

# BUSCANDO SENTIDO AL DOLOR CRÓNICO: LA DINÁMICA DE LA ACEPTACIÓN.

Earl D. Bland y Douglas D. Henning  
Mid America Nazarene University

*Those who treat individuals with chronic pain are aware of the pervasive and often devastating affect this pain can have on individual lives including shaking the very foundations of a person's being. Crises of meaning (defined by the authors as questions involving why and how) are frequent for people with chronic pain as they try to make sense of their lives in the face of significant challenges to functional abilities and comfort. Along with physical impairment chronic pain engenders a host of emotional, cognitive, spiritual, relational, and socioeconomic problems. While these difficulties seem insurmountable, perhaps the greatest challenge underlying these struggles is construing a new or modified worldview that includes the inescapability of pain. Reorienting one's expectations, self-perception, and future possibilities is often a slow and arduous journey. This paper proposes that acceptance is a dynamic process catalyst whereby people with chronic pain incorporate new meanings of self, others and the world. Not only does acceptance promote positive adjustment and well-being, it stimulates hope, optimism, and self-efficacy in spite of troublesome realities.*

---

## SIGNIFICADO DEL DOLOR CRÓNICO: LA DINÁMICA DE LA ACEPTACIÓN.

El dolor es un fenómeno humano omnipresente. Las estimaciones actuales sitúan el número de americanos que sufren dolor crónico con discapacidad parcial o total en aproximadamente 50 millones. Las estadísticas de citas médicas de americanos que piden asistencia para dolor crónico o agudo deben estar alrededor de los 100 millones visitas anuales (Eimer & Freeman, 1998; Garofalo, & Polatin, 1999) e internacionalmente (Linton, 1998). Además, el dolor crónico afecta la productividad de los trabajadores (Feurstien, Huang, Pransky, 1999; Helliwell, Mumford & Wright, 1992; & Fishbain, Cutler, Rosomoff, Khalil & Steele-Rosomoff, 1997) las relaciones familiares (Kerns & Payne, 1996), y, en general, el bienestar psicológico y social del individuo (Gatchel & Turk, 1999; Eimer & Freeman, 1998). El filósofo y teólogo C.S. Lewis (1962) observó “las criaturas causan dolor al nacer y viven infligiendo dolor, y la mayoría mueren con dolor” (p.14)

Independientemente de la fuente de dolor, éste es un fenómeno que tiene un impacto sobre toda la persona. Las aproximaciones biopsicosociológicas que tratan problemas médicos y psicológicos han demostrado que una percepción dual rígida de cuerpo-mente es errónea e insuficiente para la comprensión de los seres humanos (Turk & Flor, 1999). Tanto la medicina como la psicología han adoptado la noción que el dolor físico (u otras patologías médicas) pueden tener consecuencias psicológicas devastadoras (Eimer & Freeman, 1998). Merskey & Bogduk (1994) reconocieron este atributo sistémico del dolor en la siguiente definición, ampliamente aceptada: “el dolor es una experiencia sensorial y emocional desagradable asociada con un daño en la fibra real o potencial, o descrita en términos de tales daños” (p.210).

Como extensión de la visión biopsicosocial del dolor, este artículo tratará sobre cómo interactúan dos procesos, la formación de significados y la aceptación, en el proceso del manejo del dolor. Hay mucha literatura que documenta el impacto positivo de las intervenciones psicosociales sobre el manejo del dolor crónico pero la mayoría se ha centrado en intervenciones cognitivas o conductuales específicas (Gatchel & Turk, 1996; Gatchel & Turk, 1999; Eimer & Freeman, 1998, Fordyce, 1976, 1988).

Las conductas para el manejo del dolor, el tratamiento de secuelas emocionales tales como la depresión y la ansiedad, el aumento de momentos en los que se sobrelleva positivamente el dolor, y la aplicación de los beneficios positivos de la biorretroalimentación, la relajación, y la hipnosis, han demostrado que hay esperanzas. En cambio, la discusión directa sobre el significado y la aceptación han sido poco exploradas (McCracken, 1998, McCracken, Spertus, Janeck, Sinclair & Wetzel, 1999; Morris, 1999). Creemos que “la construcción de significados” y especialmente, el proceso de aceptación, es un aspecto crucial del manejo activo del dolor. Aún así, raras veces tratamos específicamente el significado, eso en el caso de que lo hayamos siquiera reconocido. Nuestra meta es destacar la función de la aceptación tal como se relaciona con el hallazgo de significado positivo para aquellos que sufren dolor crónico. Primero, se esbozará la perspectiva biopsicosocial del manejo del dolor seguido del papel que desempeña la *creación de significado* en el manejo del dolor. Para acabar se tratará el proceso de aceptación y la forma en que actúa como un catalizador para los significados saludables.

