



Visión antropológica del dolor crónico: Aproximación y estrategias en materia de salud.

**Anthropological view of chronic pain:
Approach and strategies in health.**

Autor: Sandra Santamaría Maestro / Director: María Madrazo
Titulación: Curso de adaptación al grado de enfermería - Septiembre 2014.
Trabajo fin de grado. Dpto. de enfermería. Universidad de Cantabria.

Quiero expresar mi gratitud a todas las personas que contribuyeron a la realización de este trabajo, por su apoyo, ánimo, enseñanzas y dedicación.

“El dolor no es sólo un hecho fisiológico sino un hecho existencial” (Le Breton, 1995).

“El dolor es un ladrón. El dolor le roba a la persona que lo padece la posibilidad de disfrutar del estar vivo...” (Helen Osborne, 2008).

“La vida es dolor, una frustración de los deseos, un castigo injusto por pecados en vidas anteriores” (Buda 500 d.C.).

“Si reeducamos nuestra mente y reprogramamos nuestros pensamientos, las creencias y decisiones que crean dolor, se pueden desactivar y lo que llamamos sufrimiento se irá con ellos” (Luis Díaz, 2011).

ÍNDICE

	Págs.
- Resumen y palabras clave	4
- Introducción	5
- Parte 1	
I. Marco conceptual. Definición.	7
II. Antecedentes históricos.	9
- Parte 2	
I. Evaluación.	15
II. Abordaje.	19
- Parte 3	
I. Justificación y conclusiones.	27
- Referencias bibliográficas	30

RESUMEN

El aumento de la esperanza de vida, el desarrollo de la salud pública y el avance científico-técnico de las ciencias de la salud, propician un amplio campo de trabajo del que el dolor crónico se hace participe en medida e importancia. Al entender el dolor como un suceso histórico profundamente humano, éste se convierte en uno de los padecimientos más antiguos que los seres humanos han experimentado y en torno al cual los grupos sociales han establecido múltiples significados. Los sistemas de salud como respuesta a la problemática han intentado e intentan paliar, controlar y eliminar esta situación; para reducir el coste, mejorar la efectividad y la eficacia. Es en esta situación en la que el estudio de las costumbres y las culturas toma relevancia, y es aquí donde enmarcamos el campo de actuación de la antropología aplicada a la salud, dando una nueva perspectiva y analizando el tratamiento del dolor con terapias alternativas en combinación con las farmacológicas.

ABSTRACT

The rising of life expectancy, public health development and the scientific-technical progress of the health science give rise a wide working field in which chronic pain appears in measure and importance. In order to understand the pain as an historic and deep human event, this one becomes in one of the oldest conditions that human beings had ever experienced and on which social groups had established many different meanings. Health systems as a response to this problem had tried to mitigate, control and eliminate this situation; in order to reduce the cost, improve the effectivity and efficiency. It is in this situation where the habits and culture studies take importance, and it is in this point where we focus the field of action of the Anthropology applied to health giving a new perspective and analyzing pain treatment with alternative therapies in combination with pharmacological ones.

PALABRAS CLAVE - KEY WORDS

DeCS:

Dolor crónico, Antropología, Servicios de Salud Comunitaria.

MeSH:

Chronic Pain, Anthropology, Community Health Services.

INTRODUCCIÓN

Desde la antigüedad el ser humano en su interés por paliar el dolor ha intentado obtener diferentes remedios, en un inicio tratamientos naturales tales como plantas y productos que le proporcionaba la naturaleza, y posteriormente recurriendo a recursos farmacológicos. (1)

Se puede decir que el dolor ha sido un impulsor de la evolución de las ciencias de la salud pues ha estado indisolublemente unido a él desde el inicio. Y es en esta evolución en la que es necesario plantearse si como sabemos, éste es el único recurso (el farmacológico) del que la humanidad dispone para aliviar y resolver esta problemática. Ese es el punto de partida de este trabajo, cómo conseguir realizar un correcto tratamiento del dolor, crónico, sin dejar olvidado ninguno de sus aspectos.

En la práctica clínica observamos diversos modos de afrontar este proceso. Cómo y cuáles son los más adecuados es una problemática que se ha planteado en diferentes estudios relacionados con el dolor. En muchas ocasiones relegamos nuestro campo de actuación y pensamiento al puramente biológico, olvidándonos del contexto psicológico o social. (2,3) Campos que desde la experiencia, y en los últimos años, cobran especial importancia dados los buenos resultados obtenidos al aplicarlos.

Este trabajo pretende mediante el análisis de los diferentes puntos de vista de los estudios realizados sobre el dolor intentar aportar ideas para hacer frente a esta problemática. Con el objetivo de no olvidar que hay diversas circunstancias que envuelven y se desarrollan alrededor de los pacientes que padecen dolor, crónico, y que en ocasiones quedan denostadas a un segundo plano.

Partiendo de la premisa de que de forma global es como se ven afectadas las actividades básicas de la vida diaria cuando el ser humano se convierte en sufriente, intentaremos valorar de manera multidimensional enfocando la visión del dolor por encima de las visiones disciplinares tradicionales. Para que de tal manera consigamos un concepto holístico, un amplio campo de actuación y persigamos como fin último la humanización y dignificación en el proceso de la vida. (4,5)

Así observamos que conseguir controlar el dolor, crónico, supone una pieza clave en el trabajo multidisciplinar para mejorar la calidad de los servicios prestados. Es necesario que como equipo se promueva una atención centrada en el paciente, individualizando los casos y utilizando los recursos adecuados para prestar unos cuidados seguros y efectivos.

