-1825.
13. Sullivan MJ, Thorn B, Haythornthwaite JA, Keefe F, Martin M, et al. Theoretical perspectives on the relation between catastrophizing and pain. *Clin J Pain* 2001; 17: 52–64.
14. Sullivan MJL, Bishop SR, Pivik J. The Pain Catastrophizing Scale: Development and validation. *Psychol Assess* 1995; 7: 524–532.
15. Crombez G, Vlaeyen J W, Heuts P H y Lysens R. Pain-related fear is more disabling than pain itself: evidence on the role of pain-related fear in chronic back pain disability. *Pain* 1999; 80(1): 329-339.
16. Leeuw M, Goossens ME, Linton SJ, Crombez G, Boersma K, Vlaeyen JW. The fear-avoidance model of musculoskeletal pain: current state of scientific evidence. *J Behav Med*. 2007; 30(1):77–94.
17. Samwel HJ, Evers AW, Crul BJ, Kraaijmaat FW. The role of helplessness, fear of pain, and passive pain-coping in chronic pain patients. *Clin J Pain* 2006; 22(3):245–251.
18. Houben R M A, Gijsen A, Peterson J, De Jong P J y Vlaeyen J W S. Do health care providers' attitudes towards back pain predict their treatment recommendations? Differential predictive validity of implicit and explicit attitude measures. *Pain* 2005; 114(3): 491-498
19. McCracken L M y Eccleston C. Coping or acceptance: what to do about chronic pain? *Pain* 2003; 105(1): 197-204.
20. Vowles KE, McCracken LM, Eccleston C. Processes of change in treatment for chronic pain: The contributions of pain, acceptance and catastrophizing. *Eur J Pain* 2007; 11:779–87.
21. Vowles K. E y McCracken L M. Acceptance and values-based action in chronic pain: a study of treatment effectiveness and process. *J Consult Clin Psychol* 2008; 76(3): 397-407.
22. Vowles K E, McCracken L M y O'Brien, J. Z. Acceptance and values-based action in chronic

- pain: a three-year follow-up analysis of treatment effectiveness and process. *Behav Res Ther* 2011; 49(11): 748-755.
23. McCracken L M y Gutiérrez-Martínez O. Processes of change in psychological flexibility in an interdisciplinary group-based treatment for chronic pain based on Acceptance and Commitment Therapy. *Behav Res Ther* 2011; 49(4): 267-274.
24. McCracken L M y Jones R. (2012). Treatment for chronic pain for adults in the seventh and eighth decades of life: A preliminary study of acceptance and commitment therapy (ACT). *Pain Medicine* 2012; 13(7): 860-867.
25. Wicksell R K, Ahlqvist J, Bring, A, Melin L y Olsson G L. Can exposure and acceptance strategies improve functioning and life satisfaction in people with chronic pain and Whiplash-Associated Disorders (WAD)? A randomized controlled trial. *Cogn Behav Ther* 2008; 37(3): 169-182.
26. Wicksell R K, Kemani M, Jensen K, Kosek E, Kadetoff D, Sorjonen K et al. Acceptance and commitment therapy for fibromyalgia: a randomized controlled trial. *Eur J Pain* 2013; 17(4) 599-611.
27. McCracken L M, Sato A y Taylor G J. 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* 2013;14(11): 1398-1406.
28. Higuera J A G. La terapia de aceptación y compromiso (ACT) como desarrollo de la terapia cognitivo conductual. *EduPsykhé* 2006; 5(2): 287-304.
29. Hayes S C, Luoma J B, Bond F W, Masuda A y Lillis J. Acceptance and commitment therapy: Model, processes and outcomes. *Behav Res Ther* 2006;44(1): 1-25.
30. Martínez O G, Blarrina M B P, Soriano M C L y Salas S V. ACT y la importancia de los valores personales en el contexto de la terapia psicológica. *Rev Int Psicol Ter Psicol* 2006; 6(1): 1-20.
31. Wilson K G y Luciano M C. *Terapia de Aceptación y Compromiso (ACT). Un tratamiento conductual orientado a valores*. Madrid: Pirámide: 2002
32. Hayes S C, Strosahl K y Wilson K G. *Acceptance and commitment therapy: An experiential approach to behavior change*. New York: Guildford: 1999
33. Luciano Soriano C, Gutiérrez Martínez O y Rodríguez Valverde M. Análisis de los contextos verbales en el trastorno de evitación experiencial y en la terapia de aceptación y compromiso. *Rev Latinoam Psicol* 2005; 37(2): 333-358.
34. León-Quismondo L, Lahera Gy López-Ríos F. Terapia de aceptación y compromiso en el tratamiento del trastorno obsesivo-compulsivo. *Revista de la Asociación Española de Neuropsiquiatría* 2014; 34(124): 725-740. Disponible en: doi: 10.4321/S0211-57352014000400006

