

## Aplicación de un programa de intervención psicológica en personas mayores con dolor crónico en el ámbito residencial

### Older people with chronic pain in nursing homes: application of a psychological intervention

López-López A, Alonso-Fernández M

Departamento de Psicología. Facultad de Ciencias de la Salud. Universidad Rey Juan Carlos. Alcorcón (Madrid), España.

Esta investigación ha sido financiada por FUNDACIÓN MAPFRE

#### Resumen

**Objetivo:** Aplicar y evaluar el impacto de un programa de tratamiento psicológico grupal destinado a personas mayores con dolor crónico articular que viven en residencias.

**Pacientes y método:** El grupo de intervención contó con 53 participantes y el grupo control, con formato de mínimo contacto terapéutico, con 48 participantes. La intervención constó de nueve sesiones. Las técnicas de tratamiento fueron las propias de la Terapia de Aceptación y Compromiso y el entrenamiento en estrategias de selección, compensación y optimización.

**Resultados:** Hallamos cambios significativos en la cualidad y frecuencia del dolor, selección de actividades, aceptación del dolor y depresión. Con un nivel del 96% hubo cambios en la capacidad de movilidad y en la interferencia del dolor. Todos los indicadores de satisfacción y calidad de la implementación fueron elevados.

**Conclusión:** El tratamiento psicológico que combine la Terapia de Aceptación y Compromiso con el entrenamiento en estrategias de selección, optimización y compensación puede resultar de utilidad para mejorar la funcionalidad y el bienestar emocional de las personas mayores con dolor asociado a artrosis.

**Palabras clave:**

Dolor crónico, artrosis, personas mayores, intervención psicológica.

#### Abstract

**Objective:** The purpose of this study was the implementation and evaluation of a group psychological treatment for older people with chronic pain living in nursing homes.

**Patients and methods:** The intervention group had 53 participants and the control group, with minimal therapist contact format, had 48 participants. The intervention consisted of nine sessions. Treatment techniques were typical of Acceptance and Commitment Therapy and selection, compensation and optimization strategy training.

**Results:** Assuming a confidence level of 95%, significant changes in the quality and frequency of pain, range of activities, acceptance of pain and depression was found. Data showed significant changes in the capacity of mobility and pain interference. All indicators of satisfaction and quality of implementation were high.

**Conclusion:** A group program that combines psychological treatment under acceptance and commitment therapy to training in screening strategies, optimization and compensation can be useful to improve the functionality and emotional wellbeing of older people with pain associated with osteoarthritis.

**Key-words:**

Chronic pain, osteoarthritis, older people, psychological intervention.

---

#### Correspondencia

A. López-López  
Departamento de Psicología. Facultad de Ciencias de la Salud.  
Universidad Rey Juan Carlos. Móstoles (Madrid), España.  
e-mail: almodena.lopez@urjc.es

## **I Introducción**

Cerca de un 80% de la población mayor de 65 años sufre alguna enfermedad que le predispone a experimentar dolor [1]. En el caso de las personas que viven en residencias, entre un 50% y un 86% informa sufrir algún tipo de dolor [2], siendo el de tipo articular uno de los más frecuentes [3]. Por otra parte, el padecimiento de dolor crónico articular en las personas mayores se ha relacionado con desajustes físicos y funcionales y también psicológicos y sociales, dando mayor relevancia al problema. Los trabajos que han investigado los factores que determinan la mayor o menor adaptación funcional y emocional coinciden en señalar que los factores psicológicos son mejores predictores que otros factores físicos, tales como el deterioro radiológico [4].

Pese a la gran prevalencia de los trastornos de dolor crónico en la edad avanzada, los estudios que tratan de evaluar la eficacia de los programas de intervención psicológica en población mayor con dolor son escasos, estando contrastados con personas adultas jóvenes. Por otra parte, gran parte de los programas se basan en intervenciones cognitivo-conductuales centradas en el manejo del dolor como síntoma o en programas educativos de automanejo, que, pese a conseguir cierto aumento en la funcionalidad, presentan limitaciones y no están adaptados para población de mayor edad.

Los tratamientos cognitivo-conductuales han desarrollado las Terapias de Tercera Generación [6], entre las cuales la Terapia de Aceptación y Compromiso (ACT) [7] tiene especial interés en el campo del dolor crónico [8], con resultados positivos en población adulta joven [9] y con personas mayores [10]. Por otra parte, datos previos hacen pensar que la combinación de la ACT con el entrenamiento en estrategias de Optimización Selectiva con Compensación (SOC) [11] puede mejorar la funcionalidad y el estado anímico de personas mayores con dolor que viven en residencias [12]. En el presente trabajo hemos aplicado y evaluado el impacto de un programa de tratamiento psicológico grupal destinado a personas mayores con dolor crónico articular que viven en residencias.