De esta manera es básico mejorar los conocimientos y habilidades de los profesionales sanitarios en este campo, intentando coordinar a profesionales de múltiples disciplinas pues cada profesional juega un papel concreto y fundamental en la asistencia del paciente y es en diferentes niveles donde se encuentran los problemas derivados del dolor.

Con este trabajo se esperan obtener diversos objetivos: uno general y tres específicos.

- Objetivo general:

- I. Describir el dolor crónico mediante la búsqueda bibliográfica en diferentes bases de datos y publicaciones para aumentar los conocimientos que sobre el dolor crónico los profesionales sanitarios tenemos.

- Objetivos específicos:

- I. Analizar desde un punto de vista antropológico la evolución histórica del dolor crónico.
- II. Exponer los recursos disponibles para realizar una correcta evaluación del dolor crónico.
- III. Describir las distintas terapias existentes para el abordaje del dolor crónico.

Estos objetivos intentan responder a las necesidades que como profesional de la salud tengo, la necesidad de una formación continuada y la necesidad que presenta la sociedad pues debido al aumento de la esperanza de vida y a la demanda de una mejor calidad de vida, la población necesita reducir este problema que presenta una alta incidencia en los países desarrollados.

El trabajo se estructura en tres partes; la primera en la que se desarrolla la definición del término y su evolución histórica, una segunda en la que se ven los métodos de evaluación y comunicación que son necesarios aplicar y adquirir por parte de los profesionales a la hora de intentar realizar una correcta valoración, así como el abordaje de la problemática y las terapias de las que se dispone para hacerlo de manera holística; y una tercera en la que se exponen la justificación y las conclusiones que se derivan del tema propuesto.

PARTE 1.

En la primera parte se explica la definición y clasificación del término dolor, el recorrido histórico y las diferentes concepciones que de él se han ido derivando hasta llegar a la actualidad.

I. Marco Conceptual. Definición.

Al hablar de dolor la primera idea que por norma suele venir a la cabeza es la de experiencia física, sensorial o biológica. Pero este concepto tiene un amplio contenido semántico. Al definirlo nos damos cuenta de que es una experiencia humana, un fenómeno subjetivo o un sentimiento intenso, y a su vez es también una sensación provocada por el sistema nervioso, una experiencia sensorial y una señal.

De ahí que deriven las complejidades a la hora de definir el término e intentar englobarlo en una sola definición. Pues cada ser humano por medio de su experiencia personal aprende un significado, es multicausal y presenta diferentes características así como se interrelaciona con aspectos psicológicos y culturales.

La definición más aceptada en la actualidad es la propuesta por la International Association for Study of Pain (IASP), el dolor se define como una “experiencia subjetiva, sensorial y emocional desagradable con un daño tisular potencial o actual o descrito en términos de ese daño...” El dolor es siempre subjetivo. (6) Esta definición da diversos de esos elementos: se entiende como una experiencia individual, una sensación, una emoción y, por supuesto, ésta es desagradable.

De la misma manera han sido numerosas las propuestas para clasificar el dolor basadas en la etiología (genético o congénito, postraumático, postquirúrgico, infeccioso, inflamatorio, oncológico, tóxico, metabólico, degenerativo, mecánico, disfuncional, de origen desconocido y psicológico), la expectativa de vida (maligno y benigno), la región que se ve afectada, la intensidad y el tiempo de duración (agudo y crónico). (7) Por lo que la IASP ha desarrollado una taxonomía del dolor para caracterizarlo basada en 5 puntos: región afectada, sistema involucrado, características temporales del dolor, intensidad declarada por el paciente y etiología. (8,9)

En nuestro caso, nos ocuparemos de las alteraciones que se vuelven crónicas pues es en la experiencia personal y en el campo de actuación las que mayor complejidad traen a los profesionales sanitarios, aumentando el coste sanitario si no son correctamente tratadas y disminuyendo la calidad en la esperanza de vida.

Dolor agudo	Dolor crónico
<ul style="list-style-type: none"> - Síntoma - Estimulación de las vías nociceptivas - Función protectora. Señal de alarma - Corta duración - Origen conocido - Ansiedad e irritabilidad 	<ul style="list-style-type: none"> - Enfermedad - Puede persistir después de la lesión - No función específica - Más de 6 meses - Origen incierto - Alteración del comportamiento

El dolor tiene una razón de ser, es decir, existe como aviso para generar una respuesta motora urgente y defensiva. Es lo que sucede con el dolor agudo, que se produce en la mayoría de los casos debido a la existencia de daño tisular, teniendo como característica principal la de función protectora del sistema que afecta y resolviéndose después de la curación, con una duración inferior a tres meses.

Tabla 1: Características definitorias: dolor agudo vs crónico.

Pero no ocurre eso mismo con el dolor crónico, éste no tiene un propósito útil que nos permita paliar la raíz del problema, y además se mantiene en el tiempo provocando deterioro en la salud y en la función del paciente. Por ello es primordial que el dolor desde su aparición deba tratarse y no ignorarse.