### **El contexto biopsicosocial.**

El individuo medio tiende a mantener el *modelo bio-médico* de la enfermedad: si alguien está enfermo debe haber una condición biológica observable que cause la enfermedad o el malestar. Una expectativa relacionada con esta concepción es que una vez la condición particular haya sido tratada, y se haya proporcionado el tiempo necesario para la curación, los síntomas del malestar o la enfermedad se calmarán. Por tanto, se asume una función causa-curación lineal única. Un corolario

implica el proceso de diagnóstico que incluya la planificación del etiquetaje y el tratamiento. A pesar de que el diagnóstico tiene un mérito evidente, muchos debates se han centrado en los problemas asociados a su proceso desde la segunda mitad del siglo XX (Szasz, 1997; Fordyce, 1976).

Fordyce (1976), en su trabajo con pacientes con dolor crónico, ha acentuado el poder del diagnóstico así como de la experiencia subjetiva del paciente para dar forma y mantener el comportamiento sintomático de las condiciones crónicas. A lo largo de los últimos 30 años un modelo de aprendizaje social sobre el papel que juegan los síntomas en las condiciones crónicas ha obtenido un apoyo exponencial en el campo del manejo conductual del dolor. Este modelo tiene en cuenta una variedad de factores causales, concurrentes y correlacionados que forman un grupo de síntomas crónicos, incluidos los eventos sociales y psicosociales, así como los orígenes biológicos. Concretamente, esto nos ha conducido al *modelo biopsicosocial* del dolor crónico. Cada área tiene un impacto mayor o menor, sobre el mantenimiento, la exageración y el alivio de los síntomas, y por tanto debe ser abordada para que la intervención sea integral y exitosa.

Los teóricos y prácticos trazan distinciones claras entre el *dolor* y el *sufrimiento*. El sufrimiento es

*“Una respuesta afectiva o emocional en el sistema nervioso central, que se dispara por nocicepción (1) u otros eventos aversivos, tales como la pérdida de un ser querido, miedo o amenaza. Más aún, se observa el sufrimiento sólo desde el sentido indirecto de la persona que empieza una conducta (evitando una actividad específica que hace peor el dolor) que se atribuye al sufrimiento”.* (p.278)

Tales experiencias como el disconfort físico, las limitaciones funcionales, y la discapacidad social sirven para validar la presencia del dolor y la enfermedad (por ejemplo, dar *significado* a la experiencia del dolor). Por tanto, una mayor atención al tratamiento implica el rol que juega el sufrimiento/enfermedad en la vida diaria del individuo.

En condiciones agudas el dolor y sufrimiento a menudo van a la par y pueden ser incluso adaptativas, si el sufrimiento permite que se dé una curación adecuada. Sin embargo, en las condiciones crónicas el dolor se convierte en una parte más permanente en la vida del individuo. Si el tratamiento puede reducir el grado de *sufrimiento*, aunque la intensidad del dolor siga siendo la misma, el grado de angustia que uno experimenta puede decrecer significativamente, y por tanto, aumentar el grado de funcionalidad. En otras palabras “se están haciendo esfuerzos para ayudar a los pacientes a reconocer que *el dolor y el daño no son lo mismo*”. El hecho de que a uno le duela al moverse no *significa* necesariamente (cursiva del autor) que la curación no se haya dado o que la herida residual esté presente” (Fordyce, 1988, p. 282). Estos modelos establecen el escenario para discutir el rol que juega el *significado* en las condiciones de dolor crónico. Por ejemplo, el grado

de sufrimiento que uno experimenta es a menudo una manera de validar la extensión de la herida, o una manera de dar *sentido* y significado a la herida o la pérdida.

### **El dolor y la crisis de sentido**

Cuando las situaciones vitales dejan de corresponderse a la experiencia ideal o esperada, el dolor y malestar emocional son a menudo el resultado. La cantidad de malestar experimentado es a menudo directamente proporcional al grado de diferencia entre el actual y el ideal. Algunos teóricos atribuyen una considerable responsabilidad para el dolor/malestar emocional al grado de incongruencia entre estas dos perspectivas – quién uno piensa que es, versus quién uno cree que debería ser (Rogers, 1942 & Frankl, 1984). De hecho, la meta primera de Rogers en la terapia es ayudar al individuo a reconciliar la relación incongruente entre el *self percibido* y el *self ideal* (Corey, 1996). Asimismo, la *crisis existencial* de Frankl, siendo incapaz de *existir* en el momento (como quién uno es en ese momento) deberá resolverse a fin de experimentar auto-aceptación.

