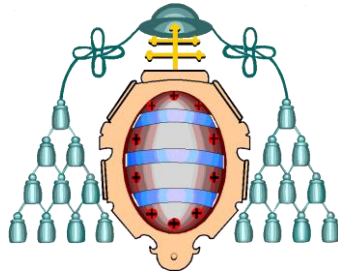


Universidad de Oviedo
Facultad de Psicología



Máster Universitario en Psicología General Sanitaria 2015/2016
Trabajo Fin de Máster

Flexibilidad psicológica y aceptación del dolor como variables predictoras
de calidad de vida y bienestar emocional en personas con dolor crónico.

Alumna: Eva Puelles Flores

Tutora: Dra. Ana María González Menéndez

Mayo de 2016

Resumen

La perspectiva de la aceptación ha sido una perspectiva cada vez más estudiada y más apoyada en los últimos años para el ámbito del dolor crónico. El presente trabajo estudia la relación entre la aceptación del dolor y la calidad de vida, el bienestar emocional, niveles de ansiedad y depresión y el grado de dolor que refieren personas con dolor crónico. Para ello, se ha utilizado una muestra normativa de 40 sujetos con diagnósticos de dolor crónico. Para medir la aceptación y flexibilidad psicológica se han utilizado los siguientes instrumentos: Chronic Pain Acceptance Questionnaire (CPA-Q), The Believability of Anxious Feelings and Thoughts Questionnaire (BAFT) y la escala Psychological inflexibility in pain scale (PIPS). Para medir la calidad de vida, se ha utilizado el Cuestionario de Salud SF-12, y la Escala de Satisfacción con la vida (SWLS) para el bienestar emocional. Finalmente, se ha pasado una escala de Valoración del Dolor. Los resultados revelan, las personas con mayor aceptación del dolor y flexibilidad psicológica tienen una mejor calidad de vida y refieren sentir menos dolor. Asimismo, se sugiere también, que una mayor flexibilidad psicológica se asocia con un mejor bienestar emocional, así como, menores niveles de ansiedad y depresión.

Palabras Clave: Dolor crónico, Aceptación del dolor, Flexibilidad psicológica, Calidad de vida, Bienestar emocional, Ansiedad, Depresión.

Abstract

The perspective of acceptance has been increasingly studied and supported in recent years to the field of chronic pain. This paper studies the relationship between acceptance of pain and quality of life, emotional well-being, anxiety and depression levels and the degree of pain that refer people with chronic pain. To do this, it is used a standard sample of 40 subjects diagnosed with chronic pain. To measure the acceptance and psychological flexibility we used the following instruments: Chronic Pain Acceptance Questionnaire (CPA-Q), The Believability of Anxious Feelings and Thoughts Questionnaire (BAFT) and scale Psychological inflexibility in pain scale (PIPS). To measure the quality of life, it has been used the Health questionnaire SF-12 and the Satisfaction with life Scale (SWLS) for emotional well-being. Finally, it's been used a pain assessment scale. The results reveal that people with greater acceptance of pain and psychological flexibility have a better quality of life and refer feel less pain. Furthermore, it is also suggested that greater psychological flexibility is associated with improved emotional well-being, as well as lower levels of anxiety and depression.

Keywords: Chronic Pain, Acceptance of pain, psychological flexibility, quality of life, emotional well-being, Anxiety, Depression.

El dolor crónico se define como una experiencia psicofisiológica desagradable que permanece a pesar de haber desaparecido o disminuido el daño tisular. Se debe diagnosticar cuando persiste más de 6 meses o cuando sobrepasa el tiempo esperado para la recuperación. Además, puede producir cierto grado de incapacitación física y se puede acompañar de trastornos del sueño, del apetito, del deseo sexual, así como, un aumento de irritabilidad. Todo esto se puede asociar a síntomas de ansiedad o depresión (APA,1995).

El dolor crónico engloba muchos más aspectos que el dolor físico en sí. Melzack y Casey (1968) desarrollaron la teoría multidimensional del dolor que se convirtió en uno de los modelos teóricos más extendidos en la literatura psicológica sobre dolor. Dicho modelo, se basa en el supuesto de que el dolor está compuesto por tres dimensiones íntimamente interrelacionadas que configuran y determinan esta experiencia: La dimensión sensorial/discriminativa (que engloba la localización, intensidad y duración del dolor), la dimensión motivacional/afectiva (que se refiere a los aspectos subjetivos del dolor) y, finalmente, la referida a lo cognitivo/evaluativo (que es la dimensión encargada del dolor a nivel cortical). Entender el dolor desde esta perspectiva multidimensional permite entender el peso del factor no sólo fisiológico sino también social, cultural y psicológico. Es así que la cronicidad del dolor puede afectar seriamente a diversas áreas de la vida de la persona con dolor, cambiando no sólo su tono emocional, sino su estilo de vida. Estos dos aspectos, a su vez, pueden influir en la vivencia del dolor, modificando la experiencia del dolor en sí misma o contribuyendo en su mantenimiento (Infante, 2002).

La importancia del estudio y abordaje del dolor crónico radica también en sus cifras de prevalencia. La mayor encuesta realizada en Europa (46.000 sujetos de 16 países europeos), revela que el 19% de los adultos europeos padece dolor crónico, siendo esta cifra disminuida hasta 11% en el caso de España (Breivik, Collett, Ventafridda, Cohen y Gallacher, 2006). El estudio informa que los afectados son mayoritariamente mujeres y que el dolor se focaliza principalmente en espalda y cabeza, con predominio del dolor de larga evolución y el de intensidad elevada. El impacto económico que supone esto en Europa, tanto por el coste de las bajas laborales como por el de los tratamientos necesarios, es muy alto, y más del 70% de estos costes son producidos por el 20% de los pacientes más crónicos. Estos datos revelan la

importancia y magnitud del problema de dolor crónico y sus repercusiones no solo a nivel personal, sino a nivel social.

El abordaje del dolor ha sido realizado de muy distinta manera por las diferentes corrientes psicológicas a lo largo de las últimas décadas. Los modelos cognitivo-conductuales constituyen líneas de intervención eficaz demostrada durante años (Turner y Jensen, 1993), hasta tal punto que el Plan de Salud del Principado de Asturias la incluye entre sus recomendaciones sobre el abordaje psicológico del dolor crónico (Consejería de Salud y Servicios Sanitarios del Principado de Asturias, 2006).

En España, Moix y Kovacs (2009) desarrollaron el primer protocolo sistematizado cognitivo conductual para trabajar con dolor crónico. Este protocolo se compone de los siguientes elementos: respiración y relajación, manejo de la atención, reestructuración cognitiva, estrategias de solución de problemas, manejo de emociones y asertividad, valores y establecimiento de objetivos, organización del tiempo y actividades reforzantes, y finalmente, ejercicio físico, higiene postural y del sueño, y prevención de recaídas. Asimismo, en pacientes de dolor crónico, Almendro et al. (2011) diseñaron un plan de intervención hospitalario de diez sesiones donde se trabajaron emociones asociadas a las experiencias de dolor, el estado emocional y la relajación, las actividades diarias y el ejercicio físico, la higiene postural, el proceso de adaptación al dolor, la focalización de la atención, la comunicación y los pensamientos negativos. Entre los resultados más relevantes obtenidos tras la intervención, constataron reducciones en la intensidad del dolor, en la mejora de la relación con los otros, y en los niveles de apreciación de la vida.

La relajación ha sido asimismo una de las técnicas más utilizadas como tratamiento del dolor crónico, tanto en su presentación combinada con otros procedimientos cognitivo-conductuales, como elemento central y único de la intervención. Su empleo se basa en la hipótesis de que dado que el dolor provoca tensión, y habitualmente ansiedad, los efectos de disminución de la actividad adrenérgica y de aumento de la actividad parasimpática obtenidos por la técnica, mejorarían los informes de dolor crónico. Respecto a sus resultados, se han observado efectos beneficiosos especialmente en cefaleas tensionales, y específicamente, cuando se emplea la relajación progresiva de Jacobson y el entrenamiento autógeno de

Schultz. Así lo afirma Álvarez (2013) quien en su estudio comprobó dicha efectividad de la relajación en personas con cefaleas tensionales. No obstante, los resultados de su estudio revelan que la relajación como complemento de otras técnicas y estrategias (educación postural, ejercicio físico etc.) obtiene mejores resultados que la relajación como técnica única.

