

GOMEZ ROMERO, ANGELICA MARÍA

**INTERVENCIÓN BREVE EN MUJERES CON DISCAPACIDAD: EM-
PODERÁNDOSE ANTE EL DOLOR**

20 de SEPTIEMBRE de 2012

Dr. CANGAS DIAZ, ADOLFO¹

**UNIVERSIDAD DE ALMERIA
MASTER EN ANALISIS FUNCIONAL EN CONTEXTOS CLINICOS Y DE SALUD**

¹ Tutor del Proyecto Fin de Máster; Facultad de Psicología

AGRADECIMIENTO

Agradezco especialmente a la Asociación Almeriense para la Promoción de la Mujer con Discapacidad Luna y sus socias por su colaboración con esta investigación. Su incondicional apoyo contribuyo significativamente en el desarrollo de este proyecto.

TABLA DE CONTENIDO

Resumen:	4
Abstract:	4
0. INTRODUCCION.....	6
0.1 Justificación y Planteamiento del Problema	6
0.2 Fundamentación Bibliográfica	8
0.2.1 Dolor Físico y Dolor Crónico	8
0.2.2 Dolor Crónico y Discapacidad	10
0.2.3 Tratamientos y manejo del dolor crónico y la discapacidad	11
0.3 Objetivos.....	16
1. METODO	17
1.1 Participantes	17
1.2 Instrumentos:	19
1.3 Variables de Investigación.....	19
1.4 Tipo de Investigación y Diseño	20
1.5 Procedimiento de la investigación.....	20
2. RESULTADOS	23
3. DISCUSIÓN	32
4. REFERENCIAS	37
5. APENDICE	41
5.1 APENDICE A: Adaptación del CPAQ a una Muestra Española (González, Fernández y Torres, 2010).	41
5.2 APENDICE B: Cuestionario de Estrategias de Afrontamiento (Esteve, Ramírez, López, 2004).....	42
5.3 APENDICE C: tabla de registro del a actividad física	43

Resumen:

El dolor crónico suele ser de difícil tratamiento dado que después de un consumo prolongado analgésicos estos suelen dejar de funcionar como al principio, generando problemas secundarios como afecciones del sistema digestivo, dependencia e incluso aumento del dolor. Además de ello, suele ser una condición limitante para la vida y suele reducir su calidad significativamente. Muchas personas incluso terminan diseñando su vida alrededor del dolor para evitarlo o sentirlo lo menos posible, lo cual termina siendo una trampa pues el dolor crónico usualmente nunca se desaparece. En los últimos años se ha empezado introducir otro tipo de tratamientos que ayuden a manejar el dolor crónico como la fisioterapia, la medicina alternativa, la actividad física y las terapias psicológicas; las dos últimas han demostrado ser bastante efectivas en el manejo del dolor y más aun si se utilizan de manera combinada. Esta investigación pretendió mediante una intervención breve con la Terapia de Aceptación y Compromiso (ACT) mantener o aumentar la actividad física de mujeres con discapacidad y dolor crónico. Para ello se trabajó con 4 mujeres, 2 fueron asignadas al grupo experimental y las otras 2 al grupo control. Se hizo una medición pre-pos y de seguimiento al mes de finalizada la intervención de la aceptación del dolor crónico y las estrategias de afrontamiento y se registró la actividad física que realizaron durante toda la investigación. Se observan algunos cambios en las tres variables medidas que pueden sugerir que ACT influyó positivamente en su cambio. Sugerencias para próximas investigaciones son discutidas.

Palabras Claves: Terapia de Aceptación y Compromiso; Actividad Física, Dolor Crónico

Abstract:

Chronic pain is often difficult to treat because after prolonged use of analgesics they usually stop working as before, causing secondary problems such as digestive system disorders, substance dependence and even pain increase. Moreover, it is often a limiting condition for life and it significantly reduces its quality. Many people even end up designing their lives around pain in order to avoid it or feel it the least possible, which ends up being a pitfall for chronic pain usually never goes away. In recent years other treatments are being introduced to help manage chronic pain such as physiotherapy, alternative

medicine, physical activity and psychological therapies, the latter two have proven to be effective in pain management and more even when used in combination. This research sought by a brief intervention with Acceptance and Commitment Therapy (ACT) to maintain or increase physical activity for women with disabilities and chronic pain. This was achieved with four women, two were assigned to the experimental group and the other two to the control groups. There was a pre-post measurement and monitoring a month after the intervention was finished of the acceptance of chronic pain and pain coping strategies and physical activity recorded throughout the investigation conducted. There were some changes in the three variables that may suggest that ACT positively influenced in their variance. Suggestions for future research were further discussed.

Keywords: Acceptance and Commitment Therapy, Physical Activity, Chronic Pain.

0. INTRODUCCION

0.1 Justificación y Planteamiento del Problema

El dolor suele ser un elemento de gran restricción para la vida diaria de las personas, más aun para aquellas que la padecen de manera crónica. Es uno de los motivos que genera gran absentismo laboral y diagnóstico de discapacidad (Camargo, Jiménez, Archila y Villamizar, 2004; Scascighini, Toma, Dober-Spieldmann y Sprott, 2008), sin contar la tendencia al abandono en otros dominios de la vida como el familiar, el social, el recreativo, el de salud y bienestar entre otros (Dahl, Wilson, Luciano y Hayes, 2005).

La concepción de dolor ha ido cambiando en los últimos años, desde considerarla como una reacción netamente sensorial, hasta considerar componentes psicológicos para definirla. Aunque la Asociación Internacional para el Estudio del Dolor (IASP por sus siglas en inglés) la define como “una experiencia sensorial y emocional desagradable asociada con un real o potencial daño tisular, o descrito en términos de dicho daño” (Merskey y Bohduk, 1994, pp. 210-211, citados por Dahl, Wilson, Luciano y Hayes, 2005), el tratamiento tradicional sigue enfocándose en analgésicos, fisioterapia y estimulación eléctrica de los nervios (Dahl et al., 2005), para su eliminación o reducción.

Fue hasta 1970 que empezó a introducirse elementos de la psicología para el tratamiento del dolor. Este enfoque se llamó “Medicina Comportamental” e incorporó la terapia cognitivo-conductual para el manejo de los síntomas. Sin embargo tanto la medicina tradicional como la comportamental presentan un problema, varias investigaciones han demostrado la ineffectividad de los diferentes tratamientos por si solos, lo que quiere decir que la mayoría de las personas que busca ayuda médica para el manejo de su dolor generalmente no la consigue (Dahl et al., 2005). Solo algunas pocas investigaciones han demostrado que el enfoque multidisciplinar, es decir combinando analgésicos, fisioterapia, relajación, biofeedback, entre otros, pueden ser hasta doblemente efectivos que aplicados por sí solos (Flor, Fydrich y Turk, 1992 citados por Dahl et al., 2005; Scascighini, Toma, Dober-Spieldmann y Sprott, 2008), aun así, no todas las personas pueden acceder a este tipo de tratamientos multidisciplinarios.

El enfoque de la medicina comportamental, el acercamiento cognitivo-comportamental, aunque persiste en eliminar el dolor ha dado grandes aportes a una nueva forma de su manejo en la que, en vez de huir de él o de todo aquello que se cree podría producirlo, lleva a la persona a afrontar el dolor con estrategias activas, es decir exponiéndose a aquellas situaciones que ha evitado por miedo a sentir dolor. Sin embargo, este enfoque utiliza diversas estrategias y técnicas que dificultan una real evaluación científica que permita evidenciar su efectividad (Linton, 2000 citado por Dahl et al., 2005).

Esta forma de afrontar el dolor sugerida por el enfoque cognitivo-comportamental, resalta un problema que suele surgir alrededor de evitar o eliminar el dolor o cualquier malestar y es que las personas están organizando sus vidas alrededor de estas dos acciones, lo que a largo plazo las ha llevado a alejarse de lo que valoran. Así la Terapia de Aceptación y Compromiso (ACT por sus siglas en inglés) aborda el tema del sufrimiento, tomando la perspectiva cultural de éste y aportando una nueva forma de verlo a la par con el desarrollo de habilidades humanas complejas para un afrontamiento que permita actuar en pro de una dirección valiosa escogida (Dahl et al., 2005; Wilson, Luciano, 2009; Hayes y Smith, 2005). Por lo tanto, ACT evidencia la paradoja que nace de evitar el dolor y con práctica constante de distanciamiento cognitivo lleva a la persona a aceptar su dolor, teniendo siempre como base una visión clara de los valores escogidos, y a continuar con la vida pese al dolor. Es decir ACT promueve el uso de estrategias activas de afrontamiento sobre las pasivas donde el dolor ya no se convierte en el objetivo a abordar, sino la vida misma.

La presente investigación busca otorgar a las mujeres con discapacidad de la ciudad Almería nuevas estrategias para afrontar el dolor crónico que sobrellevan en paralelo a actuar por sus vidas y valores personales que por el dolor, asumiendo que surge como una barrera, habían quedado relegadas hasta que el malestar cesara. Se busca que la terapia les permita particularmente comprometerse con la realización de actividad física (AF) que lleve a mantener o mejorar su estado de salud; varias investigaciones demuestran la importancia de hacer ejercicio para evitar o reducir el riesgo de desarrollar problemas de salud secundarias a su discapacidad tales como restricción de la movilidad, fatiga, dolor, depresión y aislamiento social entre otros (Liou, Pi-Sunyer y Laferrere, 2005 citados por Rimmer, Rowland y Yamaki, 2007).

Un estudio realizado por Gallego y cols. (en revisión), en la capital de Almería y su provincia con 132 mujeres con discapacidad, no menciona explícitamente el dolor crónico como barrera para realizar actividad físico-deportiva, mas ciertos datos podrían sugerir que el dolor y la discapacidad sí funciona como una de las dificultades a abordar terapéuticamente. En dicho estudio, el 92.4% de las mujeres muestra interés para realizar actividades adaptadas a su condición, mas el 33.9% no ha realizado actividad físico-deportiva en más de un año. El 65.6% no presenta contraindicación médica alguna para realizarla, solo el 15.1% de las que realizan alguna actividad le dedican más de 60 minutos por sesión y solo el 3.8% lo practica entre 5 y 6 veces por semana.