## **I Pacientes y métodos**

La muestra estuvo compuesta por personas mayores con dolor asociado a artrosis que vivían en residencias de la tercera edad. Los criterios de exclusión fueron el padecimiento de enfermedades crónicas graves distintas a la patología articular, tales como enfermedades infecciosas, metabólicas, renales, endocrinas, oncológicas, neuromusculares u orgánico-cerebrales; padecimiento de otros trastornos de dolor crónico, tales como cefaleas crónicas, fibromialgia, etc.;

presencia de trastornos que impliquen discapacidad funcional más allá de la relacionada con la patología articular; poseer un índice de masa corporal mayor de 30 kg/m<sup>2</sup>; presencia de síntomas psicóticos, historia de psicosis o cualquier otro desorden psiquiátrico mayor; mantenimiento de regímenes actuales de medicación psicoactiva; cualquier tipo de discapacidad sensorial que impidiese la correcta participación en el estudio (se requiere una adecuada agudeza visual y auditiva), así como cualquier condición física o mental que incapacite para ofrecer su consentimiento informado de manera consciente y voluntaria.

Todos los participantes fueron reclutados en residencias públicas y privadas de tres comunidades autónomas, a través del médico del centro. Un total de 141 residentes cumplían los criterios de inclusión en el estudio, de los cuales 30 rechazaron firmar el consentimiento informado por diversos motivos, entre los que se encontraban no disponer de tiempo o no estar interesados en acudir a ningún programa de intervención.

Las 111 personas finalmente incluidas fueron aleatorizadas, mediante un procedimiento informático, a las condiciones experimentales. De este modo, el grupo de intervención lo formaban 57 personas y el grupo control, con formato de Mínimo Contacto Terapéutico (MCT), lo constituían 54 personas. Tras la aleatorización de los participantes, comenzó la fase de evaluación antes del tratamiento. Todas las personas incluidas fueron evaluadas mediante entrevista individual.

Una vez realizadas las evaluaciones se procedió a analizar los informes médicos facilitados por el personal del centro con el fin de asegurarnos de que todos los participantes cumplían los criterios de inclusión. Tras el análisis exhaustivo de los informes médicos de las patologías, el tratamiento médico y el funcionamiento cognitivo, se decidió eliminar del estudio a 10 personas: cinco de ellas por tener una puntuación menor de 23 puntos en el Mini-Examen Cognoscitivo [13] y otras cinco por no tener diagnóstico de dolor crónico de tipo óseo o muscular. De estas diez personas eliminadas, cuatro de ellas pertenecían al grupo experimental y seis pertenecían al grupo control. De este modo, un total de 101 participantes pasaron a la fase de intervención. El grupo de intervención contó con 53 participantes y el grupo control, con formato de Mínimo Contacto Terapéutico, se formó con 48 participantes.

Todos ellos firmaron un consentimiento informado en el que se determinaba el objetivo del estudio y las condiciones de participación. El presente estudio fue aprobado por el Comité de Ética de la Investigación de la Universidad Rey Juan Carlos.

El programa de tratamiento, aplicado por un psicólogo experto, constó de nueve sesiones, de una hora y media de duración, que se aplicaron a razón de una por semana. Las técnicas de tratamiento fueron las propias de la Terapia de Aceptación y Compromiso y el entrenamiento en estrategias de selección de actividades, compensación del déficit y optimización del funcionamiento. La metodología empleada fue principalmente experiencial, es decir, la aproximación hacia los objetivos se realizaba mediante ejercicios prácticos, entre los que se incluían debates, juego de roles, análisis de metáforas, resolución de problemas, entrenamiento en estrategias terapéuticas y ejercicios de *mindfulness*.

El formato del grupo control fue de Mínimo Contacto Terapéutico, siguiendo el procedimiento empleado en estudios previos de intervención psicológica [14]. El MCT consistía en un breve taller de dos horas de duración con metodología principalmente expositiva. Los contenidos del taller tenían un carácter psicoeducativo (no terapéutico).

La evaluación del proceso de implantación del programa se realizó mediante una combinación de evaluación formativa y evaluación sumativa. La evaluación formativa se llevó a cabo a través del empleo de observación participante sobre la conducta de los pacientes durante la aplicación del programa. Igualmente, se realizaron encuestas de evaluación de la satisfacción de los participantes. Se efectuaron análisis de diferencia de medias con prueba t de Student, asumiendo un nivel de confianza del 95%.

Los instrumentos utilizados para la evaluación de las variables fueron los siguientes:

**Localización.** Se utilizó el Dibujo de Dolor de McGill correspondiente al Cuestionario de Dolor de McGill desarrollado por Melzack (MPQ; 15), en el que el participante tenía que señalar en qué zonas sentía dolor de carácter óseo o muscular.

**Cualidad del dolor.** Cuestionario de Dolor de McGill [15] validado al castellano [16]. La fiabilidad test-retest tras cuatro semanas oscila entre el 66 y el 80% y tras 3-7 días, entre el 50% y el 100% [15].

**Frecuencia del dolor.** Para evaluar la frecuencia con la que aparece el dolor en las últimas semanas se empleó una medida no agregada utilizada en estudios previos con personas mayores con dolor [17]. Las respuestas se ajustaban a una escala nominal de cuatro puntos: (1) todos los días, (2) algún día a la semana, (3) algún día al mes y (4) muy de vez en cuando.