Otra de las técnicas utilizadas como intervención en personas con dolor crónico, es el entrenamiento en Biofeedback (BF). El BF actúa sobre los procesos fisiológicos del dolor, permitiendo que el sujeto aprenda cómo a cambiar la actividad fisiológica para reducir sus niveles de dolor. Los dos tipos más empleados son el electromiográfico y el dirigido a regular la temperatura periférica. Si el dolor es a causa de una disfunción de los sistemas naturales de regulación fisiológica, una opción adecuada puede ser valerse de una ayuda externa que permita restablecer la autorregulación (Vallejo, 2005). La efectividad de esta técnica se muestra sobre todo en cefaleas tensionares (Nestoriuc y Martin, 2007; Vallejo, 2005). Sin embargo, rara vez se utiliza esta técnica sin la combinación de otras estrategias, como pueden ser la imaginación guiada, la instrucción en respiración, técnicas de relajación etc. Esto lleva a que no hay todavía suficientes estudios de amplia escala que sean lo suficientemente rigurosos para dejar establecidos sus niveles de eficacia para diferentes problemas de dolor (Domínguez, 2007).

También se han venido empleando técnicas operantes que tratan de reducir las quejas de dolor, los cambios posturales, las expresiones faciales y las conductas de evitación. Mediante programas graduales, se busca la reducción o eliminación de las conductas de dolor, la restauración de las actividades diarias evitadas y la inclusión del ejercicio físico. Tal y como sucede con técnicas anteriores, los beneficios de estas herramientas terapéuticas se ven especialmente cuando se utilizan como técnica complementaria, y no como central. Estas técnicas concretamente, además, han sido estudiadas casi únicamente con pacientes con dolor lumbar. (Moix y Casado, 2011)

La hipnosis, entendida como un conjunto de procedimientos que a través de sugerencias consiguen cambios en la experiencia subjetiva (Moix y Casado, 2011), también ha sido utilizada con pacientes con dolor crónico. Esta técnica ha demostrado su eficacia en personas con dolor tanto agudo como crónico (Hawkins, 2001). No

obstante, cuando la técnica es contrastada con tratamientos con los que mantiene elementos comunes, caso de la relajación o el entrenamiento autógeno, la hipnosis no muestra resultados más exitosos que estos tratamientos (Patterson y Jensen, 2003). Debido a esto, se concluye por tanto, que no es una técnica de referencia para intervenir en dolor crónico.

Como vemos, el principal modo de intervención que se ha llevado a cabo durante años se ha basado en la búsqueda de la eliminación o reducción del dolor. Sin embargo, la lucha incesante por controlar las sensaciones de dolor, ha sido asociada, paradójicamente, con generarse más dolor y malestar. El control de lo incontrolable es algo pernicioso que genera más dolor. (McCracken , Eccleston y Bell, 2005).

Frente a esta lucha contra el dolor, en los últimos años ha surgido un nuevo modo de hacer frente al dolor que tiene como elemento principal la aceptación del mismo. Los trabajos pioneros del grupo de McCracken (McCracken, 1998; McCracken y Eccleston, 2005; McCracken y Eccleston, 2006; McCracken y Keogh, 2009; McCracken, Carson, Eccleston y Keefe, 2004; McCracken, Volwes y Eccleston, 2004 ; McCracken, Volwes y Eccleston, 2005) son una referencia obligada en el abordaje psicológico del dolor crónico. De hecho, estos estudios se realizan con base en los de Hayes, Strosahl y Wilson (1999) sobre la aceptación y su desarrollo de la Terapia de Aceptación y Compromiso (ACT), cuyo objetivo no es luchar contra el dolor, sino aceptarlo como una condición inherente a su vida, y poder así, continuar con ella en base a sus valores. De esta manera, los clientes vuelven a recuperar su propia vida y las actividades que habían dejado de lado, así como el desarrollo y alcance de nuevas metas y objetivos dirigidos hacia dichos valores. Esta recuperación de una vida con significado mejora la calidad de vida, aumenta la tolerancia al dolor y un menor nivel de depresión que repercute en el bienestar emocional (McCracken et al. 2005; McCracken et al. 2009). Es diversa la literatura que ha puesto a prueba la ACT en personas con dolor crónico de etiología variada y con buenos resultados a nivel emocional, social y físico (McCracken y Gutierrez, 2011; McCracken, Sato y Taylor, 2013; Vowles, McCracken y O'Brien, 2011; Vowles, Witkiewitz, Sowden y Ashworth, 2014).

En España esta corriente se ve reflejada también en autores como Vallejo (2005) quien entiende que la intervención en dolor crónico debe apoyar la adaptación

natural del sujeto, la reintegración a su vida y el desarrollo y continuación de proyectos de futuro. Toda esta adaptación y continuación discurre dentro del contexto de la nueva condición a la que la persona se ve sometida, que es el dolor. Aunque este autor recomienda utilizar técnicas conductuales (biofeedback, relajación, aumento de la actividad...), señala que debe hacerse desde perspectiva de la aceptación como forma de afrontamiento y modo de guiarse, frente al esfuerzo de reducir y eliminar el dolor o malestar tratando de controlarlo, en lugar de rodearlo e integrarlo convenientemente. En este mismo sentido, Robles del Olmo (2010) defiende que hacer una intervención psicológica en dolor crónico tiene como finalidad prioritaria que el paciente recupere su vida. Es decir, que a pesar del dolor, la persona pueda sentirse útil mediante la implicación en actividades que sean valiosas para él. Para esto, debe recuperar su actividad conductual, que no solo contribuye a que se sienta útil, sino que mejora su autoestima y pueda a volver a focalizar en su contexto social, ya que el dolor provoca un cierto aislamiento que deriva en tener un discurso auto-referente.

McCracken y Velleman (2010) hallaron que una mayor aceptación del dolor se relaciona con una menor intensidad del mismo, menos emociones negativas y una mayor calidad de vida. Esta intervención basada en la aceptación incluye técnicas de Mindfulness que puede ser utilizada no sólo como complemento, sino como técnica central. Igualmente, también fue clave en el éxito del tratamiento contra el dolor de cabeza, la utilización de estrategias de atención plena y aceptación del dolor de Day et al. (2014).

Existe literatura científica que determina una relación donde una mayor flexibilidad psicológica, así como una mayor aceptación se asocian a un mejor funcionamiento diario y una mejor calidad de vida en personas con dolor crónico (McCracken, 1998; McCracken y Velleman, 2010).

De la misma manera que Wickse, Ahlqvist, Bring, Melin y Olsson (2008) en su investigación con adultos con dolor crónico, Feinstein et al. (2011) concluyeron, en la suya con adolescentes, que una mayor flexibilidad psicológica y una mayor aceptación del dolor se correlacionan con una mejor calidad de vida y un mejor funcionamiento del paciente.

En esta misma línea, González, Fernández y Torres (2010) observaron, tras su estudio con una muestra española de fibromialgia, que la aceptación correlaciona y predice no solo un menor informe de dolor, sino también con menor cansancio, ansiedad y depresión; así como con un mejor ajuste psicológico y una calidad de vida menos afectada.

Recientemente, Pinxsterhuis, Strand, Stormorken y Sveen (2015) han desarrollado un programa de educación con pacientes con síndrome de fatiga crónica basado en la aceptación y comprensión de la enfermedad, combinada con otras estrategias de afrontamiento. Este programa ha tenido una duración de nueve meses y se ha llevado a cabo con diez pacientes. Los objetivos de la intervención son promover tanto la aceptación, como la comprensión y el afrontamiento del dolor, mediante conocimiento. Para ello, se realiza aprendizaje de estrategias de afrontamiento, intercambio de experiencias entre los participantes, así como la recepción de la aceptación. Al igual que los anteriores, estos autores han encontrado beneficiosa la intervención ya que ha habido un aumento del conocimiento sobre el funcionamiento del dolor y sobre las estrategias de afrontamiento, así como un aumento de la aceptación, y esto ha producido mejoras a nivel social y emocional de estos participantes. Asimismo, un estudio realizado por McCracken, Barker, Chilcot (2014) revela que estrategias de aceptación combinadas con otras de defusión cognitiva puede mejorar en funcionamiento social y emocional de los pacientes con dolor crónico.