Hasta cierto punto esta incongruencia parece ser una experiencia universal entre los individuos con dolor crónico, y es a menudo secundaria, particularmente en las culturas occidentales, a la expectativa “todo dolor o enfermedad puede y debe ser reparado”. Así, todo lo que no implique una mejora total del dolor se percibe como un fracaso. Cuando un individuo se encuentra en esta condición que no encaja con sus expectativas –dolor severo e incapacidad- se experimenta una crisis.

Esta crisis, relacionada con el significado y el dolor crónico, a menudo se magnifica cuando *el afrontar la enfermedad incurable, o la aceptación de la propia mortalidad* de uno, ocurre a una edad muy temprana – fuera de lo esperado en la secuencia de desarrollo habitual. Por ejemplo, ajustarse a los procesos normales de envejecimiento, tales como tener más dificultad de moverse de una posición de estar sentado a otra de ponerse de pie por tener las articulaciones más rígidas, artritis suave, y niveles relativamente normales de dolor puede ser difícil para individuos dentro del *rango joven-anciano* –de 60 a 75 años-. Es bastante diferente para alguien que tiene 30 años experimentar dificultades para moverse. El incremento de la dificultad para manejarse se debe en gran parte al hecho de que estas condiciones están ocurriendo antes de lo esperado- las condiciones han ocurrido fuera de la secuencia de desarrollo.

Resumiendo, para los individuos tratados en clínicas de tratamiento del dolor hay una gran probabilidad que además del dolor experimenten varios niveles de malestar emocional-depresión, ansiedad, y una sensación de desesperanza. Este malestar emocional está relacionado, en parte con una *crisis de significado*. Por tanto, las perspectivas humanistas y existenciales mencionadas anteriormente (Corey, 1996) ayudan bastante a apoyar a los individuos para aprender cómo manejarse y verse a sí mismos como un todo, como individuos completos, al margen del dolor, que se ha convertido en una parte central de sus vidas.

## Aceptación

El ejercicio de encontrar y generar significado parece ser un aspecto fundamental en la existencia humana. Damos origen a los significados espontáneamente, Cuando los eventos tienen sentido no somos conscientes del proceso de crear significado. Una persona que se queja de dolor agudo justo después de un accidente de coche grave no se pregunta por el sentido del accidente. Esperamos que la víctima de un accidente esté sufriendo. Sin embargo, tal como hemos mencionado antes, cuando el dolor aparece sin traumatismo y sin corroborar algún tipo de diagnóstico médico, cuando la fuente de dolor es un misterio, o cuando el dolor persiste mucho después del ciclo normal de curación, la habilidad para formar significados adecuados se vuelve esquiva.

Es en este punto de la *crisis de significado* en el que el proceso de aceptación se vuelve crítico para aquellos que sufren de enfermedades de dolor persistentes. *La aceptación*, una palabra común pero difícil de definir, puede evocar a menudo una pluralidad de respuestas emocionales dependiendo de la situación, o evento que requiera ser aceptado. La aceptación de un regalo puede generar alegría o entusiasmo, mientras que el tratar de aceptar la muerte de un ser querido puede generar resistencia, tristeza, furia o miedo. Hay una diferencia entre aceptar las circunstancias o eventos positivos y aceptar aquello que se percibe como negativo o indeseable.

Hayes (1994) define aceptación como “el experimentar los eventos plenamente sin defensa, tal como son y no como se dice que son” (p.30). Hayes cree que el contexto es vital para comprender la naturaleza y el proceso de aceptación. Mientras que a menudo se dedica la energía a cambiar el *contenido* de los problemas de las personas por ejemplo alterar pensamientos, sentimientos, comportamientos, actitudes o memoria), Hayes cree que cambiar el contexto de los problemas psicológicos es igual de importante. Él contempla la aceptación como una estrategia que completa la manipulación y el afrontamiento. Hayes habla sobre la interacción del significado y la aceptación.

El significado de los eventos psicológicos se encuentra en la relación entre esos eventos y su contexto psicológico... los eventos psicológicos en otro contexto no son ‘los mismos eventos psicológicos’. Al establecer una postura de aceptación psicológica, los eventos que antes eran contemplados como problemáticos se convierten en oportunidades para el crecimiento, el interés, o comprensión (p.13).

