

UNIVERSIDAD DE COSTA RICA

SISTEMA DE ESTUDIOS DE POSGRADO

**TERAPIA DE ACEPTACIÓN Y COMPROMISO PARA EL TRATAMIENTO DEL
DOLOR CRÓNICO NO ONCOLÓGICO: UNA REVISIÓN SISTEMÁTICA DE LA
LITERATURA**

**Trabajo final de graduación sometido a la consideración de la comisión del programa
de Posgrado en Psicología Clínica para optar al grado y título de especialista en
Psicología Clínica**

SUSTENTANTE

DIEGO ARAYA CHACÓN

CIUDAD UNIVERSITARIA RODRIGO FACIO, COSTA RICA

2017

Son tantos y tantas, sin embargo, este proyecto con el que culmino una etapa especial de mi vida, está especialmente dedicado a mis padres, abuela y hermano, sin ellos mis sueños no serían posibles.

A los que fueron y ya no están, los que son y están y los que serán y estarán....

A todos y todas ofrezco este humilde ejercicio intelectual... y... ¡emocional!

Agradecimientos

Esta lista podría ser muy larga...

A mi familia por ser el soporte seguro, Madrina, José Daniel, María Fernanda y muchas personas más...

A mi querida Katherine, que con su comprensión paciente ha demostrado su cariño hacia mí, gracias por acompañarme en esta aventura...

Pau, Rebe, Fabi, Marco, los milongueros y milongueras, los Yafeños, los de estos 32... todos y todas ustedes han formado parte de esto también, gracias.

A Marjorie quien le debo mucho de quien soy ahora...

A grandes maestros y maestras de Residencia de quienes ha aprendido tanto en dos años...

Al Dr. López por su apertura, dirección y sabias enseñanzas...

A Karen por estar siempre allí, por su atenta escucha, por momentos casi terapéutica diría yo...

A Alfonso, quien aparece por segunda vez en estas líneas, un agradecimiento profundo...

A Esteban, Karol, Maribelle y Nathalie, compañeros y compañeras de barco, ha sido un placer compartir esta experiencia de risas, sudor y una que otra lágrima con ustedes...

A Dios y la vida, ¡que me han dado tanto!

Esta tesis fue aceptada por la Comisión del Programa de Estudios de Posgrado en Psicología Clínica de la Universidad de Costa Rica, como requisito parcial para optar a grado y el título de Especialista en Psicología Clínica

Dra. Karen Quesada Retana
Coordinadora Nacional
Programa de Posgrado en Psicología Clínica

Msc. Alfonso Villalobos Pérez
Director de Tesis

Lic. Diego A. Araya Chacón
Sustentante

Contenido

| | |
|--|----|
| Resumen | ix |
| Introducción..... | 1 |
| Problema..... | 5 |
| Objetivos..... | 5 |
| Objetivos general | 5 |
| Objetivos específicos | 5 |
| Dolor crónico..... | 7 |
| Conceptualización..... | 7 |
| Terapia de Aceptación y Compromiso para el Dolor Crónico | 9 |
| Terapia de conducta de tercera generación..... | 9 |
| Terapia de Aceptación y Compromiso (ACT)..... | 11 |
| Procesos básicos de la ACT | 16 |
| Defusión. | 17 |
| Yo como contexto. | 18 |
| Conciencia del presente..... | 19 |
| Aceptación..... | 19 |
| Conexión con valores..... | 20 |
| Compromiso de acción..... | 21 |
| Aplicación clínica de la ACT para el dolor crónico | 23 |
| Metodología..... | 26 |
| Tipo de estudio..... | 26 |
| Procedimientos de búsqueda y selección de artículos | 26 |
| Criterios de inclusión. | 27 |
| Criterios de exclusión..... | 27 |
| Bases de datos a considerar..... | 28 |
| Procedimiento de búsqueda y selección de estudios..... | 28 |
| Extracción de datos | 30 |
| Procedimientos de control de sesgo | 31 |
| Resultados..... | 32 |
| Identificación | 33 |

| | |
|---|----|
| Screening..... | 33 |
| Eligibilidad..... | 33 |
| Incluidos..... | 33 |
| Fuentes de publicación y factor de impacto..... | 34 |
| Características de los estudios | 36 |
| Intervenciones ACT | 42 |
| Resultados de estudios | 45 |
| Discapacidad/Interferencia por dolor..... | 46 |
| Intensidad de dolor..... | 47 |
| Funcionamiento emocional..... | 48 |
| Creencias y actitudes..... | 50 |
| Aceptación/Flexibilidad psicológica..... | 51 |
| Discusión | 52 |
| Limitaciones..... | 58 |
| Conclusiones..... | 60 |
| Recomendaciones | 62 |
| Referencias | 63 |

Lista de Tablas

| | |
|---|----|
| Tabla 1. Datos sobre fuentes de publicación y factor de impacto | 35 |
| Tabla 2 Características de ensayos clínicos aleatorizados..... | 39 |
| Tabla 3. Características de intervenciones ACT | 43 |

Lista de Figuras

| | | |
|----------|--|-----|
| Figura 1 | Modelo de flexibilidad psicológica de la ACT | 222 |
| Figura 2 | Diagrama de flujo PRISMA de la selección de estudios | 33 |

Resumen

El dolor crónico no oncológico se ha considerado como un serio problema de salud pública y causa común de discapacidad y deterioro funcional. El abordaje clínico de esta condición debe ser multidimensional, toda vez que la etiología de la experiencia dolorosa dista de ser unicausal. Bajo este panorama, desde la psicología, tradicionalmente se han empleado intervenciones conductuales y cognitivo-conductuales, con resultados en general favorables, en comparación con grupos de control. Sin embargo, también se ha encontrado que existen personas que no se benefician de los abordajes conductuales, y muchas otras, a lo sumo, obtienen un beneficio moderado de los tratamientos. Por consiguiente, durante los últimos años, han emergido otros procedimientos novedosos a partir del movimiento de la terapia de conducta de tercera generación. Dentro de este grupo de terapias, la Terapia de Aceptación y Compromiso (ACT, Hayes, Stroschal y Wilson, 1999) ha sido la más estudiada y referenciada en la literatura. Este modelo de intervención sienta su base en enseñar al paciente a prescindir el control y el afrontamiento directo, como mecanismos que permitan desarrollar un repertorio de flexibilidad psicológica suficiente dirigido hacia el cambio, es decir, que pueda ser capaz de vivir la experiencia de dolor y malestar de forma abierta y consciente, sin ejercer esfuerzos deliberados por evitarlo.

El presente estudio corresponde a una revisión sistemática de la literatura, cuyo objetivo general consiste analizar la evidencia científica disponible de la ACT para el tratamiento del dolor crónico no oncológico en personas adultas, en comparación con otras intervenciones psicológicas. Para ello, se llevó a cabo una búsqueda selectiva de estudios en revistas arbitradas contenidas en bases de datos internacionales, de conformidad con una serie

de criterios de inclusión y exclusión específicos. Se procuró seguir algunas pautas contenidas en la declaración PRISMA (Preferred Reporting Items for Systematic Reviews and Meta-Analyses Protocols, 2015) para el diseño y redacción de revisiones sistemáticas y metaanálisis. Posterior al filtraje de artículos, en total se contaron con 12 estudios que cumplían a cabalidad con los criterios de selección establecidos a priori por el autor. De ellos, siete corresponden a ensayos clínicos aleatorizados, uno es un estudio cuasi-experimental y cuatro corresponden a revisiones sistemáticas previas.

En total, la muestra de los estudios en conjunto corresponde a 500 personas, para un promedio de edad de 54.74 años y distribución por sexo de 86.40% mujeres y 13.59% varones. Dos estudios evaluaron la eficacia de la ACT sobre la fibromialgia, dos sobre el dolor musculoesquelético, dos indicaron únicamente “dolor crónico”, un estudio reportó la condición de “dolor prolongado” y un estudio evaluó el dolor crónico de cabeza. El 100% de las intervenciones ACT fueron en formato grupal.

Los resultados indican cambios clínicamente significativos en favor de las intervenciones ACT, en comparación con otros tratamientos o lista de espera, con tamaños del efecto entre “pequeño” y “grande”. La variable “intensidad de dolor” no mostró cambios en la mayoría de los estudios, de acuerdo a lo esperado por los autores. En la mayoría de las variables los cambios observados se mantuvieron durante el periodo de seguimiento.

Se discuten los hallazgos y se detallan las limitaciones encontradas tanto en los estudios como en la revisión llevada a cabo. En conclusión, existe suficiente evidencia empírica para catalogar a la ACT como un tratamiento bien establecido o al menos, probablemente eficaz, para el abordaje del dolor crónico no oncológico.

Introducción

El dolor se ha considerado como una experiencia universal, tanto como correlato fisiológico, como parte del acervo emocional de los seres humanos. En efecto, se ha reconocido ampliamente la función adaptativa del dolor en términos evolutivos, ya que la experiencia somática percibida funge como un sistema de alarma que moviliza recursos hacia la conservación ante una inminente amenaza a la especie. (Millán y Bernal, 2006).

Sin embargo, también es cierto que, el dolor puede trascender su función filogenética y convertirse en una experiencia con una alta carga aversiva para quien lo padece, ya que la frecuencia de aparición e intensidad percibida puede sobrepasar las habilidades de afrontamiento de la persona para su tolerancia. En este sentido, existen muchas personas cuyo dolor puede convertirse en sí mismo, en el principal objeto de atención clínica (Truyols, Pérez, Medinas, Palmer y Sesé, 2008), el cual va de la mano con un altísimo costo para los sistemas de salud pública (Torralba, Miquel y Darba, 2014; Vowles, Witkiewitz, Sowden y Ashworth, 2014; Zaldívar et al., 2015) y un concomitante deterioro funcional en la calidad de vida del paciente y su familia. (Del Río et al., 2015; Ruvalcaba y Domínguez, 2009).

Históricamente, el abordaje del dolor crónico ha escalado desde las primeras consideraciones simplistas, hasta los modelos multidimensionales – por lo tanto, multidisciplinarios -, en tanto en cuanto, el origen y mantenimiento de las experiencias dolorosas crónicas, conlleva la comprensión de diversos factores de índole biopsicosocial. El dolor crónico requiere la sinergia de aproximaciones clínicas diversas, toda vez que su etiología y respectivo abordaje dista de ser unicausal. (Rosales et al., 2014; Ruvalcaba y Domínguez, 2009; Vallejo-Pareja, 2008). En efecto, actualmente el dolor se considera un

fenómeno complejo multidimensional, que surge a partir de la evidencia neurológica y experimental, siendo definida por la Asociación Internacional para el Estudio del Dolor (IASP, por sus siglas en inglés), como una “experiencia sensorial y emocional desagradable que se asocia a una lesión hística presente o potencial o que es descrita en términos de esta lesión”. (Truyols et al., 2008). La importancia del tratamiento del dolor desde diversos frentes de abordaje, se hizo manifiesta cuando se descubrió la existencia de tipologías que no cumplen claramente la función de alarma respecto a un daño, en los que ninguna prueba es capaz de objetivar una lesión, por lo tanto, su mecanismo etiológico no responde directamente a un daño tisular. (Almendro et al., 2011). En este sentido, a la luz de la importancia del abordaje en conjunto ya reseñada, recientemente se han reconocido seis categorías para su manejo terapéutico: farmacológicas, terapia física, terapia psicológica, neuromodulación, intervencional y quirúrgico. (Miranda y Alfaro, 2015).

Dentro de este marco, la psicología, como ciencia aplicada, ha estado presente en el estudio y tratamiento del dolor desde sus inicios. (McCracken y Vowles, 2014; Vallejo, 2005). En efecto, existen intervenciones que han demostrado ser eficaces para mejorar las habilidades de afrontamiento de las personas con dolor crónico. (León, 2007). Tradicionalmente, el dolor crónico ha sido abordado por medio de la terapia de conducta y terapia cognitivo conductual. (McCracken y Vowles, 2014; Moix y Casado, 2011; Vallejo-Pareja, 2008), evidenciándose en diversos estudios y metaanálisis, reducciones significativas en la percepción de dolor, la adopción de estilos de vida más activos y de mejor calidad, y en general, mejores condiciones de salud que los grupos control. Además, hay una mejor relación costo-beneficio que la de otras intervenciones. (Ruvalcaba y Domínguez, 2009). Sin embargo, también es cierto que, los efectos de los tratamientos son a lo sumo moderados y

existen personas que no se benefician de los tratamientos conductuales habituales (Eccleston, Williams y Morley, 2009; Veehof, Oskam, Schreurs y Bohlmeijer, 2011). Por consiguiente, durante los últimos años, han emergido otros procedimientos novedosos, a partir de los principios de la práctica clínica basada en evidencia (Moriana y Martínez, 2011; Pascual, Frías y Monterde i Bort, 2004), que se han considerado bien establecidos o al menos probablemente eficaces, para el abordaje del dolor crónico no oncológico. Estos tratamientos surgen a partir del movimiento de la terapia de conducta de tercera generación, donde se agrupan modelos de abordaje enfocados hacia la búsqueda de la construcción de repertorios de conducta amplios, flexibles y efectivos en lugar de tender a la eliminación de los problemas claramente definidos, resaltando cuestiones que son relevantes tanto para el clínico como para el cliente. (Hayes, 2004).

En el caso específico del dolor crónico no oncológico, los ensayos clínicos aleatorizados (en adelante, ECA), metaanálisis y revisiones sistemáticas (en adelante, RS), han dado cuenta del creciente cúmulo de evidencia que remarca la eficacia de los abordajes conductuales de tercera generación, -particularmente los tratamientos “basados en la aceptación”- para el dolor crónico, específicamente, la Terapia de Aceptación y Compromiso (ACT, Hayes, Stroschal y Wilson, 1999). Este modelo de intervención sienta su base en enseñar al paciente a prescindir el control y el afrontamiento directo, como mecanismos que permitan desarrollar un repertorio de flexibilidad psicológica suficiente dirigido hacia el cambio, es decir, que pueda ser capaz de vivir la experiencia de dolor de forma abierta y consciente, sin ejercer esfuerzos deliberados por evitarlo. Todo ello supone una revolución dentro de la terapia de conducta, toda vez que enseña a la persona ha desligarse de los marcos de relación socio-verbales inculcados y aprendidos durante su vida, en el tanto, existen reglas

implícitas que demandan el ejercicio del control y la evitación del dolor, como las vías ineludibles para alcanzar la felicidad. (Hayes, 2004; Hayes, Stroschal y Wilson, 1999; Wilson y Luciano, 2002).

A partir de estos presupuestos se enmarca el presente trabajo, el cual pretende revisar la evidencia disponible a partir de estudios empíricos, acerca de la ACT para el tratamiento del dolor crónico no oncológico.

Problema

¿Cuál es la evidencia científica disponible acerca de la eficacia de la Terapia de Aceptación y Compromiso, para el tratamiento del dolor crónico no oncológico en personas adultas, en comparación con otras intervenciones psicológicas?

Objetivos

Objetivos general

Analizar la evidencia acerca de la eficacia de la Terapia de Aceptación y Compromiso para el tratamiento del dolor crónico no oncológico en personas adultas.

Objetivos específicos

- 1) Analizar metanálisis, revisiones sistemáticas y ensayos clínicos aleatorizados que establezcan la eficacia de la Terapia de Aceptación y Compromiso para el tratamiento del dolor crónico no oncológico.
- 2) Describir las características sociodemográficas y clínicas de la población que obtiene resultados clínicamente significativos en el tratamiento del dolor crónico, mediante la Terapia de Aceptación y Compromiso.

- 3) Comparar los resultados obtenidos con la Terapia de Aceptación y Compromiso versus otras condiciones de control.

Dolor crónico

Conceptualización

En la literatura científica, se ha establecido como dolor crónico, aquel que persiste por más de tres meses, tiempo en el que normalmente una lesión aguda se resuelve. Durante este periodo, el dolor puede ser constante o aparecer de manera intermitente. (Moix y Casado, 2011; Ruvalcaba y Domínguez, 2009). Asimismo, dentro de la categorización del dolor crónico no oncológico, se suelen incluir afecciones diversas, siendo uno de los correlatos compartidos, precisamente, la experiencia de dolor subjetivamente percibida, entre ellas: lumbalgia, fibromialgia, artrosis y cefaleas. (Moix y Casado, 2011). De acuerdo a la definición por la IASP, se considera al dolor como una connotación subjetiva por la importancia que se le da al informe verbal del sujeto en relación a las dimensiones sensorial-discriminativa, motivacional-afectiva y cognitiva-evaluativa (Flores et al., 2004), lo cual deja en evidencia que el dolor no se trata únicamente de una experiencia fisiológicamente determinada.