Otra variable que se ha visto relacionada con el dolor crónico ha sido el apoyo social. Kostova, Caiata y Schulz (2014), estudiaron en una muestra suiza con artritis reumatoide el rol del apoyo social durante el proceso de la aceptación. Estos autores hallaron la existencia de “momentos clave” donde realmente es fundamental el apoyo percibido. Asimismo, encontraron que si el apoyo es excesivo, se pueden encontrar ante situaciones de sobreprotección que pueden resultar perjudiciales.

Por lo tanto, con la correspondiente literatura científica expuesta como aval, se realiza el presente estudio que tiene como objetivo principal analizar las relaciones existentes entre la flexibilidad psicológica y aceptación del dolor, así como distintas variables relacionadas con el dolor crónico y su impacto, con la calidad de vida de las personas afectadas. Entre otros, este Trabajo de Fin de Máster tiene como objetivo

estudiar si la aceptación del dolor crónico es una variable que predice los niveles de ansiedad-depresión, la calidad de vida mediante el grado de funcionamiento, el bienestar emocional de personas con dolor crónico y la intensidad con la que lo perciben.

Nuestra hipótesis de partida es que las personas que presenten niveles mayores de aceptación del dolor, presentarán no sólo un informe de dolor menor, sino que mostrarán un mayor bienestar emocional, mejor calidad de vida y menores niveles de ansiedad y depresión.

Método

Participantes

La investigación se ha llevado a cabo con una muestra clínica de 40 personas con dolor crónico pertenecientes a tres asociaciones que han aceptado colaborar en esta investigación: Liga Reumatológica Asturiana de Avilés (62,5% de los sujetos), Asociación Alavesa de Fibromialgia-Asafima de Vitoria-Gasteiz (30%) y la Asociación de Fibromialgia y Síndrome de Fatiga Crónica EmanEskua de Bilbao (7,5%). La media de edad del conjunto de la muestra fue de $53,20 \pm 11,86$ años y el rango entre 25 y 76 años. De ellos, 32 (80 %) son mujeres, y sólo 8 (20%)son hombres.

Un total de 23 participantes (62,5% de la muestra) presenta en su historia clínica un diagnóstico de Fibromialgia (de ellos, el 5% presenta añadido un diagnóstico de fatiga crónica). 6 de los participantes (el 15%) tiene diagnóstico de Artritis Reumatoide, y 4 (10%) de Artrosis. El 12,5% restante presenta muy distintas enfermedades cuyo síntoma común también es el dolor crónico. EL 55% de la muestra lleva entre 5 y 10 años diagnosticado.

Para la muestra al completo, la media de tiempo con el diagnóstico es de 8,98 años (desviación típica=6,99) y el 50% de ellos afirma tener antecedentes familiares de la enfermedad que padecen.

Respecto a su situación laboral, 16 participantes (el 40%) se encuentran en una situación de empleo activo, 6 (15%) son desempleados, 15 (37,5%) son pensionistas, 1

sujeto (2,5%) es estudiante y tan solo 2 sujetos (5%) se encuentran en una situación de baja laboral.

Diseño

En este estudio se ha utilizado un diseño de tipo transversal y descriptivo-correlacional, no experimental.

Instrumentos

Para medir el grado de aceptación del dolor, se ha utilizado la versión española de González, Fernández y Torres (2010) del Chronic Pain Acceptance Questionnaire (CPAQ) creado por McCracken, Vowles y Eccleston (2004). El CPAQ es un instrumento de 20 ítems que se contentan en una escala Likert de 7 niveles (de 0 a 6). En cada ítem, el sujeto manifiesta en qué medida ha aceptado el dolor en su vida señalando el grado de acuerdo que tiene con las afirmaciones. Además de la puntuación total, se obtienen dos más, las procedentes de las subescalas *Implicación en las Actividades* y *Apertura al Dolor*. La primera subescala mide el grado de paralización que el dolor produce en la vida de la persona, mientras que la segunda mide la aceptación del dolor que la persona tiene en su vida. En cuanto a la fiabilidad obtenida mediante α de Crombrach, el CPAQ presenta una fiabilidad de 0,78. En la subescala *Implicación en actividades* fue de 0,82 y 0,78 en la subescala de *apertura al dolor*.

Para medir el grado de fusión cognitiva se ha utilizado el The Believability of Anxious Feelings and Thoughts Questionnaire (BAFT) de Herzberg, Sheppard, Forsyth, Crede', Earleywine y Eifert (2012), en su versión española de Ruiz, Odriozola y Suárez (2014). Este instrumento mide la credibilidad que le da el sujeto a los pensamientos y sentimientos ansiosos, a causa del dolor. Así, se compone de 16 ítems que representan 16 pensamientos cuya credibilidad individual tiene que valorar la persona mediante una escala Likert de 7 niveles (de 1 a 7). Los autores hallaron una alta fiabilidad general, un coeficiente de Alpha de Chronbach de entre .88 y .93.

A fin de evaluar la flexibilidad psicológica, se ha utilizado la escala Psychological inflexibility in pain scale (PIPS) de Wicksell, Renofalt, Olsson, Bond y Melin (2008), en su versión española de Rodero et al. (2013). Por un lado, esta escala mide aspectos de Evitación Experiencial relacionados con el dolor, es decir, el grado

en el que los sujetos evitan actividades a causa del dolor. Por otro, mide la Fusión que existe con pensamientos sobre el dolor. En su totalidad, cuenta con 12 ítems y en cada uno de éstos el sujeto manifiesta en qué medida se siente identificado con las afirmaciones en una escala Likert de 7 niveles (de 1 a 7). 6 de estos ítems conforman la escala de evitación experiencial, y los otros 6 la de fusión cognitiva. Los autores afirman una alta validez aparente (el 94% de los sujetos afirman que el test puede medir su inflexibilidad psicológica), así como una alta fiabilidad con una consistencia .90 y un coeficiente de correlación test-retest de .97.

Se ha utilizado el Cuestionario de Salud SF- 12, siendo este una versión reducida del SF-36 (Ware y Sherbourne, 1992). Los ítems del cuestionario se evalúan mediante una escala Likert, aunque de distinto nivel en cada ítem. Según el estudio de Vilagut et al. (2008) con muestra española, posee una buena validez de constructo, así como una buena consistencia interna (0.85)

La Escala de Satisfacción con la Vida (SWLS), originalmente de Diener, Emmons, Larsen y Griffin (1985), ha sido empleada en este estudio para medir el bienestar subjetivo o emocional de los participantes. Es una escala compuesta por 5 ítems de juicios cognitivos sobre la satisfacción global que tiene con su vida. El sujeto indica su grado de acuerdo mediante una escala likert de 7 niveles (de 1 a 7).

Asimismo, para medir posibles niveles de ansiedad y depresión, se ha utilizado la Escala de Ansiedad y Depresión en Hospital (HAD), de Zigmond y Snaith (1983). Esta escala es un instrumento autoaplicado que consta de 14 ítems, 7 para valorar la ansiedad y otros 7 para la depresión. En su estudio de validación con muestra española, De Las Cuevas, García y González de Rivera (1995) concluyeron que la HAD tiene un buen nivel de validez y de consistencia interna (Los ítems de la subescala de ansiedad registraron correlaciones significativas entre 0,36 y 0,64; y los de la subescala de depresión las correlaciones alcanzaron valores significativos que oscilaban entre 0,42 y 0,71).

Finalmente, los sujetos valoran en una escala Likert de 11 niveles (de 0 a 10) el nivel de dolor que han padecido durante la última semana, donde 0 es nada de dolor y 10 es muchísimo dolor.