Por otra parte, las mujeres que participaron en esta investigación comentaron que no suelen recibir una orientación individualizada respecto a cómo manejar activa y específicamente su salud por parte del personal médico, ni son remitidas a un especialista en actividad físico-deportiva y/o en discapacidad. Dicen que solo han recibido recomendaciones, mas ellas esperan que les digan exactamente qué y cómo hacer ejercicios físicos específicos para ellas y su condición. La Asociación Almeriense para la Promoción de la Mujer con Discapacidad Luna, que colaboró con la búsqueda de participantes, brinda a sus socias diferentes cursos de AF adaptada que ayuda a paliar esta situación, mas dichos cursos son temporales y estas mujeres suelen encontrarse con la misma barrera que supone el dolor y el significado que ello trae, lo cual hace que estos cursos aunque importantes, y por lo tanto deben seguirse brindando a las asociadas a la fundación, no sean suficientes para mejorar su estado físico a largo plazo ni generar compromiso con la salud.

Considerando lo expuesto anteriormente, se plantea la siguiente pregunta de investigación ¿Cómo varía la realización de actividad físico-deportiva en mujeres con discapacidad luego de una breve intervención de Terapia de Aceptación y Compromiso?

0.2 Fundamentación Bibliográfica

0.2.1 Dolor Físico y Dolor Crónico

El dolor físico es un malestar común en todas las personas y suele ser la primera razón para acudir al médico y la causa más frecuente en atención primaria (García-Martínez,

Herrera-Silva y Aguilar-Luque, 2000). Además, también suele ser un elemento de gran restricción para la vida diaria de las personas, más aun para aquellas que la padecen de manera crónica. Es uno de los motivos que genera gran absentismo laboral y diagnóstico de discapacidad (Camargo, Jiménez, Archila y Villamizar, 2004; Scascighini, Toma, Dober-Spieldmann y Sprott, 2008), sin contar la perturbación de otros dominios de la vida como el familiar (Ospina & Harstall, 2003 y Koenig, 2003 citados por Angheluta & Lee, 2011), el social (Collen 2005, citado por Angheluta & Lee, 2011) y el recreativo entre otros (Dahl et al., 2005), además de potenciar el aislamiento, comer en exceso y las quejas (Winterowd, Beck & Gruener, 2000).

La Asociación Internacional para el Estudio del Dolor (IASP por sus siglas en inglés) define el dolor físico como “una experiencia sensorial y emocional desagradable asociada con un real o potencial daño tisular, o descrito en términos de dicho daño” (Merskey y Bohduk, 1994, pp. 210-211, citados por Dahl et al., 2005). Esta definición permite destacar que en la experiencia del dolor son relevantes las reacciones que tiene la persona en su presencia. Ya la definición de la IASP destaca la reacción emocional, mas a ello ha de añadirse los pensamientos que surgen y las acciones emprendidas para afrontar el dolor como lo destacan Turk, Meichenbaum y Genest (1993, citados por Winterowd, Beck & Gruener, 2000). Investigaciones enfocadas en el dolor crónico permiten ver la gran influencia del factor psicológico y social en la severidad e impedimentos funcionales asociados al dolor (Turk & Melzack, 2001 y Aronoff, 1999, citados por Rosenblum, Marsh, Joseph & Portenoy, 2008). Y Wilson y Luciano (2009) explicaban que en el trauma surgido por el dolor se encontraba la crónica reticencia ante experimentarlo, descrito mejor en la siguiente cita:

El trauma es el dolor que está combinado con la negativa a experimentar ese dolor. Por intentar defenderse del dolor, usted está de hecho, haciéndose mucho más daño y, de esta manera, los efectos del dolor duran más tiempo que el daño original que usted experimenta (Wilson y Luciano, 2009, p.145).

Por tanto, la consideración del dolor crónico, traspasa el simple hecho de definirla en términos de su temporalidad, como lo han hecho algunos autores (Hardin, 2004 y Koenig,

2003, citados por Angheluta & Lee, 2011; Ospina & Harstall, 2003). Ha de considerarse al igual la experiencia psicológica que acompaña el dolor crónico, es decir la afectación que ha surgido al adaptarse a éste. El dolor crónico puede privar a una persona de su propia identidad, de relaciones sociales y estado mental saludables, de sus ocupaciones y desmejorar la calidad de vida (Collen, 2005, citado por Angheluta & Lee, 2011).

Comúnmente se describen dos formas de dolor crónico el *nociceptivo* y el *neuropático*. El primero se relaciona con daño tisular, pero el segundo puede relacionarse con un daño o disfunción del sistema nervioso central o periférico (Rosenblum et al., 2008; Winterowd, Beck & Gruener, 2000). También se puede presentar una forma mixta del dolor crónico, es decir tanto nociceptivo como neuropático. Y a su vez también se identifican el dolor *ideopático* o *dolor no especificado* que puede ser en principio un dolor neuropático y el *dolor psicógeno* o *psicológico* que es un dolor sin una base fisiopatológica existente. Se puede diagnosticar por una mala evaluación por parte del personal médico, muchos de los pacientes que “presentan” un *dolor psicógeno* resultan tener bases fisiológicas del dolor. Sin embargo, es frecuente la presencia de la variable psicológica en pacientes con dolor crónico lo cual resalta su influencia de la experiencia de ese dolor (Winterowd, Beck & Gruener, 2000).

0.2.2 Dolor Crónico y Discapacidad

Las personas que suelen presentar dolor crónico son aquellas que poseen algún tipo de discapacidad física u orgánica debido a enfermedades como artritis-artrosis, artritis reumatoide, hernias y migrañas entre otras (Cañadas, 2010) o accidentes que lesionan los nervios (Winterowd, Beck & Gruener, 2000), y así mismo, el dolor crónico suele presentarse más en mujeres que en hombre (Kronborg, Handberg & Axelsen, 2009; Gallego y cols., en revisión). Las personas con discapacidad y más aun las mujeres, además de abandonar el trabajo y actividades de la vida diaria como limpieza del hogar, cuidado de los hijos y los estudios, asumen altos costos para su tratamiento, principalmente en el primer año en que aparece el dolor, y suele mantenerse de esta manera dado que muchas veces asumen los costos de tratamientos alternativos como la acupuntura (Kronborg, Handberg & Axelsen, 2009).

La concepción de discapacidad ha cambiado en los últimos años, pasando de describirla en términos de *deficiencia*², *discapacidad*³ y *minusvalía*⁴ a describirla considerando la interacción de estas tres variables. La “Clasificación Internacional del Funcionamiento, de la Discapacidad y de la Salud” (CIF), aceptada finalmente en el 2001, tiene ahora en cuenta las consecuencias de la salud independientemente de su causa, poniendo a las enfermedades y trastornos psicológicos en el mismo nivel (Jiménez, González & Martín, 2002).

Sin embargo, este nuevo reconocimiento podría estar influenciando la forma de abordar el dolor crónico y la discapacidad desde diferentes áreas de la salud. Por un lado se reconoce la experiencia que tiene la persona respecto de su propio malestar (sean enfermedades físicas o problemas psicológicos) lo cual hace relevante la importancia del estudio del ser humano desde conocimientos como la psicología. Por otro lado se abre paso a *patologizar* la vida cotidiana de las personas, particularmente de las personas con dificultades como la discapacidad que adquieren un significado de incapacidad, debilidad y dependencia frente a otros; por ello la importancia de empezar a empoderar a estas personas de su propia vida.

0.2.3 Tratamientos y manejo del dolor crónico y la discapacidad

Los tratamientos se encaminan a eliminar, reducir o al menos a mantener el dolor dado que se asume como un impedimento para seguir con la vida. El tratamiento tradicional del dolor crónico se basa principalmente en analgésicos, fisioterapia y estimulación eléctrica de los nervios (Dahl et al., 2005).

Los analgésicos tradicionales utilizados por muchos años para el tratamiento del dolor crónico y dolor agudo son los opiáceos (Rosenblum et al., 2008; Manchikanti, Benyamin, Satta & Smith, 2010), y aunque suelen ser los más efectivos contra el dolor y el sufrimiento ha habido una creciente preocupación por los efectos secundarios, la eficacia a largo plazo y el abuso de estas sustancias (Pontenoy et al., 2004 citados por Rosenblum et al., 2008); además de tener escasa evidencia en mejorar la calidad de vida de quienes la consumen

² Representa los trastornos a nivel del órgano (Jiménez, González & Martín, 2002).

³ Reflejan las consecuencias de la deficiencia del órgano. Representan un trastorno en la función de la persona (Jiménez, González & Martín, 2002).

⁴ Reflejan las desventajas del individuo debido a las deficiencias y discapacidades. Representa trastornos a nivel adaptativo de la persona a su entorno (Jiménez, González & Martín, 2002).

(Manchikanti et al., 2010). Se ha observado que el uso de opiáceos lleva a reforzar conductas de dolor y afrontamiento pasivo, pérdida de autonomía y externalización del foco de control del dolor (Large & Schug, 1995 citados por Manchikanti et al., 2010). Así mismo, quienes lo consumen prolongadamente han percibido un incremento en el dolor, han reducido sus actividades y han aumentado el uso del sistema de salud (Erikson et al., 2006 citados por Manchikanti et al., 2010). Sin embargo, no se quiere sugerir con estas evidencias que el uso de analgésicos deba ser abolido, mas sí que debe ser regulado y acompañado de otro tipo de tratamientos como los facilitados por la psicología, la actividad física o la medicina alternativa.

El dolor crónico es un fenómeno complejo ya que puede deberse a un daño tisular o una activación constante de los receptores del dolor (Rosenblum et al., 2008; Winterowd, Beck & Gruener, 2000), y como lo describen Winterowd, Beck y Gruener (2000) a diferencia del dolor agudo, el dolor crónico no sirve ningún propósito. Por ello es lógico pensar que solo un tratamiento farmacológico es aunque tal vez necesario, insuficiente para abordar lo que el dolor crónico implica.

La actividad físico-deportiva también ha sido muy recomendada por los médicos en los últimos años para el tratamiento tanto del dolor crónico como de las afectaciones emocionales provenientes de diferentes patologías que generan dolor como las patologías lumbares (Friedrich, Gittler, Halberstadt, Cermak & Heiller, 1998), fibromialgia (González, Ortín & Bonilla, 2011) y esclerosis múltiple (Motl, McAuley, Snook & Gliottoni, 2009). Se ha visto en varios estudios que la AF puede reducir el riesgo de discapacidad, aumentar la fuerza muscular y la capacidad cardiovascular (Keysor, 2003). También muestra tener beneficios a largo plazo sobre el bienestar general y la calidad de vida (Marquéz, Hu, Jerome y Diener, 2005). Y es altamente recomendado para evitar o reducir el riesgo de desarrollar problemas de salud secundarias a la discapacidad tales como restricción de la movilidad, fatiga, dolor, depresión y aislamiento social entre otros (Liou, Pi-Sunyer y Laferrere, 2005 citados por Rimmer, Rowland y Yamaki, 2007).