La comprensión del dolor crónico tanto como entidad clínica, así como componente que forma parte de otras enfermedades, requiere de un acercamiento multifactorial. En este sentido, en términos etiológicos, durante los años 60, Melzack y Wall, propusieron la “Teoría de la Compuerta”, demostrando la importancia que asume la cognición en la modulación de la experiencia subjetiva del dolor. Dicha teoría, la cual cuenta con un importante respaldo empírico, ha logrado explicar cómo la actividad de determinadas fibras nerviosas produce analgesia a nivel medular y cómo la influencia de estructuras superiores del Sistema Nervioso Central opera también en la modulación del dolor. Es decir que la relación entre la magnitud

de la lesión y la experiencia sensorial deja de ser unívoca y cobran relevancia los factores afectivos y evaluativos del dolor. De esta manera, el componente cognitivo pasa a ocupar un rol protagónico, la manera de pensar acerca del dolor parece afectar la intensidad y la frecuencia de percepción de la experiencia dolorosa. (Moretti, 2010; Rosales et al., 2014; Vallejo, 2005).

Posteriormente, se propuso el modelo biopsicosocial para la explicación del origen y mantenimiento del dolor crónico. De acuerdo a ello, el dolor es una respuesta formada por componentes neurofisiológicos, conductuales (motores) y subjetivos (verbales-afectivos), en la cual pueden subyacer o no componentes patológicos (en el sentido de un cambio estructural), pero que siempre tiene antecedentes y consecuentes fisiológicos. (Gatchel, Peng, Peters, Fuchs y Turk, 2007; Ruvalcaba y Domínguez, 2009).

El entendimiento de los mecanismos de acción del dolor crónico es fundamental en favor de la elección del mejor tratamiento entre las alternativas disponibles. Los tratamientos deben basarse en el conocimiento teórico y fundamentación empírica de los factores psicosociales relevantes en el dolor crónico, más aún cuando se suele acompañar de otras condiciones como ansiedad, depresión y problemas de ira, lo cual tiende a complejizar el cuadro (Moix y Casado, 2011). Por lo tanto, no cabe duda que el tratamiento eficaz debe conllevar una aproximación multidimensional, que atienda cada una de las variables implicadas en la experiencia de dolor. (Cid, Acuña, De Andrés, Díaz y Gómez-Caro, 2014).

Terapia de Aceptación y Compromiso para el Dolor Crónico

La terapia psicológica se ha mostrado eficaz para tratar el dolor crónico. (Ruvalcaba y Domínguez, 2009). Dentro de este marco, la evidencia ha establecido la aceptación del dolor como un factor influyente en la habilidad para restaurar el funcionamiento cotidiano en presencia de dolor crónico. (González, Fernández y Torres, 2010). De hecho, se ha observado como la lucha sin tregua por controlar el dolor y combatirlo a toda costa, están relacionadas paradójicamente, a una intensificación del dolor y malestar mientras que, a la inversa, la aceptación del dolor crónico se ha visto relacionada con mejorías importantes en las esferas emocional, social y física de las personas afectadas. (Montesinos, Luciano y Visdómine, 2012; Vallejo-Pareja, 2008). Al día de hoy, existen abordajes novedosos, que dan cuenta del uso de estrategias de aceptación, las cuales distan del ejercicio de control como forma de mitigar la experiencia dolorosa, entre ellas, la Terapia de Aceptación y Compromiso (en adelante ACT, por sus siglas en inglés), desarrollada por Steven Hayes y sus colaboradores en la década de los ochenta del siglo pasado, la cual se enmarca dentro del movimiento conocido como terapia de conducta de tercera generación o terapias contextuales.

Terapia de conducta de tercera generación

La ACT como abordaje clínico, se incluye dentro del movimiento conocido como terapia de conducta de tercera generación, tercera ola de terapia de conducta o terapias contextual-cognitivas (Hayes, 2004; Barraca, 2009; Zych, Buena-Casal, Sierra y Gómez-Rodríguez, 2012). El mencionar una “tercera generación”, supone por regla verbal, la

existencia de dos generaciones anteriores. De esta manera, recientemente, se ha dividido la historia de la terapia de conducta en tres momentos, la primera etapa caracterizada por los desarrollos del análisis experimental de conducta y de la consiguiente terapia de modificación de conducta y, una segunda etapa conocida como “la revolución cognitiva”, que albergó el desarrollo de procedimientos terapéuticos basados en el procesamiento de la información y posteriormente englobados de forma macro mediante el epígrafe de “terapia cognitivo-conductual”. (Pérez-Álvarez, 2006; Vallejo-Pareja, 2010).

Llegados a este punto, la terapia de conducta de tercera generación resulta una categoría que alberga una serie de tratamientos psicológicos que entienden el síntoma a partir de su función en un contexto determinado, considerando que el cambio se lleva a cabo por medio de la transformación de las funciones del síntoma y no de su contenido. (Dimidjian, et al, 2016; Hayes, Strosahl y Wilson, 2012).

Pérez-Álvarez (2006), de una forma algo simple, pero a la vez ilustrativa, resume en una frase los aportes de la terapia de tercera generación: “se trata del abandono de la lucha contra los síntomas y en su lugar la reorientación hacia la vida”. (p.166). Además de la ACT, se han diseñado otros tratamientos englobados en el movimiento de tercera generación, que comparten muchos de sus principios comunes: Psicoterapia Analítico- Funcional, Terapia Cognitiva Basada en Mindfulness, Terapia Dialéctico-Conductual, Terapia Conductual Integrativa de Pareja, la Terapia de Activación Conductual y otras variantes de la Terapia Cognitivo-Conductual (Barraca, 2009; Dimidjian et al., 2016; Hayes, 2004; Mañas, 2007; Pérez-Álvarez, 2012; Vallejo-Pareja, 2010; Zych et al., 2012). La descripción de cada uno de estos abordajes escapa a los objetivos de este documento, sin embargo, el lector puede recurrir a la revisión en castellano de Vallejo-Pareja (2010), con el fin de contar con una

aproximación básica a los fundamentos de cada terapia, las cuales cuentan con un cuerpo de evidencia sólido y creciente, reportándose en los metaanálisis, tamaños del efecto que van de moderados a grandes, en el tratamiento de problemas muy relevantes para la salud pública, tales como ansiedad, depresión, trastorno límite de personalidad, conductas suicidas y desórdenes alimenticios (Dimidjian et al., 2016).

Terapia de Aceptación y Compromiso (ACT)

Se ha considerado la ACT como la más completa de las terapias de conducta de tercera generación (Hayes, 2004; Luciano, Gutiérrez y Páez-Blarrina, 2006) y posiblemente una de las terapias más conocidas y con mayor apoyo empírico en los últimos años. (Luciano, 2016; Ruiz, 2010; Vallejo-Pareja, 2010). Para la ACT, la psicopatología surge a partir del control que las personas quieren hacer de los llamados eventos privados (cogniciones, emociones, sensaciones, recuerdos, etc.) por medio del aprendizaje mediado a través del lenguaje, donde los seres humanos han sido educados en una serie de reglas verbalmente determinadas, que enseñan que el objetivo final de la vida es “evitar el dolor a toda costa”. El cambio se lleva a cabo por medio de la combinación de métodos de aceptación y mindfulness, junto a activación conductual por medio del compromiso de la persona por involucrarse con direcciones valiosas en su vida (Hayes et al., 2012; McCracken y Vowles, 2014).

La ACT no es sólo una propuesta terapéutica, es un modelo terapéutico que incluye una concepción filosófica, una aproximación psicopatológica, y una terapia. (Hayes et al., 1999; León-Quismondo, Lahera y López-Ríos, 2014, Wilson y Luciano, 2002). En este

sentido, la ACT resulta un producto tecnológico de la investigación básica en lenguaje y cognición, que converge en el desarrollo de la Teoría de los Marcos Relacionales. (Diidjian, et al., 2016; McCracken y Vowles, 2014). Esta teoría, plantea que los seres humanos en tanto seres verbales aprenden a generar relaciones arbitrarias entre los estímulos, relaciones determinadas a través del aprendizaje obtenido y promovido a través de la comunidad verbal de la que forma parte. La Teoría del Marco Relacional establece que el comportamiento relacional es un repertorio operante que es aprendido en el proceso de socialización a través de multitud de ejemplos donde se establecen relaciones arbitrarias y bidireccionales entre estímulos (p. ej., un libro es diferente a un lápiz), lo cual, permite que las claves contextuales (p. ej., “diferente”, “comparado a”, “opuesto a”, “yo estoy aquí y usted está allá”) sean abstraídas y se puedan aplicar arbitrariamente a nuevos estímulos. (Páez y Gutiérrez, 2012). Es a partir de ello que la noción de sufrimiento consiste en una relación verbalmente vinculada con el -no sufrimiento- y que la ausencia del “no sufrir” (valor culturalmente promovido y exaltado), supone un malestar del cual hay que rehuir, precisamente promoviendo la falta de flexibilidad que conduce a los conocidos problemas psicológicos (Luciano et al., 2006; Luciano y Valdivia, 2006). Desde el punto de vista de la Teoría del Marco Relacional, el problema gira en torno a que los esfuerzos por cambiar las redes de relación aprendidas (por ejemplo, patrones de pensamiento) generalmente expanden esas mismas redes y provocan que el evento (pensamientos, emociones, sensaciones, etc.) en los que la persona fija su atención y energía, sean más importantes aún (Luciano, 2016; Luoma, Hayes y Walser, 2007), ya que la persona tiende a fusionarse con el contenido verbal de lo que quiere evitar, porque precisamente cree que eso le puede proveer una disminución del

malestar, valor, como se dijo anteriormente, culturalmente aprendido por medio de las reglas verbales arbitrarias de relación desarrolladas durante la vida.

En la medida que las personas se avocan a evitar sus experiencias desagradables, sobreviene el llamado “Trastorno de Evitación Experiencial”, término que utiliza la ACT para describir cómo los patrones desadaptativos de comportamiento surgen a partir de la falta de flexibilidad, toda vez, que las personas despliegan sus esfuerzos y energías en favor de la evitación y control de las experiencias de malestar, las cuáles, son de facto, inevitables, descuidando así otras áreas esenciales de la vida. (García-Montes y Pérez-Álvarez, 2016). Este pretendido control deliberado del malestar es producto de vivir constantemente en un modelo de solución de problemas aprendido de manera relacional. La ACT establece que el estar programado hacia una tendencia de solucionar problemas no es perjudicial en sí mismo; a fin de cuentas, el desarrollo del lenguaje y cognición y su aplicación práctica ha permitido a los humanos resolver un sinnúmero de problemas y vicisitudes a través de su historia, el problema radica en que, aplicar esos mismos principios a cuestiones de la mente no es viable, ya que los procesos internos son poco susceptibles al control voluntario. (García-Montes y Pérez-Álvarez, 2016; León-Quismondo et al., 2014; Luciano y Hayes, 2001). De esta manera, las formas en que una persona puede alterar o evitar los eventos privados son muy variadas, todas ellas producen un alivio inmediato al malestar, pero a largo plazo generan un sufrimiento mucho mayor, alejando a la persona de lo que es importante para su vida. (Ruiz y Odriozola-González, 2017). De manera paradójica la premisa “controla tu mente y controlarás tu vida” lejos de prever alivio, intensifica el malestar. (Hayes et al., 2012; Luciano y Valdivia, 2006).

La ACT considera que el Trastorno De Evitación Experiencial es un fenómeno transversal a la psicopatología descrita en los manuales nosológicos de clasificación psiquiátrica. Se ha detectado, entre otros, en los trastornos afectivos, los trastornos de ansiedad, las adicciones, la anorexia y la bulimia, los trastornos del control de impulsos, ciertos síntomas psicóticos, el duelo, el trastorno por estrés postraumático y numerosos problemas de conducta asociados a la enfermedad (por ejemplo, cáncer, diabetes, epilepsia y problemas en los que el dolor juega un papel esencial). (Páez y Gutiérrez, 2012).

En contraste, la alternativa que propone la ACT consiste en voltear la mirada hacia el contexto, por medio de aceptación consciente de los eventos privados y el compromiso con una “dirección valiosa”, es decir, modificar el contexto del síntoma enseñándole a la persona la función que posee en su vida, en virtud de estar presente momento a momento y dirigir su curso de acción hacia una serie de valores voluntariamente elegidos, sin ser impuestos por los demás o las circunstancias. La ACT busca cambiar la función de los eventos privados en la vida de la persona; a diferencia de la terapia cognitiva tradicional, evita cambiar la frecuencia o forma de aparición de dichos eventos. (Caro, 2016; Díaz, Vidal, González y Gutiérrez, 2016; Luciano y Valdivia, 2006).

En resumen, se enseña de forma aparentemente contraintuitiva, que el síntoma “está al servicio de algo más grande”, es decir, opera a favor de los intereses y valores más amplios del ser humano. A diferencia de la inflexibilidad psicológica promovida por el patrón de evitación y control, la ACT pretende que la persona abra espacio a una reacción flexible y con significado personal de cualesquiera sean sus pensamientos, sensaciones y emociones, en lugar de reaccionar oponiéndose de manera férrea a sus experiencias privadas internas y, en consecuencia, limitando su vida personal. (Luciano, Ruiz, Gil-Luciano y Ruiz-Sánchez,

2016). Aceptar que el malestar forma parte de la experiencia humana y estar dispuesto a experimentarlo (no huir de él) es un elemento esencial de la terapia. Una vez eliminada la necesidad de huir de éste, el paciente debe implicarse en aquellas actividades que, de acuerdo con sus valores, establezca como objetivos. (Hayes, Stroschal y Wilson, 1999; Luciano et al., 2016; Vallejo-Pareja, 2010; Villalobos, Díaz, Ruíz y Paz, 2012). En otras palabras, el objetivo no es cambiar los eventos privados de malestar, sino cambiar sus funciones de evitación, enseñando a la persona a interactuar con ellos desde una perspectiva conectada a sus valores y acciones subjetivamente importantes. (Gómez, Luciano, Páez-Blarrina, Ruiz, Valdivia-Salas y Gil-Luciano, 2014).

Para llevar a cabo el cambio en terapia, la ACT se vale de una serie de estrategias desarrolladas a partir del estudio tanto en el laboratorio como aplicados en la clínica, a partir de la comprensión de la relación entre el lenguaje y la psicopatología, explicitada en la Teoría de los Marcos Relacionales, entre ellas: defusión o distanciamiento de los eventos privados negativos, ver el yo en contexto y no como contenido, conciencia del momento presente, aceptación de los eventos privados, desliteralización del lenguaje, conexión con valores, compromiso de acción de conformidad con valores elegidos, entre otros. (Hayes et al., 2012). El cambio en ACT se logra mediante la utilización de múltiples metáforas, discusiones, paradojas y ejercicios experienciales de alto valor terapéutico. (Ruiz, 2010; García-Pérez y Montes-Álvarez, 2016). Wilson y Luciano (2002), escribieron el primer manual de ACT para lectores hispanohablantes, donde incluyen numerosas estrategias terapéuticas que los clínicos pueden utilizar en aras de perseguir las metas terapéuticas propuestas, con independencia del motivo de consulta del cliente.

La evidencia empírica ha demostrado mediante ensayos clínicos, la eficacia de la ACT, para una cantidad importante de problemas, además de ser un modelo coherente con sus principios filosóficos y procesos de cambio propuestos. (Ruiz, 2010).

Procesos básicos de la ACT

Para poder comprender la ACT en general y su aplicación específica sobre el tratamiento del dolor crónico, es necesario revisar puntualmente los procesos básicos que fundamentan y explican el cambio terapéutico, ampliamente desarrollados en la literatura especializada. Los procesos son trabajados a lo largo de la terapia, sin primar un orden particular a manera de etapas, ya que parte de los mismos principios de flexibilidad psicológica que la ACT pretende desarrollar en el cliente, entra en contradicción con el uso de procedimientos terapéuticos mecanizados. El objetivo de desarrollar cada uno de estos procesos en el cliente versa en que la persona incremente su grado de flexibilidad psicológica ante los eventos privados (Caro, 2016; Hayes et al., 2012; López-Hernández 2014), es decir, la habilidad en contactar con el momento presente de forma más consiente, y basado en lo que la situación le proporciona, sea capaz de cambiar o persistir en la conducta, de conformidad con el seguimiento y compromiso de una serie de valores de vida voluntariamente elegidos. (Luoma et al., 2007). Precisamente, este modelo en la literatura es conocido como “modelo de flexibilidad psicológica” (Hayes et al., 2012). En la figura 1 se explicita la conformación gráfica del modelo.