Procedimiento

La muestra fue seleccionada y convocada por medio de las asociaciones mencionadas anteriormente. Todos los participantes tomaron parte en la investigación de forma voluntaria y sin recibir ninguna contraprestación. Todos ellos fueron informados de los propósitos y utilidades de la recogida de datos, así como de la confidencialidad de sus datos, de que podrían recibir información sobre sus resultados si así lo solicitaban, y de que poseían la opción de abandonar en cualquier momento la investigación.

El primer paso fue administrar a la muestra el cuestionario el Cuestionario de Salud SF- 12 para conocer la calidad de vida de los sujetos en base al estado subjetivo de salud. A continuación, el cuestionario llamado The Believability of Anxious Feelings and Thoughts Questionnaire (BAFT) para la medición de la defusión cognitiva. Se siguió con el cuestionario de aceptación Chronic Pain Acceptance Questionnaire (CPAQ). A continuación, se midieron los niveles de Evitación y Fusión que presentan los sujetos mediante la escala Psychological inflexibility in pain scale (PIPS), así como la Escala de Satisfacción con la Vida (SWLS). Finalmente, se administró la Escala de Ansiedad y Depresión en Hospital (HAD) y la de valoración del dolor.

Análisis de Datos

Para el análisis de los datos fue utilizado el programa informático SPSS v.19.0.

Para poder acotar y describir el perfil de la muestra se realizaron estadísticos descriptivos con las variables sociodemográficas (edad, sexo, ciudad de residencia y situación laboral) y clínicas de interés (diagnóstico, años desde que se realizó el diagnóstico y antecedentes familiares en dicho diagnóstico)

Posteriormente, se llevó a cabo un análisis de contraste de medias mediante la prueba no paramétrica H de Kruskal-Wallis con las variables sociodemográficas edad y diagnóstico.

Asimismo, se analizaron los coeficientes de correlación de Pearson para las variables cuantitativas continuas Aceptación, Implicación en actividades,

Pensamientos Ansiosos, Calidad de vida, Evitación, Fusión psicológica con pensamientos de dolor, Bienestar emocional, Ansiedad y Depresión.

El análisis de los datos concluyó con un análisis de regresión lineal mediante el método de pasos sucesivos en el que las variables dependientes introducidas fueron el grado de dolor percibido, la calidad de vida, los niveles de depresión y de ansiedad y el bienestar emocional. Como variables predictoras se introdujeron la aceptación del dolor (la variable propia de aceptación del dolor, apertura al dolor e implicación en actividades) y la flexibilidad psicológica (medido por las variables de inflexibilidad evitación y fusión cognitiva).

Resultados

En la Tabla 1 se presentan los datos descriptivos de las variables del presente estudio.

Tabla 1. Datos Descriptivos de las variables del estudio

	N	Rango	Mínimo	Máximo	Media	Desv. típ
Calidad de vida	40	37	12	49	28,38	8,70
Pensamientos ansiosos	40	93	16	109	71,68	26,79
Aceptación	40	54	24	78	52,25	13,12
Apertura al dolor	40	43	1	44	17,90	10,41
Implicación actividades	40	62	4	66	34,32	15,68
Evitación	40	38	3	41	26,83	9,62
Fusión	40	39	3	42	29,95	9,76
Bienestar emocional	40	30	5	35	18,93	9,07
	40	15	4	19	10,98	4,51
Ansiedad						
Depresión	40	15	2	17	8,63	4,62
Valoración Dolor	40	8	2	10	7,75	1,79

En las siguientes tablas 2 y 3 se presentan las comparaciones de medias entre las variables del estudio mediante la prueba no paramétrica H de Kruskal-Wallis. Concretamente, se muestra en la tabla 2 la comparación de las medias de la variable Bienestar Emocional, agrupando a los participantes por franjas de edad. En la tabla 3,

en cambio, se presenta la comparación de medias de las variables Calidad de vida, Fusión cognitiva, Bienestar emocional, Depresión y Valoración del dolor, agrupando los sujetos según su diagnóstico.

Tabla 2. Rangos promedios por franjas de edad y Prueba de H de Kruskal-Wallis en la variable Bienestar emocional

Rangos de Edad	Bienestar emocional			
	N	Rango promedio	gl	Chi-cuadrado
25-40	5	11,10		
41-50	12	18,96	3	9,27*
51-60	13	18,85		
61-80	10	29,20		

*Significación asintónicaal nivel 0,05

En la tabla 2 se observa que el mayor rango promedio se sitúa en el rango de edad más alto (61-80) con un promedio de 29,20 en la escala utilizada para evaluar el Bienestar emocional; frente al rango 25-40 que muestra el rango más bajo (11,10). Asimismo, puede verse mediante la prueba de H de Kruskal-Wallis que esta diferencia entre los promedios de los distintos rangos de edad es significativa.

Tabla 3. Rangos promedios y prueba H de Kruskal-Wallis por diagnósticos en las escalas Calidad de vida, Fusión cognitiva con el dolor, Bienestar emocional, Depresión y Valoración Subjetiva del dolor.

Diagnóstico	Calidad de vida		Fusión	Bienestar emocional	Depresión	Valoración Subj. dolor
	N	Rango Promedio (RP)	R.P	R.P.	R.P	R.P.
Fibromialgia	23	19,50	22,11	17,26	20,89	23,28
Artritis Reumatoide	6	32,25	13,75	33,00	14,75	11,25
Artrosis	4	24,50	8,38	28,63	10,25	7,38
Diagnóstico múltiple	7	11,43	27,93	15,79	30,00	26,79
Prueba Chi-Cuadrado		10,94*	9,60*	11,74**	9,24*	13,07**
gl		3	3	3	3	3

*Significación asintónicaal nivel 0,05

**Significación asintónicaal nivel 0,01

En la tabla 3 se muestra que el promedio más alto de las puntuaciones en la variable que evalúa calidad de vida, se encuentra en las personas diagnosticadas de artritis (32,25) y el más bajo en las que tienen un diagnóstico múltiple (11,43).

Éstas últimas personas muestran el promedio más alto en Fusión cognitiva con pensamientos de dolor (27,93) y las diagnosticadas con artrosis las que menor promedio tienen (8,38).

Asimismo, los sujetos con artritis reumatoide han obtenido el promedio más alto en Bienestar emocional (33) y aquellos con diagnóstico múltiple el más bajo (15,79).

Respecto a la variable Depresión, son los pacientes con diagnóstico múltiple los que muestran mayores puntuaciones (30) y los diagnosticados de artrosis las menores (10,25).

Finalmente, son los pacientes con diagnóstico múltiple los que dicen tener mayor dolor (26,79), frente a los diagnosticados con artrosis que puntúan las menores puntuaciones en la escala de valoración subjetiva de dolor (7,38).

En la misma tabla se puede observar mediante la prueba de Kruskal-Wallis cómo las diferencias entre los promedios son estadísticamente significativas según el diagnóstico que tengan los sujetos.

Tabla 4. Correlaciones de Pearson en las variables Valoración subjetiva del dolor, Calidad de vida, Pensamientos ansiosos, Aceptación, Apertura al dolor, Fusión con pensamientos de dolor, Evitación, Bienestar emocional, Ansiedad y Depresión.

	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10
1. Valoración subjetiva del dolor	1	-.52**	.36*	-.22	-.36*	.51**	.5**	-.48**	.52**	.64**
2. Calidad de vida		1	-.63**	.37*	.33*	-.65**	-.59**	.65**	-.76**	-.71**
3. Pensamientos ansiosos			1	-.18	-.41**	.38*	.46**	-.51**	.65**	.41**
4. Aceptación				1	.13	-.13	-.2	.35*	-.17	-.32*
5. Apertura dolor					1	-.63**	-.66**	.19	-.5**	-.53**
6. Evitación						1	.86**	-.37*	.63**	.71**
7. Fusión con pensamientos dolor							1	-.48**	.61**	.68**
8. Bienestar emocional								1	-.58*	-.62*
9. Ansiedad									1	.73**
10. Depresión										1

*Significación asintónicaal nivel 0,05

**Significación asintónicaal nivel 0,01

La tabla 4 muestra las correlaciones entre las distintas variables. Se observan muchas correlaciones significativas entre casi todas las variables. Sin embargo, las más destacadas son las producidas por las variables relacionadas con las alteraciones emocionales Ansiedad y Depresión.