Recientemente, los investigadores han estudiado la aceptación tal como se relaciona con el dolor crónico (Geiser, 1992; McCracken et al, 1999; Large & Strong, 1997).

McCracken *et al.* (1999) han tratado de definir la aceptación operacionalmente como “reconocer el dolor de uno, dejar cualquier intento no productivo de controlar el dolor, actuando como si el dolor no implicase una discapacidad, y ser capaz de comprometer los esfuerzos de uno hacia una vida satisfactoria a pesar del dolor”

(p.284) Esta definición habla no sólo de los eventos cognitivos sino también de las operaciones psicosociales. Además, la definición de McCracken implica acción, que de acuerdo con Dougher (1994) es importante a la hora de entender el proceso de aceptación. Dougher sostiene que “la aceptación es algo que uno lleva a cabo” (p.37). Otros componentes de la aceptación incluyen el abandono de la evitación, la asimilación del evento, y dejar los esfuerzos disfuncionales para el cambio (Hayes, Strothal & Wilson, 1999). Hayes *et al.*, (1999) pasa a proponer que la aceptación es un proceso activo donde uno admite sus sentimientos, pensamientos y memorias sin quedar atrapado en verbalizaciones ni interpretaciones negativas de esos eventos.

La aceptación es un fenómeno complejo multinivel mejor entendido como un proceso en desarrollo que conduce a nuevos significados. A continuación hay tres componentes del proceso de aceptación: el control, la regulación de las emociones, y la estructuración del comportamiento cognitivo. Después de su breve descripción hablaremos de la integración de la formación de significados y su relación con la aceptación.

## Control

El mayor malestar que experimentan las personas con dolor crónico se relaciona con la pérdida de control personal. Algunos estudios han demostrado que la percepción que tiene la persona sobre su habilidad para controlar el dolor contribuye en gran manera en las consecuencias psicológicas positivas o negativas secundarias al dolor (Turk, Okifuji & Scharff, 1995; Rudy, Kerns & Turk, 1988; Jensen, Turner, Romano & Karoly, 1991). El típico error de percepción es que cualquier cosa a excepción de una completa mejoría de los síntomas se percibe como una falta de control. La incapacidad para escapar del estímulo nocivo particularmente después de múltiples visitas al médico, de procedimientos quirúrgicos y de tratamientos farmacológicos deja a uno en un estado perplejo de desesperanza e impotencia.

Depresión, ansiedad, furia, desesperanza e impotencia acompañan el dolor porque uno no puede escapar del tormento. Además, cuando uno no puede escapar al dolor, las definiciones del *self* deben ser replanteadas para incorporar aquello que es indeseable y frecuentemente odiado. El dolor no solo amenaza a la integridad biológica del *self*, sino que todas las otras definiciones del *self*, por ejemplo social, psicológico, espiritual, requieren una revisión. El dolor persistente a menudo implica sensaciones corporales descontroladas, contacto social deteriorado, inestabilidad económica, y alteraciones en la percepción del propio mundo. Dirigir la propia vida se vuelve más y más difícil a medida que la persona con dolor persistente lucha por acomodarse al estrés de tanta inestabilidad. Este acomodarse puede ser un proceso extremadamente difícil y emocionalmente desgarrador marcado por los esfuerzos continuos de reinstaurar el tan deseado modo de vida *normal*.

Hayes (1994) cree que tratar de cambiar situaciones que son inherentemente inamovibles no conduce a nada y que la aceptación es el único curso de acción razonable. Por tanto, ya que es cierto que algunos dolores son intratables o que los efectos secundarios para lograr la ausencia de dolor son inaceptables (por ejemplo anestesia total), entonces parece que la aceptación forma parte de un enfoque racional. Las personas con dolor persistente deben adaptarse a una definición del self y una visión del mundo que incorpore las nuevas limitaciones en su habilidad para controlar directamente el self y su entorno. Además, estos pacientes pueden necesitar progresar desde un contexto dominante control/huida, hacia un contexto de aceptación donde como mínimo, la persona sea capaz de operar eficazmente dentro de sus limitaciones aprendiendo a controlar su reacción al dolor.

### **Regulación emocional**

De acuerdo con la disminución de la sensación de control ante las condiciones de dolor crónico está el desorden emocional que influye sobre la mayor parte del mundo del paciente. Aunque hay bastantes emociones diversas generadas por el dolor persistente aparece que la depresión, la ansiedad y la furia (o derivados como tristeza, la pena, el miedo, la frustración, la irritabilidad, etc.) son las más significativas. Banks y Kerns (1996) sostienen la hipótesis que los altos índices de depresión en personas que viven con dolor crónico se pueden explicar al observar no sólo el síntoma del dolor, sino también en el nivel de discapacidad e invalidez, el nivel de perjuicios secundarios, por ejemplo económicos, sociales, laborales, en el ocio, autoestima, y los problemas generales que implica el trabajar con el sistema médico como estresores adicionales para la persona con dolor crónico.