Dimensiones de la experiencia dolorosa	Características definitorias
<ul style="list-style-type: none"> • Fisiológica • Sensorial • Afectiva • Cognitiva • Comportamental • Socio-cultural 	<ul style="list-style-type: none"> • Localización, inicio, duración • Intensidad, patrón • Estado de ánimo: ansiedad/depresión • Significado, afrontamiento • Comunicación, act. Física • Creencia, actitudes, valores

Tabla 2: Dimensiones de la experiencia dolorosa.

Entendemos por dolor crónico aquel que persiste más allá del tiempo previsto para la curación, que no se ha resuelto con los tratamientos adoptados o teniéndose una expectativa de que esto no vaya a ocurrir, durando más de 3 a 6 meses. Se sucede una persistencia del estímulo que lo produce o las propias condiciones fisiopatológicas lo establecen. Así éste tiene

efectos fisiológicos, psicológicos y conductuales en el paciente y su familia, además de un costo social enorme. Requiriéndose un enfoque terapéutico multidisciplinar. (7)

La experiencia o vivencia dolorosa está determinada por múltiples factores como pueden ser: la capacidad del organismo de segregar sustancias como endorfinas y/o encefalinas, la intensidad de la experiencia, el estado de ánimo del paciente, las influencias socioculturales que marcan una pauta de conducta y/o las experiencias dolorosas vividas.

Desde la infancia desarrollamos modelos de conducta ante el dolor que con el paso de los años hacen que éste se convierta en una sensación subjetiva e individual. (5)

En la que cada paciente percibe de una manera el dolor, tiene su grado de tolerancia (intensidad máxima de estimulación que el individuo está dispuesto a soportar antes de buscar alivio) y un umbral del dolor (estimulación mínima necesaria para que se perciba la sensación dolorosa), teniendo una reacción ante este sufrimiento diferente.

Bajo esta premisa, existen numerosos y novedosos tratamientos que en el campo biomédico se desarrollan continuamente, pero uno de los mayores retos y dificultades terapéuticas reside en las demandas psicológicas y comunitarias que se derivan de este tipo de pacientes. (6) Creándose una gran cantidad de conflictos internos que sólo pueden solucionarse con un entrenamiento y capacitación adecuada, mediante el análisis del contexto social, psicológico y fisiológico tanto del paciente como de las personas que delimitan su entorno. (10,11)

Es en esta situación en la que el estudio de las costumbres y las culturas en las que se relacionan toma importante relevancia, y es aquí donde enmarcamos el campo de actuación de la antropología aplicada a la salud. Entendida como ciencia social que estudia al ser humano de una forma integral recurriendo a herramientas y conocimientos producidos por las ciencias naturales y otras ciencias sociales para producir conocimiento sobre el ser humano en diversas esferas, pero siempre como parte de una sociedad.

De esta manera, intenta abarcar tanto la evolución biológica de nuestra especie, el desarrollo y los modos de vida de pueblos que han desaparecido, las estructuras sociales de la actualidad y la diversidad de expresiones culturales y lingüísticas que caracterizan a la humanidad.

II. Antecedentes históricos.

En muchos textos y en nuestro ámbito el dolor se considera como la gran plaga de la humanidad. Si bien no es único y singular del siglo que nos ocupa, sino que viene existiendo durante todos los anteriores, pues el dolor es el síntoma más antiguo que existe. Su abordaje, desde los inicios, ha constituido un reto indiscutible. Aunque las concepciones y las tradiciones que de él se derivan han ido cambiando, el dolor es un enemigo a batir, un ladrón que se apodera y modifica la vida de las personas.

Se puede afirmar que existe o existió en todas las civilizaciones y culturas, pues el dolor es testimonio de historia de la humanidad y vencer el dolor es evolución. En una primera etapa, las primeras civilizaciones que poblaron la tierra lo asociaron a un concepto místico, o se trataba como tabú asociado a intrusiones de espíritus malignos, haciendo especial mención a los ritos de iniciación que marcaban un pilar importante pues el dolor se manifestaba con signo de coraje y disciplina. (12)

Vamos a realizar una descripción somera de las diferentes civilizaciones hasta llegar a la actualidad para comprender la evolución del término y las diferentes connotaciones que se le han ido dando.

Época histórica	Concepción del dolor
<ul style="list-style-type: none"> • Mesopotamia • Hebreos • Egipcios • Hindús 	<ul style="list-style-type: none"> • Castigo divino • Castigo, pecado • Espíritus de la muerte • Pecado, desequilibrio de humores • Desequilibrio Ying / Yang
<ul style="list-style-type: none"> • China • Antigüedad clásica <ul style="list-style-type: none"> • Platón • Aristóteles 	<ul style="list-style-type: none"> • Estudio empírico • Experiencia del alma • Norma de la emoción. Cuerpo y espíritu • Síntoma
<ul style="list-style-type: none"> • Galeno • Edad Media • Renacimiento 	<ul style="list-style-type: none"> • Castigo de Dios • Burguesía: Cambio paradigma • Método científico • Estudios fisiológicos • Enfermedad
<ul style="list-style-type: none"> • Barroco • Ilustración • S. XX 	

Tabla 3: Evolución histórica del concepto.

Empezaremos por el primer periodo de civilizaciones antiguas entre las que encontramos, por ejemplo, a la *mesopotámica* que entendía el dolor como un castigo de los dioses en el que el demonio era el causante.