Ribero-Marulanda y Agudelo-Colorado (2016) resumen sintéticamente los objetivos de la ACT, a partir de lo establecido en diversas revisiones de la literatura. Así, la ACT busca que el ser humano:

- Identifique y abandone las estrategias de control de los eventos internos.
- Que observe las experiencias sin tener que etiquetarlas y llevarlas a ser literalmente ciertas.
- Se centre en conductas orientadas a obtener resultados valiosos, para crear de esta manera acciones flexibles y eficaces.

A continuación, se resume brevemente cada uno de los componentes de la ACT, de acuerdo con lo contemplado en sus principales obras de difusión. (Hayes et al., 1999; Hayes et al., 2012; Luoma et al., 2007; Wilson y Luciano, 2002).

Defusión.

Defusión es un neologismo acuñado por la ACT y que, por su naturaleza, resulta contrario a la fusión. En la fusión, la persona mezcla los procesos verbal-cognitivos con la experiencia directa de manera que el individuo no puede diferenciar entre ambos. De esta manera, la fusión restringe y obstaculiza la flexibilidad psicológica. Cuando la experiencia implica vivencias angustiosas y no deseadas, la fusión, de manera casi automática, conduce a la evitación experiencial, ya que la persona sigue reglas que sugieren que tales vivencias son “insanas” y deben ser controladas o eliminadas.

Mediante la defusión, la ACT enseña a los clientes a separar los procesos cognitivos que están operando de sus productos cognitivos. Metafóricamente, esto implica a separar al

“ser humano” (el oyente) de la “mente” (el hablante). Mediante este proceso, las personas aprenden a ver los productos verbales de su mente como lo que son en realidad y no con lo que dicen ser, es decir, aprender a ver los “pensamientos como pensamientos” y los “sentimientos como sentimientos”, de esta forma se cambia la función del lenguaje, sometiéndolo a un mayor control contextual voluntario. Se trata de que la persona ante la experiencia privada aversiva pueda dar un paso atrás voluntariamente, distanciarse de la mente y observar el proceso que tiene lugar (“soy consciente de que estoy pensando X”) y no quedarse atrapado en sus productos (“soy una mala persona”). En síntesis, la defusión conlleva el aprendizaje de la “desliteralización” del lenguaje, para relacionarse de forma más flexible y consciente ante las experiencias privadas. Lo anterior se logra primordialmente mediante ejercicios experienciales y metáforas diseñadas para tal propósito.

Yo como contexto.

Fomentar la capacidad de perspectiva ante las situaciones y los eventos privados es básico en la ACT. De esta manera, se intenta promover un modo distinto de conciencia, centrado en el presente y en sí misma. El desarrollo del yo como contexto implica favorecer la capacidad de ser observador de los propios procesos mentales, sin juzgarlos y, a su vez, permitir que los productos de la mente estén presentes. Esto se logra cuando la persona aprende que existe una diferencia entre los pensamientos y el pensador, entre los sentimientos y quien los siente, entre los recuerdos y quien recuerda, etc. Cuando se contacta con la experiencia directa a través del yo como observador, se favorece el flujo de una atención más flexible que permite tomar conciencia de uno mismo y del entorno. Así, la ACT pretende devolver al cliente la conciencia de sí mismo como lugar para observar su guerra personal,

sin estar en su guerra personal. Al igual que en otros procesos, se utilizan ejercicios experienciales y metáforas para ayudar al cliente a contactar con su “yo como contexto”. El objetivo es ayudar a desarrollar un sentido del yo más sólido como observadores y experimentadores, con independencia de la particular experiencia que esté sucediendo en el momento. Para lograr su cometido, la ACT se vale de estrategias mindfulness, ampliamente trabajadas en otros enfoques de tercera generación.

Conciencia del presente.

Para beneficiarse del tratamiento, los clientes deben aprender a situarse física y mentalmente en el presente. Los procesos del momento presente se refieren a vivir de manera flexible en el “aquí y ahora”. Se asume que el pasado ya fue y el futuro no ha sido. Este contacto con el presente permite tomar consciencia de lo que sucede sin juzgar ni emitir clasificaciones de ningún tipo a los eventos psicológicos y ambientales. De esta manera, la capacidad de fijar la atención en el presente permite desarrollar mayor flexibilidad y estar más anuente y dispuesto a las posibilidades que ofrece cada situación. En comparación con el vivir plegado en el pasado o en el futuro, la atención presente es más directa, menos conceptual, menos fusionada y más responsiva.

Aceptación.

En terapia, se enseña la aceptación de los eventos privados como una alternativa a la evitación experiencial. Incluye el acoger de forma activa, abierta y consciente los eventos privados de la historia del cliente, sin recurrir a intentos innecesarios por cambiar su frecuencia o forma, sobre todo, porque ello podría producir dolor, lejos de proporcionar

alivio. Por ejemplo, a los clientes que experimentan ansiedad, se les instruye en experimentarla completamente, sin defensa; a los clientes con dolor se les provee de métodos que los empodera, precisamente, abandonar la lucha en contra del control y eliminación del dolor. La aceptación en ACT no es un fin en sí mismo. Contrario a ello, se promueve la aceptación como una forma de potenciar las acciones basada en los valores importantes del cliente. Se utilizan ejercicios que alientan la interacción flexible con las experiencias anteriormente evitadas. Se pueden utilizar ejercicios de exposición, pero no con el objetivo de eliminar o mitigar el malestar directamente (a diferencia de la terapia de conducta clásica), sino que su propósito versa en incrementar la disposición y voluntad de comportarse de manera flexible, en lugar de rehuir a las experiencias emocionales aversivas.

Conexión con valores.

Todo el trabajo enfocado en favorecer la aceptación consciente de los eventos privados por medio de los procesos de la ACT descritos previamente, convergen en enseñar al cliente a que dirija su vida hacia una “dirección valiosa”, voluntariamente elegida, esto es, que se enfoque en lo que verdaderamente es importante para él o ella. Precisamente, la ACT reconoce que los clientes tienen lo necesario para vivir una vida plena, sin embargo, han quedado atrapados en las trampas del lenguaje que la cultura promueve y que conducen a la fusión verbal, la literalidad, el control y la evitación vivencial. Los clientes se han embarcado tan férreamente en el modelo mental de solución de problemas y control de la experiencia aversiva, que muchas veces dicen no saber en qué creen ni qué quieren para su vida. En este sentido, en la práctica clínica, ante la pregunta: “¿Qué haría con su vida si no tuviera que gastar toda esa energía en controlar su depresión (ansiedad, dolor, alcoholismo,

etc)?”, se recibe usualmente la respuesta: “No lo sé”. Por lo tanto, uno de los principales objetivos de la ACT estriba en ayudarle al cliente a clarificar sus valores en el presente, que descubra lo que provee sentido a su vida, y ayudarlo en el viaje a comprometerse con esta acción valiosa. Por ejemplo, un cliente piensa que él o ella es “desagradable”, su vida se ha ido por la borda y piensa que nunca será posible tener una vida con responsabilidades y formar una familia. Un terapeuta ACT no se enfocará en la naturaleza racional o irracional de sus pensamientos o buscar la evidencia en contra de ellos (como se lleva a cabo en la terapia cognitiva estándar). En contraste, el foco de su trabajo consistirá en ayudarle al cliente a descubrir “al servicio de qué” se encuentran sus pensamientos y emociones y en qué medida le ayuda su experiencia a conducir su vida hacia algo más importante y dirigir sus esfuerzos en encontrar rutas de acción valiosas ligadas con el bienestar. Básicamente, el dilema en terapia radica en cuánto el cliente está dispuesto a tener estos pensamientos cuando ocurren y moverse en la dirección en que escoge valores de forma libre y voluntaria, sin replegarse de forma literal a lo que los pensamientos le indican.

Compromiso de acción.

Cómo se mencionó al principio de este apartado, ningún componente de la ACT prima sobre otro, por lo que la descripción del compromiso de acción como último punto, radica más en razones didácticas que metodológicas, dentro del espacio de terapia.

A fin de cuentas, ACT se interesa por el cambio conductual, por lo tanto, se define a sí misma como una terapia de conducta. En este sentido, el principio de compromiso de acción radica en qué una vez el cliente ha elegido sus valores, sea capaz de emprender pasos concretos basados en compromisos, con el fin de que pueda encaminarse hacia esa dirección

valiosa. Las acciones basadas en valores son aquellas que son planeadas deliberadamente para plasmar un determinado valor y conllevan un refuerzo intrínseco, el cual tiene lugar aquí y ahora. Es por ello, que los protocolos ACT suelen incluir tareas de exposición, adquisición de habilidades, modelado, manejo de contingencias, control de estímulos, establecimiento de metas, etc.

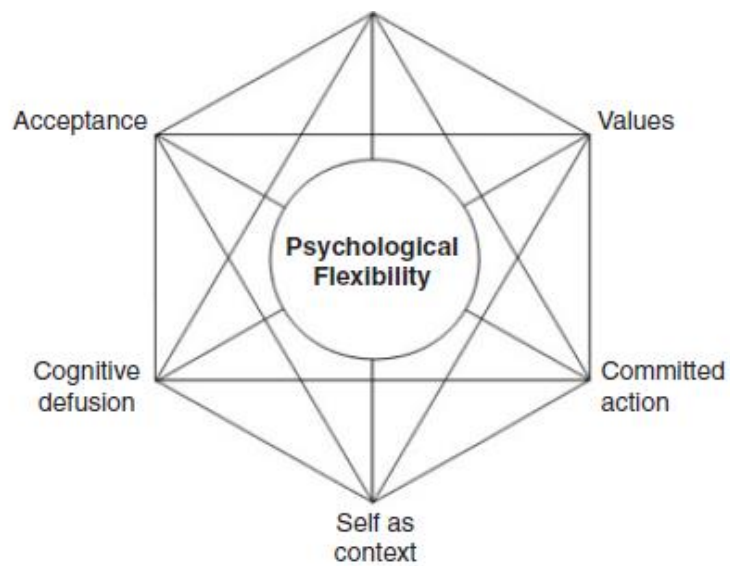


Figura 1 Modelo de flexibilidad psicológica de la ACT (Hayes et a., 2012).

Aplicación clínica de la ACT para el dolor crónico

En el caso específico del dolor crónico, las estrategias basadas en la aceptación, donde se incluye la ACT, el foco del abordaje no está en controlar o combatir el dolor, sino en su aceptación. En terapia, las personas aprenden a establecer contacto con las emociones, sensaciones y pensamientos displacenteros. Los pensamientos negativos asociados con el dolor son usados como objeto de exposición consciente, en vez de tratar de cambiar su contenido irracional. Posteriormente, se clarifica junto al cliente sus valores, es decir, su dirección valiosa de interés para su vida y se moldea la habilidad para comprometerse con esos valores en la vida cotidiana. (Dahl, Wilson, Luciano y Hayes, 2004; Veehof et al., 2011).

Como cualquier otra experiencia de malestar, el mantenimiento del dolor crónico desde un punto de vista psicológico puede ser explicado a través de la Evitación Experiencial, fenómeno ya explicado en páginas precedentes. En el caso específico del dolor crónico, la Evitación Experiencial ocurre cuando la persona no está dispuesta a permanecer en contacto con sus experiencias privadas (sensaciones de dolor, emociones, pensamientos o recuerdos asociados con dolor) y da pasos en áreas de alterar la forma y frecuencia de dichos eventos y los contextos que los ocasionan. En contrapartida, por medio de la exposición en el aquí y en el ahora, la ACT expande las señales interoceptivas que la persona podría tender a evitar. (Dahl et al., 2004).

Mediante la ACT, la persona aprende a mantenerse en funcionamiento activo, implicándose en actividades agradables en su vida, aun cuando continúa experimentando sensaciones dolorosas, aprende a ver “el dolor como dolor” y no como un evento condenatorio y condicionante de su vida, lo que, a su vez, desmantela los contextos socio-verbales que fomentan la lucha por evitarlo sin importar el qué y el cómo. (González et al.,

2010). De esta manera, la persona se compromete en patrones de conducta flexibles orientados hacia una dirección valiosa, ya que aprende que los intentos deliberados en el pasado por controlar o eliminar el dolor han fallado, aumentando las dificultades a lo largo del tiempo. (Vowles, Sowden y Ashworth, 2014).

De acuerdo con Quiñones, Durán y Pons (2015), la premisa básica del modelo de ACT sobre el manejo del dolor se centra en la noción de que, aunque el dolor duele, la lucha contra el dolor es la raíz del sufrimiento. En el caso del dolor crónico, el modelo postula diversos factores causales y de mantenimiento que sostienen la experiencia dolorosa. Por lo tanto, muchos de los esfuerzos invertidos en reducir o eliminar dicho dolor crónico pueden cronificar la experiencia y, por lo tanto, ser inútiles o ineficaces (Dahl et al., 2004). Los intentos continuos en controlar la experiencia del dolor se pueden convertir en conductas maladaptativas, por lo cual el cliente tiende a evitar el involucrarse en actividades valoradas. Por tal razón, el objetivo es mejorar el funcionamiento y disminuir la interferencia del dolor mediante acciones comprometidas hacia los valores de vida (McCracken, 2014). Teóricamente, la ACT puede ayudar como alternativa en aras de incrementar la aceptación de algunos aspectos del dolor crónico que son difíciles de alterar. De esta manera, se liberaría a las personas para actuar de conformidad a lo que es importante para ellos. (Dahl et al., 2004; Hughes, Clark, Colclough, Dale y McMillan, 2017).

La evidencia empírica ha mostrado que la ACT puede ser efectiva en el tratamiento del dolor crónico. En este sentido, en un artículo de revisión teórica, McCracken y Vowles (2014), citan una serie de ECA, estudios parcialmente controlados y otros estudios de efectividad, que sugieren efectos al menos moderados en el mejoramiento del funcionamiento físico y social, así como en las visitas médicas relacionadas con el dolor,

incluso en el seguimiento tres años después de terminado el tratamiento. Los hallazgos de los diversos estudios apuntan a que la ACT produce mejoras significativas en las variables de resultado asociadas con el dolor crónico y que, cuando ellos sucede, los cambios son mediados específicamente por los procesos terapéuticos subyacentes a la teoría de la ACT: aceptación, mindfulness, acciones valiosas, etc.

Metodología

Tipo de estudio

El presente estudio corresponde a una revisión sistemática. Al respecto, se ha considerado las RS como un procedimiento útil que sintetiza la mejor evidencia científica disponible mediante métodos explícitos y rigurosos para identificar, seleccionar, evaluar, analizar y sintetizar los estudios empíricos que permitirán responder a cuestiones específicas. (Perestelo-Pérez, 2012).

Con el fin de brindar respuesta al problema en cuestión, se diseñó el procedimiento de acuerdo con una serie de estrategias, pasos y recomendaciones contenidas en artículos de revisión metodológica, que resumen las mejores prácticas a seguir para la construcción de una RS científicamente relevante y pertinente a la luz de los objetivos planteados. (Petticrew y Roberts, 2006; Perestelo-Pérez, 2012; Sánchez-Meca, 2010; Sánchez-Meca y Botella, 2010), mismos que se describen subsecuentemente. Asimismo, se siguieron algunas pautas contenidas en la declaración PRISMA (Preferred Reporting Items for Systematic Reviews and Meta-Analyses Protocols, 2015) para el diseño y redacción de revisiones sistemáticas y metaanálisis.

Procedimientos de búsqueda y selección de artículos

Se llevó a cabo una búsqueda selectiva de estudios en revistas arbitradas contenidas en bases de datos internacionales, de conformidad con una serie de criterios de inclusión y exclusión específicos. Las bases de datos fueron accedidas por medio del Sistema de

Bibliotecas, Documentación e Información de la Universidad de Costa Rica. (SIBDI). Además se consultó la página web de la Asociación para la Ciencia Conductual Contextual (ACBS), donde se difunden todos los ECA llevados a cabo desde 1986 a la fecha sobre la ACT, con el fin de identificar estudios adicionales no referenciados en la búsqueda por medio de las bases de datos. La ACBS es una organización dedicada a la investigación tanto básica como aplicada, así como a la enseñanza y divulgación de los principios de la Ciencia Conductual Contextual, la Teoría de los Marcos Relacionales y la ACT.

