

# ADAPTACIÓN CULTURAL DEL MODELO "ACCEPTANCE COMMITMENT THERAPY" PARA TRATAMIENTO DE DOLOR CRÓNICO

## CULTURAL ADAPTATION OF MODEL "ACCEPTANCE COMMITMENT THERAPY" FOR TREATMENT OF CHRONIC PAIN

Recibido: 05 de Mayo del 2015 | Aceptado: 31 de Agosto del 2015

María **Quiñones**<sup>1</sup>, Victoria **Larrieux**<sup>2</sup>, Gloria **Durán**<sup>3</sup>, José **Pons** Madera<sup>4</sup>  
(UNIVERSIDAD DE CIENCIAS DE LA SALUD DE PONCE, Ponce, Puerto Rico)

### RESUMEN

El presente trabajo describe la utilización de un modelo de intervención basado en evidencia para tratar a adultos que padecen de problemas de dolor ocasionado por condiciones patofisiológicas. Se presenta la necesidad de adaptar las intervenciones validadas para otras culturas antes de aplicarlas a personas de nuestra cultura. Se describe el proceso de adaptación del modelo de intervención utilizado con el grupo de personas referidas para tratamiento de dolor y se presenta sus características sociodemográficas. La aplicación del modelo adaptado se articula junto a los resultados obtenidos. Concluimos que este modelo de intervención promete ser una herramienta útil para este tipo de tratamiento.

**PALABRAS CLAVE:** Adaptación cultural, ACT, dolor crónico.

### ABSTRACT

The present work describes the use of an evidenced-based intervention model as a treatment for adults whom suffer pain problems due to pathophysiological conditions. We present the need to adapt validated interventions for other cultures before being implemented to people within the Puerto Rican culture. The process of adaptation used with a group of participants referred for pain treatment is described, as well as their sociodemographic characteristics. The implementation of the adapted model is presented along with the obtained results. We conclude that this intervention model promises to be a useful tool for this type of treatment.

**KEY WORDS:** Cultural adaptation, ACT, chronic pain.

---

1. Afiliada al Departamento de Psicología Clínica de la Universidad de Ciencias de la Salud de Ponce, Puerto Rico. E-mail: mariaq21@gmail.com  
2. Afiliada al Departamento de Psicología Clínica de la Universidad de Ciencias de la Salud de Ponce, Puerto Rico. E-mail: vicky16\_cta@hotmail.com  
3. Afiliada a the American Psychiatric Services Healthcare. E-mail: gduranpsyd@gmail.com  
4. Afiliado al Departamento de Psicología Clínica de la Universidad de Ciencias de la Salud de Ponce, Puerto Rico. E-mail: jponsr@yahoo.com  
Correspondencia: María M. Quiñones, Departamento de Psicología Clínica, 279 Monterrey St. Psychoneurometrics Building Ponce, Puerto Rico 00732.  
Correo electrónico: mariaq21@gmail.com

Durante las pasadas décadas se han desarrollado diversos tipos de intervenciones basadas en evidencias para atender múltiples condiciones de salud mental. Muchas de estas intervenciones prometen ser beneficiosas para personas que sufren de estas condiciones en Puerto Rico. Sin embargo, la psicología profesional contemporánea parte de la premisa de que no todas las intervenciones diseñadas para cierta cultura tienen aplicación inmediatas a culturas diferentes a las que fueron validadas. En este artículo se presenta la experiencia obtenida por estos autores/as adaptando un modelo de intervención empíricamente validado para atender las necesidades biopsicosociales de personas con problemas de dolor, seleccionadas para recibir terapia de grupo.

La primera autora de este artículo llevó a cabo una rotación de adiestramiento clínico en una clínica de salud mental comunitaria. Como parte de sus responsabilidades, se le asignó el desarrollo de una intervención grupal para personas que, teniendo diversos tipos de condiciones de salud, presentaban problemas con la sensación de dolor y con las repercusiones psicológicas y psicofisiológicas de dichas sensaciones dolorosas. Estas personas fueron referidas por sus médicos primarios u otros profesionales de la salud; trabajador social, psicólogos o psiquiatras.

Se ha documentado que personas que sufren de dolor crónico pueden desarrollar disturbios emocionales, dificultades cognitivas, miedo y fatiga (Eccleston, 2001; Meeus, Nijs, Van Mol, Truijen, & De Meirleir, 2012). En estos casos existe una mayor necesidad y probabilidad de solicitar tratamiento psicológico para el manejo de dolor. Los tratamientos psicológicos más empleados para el manejo del dolor son la Terapia Cognoscitiva-Conductual y la Terapia Conductual. La Terapia Cognoscitiva-Conductual busca cambiar el enfoque del cliente sobre el dolor hacia el impacto que el dolor tiene en su

funcionamiento (Lohnberg, 2007) mientras que la Terapia Conductual trabaja directamente con las conductas maladaptativas en respuesta al dolor (Eimer & Freeman, 1998).

Mientras se ha comprobado la eficacia de estas modalidades en el manejo efectivo del dolor, aún se registran inconsistencias en los resultados del tratamiento.

En un metanálisis realizado por Eccleston y colegas (2012) se evaluó la efectividad de las Terapias Cognoscitiva-Conductual y Conductual en el manejo de dolor en niños y adolescentes, así como la calidad metodológica de los estudios reportados. En el mismo se incluyeron 37 estudios con un total de 1938 participantes. Las variables evaluadas fueron, intensidad de dolor, discapacidad y estado de ánimo antes y después del tratamiento. Los autores concluyeron que los tratamientos fueron efectivos en reducir la intensidad del dolor y que estos efectos persistieron hasta al menos tres meses posterior a la conclusión de la intervención. Sin embargo, se encontró evidencia limitada al estimar los efectos en el estado de ánimo, así como en la discapacidad. Esto es congruente con lo reportado en otro metanálisis realizado con población adulta por Williams, Eccleston & Morley, (2012), utilizando las mismas modalidades terapéuticas. Se registraron 35 estudios con un total de 4788 participantes. En estos estudios se evaluó la intensidad del dolor, el nivel de discapacidad, el estado de ánimo y pensamiento catastrófico existentes al finalizar la terapia y presentes seis meses post tratamiento. Se encontró que existe ausencia de evidencia contundente sobre la eficacia de la terapia conductual, reportando sólo una pequeña mejoría en la estabilización del estado de ánimo inmediatamente luego del tratamiento. Por su parte, la terapia cognoscitiva conductual mostró ser efectiva en mejorar el estado de ánimo y los pensamientos catastróficos de los participantes de los estudios reseñados. No obstante, se encontró un efecto pequeño