35. Scott W y McCracken L M. Psychological flexibility, acceptance and commitment therapy, and chronic pain. *Curr Opin Psychol* 2015; 2: 91-96. Disponible en: <http://www.sciencedirect.com/science/article/pii/S2352250X14000244>
36. Martínez C G y Soriano M C L. Un estudio del dolor en el marco de la conducta verbal: de las aportaciones de WE Fordyce a la Teoría del Marco Relacional (RTF). *International journal of clinical and health psychology* 2006; 6(1):169-188.
37. Hayes SC, Duckworth MP. Acceptance and commitment therapy and traditional cognitive behavior therapy approaches to pain. *Cogn Behav Prac* 2006; 13: 185-7.
38. Gutiérrez O, Luciano C, Rodríguez M y Fink B C. (2004). Comparison between an acceptance-based and a cognitive-control-based protocol for coping with pain. *Behav Ther* 2004; 35(4): 767-783.
39. Paez-Blarrina M, Luciano C, Gutiérrez-Martínez O, Valdivia S, Ortega J y Rodríguez-Valverde M. The role of values with personal examples in altering the functions of pain: Comparison between acceptance-based and cognitive-control-based protocols. *Behav Res Ther* 2008; 46(1): 84-97.
40. Sullivan M J, Rouse D, Bishop S y Johnston S. Thought suppression, catastrophizing, and pain. *Cognit Ther Res* 1997; 21(5): 555-568.
41. American Psychological Association. Society of Clinical Psychology, Division 12. Psychological treatments. Disponible en: <http://www.div12.org/PsychologicalTreatments/treatments.html>. (Acceso 14.05.2015).
42. Hann K E y McCracken L. M. A systematic review of randomized controlled trials of Acceptance and Commitment Therapy for adults with chronic pain: Outcome domains, design quality, and efficacy. *J Contextual Behav Sci* 2014; 3(4): 217-227.
43. Luciano J V, Guallar J A, Aguado J, López-del-Hoyo Y, Olivan B, Magallón R et al. Effectiveness of group acceptance and commitment therapy for fibromyalgia: A 6-month randomized controlled trial (EFFIGACT study). *Pain* 2014; 155(4): 693-702.
44. Wetherell, J. L., Afari, N., Rutledge, T., Sorrell, J. T., Stoddard, J. A., Petkus, A. J et al. A randomized, controlled trial of acceptance and commitment therapy and cognitive-behavioral therapy for chronic pain. *Pain* 2011; 152(9): 2098-2107.
45. Bailey KM, Carleton R N, Vlaeyen J W y Asmundson G J. Treatments addressing pain-related fear and anxiety in patients with chronic musculoskeletal pain: a preliminary review. *Cogn Behav Ther* 2010; 39(1): 46-63.
46. McCracken L M y Morley S. The psychological flexibility model: A basis for integration and progress in psychological approaches to chronic pain management. *The Journal of Pain* 2014; 15(3): 221-234.
47. Kashdan T B y Rottenberg J. Psychological flexibility as a fundamental aspect of health.

Clinical psychology review 2010; 30(7): 865-878.

48. Ciarrochi J, Sahdra B, Marshall S, Parker P y Horwath C. Psychological flexibility is not a single dimension: The distinctive flexibility profiles of underweight, overweight, and obese people. *J Contextual Behav Sci* 2014; 3(4): 236-247.