**Intensidad del dolor.** Cuestiones 2 a 5 del Cuestionario Breve de Dolor (CBD). El CBD es la adaptación al castella-

no de la escala *Brief Pain Inventory* [18][19]. La escala completa del CBD ha mostrado una adecuada fiabilidad (alpha de Cronbach = 0,89; test-retest = 0,77).

**Actividades de la vida diaria (AVD's).** Índice de Barthell [20]. La escala ha demostrado buenas propiedades psicométricas (alpha de Cronbach entre 0,86 y 0,92) [20].

**Estrategias de selección, optimización y compensación.** Forma breve del Cuestionario de Selección, Optimización y Compensación (SOC) [21].

**Aceptación del dolor.** La evitación experiencial del dolor se ha evaluado mediante el Cuestionario de Aceptación del Dolor Crónico (CPAQ) [22]. El instrumento evalúa la aceptación psicológica del dolor mediante: (a) el enganche a las actividades, entendido como el funcionamiento positivo en las actividades diarias a pesar del dolor, y (b) la propensión al dolor (*pain willingness*), considerada como la tendencia a centrarse en el dolor con estrategias de evitación y control. La escala adaptada a la población española ha demostrado buenas propiedades psicométricas (alpha de Cronbach de 0,83 y una fiabilidad test-retest de 0,83) [23].

**Sintomatología depresiva.** Se ha evaluado con la adaptación al castellano de la Escala de Depresión Geriátrica (GDS) [24], que tiene propiedades psicométricas adecuadas (alpha de Cronbach de 0,89 y una fiabilidad test-retest de 0,89) [25].

**Satisfacción con la vida.** Evaluada con la Escala de Satisfacción con la Vida (SWLS) [26]. Este instrumento ha sido utilizado en otros estudios con personas mayores, mostrando una adecuada consistencia interna (alpha Cronbach = 0,77) [27].

**Creencias de catastrofismo.** Las creencias de catastrofismo han sido evaluadas con la adaptación al castellano de la Escala de Catastrofismo hacia el Dolor (PCS) [28][29]. La escala tiene una adecuada consistencia interna (alpha Cronbach = 0,79; test-retest = 0,84) y sensibilidad al cambio con un tamaño del efecto  $\geq 2$  [29].

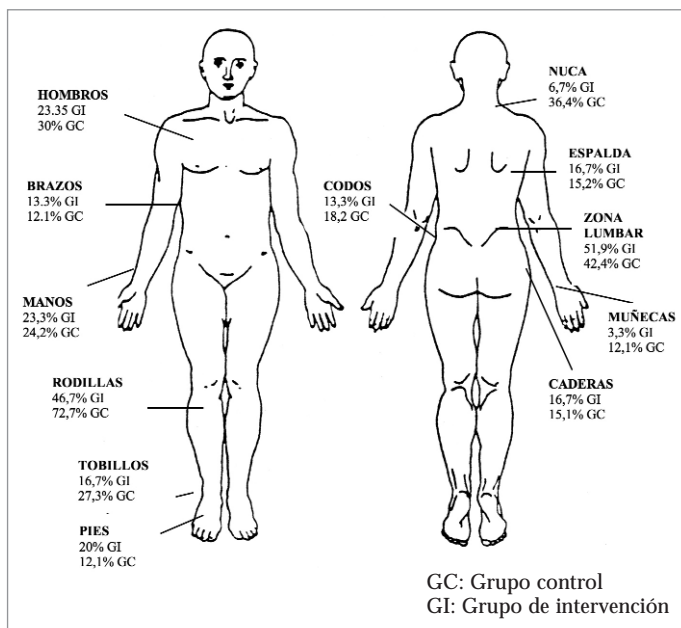
## I Resultados

No encontramos diferencias entre la demografía de los dos grupos de poblaciones antes de proceder al estudio (Tabla 1). Las zonas donde era más frecuente sentir dolor fueron la lumbar y las rodillas, mientras que en las muñecas, en los brazos o en los pies no era muy habitual (Figura 1). Ambos grupos, experimental y control, eran diferentes en el dolor de la zona de la nuca ( $p = 0,01$ ) y en el dolor en las rodillas ( $p = 0,03$ ).

Los datos relacionados con las preguntas relativas a la satisfacción con el programa, valoradas con un formato de respuesta tipo Likert de cinco opciones (0= muy satisfecho

**Tabla 1.** Análisis de diferencia de medias en los datos descriptivos entre los participantes de los grupos experimental y control

	Grupo ACT-SOC	Grupo MCT	t/ chi <sup>2</sup>	p
Edad				
Media (D.T.)	82 (7)	84 (7)	0,95	0,34
Sexo				
Mujer	26 (86,7%)	25 (73,5%)	1,69	0,19
Hombre	4 (13,3%)	9 (26,5%)		
Estado Civil				
Casado	6 (20%)	3 (8,8%)	0,88	0,38
Soltero	6 (20%)	8 (23,5%)		
Viudo	16 (53,3%)	21 (61,8%)		
Separado/ divorciado	2 (6,7%)	2 (5,9%)		
Nivel educativo				
Ninguno	2 (6,7)	2 (5,9%)	-1,22	0,22
Leer y escribir	10 (33,3%)	12 (35,3%)		
Primarios	12 (40%)	17 (50%)		
Secundarios	3 (10%)	3 (8,8%)		
Superiores	2 (6,7%)	0		



**Fig. 1.** Diferencias en la localización del dolor entre los grupos control e intervención.

a 4= muy insatisfecho), mostraron que un 64% de los participantes estaban muy satisfechos con el programa de tratamiento, un 33,5% bastante satisfechos y un 35% algo satisfechos. Ningún participante mostró poca o nula satisfacción con el programa de intervención.