a moderado en su efectividad en atender la intensidad del dolor y la discapacidad física. La terapia de aceptación y compromiso, ACT por sus siglas en inglés, es un acercamiento basado en lo que se conoce como la “Tercera Ola” del modelo de Terapia Cognoscitivo-Conductual (CBT por sus siglas en inglés). Una de las características más importantes del modelo ACT es que se origina en la ciencia conductual básica. Esto asegura que el modelo es coherente, basado en la evidencia, y a su vez permite su refinamiento continuo facilitando su evolución y desarrollo (Mchugh, 2011). El modelo es fundado en aspectos de la Teoría de Marco Relacional (TMR), un acercamiento analítico conductual hacia el lenguaje y la cognición (Hayes, Barnes-Holmes, & Roche, 2001). Según la teoría, la forma en que relacionamos verbalmente los estímulos puede constituirse en la fuente del sufrimiento psicológico. El modelo ACT y la TMR sugieren que el sistema verbal dominante, dentro del cual los clientes operan, promulga el mensaje de que el contenido psicológico indeseable es una barrera que prohíbe el vivir efectivamente (Mchugh, 2011).

El trabajo del modelo ACT conlleva seis procesos claves propuestos bajo el llamado modelo del “hexafles”. Estos seis procesos son: la aceptación, la difusión cognoscitiva, contacto con el momento presente, la observación del yo, y valores y acción comprometida (Hayes, Strosahl, & Wilson, 1999). Según Hayes (1999) la aceptación es un acercamiento hacia los eventos privados negativos que es la antítesis de la evitación. Desde la perspectiva del modelo, la psicopatología podría resultar de la evitación experiencial. La difusión cognoscitiva busca socavar los efectos negativos del lenguaje, enseñándole al cliente a distanciarse de sus pensamientos. Además, a través de la observación del yo se intenta llevar al cliente a estar consciente de sus experiencias, sin estar demasiado apegado a ellas. La consciencia de las experiencias se puede lograr mediante el contacto con el momento

presente, o “Mindfulness”, donde se busca enfocar psicológicamente al cliente en el presente, conectándolo de forma consciente con lo que sucede en el aquí y ahora. Los valores son una parte crucial dentro del modelo de ACT ya que estos proveen la guía hacia una existencia más saludable, mientras que la acción comprometida se refiere al desarrollo de patrones conductuales que son consistentes con los valores escogidos por el cliente (Mchugh, 2011).

El modelo de ACT fomenta la aplicación de la concienciación a una variedad de problemas y trastornos, incluyendo el dolor crónico, y provee evidencia empírica para probar su eficacia (Powers, Zum Vorde Sive Vording, & Emmelkamp, 2009). Dicho modelo postula que los intentos en modificar ciertas experiencias internas negativas son ineficaces y contribuyen al aumento de distrés e interferencia relacionado con el dolor (Robinson, Wicksell & Olsson, 2004). Al trabajar el manejo del dolor, el modelo ACT no trabaja directamente con la reducción del mismo. Sino que busca mejorar el funcionamiento del individuo, aumentando la flexibilidad psicológica o la habilidad para actuar efectivamente acorde con los valores personales identificados (Hayes, S. C., Luoma, J. B., Bond, F. W., Masuda, A., & Lillis, 2006). La idea es permitir la experiencia de las sensaciones, sean positivas o negativas, en lugar de intentar controlarlas o eliminarlas (Springer, 2012). La reducción de la experiencia del dolor surge como un efecto secundario de la intervención.

La premisa básica del modelo de ACT sobre el manejo del dolor se centra en la noción de que, aunque el dolor duele, la lucha contra el dolor es la raíz del sufrimiento. En el caso del dolor crónico, el modelo postula diversos factores causales y de mantenimiento que aportan a la experiencia dolorosa. Por lo tanto, muchos de los esfuerzos invertidos en reducir o eliminar dicho dolor crónico pueden ser

inútiles o ineficaces (Dahl, Wilson, Luciano & Hayes, 2004). Los intentos continuos en controlar la experiencia del dolor se pueden convertir en conductas maladaptativas, por lo cual el cliente tiende a evitar el involucrarse en actividades valoradas. Por tal razón, el objetivo es mejorar el funcionamiento y disminuir la interferencia del dolor con acción comprometida hacia los valores de vida (Masuda et al., 2009). El mecanismo es la aceptación, en contraste con tratamientos orientados al control, como se orienta la tradicional Terapia Cognoscitiva-Conductual (Hayes & Duckworth, 2006).

La modalidad terapéutica de ACT consiste en desarrollar los niveles de concienciación y de aceptación no juzgada de todas las experiencias, tanto negativas como positivas (Springer, 2012). Consiste además en la identificación de direcciones de vida valoradas y de la acción comprometida hacia metas que apoyen estos valores (Hayes et al., 1999). La aceptación del dolor, mientras se lleva una vida plena dirigida por los valores establecidos, ha demostrado ser un factor importante en la habilidad de las personas para restaurar su funcionamiento adaptativo y lograr una mejor calidad de vida (Wetherell et al., 2011). Por su parte, la aceptación como estrategia de afrontamiento, ha sido correlacionada con la reducción en el nivel de discapacidad, en la intensidad del dolor y en el distrés psicológico (McCracken, & Jones, 2012; Vowels, McCracken, & O'Brien, 2011). Comúnmente se utilizan estrategias basadas en la aceptación y en la concienciación plena para adiestrar a los participantes en el modelo terapéutico. Esto incluye aprender a disminuir la evitación, a desconectar sus pensamientos de sus acciones (a ver el problema desde afuera) y el comprometerse a actuar y comportarse de acuerdo a sus valores (Mchugh, 2011).