Criterios de inclusión.

- Artículos de revisiones sistemáticas, metanálisis y/o ensayos clínicos aleatorizados y controlados, de acceso a texto completo.
- Estudios donde se compare el efecto de la ACT o MBSR con algún otro estandar terapéutico o lista de espera.
- Artículos cuya fecha de publicación sea no mayor a cinco años, es decir, dentro de un rango 2012-2017.
- Artículos provenientes de publicaciones arbitradas (peer review).
- Artículos escritos en idioma inglés, español y portugués.
- Estudios llevados a cabo con personas adultas. (mayores 18 años).

Criterios de exclusión.

- Estudios sobre dolor crónico oncológico.
- Estudios sobre dolor agudo.
- Revisiones no sistemáticas de la literatura, estudios que no utilicen criterios de comparación, publicaciones en formato de capítulo de libro o de publicaciones no

arbitradas o algún otro tipo de estudio que no se ajuste a las especificaciones señaladas en los criterios de inclusión.

- Estudios de intervenciones ACT “internet-based” , es decir, no presenciales, llevadas a cabo mediante procedimientos vía internet.

Bases de datos a considerar.

- Base de datos de la Asociación de Psicología Americana (APA): PsychINFO.
- Bases de datos de la U.S. National Library of Medicine: Medline/PubMed.
- Bases de datos de libre acceso en idioma español: Scielo, Redalyc, Dialnet.
- Biblioteca Cochrane Plus.
- Otras bases de datos: Dynamed y Directory of Open Access Journal. (DOAJ), portal académico Google Scholar, Clinical Key.

Procedimiento de búsqueda y selección de estudios

La búsqueda se llevó a cabo por medio de la elección de palabras claves específicas y sus diferentes combinaciones, tanto en idioma inglés, español y portugués, atendiendo los criterios de selección de artículos ya reseñados. Los buscadores (palabras claves) fueron seleccionados a partir de una revisión preliminar de la literatura, siendo identificados como los más relevantes y mayormente referenciados en la literatura especializada.

De esta manera, se utilizaron las siguientes palabras clave y sus combinaciones posibles como criterios de búsqueda:

- “Acceptance and Commitment Therapy + Cronic Pain”
- “Terapia de Aceptación y Compromiso + Dolor Crónico”

- “Terapia de Aceitação e Compromisso + Dor Crônica”

Para la verificación del cumplimiento de los criterios de selección establecidos, se utilizaron dos estrategias. Primero, se aplicó los filtros de búsqueda avanzada para cada una de las bases de datos, donde se incluyó las palabras claves y las restricciones en cuanto a fecha de publicación, grupo étnico, idioma y tipo de estudio. Posteriormente, para la condición de comparación del efecto de la ACT vs otro estándar terapéutico o lista de espera, se procedió a la lectura crítica del título y resumen, o en su defecto, de no contemplar con la información requerida para su selección, se llevó a cabo la revisión de la sección metodológica de cada estudio. De esta manera, fue posible verificar la factibilidad de los procedimientos llevados a cabo, con el fin de evaluar su posible inclusión en la revisión. Con el propósito de organizar la información de manera sistemática, se construyó un formulario de registro donde se incluyó información referente a la base de datos utilizada, la fecha de búsqueda, los descriptores utilizados (palabras clave), el número total de artículos encontrados y el número de artículos excluidos en la preselección, una vez analizado el título, resumen, o en caso de ser necesario, la metodología empleada.

Finalmente, se llevó a cabo un nuevo filtraje de estudios, primeramente se dio lectura íntegra a cada uno de los artículos preseleccionados, con especial énfasis en la sección metodológica. De esta manera, se pudo seleccionar los artículos definitivos para la revisión, con arreglo a los objetivos del estudio y criterios de selección preestablecidos. No se consultó con otros autores para identificar estudios adicionales a los localizados en las bases de datos. Fecha de última búsqueda realizada: octubre 2017.

Extracción de datos

Una vez elegidos los estudios que formasen parte de la revisión, se comenzó con el proceso de extracción de datos. Para extraer y organizar la información relevante se contemplaron los objetivos propuestos y criterios de selección. Seguidamente se describe el proceso.

- Primero, se construyó una plantilla de vaciamiento de datos, incluyendo la siguiente información: autor, fecha de publicación, número de participantes, género, promedio de edad, condición de dolor, intervención ACT utilizada, grupo control/comparación utilizado, medidas de resultado y evaluaciones y análisis estadísticos.
- Posteriormente, en una segunda plantilla, se establecieron las principales características de las intervenciones ACT, en términos de número de sesiones, modalidad, detalle de procedimientos y duración de tratamiento.
- En una tercera plantilla, se resumieron los principales hallazgos de los estudios vs una síntesis de las limitaciones reportadas en cada uno de ellos, lo cual es relevante en aras de identificar el riesgo de sesgo de cada uno de los estudios en cuanto a la factibilidad de la generalización de los resultados en poblaciones clínicas.

Como dato relevante a considerar, la inclusión de los datos en las plantillas dependió de la disponibilidad del reporte de la información para cada uno de los estudios analizados. Debido a que la calidad y rigurosidad metodológica de cada estudio es variable, en algunos de ellos no se reportaron algunos datos, por lo tanto, no es posible referirse a ellos. Los principales datos del proceso se resumen en las tablas de la sección de resultados.

Procedimientos de control de sesgo

La RS se enmarca dentro de la práctica de la psicología clínica basada en la evidencia, entendido como aquellas intervenciones que promueven la efectividad de las intervenciones psicológicas, en la atención de usuarios, en diferentes ámbitos de aplicación, a partir del empleo de principios apoyados por datos empíricos y cuya finalidad es mejorar la atención en la salud pública y en otros ámbitos de aplicación de la psicología. (Morianana y Martínez, 2011).

Por lo tanto, con el fin de reducir el riesgo de sesgo inherente al investigador en cuanto a la selección y posterior análisis de los estudios, la revisión se llevó a cabo siguiendo los criterios para el diseño y evaluación de guías de tratamiento de la American Psychological Association (APA), en tanto en cuanto, un tratamiento será eficaz (“bien establecido”) en la medida de que reporte resultados estadísticamente significativos en las medidas de resultado de interés (Echeburúa, Salaberría, De Corral y Polo-López, 2010), por medio de la aplicación de una intervención psicológica específica utilizando un diseño experimental o cuasiexperimental entre grupos, cuyos participantes han sido preferentemente elegidos al azar, en el mejor de los casos, o por asignación aleatoria en su defecto, con medidas pre-post, con un número de casos lo suficientemente amplio como para poder contrastar la hipótesis de eficacia. (Morianana y Martínez, 2011).

Resultados

En total, se encontraron 230 artículos que satisfacían los criterios de búsqueda preliminares. De estos estudios, se excluyeron un total de 208 artículos, debido a que se incumplían los criterios de selección, por razones diversas: hallazgo de estudios duplicados, estudios sobre intervenciones “online”, estudios de validación de instrumentos, estudios de análisis y validación de constructos teóricos subyacentes a la ACT, estudios transversales, estudios sobre intervenciones no ACT, estudios que no se ajustaban a los parámetros poblaciones definidos, estudios basados en componentes de la ACT en otras condiciones médico/psiquiátricas, estudios sobre otros aspectos del dolor, otros estudios que no cumplían algún criterio de selección.

Finalizada la preselección, se excluyeron 19 estudios debido principalmente al hallazgo de artículos que estudiaban el efecto de la ACT sobre el dolor crónico, sin embargo, no contaban con grupo control, por lo tanto no constituyendo un ECA per se, limitando así la generalización de resultados a poblaciones clínicas. Los motivos de la exclusión de estos estudios se detallan en la figura 1.

En total se contabilizaron 12 estudios que cumplían a cabalidad con los criterios de selección establecidos a priori por el autor. De ellos, 7 corresponden a ECA, 1 es un estudio cuasi-experimental y 4 son RS. La mayoría de los ECA analizados de los que se obtuvo acceso a texto completo, son incluidos en RS previas. Sin embargo, también se incluyeron otros estudios relevantes de conformidad con los criterios de selección, que no fueron incluidos en RS anteriores de la literatura. En la figura 1 se resume el procedimiento de búsqueda y selección de estudios.

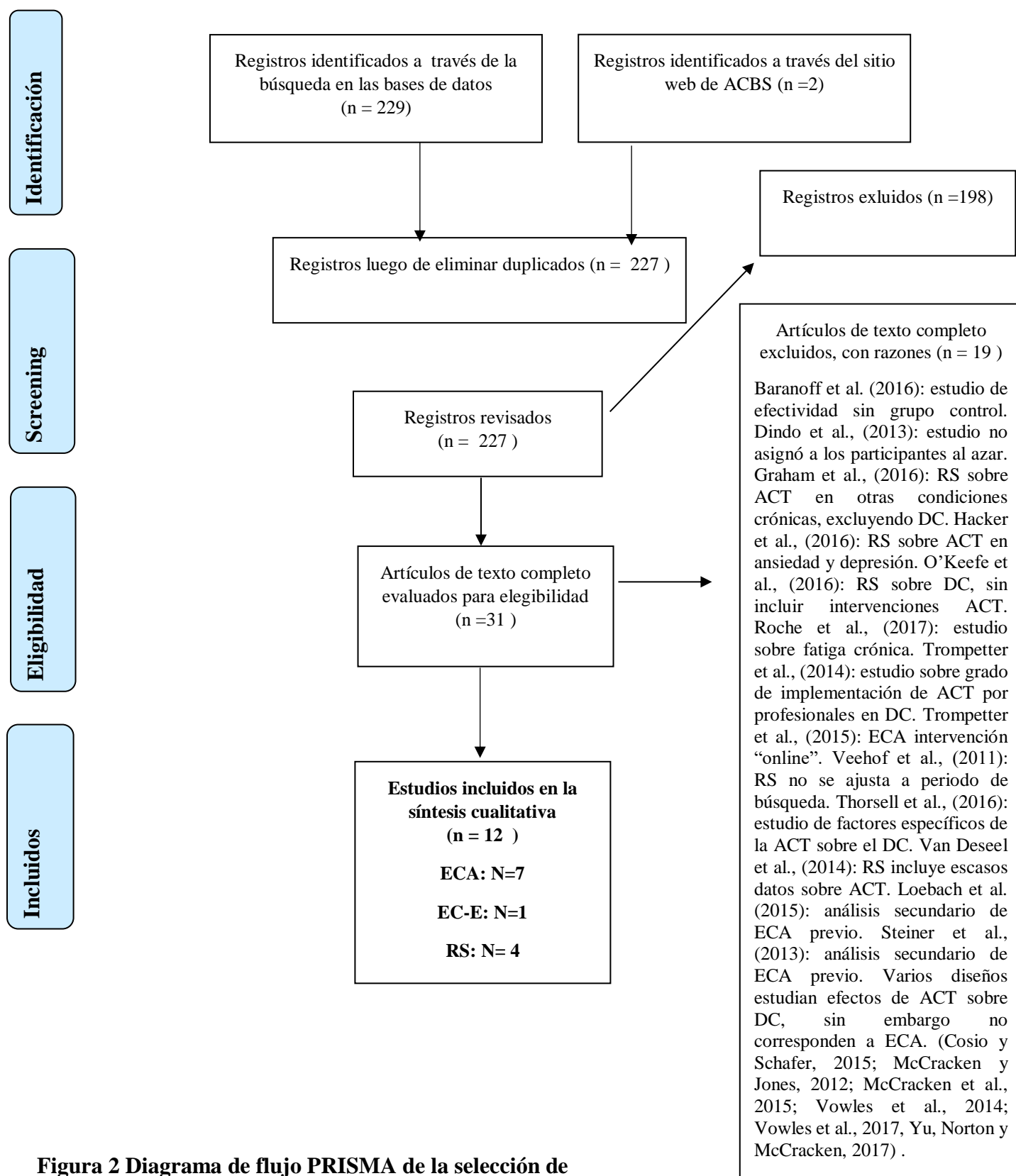


Figura 2 Diagrama de flujo PRISMA de la selección de estudios

Fuentes de publicación y factor de impacto

La tabla 1 representa un resumen de las fuentes de publicación de cada uno de los ECA y RS previas incluidos. Se incluye además la métrica de factor de impacto reportado en el sitio web oficial de la publicación periódica donde aparece cada uno de los artículos.

En este sentido, se observa una gran variabilidad de instituciones patrocinadoras de las revistas, de estas últimas el 66% corresponden a fuentes especializadas en el estudio del dolor tanto a nivel de investigación básica como aplicada en materias diversas como educación, naturaleza, mecanismos, tratamientos, políticas públicas, entre otras. El resto de los artículos fueron publicados en revistas de psicología conductual, cognitivo-conductual y conductual-contextual. Un artículo fue publicado en una revista general de ciencias sociales. El factor de impacto de las revistas oscila desde 0.51 (Asian Social Science) hasta 5.445 (PAIN). El 100% de los artículos fueron publicados en idioma inglés.

Tabla 1. Datos sobre fuentes de publicación y factor de impacto

| Autor (es) | Institución | Revista | Factor de impacto |
|--------------------------------|---|---|--------------------------|
| Hann et al., (2014) (RS) | Association for Contextual Behavioral Science (ACBS) | Journal of Contextual Behavioral Science | 1.62 |
| Hughes et al., (2017) (RS) | Wolters Kluwer Health, Inc | The Clinical Journal of Pain | 2.703 |
| Simpson et al., (2017) (RS) | Osteopathic European Academic Network (OsEAN) y otras | International Journal of Osteopathic Medicine | 0.642 |
| Veehof et al., (2016) (RS) | Swedish Association for Behaviour Therapy | Cognitive Behaviour Therapy | 2.264 |
| Kemani et al., (2015) | Wolters Kluwer Health, Inc | The Clinical Journal of Pain | 2.703 |
| Luciano et al., (2014) | International Association for the Study of Pain (IASP) | PAIN | 5.445 |
| McCracken et al., (2013) | American Pain Society | The Journal of Pain | 4.519 |
| Wicksell et al., (2013) | European Pain Federation | European Journal of Pain | 3.019 |
| Alonso et al., (2013) | Asociación Psicológica Iberoamericana de Clínica y Salud (APICSA) | Psicología Conductual | 0.766 |
| Alonso et al., (2015) | American Academy of Pain Medicine | Pain Medicine | 2.82 |
| Mo'tamendi et al., (2012) | American Headache Society | Headache | 2.961 |
| Nasiri y Kazemi-Zahrani (2015) | Canadian Center of Science and Education | Asian Social Science | 0.51 |

Fuente: elaboración propia

Características de los estudios

Las tablas 2 y 3 resumen las características de los estudios finales analizados e incluidos en la revisión, consistentes en ECA llevados a cabo entre 2012-2017 (con excepción de la inclusión de un estudio de diseño cuasi-experimental), con asignación aleatoria de los participantes a los grupos, donde uno de ellos debió ser una intervención basada en ACT vs al menos un grupo control (p.ej. tratamiento habitual, terapia cognitivo conductual o lista de espera). Como se detalló, se incluyeron tanto estudios primarios, obtenidos de primera mano a través del proceso de búsqueda y selección de artículos en las bases de datos y otros recursos, así como estudios de fuentes secundarias, es decir, ECA contenidos en otras RS relevantes y metanálisis que estudiaron el efecto de intervenciones ACT sobre el dolor crónico. El análisis de RS previas, permitió identificar estudios adicionales no identificados mediante la pre-selección en las bases de datos. De esta manera, fue posible llevar a cabo una búsqueda manual de los estudios y solicitar el acceso al texto completo para su análisis.

Se observa que España es el país con más número de estudios, tres específicamente, seguido de Suecia e Irán con dos estudios cada uno, y el Reino Unido con un estudio. Llama la atención la ausencia de estudios llevados a cabo en los Estados Unidos, ya que el país ha liderado históricamente los estudios básicos y aplicados sobre la ACT.

En total, la muestra de los estudios en conjunto corresponde a 500 personas, para un promedio de edad de 54.74 años y distribución por sexo de 86.40% mujeres y 13.59% varones. Dos estudios utilizaron solamente muestra de mujeres. (Mo'tamedi et al., 2012; Wicksell et al., 2013). Asimismo, dos estudios (Alonso et al., 2013; Alonso et al., 2015) utilizaron muestras de adultos mayores, por ende elevando considerablemente el promedio

de edad de los participantes. Excluyendo estos estudios, el promedio de edad entre los participantes ronda la adultez media, con un promedio de edad de 44.68 años. El tamaño de la muestra fue muy variable entre los estudios, oscilando desde N= 156 en el estudio de Luciano et al., (2014) hasta N= 10, en el estudio de Alonso et al., (2013).