Respecto a la pregunta relacionada con la dificultad de la información transmitida por el terapeuta, tenía un formato de respuesta cuantitativo (0= nada difícil a 4= muy difícil); el 70% no las consideró nada difíciles, un 21% de una dificultad regular y un 9% algo difíciles. La cuestión en la que se preguntaba a los participantes si recomendarían el programa a otros residentes tenía un formato de respuesta dicotómico (0= no recomendaría el programa a otros residentes; 1= sí recomendaría el programa a otros residentes). El 100% de los participantes indicó que recomendaría el programa a otros residentes. Respecto a la satisfacción general con el manejo del dolor logrado tras el tratamiento, el 47% de los participantes del grupo experimental se mostraron muy satisfechos; el 30%, bastante satisfechos; el 21% mostraron una satisfacción regular, y sólo el 3% dijeron estar algo insatisfechos.

Por otra parte, las cuestiones relativas a la opinión de los participantes sobre el programa de intervención y el programa de Mínimo Contacto Terapéutico tras finalizar cada sesión de los talleres, permitieron conocer la valoración de la duración de la sesión, que debía de ser contestada en formato tipo Likert de tres opciones de respuesta (1= muy larga; 2= adecuada; 3= muy corta), y la valoración de los contenidos trabajados en cada sesión, que se evaluaba en formato tipo Likert de cuatro opciones de respuesta (0= nada interesante a 3= muy interesante). Tanto la terapeuta co-

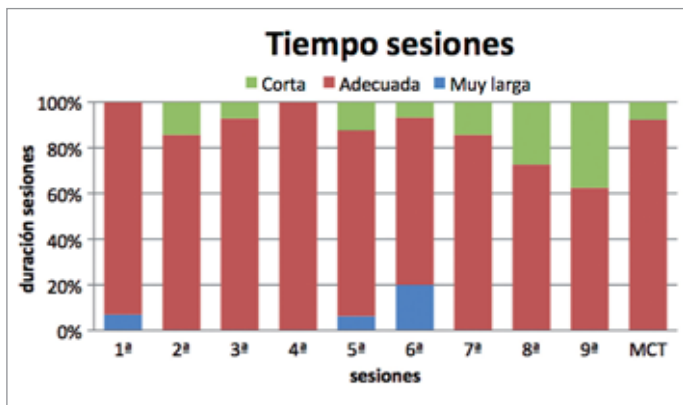


Fig. 2. Valoración de la duración de las sesiones.

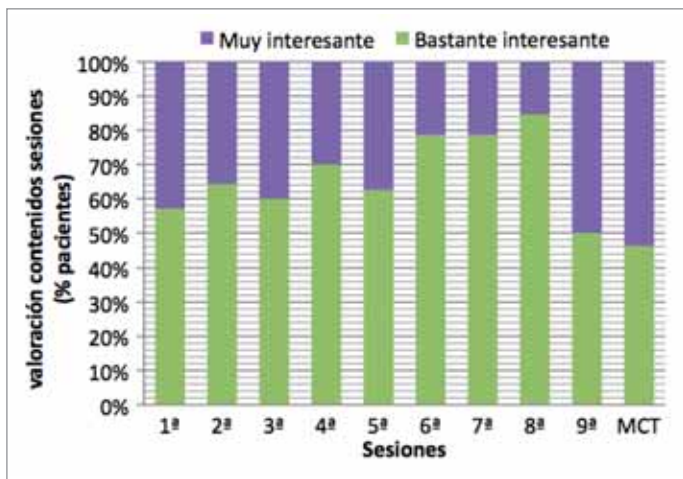


Fig. 3. Valoración de los contenidos de las sesiones.

mo los dos coterapeutas registraban la respuesta grupal (Figura 2) (Figura 3).

La valoración del grado en el que se habían conseguido los diferentes objetivos de las sesiones debía ser contestada por la terapeuta y por los dos coterapeutas en formato tipo Likert de cuatro opciones de respuesta (0= nada conseguidos, 1= algo conseguidos; 2= bastante conseguidos; 3= totalmente conseguidos). En la Tabla 2 se muestra la valoración de la consecución de los objetivos de las sesiones de los programas. Respecto a los cambios producidos tras el programa de intervención, los análisis de efectos simples muestran cambios en distintas variables, los cuales se detallan en la Tabla 3.