Junto con la fuente de emociones negativas, se debe considerar la importancia del entorno o contexto emocional en el que el dolor crónico se halla instaurado (Eccleston & Crombez, 1999). La presencia de contextos emocionales positivos o negativos pueden tener una incidencia sobre la demanda atencional que implica el dolor para un individuo dado. La persona que experimenta dolor crónico en un entorno libre de gravámenes con un estrés ambiental bajo probablemente afrontará las dificultades de manera diferente a aquella persona cuyo dolor crónico no es más que un estresor más dentro de una situación vital llena de eventos estresantes.

Así, si uno debe desplazarse hacia un punto de aceptación y significado positivo con respecto al dolor persistente, se tendrán que trabajar los estados emocionales. *¿Cómo puedo valer la pena si no trabajo? Nadie quiere estar cerca de una persona que siempre está sufriendo. ¿Por qué no me curo? ¿Me está castigando Dios?* Estas y otras cuestiones parecidas están cargadas de emociones negativas tales como la tristeza, la depresión, el rechazo y la frustración. El proceso de aceptación requiere que uno reconozca sus emociones sin caer en la espiral de las interpretaciones o significados negativos. Además, a través de la aceptación y del descubrimiento de los significados nuevos, uno debe dirigir las estructuras

cognitivas que ayudan a mantener las emociones negativas relativas a las circunstancias vitales actuales.

### **Estructuración del comportamiento cognitivo**

Los aspectos cognitivos del dolor crónico están basados en la idea que la información sensorial, incluyendo el dolor, está mediada cognitivamente a medida que llega a la conciencia intencional (Fordyce, 1976, 1988; Gatvchel & Turk, 1996, 1999; Eimer & Freeman, 1998). Este procesamiento cognitivo del dolor conduce a gran número de interpretaciones, significados, creencias, actitudes y secuelas emocionales y está influido significativamente por las estructuras o esquemas cognitivos preexistentes tales como el contexto histórico y actual, la intensidad y novedad del dolor, las experiencias previas y el aprendizaje (Chapman, Nakamura & Flores, 1999; Eccleston & Crombez, 1999).

El significado atribuido dentro del contexto del dolor *crónico* (por ejemplo, el dolor como peligro, aviso o amenaza) es esencialmente un proceso cognitivo sobreaprendido que tiene un impacto sobre el contexto de las estructuras del dolor crónico, es decir, sobre la auto-percepción, la identidad del self, y la regulación emocional. Chapman et al. (1999) sostienen que este proceso de *formación de significado* es inherentemente una construcción, que puede observarse en las distintas historias y percepciones que las personas con dolor persistente sostienen. Cada historia, aunque similar, conlleva su sabor único que puede cambiar de forma dramática en función de la experiencia actual del dolor dentro del contexto psicosocial. La construcción de significados es un fenómeno dinámico que permite al individuo construir y reconstruir la experiencia subjetiva.

Esta perspectiva constructivista es útil porque ayuda a dar forma a nuestro debate en dos áreas importantes: las distorsiones cognitivas y los aspectos cognitivos de la aceptación. Primero, el dolor persistente puede producir múltiples distorsiones cognitivas (Jensen, Romano, Turner, Good, & Wald, 1999; Shetty, Degood, & Tuttle, 1990; Stroud, Thorn, Jensen, & Boothby, 2000; Sullivan, Stanish, Waite, Sullivan, & Tripp, 1999). El dolor y las emociones relacionadas con él contribuyen a la distorsión del self, de los otros, de los eventos pasados, y de los futuros. Los conceptos tales como la visión catastrófica, la sobre-generalización, la indefensión aprendida y otros errores de pensamiento ayudan a entender el pensamiento vital de los pacientes con dolor. Se cree que el cambio en estos patrones destructivos de pensamiento puede ser un componente crucial de afrontamiento saludable y por tanto un foco de tratamiento psicológico. Si uno desea a verse a sí mismo y al dolor de forma más productiva, debe aceptar y cambiar su percepción del dolor.