Sin embargo, una investigación realizada por Nichols y Glenn (1994) con ejercicio aeróbico en personas con fibromialgia mostró resultados contradictorios a los beneficios que demuestran las otras investigaciones mencionadas anteriormente. Estos autores sugieren con sus resultados que la realización de AF pareció aumentar la percepción de

discapacidad en su grupo experimental debido posiblemente a la percepción del aumento en la fatiga y rigidez muscular luego de realizar la AF.

Los programas de ejercicio físico suelen ir acompañados de otros programas para aumentar su práctica o para potenciar sus resultados sobre la mejora de la condición física y en un mejor manejo del dolor. Hay programas de tipo informativo, de carácter social y comportamental y de carácter ambiental y político que se han enfocado en aumentar la AF (Kahn et al., 2002). Los hay enfocados en variables motivacionales (Friedrich et al., 1998) o dirigidos a valores (Butryn, Forman, Hoffman, Shaw & Juarascio, 2011) con el fin de abordar barreras de tipo psicológica, como creencias, pensamientos y/o emociones negativos, que se interponen en la adherencia al ejercicio físico como tratamiento; barreras que pudieron interponerse en generar resultados positivos en la investigación de Nichols y Glenn (1994) y que puede sugerir que la AF por si sola en población con discapacidad y/o dolor aunque necesaria, pueda no ser suficiente.

Kahn et al. (2002) mencionan en una revisión sistemática diferentes tipos de intervenciones para aumentar la AF. Hay intervenciones basadas en dar información cuyo objetivo es aumentar y posteriormente mantener la realización de AF. La información ofrecida suele incluir temas sobre los beneficios de realizar ejercicio, sobre la prevención y reducción de riesgos sobre la salud, además de información sobre AF y ejercicio específicos. Mencionan los autores que aquellas investigaciones que lo hicieron mediante avisos de punto-de-decisión y las campañas a nivel comunitario tuvieron evidencia suficiente para garantizar su efectividad.

También revisaron intervenciones de carácter social y comportamental que buscaron enseñar a las personas habilidades para exitosamente adoptar y mantener cambios comportamentales y para crear ambientes sociales que facilitasen dichos cambios. Aquellos programas de intervención que se basaron en el apoyo social o fueron adaptados a las necesidades e intereses individuales fueron los que tuvieron evidencias fuertes sobre su efectividad en aumentar la AF y posteriormente mantenerla (Kahn et al., 2002).

Finalmente Kahn et al. (2002) revisaron intervenciones de tipo ambiental y político que facilitando lugares atractivos, seguros y convenientes, buscaron incentivar la AF. Las evidencias en estas intervenciones también fueron fuertes en constatar su efectividad. Estos tres tipos de categorías de intervenciones abordadas por los autores (informativas,

comportamentales y sociales y político-ambientales) y su efectividad insinúa la importancia de abordar diferentes tipos de variables a las netamente fisiológicas o biológicas, como las estructurales o macro-contextuales. Es decir, la importancia de abordar no solo el dolor del paciente como único objetivo sino también a lo que facilite su manejo.

Sin embargo, estas intervenciones revisadas por Kahn et al. (2002) suelen ir dirigidas a grandes poblaciones y, salvo las intervenciones individuales adaptadas, no logran generar efectos en aquellos grupos minoritarios con necesidades más complejas y específicas como las personas con discapacidad o dolor crónico que presentan barreras psicológicas más rígidas que se interponen ante la adherencia a una rutina de ejercicio.

Algunas barreras de tipo psicológico consideradas son la indisposición ante experimentar malestar interno, un frágil compromiso (Butryn et al., 2011), las creencias del paciente respecto al locus de control sobre la salud (Härkäpää et al., 1991, Heiby & Carlson, 1986 y Spelman, 1980 citados por Friedrich et al., 1998) y respecto al dolor (Winterowd, Beck & Gruener, 2000), la gravedad y nivel de estrés que produce la enfermedad (Spelman, 1980 citado por Friedrich et al., 1998) y los pensamientos negativos irrealistas (Winterowd, Beck & Gruener, 2000). Estas barreras suelen ser abordadas desde diferentes terapias psicológicas, a saber las más conocidas son las comportamentales: la Terapia Cognitiva (TC) y las relativamente recientes terapias contextuales, particularmente la Terapia de Aceptación y Compromiso (ACT por sus siglas en inglés). En el campo del dolor crónico, ambas terapias buscan que los pacientes hagan frente a su dolor y puedan vivir con éste y lo que surge a partir de su presencia (emociones, recuerdos, sensaciones y pensamientos negativos) de modo que su funcionamiento en la vida mejore (Winterowd, Beck & Gruener, 2000) o se dirija a lo que ellos valoran (Dahl et al., 2005; Wilson y Luciano, 2009).

El modelo cognitivo de dolor crónico supone que los pensamientos negativos irrealistas, imágenes y creencias pueden afectar negativamente la experiencia emocional y las acciones para afrontar el dolor y por ello busca cambiarlos entrenando a los pacientes en afrontamiento y reestructuración cognitiva, resolución de problemas y entrenamiento en relajación. También le enseña a los pacientes a identificar aquellas acciones que contribuyen a que el dolor se mantenga o aumente y les enseña nuevas estrategias de adaptación más sanas (Winterowd, Beck & Gruener, 2000).

ACT aborda de una manera distinta el dolor y el sufrimiento. A diferencia de la TC, ACT no se enfoca en los eventos privados negativos para ser cambiados, sino en la aceptación de esos eventos privados que se interponen para emprender acciones valoradas y por tanto que en dichos momentos dejen de funcionar como razones para actuar (Dahl et al., 2005; Páez-Blarrina, Luciano, Gutiérrez-Martínez, Valdivia, Rodríguez y Ortega, 2007; Wilson y Luciano, 2009). Lo que implica que las personas aprendan a vivir con el dolor y los contenidos privados negativos que aparezcan y dejen de organizar sus vidas alrededor de estos.

Ambas terapias han mostrado ser efectivas en el abordaje del malestar que el paciente trae a consulta. Sin embargo, hay investigaciones que demuestran que bajo la condición particular que supone el dolor crónico ACT es mucho más adecuada o efectiva dado los efectos paradójicos vistos en el intento de supresión, minimización o control de los contenidos privados cuando se aplica la TC (Clark, Ball, & Pape, 1991; Wegner, Schneider, Carter & White, 1987; Lijima & Tanno, 2012), y no se observan diferencias significativas en los cambios de la experiencia subjetiva ante el dolor (Hayes et al., 1999), cuando de hecho la TC apunta a dichos cambios (Hayes et al., 1999; Winterowd, Beck & Gruener, 2000). Esta diferencia en las terapias puede ser debida a que desde TC se acreditan la conducta privada como razón de la conducta pública, mientras que desde ACT se busca romper esta asociación, de modo que aunque aparezcan no influyen en las acciones.

ACT parte de la perspectiva cultural del dolor y aporta una nueva forma de verlo, trabaja en el desarrollo de habilidades humanas complejas para el afrontamiento del dolor y lleva a la persona a actuar en pro de una dirección valiosa escogida; evidenciando la paradoja que nace de evitar el dolor, realizando prácticas de ejercicios de distanciamiento cognitivo y llevando a la persona a aceptar su dolor, teniendo siempre como base una visión clara de los valores personales del paciente para finalmente continúen con su vida pese al dolor (Dahl, Wilson, Luciano y Hayes, 2005; Wilson, Luciano, 2009; Hayes y Smith, 2005).

La presente investigación busca otorgar a las mujeres con discapacidad de la ciudad Almería nuevas estrategias para afrontar el dolor crónico que sobrellevan en paralelo a actuar por sus vidas y valores personales que por el dolor, asumiendo que surge como una barrera, habían quedado relegadas hasta que el malestar cesara. Se busca que la terapia les

permita particularmente involucrarse en una AF nueva o mantengan o incrementen su propia rutina para así mejorar en lo posible su estado de salud.

Considerando lo expuesto anteriormente, se plantea la siguiente pregunta de investigación ¿Cómo varía la realización de actividad físico-deportiva en mujeres con discapacidad luego de una breve intervención de Terapia de Aceptación y Compromiso?

0.3 Objetivos

0.3.1 Objetivo General: Dar herramientas contempladas en la terapia de aceptación y compromiso para el manejo del dolor crónico, considerado como malestar psicológico significativo, en mujeres con discapacidad para que puedan mantener o aumentar la AF.

0.3.2 Objetivo(s) Específico(s):

0.3.2.1 Posibilitar que las mujeres con discapacidad física participen en actividades físicas que a largo plazo busquen reducir el dolor y/o mantener o mejorar las condiciones físicas actuales.

0.3.2.2 Reducir el malestar psicológico producido por el dolor crónico debido a la discapacidad física.

1. METODO

1.1 Participantes

La investigación se inició inicialmente con 6 participantes en el grupo experimental, aunque 4 mujeres abandonaron la investigación (dos lo hicieron después de la primera sesión debido a complicaciones con la salud, una abandonó faltando dos sesiones para terminar debido a que se dio de baja en el centro y esto interfirió con la disponibilidad para seguir participando, y una la cuarta mujer faltando también dos sesiones debido a que no se encontraba en disposición para enfrentarse al malestar que supuso la terapia.

Se realizó la investigación con 4 mujeres mayores de edad, dos en el grupo experimental y otras dos en el grupo control asignadas aleatoriamente, entre los 42 y los 62 años, diagnosticadas con una discapacidad física y con presencia de dolor crónico de más de un año de duración. Tanto al grupo experimental como el grupo control/espera se les ofreció la intervención salvo que el segundo grupo debió esperar a dos mediciones con un mes de separación sin intervención alguna. Las mujeres fueron contactadas a través de la Asociación Almeriense para la Promoción de la Mujer con Discapacidad Luna con la ayuda de la presidenta de la asociación. A continuación una descripción detallada de las participantes:

Grupo Experimental:

Participante E1: Mujer de 52 años de edad y actualmente trabajando. Fue diagnosticada con fibromialgia en el año 2002 (hace 10 años), mas reporta haber sentido dolor desde 4 ó 6 años antes de esa fecha y algunas otras molestias las cuales ignoraba o no eran significativas como ahora.

También ha sido diagnosticada con hernias discales en el cuello y depresión y se encuentra actualmente medicada con ansiolíticos, antidepresivos y analgésicos.

Comentó la participante que el médico le recomendó hacer ejercicio de intensidad moderada para mantener o mejorar el estado físico y manejar el dolor, mas no reporta haber

recibido una orientación específica sobre qué ejercicios hacer que sean ajustados a su condición.