La variable Ansiedad evaluada por la Escala de Ansiedad y Depresión en Hospital, HAD (Zigmond y Snaith, 1983) muestra correlaciones positivas y

significativas con Pensamientos Ansiosos ($r= 0,65$; $p=0,000$), Evitación ($r= 0,63$; $p=0,000$), así como con Fusión ($r=0,61$; $p=0,000$), así como una correlación significativa negativa con la variable Calidad de Vida ($r=-0,76$; $p=0,000$).

Asimismo, la variable Depresión evaluada también por la misma escala HAD, muestra correlaciones positivas con la variable Valoración subjetiva del Dolor ($r=0,64$; $p=0,000$), Evitación ($r=0,71$; $p=0,000$) y Fusión cognitiva ($r=0,68$; $p=0,000$). Las correlaciones de la variable depresión, son en cambio, negativas con Calidad de Vida ($r= -0,71$; $p=0,000$) y con Bienestar Emocional ($r=-0,62$; $p=0,000$). Se muestran también correlacionadas positivamente ambas variables emocionales, Ansiedad y Depresión ($r=0,73$; $p=0,000$).

La variable Calidad de vida presenta correlaciones significativas con Pensamientos Ansiosos ($r=0,63$; $p=0,000$), Evitación ($r=0,65$; $p=0,000$) y Bienestar Emocional ($r=0,65$; $p=0,000$).

Han de ser mencionadas también las correlaciones negativas que encontramos entre Apertura al Dolor y las variables Evitación ($r=-0,63$; $p=0,000$) y Fusión ($r=-0,66$; $p=0,000$), así como la alta correlación positiva entre las variables Fusión y Evitación ($r=0,86$; $p=0,000$).

Tabla 5. Variables predictoras de la Valoración subjetiva del dolor

Variables del modelo	Coeficientes no estandarizados		Coeficientes tipificados	t	$R_{Y\mu}^2$	$\tilde{R}_{Y\mu}^2$
	B	Error típ.	Beta			
(Constante)	5,18	,74		7,02		
Evitación	,1	,03	,51	3,7	,26	,25

En la tabla 5 se observa que la regresión muestra la variable Evitación ($t=3,7$; $p=0,001$) como predictora de la Valoración subjetiva de dolor. La varianza estimada de dicha Valoración del Dolor queda explicada por la Evitación al 25% (R cuadrado

corregida= 0,25), valorándose esto como una regresión baja. La ecuación de regresión sería, Valoración Subjetiva de Dolor= (5,18) + (0,1 Evitación).

Tabla 6. Variables predictoras de Calidad de Vida.

Variables del modelo	Coeficientes no estandarizados		Coeficientes tipificados	t	$R_{Y\mu}^2$	$\tilde{R}_{Y\mu}^2$
	B	Error típ.	Beta			
(Constante)	40,54	3,25		12,48**		
Evitación	-,68	,11	-,75	-6,27**	,52	,49
Implicación en Actividades	,18	,07	,32	2,65*		

Variable dependiente: Calidad de Vida

*. Significativo estadísticamente al nivel de 0,05.

** . Significativo estadísticamente al nivel de 0,01.

En la tabla 6 se observa que se muestran como predictoras de Calidad de vida la siguientes variables: Evitación ($t=-6,27$; $p=0,000$) e Implicación en Actividades ($t=2,65$; $p=0,012$). No obstante, los datos revelan que la variable calidad de vida queda explicada al 49% (R cuadrado corregida= 0,49) por dichas variables predictoras, por lo que no se considera una regresión alta. La variable de Implicación en Actividades explica el 8% de la varianza estimada. La variable Evitación representa, por tanto, la mayor proporción de varianza explicada por este modelo (41%). La ecuación de regresión sería por tanto, Calidad de Vida = (40,54) + (-0,68 Evitación) + (0,18 Implicación en Actividades).

Tabla 7. Variables predictoras de Ansiedad.

Variables del modelo	Coeficientes no estandarizados		Coeficientes tipificados	t	$R_{Y\mu}^2$	$\tilde{R}_{Y\mu}^2$
	B	Error típ.	Beta			
(Constante)	3,11	1,69		1,84		
Evitación	,29	,059	,63	4,94**	,39	,38

Variable dependiente: Ansiedad

* . Significativo estadísticamente al nivel de 0,01.

En la tabla 7 observamos resultados estadísticamente significativos respecto a la regresión lineal con Ansiedad como variable dependiente. El modelo incluye como predictora de Ansiedad tan sólo la variable Evitación ($t= 4,95$; $p=0,000$). Asimismo, vemos como dicha variable explica la varianza estimada al 38% (R cuadrado corregida: 0,38), siendo éste un índice de regresión bajo. La ecuación de regresión sería, por tanto, $\text{Ansiedad} = (3,11) + (0,29 \text{ Evitación})$.

Tabla 8. Variables predictoras de Depresión.

Variables del modelo	Coeficientes no estandarizados		Coeficientes tipificados	t	$R_{Y\mu}^2$	$\tilde{R}_{Y\mu}^2$
	B	Error típ.	Beta			
(Constante)	4,11	2,7		1,52		
Evitación	,33	,05	,68	6,06**	,55	,52
Aceptación del dolor	-,08	,04	-,23	-2,04*		

Variable dependiente: Depresión

*. Significativo estadísticamente al nivel de 0,05.

** . Significativo estadísticamente al nivel de 0,01.

En la tabla 8 podemos apreciar que se incluyen como predictoras de Depresión las variables Evitación ($t=6,06$; $p=0,000$) y Aceptación del Dolor ($t=-0,23$; $p=0,049$), quedando explicada la variable dependiente al 52% (R cuadrado corregida: 0,52). La

variable Evitación explica el 48% y la variable Aceptación el otro 4% de la varianza explicada. La ecuación de regresión sería por tanto, Depresión = (4,11) + (0,33 Evitación) + (-0,08 Aceptación del Dolor).

Tabla 9. Variables dependientes de Bienestar Emocional.

Variables del modelo	Coeficientes no estandarizados		Coeficientes tipificados	t	$R_{Y\mu}^2$	$\tilde{R}_{Y\mu}^2$
	B	Error típ.	Beta			
(Constante)	28,25	4,31		6,55**		
Fusión	-,52	,13	-,56	-4,02**	,32	,29
Implicación en Actividades	,19	,08	,32	2,29*		

Variable dependiente: Bienestar Emocional

** . Significativo estadísticamente al nivel de 0,01.

Por último, en la tabla 9 se observa que las variables Fusión Cognitiva (t=-4,02; p=0,000) e Implicación en Actividades (t=2,29; p=0,028) se muestran como variables que presentan regresión significativa respecto al Bienestar Emocional. Sin embargo, a pesar de ser significativas, no podemos considerar que tenga relevancia estadística debido a que el porcentaje de la varianza explicado por el modelo sea del 29% (R cuadrado corregida= 0,29). Finalmente, la ecuación de regresión sería: Bienestar Emocional= (22,25) + (-0,52 Fusión Cognitiva) + (0,19 Implicación en Actividades).

Discusión

El presente estudio se llevó a cabo con el objetivo de analizar si la aceptación del dolor crónico es una variable que predice los niveles de ansiedad-depresión, la calidad de vida y el bienestar emocional de personas con dolor crónico y el grado de dolor que sufren.

En primer lugar, se resaltarán algunas observaciones obtenidas de los resultados del análisis descriptivo de los datos. Los resultados informan que son las personas mayores de 60 años, es decir, aquellas situadas en el rango de edad más elevado, son también las que muestran un mayor bienestar emocional subjetivo. Alarcón (2001) halló que las personas más felices eran las casadas, y dentro de este colectivo eran felices especialmente, el grupo que conformaba el rango de edad más elevado (60 años o más).