#### Adaptación Cultural del Modelo ACT

La adaptación cultural consiste en realizar cambios sistemáticos a un protocolo para

que las características de la cultura y el lenguaje de grupos particulares se consideren como parte del tratamiento (Bernal, Jiménez-Chafey, & Domenech Rodríguez, 2009). Este acercamiento toma auge como parte del cuarto movimiento en psicoterapia: el multiculturalismo (Bernal & Domenech Rodríguez, 2012). Bajo este enfoque se ha presentado la necesidad de desarrollar intervenciones, así como opciones psicoterapéuticas adaptadas culturalmente a las necesidades específicas de una población cultural minoritaria (Gone, 2009). El objetivo es aumentar la relevancia cultural de las intervenciones para lograr resultados terapéuticos beneficiosos en nuestra cultura de interés (Smith, Domenech Rodríguez, & Bernal, 2011).

El proceso de adaptación se considera como la integración necesaria entre dos postulados extremos (Barrera, Castro, Strycker, & Toobert, 2013). Por una parte se encuentra el acercamiento universal que considera el contenido de la intervención original aplicable a cualquier subcultura por lo cual no necesita ninguna alteración. En el otro extremo tenemos el acercamiento específico para una cultura que enfatiza en el contenido cultural con valores, creencias, tradiciones y prácticas únicas de un grupo en particular (Falicov, 2009). Este debate ha puesto en perspectiva tres problemáticas principales que deben ser atendidas durante este proceso. Al momento de adaptar una intervención basada en evidencia tenemos que considerar cuando, como y cuanto se debe adaptar (Chu, Huynh, & Areán, 2011). Por tal razón, se ha expuesto que el proceso de adaptación cultural debe ser guiado por un marco de referencia que provea una estructura conceptual o describa un acercamiento para replicar un modelo terapéutico en una población deseada (Barrera, Castro, Strycker, & Toobert, 2013). Existen diversos modelos dirigidos a la adaptación cultural de prácticas basadas en la evidencia. El marco de referencia utilizado para la adaptación del modelo ACT para el manejo del dolor fue el Marco de Adaptación

de Tratamiento Selectivo y Dirigido (Selective and Directed Treatment Adaptation Framework). Este marco fue propuesto por Lau (2006) para identificar las instancias en donde la adaptación cultural de una práctica basada en la evidencia puede ser beneficiosa. El modelo expone las condiciones que justifican una adaptación cultural y los elementos del tratamiento que deben ser modificados. El acercamiento selectivo cuestiona si es pertinente realizar una adaptación. Este sugiere que las adaptaciones deben enfocar sus esfuerzos en armonizar el modelo con un grupo etnocultural en particular. El enfoque directivo realiza modificaciones específicas al contenido o al procedimiento de la intervención, guiadas por hallazgos empíricos. El fin es aumentar la adherencia al tratamiento o impactar positivamente sus resultados basado en las diferencias encontradas entre los grupos (Lau, 2012).

La modalidad ACT ha cobrado interés en Puerto Rico gracias a su sólida base empírica en cuanto a su eficacia como tratamiento psicoterapéutico. Recientemente se documentó un estudio cualitativo realizado con la población puertorriqueña, veteranos, mayores de edad, y con

fibromialgia. En el estudio, los pacientes recibieron una intervención basada en la modalidad ACT atemperada a la población puertorriqueña. Este fue el primer esfuerzo de implementar ACT con veteranos puertorriqueños y documentar adaptaciones culturales. Entre los beneficios de dicho estudio, se resalta la necesidad del conocimiento cultural al realizar las adaptaciones de ACT (Colón Torres, Malaret, Rivera, & Wecksell, 2014).

Método de Intervención ACT con Participantes con Trastornos de Dolor

#### Participantes

El grupo de participantes de este estudio piloto recibían servicios en una clínica de servicios comunitarios en el área oeste. Estos fueron referidos por distintos profesionales de la salud quienes trabajaban en el centro tales como trabajadores sociales, psiquiatras y médicos generalistas. La problemática principal presentada por los pacientes era la dificultad en el manejo de dolor crónico debido a diversas condiciones médicas. Las características demográficas del grupo se presentan en la Tabla 1.

TABLA 1.  
Descripción socio-demográfica de participantes

Participantes	Edad	Género	Escolaridad	Status laboral	Estado Civil	Contexto Familiar
P1	39	F	Estudios Universitarios	Desempleado	Casado	Padres e hijos
P2	41	F	Cuarto Año	Desempleado	Casado	Padres e hijos
P3	48	M	Cuarto Año	Desempleado	Casado	Padres e hijos
P4	42	F	Bachillerato	Desempleado	Casado	Padres e hijos
P5	52	F	Grado Asociado	Desempleado	Casado	Padres e hijos

Según se presenta en la Tabla 1, los/las participantes fueron cinco adultos entre las edades de 39 a 52 años quienes reportaron padecer de dolor crónico. La mayoría de los participantes fueron féminas. Se reportó un nivel educativo mínimo de 12 años de escolaridad y al momento del tratamiento los participantes se encontraban desempleados.

Los participantes indicaron un núcleo familiar compuesto por conyugues e hijos.

Los participantes presentaban distintos diagnósticos tanto de salud física como mental. En la Tabla 2 se encuentran las condiciones médicas y diagnósticos psiquiátricos reportados por los participantes.