## I Discusión

Los resultados encontrados en las diferentes dimensiones evaluadas de la implementación del programa sugieren que los objetivos de la transmisión de la información, la satisfacción con la intervención, la recepción de la información y la puesta en marcha de las habilidades y técnicas en su vida diaria han sido conseguidos. La mayoría de los participantes se muestran satisfechos con el programa de intervención, con la duración de las sesiones y con los contenidos trabajados en cada sesión, y todos recomendarían el programa de intervención a otros residentes. A pesar de que se trató de adaptar los contenidos del programa, algunos de los participantes encontraron dificultades para comprender la información de las sesiones (un 30% la consideran difícil). Probablemente, una mayor duración del programa de intervención habría ayudado a que los participantes tuvieran más tiempo para poder asimilar los contenidos trabajados en el programa. Otra posible explicación de este resul-

Tabla 2. Valoración de la consecución de los objetivos de las sesiones de los programas

	Programa ACT-SOC		Programa MCT		Rango
	Media	S.D.	Media	S.D.	
Consecución objetivos S1	2,5	0,2	na	na	0-3
Consecución objetivos S2	2,4	0,2	na	na	0-3
Consecución objetivos S3	2,4	0,2	na	na	0-3
Consecución objetivos S4	2,4	0,2	na	na	0-3
Consecución objetivos S5	2,4	0,1	na	na	0-3
Consecución objetivos S6	2,3	0,1	na	na	0-3
Consecución objetivos S7	2,6	0,2	na	na	0-3
Consecución objetivos S8	2,4	0,2	na	na	0-3
Consecución objetivos S9	2,3	0,2	na	na	0-3
Consecución objetivos MCT	na	na	2,3	0,1	0-3

na = no aplicable (el MCT consta de una sesión única)

**Tabla 3. Análisis de diferencia de medias en las variables objeto de estudio según grupo de intervención**

Variable		Pre intervención media (DT)	Post intervención media (DT)	t	p
Cualidad del dolor (MPQ)	ACT-SOC	30,62 (10,94)	24,00 (10,32)	3,61	0,00
	MCT	27,69 (12,26)	26,38 (9,50)	0,46	0,64
Frecuencia del dolor	ACT-SOC	1,33 (0,48)	1,77 (1,08)	-2,12	0,04
	MCT	1,34 (0,68)	1,65 (1,09)	-1,31	0,20
Intensidad del dolor	ACT-SOC	4,25 (1,81)	4,53 (1,83)	-0,83	0,41
	MCT	4,54 (2,08)	4,62 (2,42)	-0,29	0,77
Actividades diarias	ACT-SOC	4,70 (3,24)	4,77 (3,85)	-0,08	0,93
	MCT	5,36 (3,59)	4,96 (3,59)	0,57	0,57
Interferencia estado de ánimo	ACT-SOC	5,48 (3,29)	4,00 (3,48)	1,95	0,06
	MCT	5,19 (3,17)	5,03 (4,04)	0,26	0,79
Interferencia movilidad	ACT-SOC	6,50 (3,25)	5,15 (3,60)	1,92	0,06
	MCT	6,07 (3,23)	6,53 (3,21)	-0,91	0,19
Selección	ACT-SOC	1,40 (0,91)	2,12 (0,66)	-3,84	0
	MCT	1,44 (1,08)	1,88 (0,88)	-1,52	0,14
Optimización	ACT-SOC	1,60 (0,86)	1,60 (1,04)	0	1
	MCT	1,64 (1,35)	1,56 (1,26)	0,27	0,78
Compensación	ACT-SOC	1,16 (1,02)	1,36 (0,99)	-0,92	0,36
	MCT	1,52 (1,04)	1,04 (0,93)	1,85	0,07
Aceptación del dolor	ACT-SOC	64,92 (18,83)	73,07 (17,76)	-2,88	0
	MCT	70,30 (22,32)	67,88 (23,37)	0,67	0,50
Depresión	ACT-SOC	10,81 (6,39)	8,88 (5,62)	2,18	0,03
	MCT	12,00 (6,87)	11,92 (7,24)	0,08	0,93
Satisfacción con la vida	ACT-SOC	22,57 (9,38)	24,0 (9,30)	-1,81	0,08
	MCT	22,00 (7,64)	23,24 (8,82)	-0,99	0,33
Catastrofismo	ACT-SOC	22,34 (14,86)	15,76 (10,65)	3,64	0,00
	MCT	19,32 (14,03)	20,44 (20,73)	-0,29	

tado está relacionada con la variable alfabetización, que es definida por la Unesco como la capacidad para identificar, entender, interpretar y hacer uso de las capacidades lingüísticas [30]. En general, los resultados relativos a la implementación del programa sugieren que los participantes han comprendido adecuadamente los contenidos trabajados en las sesiones, que han aprendido correctamente las estrategias y habilidades entrenadas durante las sesiones, que han generalizado la aplicación de dichas estrategias y habilidades a su vida diaria y que se muestran bastante satisfechos con la intervención.