Los *hebreos* por su parte mantenían esa concepción, pero al tener una religión monoteísta, el castigo se comparó con el pecado. Existen numerosos pasajes bíblicos que

afirman estos hechos y en los que se observa la transformación de algunos términos: considerando la salud como pureza moral y la enfermedad no como castigo sino como prueba.

Desde su visión, los *egipcios* también se preocuparon por temas relacionados con la salud en los que a su vez la religión se encontraba intrincada, la cual proporcionó un gran papel en el desarrollo de la medicina. El dolor era causado por los espíritus de la muerte, los cuales condicionaban el destino y la salud de la población. Intentaron investigar las causas de la enfermedad y emitieron hipótesis sobre como paliar el dolor.

Cabe destacar la historia sagrada *hindú* transmitida oralmente de generación en generación pues continúa con la creencia de que el dolor se debe al pecado, introduciendo el desequilibrio de los humores como definición para el concepto de enfermedad. Por su parte, la medicina tradicional *china* considera la enfermedad y el dolor como causa de un desequilibrio de dos fuerzas opuestas, el Ying y el Yang. Desarrollando técnicas de actuación como la acupuntura que permiten tratar diversos síntomas entre ellos el dolor.

Avanzando hasta la *antigüedad clásica* vemos que se empiezan a buscar explicaciones más allá de lo puramente místico y religioso. Se comienza a estudiar la naturaleza del dolor desde un punto de vista empírico. En este momento es cuando surgen numerosas figuras como la de Pitágoras, Alcmenon o Hipócrates.

Entre ellas destacamos la de *Hipócrates* (460 a.C. – 375 a.C.) con la teoría de los cuatro humores, en la que la salud es el equilibrio entre sangre, flema, bilis amarilla y bilis negra, si existe un desequilibrio entre esos elementos hay enfermedad y junto a ésta está el dolor. Estableciendo así el punto de partida de la medicina científica, dejando de lado las concepciones religiosas y filosóficas que hasta el momento venían relacionadas con el continuo salud-enfermedad, suponiendo una ruptura con la medicina antigua. (12)

En el siguiente escalón, encontramos dos escuelas: la de *Platón* (427-347 a.C.) en la que el dolor es una experiencia emocional del alma, así dolor y placer se encuentran como sensaciones contrapuestas vinculadas, pues si uno está el otro desaparece y viceversa. Y la de *Aristóteles* (384-322 a.C.) que continua definiendo el dolor como el aumento de la sensibilidad de cualquier sensación, no sólo afectando al cuerpo sino también al espíritu, pues el dolor es una pasión del alma, una norma particular de la emoción. (5)

Desde este momento, a medida que se van realizando mayores observaciones anatómicas se van corrigiendo estas primeras ideas y la física corporal o la biología tienen el privilegio del estudio de los mecanismos que producen dolor. Dejando un lugar secundario a disciplinas como la psicología o la filosofía restringidas tan sólo a la anécdota de la subjetividad vivida del dolor. (5)

Para continuar describiendo con objetividad y entender la evolución del término “dolor” continuaremos avanzando cronológicamente y así, nos encontramos que no es hasta el siglo II a.C. cuando se empieza a mencionar el dolor como factor pronóstico y se asocia a inflamación, mencionando los cuatro signos: rubor, dolor, calor y tumor. A partir de aquí empiezan a surgir nuevas descripciones de síntomas de enfermedad y detalles de los procesos, haciendo las primeras clasificaciones de estos en agudos y crónicos.

Destacamos en estas aproximaciones cronológicas la figura de *Galeno* (129-200 d.C.) pues marcó desde el siglo II hasta el XVII la influencia del pensamiento médico, desterrando las ideas religiosas y sobrenaturales del origen de la enfermedad. Dando importancia en sus obras al dolor, no solo analizándolo como síntoma, sino buscando sus mecanismos de actuación y observando las alteraciones que éste producía. (12)

A partir de aquí desde la caída del imperio romano hasta el renacimiento, en la *Edad Media*, el desarrollo de la medicina vuelve a estar condicionada por la Iglesia cristiana. Son siglos de rápida extensión de epidemias y plagas en los que el poder de la fe y las creencias vuelven a resurgir, influyendo en la enfermedad más que la práctica médica.

Se vuelve a la idea del dolor como castigo de Dios, el cual es necesario para alcanzar la vida eterna, rechazando el empleo de analgésicos y otros fármacos. La iglesia intenta extender el hecho de que el dolor redime al hombre, comenzando persecuciones contra todos aquellos que intenten paliarlo, pues se les tacha de herejes o hechiceros.

No es hasta el periodo comprendido entre los siglos XI y XII cuando Europa comienza a redescubrir los grandes clásicos y las tradiciones médicas. Este resurgir posibilita el inicio y desarrollo de los médicos pues se convierten en ciudadanos respetables.

Ya en el *Renacimiento*, después de este periodo de oscurantismo y confusión en el que la sociedad se vio sumida en la Edad Media, con el cisma de la iglesia y el surgir de la nueva clase intelectual: la burguesía, el pensamiento se vuelve racional y existe un espíritu crítico e inquisitivo que se apoya en las fuentes clásicas para progresar. Comienzan a producirse entonces avances en materias científicas como la física, la química, la fisiología, pero basados en ideas galénicas.