TABLA 2.  
Condiciones médicas y diagnósticos psiquiátricos reportados por participantes

Participantes	Condiciones Médicas	Diagnósticos Psiquiátricos
P1	Fibromialgia, cirugías, discos herniados	Depresión debido a Fibromialgia, ansiedad
P2	Fibromialgia	Depresión mayor
P3	Artritis reumatoide, discos herniados	Depresión mayor
P4	Fibromialgia, cirugías, discos herniados	Depresión mayor, ansiedad
P5	Cáncer, artritis reumatoide	Depresión debido a cáncer

La condición médica mas reportada por los participantes fue discos herniados, seguido por artritis reumatoide y cirugías. La mayoría de las féminas reportó padecer de fibromialgia. Entre los diagnósticos psiquiátricos reportados se encontraron los trastornos del ánimo, siendo la depresión la más prominente.

#### Procedimiento

#### Adaptación

A continuación se presenta el proceso de adaptación a la cultura puertorriqueña del modelo ACT para el tratamiento del dolor crónico. Para este fin se adquirieron los manuales de intervención del modelo los cuales fueron sometidos a una traducción de contenido. La primera autora obtuvo los manuales a través de la Dra. Wetherell del departamento de psiquiatría de la Universidad de California en San Diego. Esta colaboró en la elaboración de los mismos. Los manuales han sido utilizados en estudios previos y se ha probado su eficacia para el manejo del dolor en la modalidad grupal (Vowles, Wetherell, & Sorrell, 2009). La traducción de los manuales fue revisada por el segundo autor de este artículo. Se le sometieron además a la supervisora clínica de la intervención de terapia de grupo diseñada para ofrecer el tratamiento a los/las participantes de la intervención. Además, la revisión del manual incluyó la evaluación de terminología y enfoque con carga cultural y la adaptación a la cultura puertorriqueña de los ejemplos ofrecidos en el manual. A raíz de la evaluación se desprende que el modelo debe ser atemperado a las necesidades de

la población puertorriqueña para garantizar su eficacia.

Para la introducción del modelo ACT, el primer modulo fue modificado para abundar en la educación sobre el modelo y sus conceptos básicos. A su vez, se añadió un espacio en el cual los clientes pueden hablar sobre sus tratamientos actuales y remedios caseros que se utilizan regularmente en nuestra cultura. Estos cambios han sido demostrados previamente como eficaces en la adaptación cultural al trabajar con familias latinas (Finno-Velasquez, Fettes, Aarons, & Hurlburt, 2014). El propósito es enriquecer la argumentación sobre la efectividad de estos recursos para manejar el dolor crónico. A través de los módulos se observó el enfoque individualista característico de la cultura anglosajona predominantemente blanca. La cultura latina valora la inclusión colectiva en donde la familia o la comunidad forma parte del proceso terapéutico (La Roche, Batista, & D'Angelo, 2011). Por tal razón, las modificaciones en esta área fueron dirigidas a incluir recomendaciones en los distintos dominios del modelo que incluyeran el núcleo familiar o comunitario al que pertenecía el cliente. Por tal razón, se fomentó la inclusión del sistema de apoyo de los clientes al identificar sus valores, establecer sus metas y como factor de motivación para tomar acción.

Se adaptó el contenido del material así como las hojas utilizadas como parte de las tareas asignadas a un nivel literario más bajo. El cambio se realizo tomando en cuenta que aproximadamente el 70% de la población puertorriqueña sólo posee un

grado de escuela superior (Rodríguez Ayuso, Geerman, & Pesante, 2012). Otras modificaciones se realizaron en el contenido de ejemplos para ilustrar los diferentes dominios expuestos por el modelo. Algunas de las metáforas y asociaciones fueron sustituidas por ejemplos congruentes a la población puertorriqueña. Por ejemplo, se modificó un ejemplo en el cual aparecía el nombre de un cantautor norteamericano de la época de los 60 donde se hacía referencia a una de sus melodías. Las modificaciones se realizaron para que fueran a tono con el contexto socio-histórico-cultural del puertorriqueño.

#### Intervención

La intervención grupal consiste de ocho sesiones de 90 minutos cada una y abarcan el “hexaflex” del modelo ACT. La primera sesión consiste en explicar el acercamiento basado en la aceptación que promueve el modelo. Se enfatiza en cambiar las expectativas de eliminar el dolor a vivir una vida lo mejor posible con el dolor crónico (Wetherell et al., 2011). Durante las subsiguientes sesiones se realizan discusiones y ejercicios experienciales para demostrar la ineficacia de las estrategias orientadas en el control de las experiencias negativas. Por su parte, se realizan estrategias de consciencia plena para permitir la experimentación de las experiencias negativas sin invertir energía en controlarlas. Los clientes identifican sus valores personales y establecen metas a corto y largo plazo consistentes con sus valores para lograr mejorar su funcionamiento y calidad de vida. Las sesiones son complementadas con prácticas en el hogar que realizan los participantes luego de adquirir nuevas destrezas durante la sesión.

#### RESULTADOS

Los resultados de la primera fase del estudio fueron obtenidos a través del insumo de los participantes al comienzo, mediados y finalización de la intervención. Estos datos

fueron recopilados por la primera autora de este estudio. Se empleó una metodología cualitativa secuencial cronológica para evaluar el impacto del programa en el grupo de participantes. Los resultados obtenidos en el estudio se analizaron mediante el uso de medidas categóricas. Esto se debe a que permite una mejor presentación de los resultados acorde con el diseño del estudio, permitiendo evaluar el progreso durante diferentes etapas en el tratamiento. Las variables severidad del nivel de dolor y el impacto negativo en la calidad de vida del paciente se consideraron como medidas de progreso en la intervención. La Tabla 3 muestra el progreso reportado por los participantes a través de los tres tiempos evaluados durante la intervención.