La participante se encontraba en proceso terapéutico con la psicóloga de la Asociación Almeriense para la Promoción de la Mujer con Discapacidad Luna y asistiendo a las terapias grupales de la misma asociación.

Participante E2: Mujer de 55 años actualmente en el paro. La participante reporta que dos meses previos a la investigación el doctor se dio cuenta de la preexistencia de un ACV que pasó desapercibido, éste al parecer le produce dificultades en la memoria y dolor de cabeza. La participante también reporta que a sus 35 años tenía problemas en las vertebrales cervicales, que padece dolores lumbares y que la fibromialgia se la diagnosticaron hace dos años.

Actualmente consume analgésicos para el manejo del dolor aunque intenta consumirlo lo menos posible dado que le produce malestar en el sistema digestivo. También se encontraba en proceso terapéutico con la psicóloga de la Asociación Almeriense para la Promoción de la Mujer con Discapacidad Luna así como asistiendo a las terapias grupales.

La participante comentó que el médico le recomendó hacer ejercicio de intensidad moderada para mantener o mejorar el estado físico y manejar el dolor, mas reporta que no sabe qué ejercicios específicos hacer para su condición y menciona que es lo que necesita antes de poder hacer cualquier actividad físico-deportiva.

Grupo Control:

Participante C1: Mujer de 62 años de edad actualmente pensionista y dependiente de la ayuda de su esposo. La participante tiene una hemiplejía del hemisferio derecho debido a un infarto cerebral sucedido en el año 1986. Debe actualmente usar una férula para poder caminar lo cual le produce dolor. Reporta también estar diagnosticada con artrosis del brazo derecho, Túnel del Carpio del brazo izquierdo y tener calcificación en la rodilla.

Participante C2: Mujer de 42 años actualmente sin un trabajo estable. Reporta haber sido diagnosticada con fibromialgia hace 6 años y con escoliosis desde niña. También ha sido

diagnosticada con artrosis en los huesos cervicales y hace menos de un año con estenosis de canal. Parece tener buen control del dolor crónico mas sus dificultades aumentan cuando, sin razón obvia, sus músculos se contraen impidiéndole caminar o levantarse de la cama por algunos días.

1.2 Instrumentos:

1.2.1 Adaptación española del Cuestionario de Aceptación del Dolor Crónico (González, Fernández, Torres, 2010: ver Apéndice A): La adaptación de este cuestionario tipo likert consta de los 20 ítems iniciales propuestos por McCracken y colaboradores (2004, citados por González, Fernández, Torres, 2010) y la especificación de 15 ítems que los autores que hicieron la revisión consideraron suficientes para medir la aceptación del dolor crónico en pacientes con fibromialgia. Posee una calificación de 7 puntos de 0 (nunca es cierto) a 6 (siempre es cierto). El cuestionario mide dos factores *la implicación en actividades y la apertura ante experimentar dolor*, cuya suma de los puntajes obtenidos en cada factor dan como resultado el puntaje de la *aceptación* general del dolor crónico.

1.2.2 Cuestionario de Estrategias de Afrontamiento (Brown y Nicasio, 1987: ver Apéndice B): El cuestionario tipo likert consta de 18 ítems y mide dos factores. Los 10 primeros miden las estrategias pasivas y los 8 últimos las estrategias activas.

1.2.3 Registro de AF tiempo/días/semana (ver Apéndice C): Las participantes debían registrar en una libreta la actividad que hacían durante la semana y el tiempo dedicado a ello. El registro se realizó durante la fase de intervención de la investigación.

1.3 Variables de Investigación

1.3.1 Variable Independiente: Terapia de Aceptación y Compromiso enfocado en el dolor crónico y la AF.

1.3.2 Variable Dependiente 1: Cantidad de días por semana que se realiza de AF⁵.

1.3.3 Variable Dependiente 2: Tiempo dedicado por sesión a realizar AF.

1.4 Tipo de Investigación y Diseño

Esta investigación siguió el modelo de un estudio clínico cuantitativo cuasi-experimental pre-pos con grupo control.

1.5 Procedimiento de la investigación

Una vez seleccionada la población, la investigación consistió en 5 fases. La primera de ellas fue la medición pretest, la segunda fase de intervención del grupo experimental, la tercera fase medición postest, la cuarta fase de medición de seguimiento después de un mes de finalización del tratamiento y la quinta fase de intervención del grupo control/espera. La medición del grupo de espera se hizo en dos momentos con un mes de separación entre sí y sin intervención.

La fase de intervención se dividió en 4 sesiones que fueron planeadas de la siguiente manera:

Sesión 1: Entendiendo la Enfermedad; tiempo estimado de 30 a 60 minutos.

Objetivo: Conocer qué enfermedad tienen y sus implicaciones.

Procedimiento: En esta sesión se les preguntó por los datos básicos de la enfermedad con la que fueron diagnosticadas y la forma como la habían manejado a través de los años. Esto implicó indagar por los cambios dados en su vida desde la presencia de la discapacidad y para su manejo.

Sesión 2: Experimentación de la paradoja y cribado de valores; tiempo estimado de 60 a 90 minutos.

⁵ Se entiende en este trabajo AC como toda aquella actividad dirigida específicamente a mantener o mejorar la condición física cardio-vascular y/o locomotora.

Objetivo: Evidenciar la efectividad de las estrategias de afrontamiento ante el dolor.

Procedimiento: En esta sesión, partiendo de lo dicho en la sesión pasada, se pasó a hacerles dar cuenta a las participantes de los resultados reales al intentar controlar el dolor como si fuera el problema fundamental. Se utilizó particularmente *la metáfora sobre alimentar a un tigre* para ejemplificar cómo las soluciones que se dan a corto plazo pueden traer dificultades a largo plazo.

Se les preguntó específicamente en esta sesión *¿Si el dolor no fuera un problema, qué harías? No tanto como para celebrar sino las actividades que retomarías de tu vida diaria.* Esta pregunta permitió identificar o vislumbrar valores o intereses particulares de las participantes.

La siguiente tabla se utilizó como un ejercicio para hacer en casa para identificar las consecuencias de la propia conducta.

Juzgando la propia conducta					
Día	Actividad	Grado de dolor físico	Lucha		Éxito general: cuanta vitalidad tendría tu vida
			Qué control ejercí	Grado de efectividad	

Sesión 3: Escogiendo y valorando una dirección: preparándonos para actuar; tiempo estimado de 60 a 90 minutos.

Objetivo: Concretar metas y valores para direccionar la terapia.

Procedimiento: En esta sesión partiendo de la información de la sesión pasada y revisando el cuadro que se asignó como ejercicio en casa se procedió a identificar metas y valores, particularmente aquellas relacionadas con la AF.

Sesión 4: Cómo trabaja nuestra mente vs. qué podemos hacer con ella; tiempo estimado de 60 a 90 minutos.

Objetivos: 1. Dar a conocer a la paciente la forma como trabaja nuestra “mente” y su relación con la forma como se ha ido comportando hasta ahora.

2. Generar la habilidad en el manejo de distanciamiento cognitivo.

Procedimiento: Se les explicó a las participantes que la mente, a diferencia a la de los animales, tiene la increíble habilidad de recordar el pasado y pensar en el futuro y experimentarlo como si estuviera sucediendo en el presente. Habilidad que supuso una ventaja ante los animales pero trajo consigo una desventaja, la cual se refiere al sufrimiento. Se les dijo además, que el sufrimiento por tanto era parte de la vida y que podía vivir con él sin que supusiera algún problema, para lo cual las metas y valores iban a ser importantes.

Se trabajó en distanciamiento cognitivo con:

El ejercicio del observador.

El otoño y las hojas.

Leche-leche-leche.

Diferentes vocalizaciones con una sola palabra.

Las participantes debían practicar uno de los ejercicios durante la semana hasta la siguiente sesión.

2. RESULTADOS

A continuación se presentan los resultados obtenidos de las participantes reflejados desde la figura 1 hasta la 12. Se hablará primero de los resultados del Cuestionario de Estrategias de Afrontamiento, luego de los resultados del Cuestionario de Aceptación Del Dolor Crónico, luego del registro de la AF y finalmente se buscará cruzar la información de estos tres tipos de resultado. Dado que se poseen pocas participantes, no se realizaron análisis estadísticos, por lo cual, los cambios observados serán de relevancia clínica.

Como se puede observar en la figura 1, la participante E1 presenta ligeros cambios en el uso de estrategias pasivas a través de la investigación. Aumentan un poco inmediatamente al finalizar la intervención pero disminuyen luego de un mes incluso más en comparación con el puntaje en el pretest. Sin embargo, las estrategias activas solo presentaron reducción, cuando se esperaba que al menos en la prueba de seguimiento mostrara un aumento.

Por otro lado, la participante E2 mostró solo ligeros cambios significativos en el uso de las estrategias. Aunque las pasivas aumentan inmediatamente después de la intervención y disminuyen en el seguimiento, las estrategias activas que al inicio mostraban tener baja tendencia de uso, aumentan con la intervención y se vuelven en el momento de la prueba predominantes ante las pasivas y, aunque disminuyen un poco al mes de finalizada, se mantienen por encima respecto al pretest.

Observando las figuras 3 y 4 de las participantes del grupo control, se evidencia que las estrategias pasivas aumentan y las estrategias activas disminuyen al cabo de un mes sin intervención alguna. Sin embargo es la participante C1 quien muestra cambios más marcados lo cual podría sugerir algún acontecimiento estresante durante ese mes.

Ahora respecto a la aceptación del dolor crónico, tanto en las figuras 5 como en la 6 se evidencia que en las participantes E1 y E2 aumentan en el factor de implicación, y aunque disminuye del posttest al seguimiento, se mantiene por encima del puntaje obtenido en el pretest. Es decir que la implicación aumenta inmediatamente finalizada la intervención pero con el paso de un mes se reduce un poco.

Por otro lado es de importante observación en la figura 6 que la implicación de la participante E2 aumenta visiblemente, y aunque disminuye al mes, se mantiene significativamente alta respecto al puntaje en el pretest.