A pesar de que pocos son los que se atreven a cuestionar este dogma de la medicina tradicional, se elaboran nuevas teorías de acción de medicamentos y causas de enfermedades. Sin embargo, esta época de esplendor se ve truncada en la segunda mitad del siglo XVI debido a las epidemias, el hambre, la pobreza y las guerras en base a la religión que se extienden por Europa.

A partir de aquí, diversos autores empiezan a realizar definiciones y diversas son las teorías propuestas sobre la enfermedad humana y el dolor, a pesar de ello apenas existe avance en el tratamiento del dolor. En el renacimiento la idea recurrente es la que propone que el dolor es grato a Dios. Manteniendo esta consideración de marcado carácter religioso San Ignacio de Loyola se inscribe como figura destacada al considerar el dolor como deseable pues permite acercarse a Dios, junto a él San Juan de la Cruz y Santa Teresa de Jesús son las figuras religiosas que marcan esta época.

Al adentrarnos en el *Barroco* observamos que a partir del siglo XVII se plasma el método científico. Las publicaciones de Galileo Galilei y William Harvey avanzan hacia una medicina moderna, rompiendo la tradición legada por Galeno. La medicina empieza a considerar el cuerpo humano como una máquina compleja.

En este periodo surge la figura de *Descartes* con sus ideas sobre la racionalidad y se plantea cómo se produce el dolor. El ser humano para él está compuesto por una parte física y un alma inmaterial, de esta manera la percepción del dolor es percepción del alma producida por agentes externos o por el mismo cuerpo, para advertir que algo va mal.

Desde este momento se intenta averiguar cómo determinar la aparición del dolor, para así poder ponerle tratamiento. Se empiezan a realizar numerosos estudios centrados en descubrir la anatomía del sistema nervioso, las descripciones son cada vez más complejas centradas en la localización y especialización de las partes que lo componen.

Enmarcados en la tradición existente desde Aristóteles hasta Descartes, para Le Breton, se inscribe una primera historia de transmutación del dolor. Desde una forma de la emoción íntima a una concepción mecánica, donde el dolor es la expresión pura y simple de una mecánica neuronal y cerebral, un hecho puramente sensorial que concierne a un conjunto de fibras nerviosas que llevan hasta el cerebro un estímulo que se procesará en el centro del dolor. (13)

A partir del siglo XVIII, con la llegada de la *Ilustración* y los descubrimientos científicos el hombre empieza a progresar difundiendo sus conocimientos. Aunque siguen en pie las bases de las teorías galénicas y aristotélicas y los misticismos medievales, cada vez se intentan realizar con mayor precisión nuevos avances sobre todo en el campo de la anatomía patológica.

Respecto al dolor, siguen matizando la clasificación de éste en función de sus características e intensidades, y otros conceptos como la localización, extensión e irradiación van ganando importancia y en consecuencia un lugar a destacar en el cambio de enfoque que hasta la fecha se tenía. Se empieza a observar en los textos médicos de la época que el dolor es abordado como parte de la vida diaria y que diversas actividades no se desarrollan si no es con él.

A través de los estudios fisiológicos, las observaciones microscópicas e investigaciones experimentales, la época comprendida entre finales del siglo XVIII y comienzos del XIX está marcada por una transición hacia la medicina moderna experimental que pone sus bases en la fisiología y la fisiopatología. (14)

No es hasta después de *Los Estudios sobre la Histeria*, donde Freud y Breuer desvelan la lógica del inconsciente, cuando se abre una primera brecha en esta interpretación mecánica que ponía en duda la definición del hombre como una sucesión de hechos corporales regidos por la actividad neuronal. Iniciándose una segunda historia del dolor, donde la dimensión afectiva se empieza a considerar. (5,13)

Esto hace que se produzca una transformación del dolor de síntoma a enfermedad (12), y se reemplacen las viejas concepciones unidimensionales que hablaban del dolor como individualidad humana, para pasar a un estudio que exige una visión holística y compleja. En este sentido, aparecen nuevas disciplinas, entre ellas la antropología, que exploran estos campos y proponen nuevas y diferentes reflexiones para comprender e interpretar este amplio y singular fenómeno. (11)

En nuestro caso, la antropología aplicada a la salud proporciona a los profesionales una perspectiva más amplia de la enfermedad, del enfermo y de las posibilidades para ayudarlo. Aporta nuevas ideas para obtener mejores resultados, pues reconoce la realidad variada de las concepciones, imágenes y representaciones de los males (según las culturas y las individualidades) así como los distintos sistemas terapéuticos surgidos a lo largo y ancho del mundo y de la historia. (2,15)

Hasta principios del *siglo XX* las investigaciones y los conocimientos adquiridos sobre el dolor continúan siendo difusos y contradictorios, pues no existe un lenguaje común que organice lo estudiado por cada una de las disciplinas. No obstante, se consigue que las diferentes ramas exploren al unísono estableciendo un vocabulario común y son importantes los avances que se producen en el tratamiento del dolor desarrollándose nuevas técnicas para paliarlo. (14)

PARTE 2.

En esta segunda parte, y una vez realizada y comprendida la evolución del término a lo largo de la historia observamos que la complejidad ligada a la experiencia dolorosa obliga al profesional a tener ciertas premisas claras antes de enfrentarse a él para aplicar un tratamiento correcto. A partir de aquí cabe preguntarse por qué es necesario medir el dolor, cómo hacerlo y dónde radica la importancia de realizarlo adecuadamente, constatando que información disponen los pacientes y cuál debe ser dispensada por los profesionales sanitarios.