TABLA 3.  
Severidad de Niveles de Dolor y el Impacto Negativo en la Calidad de Vida Experimentados por los Pacientes en el Grupo de Manejo del Dolor ACT al Comienzo, Medios y Finalización del Protocolo de Intervención

Paciente	T1		T2		T3	
	SND	INCV	SND	INCV	SND	INCV
P1	M	A	M	M	M	L
P2	A	M	M	L	L	L
P3	A	A	M	A	L	M
P4	A	M	M	M	M	L
P5	A	A	M	M	M	L

Nota: T = Tiempo relativo en el que se obtuvieron los datos; SND = Severidad del Nivel de Dolor; INCV = Impacto Negativo en la Calidad de Vida; L = Leve; M = Moderado; A = Alto

Durante la primera intervención se les pidió a los participantes que hablaran sobre su situación actual, los cambios experimentados a raíz de la experiencia del dolor y que expresaran cuáles eran sus metas de tratamiento. En el tiempo 1, el 80% de los participantes reportaron un nivel alto en su experiencia del dolor mientras que el 60% reportó una interferencia del dolor en su calidad de vida elevada. La mayoría de los participantes reportaron un nivel alto en su experiencia del dolor y una interferencia del dolor en su calidad de vida de alta a moderada. Cónsono con las expectativas del modelo, las metas esperadas por los participantes se enfocaban en la reducción o

eliminación total del dolor crónico debido a su interferencia. Debido a que el modelo terapéutico ACT es centrado en la aceptación de las experiencias internas negativas en lugar de modificarlas, la primera sesión es crucial para lograr una buena adherencia al tratamiento.

En el tiempo dos, se comenzó a observar una disminución en la severidad e interferencia del dolor reportada por los pacientes. El 20% no reportó cambio en la severidad del dolor experimentado mientras que el 60% indicó un menor impacto negativo del dolor en su calidad de vida. Estos mostraron una mayor comprensión del modelo y se observaron cambios positivos en las distintas dimensiones abarcadas en la intervención. Las estrategias más utilizadas por los pacientes durante esta etapa fueron la aceptación del dolor crónico, la difusión de experiencias internas negativas y la identificación de valores. Cabe señalar que los participantes se encontraban dentro de distintos niveles en el modelo del "hexaflex". El modelo de ACT reconoce que los participantes de un grupo pueden estar posicionados dentro de sus diferentes dimensiones. Esto le brinda flexibilidad al modelo terapéutico para atender las necesidades individuales de cada participante.

En el tiempo tres se observó una disminución marcada en el impacto negativo del dolor en la calidad de vida de los participantes. Los niveles de dolor experimentados por los participantes disminuyeron tanto a leves como a moderados. El 80% reportó una disminución en la severidad del dolor en comparación con el tiempo 1 mientras que un 40% indicó una disminución del dolor del tiempo 2 al tiempo 3. En el tiempo 3, el 80% de los pacientes reportó un impacto negativo leve en su calidad de vida en relación al dolor. Esto es cónsono con los objetivos del modelo donde se le brinda más importancia a la calidad de vida que se puede obtener aún experimentando dolor. Los resultados

sugieren que el afrontar la experiencia del dolor con apertura, disminuye el impacto del dolor en la calidad de vida de los pacientes con dolor crónico.

Otro método de evaluación en la intervención fueron las tareas realizadas por los participantes. Estos traían a sesión sus tareas realizadas y las mismas eran discutidas. Se clarificaban dudas durante la sesión y los participantes expresaban su sentir sobre la dinámica de las tareas. Los participantes reportaron beneficiarse más de tareas dirigidas a tomar un rol activo en su vida diaria como la concienciación plena y la acción comprometida.

Al culminar la intervención terapéutica, se les pidió a los participantes su retroalimentación sobre la misma, así como los beneficios obtenidos durante el proceso. La Tabla 4 muestra algunas de las expresiones realizadas por los participantes sobre su experiencia en la intervención.

TABLA 4.  
Comentarios Relevantes de los Participantes

Participante	Comentarios
P1	<i>"Las técnicas de relajación me ayudaron a enfocarme en el presente y puedo tomar mejores decisiones"... "Ahora salgo mas"</i>
P2	<i>"Tengo herramientas útiles para cuando estoy en casa, me ha ayudado el escuchar a los demás y ver que no soy la única con problemas..." "Aprendí cosas que no sabía"... "Estoy más activa en casa y comparto mas con mi familia"</i>
P3	<i>"Uso mucho las meditaciones que hacemos en la terapia para calmar el dolor y funcionan de maravilla"... "Ahora le dedico mucho más tiempo a mi familia y salgo un poco más"... "Le puedo doler al dolor"</i>
P4	<i>"Había dejado de hacer cosas muy importantes, pero ahora puedo hacer mis propias diligencias y compartir mas con mi familia. Soy yo otra vez"</i>
P5	<i>"Entendí el enlace entre la depresión y el dolor"... "Sé como dolerle al dolor"... "He retomado mi vida nuevamente"</i>

A través del insumo de los participantes se observa cómo, luego de la intervención, surgen patrones de activación conductual. Estos reconocen sus patrones de inactividad y expresan involucrarse más en tareas cotidianas. Por su parte, indican la renovación de los vínculos familiares, siendo esta una de las metas a cumplir dentro de los valores establecidos por varios de los participantes. Además, se observa la integración de lo aprendido durante la intervención a su diario vivir. Estos expresan como las técnicas aprendidas han ayudado a lograr mantenerse enfocados en el aquí y ahora. Finalmente, los participantes muestran una mejor comprensión del modelo. Se observa cómo han logrado mejorar su calidad de vida tomando acción comprometida acorde con sus valores previamente establecidos.

## DISCUSIÓN

Los datos cualitativos preliminares obtenidos en este reporte clínico validan la relevancia de realizar adaptaciones culturales acordes con la población de interés. A medida que emergen nuevas intervenciones, aumenta la necesidad de realizar adaptaciones apropiadas que integren poblaciones menos representadas en los estudios de validación. En respuesta a esto, se han desarrollado diversos marcos de referencia en un esfuerzo por dirigir las modificaciones culturales. Sin embargo, pocos estudios emplean estas guías para modificar culturalmente una intervención basada en evidencia (Chu, Huynh, & Areán, 2011).

El marco teórico empleado en este proceso de adaptación para modificar el modelo de ACT para manejo del dolor fue el Marco de Adaptación de Tratamiento Selectivo y Dirigido. Los cambios realizados en la adaptación de la intervención fueron centrados en su contenido cultural. De esta forma se mantiene la validez terapéutica del modelo original lo cual es crucial para la efectividad de la intervención (Parra et al., 2012).