Se concluye que las personas diagnosticadas de artritis reumatoide son las personas de la muestra con un mayor bienestar emocional y las que gozan de una mejor calidad de vida. Prada et al. (2015) y Arroyo, Barreto, Vaccaro y Acosta (2010) confirman que, a pesar del dolor, los pacientes de artritis reumatoide mantienen una buena calidad de vida.

Las personas con diagnóstico múltiple, que son los que más dolor tienen, según los datos subjetivos de la valoración, son también las que tienen menor calidad de vida, menor flexibilidad psicológica (especialmente en lo que a fusión psicológica se refiere), menor bienestar emocional y obtienen las puntuaciones más elevadas en la escala de pensamientos depresivos. En la misma línea, según un estudio realizado por Torre et al. (2008) son las personas con diagnóstico dual de dolor las que más intensidad de dolor tienen así como puntuaciones más elevadas en pensamientos ansiosos y depresivos. En contraposición, las personas con diagnóstico de artrosis son las que menos queja de dolor tienen y también las que menor fusión psicológica con pensamientos de control del dolor muestran, así como menos depresión. Martín et al. (2010) sugieren la existencia de una relación bidireccional entre en nivel de dolor y el nivel de depresión en pacientes con artrosis.

Volviendo al objetivo central de este trabajo, el estudio nace bajo la hipótesis que afirma que las personas con una mayor aceptación del dolor, esto es aquellas que mejor aceptan el dolor como una característica inherente a su nuevo contexto de vida, muestran también mayor flexibilidad psicológica, es decir, muestran menos evitación de actividades así como menor fusión con pensamientos de control y eliminación del dolor. Tras el análisis de los datos, se observa que, tal y como era esperado, son constructos relacionados en estos sujetos. Concretamente, tal y como se observa

también en otros estudios, las personas que muestran aceptación del dolor (una mayor apertura hacia el mismo), muestran también una menor evitación de actividades, así como una menor fusión con pensamientos asociados al control y eliminación del dolor (McCracken y Velleman, 2010; McCracken, 1998).

Partiendo de estos datos, la hipótesis principal del estudio mantiene que las personas con mayor aceptación y flexibilidad psicológica, informan de un menor dolor y además gozan de una mejor calidad de vida. Por un lado, atendiendo al informe subjetivo del dolor percibido, se observa relación entre el grado de dolor referido y la flexibilidad psicológica (evitación y fusión con pensamientos de dolor). La evitación, en especial, no sólo muestra relación sino que parece predecir en cierta medida (hasta un 25% en nuestro estudio) el grado de dolor que refieren estas personas con dolencias crónicas. Y así lo avala el estudio de Trompetter, Bohlmeijer, Fox y Schreurs (2015), quienes hallaron que la flexibilidad psicológica media en la intensidad percibida del dolor en personas que padecen dolor crónico. Siguiendo esta línea, la investigación de Barke, Riecke, Rief y Glombiewski (2015) revela que la evitación predice el dolor y la discapacidad que produce éste.

Por otro lado, los datos muestran que una mayor aceptación y flexibilidad psicológica no sólo correlaciona con una mayor calidad de vida, sino que es predictora de ello. Concretamente, los análisis revelan que la reducción de evitación (flexibilidad psicológica) y una mayor implicación en actividades (entendido como parte de aceptación del dolor), tal y como revela la literatura científica, funcionan como predictores de una mejor calidad de vida, en este caso casi en un 50%. (Feinstein et al., 2011; González, Fernández y Torres 2010; McCracken y Velleman, 2010; Vowles y McCracken, 2008;).

Si proseguimos con el contraste de las hipótesis iniciales, este estudio se interesaba en si una mayor aceptación del dolor y flexibilidad psicológica podrían funcionar como predictores de menores niveles de ansiedad y depresión, tal y como han comprobado otros autores (McCracken et al. 2005; McCracken et al. 2009). Los datos muestran que existe relación entre los niveles de depresión y ansiedad con las variables de flexibilidad psicológica, así como de aceptación. A nivel predictivo, los análisis parecen sugerir cómo una menor evitación también predice hasta en un 38%

en nuestro estudio menores niveles de ansiedad y en hasta un 48% los niveles de depresión. La literatura científica muestra, igualmente, la existente relación entre la flexibilidad psicológica y las alteraciones emocionales. Tanto Kohtala, Lappalainen, Savonen, Timo y Tolvanen (2015) en su investigación como Wiggs y Drake (2016) en su estudio de caso observaron tras una intervención ACT un aumento de la flexibilidad psicológica y una reducción de los niveles de depresión o angustia y ansiedad, respectivamente. Así lo corroboran también González, Fernández y Torres (2010) quienes hallaron menores niveles de ansiedad y depresión en aquellos con una mayor aceptación.

Finalmente, respecto al bienestar emocional, los datos muestran relación entre las variables fusión cognitiva e implicación en actividades con bienestar emocional. Además, los análisis parecen sugerir que una menor fusión así como una mayor implicación en actividades pueden predecir en cierta medida un mejor bienestar emocional, explicando hasta un 29% la varianza estimada del bienestar emocional. La literatura confirma estos resultados y revela que si son variables predictoras del mismo. De esta manera lo señalan autores como Wicksel, Ahlqvist, Bring, Melin y Olsson (2008) quienes comprobaron una mayor satisfacción con la vida en sus sujetos con dolor crónico tras una intervención de estrategias de aceptación y exposición. Asimismo, Kohtala et al. (2015) observaron un aumento del bienestar psicológico al mismo tiempo que un aumento de la flexibilidad psicológica.

Por lo tanto, resumiendo lo expuesto hasta el momento, de este análisis de los resultados se pueden extraer varias conclusiones. Para comenzar, la aceptación del dolor y la flexibilidad psicológica (entendida como una menor evitación de actividades, así como una menor fusión con pensamientos relativos al control y reducción del dolor) son variables asociadas que correlacionan de manera positiva. Esto tiene sentido, ya que pueden considerarse dos caras de la misma moneda, es decir, polos opuestos del mismo constructo. Y es así que, las personas que desarrollan aceptación y flexibilidad psicológica es más probable que tengan una mejor calidad de vida. Finalmente, ha de ser desatado el peso de la evitación como predictora de distintas variables relacionadas con el dolor crónico: el propio grado de dolor que refieren estas personas, el nivel de calidad de vida, así como de, variables psicológicas como ansiedad y depresión.

Existen algunas limitaciones en este estudio que pueden condicionar la generalización de los resultados a la población. Una de estas posibles limitaciones, que podría explicar la discrepancia de los resultados con los de otras investigaciones respecto a la hipótesis que afirma que la aceptación del dolor así como una mayor flexibilidad psicológica son variables que predicen un mejor bienestar emocional, puede ser el tamaño de la muestra. Las investigaciones sobre esto que se pueden encontrar en la literatura científica, cuentan con una muestra de mayor tamaño (Barke, Riecke, Rief y Glombiewski, 2015; Feinstein et al., 2011; González, Fernández y Torres, 2010; McCracken, Barker, Chilcot, 2014; McCracken y Gutierrez, 2011; Trompetter, Bohlmeijer, Fox y Schreurs, 2015).

Respecto al diseño también pueden observarse limitaciones. Por un lado, se encuentran las limitaciones propias de un diseño descriptivo transversal. Es decir, el no poder establecer relaciones de causa entre las variables ya que se desconoce si realmente la variable predictora causa la dependiente. La transversalidad, además, no permite afirmar si las relaciones halladas son relaciones que se mantienen en el tiempo. Por otro lado, un diseño de tipo interventivo con talleres de información y estrategias sobre desarrollo de aceptación del dolor así como de flexibilidad psicológica, podrían haber habilitado la posibilidad de desarrollar un diseño pre-post tratamiento que puede ofrecer información de utilidad de cara a la intervención psicológica con personas con dolor.