I. Evaluación.

En primer lugar, el dolor como cualquier otra enfermedad debe evaluarse para poder observar con objetividad su evolución y evaluar el efecto de los tratamientos administrados. Pero esta evaluación, muchas veces, resulta complicada para el profesional sanitario pues durante su periodo formativo esta temática ha tenido poca relevancia o el acceso a los textos adecuados sobre ello resulta dificultoso.

El primer paso para realizar una correcta medición se da cuando el paciente ingresa en un centro o se acerca a la consulta del profesional sanitario, en este primer contacto el profesional valorará la presencia o ausencia del dolor. Realizando un informe en el que se recoja un resumen de la historia clínica, se realizará un examen físico y se registrará una valoración completa, en la que se dé importancia al tipo e intensidad del dolor. (En este momento, es necesario no obviar este último paso y no administrar directamente tratamiento farmacológico, que suele ser lo más frecuente).

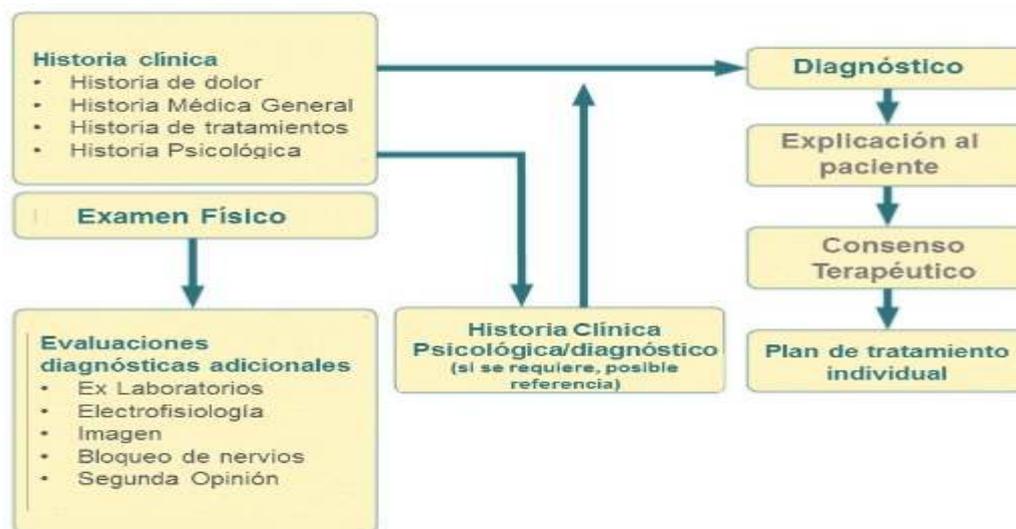


Gráfico 1: Diagrama del proceso de evaluación

Al iniciar una correcta exploración del dolor, deberemos preguntar por la localización: “dónde” sucede y qué circunstancias lo producen; después el modo de aparición: “cuándo” ocurre, si se da un inicio progresivo o si es súbito, cuáles son los factores desencadenantes...; en tercero las características: “cómo”, pedir que realice una descripción, identifique la intensidad y explique cuáles son factores que lo agravan. Por último evaluar la repercusión social y psicológica tanto en su vida familiar como en la laboral o la social, y la modificación que el dolor le produce en las actividades diarias.

Por otro lado deberemos observar los datos objetivos que el paciente nos proporciona, es decir, aquellas observaciones sobre la respuesta del enfermo ante el dolor como por ejemplo: el estado general del paciente, la actividad motora, la respuesta fisiológica y la exploración física del área dolorosa.

Escalas unidimensionales	Escalas multidimensionales
<ul style="list-style-type: none"> • Numérica • Descriptiva simple • Visual analógica • Expresión facial • Andersen 	<ul style="list-style-type: none"> • <i>Cuestionario de McGill-Melzack</i> • <i>Test de Lattinen</i> • <i>Cuestionario de Wisconsin</i>

Tabla 4: Tipos de escalas

Para intentar paliar estas primeras dificultades de exploración deberemos estar entrenados y manejar de manera adecuada los recursos, es decir, las escalas que están disponibles. (16) Pues como decimos el dolor tiene un carácter marcadamente subjetivo y existe siempre que un paciente lo expresa, cuando se verbaliza existe, y la intensidad es la que se manifiesta. Nadie mejor que el

propio enfermo sabe a cerca de su dolor, es decir, cuánto y cómo le duele. Este carácter nos crea una gran dificultad a la hora de realizar una correcta valoración pues no existe ningún signo objetivo que nos diga con exactitud la magnitud del dolor.