Se estudiaron varias condiciones de dolor, en el 100% de los estudios se indica el tipo de dolor a evaluar y tratar. En este sentido, dos estudios evaluaron la eficacia de la ACT sobre la fibromialgia, dos sobre el dolor musculo-esquelético, dos indican únicamente “dolor crónico”, un estudio reporta la condición de “dolor prolongado” y un estudio evaluó el dolor crónico de cabeza.

Con respecto al diseño, todos los estudios utilizaron un criterio de comparación como grupo control, la mayoría de ellos compararon el efecto de la intervención ACT sobre otro tratamiento activo, lista de espera o tratamiento habitual. En uno de los estudios, no se especificó con claridad en que consistía el grupo control (Nasiri y Kazemi-Zahrani, 2015). Además, en el 100% de los estudios se utilizaron medidas de evaluación pre-post tratamiento, sin embargo, en tres estudios no se reporta seguimiento posterior una vez finalizado el tratamiento. Los periodos de seguimiento en los estudios oscilaron entre 1 mes y 12 meses.

Los instrumentos de medición fueron muy variables y de distinta naturaleza, tanto para las variables primarias y secundarias de resultado. Todos los instrumentos fueron desarrollados originalmente en idioma inglés, algunos de ellos contaban con versiones estandarizadas, traducidos y adaptados de conformidad con las características sociodemográficas y culturales de las muestras utilizadas. En cinco estudios se utilizó el Cuestionario de Aceptación del Dolor (CPAQ), desarrollado por McCracken, Vowles y Eccleston (2004); en cuatro de ellos la Escala de Catastrofización del Dolor (PCS) de

Sullivan Bishop y Pivik (1995); y en tres de ellos el Cuestionario de Aceptación y Acción (AAQ) de Bond et al., (2011). El resto de los instrumentos fueron utilizados con menor frecuencia, dependiente entre otras cosas, de las características de la muestra y objetivos secundarios perseguidos.

Tabla 2 Características de ensayos clínicos aleatorizados

| Autor (es) | Participantes al inicio del tratamiento | Condición de dolor | Intervención ACT | Grupo control/comparación | Medidas de resultado y periodo de evaluaciones | Estadísticos |
|--|--|---------------------------|--|---|--|--|
| Kemani et al., (2015) País de estudio: Suecia | N= 60 Promedio de edad= 40.3 (DE=11.4) Género= Mixto (80% mujeres ACT, 66.7% mujeres RA) | Dolor prolongado | 12 sesiones grupales, con frecuencia semanal | ACT vs RA (Relajación aplicada). 30 personas grupo ACT, 30 grupo RA | MINI, PDI, PI, SF-12, HADS, CPAQ Pre, mitad y post-intervención. Seguimiento 3 y 6 meses | LGM, ANOVA, ITT, PDI (criterios Jacobson-Truax), para estimar cambios clínicamente significativos, pruebas t, prueba de Fisher, U-Mann Whitney, rho Spearman |
| Luciano et al., (2014) País de estudio: España | N=156 Promedio de edad= 48.8. Género= Mixto. (150 mujeres, 6 varones) | Fibromialgia | 8 sesiones grupales, con frecuencia semanal | ACT vs TFR (Tratamiento farmacológico recomendado: duloxetina + pregabalina) vs lista de espera | MINI, FIQ, PCS, HADS, CPAQ, PVAS, EQ-5D, cuestionario clínico-sociodemográfico. Pre-post intervención. Seguimiento 3 y 6 meses | Estadísticos descriptivos, ITT, Bonferroni post hoc, Tukey post-hoc, modelos lineales mixtos, d de Cohen para estimación de tamaño del efecto, correlaciones bivariadas de Pearson |
| McCracken et al., (2013) País de estudio: Reino Unido | N=73. Promedio de edad=58.0 (DE= 12.8) Género= mixto. (68.5% mujeres, 31.5% hombres) | Dolor crónico | 4 sesiones grupales, 2 sesiones por semana. | ACT + TAU (Tratamiento habitual) vs TAU | RMDQ, PHQ9, SF-36, PGIC, CPAQ, AAQ II. Pre y post durante las 2 semanas de intervención. Seguimiento 3 meses | ITT, ANOVA, pruebas t, chi cuadrada, d de Cohen para estimación de tamaño del efecto |

Tabla 2

Características de estudios incluidos (continuación).

| Autor (es) | Participantes al inicio del tratamiento | Condición de dolor | Intervención ACT | Grupo control/comparación | Medidas de resultado y periodo de evaluaciones | Estadísticos |
|--|---|---------------------------|---|---|--|---|
| Wicksell et al., (2013) País de estudio: Suecia | N= 40. Promedio de edad=45.1 (DE=6.6). Género= 100% mujeres | Fibromialgia | 12 sesiones grupales, con frecuencia semanal | ACT vs lista de espera | PDI, FIQ, SF36, SES, BDI, STAI, PIPS Pre-post intervención, con seguimiento de medidas a los 12 meses | ANOVA, modelos mixtos lineales, d de Cohen para tamaño del efecto, correlaciones bivariadas |
| Alonso et al., (2013) País de estudio: España | N=10. Promedio de edad= 85.4. (DE= 3.13). Género=mixto (80% mujeres en ambos grupos) | Dolor músculo-esquelético | 10 Sesiones grupales , 2 sesiones por semana. | ACT+SOC vs Lista de espera. 5 participantes grupo ACT-SOC, 5 lista de espera. | MHAQ, BPI, GDS-10, SWLS, SOPA, TOA, PCS, AAQ, CPVI, SOC Pre-post intervención. No hubo seguimiento posterior. | Puntuaciones Z, estadísticos descriptivos, U Mann Whitney, test Wilcoxon, ANOVA, d de Cohen |
| Alonso et al., (2015) País de estudio: España | N=101. Promedio de edad= 82.26. (DE=10.0). Género=mixto. (78.6% mujeres) | Dolor músculo-esquelético | 9 sesiones grupales con frecuencia semanal | ACT+SOC vs Grupo de apoyo mínimo. 53 participantes ACT-SOC, 48 grupo control. | MMSE, BPI, GDS, PASS-20, PCS, SOC, CPAQ Pre-post intervención. No hubo seguimiento posterior. | Estadísticos descriptivos, chi cuadrada, pruebas t, Bonferroni post-hoc, ANOVA |

Tabla 2

Características de estudios incluidos (continuación).

| Autor (es) | Participantes al inicio del tratamiento | Condición de dolor | Intervención ACT | Grupo control/comparación | Medidas de resultado y periodo de evaluaciones | Estadísticos |
|---------------------------------|--|---------------------------|--|---|---|---|
| Mo'tamedi et al., (2012) | N= 30. Promedio de edad= 36.02 (DE=8.06). | Dolor de cabeza crónico | 8 sesiones grupales, con frecuencia semanal. | ACT vs TAU. 15 participantes en cada grupo. | MPQ-SF, MIDAS, STAI-T. | Estadísticos descriptivos, pruebas t, prueba de Fisher, ANCOVA, ITT |
| País de estudio: Irán | Género=100% mujeres | | | | Pre-post intervención. No hubo seguimiento posterior. | |
| Nasiri y Kazemi-Zahrani (2015). | N=30. Promedio de edad =39.9. (DE = 4.41). Género= | Dolor crónico | 8 sesiones grupales, con frecuencia semanal. | ACT vs grupo control no especificado. 15 participantes en cada grupo. | AAQ, CPAQ, PIS, PCS, PASS-20 | MANCOVA, Lambda de Wilks |
| País de estudio: Irán | mixto (88% mujeres, 12% varones). | | | | Pre-post intervención. Seguimiento a un mes | |

MINI: Mini-entrevista Neuropsiquiátrica Internacional, PDI: Índice de Discapacidad Asociado al Dolor, PI: Intensidad del Dolor, SF-12: Cuestionario de Salud-12, HADS: Escala de Ansiedad y Depresión Hospitalaria, CPAQ: Cuestionario de Aceptación del Dolor; FIQ: Cuestionario de Impacto de la Fibromialgia, PCS: Escala de Catastrofización del Dolor, PVAS: Escala Análoga Visual del Dolor, EQ-5D: Escala Análoga Visual EuroQol, RMDQ: Cuestionario de Discapacidad Roland-Morris, PHQ-9: Cuestionario de Salud del Paciente-9, SF-36: Cuestionario de Salud 36, PGIC: Impresión Global de Cambio del Paciente, AAQ-II: Cuestionario de Aceptación y Acción, SES: Escala de Autoeficacia, BDI: Inventario de Depresión de Beck, STAI: Inventario de Ansiedad Estado-Rasgo, PIPS: Escala de Inflexibilidad Psicológica Ante el Dolor, MHAQ: Cuestionario de Evaluación de la Salud Modificado, BPI: Inventario Breve de Dolor, GDS-10: Escala de Depresión Geriátrica, SWLS: Escala de Satisfacción con la Vida, SOPA: Actitudes ante el Dolor, TOA: Escala de Actitudes sobre el Propio Envejecimiento, CPVI: Inventario de Valores sobre el Dolor Crónico, SOC: Cuestionario de Selección, Optimización y Compensación, MMSE; Mini Examen del Estado Cognoscitivo, PSS-20: Escala de Ansiedad ante Síntomas de Dolor, MPQ-SF: Escala Breve de Dolor de McGill, MIDAS: Escala de Evaluación de la Discapacidad por Migrañas, PIS: Escala de Intensidad del Dolor, LGM: Modelo de Crecimiento de Curva Latente, ANOVA: Análisis de Varianza, ITT: Intención-por-Tratar, ANCOVA: Análisis de Covarianza, MANCOVA: Análisis Multivariado de la Covarianza.

Fuente: elaboración propia, basado en Hann y McCracken (2014) y Simpson et al., (2017).

Intervenciones ACT

Con respecto a las intervenciones ACT, el 100% de las intervenciones fueron de carácter grupal, presencial, con una frecuencia de sesiones predominantemente de tipo semanal, con una media de sesiones entre los estudios de 8.87 sesiones, y una media de duración de la sesión terapéutica semanal de 2.26 horas, para un promedio de horas totales de tratamiento de 16.75.

Las intervenciones ACT se caracterizaron por emplear protocolos de abordaje diversos, varios trabajos utilizaron el manual básico de la ACT de Hayes et al., (1999), otros se centraron en otros manuales ACT y trabajos previos de aplicación de ACT sobre el dolor crónico. En general, no hubo ningún tratamiento idéntico a otro, sin embargo, se observa que las técnicas fueron muy homogéneas entre los estudios, enfatizando el abordaje de los seis componentes del modelo de flexibilidad psicológica que sustenta el cambio terapéutico: conciencia del momento presente, defusión, aceptación, conexión con valores, yo como contexto y acciones comprometidas. En la tabla 3 se especifican las características de las intervenciones ACT para cada ensayo clínico.

Tabla 3. Características de intervenciones ACT

| Autor (es) | Modalidad | Número de sesiones por semana | Número de semanas | Horas de tratamiento semanal | Horas totales de tratamiento | Componentes ACT del tratamiento |
|--------------------------|--|--------------------------------------|--------------------------|-------------------------------------|-------------------------------------|---|
| Kemani et al., (2015) | Grupal, se formaron 5 grupos, con 6 personas por grupo | 1 | 12 | 1.5 | 18 | Protocolo ACT de cuatro fases. Énfasis en toma de perspectiva del dolor, clarificación de valores personales, defusión, aceptación, metas orientadas en valores, prevención de recaídas. |
| Luciano et al., (2014) | Grupal, 10-15 personas por grupo | 1 | 8 | 2.5 | 20 | Tratamiento basado en Wilson y Luciano (2002), adaptado a pacientes con fibromialgia. Énfasis en problemas de control, diferencias entre aceptación y resignación, evitación experiencial, mindfulness y contacto con momento presente, defusión, conexión con valores, observación del yo, acciones orientadas en valores. |
| McCracken et al., (2013) | Grupal 12-13 personas por grupo, se formaron 3 un total de 3 grupos ACT. | 2 | 2 | 4 | 16 | Adaptación de los principios de la ACT para el dolor crónico, con base en Hayes et al., (1999) y McCracken (2005). Incluyó la combinación de métodos para promover la flexibilidad psicológica, entre ellos, aceptación, defusión y acciones comprometidas basadas en valores. |
| Wicksell et al., (2013) | Grupal, 6 personas por grupo | 1 | 12 | 1.15 | 18 | Protocolo ACT de cuatro fases. Énfasis en: cambiar de contexto del dolor y toma de perspectiva, clarificación de valores individuales, activación conductual basada en valores, aceptación y defusión cognitiva. |

Tabla 3

Características de intervenciones ACT (continuación).

| Autor (es) | Modalidad | Número de sesiones por semana | Número de semanas | Horas de tratamiento semanal | Horas totales de tratamiento | Componentes ACT del tratamiento |
|--------------------------------|---|--------------------------------------|--------------------------|-------------------------------------|-------------------------------------|--|
| Alonso et al., (2013) | Grupal, 5 personas por grupo | 2 | 5 | 4 | 20 | Intervención ACT basada en Hayes et al., (1999) y en los principios del modelo SOC con adultos mayores (Baltes et al., 1999). Énfasis en: reducción de estereotipos sobre la vejez y el dolor, establecer metas vitales y compromiso para actuar de acuerdo con valores personales, manejo de rumiaciones, mindfulness, activación conductual para alcanzar metas orientadas con valores, establecimiento de nuevas estrategias de afrontamiento, aceptación, prevención de recaídas, etc. |
| Alonso et al., (2015) | Grupal. Se conformaron 7 grupos con un máximo de 8 participantes por grupo. | 1 | 9 | 2 | 18 | Intervención ACT basada en Hayes et al., (1999) y Hayes y Duckworth (2006), y en los principios del modelo SOC con adultos mayores. (Baltes et al., 1990). Contenidos: comprensión del dolor, desesperanza creativa, mindfulness, compromiso con acciones valiosas, control como estrategia ineficaz, estrategias de afrontamiento, promoción de autonomía, prevención de recaídas. |
| Mo'tamendi et al., (2012) | Grupal, 15 participantes por grupo | 1 | 8 | 1.5 | 12 | Protocolo ACT basado en Vowles et al., (2009). Contenidos: comprensión de inviabilidad de control del dolor, compromiso con actividades de significado aun cuando se experimente dolor, evitación experiencial, compromiso con acciones valiosas, conciencia del momento presente y mindfulness. |
| Nasiri y Kazemi-Zahrani (2015) | Grupal, 15 participantes por grupo | 1 | 8 | 1.5 | 12 | Desesperanza creativa, control como problema, identificación y clarificación de valores, defusión, mindfulness, contacto con el momento presente, yo como contexto. |

Resultados de estudios

Se describe los principales hallazgos de las variables de resultado medidas en cada uno de los estudios.

Como es usual en los ECA, los autores dividen los hallazgos en variables de resultado primarias (“primary outcome measure”) y variables de resultado secundarias (“secondary outcome measure”); sin embargo no en todos los estudios se explicita la categorización otorgada a cada variable de resultado. A partir de los datos extraídos, cinco de los ocho estudios incluidos, especificaron variables de resultado tanto primarias como secundarias (Kemani et al., 2015; Luciano et al., 2014; McCracken et al., 2013; Mo’tamendi et al., 2012; Wicksell et al., 2013). En tres estudios no se detalla si las variables sujetas de análisis representan medidas de resultado primarias o secundarias. (Alonso et al., 2013; Alonso et al., 2015; Nasiri y Kasemi, 2015).

Las variables mayormente analizadas entre los estudios consistieron en la discapacidad/interferencia por dolor, intensidad de dolor, funcionamiento emocional, creencias y actitudes y aceptación/flexibilidad psicológica. Otras variables estudiadas en menor medida correspondieron: costos económicos para la salud, efectos adversos de la intervención, satisfacción y calidad de vida, funcionamiento físico, impresión global de cambio y cambios en la medicación.

Dado que el análisis de todas las variables reportadas en los ensayos escapa de los objetivos de esta revisión, a continuación, se describe con mayor detalle los hallazgos reportados para las principales variables de resultado.

Discapacidad/Interferencia por dolor.