Por tanto, la aceptación se convierte en un *proceso catalizador* dinámico que ayuda a la persona a desplazarse de las interpretaciones negativas del self, de los otros y del futuro, hacia unas percepciones que tienen un significado positivo. A medida que las personas con dolor persistente incrementan su grado de aceptación,

a menudo, difuminan el poder que tenían las distorsiones cognitivas y las creencias negativas, y empiezan a considerar significados alternativos sobre su condición presente. Por ejemplo, a medida que el paciente con dolor persistente empieza el proceso de aceptación ‘este se mueve de las auto-afirmaciones negativas, *soy inútil por mi dolor*; a afirmaciones que permiten que surjan nuevos significados, *¿qué puedo hacer a pesar de mi dolor?* Dado que las condiciones de dolor persistente frecuentemente interrumpen muchas facetas de la vida, la aceptación de estas interrupciones difumina la necesidad de escapar a lo inescapable y permite explorar nuevas alternativas de significado u opciones relativas a la identidad propia, las relaciones con otros y los proyectos futuros. Si los nuevos significados son la meta última, la aceptación es el ímpetu que permite y anima a que estos nuevos significados se desarrollen.

El concepto de aceptación también ayuda a aclarar cómo la persona cambia sus acciones, reduciendo la función de los *comportamientos de dolor*. Las conductas de dolor son acciones que comunican discapacidad e incomodidad por ejemplo gestos de estremecimiento, cojeras, actividad disminuida) y han demostrado jugar un papel significativo en la reducción del nivel de funcionamiento individual y en la exacerbación de la condición del dolor (Fordyce, 1976). En las condiciones crónicas de dolor, donde el dolor es ineludible y la función de alerta del dolor ha perdido mucha de su relevancia, los nuevos significados deben desarrollarse para permitir que uno funcione de la forma más óptima posible. La aceptación de que uno debe tolerar un cierto grado de dolor durante las actividades vitales reduce la ansiedad que rodea el dolor e incrementa el funcionamiento. A pesar de que los pacientes con dolor crónico pueden necesitar operar dentro de ciertos parámetros comportamentales, (por ejemplo permitiendo más tiempo para acabar las tareas, tomando descansos, tomar juiciosamente medicamentos para el dolor de corta duración), aún son capaces de participar en la vida. La aceptación permite que los pacientes encuentren significados positivos en sus acciones en tanto que dejan gradualmente de focalizarse en sus limitaciones y pasan a centrarse en lo que es posible.

### **Significados y aceptación**

Si, tal como se ha propuesto, la aceptación del dolor persistente no es un evento pasivo ni singular sino que es un complejo empeño que implica reorganizaciones emocionales, cognitivas y comportamentales, es lógico que *la construcción de significado* sea en consecuencia un corolario evolutivo. Los nuevos significados del self, de los otros, de los eventos pasados, y del futuro incluyen nuevas autodefiniciones, que implican percepciones de género y roles vitales, capacidades comportamentales, conexiones sociales y aprehensiones espirituales.

La aceptación y el desarrollo de nuevos significados más manejables actúan sinérgicamente moviendo al individuo hacia una mayor funcionalidad y mayor salud.

Recordando a Hayes (1994) que señaló un replanteamiento sobre los contextos de cambio, el esquema de aceptación permite a las personas con dolor crónico y a las personas que les ayudan en sus cuidados a equilibrar los esfuerzos para aliviar el dolor al explorar de forma realista en qué grado la incomodidad y el dolor no serán mejorados. Cuando los esfuerzos biomédicos para detener el dolor no son eficaces, los pacientes deben ser retirados de esta exploración agobiante en busca de la *cura*, que implica interminables derivaciones, pruebas de medicación y procedimientos quirúrgicos. No se debería dejar a estos pacientes con la conclusión simple y lineal de que *no hay nada más que hacer, simplemente tendrán que vivir con ello*. Utilizar nuestros mejores esfuerzos para reducir el dolor y proporcionar estrategias claras que animen a la aceptación del dolor restará a los pacientes a encontrar nuevos significados y una nueva visión del mundo que permita que el dolor persistente sea sólo una parte de una vida sana y productiva.