Estas escalas, partiendo de que no existe una perfecta, proporcionan resultados limitados, se crearon y validaron para dar soporte a los profesionales e intentan evaluar el dolor de forma individualizada y de la manera más correcta posible. Existen varios tipos, y nos centraremos en las de carácter subjetivo por ser en las que el propio paciente mide la intensidad de su dolor, pues en las objetivas es el observador el que evalúa y da un valor a la intensidad del dolor que sufre el paciente, dando lugar a sesgos importantes y, obviamente no siendo fiables, pues como dijimos es el propio paciente el que debe expresar la intensidad y características de su dolor. (17)

Así haremos una doble clasificación de las escalas subjetivas en unidimensionales y multidimensionales. Las primeras miden una única dimensión y abordan el dolor como fenómeno unitario. Aunque bien es sabido que el dolor puede ser descrito a partir de diversos parámetros como la intensidad, la frecuencia, la duración... se ha observado en la literatura que el parámetro de la intensidad es el que ha centrado la atención de los investigadores, de aquí que este tipo de escalas tan sólo midan la intensidad. Las segundas, las multidimensionales, son las que miden más de una dimensión. (8)

Empezaremos por las escalas unidimensionales, dentro de ellas se encuentran: numérica, de valoración verbal, analógica visual, de expresión facial y de Andersen. Estas son escalas de categorías y son las de mayor uso en ensayos clínicos y experimentales.

La *Escala numérica* creada por Downie en 1978, valora mediante números (que van de mayor a menor) la relación de estos con la intensidad del dolor. Las más empleadas van del 0 al 10, siendo el 0 la ausencia de dolor y 10 el máximo de dolor. Es útil para valorar la respuesta a un tratamiento seleccionado.

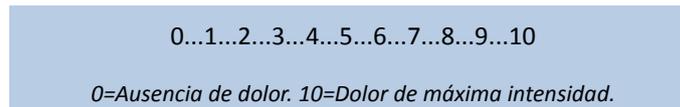


Gráfico 2: Representación de la escala numérica.

La *Escala descriptiva simple (EDS)* o *de valoración verbal (EVV)*, descrita por Keele en 1948. Es de fácil aplicación y representa la forma más básica para medir el dolor. Consiste en interrogar al paciente y se le pide que exprese la intensidad de su dolor mediante un sistema convencional, unidimensional, donde se valora desde la ausencia del dolor hasta el dolor insoportable, a cada uno de estos términos se le asocia una puntuación. No es de difícil aplicación, pero plantea el problema de que un mismo concepto puede tener diferente significado para los distintos pacientes.

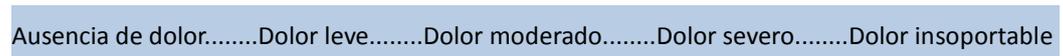


Gráfico 3: Representación de la EDS.

La *Escala visual analógica (EVA o VAS)* ideada por Scott Huskinson en 1976, es el método más empleado, de gran fiabilidad y validez, no utiliza números ni palabras descriptivas, y requiere mayor capacidad de comprensión y colaboración por parte del paciente. Consiste en una línea recta, horizontal o vertical, de 10 cm de longitud, que refleja el continuo de la experiencia dolorosa, ocupando en los extremos el nivel de dolor mínimo y el de grado máximo, el paciente debe marcar aquel punto de la línea donde cree que mejor se refleja la intensidad de su dolor, no tiene por tanto que utilizar palabras específicas, sino que es libre de indicarnos sobre la línea la intensidad de su sensación.



Gráfico 4: Representación de escala EVA.

La *Escala de expresión facial (test de Oucher)* es muy usada en los niños y en personas con trastornos del lenguaje, a veces muestra también utilidad en pacientes con enfermedad mental. Se representan una serie de caras con diferentes expresiones que se van modificando sucesivamente desde la cara de alegría a la de tristeza. A cada una de las caras le corresponde un valor desde el no dolor al máximo dolor.

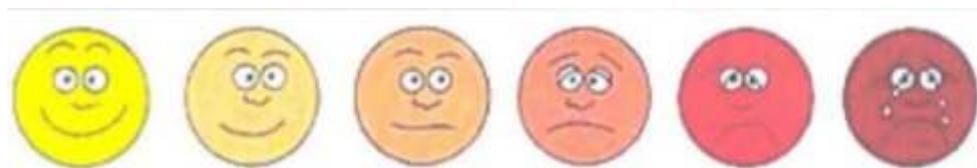


Gráfico 5: Representación de la escala de expresión facial.

La *Escala de Andersen* su utilidad está principalmente en los pacientes con bajo nivel de conciencia, va del 0 al 5 según los siguientes ítems:

0: no dolor.
1: no dolor en reposo, ligero dolor en la movilización o con la tos.
2: dolor ligero en reposo, moderado en la movilización o con la tos.
3: dolor moderado en reposo, intenso en la movilización o con la tos.
4: dolor intenso en reposo, extremo en la movilización o con la tos.
5: dolor muy intenso en reposo.

Gráfico 6: Representación de la escala de Andersen

Las escalas o cuestionarios multidimensionales evalúan la intensidad del dolor y otros aspectos como por ejemplo la incapacidad o la alteración de la afectividad; realizando una evaluación cualitativa de la experiencia dolorosa pues el dolor siempre que se examina viene acompañado de diversas cualidades. Así estas escalas pretenden superar las limitaciones de las que aplican una sola dimensión. De esta manera, si el dolor está formado por distintos componentes habrá que evaluarlos conjuntamente.