De modo general, los resultados encontrados para los participantes en la intervención ACT-SOC son más positivos que los resultados encontrados para los participantes en el programa MCT. En relación al objetivo terapéutico de mejorar la adaptación al dolor de los participantes, los resultados muestran que disminuye la interferencia del dolor en la realización de algunas AVD's en el grupo ACT-SOC.

En concreto, disminuyó la interferencia del dolor en la capacidad de relacionarse con otras personas y en la capacidad de caminar y la movilidad. Estos resultados tienen una relevancia destacable debido al alto número de personas mayores que viven en residencias que informan de que el dolor interfiere de manera significativa en su ejecución funcional [31]. Estos datos, junto con el hallazgo de que los niveles de intensidad media percibida del dolor se mantienen estables a lo largo del estudio, sugieren que, a pesar de tratarse de un dolor crónico, existe la posibilidad de mejorar la funcionalidad de las personas mayores que padecen dolor crónico sin necesidad de tener que disminuir la percepción subjetiva del dolor. En concreto, parece que la intervención psicológica desde la terapia ACT, junto con el entrenamiento en estrategias SOC, se muestra eficaz en la disminución de la interferencia del dolor en la capacidad funcional. Aunque algunos estudios han encontrado que la interferencia del dolor se relaciona de manera positiva con

la intensidad del mismo [19], otros estudios de intervención psicológica bajo el enfoque ACT con personas mayores con dolor crónico encuentran que estas se pueden beneficiar de una mejora en sus niveles de ejecución funcional, a pesar de que no se modifiquen sus niveles de intensidad del dolor percibido.

Respecto a las estrategias de selección, compensación y optimización, los resultados indican un aumento significativo de las estrategias de selección en el grupo ACT-SOC. Es decir, se ha encontrado un aumento en el uso de las estrategias que se ponen en marcha para seleccionar las actividades y roles en previsión de que los cambios ocurran. Estudios con personas mayores con dolor de tipo óseo o muscular [32] encontraron que el empleo de estrategias de selección estaba relacionado con menores niveles de recursos sociales y con una mayor percepción de impacto del dolor. Los datos de los estudios de entrenamiento en estrategias de SOC, al igual que han indicado otros estudios previos [33], parecen ir en la línea de que las personas mayores, en especial las personas con dolor crónico que viven en residencias, pueden beneficiarse de un entrenamiento en dichas estrategias. Asimismo, el empleo de las estrategias SOC en las personas mayores que viven en residencias repercute en un aumento del control del ambiente social, en un mayor apoyo social y en la reducción de la soledad [33]. En cuanto a las estrategias de optimización, no se encontraron cambios en ninguno de los grupos experimentales en el empleo de esta estrategia. En este sentido, se desconocen estudios de entrenamiento en estrategias de SOC en los que se encuentre un aumento de las estrategias de optimización. Diferentes trabajos han señalado posibles factores que pueden influir sobre las estrategias de optimización. Así, Brim *et al* [34] sostenían que es primordial un análisis individualizado de los recursos, las competencias y las necesidades de cada persona para poder potenciar una optimización exitosa. Por otra parte, Baltes y Wahl [35] indicaron que el entorno de la persona mayor ejerce una influencia fundamental en la potenciación del uso de las estrategias de optimización. En concreto, determinados ambientes sobre-protectores o excesivamente restrictivos pueden inhibir la realización de estrategias de optimización. Sería interesante, por lo tanto, conocer cómo está influyendo el entorno residencial en la utilización de estrategias SOC en nuestra muestra. Queda abierta una línea de investigación en la que se analice el efecto de un entrenamiento en estrategias SOC en el que no sólo se intervenga con las personas mayores que viven en residencias, sino también con el personal de la residencia para que fomente y facilite el uso de estas estrategias de adaptación.

Uno de los hallazgos fundamentales en este estudio es la confirmación general de las hipótesis planteadas en relación al aumento significativo de la aceptación del dolor. Los participantes del grupo ACT-SOC se beneficiaban de una mayor aceptación del dolor y de una mayor disposición a experimentar dolor sin intentar luchar contra el mismo y sus síntomas asociados. La aceptación general del dolor mejora en la mayoría de los estudios conocidos, tanto cuando se interviene con población adulta [8][36] como cuando se trabaja con población mayor [12][10]. Todos estos resultados son consistentes con los datos encontrados en nuestro estudio, si bien en un estudio realizado con una persona mayor con dolor la tendencia de lucha hacia el dolor aumenta a lo largo del tratamiento y a los seis meses de seguimiento [10]. Diversos trabajos encuentran que la disposición al dolor se relaciona de manera positiva con bienestar emocional [37], mientras que la aceptación general del dolor se relaciona de modo positivo con mejores niveles de capacidad funcional [38].

No se produjo ninguna variación significativa en la intensidad del dolor percibido. En esta misma línea, otros trabajos no encontraron diferencias relevantes en los niveles de intensidad del dolor en población adulta [38] y en personas mayores [10]. Por otra parte, los resultados indicaron que aumentó la percepción del dolor como algo menos desagradable en el grupo ACT-SOC, confirmando así la hipótesis inicial de que la valoración emocional asociada al dolor tras la participación en la intervención sería menos negativa para el grupo de intervención. Estos resultados son similares a los encontrados en la dimensión de frecuencia de dolor *t*, que indican que el grupo ACT-SOC se beneficia de una menor frecuencia de los episodios de dolor tras la intervención.