Los resultados sugieren una disminución en la interferencia del dolor en los pacientes. Esto concuerda con lo reportado por Wetherell y colegas (2011) quienes observaron una mejoría en la interferencia del dolor. A su vez, se observó una relación inversamente proporcional en la cual a medida que disminuyó la interferencia del dolor, aumentó la calidad de vida de estos pacientes. Este cambio se puede atribuir a varios factores. En primer lugar, a medida que progresó la intervención los participantes se adaptaron al modelo. Estos establecieron valores y metas concretas por las cuales fueron guiados. Por su parte, trabajaron directamente con las conductas evasivas y lograron activación conductual. La reintegración al ámbito social, en especial al familiar, jugó un papel motivacional significativo en la intervención. De igual forma, los pacientes mostraron una buena adherencia al tratamiento.

A la vez, los resultados sugieren que una intervención grupal breve para el manejo efectivo del dolor basada en el modelo de aceptación y compromiso puede ser beneficiosa. Esto concuerda con estudios previos que han demostrado la efectividad de ACT como intervención breve y a largo plazo tanto para el dolor crónico (Mo'tamedi, Rezaieyemaram, & Tavallaie, 2012; Wicksell, Dahl, Magnusson, & Olsson, 2005) como para otras condiciones de salud mental (Bohlmeijer, Fledderus, Rokx, & Pieterse, 2011). El beneficio de esta terapia breve es que trabaja con el aquí y ahora de la problemática presentada por el paciente. Esto coincide con la metodología propuesta por el modelo de ACT, el cual redirige el enfoque del paciente al presente.

## Estudio de Seguimiento

Posterior al estudio aquí reportado se ofreció el programa ACT ya adaptado culturalmente a un grupo de pacientes que recibían servicios de salud mental en una de las clínicas auspiciadas por el plan de salud del gobierno de Puerto Rico. La intervención ACT fue ofrecida por una de las estudiantes

doctorales que tenía a cargo el grupo en dicha clínica. La estudiante doctoral, junto a la supervisora clínica, administró los cuestionarios pre y post. Aunque el grupo presentó las mismas características del grupo con el cual se realizó la adaptación cultural del modelo, el mismo tuvo un nivel moderado de mortalidad grupal. Esto limitó nuestra capacidad para recopilar datos que pudiesen compararse sistemáticamente mediante un método de evaluación de resultados tipo pre-post. Sin embargo, nos permitió obtener un atisbo de cómo el modelo adaptado operaba en casos aislados. A continuación presentamos algunos de los hallazgos más significativos obtenidos de los pacientes que participaron en el grupo, al menos, tres veces.

Este estudio fue aprobado por el Comité de Revisión Institucional de la Escuela de Medicina y Ciencias de la Salud de Ponce (nuevo nombre: Universidad de Ciencias de la Salud de Ponce) y utilizó las siguientes escalas para la medición de la información de interés: Inventario de Dolor Multidimensional de West Haven-Yale (WHYMPI, por sus siglas en inglés), cuestionario de Aceptación al Dolor Crónico, y la Escala de Síntomas de Ansiedad relacionados al Dolor abreviada (PASS-20, por sus siglas en inglés).

El Inventario de Dolor Multidimensional de West Haven-Yale (Kers, Turk, & Rudy, 1985) es un instrumento que se utiliza para evaluar variables psicosociales en pacientes con dolor crónico. El mismo fue traducido al español (González-Barrón, Ferrer-Perez, & Soler-Herreros, 1996) y consta de 52 reactivos los cuales se contestan en una escala Likert de siete puntos (de 0 a 6). La Escala de Síntomas de Ansiedad y Dolor (PASS-20) (McCracken & Dhingra, 2002) evalúa síntomas de ansiedad relacionados específicamente al dolor. La escala contiene 20 reactivos los cuales se califican en una escala de frecuencia de 0 (nunca) a 5 (siempre). El Cuestionario de Aceptación de Dolor Crónico (McCracken, Vowles &

Eccleston, 2004) evalúa la aceptación que la persona tiene hacia la experiencia del dolor. El instrumento utilizado fue traducido previamente por González Menéndez y colegas (2010) para la población hispanohablante. El cuestionario consta de 20 reactivos en los cuales el individuo indica en una escala Likert si la aseveración es 0 (nunca es cierto) a 6 (Siempre es cierto).

Para el estudio se obtuvo medidas del grupo antes de iniciarse en el programa. Al comienzo de la intervención el grupo constó de siete personas. Tres de estas personas fueron evaluados al terminar el programa ACT. Al comparar los resultados obtenidos encontramos que en el cuestionario de Aceptación al Dolor Crónico las medidas post prueba reflejaron un aumento positivo en la calidad de vida. Expresaron tener apertura hacia los retos de la vida cotidiana llevando a cabo sus responsabilidades diarias aún cuando experimentaban dolor crónico. Esto se reflejó al endosar reactivos tales como "Mi vida va bien, aunque tengo dolor crónico" y "A pesar del dolor, mi vida sigue su curso".

La escala PASS-20 ilustró una disminución en la interferencia de los pensamientos catastróficos relacionados al dolor. Se reflejó además una reducción en la cantidad de tiempo invertido en pensar en el dolor y sus consecuencias negativas. Por su parte, proveyó insumo sobre la efectividad de los ejercicios de consciencia plena donde los pacientes reportaron un mejor manejo de la experiencia del dolor. Cabe mencionar que, aunque no se obtuvo una diferencia marcada, hubo una disminución en el uso de medicamentos para manejar el dolor. Por último, en la escala WHYMPI, los pacientes indicaron tener un aumento en la percepción del control que sienten sobre sus vidas. En cuanto a sus relaciones interpersonales, expresaron que estas son más significativas luego de la intervención. Reportaron tener más apoyo por parte de sus parejas y entendían que estaban más involucradas en su proceso terapéutico.