Los estudios que analizaron la discapacidad/interferencia por dolor, midieron los efectos discapacitantes del dolor crónico sobre las actividades de la vida diaria y funcionamiento general.

Kemani et al., (2015) encontraron diferencias clínicamente significativas en la reducción de la discapacidad, a favor de la ACT ($B = -5.17$, $DE = 1.47$, $P < 0.01$, $d = 0.61$); cambios que se mantuvieron en el seguimiento de 6 meses, con tamaños del efecto medianos. ($B = 4.29$, $DE = 1.67$, $P = 0.01$, $d = 0.63$).

Por su parte, en el estudio de Luciano et al., (2014), evaluaron el estado de salud general relacionado con la fibromialgia. Los hallazgos indicaron diferencias estadísticamente significativas entre los grupos al finalizar el tratamiento ($M = 48.70$, $DE = 6.91$, $P < 0.01$, $d = 1.43$ TFR, 2.35 lista de espera) con una mayor reducción del impacto de la fibromialgia y mejoría en el funcionamiento global, efectos mantenidos en el periodo de seguimiento. ($M = 46.49$, $DE = 8.77$, $P < 0.01$, $d = 1.43$ TFR, 2.11 lista de espera).

Por otro lado en el estudio de McCracken et al., (2013), analizaron la discapacidad general. No hubo diferencias significativas entre los grupos al final del tratamiento. Sin embargo, en el seguimiento, se encontraron diferencias estadísticamente significativas a favor de ACT, de tamaño mediano, con respecto al grupo control en la variable de discapacidad asociada con dolor ($M = 10.82$, $DE = 5.5$, $P < 0.05$, $d = 0.59$).

Wicksell et al., (2013) encontraron reducciones significativas en la discapacidad asociada con el dolor al finalizar el tratamiento, con tamaño del efecto mediano ($F(1.67) = 16.59$, $P < 0.001$, $d = 0.75$), cambios mantenidos durante el seguimiento de tres meses ($d = 0.73$). El impacto de la fibromialgia fue evaluado a través de la FIQ, correspondiendo a una medida

de resultado secundaria, los hallazgos indican resultados estadísticamente significativos con tamaño del efecto pequeño en la reducción del impacto de la fibromialgia sobre la salud general ($F(1,68) = 4.09, P = .047, d = 0.41$), manteniéndose los cambios en el seguimiento ($F(1,68) = 4.09, p = .047$) con tamaño del efecto mediano ($d = 0.66$).

Alonso et al., (2013) evaluaron en una muestra de adultos mayores, el grado en que el dolor interfería en las actividades de la vida diaria. Contrario a lo esperado, los autores no encontraron diferencias significativas entre los grupos en interferencia del dolor en variables como actividades de vida diaria, ánimo, caminar, relaciones personales, familia, actividades recompensantes, sueño y autocuidado. Alonso et al., (2015) en un estudio similar con una serie de mejoras metodológicas, con respecto al estudio del 2013, encontraron en el grupo experimental una reducción de la interferencia del dolor en la capacidad para caminar ($M = 5.15, DE = 3.60, p = 0.05$) y relacionarse con otros. ($M = 2.33, DE = 2.90, P = 0.10$), con tamaños del efecto de pequeños a medios. Las otras variables estudiadas no contaron con diferencias significativas entre grupos.

Finalmente, Motamendi et al., (2012), reportaron en el grupo experimental, reducciones en la discapacidad por dolor, en el post-tratamiento ($F(1,29) = 33.72, P < .0001, d = 0.93$) con respecto al grupo control, con un tamaño del efecto grande.

Intensidad de dolor.

Kemani et al., (2015) encontraron reducciones de tamaño pequeño en la intensidad de dolor, las cuáles fueron clínicamente significativas en el post-tratamiento ($B = -0.45, DE = 0.17, P < 0.01, d = 0.34$). Asimismo, Luciano et al., (2014) reportaron en personas con

fibromialgia, reducciones de la percepción subjetiva del dolor en comparación con las condiciones de control, tanto en el post-tratamiento ($M=48.07$, $DE=10.50$, $P<0.01$, $d=0.62$ TFR ,0.93 lista de espera), como en el periodo de seguimiento, aunque con disminución en el tamaño del efecto en ambas condiciones ($M=49.58$, $DE=10.98$, $P<0.01$, $d=0.47$ TFR, 0.80 lista de espera). Wicksell et al., (2013) no encontraron diferencias entre los grupos con respecto a la disminución de la intensidad del dolor ($F(1,78)=3.48$, $P=.066$), al igual que Alonso et al., (2015) ($M=5.38$, $DE=2.66$, $P=0.68$). Por su parte, Nasiri y Kasemi (2015), identificaron reducciones en la intensidad de dolor ($F=3.34$, $P=0.04$, $d=0.22$), cuyo efecto se mantuvo al mes de seguimiento ($F=8.81$, $P=0.01$, $d=0.44$), sin embargo, en ambos momentos de evaluación el tamaño del efecto de la intervención fue pequeño. Finalmente, Mo'tamedi et al., (2012) encontraron reducciones en la dimensión afectiva del dolor, con un tamaño del efecto grande ($F(1,29)=10.14$, $P=0.03$, $d=1.35$), sin embargo, no hallaron diferencias con respecto a la dimensión sensitiva del dolor.

Funcionamiento emocional.

Los ocho estudios incluyeron al menos una medida de ansiedad o depresión.

Depresión:

Kemani et al.,(2015) reportaron una disminución significativa de la depresión en comparación con el grupo control, con un tamaño del efecto pequeño ($B=-1.89$, $DE=0.54$, $P<0.01$, $d=0.41$), los cuáles los autores sugieren se mantuvieron durante el seguimiento. De la misma manera, Luciano et al., (2014) reportaron disminuciones importantes de la depresión con respecto a las dos condiciones de control, tanto en el post-tratamiento ($M=5.41$, $DE=1.36$, $P<0.01$, $d=0.43$ TFR, 1.01 lista de espera), como en el seguimiento ($M=5.84$, $DE=1.60$, $P<0.01$, $d=0.37$ TFR, 0.88 lista de espera), incrementándose los tamaños

del efecto considerablemente cuando se compara ACT con la condición de lista de espera. McCracken et al., (2013) encontraron efectos de tamaño pequeño en la reducción de la depresión al finalizar el tratamiento ($M=9.53$, $DE=6.84$, $P<0.05$, $d= 0.46$), los cuáles se mantuvieron durante el seguimiento ($d=0.58$). De manera consistente Wicksell et al., (2013) encontraron reducción en la depresión con respecto a la lista de espera ($F(1,63) =8.32$, $P=0.005$, $d=0.44$), incrementándose ligeramente el tamaño del efecto en el seguimiento ($d=0.64$). Por su parte, en el estudio de Alonso et al., (2013) y Alonso et al., (2015) no encontraron diferencias significativas en depresión en el post-tratamiento. Mo'tamedi et al., (2012) utilizó la subescala de rasgo del STAI, con el fin de evaluar el distrés afectivo en general, encontrando diferencias estadísticamente significativas en la reducción de esta variable, con respecto al grupo control, con un robusto tamaño del efecto ($F(1,29)=28.27$, $P<0.001$, $d=2.54$).

Ansiedad:

Kemani et al. (2015) reportaron disminución clínicamente significativa de ansiedad, de tamaño pequeño, en comparación con Relajación Aplicada ($B = -1.42$, $DE= 0.64$, $P= 0.03$, $d=0.33$), el cual no se mantuvo en el periodo de seguimiento. Luciano et al., (2014) hallaron reducciones en la ansiedad de tamaño pequeño en comparación con el grupo TFR y de tamaño mediano con respecto a la lista de espera en el post-tratamiento ($M=8.28$, $DE=2.38$, $P<0.01$, $d=0.36$ TFR, 0.77 lista de espera), en el seguimiento a los 6 meses se mantuvieron los efectos. ($M=8.73$, $DE=2.04$, $P<0.01$, $d=0.39$ TFM, 0.85 lista de espera). Por su parte, Wicksell et al., (2013) utilizando el STAI, identificaron disminuciones de tamaño medio en la ansiedad-estado en comparación con la lista de espera ($F(1, 66) = 5.56$, $P< 0.021$, $d= 0.51$), así como en la ansiedad -rasgo ($F(1, 66) = 9.31$, $P< 0.003$, $d= 0.73$). Asimismo, Alonso et

al., (2015) reportaron cambios significativos de tamaño medio en la ansiedad con respecto al grupo control, en una muestra de adultos mayores con dolor crónico ($M=28.92$, $DE=16.90$, $P=0.01$). Nasiri y Kasemi (2015) en su estudio cuasi-experimental, indicaron reducciones en los índices de ansiedad relacionada con dolor en el grupo experimental, tanto en el post-tratamiento ($F=34.92$, $P=0.001$, $d=0.76$), como en el seguimiento ($F=38.32$, $P=0.001$, $d=0.77$).

Creencias y actitudes.

Varios estudios estudiaron la perspectiva subjetiva de los pacientes ante la experiencia de dolor, es decir, en que medida aparecían y se mantenían distorsiones cognitivas y actitudes negativas asociadas con el dolor, variable principalmente medida a través de la Escala de Catastrofización del Dolor (PCS).

Luciano et al., (2014) encontraron reducciones significativas de tamaño del efecto mediano en la catastrofización del dolor, en comparación con el tratamiento farmacológico recomendado y la lista de espera, en el post-tratamiento ($M=21.26$, $DE=8.16$, $P<0.01$, $d=0.76$ TFR, $d=0.89$ lista de espera), así como en el seguimiento ($M=23.13$, $DE=7.78$, $P<0.01$, $d=0.69$ TFR, $d=0.72$ lista de espera). Por su parte, Alonso et al., (2015) en su muestra de adultos mayores, reportaron datos que apoyan la disminución en la catastrofización del dolor por medio de la intervención ACT, con tamaño del efecto medio ($M=15.76$, $DE=10.65$, $P=0.03$). Finalmente, Nasiri y Kasemi (2015), hallaron diferencias importantes en la modificación de creencias catastróficas en el grupo experimental, una vez terminado el tratamiento ($F=10.84$, $P=0.007$, $d=0.49$), cambios que se mantuvieron durante el seguimiento ($F=45.72$, $P=0.001$, $d=0.80$).

Aceptación/Flexibilidad psicológica.

En el estudio de Kemani et al. (2015), describieron incrementos significativos en la aceptación del dolor en el grupo ACT, comparado a la condición de Relajación Aplicada, tanto en el post-tratamiento ($B=8.26$, $DE= 2.71$, $P<0.01$, $d= 0.40$), como en el periodo de seguimiento, utilizando el Cuestionario de Aceptación de Dolor Crónico (CPAQ). ($B= 3.15$, $DE=0.87$, $P<0.01$, $d =0.72$). Paralelamente, Luciano et al., (2014), reportaron aumentos clínica y estadísticamente significativos en la aceptación de dolor, con tamaño del efecto grande, en comparación con ambas condiciones de control ($M=60.85$, $DE=10.99$, $P<0.01$, $d=1.05$ TFR, $d=1.21$ lista de espera), asimismo, los cambios se mantuvieron durante el seguimiento a los 6 meses ($M=58.64$, $DE=10.92$, $P<0.01$, $d=1.01$ TFR, $d=1.14$ lista de espera). McCracken et al., (2013), contrario a su hipótesis inicial, no encontraron diferencias en la aceptación del dolor o aceptación psicológica general, inmediatamente terminado el tratamiento. En el seguimiento, se mantuvo esta tendencia en la variable de aceptación psicológica general, sin embargo, el grupo ACT alcanzó resultados clínicamente significativos en la aceptación del dolor, con tamaño del efecto medio ($M=71.11$, $DE= 8.86$, $P<0.05$, $d=0.64$). Wicksell et al., (2013) encontraron reducciones importantes en la inflexibilidad psicológica en el grupo ACT, en comparación con la lista de espera ($F(1.69) = 7.40$, $p=0.008$, $d=1.06$), cuyo efecto disminuyó ligeramente en el seguimiento ($d=0.72$). En el estudio de Alonso et al., (2013), se reportó mayor aceptación al final del tratamiento ($M=34.60$, $DE=5.98$, $P=0.07$, $d=1.39$) Alonso et al., (2015), reportaron mayores índices de aceptación ante el dolor en el grupo ACT-SOC, en el post-tratamiento ($M=73.07$, $DE=17.76$, $P=0.01$), con respecto al grupo control.

Discusión

A partir de los hallazgos de la revisión llevada a cabo, resulta plausible analizar una serie de consideraciones a la luz del estado clínico-empírico actual de la cuestión, con respecto a la evidencia disponible y vigente acerca de la eficacia de la ACT sobre el dolor crónico.

Como se mencionó, en total se contó con 12 artículos derivados de fuentes primarias y secundarias, que satisfacían los criterios de selección estipulados. La totalidad de la producción científica revisada, nuevamente da cuenta del liderazgo de los países anglosajones y europeos en cuanto al diseño y puesta en marcha de ensayos clínicos aleatorizados y controlados en salud, método que se considera junto a los metanálisis, como los más pertinentes en cuanto a establecer el nivel de eficacia de un tratamiento clínico, de acuerdo a las prácticas de la medicina y psicología basada en evidencia. (Echeburúa et al., 2010; Sánchez-Meca y Botella, 2010). No obstante, no fue posible identificar estudios provenientes de países de Latinoamérica; al respecto, varios autores han reconocido la aún imperante escasez de investigaciones basadas en la evidencia en Psicología Clínica, además de la necesidad de mejorar la rigurosidad metodológica de los estudios. (Vera-Villaroel y Mustaca, 2006). Según lo dicho, a pesar de que los tratamientos con apoyo empírico tienen una validez universal, en el tanto se basan en los principios básicos de la conducta, la escasez de estudios latinoamericanos, ha supuesto la extrapolación de los hallazgos provenientes de estudios con sujetos con características sociodemográficas y culturales diferentes a la población latina, lo cual, podría suponer limitaciones en cuánto a la generalización de los

hallazgos empíricos y validez de las recomendaciones de tratamiento provenientes de las guías de práctica clínica.

Por otro lado, es posible observar que la producción de últimos cinco años dista de ser prolífica, en cuanto a la conducción de estudios con nivel de evidencia I. Si bien es cierto, se han identificado otros estudios sobre eficacia y efectividad, los mismos no han sido sujetos a escrutinio científico, debido a diversas limitaciones metodológicas que se han identificado (no utilización de grupo control, estudios sin asignación de participantes al azar, estudios transversales, comparativos, series de caso, etc), generando, por lo tanto, un alto nivel de sesgo, obligando tanto a clínicos como investigadores a tomar una posición de precaución en cuanto a la consideración fehaciente de los hallagos y consiguiente generalización de las conclusiones (ej. Baranoff et al., 2016; Dindo et al., 2013). Aún así, las revisiones sistemáticas sobre el tema, concuerdan en considerar la ACT como un tratamiento óptimo para emplear en pacientes con dolor crónico.

La extracción de datos se llevó a cabo sin restricción en cuanto a la fuente de publicación y el factor de impacto reportado en cada uno de los sitios web oficiales de las revistas o de las instituciones patrocinadoras, de la misma manera cómo se ha procedido en otras revisiones sistemáticas de la ACT sobre el dolor crónico (ej. Hann y McCracken, 2014; Hughes et al., 2017). En este sentido, se observa cómo prevalecen diferencias importantes entre los estudios, con respecto al índice de impacto de cada publicación periódica. Los índices bibliométricos de las revistas usualmente han sido utilizados para evaluar la calidad de las investigaciones científicas (Buela-Casal, 2003). Sin embargo, el factor de impacto, más que un criterio de calidad, realmente corresponde a un índice de difusión y citación de una publicación dentro de la comunidad científica (Buela-Casal, 2001;

Buela-Casal et al., 2004). Por lo tanto, desde el punto de vista de los procedimientos empleados para controlar el sesgo, en este estudio el factor de impacto no se consideró como un criterio relevante y decisivo en cuanto al establecimiento de la calidad de los estudios contenidos en las revistas. Sin embargo, a pesar de estas consideraciones, es llamativo el hecho de que los ensayos metodológicamente mejor contruidos, precisamente provenían de revistas con un alto factor de impacto, aspecto que se torna relevante a tener en cuenta en aras de establecer la pertinencia de la evidencia. Más adelante, se ofrecerán algunas observaciones con respecto a las limitaciones encontradas en algunos estudios.