49. Hayes S C, Villatte M, Levin M y Hildebrandt M. Open, aware, and active: contextual approaches as an emerging trend in the behavioral and cognitive therapies. *Annu Rev Clin Psychol* 2011; 7: 141-168.

50. Twohig M P. Introduction: the basics of acceptance and commitment therapy. *Cognitive Behavioral Practique* 2012; 19: 499-507.

51. Vowles K E y McCracken L M. Comparing the role of psychological flexibility and traditional pain management coping strategies in chronic pain treatment outcomes. *Behav Res Ther* 2010; 48(2): 141-146.

52. Wicksell R. K Olsson G. L y Hayes S C. Mediators of change in acceptance and commitment therapy for pediatric chronic pain. *Pain* 2011; 152(12): 2792-2801.

53. McCracken L M y Marin F M. Current and future trends in psychology and chronic pain: time for a change? *Pain manage* 2014; 4(2): 113-121.

ANEXO 1.

ÍNDICE DE ABREVIATURAS

AAQ-II= Acceptance Action Questionnaire II.

CPAQ= Chronic Pain Acceptance Questionnaire.

CPVI= Chronic Pain Values Inventory.

BDI= Beck Depression Inventory.

FIQ= Fibromyalgia Impact Questionnaire.

GC= grupo control.

GE= grupo experimental.

HADS= Hospital Anxiety and Depression Scale.

IES= Impact of Event Scale.

MAAS=Mindful Attention Awareness.

PDI= Pain Disability Index.

PHQ-9= Patient Health Questionnaire.

PGIC= Patient Global Impression of Change.

PIPS= Psychological Inflexibility in Pain Scale.

RMDQ= Roland and Morris Disability Questionnaire.

SES= Self-Efficacy Scale.

SF-36= Short Form Health Survey.

SF-36-E= Short Form Health Survey (emotional functioning).

SF-36-F=Short Form Health Survey (physical functioning).

STAI= Spielberger Trait-State Anxiety Inventory.

SWLS= Satisfaction with Life Scale.

TH= tratamiento habitual.

TSK=Tampa Scale of Kinesiofobia.

VAS= Visual Analogic Scale.

WAD= Whiplash Associated Disorder (Síndrome de trastornos asociados al latigazo cervical).

ANEXO 2. TABLA DE ESTUDIOS.

Estudio	Características	Intervención	Intervención	seguimiento	Proceso	Medidas	Resultados
Wicksell et al ²⁵ (2008)	N=21 Edad:>20 años Diagnóstico de WAD Dolor >3m	G:E=11 ACT+ TH 10 sesiones individuales de 1h en 8 semanas	G.C=10 lista de espera	4m 7m	Discapacidad relacionada con el dolor Satisfacción con la vida Kinesiofobia Grado de síntomas de estrés postraumático Depresión y ansiedad Intensidad del dolor (In)Flexibilidad psicológica	PDI SWLS TSK IES HADS VAS PIPS	Mejoras a favor ACT en todas las variables en post-tratamiento y durante seguimiento excepto intensidad dolor (sin cambios en ningún grupo). Los análisis de mediación mostraron efectos indirectos significativos de la inflexibilidad psicológica en los cambios en la discapacidad y la satisfacción con la vida.
Vowles y McCracken ²¹ (2008)	N=171 Edad promedio=47.3 años Dolor> 3 m Importantes niveles de sufrimiento y discapacidad por dolor	ACT grupal 3 o 4 semanas, 5 días a la semana y 6,5 horas al día		3m	Aceptación del dolor Acción basada en valores en el dolor Depresión Ansiedad Discapacidad Visitas médicas Intensidad del dolor Rendimiento físico	CPAQ CPVI BCMDI PASS-20 SIP Visitas médicas VAS Caminar 2m y sentar y levantar 1m	Mejoras en todas las variables incluida, intensidad dolor, en el post- tratamiento y durante el seguimiento. Estas mejoras estaban asociadas al aumento de la aceptación del dolor y de la acción basada en valores.