## CONCLUSIÓN

En resumen, los/las pacientes para los que obtuvimos medidas de progreso reflejaron mejoría en varios de los parámetros clave de este estudio. Estos resultados sugieren que el modelo ACT, según adaptado para Puerto Rico, es una intervención adecuada a utilizarse para el tratamiento psicosocial y grupal de pacientes con dolor crónico.

Entendemos que esta línea de investigación requiere estudios de mayor control de variables y preferiblemente con una muestra aleatoria. De este modo se podría obtener medidas objetivas del progreso terapéutico de pacientes con dolor crónico utilizando el modelo terapéutico aquí presentado. El acercamiento metodológico que se recomienda permitiría comparar los resultados a obtenerse de la muestra de pacientes en ACT versus aquellos/as en una intervención de tratamiento usual. Esta estrategia metodológica nos permitirá determinar con mayor precisión la eficacia del modelo ACT adaptado a la cultura Puertorriqueña.

Este estudio alcanza evidenciar cualitativamente la necesidad de continuar estudiando la eficacia de la implementación del Programa ACT en las modalidades de terapia grupal para pacientes con dolor crónico. Durante el desarrollo del estudio nos enfrentamos a varias limitaciones que incluyen poca disponibilidad de recursos (equipo de investigación). Parte de los autores de este escrito tuvieron un rol activo en la administración y exposición a los pacientes como parte de la recopilación de datos cualitativos. Otra limitación del estudio es que los instrumentos utilizados para evaluar el progreso de la intervención no han sido validados para la población puertorriqueña. El tamaño de muestra tanto en la fase inicial fue pequeño como en la fase de seguimiento fue pequeño debido a la mortalidad moderada de grupo. Por tal razón, los datos podrían reflejar casos aislados. No obstante, fue posible recopilar

datos relevantes para sentar bases a futuros estudios sobre la Terapia de Aceptación y Compromiso en la modalidad grupal con población puertorriqueña.

## REFERENCIAS

- Barrera, M., Castro, F. G., Strycker, L. A., & Toobert, D. J. (2013). Cultural adaptations of behavioral health interventions: A progress report. *Journal of Consulting and Clinical Psychology, 81*(2), 196-205.
- Bernal, G., & Domenech-Rodríguez, M. (2012). Cultural adaptation in context: Psychotherapy as a historical account of adaptations. In G. Bernal & M. Domenech Rodríguez (Eds.), *Cultural adaptations: Tools for evidence-based practice with diverse populations* (pp. 3-22). Washington: American Psychological Association.
- Bernal, G., Jiménez-Chafey, M. I., & Domenech Rodríguez, M. M. (2009). Cultural adaptation of treatments: A resource for considering culture in evidence-based practice. *Professional Psychology: Research and Practice, 40*, 361-368.
- Bohlmeijer, E., Fledderus, M., Roks, T. A. J. J. & Pieterse, M. E. (2011). Efficacy of an early intervention based on acceptance and commitment therapy for adults with depressive symptomatology: Evaluation in a

- randomized controlled trial. *Behaviour Research and Therapy*, 49, 62-67.
- Chu, J. P., Huynh, L., & Areán, P. (2011). Cultural adaptation of evidence-based practice utilizing an iterative stakeholder process and theoretical framework: Problem solving therapy for Chinese older adults. *International Journal of Geriatric Psychiatry*, 27, 97-106.
- Colón Torres, Y., Malaret, K., Rivera, S., & Wecksell, B., (2014). A pilot study of culturally informed Acceptance and Commitment Therapy for Puerto Rican veterans with fibromyalgia. Poster retrieved from contextualsciences.org
- Dahl, J. C., Wilson, K. G., Luciano, C., & Hayes, S. C. (2004). *Acceptance and commitment therapy for chronic pain*. Reno, NV: Context Press.
- Eccleston, C. (2001). Role of psychology in pain management. *British Journal of Anaesthesia*, 87, 144-52.
- Eccleston, C., Palmero, T. M., de C Williams, A. C., Lewandowski, A., Morley, S., Fisher, E., & Law, E. (2012). Psychological therapies for the management of chronic and recurrent pain in children and adolescents. *Cochrane Database of Systemic Reviews*, 2012(12). doi: 10.1002/14651858.CD003968.pub3
- Eimer, B. N., & Freeman, A. (1998). *Pain management psychotherapy: A practical guide*. New York, NY: John Wiley & Sons, Inc.
- Falicov, C. J. (2009). Commentary: On the wisdom and challenges of culturally attuned treatments for Latinos. *Family Process*, 48, 292-309.
- Gone, J. P. (2009). A community-based treatment for Native American historical trauma: Prospects for evidence-based practice. *Journal of Consulting and Clinical Psychology*, 77(4), 751-762.
- Finno-Velasquez, M., Fettes, D. L., Aarons, G. A., & Hurlburt, M. S. (2014). Cultural adaptation of an evidence-based home visitation programme: Latino clients' experiences of service delivery during implementation. *Journal of Children's Services*, 9(4), 280-294.
- Gone, J. P. (2009). A community-based treatment for Native American historical trauma: Prospects for evidence-based practice. *Journal of Consulting and Clinical Psychology*, 77(4), 751-762.
- González-Barrón, R., Ferrer-Pérez, V. A., & Soler-Herreros, E. (1996). El uso del "West Haven-Yale Pain Inventory" en la evaluación de pacientes con dolor crónico: Comparación entre dos muestras españolas. *Revista Iberoamericana de Diagnostico y Evaluación Psicológica*, 2(1), 103-126.
- González Menéndez, A., Fernández García, P., & Torres Viejo, 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.
- Hayes, S. C., Barnes-Holmes, D., & Roche, B. (2001). *Relational Frame Theory: A Post-Skinnerian account of human language and cognition*. New York: Plenum Press.
- Hayes, S. C., Duckworth, M. P. (2006). Acceptance and commitment therapy and traditional cognitive behavior therapy approaches to pain. *Cognitive and Behavioral Practice*, 13, 185-187.
- Hayes, S. C., Luoma, J. B., Bond, F. W., Masuda, A., & Lillis, J. (2006). Acceptance and commitment therapy: Model, processes and outcomes. *Behavior Research and Therapy*, 44, 1-25.
- Hayes, S. C., Strosahl, K., & Wilson, K. G. (1999). *Acceptance and commitment therapy: An experiential approach to behavior change*. New York: Guilford.
- Kerns, R. D., Turk, D. C., & Rudy, T. E. (1985). The West Haven-Yale Multidimensional Pain Inventory (WHYMPI). *Pain*, 23, 345-356.
- La Roche, M. J., Batista, C., & D'Angelo, E. (2011). A culturally competent relaxation intervention for Latino/as: Assessing a culturally specific match model. *American Journal of Orthopsychiatry*, 81(4), 535-542.
- Lau, A. S. (2006). Making the case for selective and directed cultural adaptations of evidence-based treatments: Examples from parent training. *Clinical Psychology: Science and Practice*, 13, 295-310.
- Lau, A. S. (2012). Reflections on adapting parent training for Chinese immigrants: Blind alleys, thoroughfares, and test drive. In G. Bernal & M. Domenech Rodríguez (Eds.), *Cultural adaptations: Tools for evidence-based practice with diverse populations* (pp. 133-156). Washington: American Psychological Association.