De acuerdo a los hallazgos, se observó un tamaño del efecto entre “pequeño” y “grande” en la mayoría de las variables estudiadas, que dan cuenta de la eficacia de la ACT en el tratamiento de varias condiciones de dolor crónico no oncológico, en comparación con los grupos de control; en muchos casos, manteniéndose los cambios terapéuticos durante los periodos de seguimiento. Con respecto a las características sociodemográficas de los participantes, un pretendido perfil de personas que se benefician de la ACT correspondería a mujeres en su adultez media. En efecto, los estudios epidemiológicos en dolor crónico, han determinado que la mayoría de personas que acuden a consulta por condiciones asociadas con dolor precisamente son mujeres en adultez media o tardía, con independencia del tipo de dolor reportado (Casals y Samper, 2004; Covarrubias-Gómez, Guevara-López, Gutiérrez-Salmerón, Betancourt-Sandoval y Córdova Domínguez, 2010; Jakobsson, 2010). Este perfil clínico, no descarta que varones o personas ubicadas en otros rangos de edad puedan obtener beneficios de las intervenciones. Con respecto a otras poblaciones, los estudios de Alonso et al., (2013) y Alonso et al., (2015), demostraron en muestras de adultos mayores, cambios

clínicamente significativos en una serie de variables posterior a la administración de procedimientos ACT, aunque en combinación con otro enfoque terapéutico.

En relación con las variables de resultado de los estudios, se utilizaron múltiples medidas tanto primarias como secundarias, considerándose para efectos de la presente revisión, únicamente las variables mayormente referenciadas en la literatura con respecto a su relación con los efectos de las intervenciones. Las variables más relevantes consistieron en: discapacidad/interferencia por dolor (Alonso et al., 2012; Alonso et al., 2013; Kemani et al., 2015; Luciano et al., 2014; Mc Cracken et al., 2013; Mo'tamedi et al., 2012 y Wicksell et al., 2013), intensidad de dolor (Alonso et al., 2015; Kemani et al., 2015; Mo'tamedi et al., 2012; Nasiri y Kameni, 2015 y Wicksell et al., 2013), funcionamiento emocional (Alonso et al., 2013; Alonso et al., 2015; Luciano et al., 2014; Kemani et al., 2015; McCracken et al., 2013, Mo'tamedi et al., 2012, Nasiri y Kameni, 2015 y Wicksell et al., 2013), creencias y actitudes (Alonso et al., 2015; Luciano et al., Nasiri y Kameni, 2015) y aceptación/flexibilidad psicológica (Alonso et al., 2013; Alonso et al., 2015; Kemani et al., 2015; Luciano et al., 2014; McCracken et al., 2013 y Wicksell et al., 2013).

Primero, con respecto a cambios en la discapacidad/interferencia por dolor, variable entendida como el grado en que el dolor interfería en las actividades de vida diario, salud y funcionamiento general, evidenció cambios clínicamente significativos en todos los estudios al menos en un periodo de evaluación al finalizar el tratamiento, con excepción al estudio de Alonso et al., (2013), con adultos mayores. De acuerdo con esto, se ha considerado la discapacidad/interferencia por dolor como una variable de intervención fundamental en cualquier tratamiento psicológico dirigido al abordaje del dolor crónico, debido al alto grado de disfunción general que algunas condiciones de dolor produce en las personas. (Jegan et

al., 2017). En el caso de Alonso et al., (2013), el no hallar resultados clínicamente significativos, podría obedecer al hecho de que las particularidades evolutivas de la población adulta mayor, requiere de abordajes multidisciplinarios que contemplen otra serie de variables para mitigar el impacto que el dolor tiene sobre la funcionalidad.

En relación con la variable intensidad de dolor, el tamaño del efecto con respecto a reducción del dolor fue pequeño en la mayoría de los estudios, incluso en ocasiones, reportándose una disminución del efecto en el seguimiento. Precisamente, este hallazgo no es sorprendente si se toma en consideración que los principios teóricos del modelo de flexibilidad psicológica de la ACT, no contemplan la manipulación y control directo de los eventos privados como un objetivo terapéutico per se. (Hayes et al., 2012; Luciano y Valdivia, 2006; Wilson y Luciano, 2002). Por lo tanto, en el caso del dolor crónico, la ACT busca que la persona entre en contacto con sus experiencias directas, facilitando el ver “el dolor como dolor”, comprometiéndose al mismo tiempo en desarrollar patrones de conducta flexibles, orientados hacia una dirección basada en los valores más importantes del cliente.

Por otro lado, en cinco de siete estudios que evaluaron cambios en la depresión, se hallaron reducciones clínicamente significativas, en comparación con las condiciones de comparación. En este sentido, los hallazgos cobran una especial relevancia, por cuanto, la depresión constituye una condición usualmente comórbida en pacientes con dolor crónico. (Bain, Robinson y Katon, 2003). Más aún, los resultados son concordantes con la evidencia empírica que señala a la ACT, como un abordaje viable y efectivo para la depresión en general (Bohlmeijer, Fledderus, Rokx y Pieterse, 2011; Forman, Herbert, Moitra y Geller, 2007). Paralelamente, los cinco estudios que analizaron los índices de ansiedad al finalizar el tratamiento, reportaron disminuciones importantes, con tamaño de efecto que osciló entre

pequeño y moderado. Por lo tanto, para efectos de los estudios revisados, puede observarse que la variable funcionamiento emocional, la cual contempla las condiciones de ansiedad y depresión, evidenció cambios clínicamente significativos en la mayoría de los estudios, cuando se comparó el efecto las intervenciones tanto con otras intervenciones activas, como con lista de espera.

Por otro lado, los estudios que consideraron el papel del sistema de creencias en el tratamiento, especialmente, las referidas a la consideración catastrófica del dolor, mostraron que las intervenciones ACT son efectivas en aras de generar cambios en esta dimensión, aún cuando la ACT no se aboca a la modificación directa del contenido cognitivo distorsionado, tal cual lo hace la terapia cognitiva tradicional. (McCracken y Vowles, 2014). De esta manera, se sugiere que los cambios en la catastofización del dolor, se explican por medio de la modificación en las reglas socio-verbales que dictan que el dolor es “indeseable”, facilitando que la persona tome distancia del contenido de sus verbalizaciones encubiertas, potenciando la aceptación de sus eventos privados, cuando ha aprendido a mirar los “pensamientos como pensamientos” y no cómo algo de lo cual debe escapar a cómo de lugar.

Los constructos de aceptación/flexibilidad psicológica, conceptos angulares de la ACT, fueron estudiados en cinco ECA, con tamaños del efecto robustos, entre moderados a grandes, en la mayoría de ellos. En este sentido, de las variables analizadas en la presente revisión, la aceptación/flexibilidad psicológica corresponde a la dimensión donde los hallazgos son más consistentes entre los estudios. Precisamente, debido a que la ACT persigue la aceptación y el desarrollo de los seis componentes del modelo de flexibilidad psicológica (Hayes et al., 2012), esta variable constituyó en una medida fundamental en aras de determinar la efectividad de las intervenciones ACT sobre el dolor crónico. Los cambios

fueron observados principalmente en las medidas de evaluación administradas en el post-tratamiento, sin embargo, en el caso de McCracken et al., (2013) resulta llamativo que los cambios clínicos fueron observados hasta el periodo de seguimiento. En general, los autores de los estudios concluyen que la aceptación del dolor encontrada post-tratamiento aumenta considerablemente en comparación con otras condiciones de tratamiento, siendo que los cambios tienden a mantenerse durante los periodos de seguimiento, de conformidad con lo establecido empíricamente en otras condiciones clínicas. (Ruiz, 2010).

Limitaciones

Finalmente, es necesario dedicar un espacio para la discusión de las limitaciones de la presente revisión sistemática. Primero, las limitaciones declaradas deben analizarse en dos dimensiones: a) principales limitaciones reportadas en los estudios, y b) limitaciones de la revisión sistemática propiamente dicha. En este sentido, con respecto a los estudios incluidos, en algunos de ellos los autores recomiendan mesura con respecto a la generalización de los resultados, en virtud de problemas metodológicos encontrados en el camino, tales como, carencia de grupo de comparación consistente en tratamiento activo, muestras pequeñas, alta tasa de abandonos, carencia de seguimiento-post-intervención entre otros. De la misma manera, con respecto a las limitaciones propias de la revisión, se puntualizan las siguientes:

- No fue posible incluir el estudio de Plum-Villardaga (2012), a pesar de que reunía todos los criterios de selección propuestos, en virtud de que no se encontraba accesible a texto completo.
- La restricción en cuanto al rango de búsqueda de estudios (2012-2017), limitó la consideración de otros estudios potencialmente útiles.

- Puesto que la revisión es llevada a cabo por un solo autor, no fue posible disponer de otro revisor que pudiera evaluar la pertinencia de los estudios seleccionadas, tal y como se recomienda hacer en las revisiones sistemáticas.
- Puesto que los estudios reportan múltiples medidas de resultado primarias y secundarias, no existe un consenso claro en poder determinar cuáles son las variables más relevantes en aras de determinar la eficacia de los abordaje ACT.
- Si bien es cierto, se consideró seguir las pautas de la declaración PRISMA (2015), para revisiones sistemáticas, las limitaciones en cuánto a recursos para la investigación, impidió seguir de manera estricta todas las recomendaciones propuestas.

Conclusiones

De manera puntual, a continuación se describen las conclusiones de la revisión sistemática llevada a cabo, las cuáles deben matizarse a la luz de las limitaciones descritas.

- Existe suficiente evidencia empírica para catalogar a la ACT como un tratamiento bien establecido o al menos, probablemente eficaz , para el abordaje del dolor crónico no oncológico, siendo que los cambios clínicos se mantienen durante el tiempo.
- La población clínica que se beneficia de la intervención está compuesta principalmente por mujeres en la adultez media, sin embargo, ello no desmerita el hecho de que los varones y personas en otros grupos de edad puedan ser tratados con éxito.
- La comparación de los efectos de la ACT con otras condiciones terapéuticas o lista de espera, evidenció en muchos casos la superioridad de la ACT en una serie de medidas de resultado.
- De conformidad con lo esperado, la intensidad del dolor parece no disminuir con las intervenciones ACT, lo cual es correspondiente con los principios teóricos y metodológicos de la ACT.

- De acuerdo a las variables observadas, la ACT genera cambios significativos principalmente en la aceptación del dolor, desarrollo de flexibilidad psicológica, mejoramiento del funcionamiento emocional y mejoras en el funcionamiento general e interferencia en actividades de la vida diaria.

Recomendaciones

- Con el fin de mejorar la calidad metodológica para otras revisiones, procurar seguir en lo posible todas las recomendaciones suscritas por la Declaración PRISMA para la realización de revisiones sistemáticas.
- Puesto que el dolor crónico es un término que alberga múltiples formas de dolor, resulta conveniente analizar el impacto de la ACT para condiciones de dolor específicas y comparar el efecto entre ellas y con otros abordajes terapéuticos.
- Disponer de otro revisor para la selección de estudios, tal y como se recomienda en las guías pertinentes de revisiones sistemáticas.
- Ampliar el rango de búsqueda, con el fin de incluir estudios relevantes sobre el efecto de la ACT sobre el dolor crónico y analizar el efecto sobre la eficacia demostrada.
- Desde la Academia, incentivar el estudio y profundización tanto teórica como práctica en terapias conductuales de tercera generación, en virtud de lo emergente del campo y la utilidad que dichos abordajes han evidenciado para tratar múltiples condiciones de salud.

Referencias

- Almendro, M.T., Clariana, S.M., Hernández, S., Rodríguez, C., Camarero, B y del Río, T. (2011). Programa de atención psicológica al dolor crónico: El reto de un afrontamiento activo. *Revista de la Asociación Española de Neuropsiquiatría*, 31 (110), 213-227. doi: 10.4321/S0211-57352011000200003
- Alonso, M. A., López, A., Losada, A. y González, J. L. (2013). Acceptance and Commitment Therapy and Selective Optimization with Compensation for older people with chronic pain: A Pilot Study. *Psicología Conductual*, 21 (1), 59-79.
- Alonso, M. A., López-López, A., Losada, A., González, J. L. y Loebach, J. (2015). Acceptance and Commitment Therapy and Selective Optimization with Compensation for Institutionalized Older People with Chronic Pain. *Pain Medicine*, 17, 264-277. doi: 10.1111/pme.12885
- Baranoff, J. A., Hanrahan, S. J., Burke, A. L. y Connor, J. P. (2016). Changes in Acceptance in a Low-Intensity, Group-Based Acceptance and Commitment Therapy (ACT) Chronic Pain Intervention. *International Journal of Behavioral Medicine*, 23, 30-38. doi: 10.1007/s12529-015-9496-9

Barraca, J. (2009). Habilidades Clínicas en la Terapia Conductual de Tercera Generación. *Clínica y Salud, 20*, 109-117.

Bohlmeijer, E. T., Fledderus, M., Rokx, T. A. y Pieterse, M. E. (2011). Efficacy of an early intervention based on acceptance and commitment therapy for adults with depressive symptomatology: Evaluation in a randomized controlled trial. *Behaviour Research and Therapy, 49* (1), 62-67. <https://doi.org/10.1016/j.brat.2010.10.003>

Buela-Casal, G. (2001). La Psicología española y su proyección internacional. El problema del criterio: internacional, calidad y castellano y/o inglés. *Papeles del Psicólogo, 79*, 53-57.

Buela-Casal, G. (2003). Evaluación de la calidad de los artículos y de las revistas científicas: Propuesta del factor de impacto ponderado y de un índice de calidad. *Psicothema, 15* (1), 23-35.

Buela-Casal, G., Medina, A., Viedma, M. I., Godoy, V., Lozano, S., Torres, G. Factor de impacto de tres revistas españolas de Psicología. *Psicothema, 16* (4), 680-688.

Caro, I. (2016). La Terapia Lingüística de Evaluación y la Terapia de Aceptación y Compromiso: Una reflexión teórica. *Revista Argentina de Clínica Psicológica, 25* (2), 113-124.

- Casals, M. y Samper, D. (2004). Epidemiología, prevalencia y calidad de vida del dolor crónico no oncológico. Estudio ITACA. *Revista de la Sociedad Española de Dolor*, *11*, 260-269
- Cid, J., Acuña, J. P., de Andrés, J., Díaz, L y Gómez-Caro, L. (2014). ¿Qué y cómo evaluar al paciente con dolor crónico? evaluación del paciente con dolor crónico. *Revista Médica Clínica Los Condes*, *25* (4), 687-697. [https://doi.org/10.1016/S0716-8640\(14\)70090-2](https://doi.org/10.1016/S0716-8640(14)70090-2)
- Covarrubias-Gómez, A., Guevara-López, U., Gutiérrez-Salmerón, C., Betancourt- Sandoval, J. A. y Córdova-Domínguez, J. A. (2010). Epidemiología del dolor crónico en México. *Revista Mexicana de Anestesiología*, *33* (4), 207-213.
- Dahl, J. C., Wilson, K. G., Luciano, C., & Hayes, S. C. (2004). *Acceptance and commitment therapy for chronic pain*. Reno, NV: Context Press.
- Del Río, E.,...Doménech, J. (2015). Tratamiento cognitivo conductual en pacientes con dolor lumbar crónico en salud pública: Estudio piloto. *Revista de Psicopatología y Psicología Clínica*, *20*, 23-238.
- Dimidjian, S., Arch, J.J., Schneider, R., Desormeau, P., Felder, J. N. y Segal, Z. V. (2016). Considering Meta-Analysis, Meaning, and Metaphor: A Systematic Review and Critical Examination of “Third Wave” Cognitive and Behavioral Therapies. *Behavior Therapy*, *47* (6), 886-905. <https://doi.org/10.1016/j.beth.2016.07.002>

Dindo, L., Recober, A., Marchman, J., O' Hara, M. y Turvey, C. (2013). One-Day Behavioral Intervention in Depressed Migraine Patients: Effects on Headache. *Headache*, 54, 528-538. doi: 10.1111/head.12258

Echeburúa, E., Salaberría, C., De Corral, P. y Polo-López, R. (2010). Terapias psicológicas basadas en la evidencia: Limitaciones y retos del futuro. *Revista Argentina de Clínica Psicológica*, 19, 247-56.

Eccleston, C., Williams, A. C., & Morley, S. (2009). Psychological therapies for the management of chronic pain (excluding headache) in adults. *Cochrane Database of Systematic Reviews*, (2). Article No. 007407. doi:10.1002/14651858.CD007407.pub2

Flores, M.A., González, I.P., Troyo, G., Valle, M.A., Muñoz de la Torre, A. y Vega, M.G. (2004). Efectividad de las técnicas de relajación en la disminución del dolor crónico. *Investigación en Salud*, 6 (2), 75-81.