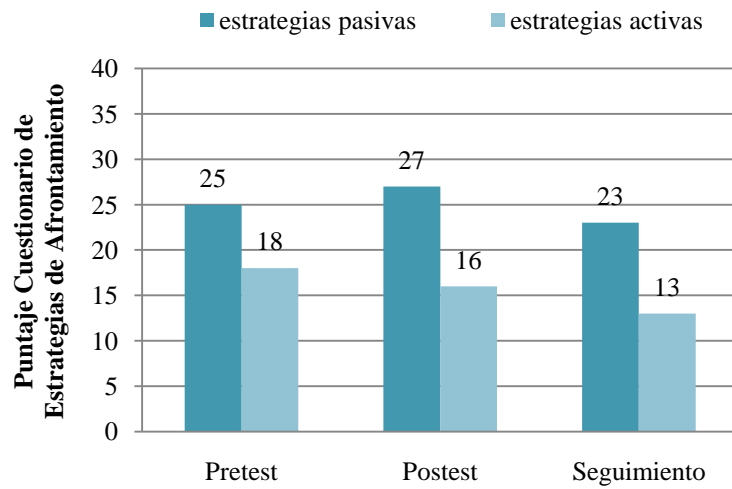


Figura 1._ Puntaje del Cuestionario de Estrategias De Afrontamiento de la Participante E02 antes (pretest), después (postest) y al mes de haber finalizado la intervención (seguimiento).

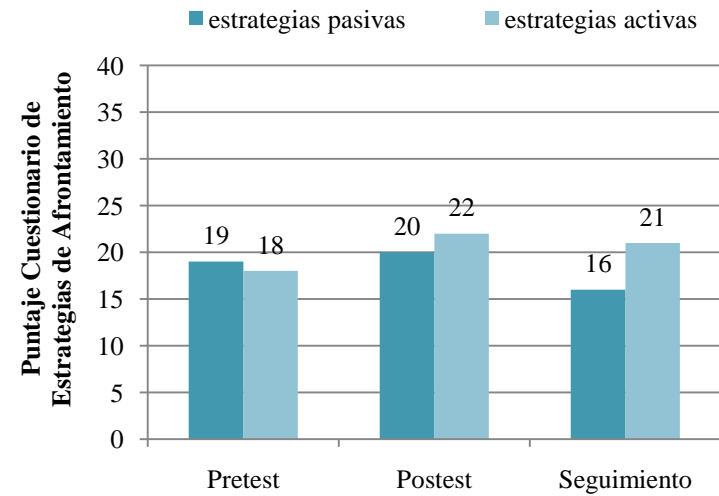


Figura 2._ Puntaje del Cuestionario de Estrategias De Afrontamiento de la Participante E03 antes (pretest), después (postest) y al mes de haber finalizado la intervención (seguimiento).

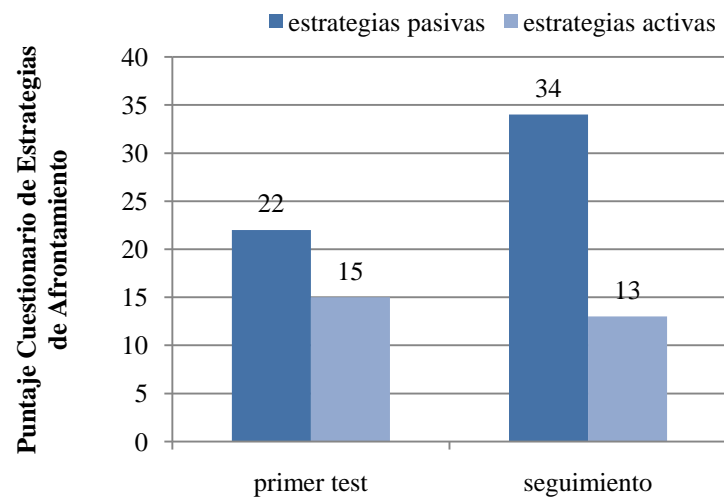


Figura 3._ Puntaje del Cuestionario de Estrategias De Afrontamiento de la participante C01 de la primera toma (primer test) y después de un mes (seguimiento) sin intervención.

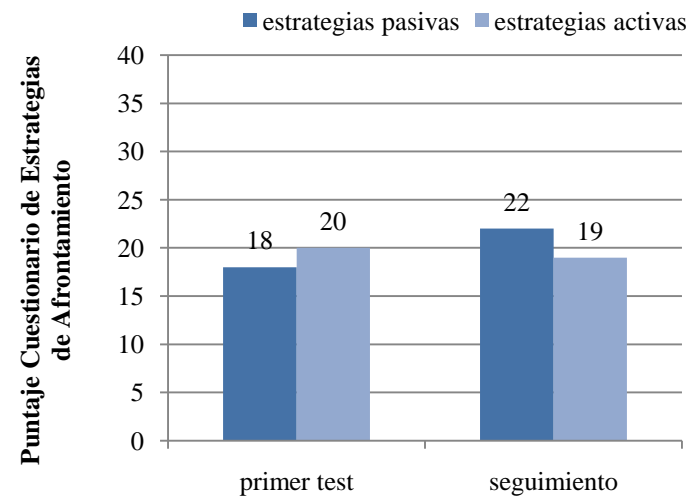


Figura 4._ Puntaje del Cuestionario de Estrategias De Afrontamiento de la participante C02 de la primera toma (primer test) y después de un mes (seguimiento) sin intervención.

Sobre las participantes del grupo control, en la figura 7 se observa en la puntuación de la participante C1 un incremento en la implicación desde la primera medición a la segunda un mes después, lo cual sucede de la misma manera para la participante C2, y puede ser observado en la figura 8.

Respecto a la apertura ante el dolor, tanto la participante E1 como la participante E2 disminuyen en este factor, mas aumenta un mes después de haber finalizado la intervención. Estos cambios también se pueden observar en las figuras 5 y 6.

Acerca del grupo control y el factor de apertura ante experimentar dolor, la participante C1, aunque ya presenta una apertura baja, disminuye aun más en la segunda medición, mas para la participante C2, la apertura se mantiene estable durante el mes sin intervención.

Continuando con la comparación de las figuras referentes a las estrategias de afrontamiento y la aceptación del dolor crónico, tanto del grupo experimental como del grupo control, se observa una variación particular en los datos. Cuando las estrategias pasivas aumentan, la apertura ante el dolor disminuye y en el caso de la participante C2 (ver figuras 6 y 8) se mantiene estable, y cuando las estrategias pasivas bajan, aumenta la apertura.

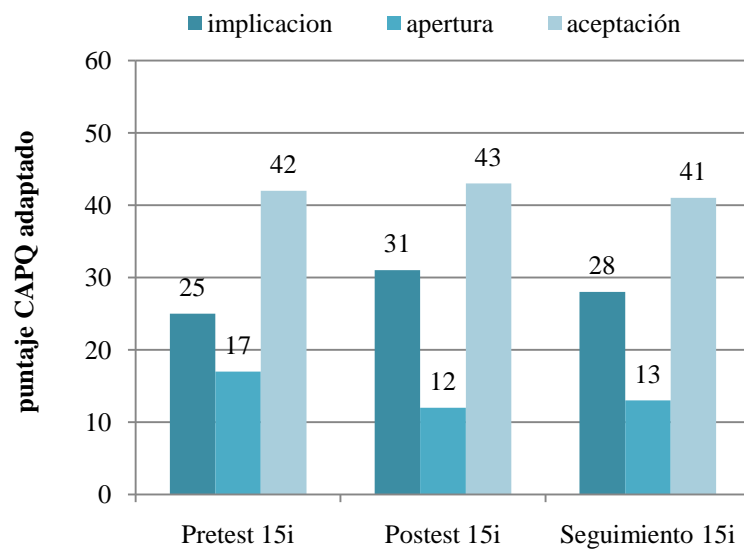


Figura 5._ Puntaje del Cuestionario de Aceptación del Dolor Crónico de la Participante E02 antes (pretest), después (postest) y al mes de haber finalizado la intervención (seguimiento).

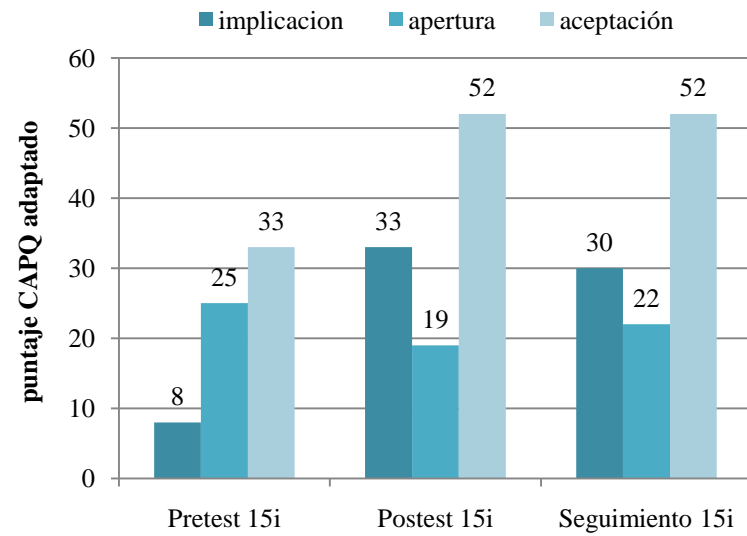


Figura 6._ Puntaje del Cuestionario de Aceptación del Dolor Crónico de la Participante E03 antes (pretest), después (postest) y al mes de haber finalizado la intervención (seguimiento).

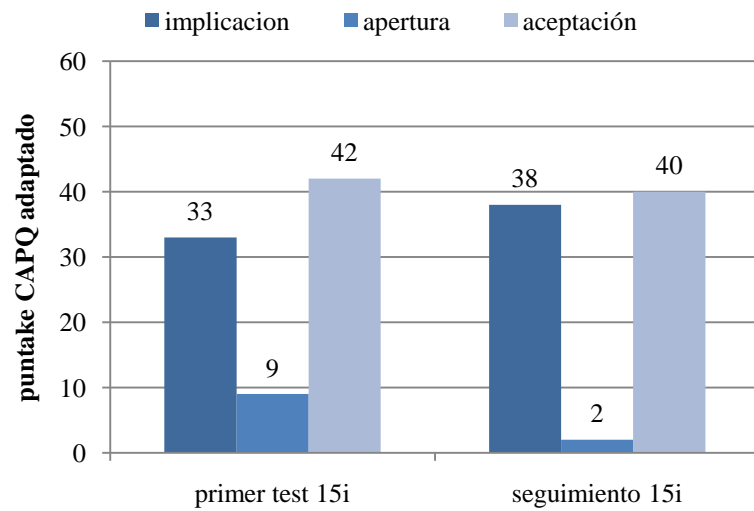


Figura 7._ Puntaje del CAPQ adaptado de la participante C01 de la primera toma (primer test) y después de un mes (seguimiento) sin intervención. El puntaje se sacó según los 15 ítems (15i) sugeridos por González, Fernández y Torres (2010).