Los resultados relativos a las variables emocionales indicaron que el grupo de ACT-SOC mejoró de manera relevante en los síntomas depresivos. Diversos estudios de intervención en ACT han encontrado mejoras significativas de la sintomatología depresiva en población adulta [8][36][38]. Es destacable la reducción notable de las creencias catastrofistas en el grupo ACT-SOC tras la intervención. Dado que el catastrofismo contiene componentes de magnificación, indefensión y rumiar, estos datos indican que los participantes del grupo ACT-SOC cambiaron la percepción de su dolor como algo amenazante e incontrolable en sus vidas, y que disminuyeron la rumiar sobre el dolor y su magnificación al finalizar el programa de intervención. Estos resultados son similares a los encontrados por otros estudios de tratamiento bajo el enfoque de ACT, que han encontrado que tras la intervención se redujeron las

creencias de catastrofismo en personas adultas [36]. Por otra parte, diversos estudios han encontrado que las creencias catastrofistas se relacionan de manera negativa con la capacidad funcional [39]. ■

### Agradecimientos

Este trabajo ha sido financiado a través de la Beca Primitivo de Vega 2010, concedida por FUNDACIÓN MAPFRE. Los autores agradecen también la inestimable colaboración del Servicio Regional de Bienestar Social de la Comunidad Autónoma de Madrid y del Grupo Geriatros SAU, con los que se firmaron convenios de colaboración en investigación para desarrollar el presente proyecto.

### REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS

1. Baeza R, Torrubia R, Baños JE. La evaluación del dolor en pacientes con déficit cognitivo grave que impide la comunicación. *Dolor* 2007; 22:85-92.
2. Herr KA, Spratt K, Mobily PR, Richardson G. Pain intensity assessment in older adults: Use of experimental pain to compare psychometric properties and usability of selected pain scales with younger adults. *Clin J Pain* 2004; 20: 207-19.
3. Picavet HS, Hazes JM. Prevalence of self reported musculoskeletal diseases is high. *Ann Rheum Dis* 2003; 62:644-50.
4. Izal M, López A, Montorio I y González JL. Discrepancy between radiographic damage and functional disability in elderly people with osteoarthritis: The role of pain coping strategies. *Spanish J Psychol* 2010; 13:875-85.
5. Redondo MM, León L, Pérez MA, Jover JA, Abasolo L. Pain in patients with rheumatoid arthritis: Psychological variables and interventions. *Clínica y Salud* 2008; 19:359-78.
6. Hayes SC, Luoma JB, Bond FW, Masuda A, Lillis J. Acceptance and Commitment Therapy: Model, processes and outcomes. *Behav Res Ther* 2006; 44:1-25.
7. Hayes SC, Strosahl K, Wilson KG. Acceptance and Commitment Therapy: An experiential approach to behavior change. New York: Guilford Press; 1999.
8. McCracken LM. Contextual cognitive-behavioral therapy for chronic pain. Seattle, Wa. International Association for the Study of Pain; 2005.
9. McCracken LM y Vowles KE. A prospective analysis of acceptance and values in patients with chronic pain. *Health Psychol* 2008; 27:215-20.
10. Lunde LH, Nordhus IH. Combining acceptance and commitment therapy and cognitive behavioral therapy for the treatment of chronic pain in older adults. *Clin Case Stud* 2009; 8:296-308.
11. Baltes PB, Baltes MM. Psychological perspectives on successful aging: The model of selective optimization with compensation. En PB Baltes, MM Baltes (eds.), *Successful aging: Perspectives from the behavioral sciences*. Cambridge, U.K: Cambridge University Press; 1990; pp. 1-34.
12. Alonso-Fernández M, López-López A, Losada A, González JL. Acceptance and commitment therapy and selective optimization with compensation for older people with chronic pain: A pilot study. *Beh Psychol* (en prensa).
13. Lobo A, Saz P, Marcos G, Día JL, De la Cámara C, Ventura T, et al. Revalidación y normalización del Mini-Examen Cognoscitivo (primera versión en castellano del *Mini-Mental Status Examination*) en población geriátrica. *Med Clí (Barc)* 1999; 112:767-74.
14. Belle SH, Burgio L, Burns R, Coon D, Czaja S, Gallagher-Thompson D, et al. Enhancing the quality of life of dementia caregivers from different ethnic or racial groups: A randomized, controlled trial. *Ann Int Med* 2006; 21:727-38.
15. Melzack R. The McGill Pain Questionnaire: Major properties and scoring methods. *Pain* 1975; 1:277-99.
16. Lázaro C, Bosch F, Torrubia R, Baños JE. The development of a Spanish questionnaire for assessing pain: Preliminary data concerning reliability and validity. *Eur J Psychol Ass* 1994; 10:145-51.
17. López-López A., Montorio I, Izal M, Velasco L. The role of psychological variables in explaining depression in older people with chronic pain. *Aging and Mental Health* 2008; 12:735-45.
18. Cleeland CS. Pain assessment in cancer. En: D Osoba (ed.), *Effect of cancer on quality of life*. Boca Raton: CRC Press; 1991, pp. 293-305.
19. Badía X, Murial C, Gracia A, Núñez-Olarte JM, Perulero N, Gálvez R, et al. Validación española del cuestionario *Brief Pain Inventory* en pacientes con dolor de causa neoplásica. *Med Clí (Barc)* 2003; 120:52-9.
20. Mahoney FI, Barthel DW. Functional evaluation: The Barthel Index. *Maryland State Med J* 1965; 14:56-61.
21. Baltes PB, Baltes MM, Freund AM, Lang FR. The measure of selection, optimization, and compensation (SOC) by self-report: Technical report. Berlin: Max Planck Institute for Human Development; 1999.
22. McCracken LM, Vowles KE, Eccleston C. Acceptance of chronic pain: Component analysis and a revised assessment method. *Pain* 2004; 107:159-66.
23. Rodero B, García-Campayo J, Casanueva B, López Y, Serrano-Blanco A, Luciano JV. Validation of the Spanish version of the Chronic Pain Questionnaire (CPAQ) for the assessment of acceptance in fibromyalgia. *Health Qual Life Outcomes* 2010; 8:37.