---

*Quienes tratan con individuos con dolor crónico son conscientes de los efectos omnipresentes y a menudo devastadores que puede tener este dolor sobre las vidas de los individuos que puede incluso llegar a sacudir los fundamentos del propio ser. Las crisis de sentido (definidas por los autores como aquellas preguntas que implican el porqué y el cómo) son frecuentes en personas con dolor crónico, al intentar dar sentido a sus vidas frente a los considerables retos para lograr habilidades funcionales y confort. Junto con impedimentos físicos, del dolor crónico brota una gran cantidad de problemas emocionales, cognitivos, espirituales, relacionales y socioeconómicos. En tanto que estas dificultades parecen insalvables, quizás el reto mayor subyacente a éstas es la construcción de una cosmovisión nueva o modificada que incluya la **inexorabilidad** del dolor. La reorientación de las propias expectativas, de la auto-percepción, y de las posibilidades de futuro es a menudo un camino lento y arduo. Este artículo propone que la aceptación es un proceso catalizador dinámico a través del cual las personas con dolor crónico incorporan nuevos significados del self los otros y del mundo. La aceptación no sólo promueve un ajuste positivo y bienestar, sino que además estimula la esperanza, el optimismo y la auto-eficacia, a pesar de las realidades problemáticas*

### **Notas del Autor**

Nocicepcion- una energía mecánica, térmica o química que incide en una terminación nerviosa especializada que a su vez activa fibras (específicas) que inician una señal hacia el sistema nervioso central de que están ocurriendo eventos aversivos.

### **Nota de la Redacción**

Agradecemos a los autores el permiso para su publicación

## Referencias Bibliográficas

- AMERICAN MEDICAL ASSOCIATION. (1995). Pain. In T.C. Doege, & T.P. Houston (Eds.), *Guides to the evaluation of permanent impairment* (4<sup>th</sup> ed.) Chicago: Author.
- BANKS, S.M. & KERNS, R. D. (1996) Explaining high rates of depression in chronic pain: A diathesis-stress framework. *Psychological Bulletin*, 119, 95-110.
- CHAPMAN, C.R., NAKAMURA, Y., & FLORES, L.Y. (1999). Chronic pain and consciousness: A constructivist perspective. In R.J Gatchel & D.C. Turk (Eds.) *Psychosocial factors in pain: Critical perspectives* (pp.35-55). New York: Guilford Press.
- COREY, G. (1996) *Theory and practice of counseling and psychotherapy* (5<sup>th</sup> edition). Brooks Cole Publishing Co.
- DOUGHER, M.J. (1994). The act of acceptance. In S.C. Hayes, N.S. Jacobson, V.M. Follette, & M.J. Dougher (Eds.), *Acceptance and change: Content and context in psychotherapy* (pp.37-45). Reno, NV: Context Press.
- ECCLESTON, C. & CROMBEZ, G. (1999). Pain demands attention: A cognitive-affective model of the interruptive function of pain. *Psychological Bulletin*, 125, 356-366.
- EIMER, B.N., & FREEMAN, A. (1998) *Pain management psychotherapy: A practical guide*. New York: John Wiley & Sons.
- FEUERSTEIN, M., HUANG, G.D., & PRANSKY, G. (1999). Workstyle and work-related upper extremity disorders. In R. J. Gatchel, & D.C. Turk (Eds.), *Psychosocial factors in pain: Critical perspectives* (pp.175-192). New York: Guilford.
- FISHBAIN, D.A, CUTLER, R.B., ROSOMOFF, H.L., KHALIL, T., & STEELE-ROSOMOFF, R. (1997). Impact of chronic pain patients' job perception variables on actual return to work. *The Clinical Journal of Pain*, 13, 197-206.
- FORDYCE, W. E. (1988) Pain and suffering: A reappraisal. *American Psychologist*, 43 (4), 276-283.
- FORDYCE, W. E. (1976). *Behavioral methods for chronic pain and illness*. St. Louis, MO C.V. Mosby.
- FRANKL, V. (1984). *Man's Search for Meaning* (Rev. ed.). New York: Washington Square Press, Pocket Books.
- GAROFALO, J.P., & POLATIN, P. (1999). Low back pain: An epidemic in industrialized countries. In R. J. Gatchel, & D.C. Turk (Eds.), *Psychosocial factors in pain: Critical perspectives* (pp.164-174). New York: Guilford.
- GATCHEL, R.J., & TURK, D.C. (Eds.). (1996). *Psychological approaches to pain management: A practitioners handbook*. New York: Guilford
- GATCHEL, R.J. & TURK, D.C. (1999). *Psychosocial factors in pain: Critical perspectives*. (Eds) New York: Guilford Press.
- GEISER, D.S. (1992). *A comparison of acceptance-focused and control-focused psychological treatments in a chronic pain treatment center*. Unpublished doctoral dissertation, University of Nevada, Reno.
- HAYES, S.C. (1994) Content, context, and the types of psychological acceptance. In S.C. Hayes, N.S. Jacobson, V.M. Follette, & M.J. Dougher (Eds.), *Acceptance and change: Content and context in psychotherapy* (pp.13-32). Reno, NV: Context Press.
- HAYES, S.C., STOSAHL, K.D., & WILSON, K.G. (1999) *Acceptance and commitment therapy: An experiential approach to behavior change*. New York: Guilford.
- HELLIWELL, P.S., MUMFORD, D.B., SMEATHERS, J.E., & WRIGHT, V. (1992) Work related upper limb disorder: The relationship between pain, cumulative load, disability, and psychological factors. *Annals of the Rheumatic Diseases*, 51, 1325-1329.
- JENSEN, M.P., TURNER, J.A., ROMANO, J.M., & KAROLY, P. (1991). Coping with chronic pain: A critical review of the literature. *Pain*, 47, 249-483.
- JENSEN, M.P., ROMANO, J.M., TURNER, J.A., GOOD, A.B., & WALD, L.H. (1999). Patient beliefs predict patient functioning: Further support for a cognitive-behavioral model of chronic pain. *Pain*, 81, 95-104.
- KERNS, R.D., & PAYNE, A. (1996) Treating families of chronic pain patients. In R. J. Gatchel, & D.C. Turk (Eds.), *Psychological approaches to pain management: A practitioners handbook* (pp.283-304). New York: Guilford
- LARGE, R. & STRONG, J. (1997). The personal constructs of coping with chronic low back pain: is coping a necessary evil? *Pain*, 73, 245-252.
- LEWIS, C.S. (1962) *The problem of pain*. New York: MacMillan Publishing Company.
- LINTON, S.J. (1998). The socioeconomic impact of chronic back pain: is anyone benefitting? *Pain*, 75, 163-168.