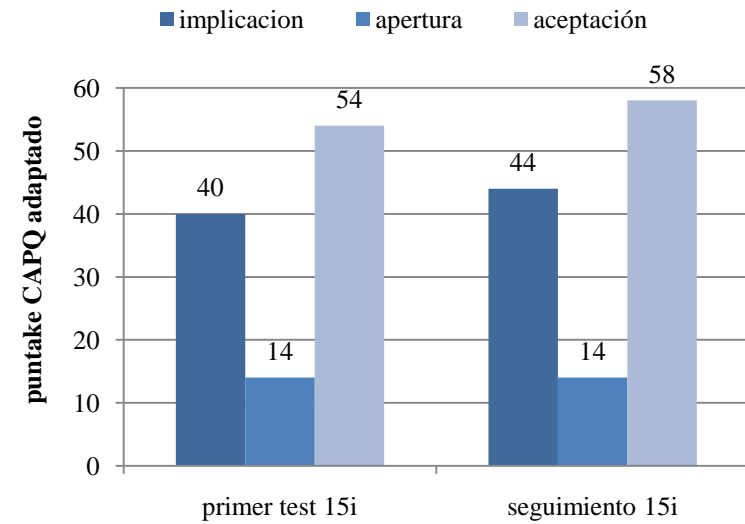


Figura 8._ Puntaje del CAPQ adaptado de la participante C02 de la primera toma (primer test) y después de un mes (seguimiento) sin intervención. El puntaje se sacó según los 15 ítems (15i) sugeridos por González, Fernández y Torres (2010).

Con respecto a las figuras 9, 10 11 y 12 donde se refleja el registro de la AF durante la intervención, se observa en la figura 9, correspondiente a la participante E1, pocos registros durante la intervención. La participante reportó que en los dos meses previos al inicio de la investigación tuvo que abandonar la asistencia a las clases de piscina debido a una supuesta infección del oído, mas cuando el médico le dijo que el dolor no provenía de eso, la participante no retomó las clases en la piscina. Sin embargo, se han de hacer dos observaciones, la primera es que la participante empieza a hacer ejercicio inmediatamente después de haber empezado la intervención y la segunda, dado que el registro terminó hacia el 24 de junio, en la figura no se encuentra registrado que la participante para el mes de agosto retomó el ejercicio haciendo clases de Pilates.

La participante E2, a diferencia de la E1, mantiene un registro constante durante toda la intervención de su AF, el cual se detiene después de realizar el postest debido a que se involucró en otras actividades que aparentemente en el momento no le permitían realizar ejercicio. Se desconoce si en el momento la participante ha retomado la AF. Su registro se refleja en la figura 10.

Observando las figuras 11 y 12, se evidencia que poseen un registro idéntico y es debido a que ambas participantes se encontraban asistiendo a la misma AF. El último registro en las figuras corresponde a la última semana que asistieron a clase dado que la piscina dejaba de estar disponible para ellas al iniciar la temporada de verano.

Finalmente, entre las figuras referentes a las estrategias de afrontamiento del dolor crónico y la aceptación del dolor crónico y las figuras del registro de la AF, aparentemente no se observa ninguna relación. Sin embargo ha de destacarse que, para la participante C1 quien muestra un descenso significativo de la apertura ante el dolor a la vez que un aumento en la implicación y en el uso de estrategias pasivas y una disminución de las estrategias activas, su realización de AF no se ve afectada (observar figuras 7 y 11). La misma reflexión se puede hacer para la participante C2 quien tiene una variación en las estrategias de afrontamiento y en la aceptación del dolor similar a la participante C1 (observar figuras 8 y 12).

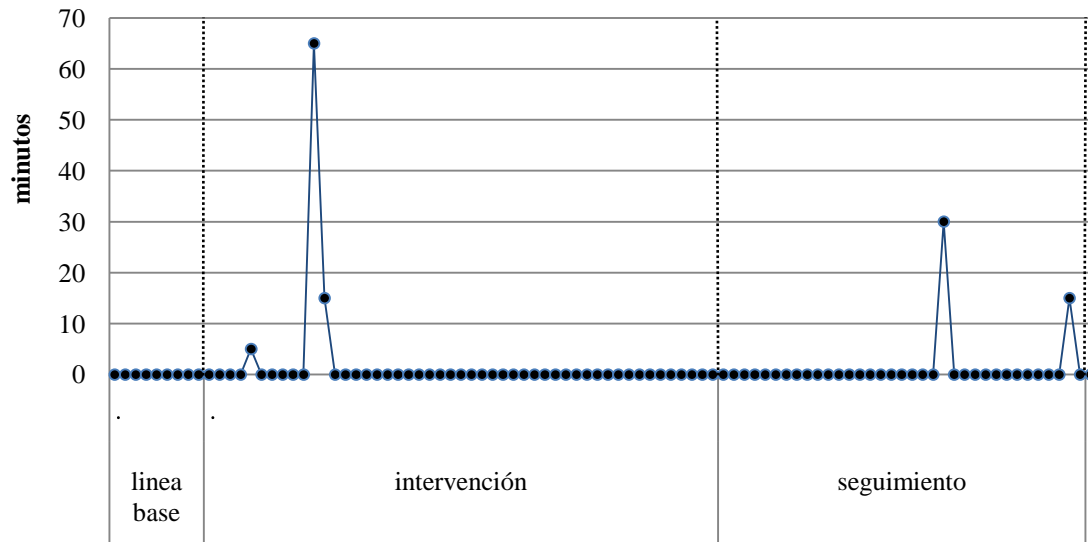


Figura 9._ Minutos invertidos en hacer ejercicio por día durante la intervención de la participante E1. El primer registro corresponde al uso de la bicicleta estática, el segundo a caminar y hacer gimnasia y el tercer registro a hacer solo gimnasia.

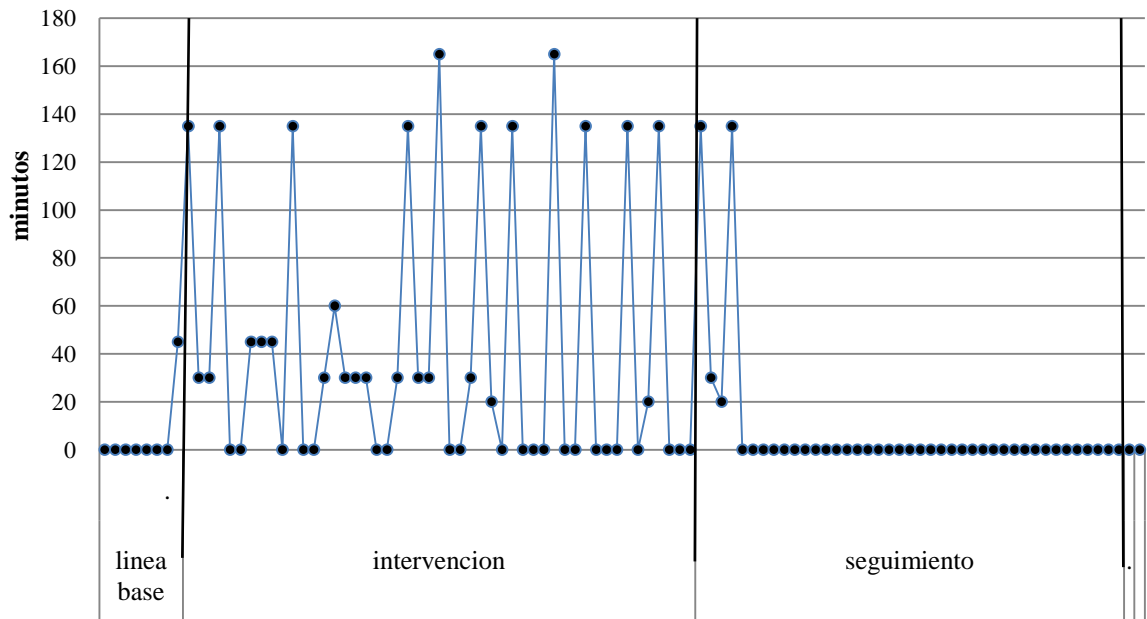


Figura 10._ Minutos invertidos en hacer ejercicio durante la intervención de la participante E2. Se registran dos tipos de actividad física, la rehabilitación programada por el médico y andar. Los dos registros más altos corresponden a la suma de los minutos en rehabilitación y en salir a caminar, los registros medios corresponden solo a la asistencia a la rehabilitación y los registros más bajos corresponden solo a salir a caminar.

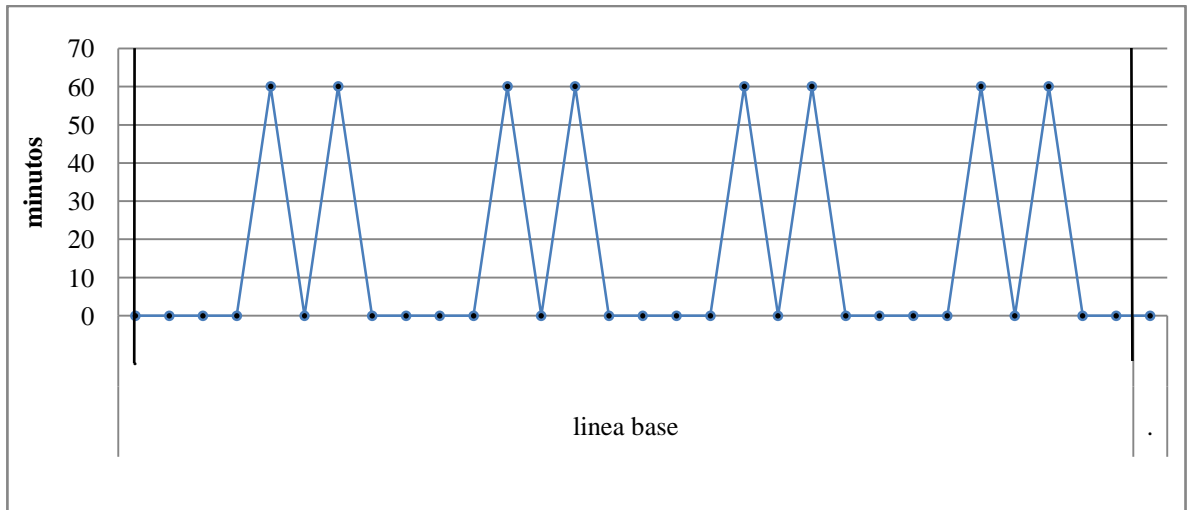


Figura 11_ Minutos invertidos en hacer ejercicio durante la intervención de la participante C1. Este registro corresponde a la asistencia al pabellón deportivo para las clases de piscina impartidas dos veces por semana durante una hora cada sesión.