Los resultados, tal y como se ha mencionado anteriormente, sugirieron una relación entre la aceptación y la flexibilidad psicológica respecto a la calidad de vida en personas con dolor crónico. Las implicaciones clínicas que puede tener esto pueden ser diversas y ambiciosas. Observar la relación de las variables que se estudian desde la perspectiva de la aceptación, con las variables relacionadas con el dolor crónico (el grado de dolor, la calidad de vida, ansiedad, depresión y bienestar emocional). Es decir, confirmar que el ámbito de dolor crónico puede ser estudiado desde dicha perspectiva, concretamente, por la ACT. Esto, puede llevar a continuar con el desarrollo y estructuración de intervenciones desde esta perspectiva, así como a la implantación de ello en el sistema sanitario, con su correspondiente formación de todo tipo de profesionales sanitarios para trabajar dolencias físicas desde esta perspectiva frente a la actual de control.

Y esto no queda en utopía ya que en los últimos años, han sido cada vez más las intervenciones llevadas a cabo relacionadas con el desarrollo de la aceptación del dolor, reducción de la evitación y defusión psicológica. Tal y como se expone en la introducción, la ACT es una terapia que ha trabajado mucho en el campo del dolor crónico de manera exitosa; De hecho, en la mayor parte de lo recogido en la literatura, aparece la flexibilidad psicológica como predictor de la valoración subjetiva del dolor. (McCracken y Gutierrez, 2011; McCracken, Sato y Taylor, 2013; Vowles, McCracken y O'Brien, 2011; Vowles, Witkiewitz, Sowden y Ashworth, 2014; McCracken y Velleman, 2010).

Por otro lado, puede llevar al replanteamiento social de la actual perspectiva extendida de afrontación de dolencias (a nivel físico y a nivel psicológico), que consiste en la eliminación, evitación, reducción y control del dolor. Modulando hacia un desarrollo de tolerancia y aceptación ante situaciones de dolor o de dificultad para poder trabajar sobre ellas desde ahí. Aprender a sentir el dolor como parte de la vida, aumentando así nuestra tolerancia hacia él y reduciendo nuestra necesidad imperante de mantener el control sobre todo aquello que nos rodea (en especial, reduciendo la necesidad, el deseo y la lucha devastadora por mantener el control sobre aquellas cosas que no podemos controlar). De esta forma además, se puede reducir problemas emocionales como la ansiedad o la depresión asociados a otras dolencias, ya que la necesidad y esfuerzo por controlar puede ser predictor de dichos problemas emocionales.

No obstante, la discrepancia existente entre los dos métodos opuestos más establecidos en dolor, marcada por la utilización de la terapia cognitivo conductual durante décadas de forma eficaz (Turner y Jensen, 1993), impone la necesidad de continuar el estudio de la aceptación en dolencias crónicas exigiendo una mayor investigación e intervención en dicho ámbito.

Como se ha mencionado en varias ocasiones, este estudio se realizó desde el objetivo de estudiar si la aceptación y la flexibilidad psicológica predicen la calidad de vida, el bienestar emocional, el nivel de ansiedad y el de depresión de estas personas.

Y tras finalizar dicho estudio, se concluye que la aceptación del dolor y la flexibilidad psicológica son variables asociadas que correlacionan de manera positiva.

Y que tal y como se esperaba, las personas que desarrollan aceptación y flexibilidad psicológica es más probable que tengan una mejor calidad de vida y que refieran sentir menos dolor. Asimismo, se sugiere también, que una mayor flexibilidad psicológica puede predecir, en alguna medida, un mejor bienestar emocional, así como, menores niveles de ansiedad y depresión.

Esto sigue en la línea que muestra la aceptación como una perspectiva de peso a tener muy en cuenta en dolor crónico ya que tanto la aceptación del dolor como la flexibilidad psicológica contribuyen a un menor dolor, menores niveles de alteraciones emocionales y mejor calidad de vida en estas personas.

Referencias

- Alarcón,R.(2001). Relaciones entre felicidad, género, edad y estado conyugal. Revista de Psicología de la PUCP. Universidad Ricardo Palma, 19(1),29-46.
- Almendro, MT. , Clariana, SM. , 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*, 110, 213-227.
- Álvarez Melcón, A. (2013). Eficacia de un programa de entrenamiento físico asociado a una técnica convencional de relajación, para reducir la cefalea tensional en estudiantes universitarios. Tesis Doctoral. Universidad Complutense de Madrid, Facultad de Enfermería, Fisioterapia y Podología.
- American Psychological Association (1995). Template for developing guidelines: Interventions for mental disorders and psychosocial aspects of physical disorders. Washington, DC.
- Arroyo,t., Barreto,J. ,Vaccaro,Y. y Yacosta,C. (2010). Calidad de vida y estado de salud en pacientes con artritis reumatoide. Complejo hospitalario universitario ruíz y páez. Ciudad bolívar.Universidad de oriente escuela de ciencias de la salud Dr.FranciscoBattistiniCasalta, núcleo bolívar departamento de salud mental, 38-40
- Barke, A., Riecke, J., Rief, W. y Glombiewski, J.A. (2015) The Psychological Inflexibility in Pain Scale (PIPS) - validation, factor structure and comparison to the Chronic Pain Acceptance Questionnaire (CPAQ) and other validated measures in German chronic back pain patients. *BMC musculoskeletal disorders*, 16, 171.
- Breivik, H., Collett, B., Ventafridda, V., Cohen, R. y Gallacher, A. (2006). Survey of chronic pain in Europe: prevalence, impact on daily life, and treatment. *EuropeanJournal of Pain*, v10, 287-333.

- Day M.A., Thorn B.E., Ward L.C., Rubin N., Hickman S.D., Scogin F., Kilgo G.R. (2014). Mindfulness-based cognitive therapy for the treatment of headache pain: a pilot study. *The Clinical Journal of Pain*, 30, 152–161.
- De Las Cuevas, C. García, A. y González de Rivera, J.L. (1995). "Hospital Anxiety and Depression Scale" y Psicopatología Afectiva. *Anales de Psiquiatría*, 11 (4), 126-130.
- Diener, E., Emmons, R. A., Larsen, R. J., y Griffin, S. (1985). The Satisfaction with Life Scale. *Journal of Personality Assessment*, 49, 71-75.
- Domínguez, A. (2007). Analgesia hipnótica en el dolor crónico. *Revista Iberoamericana del Dolor*, 4, 25-31.
- Feinstein, A., Forman, E., Masuda, A., Cohen, L., Herbert, J., Moorthy, N. y Goldsmith, D. (2011). Pain Intensity, Psychological Inflexibility, and Acceptance of Pain as Predictors of Functioning in Adolescents with Juvenile Idiopathic Arthritis: A Preliminary Investigation. *Journal of Clinical Psychology in Medical Settings*, 18, 291–298.
- González Menéndez, A., Fernández García, P. y Torres Viejo, I. (2010). Aceptación del dolor crónico en pacientes con Fibromialgia: adaptación del Chronic (CPAQ) a una muestra española. *Psicothema*, 22 (4), 997-1003
- Hawkins, R. M. F. (2001). A systematic meta-review of hypnosis as an empirically supported treatment for pain. *Pain Reviews*, 8, 47-73.
- Hayes, S. C., Strosahl, K., y Wilson, K. G. (1999). *Acceptance and Commitment Therapy: An experiential approach to behavior change*. New York: Guilford Press.
- Herzberg, K.N., Sheppard, S.C., Forsyth, J.P., Credé, M., Earleywine, M., & Eifert, G.H. (2012). The Believability of Anxious Feelings and Thoughts Questionnaire (BAFT): A psychometric evaluation of cognitive fusion in a nonclinical and highly anxious community sample. *Psychological Assessment*, 24, 877-891.