- MCCRACKEN, L. M. (1998). Learning to live with pain: Acceptance of pain predicts adjustment in persons with chronic pain. *Pain, 74*, 21-27.
- MCCRACKEN, L.M., SPERTUS, I.L., JANECK, A.S., SINCLAIR, D., & WETZEL, F.T. (1999). Behavioral dimensions of adjustment in persons with chronic pain: Pain-related anxiety and acceptance. *Pain, 80*, 283-289.
- MERSKEY, H., & BOGDUK, N. (Eds.). (1994). *Classification of chronic pain: descriptions of chronic pain syndromes and definitions of pain terms*. (2<sup>nd</sup> ed., p.210). Seattle, WA: IASP Press.
- MORRIS, D.B. (1999) Sociocultural and religious meanings of pain. In R. J. Gatchel, & D.C. Turk (Eds.), *Psychosocial factors in pain: Critical perspectives* (pp.118-131). New York : Guilford
- ROGERS, C. (1942). *Counseling and psychotherapy*. The Riverside Press, Cambridge, Massachusetts.
- RUDY, T.E., KERNS, R.D., & TURK, D.C. (1988). Chronic pain and depression: Toward a cognitive-behavioral mediation model, *Pain, 35*, 129-140.
- SHUTTY, M.S., DEGOOD, D.E., & TUTTLE, D.H. (1990). Chronic pain patients' beliefs about their pain and treatment outcomes. *Archives of Physical Medicine & Rehabilitation, 71*, 128-132.
- SULLIVAN, J.L., STANISH, W., WAITE, H., SULLIVAN, M., & TRIPP, D.A. (1998). Catastrophizing, pain, and disability in patients with soft tissue injuries. *Pain, 77*, 253-260.
- STROUD, M.W., THORN, B.E., JENSEN, M.P., & BOOTHBY, J.L. (2000). The relation between pain beliefs, negative thoughts, and psychosocial functioning in chronic pain patients. *Pain, 84*, 347-352.
- SZASZ, T. S. (1997). *The Manufacture of Madness: A Comparative Study of the Inquisition and the Mental Health Movement* (Reprint ed.). New York: Syracuse University Press. (Original work published 1970).
- TURK, D.C., OKIFUGI, A., & SCHARFF, L. (1995). Chronic pain and depression: Role of perceived impact and perceived control in different age cohorts. *Pain, 61*, 93-101.
- TURK, D. C. (1996) Biopsychosocial perspective on chronic pain. In R.J. Catchel & D. C. Turk (Eds.), *Psychological Approaches to Pain Management: A practitioner's Handbook* (pp. 3-32). New York: Guilford Press.
- TURK, D.C. & FLOR, H. (1999) Chronic pain: A biobehavioral perspective. In R.J Gatchel & D.C. Turk (Eds.), *Psychosocial factors in pain: Critical perspectives* (pp.18-34). New York: Guilford Press.