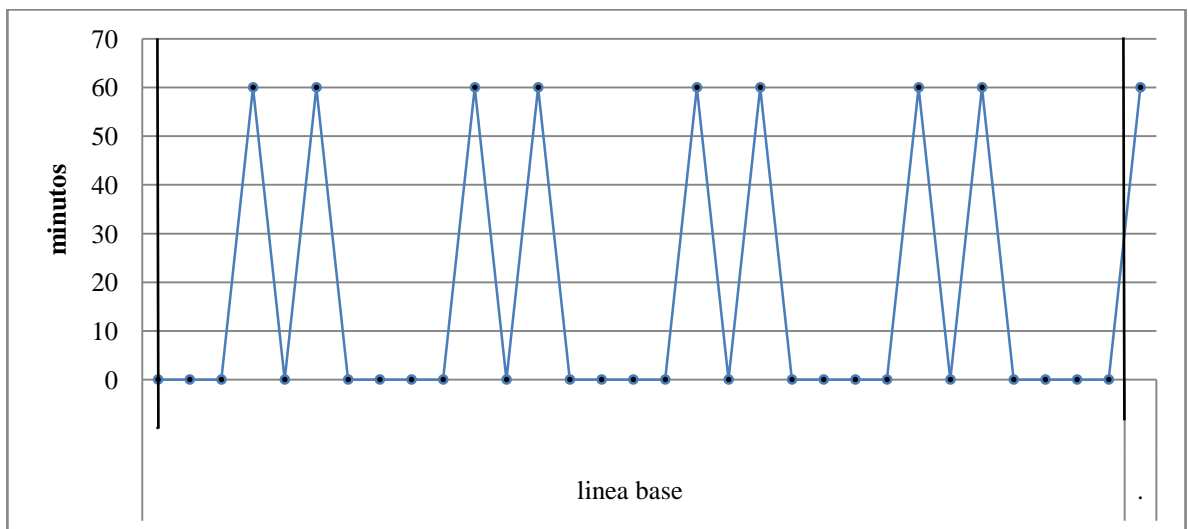


Figura 12._ Minutos invertidos en hacer ejercicio durante la intervención de la participante C2. Este registro corresponde a la asistencia al pabellón deportivo para las clases de piscina impartidas dos veces por semana durante una hora cada sesión.

3. DISCUSIÓN

El presente trabajo buscaba responder a la pregunta ¿Cómo varía la realización de actividad físico-deportiva en mujeres con discapacidad luego de una breve intervención de Terapia de Aceptación y Compromiso? Para responder a esta pregunta se buscó mujeres que padecieran dolor crónico por lo menos en los últimos 6 meses. Todas las participantes de esta investigación llevaban con su dolor por más de 5 años.

Poder responder esta pregunta se pudo ver dificultada por ciertas limitaciones durante la investigación. En principio que al final se haya podido trabajar solo con 4 mujeres, de las cuales solo 2 eran del grupo experimental reduce la posibilidad de ser totalmente concluyentes.

Por otra parte, el registro de la actividad físico-deportiva no fue llevado rigurosamente por las participantes. Por otra parte, al llegar las vacaciones o la temporada de verano, realizar ejercicio para varias se dificultaba dado que la Asociación Almeriense para la Promoción de la Mujer con Discapacidad Luna les facilita la utilización del pabellón deportivo de la ciudad bajo ciertas horas específicas y fuera de la programación de verano y por tanto dejaban de contar con el espacio apropiado para hacerlo.

Así mismo, la asistencia a terapia psicológica por parte de las participantes así como a los grupos terapéuticos pudieron influir en su conducta, lo cual no permite conjeturar en esta investigación que los efectos generados por la ACT hayan sido solo de estos, y aunque la investigación se esforzó por concentrarse solo en esta área, era fácil para las participantes traer a sesión otros problemas personales.

Consecuentemente, ha de considerarse por un lado que los cuestionarios utilizados no poseen baremos con los cuales se pueda comparar el puntaje obtenido por las participantes y mucho menos conjeturar si el alto o bajo puntaje era esperado en este tipo de población.

Finalmente, el tiempo de crisis económica por el que atraviesa España parece dificultar significativamente que las personas se involucren en AF, en particular si se poseen bajos recursos económicos. Suele ser un momento de recorte de ciertos beneficios, y uno de los que suele sacrificarse primero es la salud. La participante C1 parecía no tener un problema económico significativo dado que su sustento depende de la pensión a la cual ya acceden, mientras que las otras participantes o no tienen trabajo y piensan que no pueden darse el

gusto de pagar la mensualidad en un gimnasio o si tienen trabajo el dinero debe ser invertido en otras prioridades.

Una vez consideradas las limitaciones, ha de empezarse por considerar la afectación de las participantes antes de iniciar la terapia. Tanto en la primera sesión donde se les preguntaba por la experiencia de vivir con el dolor durante tanto tiempo como en las primeras mediciones realizadas con los cuestionarios se evidencia una vida algo restringida y concentrada en evitar aquellas situaciones que pudiesen provocar o empeorar el dolor. Alguna de ellas mencionó que debió dejar de trabajar debido a ello y todas comentaron que muchas veces reducen sus actividades diarias o las interacciones sociales. Estas consecuencias son coherentes con lo mencionado por algunos autores respecto a los efectos de padecer dolor crónico como el absentismo laboral (Herrera-Silva y Aguilar-Luque, 2000, Camargo et al., 2004; Scascighini et al., 2008), evitar situaciones familiares o sociales (Ospina & Harstall, 2003 y Koenig, 2003 citados por Angheluta & Lee, 2011; Collen 2005, citado por Angheluta & Lee, 2011) entre otros.

Así mismo el uso de analgésicos es un tema de preocupación en estas participantes dado que han experimentado efectos secundarios desagradables como el hecho de que la dosis que consumen no genere el mismo efecto, trastornos del sistema digestivo, y dependencia lo cual resalta las inquietudes mencionadas por Pontenoy et al. (2004) y el hecho de incluir aun más tratamientos diferentes a los médicos como la terapia psicológica y la AF adaptada en el manejo del dolor crónico, lo cual se intentó abordar en esta investigación.

Aunque no se midió directamente el efecto de la AF sobre la salud de estas mujeres, ellas demostraron reconocer los beneficios de realizar ejercicio dada su condición lo cual concuerda con las investigaciones de Friedrich et al. (1998), González, Ortín y Bonilla (2011) y Motl et al., (2009) sobre los efectos beneficios de la actividad físico-deportiva en diferentes tipos de discapacidades físicas u orgánicas. Y a diferencia de las conclusiones dadas por Nichols y Glenn (1994) estas mujeres han logrado contactar con dichos beneficios, tales como mayor flexibilidad, más agilidad en el movimiento, mejor estado anímico e incluso menos dolor, y no encontraban la práctica particularmente desagradable si se hacía correctamente (mencionaron en la primera sesión), lo cual sugiere que el dolor no es la única barrera a la que se enfrentan a la hora de ejercitarse, y por ello la relevancia de terapias psicológicas que acompañen en algún momento el entrenamiento.

Observando los datos de la participante E2, se destaca que es la mujer con diagnóstico de fibromialgia más reciente, aunque su dolor lleva un poco más de tiempo, que mostró mayores cambios respecto a las estrategias de afrontamiento y a la aceptación del dolor crónico, manteniendo siempre los puntajes más altos luego de la intervención e incluso un mes luego de finalizada, donde las estrategias activas pasaron a ser predominantes y la implicación en actividades a ser clínicamente significativa y la que invirtió más minutos al realizar AF (ver figuras 2, 6 y 10).

Estos resultados permiten hablar de tres puntos importantes. En principio, aunque no se puede hablar de manera concluyente, puede que la terapia tuviera el efecto esperado sobre la AF y generó efectos positivos no contemplados en la investigación como el hecho de involucrarse en otras actividades como clases de dibujo, realización de manualidades entre otras.

Así mismo, esto puede sugerir que la intervención llegó en un momento temprano del desarrollo de la enfermedad y por ello se ven cambios más marcados, como el aumento en la implicación que pasó de tener un puntaje de 8 en el pretest a un puntaje de 33 en el postest (ver figura 6). Esto lleva al punto siguiente a discutir: la intervención temprana y/o preventiva que se enfoque en el malestar que puede producir o que producirá la condición de dolor crónico y discapacidad puede influir en una mejor adherencia a la realización de AF para manejar el dolor y a reducir el malestar psicológico que ello pueda generar, como también reducir la probabilidad del absentismo laboral, del uso de medicamentos y de estrategias pasivas, así como motivar una vida activa y acciones valoradas. La resistencia al cambio de la participante E1 durante la intervención y la aparente desmejora del grupo control pueden relacionarse con este factor.

Respecto a la participante E1, quien parecía resistirse a realizar AF, pues no muestra un registro constante, muestra sin embargo sus registros discretos casi inmediatamente después de iniciada la intervención. Esto podría sugerir por un lado que la participante se sentía comprometida con la investigación o que realmente la intervención estaba empezando a generar los efectos esperados. Un registro de la AF que inició en el mes de agosto y un segundo seguimiento hubieran podido en alguna medida defender esta idea. Pero al carecer de ellas por falta de tiempo, las suposiciones no pueden ser del todo irrefutables.

Por otro lado, es importante considerar que el aumento de las estrategias pasivas de afrontamiento y la disminución de las estrategias activas en el grupo control, particularmente para la participante C1, sugiere que una persona con dolor crónico sin una eventual y/o oportuna atención psicológica podría estar en riesgo de generar dificultades psicológicas que puede estar careciendo de herramientas que le ayuden a manejar la afectación que produce padecer dolor crónico. Una medición repetida en un periodo de tiempo más largo con un grupo control más grande podría sustentar la importancia de las intervenciones tempranas y/o preventivas así como de evaluaciones psicológicas que permitan descartar este riesgo.

Dado que durante el mes de seguimiento del grupo experimental se observa un puntaje que se mantiene por encima de la medición pretest pero que desciende luego del postest, una medición a los tres meses y 6 meses de finalizada la intervención habrían revelado datos más certeros sobre la intervención realizada y su efectividad para aumentar o mantener la AF.

Continuando con el análisis de los resultados del grupo experimental, el puntaje del factor de apertura, que aumenta en ambos casos cuando se hace la medición en la fase de seguimiento, se comportó de manera esperada, pues se especulaba que durante ese mes se iba a permitir mayor contacto con situaciones en las que el dolor podría ser un obstáculo y por tanto poner en acción las nuevas herramientas proporcionadas. Dado que los cambios son sutiles solo se puede hablar de una relevancia clínicamente significativa.