Forman, E. M., Herbert, J. D., Moitra, E., Yeomans, P. D. y Geller, P. A. (2007). A Randomized Controlled Effectiveness Trial of Acceptance and Commitment Therapy and Cognitive Therapy for Anxiety and Depression. *Behaviour Modification*, 31 (6), 772-799. <https://doi.org/10.1177/0145445507302202>

- García-Montes, J. M. y Pérez-Álvarez, M. (2016). Terapia de Aceptación y Compromiso aplicada a la esquizofrenia: Estado actual y direcciones futuras. *Análisis y Modificación de Conducta*, 42 (165-166), 99-119
- García-Palacios, A. (2006). La terapia dialéctico conductual. *EduPsykhé*, 5 (2), 255-271.
- Gatchel, R.J., Peng, Y.B., Peters, M.L., Fuchs, P.N. y Turk, D.C. (2007). The biopsychosocial approach to chronic pain: Scientific advances and future directions. *Psychological Bulletin*, 13(4), 581-624.
- González, A., Fernández, A. y Torres, I. (2010). Aceptación del dolor crónico en pacientes con fibromialgia: adaptación del Chronic Pain Acceptance Questionnaire (CPAQ) a una muestra española. *Psicothema*, 22 (4), 997-1003.
- Hann, K. E. J., & 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(4), 217-227. 10.1016/j.jcbs.2014.10.001
- Hayes, S.C. (2004). Acceptance and commitment therapy, relational frame theory, and the third wave of behavioral and cognitive therapies. *Behavior Therapy*, 35, 639-665.

Hayes, S. C., Pistorello, J., & Levin, M.E. (2012). Acceptance and commitment therapy as a unified model of behavior change. *The Counseling Psychologist*, 40, 976-1002.

Hayes, S., Stroschal, K. y Wilson, K. G. (1999). *Acceptance and commitment therapy: The Process and Practice of Mindful Change*. New York: The Guilford Press.

Hayes, S., Stroschal, K. y Wilson, K. G. (2012). *Terapia de aceptación y compromiso: Proceso y práctica del cambio consciente. (Mindfulness)*. Bilbao, España: Desclée de Brouwer.

Hick, S.F. y Bien, T. (2014). *Mindfulness y psicoterapia. (2ª Ed.)*. Barcelona, España: Kairós.

Hughes, L. S., Clarck, J., Colclough, J., Dale, E. y McMillan, D.(2017). Acceptance and Commitment Therapy (ACT) for Chronic Pain: A Systematic Review and Meta-Analyses, 33 (6), 552-568. doi: 10.1097/AJP.0000000000000425

Jakobsson, U. (2010). The epidemiology of chronic pain in a general population: results of a survey in southern Sweden. *Scandinavian Journal of Rheumatology*, 39, 421- 429.
10.3109/03009741003685616

Jegan, N. R., Brugger, M., Viniol, A., Strauch, K., Bartg, Baum, E...y Becker, A. (2017). Psychological risk and protective factors for disability in chronic low back pain – a

- longitudinal analysis in primary care. *BMC Musculoskeletal Disorders*, 18 (114), 2-11. doi: 10.1186/s12891-017-1482-8
- León, M. (2007). Tratamiento del dolor crónico desde la terapia de conducta. *Revista Costarricense de Psicología*, 26 (39), 11-21.
- León-Quismondo, Lahera, G. y López-Ríos, F. (2014). Terapia de Aceptación y Compromiso en el tratamiento del Trastorno Obsesivo-Compulsivo. *Revista de la Asociación Española de Neuropsiquiatría*, 34 (124)725-740. doi: 10.4321/S0211-57352014000400006
- López-Hernández, M. (2014). Estado actual de la Terapia de Aceptación y Compromiso en Adicciones. *Salud y Drogas*, 14 (2), 99-108
- Luciano, C., Gutiérrez, O. y Páez-Blarrina, M. (2006). Avances desde la Terapia de Aceptación y Compromiso. *eduPsykhé*, 5 (2), 173-201.
- Luciano, C. (2016). Evolución de ACT. *Análisis y Modificación de Conducta*, 42 (165-166), 3-14
- Luciano, C. y Hayes, S. C. (2001). Trastorno de evitación experiencial. *International Journal of Clinical and Health Psychology*, 1, 109-157

Luciano, C., Ruiz F.J, Gil-Luciano B. y Ruiz-Sánchez L.J (2016). Dificultades y barreras del terapeuta en el aprendizaje de la Terapia de Aceptación y Compromiso (ACT). *International Journal of Psychology and Psychological Therapy*, 16, 357-373.

Luciano-Soriano, M.C. y Valdivia-Salas, M.S. (2006). La terapia de aceptación y compromiso (ACT): Fundamentos, características y evidencia. *Papeles del Psicólogo*, 27 (2), 79-91.

Luoma, J. B., Hayes, S. C. y Wasler, R. B. (2007). *Learning ACT: An Acceptance and Commitment Therapy Skills-Training Manual for Therapists*. Oakland: New Harbinger Publications.

Kemani, M. K., Olsson, G.L., Lekander, M., Hesse, H., Andersson. E. y Wicksell, R. (2016). Efficacy and Cost-effectiveness of Acceptance and Commitment Therapy and Applied Relaxation for Longstanding Pain: A Randomized Controlled Trial. *Clinical Journal of Pain*, 31 (11), 1004- 1016. doi: 10.1097/AJP.0000000000000203

McCracken, L.M. (2014). Acciones comprometidas. En: T.B. Kashdan y J. Ciarrochi. *Mindfulness, aceptación y psicología positiva: Las siete bases del bienestar*. Barcelona, España: Ediciones Obelisco.

- McCraken, L.M., Sato, A. y Taylor, G. (2013). A Trial of a Brief Group-Based Form of Acceptance and Commitment Therapy (ACT) for Chronic Pain in General Practice: Pilot Outcome and Process Results. *The Journal of Pain*, 14, 11, 1398-1406
- McCraken, L. M. y Vowles, K. E. (2014). Acceptance and Commitment Therapy and Mindfulness for Chronic Pain: Model, Process and Progress. *American Psychologist*, 69 (2), 178-187. doi: 10.1037/a0035623
- Millán, A. y Bernal, J. (2006). Tratamientos de medicina psicosomática para el tratamiento del dolor crónico benigno. *Revista Colombiana de Psiquiatría*, 35, 125S-140S.
- Miranda, A.L. y Alfaro, R. (2015). Uso de toxina botulínica tipo A en el manejo de dolor crónico refractario a tratamiento. Reporte de una serie de casos. *Revista Hospital Clínico Universidad de Chile*, 26, 97-101.
- Mañas, I. (2007). Nuevas Terapias Psicológicas: La tercera ola de terapias de conducta o terapias de tercera generación. *Gaceta de Psicología*, 40, 26-34.
- Moher, D., Shamseer, L., Clarke, M, Ghersi, D., Liberati, A., Petticrew, M., Shekelles, P. Stewart, L. A. (2015). Preferred reporting items for systematic review and meta-analysis protocols (PRISMA-P) 2015 statement. *Systematic Reviews*, 4 (1), 1-9.

Moix, J. y Casado, M. I. (2011). Terapias psicológicas para el tratamiento del dolor crónico. *Clínica y Salud*, 22 (1), 41-50. doi: 10.5093/cl2011v22n1a3

Montesinos, F., Luciano, M.C. y Visdómine, C. (2012). ACT en el abordaje del sufrimiento crónico: Tratamiento de una víctima de abusos sexuales con dolor crónico. En: M. Paez. y O. Gutiérrez (Eds.). *Múltiples aplicaciones de la terapia de aceptación y compromiso*. Madrid, España: Pirámide.

Moriana, J. A. y Martínez, V. A. (2011). La psicología basada en la evidencia y el diseño y evaluación de tratamientos psicológicos eficaces. *Revista de Psicopatología y Psicología Clínica*, 16 (2), 81-100.

Moretti, L.S. (2010). Variables cognitivas implicadas en la experiencia de dolor crónico. *Revista Argentina de Ciencias del Comportamiento*, 2, 21-29.

Mo'tamedi, H., Rezaieamaram, P. y 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 Impact. *Headache*, 52, 1006-1119. doi: 10.1111/j.1526-4610.2012.02192.x

Nasiri, A. y Kasemi, H. (2015). The Effectiveness of Group Acceptance and Commitment Therapy on Pain Intensity, Pain Catastrophizing and Pain-Associated Anxiety in

Patients with Chronic Pain. *Asian Social Science*, 11 (26), 112-120.
doi:10.5539/ass.v11n26p112

Páez, M. y Gutiérrez, O. (2012). Múltiples aplicaciones de la Terapia de la Terapia de Aceptación y Compromiso. Madrid, España: Ediciones Pirámide.

Pascual, J.P, Frías, M.A. y Monterde i Bort, H. (2004). Tratamientos psicológicos con apoyo empírico y práctica clínica basada en la evidencia. *Papeles del Psicólogo*, 87, 1-8.

Petticrew, M. y Roberts, H. (2006). *Systematic Reviews in the Social Sciences: A practical guide*. Malden, MA: Blackwell Publising.

Perestelo-Pérez, L. (2012). Standards on how to develop and report systematic reviews in Psychology and Health. *International Journal of Clinical and Health Psychology*, 13, 49–57

Pérez-Álvarez, M. (2006). La terapia de conducta de tercera generación. *EduPsykhé*, 5 (2), 159-172

Pérez-Álvarez, M. (2012). Third-Generation Therapies: Achievements and challenges. *International Journal of Clinical and HealthPsychology* , 12 (2), 291-310.

Quiñones, M., Larrieux, V., Durán, G. y Pons, J. (2015). Adaptación cultural del modelo “Acceptance and Commitment Therapy” para tratamiento del dolor crónico. *Revista Puertorriqueña de Psicología*, 26 (1), 108-120.

Sánchez-Meca, J. (2010). Cómo realizar una revisión sistemática y meta-análisis. *Aula Abierta*, 38 (2), 53-64.

Sánchez-Meca, J. y Botella, J. (2010). Revisiones sistemáticas y meta-análisis: Herramientas para la práctica profesional. *Papeles del Psicólogo*, 31 (1), 7-17

Smalley, S. L. y Winston, D. (2012). *Conciencia Plena: Ciencia, arte y práctica del Mindfulness*. Barcelona, España: Ediciones Obelisco.

Ribero-Marulanda, S. y Agudelo-Colorado, L. (2016). La aplicación de la terapia de aceptación y compromiso en dos casos de evitación experiencial. *Avances en Psicología Latinoamericana*, 34 (1), 29-46

Rosales, M. G., Martini, S., D’ Alessandro, F., Koutsovitits, F., Colombo, M. C., Donatti, S., ... Garay, C.J. (2014). Dolor crónico: el rol de la terapia cognitivo conductual en el tratamiento combinado. *VI Congreso Internacional de Investigación y Práctica Profesional en Psicología XXI Jornadas de Investigación Décimo Encuentro de*

Investigadores en Psicología del MERCOSUR. Facultad de Psicología - Universidad de Buenos Aires, Buenos Aires, Argentina.

Rosenzweig, S., Greeson, J. M., Reibel, D.K., Green, J.S., Jasser, S.A. y Beasley, D. (2010).

Mindfulness-based stress reduction for chronic pain conditions: Variation in treatment outcomes and role of home meditation practice. *Journal of Psychosomatic Research*, 68 (1), 29-36. doi: <http://dx.doi.org/10.1016/j.jpsychores.2009.03.010>

Ruiz, F. J. (2010). A Review of Acceptance and Commitment Therapy (ACT) Empirical Evidence: Correlational, Experimental Psychopathology, Component and Outcome Studies. *International Journal of Psychology and Psychological Therapy*, 10 (1), 125-162

Ruiz, F.J. y Odriozola-González, P. (2017). A longitudinal comparison of metacognitive therapy and acceptance and commitment therapy models of anxiety disorders. *Anales de Psicología*, 33 (1), 7-17. <http://dx.doi.org/10.6018/analesps.33.1.227041>

Ruvalcaba, G. y Domínguez, B. (2009). La terapia psicológica del dolor crónico. *Psicología y Salud*, 19 (2), 247-252.

Simón, V. (2011). *Aprender a practicar mindfulness*. Barcelona, España: Sello Editorial.

Simpson, P. A., Mars, T. y Esteves, J. E. (2017). A systematic review of randomised controlled trials using Acceptance and commitment therapy as an intervention in the management of non-malignant, chronic pain in adults. *International Journal of Osteopathic Medicine*, 24, 18-31. <http://dx.doi.org/10.1016/j.ijosm.2017.03.001>

Stahl, B. y Goldstein, E. (2013). *Mindfulness para reducir el estrés: Una guía práctica*. Barcelona, España: Kairós.

Tarrero, A.P. y Rodríguez, B. (2016). Intervenciones basadas en el mindfulness para el dolor crónico. *Revista de Psicoterapia*, 27 (103). (Resumen).

Torralba, A., Miquel, A. y Darba, J. (2014). Situación actual del dolor crónico en España: Iniciativa “Pain Proposal”. *Revista de la Sociedad Española del Dolor*, 21 (1), 16-22.

Truyols, M.A., Pérez, J., Medinas, M.M., Palmer, A. y Sesé, A. (2008). Aspectos psicológicos relevantes en el estudio y el tratamiento del dolor crónico. *Clínica y Salud*, 19 (3), 295-320.

Vallejo, M.A. (2005). Tratamiento psicológico del dolor crónico. *Boletín de Psicología*, 84, 41-58.

- Vallejo-Pareja, M. A. (2008). Perspectivas en el estudio y tratamiento del dolor crónico. *Clínica y Salud, 19* (3), 417-430.
- Vallejo-Pareja, M. A. (2010). Terapia de Conducta de Tercera Generación. *Clínica Cotemporánea, 1* (1), 49-54. doi: 10.5093/cc2010v1n1a6
- Veehof, M.M., Oskam, M.J., Schreurs, K. y Bohlmeijer, E.T. (2011). *Acceptance-based interventions for the treatment of chronic pain: A systematic review and meta-analysis. Pain, 152*, 533-542.
- Veehof, M. M, Trompetter, H. R.,E. T. Bohlmeijer, E. T. y Schreurs, M. G. (2016). Acceptance- and mindfulness-based interventions for the treatment of chronic pain: a meta-analytic review. *Cognitive Behavior Therapy, 45* (1), 5-31.
- Vera-Villaroel, P. y Mustaca, A. (2006). Investigaciones en Psicología Clínica basadas en la evidencia en Chile y Argentina. *Revista Latinoamericana de Psicología, 38* (3), 551-565.
- Vowles, K. E., Witkiewitz, K., Sowden, G. y Ashworth, J. (2014). Acceptance and Commitment Therapy for Chronic Pain: Evidence of Mediation and Clinically Significant Change Following an Abbreviated Interdisciplinary Program of Rehabilitation. *The Journal of Pain, 15* (1), 101-113. <https://doi.org/10.1016/j.jpain.2013.10.002>

- Vowles, K. E., Sowden, G. y Ashworth, J. (2014). A comprehensive examination of the model underlying acceptance and commitment therapy for chronic pain. *Behavior Therapy, 45* (3), 390-401. doi: 10.1016/j.beth.2013.12.009
- Wicksell, R. K., Kemani, M., Jensen, K., Kosek, E., Kadetoff, D. y Sorjonen, K... y Olsson, G. L. (2013). Acceptance and Commitment Therapy for Fibromyalgia: A Randomized Controlled Trial. *European Journal of Pain, 17* (4), 599-611
- Wilson, K. G. y Luciano-Soriano, M.C. (2002). *Terapia de aceptación y compromiso (ACT): Un tratamiento conductual orientado a valores*. Madrid, España: Pirámide.
- Zaldívar, I., Gálvez, L., Olvera, Y., Hernández, C., Hernández, R. y Domínguez, B. (2015). Tratamiento psicofisiológico y médico en la actividad electromiográfica del dolor músculo-esquelético crónico. *Psicología y Salud, 25* (2), 221-232.
- Zych, I., Buéla-Casal, G., Sierra, J.C y Gómez-Rodríguez S. (2012). El conocimiento y la difusión de las terapias conductuales de tercera generación en psicólogos españoles. *Anales de Psicología, 28* (1), 11-18.