Vowles et al ²² (2011)	N=108 Pacientes que participaron en el estudio anterior	Los pacientes completaron los mismos cuestionarios que en el estudio anterior (Vowles y McCracken 2008) tres años después.	3 años tras estudio anterior	Aceptación del dolor Acción basada en valores en el dolor Depresión Ansiedad Discapacidad Visitas médicas Intensidad del dolor Rendimiento físico	CPAQ CPVI BCMDI PASS-20 SIP Visitas médicas VAS Caminar 2m y sentar y levantar 1m	Mejoras en el funcionamiento físico y psicosocial y buen mantenimiento de las mejoras conseguidas 3 años antes. Las mejoras estaban asociadas al aumento de la aceptación del dolor y de la acción basada en valores.
McCracken y Gutiérrez ²³ (2011)	N= 111 Edad: 18-77 años Dolor>3m	ACT grupal 3-4 semanas, 5 días a la semana, 6,5 horas al día	3m	Aceptación del dolor Flexibilidad Psicológica Conciencia plena Acción basada en valores en el dolor Depresión Ansiedad Discapacidad Visitas médicas Intensidad del dolor	CPAQ AAQ-II MAAS CPVI BCMDI PASS-20 SIP Visitas médicas VAS	Mejoras en todas las variables incluida, intensidad dolor, en el post- tratamiento y durante el seguimiento. Los cambios en aceptación del dolor, aceptación psicológica, mindfulness y acción basada en valores se relacionaban significativamente con los cambios en las medidas de la depresión, ansiedad y discapacidad.

McCracken y Jones ²⁴ (2012)	N= 40 Edad:>60 Dolor crónico	ACT 3 o 4 semanas, 5 días a la semana y 6,5 horas al día		3m	Aceptación del dolor Flexibilidad Psicológica Depresión Ansiedad Discapacidad Intensidad del dolor	CPAQ AAQ-II BCMDI PASS-20 SIP VAS	Mejoras en todas las variables incluida, intensidad dolor, en el post- tratamiento y durante el seguimiento. La aceptación psicológica, aceptación del dolor y atención plena correlacionaron significativamente con la ansiedad, depresión y discapacidad física y psicosocial.
McCracken et al ²⁷ (2013)	n=73 edad:23-68 años Mayores de 18 años Dolor >3 meses Inclusión: malestar o incapacidad por dolor consulta MG por dolor los últimos 6 meses tomar analgésicos comunicarse en inglés	G.E: n=37 ACT breve+TH 4 sesiones grupales de 4h en 2 sem, 12 o 13 participantes por grupo	G.C: n=36 TH Cada participante siguió su tratamiento habitual.	3m	Discapacidad Depresión Calidad de vida Dolor Aceptación del dolor Flexibilidad psicológica Impresión global de cambio	RMDQ PHQ-9 SF-36-F SF-36-E VAS CPAQ AAQ-II PGIC	Mejoras a favor ACT en discapacidad, depresión aceptación del dolor, impresión de cambio y funcionamiento emocional en post-tratamiento que se mantienen durante el seguimiento excepto en funcionamiento emocional. En funcionamiento físico, flexibilidad psicológica no se produjeron diferencias entre grupos ni post-tratamiento ni durante seguimiento. Sin cambios importantes en intensidad del dolor en ambos grupos.
Wicksell et al ²⁶ (2013)	N=40 Mujeres entre 18 y 55 años con diagnóstico de fibromialgia Intensidad de dolor promedio 40/100	G.E n=23 ATC 12 sesiones grupales semanales de 90min, 6 participantes en cada grupo	G.C n=17 en lista de espera	3-4m	Discapacidad relacionada con el dolor Estado de salud en pacientes con FM Calidad de vida Autoeficacia Depresión Ansiedad Intensidad dolor (In)Flexibilidad psicológica	PDI FIQ SF-36 SES BDI STAI VAS PIPS	Mejoras a favor ACT en todas las variables en post-tratamiento y durante seguimiento excepto en la intensidad del dolor. La disminución en la inflexibilidad psicológica medió significativamente en la mejora de la discapacidad, en el impacto de la FM, autoeficacia, depresión y ansiedad.