Para responder a la pregunta problema a de decirse que, concordando con lo expresado por Kahn et al. (2002) respecto a las intervenciones multidisciplinarias, esta investigación podría haber mostrado mejores resultados si la intervención hubiera sido realizada por un equipo interdisciplinario donde se hubiera tenido control sobre una AF en concreto adaptada a las necesidades específicas de las participantes y el apoyo de una persona especialista en AF y deporte adaptados.

Por tanto es difícil explicar cómo varía la AF en concreto luego de la intervención, pero puede decirse que genera algunos efectos importantes según lo observado, y al menos está mostrando efectos a corto plazo con sucedió en la investigación de Butryn y colaboradores (2011). El aumento de la implicación es importante porque es la forma en que las personas entrarán en contacto con los refuerzos naturales de las situaciones y por tanto de los

refuerzos naturales de realizar AF, y ello puede ser lo que lleve eventualmente a la apertura ante experimentar dolor y así a una mayor aceptación.

Finalmente sería interesante poder aislar componentes específicos de la ACT como lo son la aclaración de valores, las técnicas de distanciamientos cognitivo y la desesperanza creativa y ponerlos individualmente a prueba para evaluar si todos los componentes juntos o por separados pueden variar su efectividad frente a influir en una conducta como la adherencia a una rutina de ejercicio, aunque se puede sospechar que todas juntas generan efectos mucho más significativos que de manera aislada.

4. REFERENCIAS

- Angheluta, A.M. & Lee, B.K. (2011). Art Therapy for Chronic Pain: Applications and Future Directions. *Canadian Journal of Counseling and Psychotherapy*, 45(2)112-131.
- Butryn, M.L., Forman, E. Hoffman, K., Shaw, J. & Juarascio, A. (2011). A Pilot Study of Acceptance and Commitment Therapy for Promotion of Physical Activity. *Journal of Physical Activity and Health*, 8:516-522.
- Camargo, D.M., Jiménez, J.B., Archila, E. y Villamizar, M.E. (2004). El dolor: una perspectiva epidemiológica. *Revista de la Universidad Industrial de Santander: Salud UIS*, 36 (1)40-51
- Cañadas, M.V. (2010). *Vivencias de las Mujeres que Sufren Dolor Crónico: Qué sienten y Qué Necesitan*. Trabajo Fin de Máster. Universidad de Almería
- Dahl, J.C., Wilson, K.G., Luciano, C. and Hayes, S. (2005). *Acceptance and Commitment Therapy for Chronic Pain*. Reno: Context Press.
- Esteve, M.R., Ramírez, C. y López, A.E. (2004). Índices Generales Versus Específicos en la Evaluación del Afrontamiento al Dolor Crónico. *Psicothema*, 16(3) 421-428.
- Friedrich, M. Glitter, G., Halberstadt, Y. Cermak, T. & Heiller, I. (1998). Combined Exercise and Motivation Program: Effect on the Compliance and Level of Disability of Patients with Chronic Low Back Pain: A Randomized Controlled Trial. *Archives of Physical Medicine and Rehabilitation*, 79:475-487.
- Gallego, J., Ruiz, L.J., Aguilar, J.M., Verdegay, M., Cangas, A.J. y Pérez, M.J. (s.f.) Hábitos De Práctica Físico-Deportiva En Mujeres Con Discapacidad: Manuscrito no publicado.
- García- Martínez F, Herrera-Silva J and Aguilar-Luque, J. (2000) Management of chronic pain in Primary Health Care. *Revista de la Sociedad Española del Dolor*; 7: 453-459.
- González, A., Fernández, P. 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.

- González, J., Ortín, F.J. & Bonilla, J.A. (2011). Actividad Física, Asistencia Psicológica y Niveles de Ansiedad y Depresión en Mujeres con fibromialgia: Un Estudio Descriptivo. *Cuadernos de Psicología del Deporte*, 11(1)59-66.
- Gutiérrez, O., Luciano, M. C., Rodríguez, M., & Fink, B. (2004). Comparison Between an Acceptance-Based and a Cognitive-Control Based Protocol for Coping with Pain. *Behavior Therapy*, 35, 767-783.
- Hayes, S. C., Bissett, R., Korn, Z., Zettle, R. D., Rosenfarb, I., Cooper, I., & Grundt, A.M. (1999). The Impact of Acceptance Versus Control Rationales on Pain Tolerance. *Psychological Record*, 49, 33-47.
- Hayes, S.C. and Smith, S. (2005) *Get out of Your Mind and Into Your Life: The New Acceptance and Commitment Therapy*. Oakland: New Harbinger Publications.
- Iijima, Y. & Tanno, Y. (2012). The rebound effect in the unsuccessful suppression of worrisome thoughts. *Personality and Individual Differences*, 53(3) 347-350. Recuperado el 22 de Julio.
- Jiménez, M.T., González, P. & Martín, J.M. (2002). Clasificación Internacional del Funcionamiento, de la Discapacidad y de la Salud (CIF) 2001. *Revista Española de Salud Pública*, 76(4)271-279.
- Kahn E.B., Ramsey L.T., Brownson R., Heath G.W., Howze E.H., Powell K.E., Stone E.J., Rajab M.W., Corso P., & Task Force on Community Preventive Services. (2002). *American Journal of Prevention Medicine*, 22(4S) 73-107.
- Keysor, J.J. (2003). Does Late-Life Physical Activity or Exercise Prevent or Minimize Disablement?: A Critical Review of the Scientific Evidence. *American Journal of Preventive Medicine*, 25(3Sii) 129-136.
- Kronborg, C., Handberg, G. & Axelsen, F. (2009). Health Care Cost, Productivity and Activity Impairment in non-malignant chronic pain patients. *European Journal of Health Economics*, 10:5-13.
- Manchikanti, L., Benyamin, R., Datta, S. & Smith, H. (2010). Opioids in Chronic Noncancer Pain. *Expert Review of Neurotherapeutics*, 10(5)775-789.
- Marquez, D.X., Hu, L., Jerome, G. & Diener, E. (2005). Physical Activity Enhances Long-Term Quality of Life in Older Adults: Efficacy, Esteem and Affective Influences. *Annals of Behavior Medicine*, 30(2)138-145.

- Molt, R.W., McAuley, E., Snook, E.M. & Gliottoni, R.C. (2009). Physical Activity and Quality of Life in Multiple Sclerosis: Intermediary Roles of Disability, Mood, Pain, Self-Efficacy and Social Support. *Psychology, Health and Medicine*, 14(1)111-124.
- Nichols, D. & Glenn, T.M. (1994). Effects of Aerobic Exercise on Pain Perception, Affect, and Level of Disability in Individuals with Fibromyalgia. *Journal of The American Physical Therapy Association*, 74(4)327-332.
- Ospina, M. & Harstall, C. (2003). Multidisciplinary Pain Programs for Chronic Pain: Evidence from Systematic Reviews. Alberta Heritage Foundation for Medical Research; Alberta. Recuperado el 2 de Julio en http://www.ihe.ca/documents/multi_pain_programs_for_chronic_pain_0.pdf
- Páez-Blarrina, M., Luciano, C., Gutiérrez-Martínez, O., Valdivia, S., Rodríguez, M. & Ortega, J. (2007). Coping with Pain in the Motivational Context of Values: Comparison Between an Acceptance-Based and Cognitive Control-Based Protocol. *Behavior Modification*, 20(10)1-20. Recuperado el 19 de Julio en <http://institutoact.es/descargas/b03/b033.pdf>
- Purdon, C., Rowa, K., & Anthony, M. M. (2005). Thought Suppression and its Effects on Thought Frequency, Appraisal and Mood State in Individual with Obsessive Compulsive Disorders. *Behaviour Research and Therapy*, 43, 93-108.
- Rimmer, J.H., Rowland, J.L. and Yamaki, K. (2007) Obesity and Secondary Conditions in Adolescent with Disabilities: Addressing the needs of an underserved population in *Journal of Adolescent Health*. 41: pp 224-229
- Rosenblum, A., Marsh, L.A., Joseph, H. & Portenoy, R.K. (2008). Opioids and the Treatment of Chronic Pain: Controversies, Current Status, and Future Directions. *Experimental and Clinical Psychopharmacology*. 16(5)405-416.
- Scascighini, L., Toma, V., Dober-Spieldmann, D. y Sprott, H. (2008). Multidisciplinary treatment for chronic pain: a systematic review of interventions and outcomes. *Rheumatology Oxford Journals*. 47: 670-678
- Wegner, D. M., Schneider, D. J., Carter, S. R., & White, T. L. (1987). Paradoxical effects of thought suppression. *Journal of Personality and Social Psychology*, 53, 5-13.

Wilson, K.G. y Luciano, M.C. (2009) Terapia de Aceptación y Compromiso (ACT): Un tratamiento conductual orientado a los valores. Madrid: Pirámide.

Winterowd, C., Beck, A.T. & Gruener, D. (2000). Cognitive Therapy with Chronic Pain Patients. Springer Publishing Company: New York. Recuperado el 22 de Junio en <http://site.ebrary.com/lib/bual/Doc?id=10265632&ppg=30>.

5. APENDICE

5.1 APENDICE A: Adaptación del CPAQ a una Muestra Española (González, Fernández y Torres, 2010).

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

5.2 APENDICE B: Cuestionario de Estrategias de Afrontamiento (Esteve, Ramírez, López, 2004)

Cuestionario de Estrategias de Afrontamiento (Brown y Nicasio, 1987)				
	1	2	3	4
	Casi nunca	Algunas veces	Frecuentemente	Casi siempre
1. Cuando le duele, Ud. piensa que le hubiera gustado que el médico le hubiera mandado medicinas más fuertes				
2. Se pone a pensar que este dolor le tiene cansado, hartado, puede con Ud.				
3. Contarle a los demás que le duele mucho				
4. Rezar para que le duela menos				
5. Reduce sus actividades sociales (sale menos, hace menos cosas con gente, etc.)				
6. Depende más de los demás para que le ayuden en las tareas diarias				
7. Se pone a pensar que no puede hacer nada para aliviar el dolor				
8. Se toma la medicina para ver si se le pasa el dolor				
9. Llama a un médico o enfermera				
10. Se pone a pensar en cuánto le duele y dónde le duele				
11. Intenta no sentirse ni enfadado, ni deprimido, ni ansioso				
12. Se pone a hacer ejercicio físico				
13. Se olvida del dolor				
14. Se pone a hacer muchas cosas				
15. Se quita de la cabeza los pensamientos que le molestan				
16. Se pone a leer				
17. Se pone a hacer algo que le guste				
18. Procura distraerse del dolor				

5.3 APENDICE C: tabla de registro del a actividad física

Registro de la Actividad Física		
Fecha	Actividad Realizada	Minutos por actividad realizada