- Lohnberg, J. A. (2007). A review of outcome studies on cognitive behavior therapy for reducing fear-avoidance beliefs among individuals with chronic pain. *Journal of Clinical Psychology in Medical Settings*, 14, 113-122.
- Masuda, A., Hayes, S. C., Twohig, M. P., Drossel, C., Lillis, J., & Washio, Y. (2009). A parametric study of cognitive defusion and the believability and discomfort of negative self-relevant thoughts. *Behavior Modification*, 33, 250-262.
- McCracken, L. M., & Dhingra, L. A short version of the Pain Anxiety Symptoms Scale (PASS-20): Preliminary development and validity. *Pain Research & Management*, 7, 45-50.
- McCracken, L. M., & Jones, R. (2012). Treatment for chronic pain for adults in the seventh and eighth decades of life: A preliminary study of acceptance and commitment therapy (ACT). *Pain Medicine*, 13(7), 860-867.
- McCracken, L. M., Vowles, K. E., & Eccleston, C. (2004). Acceptance of chronic pain: Component analysis and a revised assessment method. *Pain*, 107, 159-166.
- Mchugh, L. (2011). A new approach in psychotherapy: ACT (acceptance and commitment therapy). *The World Journal of Biological Psychiatry*, 12(S1), 76-79.
- Meeus, M., Nijs, J., Van Mol, E., Truijen, S., & De Meirleir, K. (2012). Role of psychological aspects of chronic pain and in daily functioning in chronic fatigue syndrome: A prospective longitudinal study. *Clinical Rheumatology*, 31(6), 921-929.
- Mo'tamedi, H., Rezaeiaram, P., & Tavallaie, A. (2012). The effectiveness of a group-based acceptance and commitment additive therapy on rehabilitation of female outpatients with chronic headache: Preliminary findings reducing 3 dimensions of headache impact. *Headache*, 52, 1106-1119.
- Parra Cardona, J. R., Domenech-Rodríguez, M., Forgatch, M., Sullivan, C., Bybee, D., Holtrop, K., ... Bernal, G. (2012). Culturally adapting an evidence-based parenting intervention for Latino immigrants: The need to integrate fidelity and cultural relevance. *Family Process*, 51(1), 56-72.
- Powers, M. B., Zum Vorde Sive Vording, M. B., & Emmelkamp, P. M. C. (2009). Acceptance and commitment therapy: A meta-analytic review. *Psychotherapy and Psychosomatics*, 78, 73-80.
- Robinson, P., Wicksell, R. K., & Olsson, G. L. (2004). ACT with chronic pain patients. In: S. C. Hayes, & K. D. Strosahl (Eds.), *A practical guide to acceptance and commitment therapy* (pp. 315-345). New York: Springer.
- Rodríguez Ayuso, I. R., Geerman, K., & Pesante, F. (2012). *Puerto Rico community health assessment: Secondary data profile*. Departamento de Salud Gobierno de Puerto Rico.
- Smith, T., Domenech Rodríguez, M. M., & Bernal, G. (2011). Culture. *Journal of Clinical Psychology*, 67, 166-175.
- Springer, J. M. (2012). Acceptance and commitment therapy: Part of the "Third Wave" in the behavioral tradition. *Journal of Mental Health Counseling*, 34(3), 205-212.
- Vowles, K. E., McCracken, L. M., & O'Brien, J. Z. (2011). Acceptance and values-based action in chronic pain: A three-year follow-up analysis of treatment effectiveness and process. *Behavior Research and Therapy*, 49(11), 748-755.
- Vowles, K. E., Wetherell, J. L., & Sorrell, J.T. (2009). Targeting acceptance, mindfulness, and values-based action in chronic pain: Findings of two preliminary trials of an outpatient group-based intervention. *Cognitive and Behavioral Practice*, 16, 49-58.
- Wetherell, J. L., Afari, N., Rutledge, T., Sorrell, J. T., Stoddard, J., Petkus, A., ... Atkinson, H. (2011). A randomized, controlled trial of acceptance and commitment therapy and cognitive-behavioral therapy for chronic pain. *Pain*, 152, 2098-2107.
- Wicksell, R., Dahl, J., Magnusson, B., & Olsson, G. L. (2005). Using acceptance and commitment therapy in the rehabilitation of an adolescent female with chronic pain: A case example. *Cognitive and Behavioral Practice*, 12, 415-423.
- Williams, A. C., Eccleston, C., & Morley, S. (2012). Psychological therapies for the management of chronic pain (excluding headache) in adults. *Cochrane Database of Systemic Reviews*, 2012(11). doi: 10.1002/14651858.CD007407.pub3