24. Brink TL, Yesavage JA, Lum O, Heersema P, Adey M, Rose TL. Screening test for geriatric depression. *Clin Gerontol* 1982; 1:37-44.
25. Izal M, Montorio I. Adaptation of the Geroatric Depression Scale in Spain: A preliminary study. *Clin Gerontol* 1993; 13:83-91.
26. Diener ED, Emmons RA, Larsen RJ, Griffin S. Satisfaction with Life Scale. *J Personal Ass* 1985; 49:71-5.
27. Márquez-González M, Izal M, Montorio I, Losada A. Experiencia y regulación emocional a lo largo de la etapa adulta del ciclo vital: análisis comparativo en tres grupos de edad. *Psicothema* 2008; 20:616-22.
28. Sullivan M, Bishop S, Pivik J. The Pain Catastrophizing Scale: development and validation. *Psychol Ass* 1995; 7:524-32.
29. García-Campayo J, Rodero B, Alda M, Sobradie N, Montero J, Moreno S. Validación de la versión española de la escala de catastrofización ante el dolor (*Pain Catastrophizing Scale*) en la fibromialgia. *Med Clín (Barc)* 2008; 131:487-92.
30. Unesco. The plurality of literacy and its implications for policies and programs. Education Sector Position Paper: 13. <http://unesdoc.unesco.org/images/0013/001362/136246e.pdf>. 2004.
31. Bernabei R, Gambassi G, Lapane K, Landi F, Gatsonis C, Dunlop R, *et al.* Management of pain in elderly patients with cancer. *J Am Med Assoc* 1998; 279:1877-82.
32. Gignac M, Cott C, Badley E. Adaptation to disability: Applying selective optimization with compensation to the behaviors of older adults with osteoarthritis. *Psychol Aging* 2002; 17:520-4.
33. Baltes MM, Kindermann T, Reizenzein R, Schmid U. Further observational data on the behavioral and social world of institutions for the aged. *Psychol Aging* 1987; 2:390-403.
34. Brim OG Jr. Losing and winning. The nature of ambition in every-day life. *Psychology Today* 1988; 9:48-52.
35. Baltes MM, Wahl HW. The behavior system of dependency in the elderly: Interactions with the social environment. En: M Ory, RP Abeles, PD Lipman (eds.), *Aging, Health, and Behavior*. Beverly Hills, Ca: Sage; 1991, pp. 83-106.
36. Vowles KE, McCracken LM, Eccleston C. Processes of behavior change in interdisciplinary treatment of chronic pain: Contributions of pain intensity, catastrophizing, and acceptance. *Eur J Pain* 2007; 11:779-87.
37. Andrew DH, Dulin PL. The relationship between self-reported health and mental health problems among older adults in New Zealand: Experiential avoidance as a moderator. *Aging Mental Health* 2007; 11:596-603.
38. McCracken LM, MacKichan F, Eccleston C. Contextual cognitive-behavioral therapy for severely disabled chronic pain sufferers: Effectiveness and clinically significant change. *Eur J Pain* 2007; 11:314-22.
39. Turner JA, Jensen M P, Warmes, CA, Cardenas DD. Catastrophizing is associated with pain intensity, psychological distress and pain related disability among individuals with chronic pain after spinal cord injury. *Pain* 2002; 98:127-34.

#### Conflicto de intereses

Los autores hemos recibido ayuda económica de FUNDACIÓN MAPFRE para la realización de este trabajo. No hemos firmado ningún acuerdo por el que vayamos a recibir beneficios u honorarios por parte de alguna entidad comercial o de FUNDACIÓN MAPFRE.