- Infante Vargas, P. (2002). Estudio de variables psicológicas en pacientes con dolor crónico. Tesis Doctoral. Universidad Autónoma de Barcelona. Facultad de Psicología. Departamento de Psicología de la Salud y Psicología Social
- Kohtala, A., Lappalainen, R., Savonen, L., Timo, E. y Tolvanen, A. (2015). A Four-Session Acceptance and Commitment Therapy Based Intervention for Depressive Symptoms Delivered by Masters Degree Level Psychology Students: A Preliminary Study. *Behavioural and Cognitive Psychotherapy*, 44 (3), 360-373
- Kostova Z., Caiata-Zufferey M., y Schulz PJ. (2014). The impact of social support on the acceptance process among RA patients: a qualitative study. *Psychological Health*, 29(11), 1283-1302.
- Martín, A. Vicente, P., Vicente,E., Sánchez,P., Galindo,P. y Martín,M. (2010). Depresión y calidad de vida relacionada con la salud en pacientes con artrosis: diferencias de género. *Revista de Psicopatología y PsicologíaClínica*, 15 (2), 125-132
- McCracken LM. (1998). Learning to live with the pain: acceptance of pain predicts adjustment in persons with chronic pain. *Pain*, 74, 21–27.
- McCracken , LM., Eccleston, C. y Bell, L. (2005). Clinical assessment of behavioral coping: results from a brief inventory. *European Journal of Pain*, 9, 69-78.
- McCracken, L. M., y Velleman, S. C. (2010). Psychological flexibility in adults with chronic pain: A study of acceptance, mindfulness and values-based action in primary care. *Pain*, 148, 141–147.
- McCracken, L. y Gutierrez-Martinez, O. (2011). Processes of change in psychological flexibility in an interdisciplinary group-based treatment for chronic pain based on Acceptance and Commitment Therapy. *Behaviour Research and Therapy*, 49, 267-274
- McCracken, L., Barker, E. y Chilcot, J. (2014). Decentering, rumination, cognitive defusion, and psychological flexibility in people with chronic pain. *Journal of Behavioral Medicine*, 37, 1215–1225

- McCracken, L., 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.
- McCracken, L.M., Vowles, K.E., y Eccleston, C. (2004). Acceptance of chronic pain: Component analysis and a revised assessment method. *Pain*, 107, 159-166.
- McCracken, L.M. y Eccleston, C. (2005). A prospective study of acceptance of pain and patient functioning with chronic pain. *Pain*, 118, 164-169.
- McCracken, L.M. y Eccleston, C. (2006) A comparison of the relative utility of coping and acceptance-based measures in a sample of chronic pain sufferers. *European Journal of Pain*, 10, 23-29.
- McCracken, L.M. y Keogh, E. (2009). Acceptance, mindfulness, and Values-Based Action may counteract fear and avoidance of emotions in chronic pain: an analysis anxiety sensitivity. *The Journal of Pain*, 10, 408-415.
- McCracken, L.M., Carson, J.W., Eccleston, C. y Keefe, F.J. (2004). Acceptance and change in the context of chronic pain. *Pain*, 109, 4-7.
- McCracken, L.M., Vowles, K.E. y Eccleston, C. (2004). Acceptance of chronic pain: component analysis and a revised assessment method. *Pain*, 107, 159-166.
- McCracken, L.M., Vowles, K.E. y Eccleston, C. (2005). Acceptance-based treatment for persons with complex, long standing chronic pain: a preliminary analysis of treatment outcome in comparison to a waiting phase. *Behaviour Research and Therapy*, 43, 1335-1346.
- Melzack, R. y Casey, K.L. (1968). Sensory, motivational, and central control determinants of pain. A new conceptual model. En D. Kenshalo (Ed.): *The skin senses*. Springfield: Charles C. Thomas.
- Moix, J. y Casado, I. (2011). Terapias Psicológicas para el Tratamiento del Dolor Crónico. *Clínica y Salud*, 22
- Moix, J. y Kovacs, F.M. (2009). Manual del dolor. Tratamiento cognitivo-conductual del dolor crónico. Barcelona: Paidós.

- Nestoriuc, Y. y Martin, A. (2007). Efficacy of biofeedback for migraine: a meta-analysis. *Pain*, 128(1-2):111-27
- Patterson, D.R.-Jensen, M.P. (2003). Hypnosis and clinical pain. *Psychological Bulletin*, 129, 495-521.
- Pinxsterhuis, I., Strand, E.B., Stormorken, E. y Sveen, U. (2015). From chaos and insecurity to understanding and coping: experienced benefits of a group-based education programme for people with chronic fatigue syndrome. *British Journal of Guidance & Counselling*, 43 (4), 463-475
- Prada Hernández, D.M., Hernández Torres, C., Gómez Morejón, J.A., Gil Armenteros, R., Reyes Pineda, Y., Solís Carta, U. y Molinero Rodríguez, C. (2015). Evaluación de la calidad de vida relacionada con la salud en pacientes con artritis reumatoide en el Centro de Reumatología. *Revista Cubana de Reumatología*, 17 (1)
- Ramirez Mastre, C. y Valdivia Velasco, Y. (2003). Evaluación del funcionamiento diario en pacientes con dolor crónico. *Revista internacional de psicología clínica y de la salud*, 2, 283-291.
- Robles del Olmo (2010). Terapia cognitivo conductual para el dolor crónico. *Psicologosclinicos.com*. Disponible en: <http://www.psicologosclinicos.com/articulos/terapia-cognitivo-conductual-para-el-dolor-cronico-2/>
- Rodero, B., Pereira, J.P., Pérez-Yus, M.C., Casanueva, B. Serrano-Blanco, A. Rodrigues da Cunha Ribeiro, M.J. Luciano, J.V. y Garcia-Campayo, J. (2013). Validation of a Spanish version of the psychological inflexibility in pain scale (PIPS) and an evaluation of its relation with acceptance of pain and mindfulness in sample of persons with fibromyalgia. *Health and Quality of Life Outcomes*, 11 (1), 62
- Ruiz, F., Odriozola-González, P. y Suárez-Falcó, J.C. (2014). The Spanish version of the Believability of Anxious Feelings and Thoughts Questionnaire. *Psicothema*, 26 (3), 308-313

- Torre, F., Martín Corral, J., Callejo, A. , Gómez-Vega, C., La Torre, S., Esteban, L. Vallejo, R.M. y Arizaga, A. (2008). Calidad de vida relacionada con la salud y estrategias de afrontamiento ante el dolor en pacientes atendidos por una unidad de tratamiento del dolor. *Revista de la Sociedad Española del Dolor*, 15, 2
- Trompetter, H.R., Bohlmeijer, E.T., Fox, J.P. y Schreurs, M.G. (2015). Psychological flexibility and catastrophizing as associated change mechanisms during online Acceptance & Commitment Therapy for chronic pain. *Behaviour research and therapy*, 74, 50-59.
- Turner J. y Jensen M.(1993) Efficacy of cognitive therapy for chronic low back pain. *Pain*, 52, 169-177.
- Vallejo, M. A. (2005). Tratamiento psicológico del dolor crónico. *Boletín de Psicología*, 84, 41-58.
- Vilagut , G., Valderas, J.M., Ferrer, M., Garin, O., López-García, E. y Alonsoab, J. (2008). Interpretación de los cuestionarios de salud SF-36 y SF-12 en España: componentes físico y mental. *Medicina Clínicaen Breve*, 130 (19), 726-740.
- Vowles KE. y McCracken LM. (2008). Acceptance and Values-based Action in Chronic Pain: A study of Treatment Effectiveness and Process. *Journal of Consulting and Clinical Psychology*, 76, 397-407
- Vowles, K., McCracken, L. y O'Brien, J. (2011). Acceptance and values-based action in chronic pain: A three-year follow-up analysis of treatment effectiveness and process. *Behaviour Research and Therapy* 49, 748-755
- Vowles, K., 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.
- Ware, JD y Sherbourne, CD.(1992). Ther Short Form- 36 Health Survey

- Wickel, R., Ahlqvist, J., Bring, A., Melin, L. y Olsson, G. (2008). Can Exposure and Acceptance Strategies Improve Functioning and Life Satisfaction in People with Chronic Pain and Whiplash-Associated Disorders (WAD)? A Randomized Controlled Trial. *Cognitive Behaviour Therapy*, 37 (3), 169–182.
- Wiggs, K.A. y Drake, C.E. (2016). Building Psychological Flexibility to Mitigate Adjustment Disorder: Assessing Treatment Progress With a Measure of Treatment Processes. *Clinical Case Studies*, 15 (1), 18-34.
- Zigmond, A.S. y Snaith, R.P. (1983) The Hospital Anxiety and Depression Scale, HAD. *Acta Psychiatrica Scandinavica* , 67, 361-370.