El *Cuestionario de McGill-Melzack* (McGILL PAIN QUESTIONNAIRE MPQ): se le presentan al paciente una serie de términos o palabras agrupadas que describen las dos dimensiones que integran la experiencia dolorosa (sensorial y emocional) junto a una tercera dimensión que es evaluativa. Hay un total de 78 adjetivos del dolor organizados en 20 grupos que reflejan las distintas dimensiones, cada dimensión tiene asignado un número que permite obtener una puntuación de acuerdo a las palabras escogidas por el paciente. Esta puntuación refleja el modo en que este califica su propia experiencia dolorosa, y valora la influencia que ejercen los factores emocionales y sensoriales que la integran. Es muy utilizado en estudios de investigación y en centros especializados.

El *Test de Lattinen* es más limitado que el anterior, pero más fácil de comprender y más rápido de aplicar, tiene en cuenta la incapacidad que produce el dolor, la frecuencia, la cantidad de analgésicos que se deben tomar y la distorsión que se produce en el sueño junto con la intensidad del propio dolor.

El *Cuestionario de Wisconsin* (Wisconsin Brief Pain Questionnaire, BPI) es autoadministrado, fácil y breve. Mide los antecedentes del dolor, la intensidad a través de escalas y las interferencias en el estado de ánimo y en la capacidad funcional. La validación en nuestro país se ha realizado en 2003 (Cuestionario Breve del Dolor, CBD).

Como ya hemos visto se han desarrollado múltiples métodos para evaluar el dolor, en una o en sus varias dimensiones, pero cómo saber cuándo escoger uno u otro método, la respuesta dependerá de los objetivos que nos planteemos. Gracely y Naliboff establecen 4 criterios para aumentar el número de dimensiones a estudiar teniendo en cuenta que un método multidimensional solo incrementa su utilidad si:

- Añade precisión a la información del dolor, aumentando la fiabilidad del estudio.
- Incrementa la sensibilidad diagnóstica.
- Aumenta la comunicación sobre el síntoma y por tanto la empatía con el sufrimiento del enfermo.
- Mejora la correlación entre datos neurofisiológicos y psicológicos.

Por tanto una vez comprendidos y explicados los métodos y modelos evaluativos del dolor, es necesario aplicarlos e intentar abordar el dolor de la forma más adecuada y estructurada posible, es lo que explicamos en el siguiente apartado: el abordaje. Dos procesos indisolublemente unidos que determinan en gran medida la evolución de los síntomas y la confinación del cuadro. (18)

II. Abordaje.

Uno de cada dos pacientes logra controlar el dolor manteniéndolo en niveles adecuados, es decir, soportables para continuar con una vida cotidiana; mientras que uno de cada dos continúan con dolor importante, de moderado a severo, con las limitantes que ello propicia. (19)

Lo que se pretende desde el ámbito sanitario es fomentar y mantener estilos de vida que permitan a las personas desarrollar sus actividades básicas de la vida diaria de la manera más óptima posible. Abordar y afrontar el dolor es necesario si queremos conseguir este objetivo base, pues si el dolor no se trata de la manera adecuada se convierte en insidioso y empeora de forma lenta. Pero, cómo abordar de una manera holística, qué retos se nos presentan a los profesionales y cuáles a los pacientes.

Es sabido que el dolor afecta a todo tipo de población, independientemente del rango de edad al que esta pertenezca, es una enfermedad que sufren silentes desde los más jóvenes hasta los más ancianos. Aún así es necesario desterrar la idea que muchos pacientes tienen en la que asocian dolor y envejecimiento, no es cierto que porque envejecemos tenemos que tener necesariamente dolor, crónico, pues éste aparece, como hemos dicho, independiente de la edad y el sexo. Si bien existen estadísticas que asocian diversos tipos de patología con la edad y el sexo pero no entraremos en ese estudio en este trabajo.

Así pues, el planteamiento antropológico de la curación se concentra en contemplar la necesidad de articular todos los ámbitos de expresión y relación de la persona enferma. Alguien que sufre por causa de su dolencia y a la vez por causa de incompreensión ajena no se cura sólo con un medicamento; necesita interactuar con la familia, con el grupo afín a su mal, con el medio laboral, con la comunidad, con el medio natural, con las costumbres y la cultura. (15)

Por ello es necesario que para un correcto afrontamiento y tratamiento del dolor crónico se tengan en cuenta las diferentes variables que giran alrededor del paciente y en las cuales las ciencias de la salud junto con las sociales son clave en relevancia e importancia, pues un trabajo aunado puede lograr conseguir mejorar los resultados a la hora de llegar a paliarlo o por lo menos aliviarlo.

Para indagar y descubrir más acerca del contexto social del paciente es clave utilizar una correcta comunicación la cual servirá como punto de partida para iniciar la relación profesional-paciente. Abordar es saber comunicar, es empezar por saber cuáles son los conocimientos y necesidades de cada paciente, qué es lo que éste intuye, qué información demanda y cuáles son sus deseos de aumentar esta información.

Tenemos que tener presente que las personas con dolor crónico se comunican de manera diferente a aquellas que no tienen sintomatología. En numerosas ocasiones, se encuentran cansados, están irritables y se muestran reacios a hablar sobre lo que sienten, y muchas veces no tienen o no encuentran las palabras para describir cómo se sienten. (20)

Esto genera gran dificultad a la hora de establecer una correcta comunicación entre los que intentamos entenderlos y ellos al intentar expresarse. Por ello deberemos intentar realizar una escucha activa y empática, no oír solo lo que se dice sino como se dice (21), desterrando imágenes preconcebidas, prejuicios y/o suposiciones. La comunicación con estos pacientes es en numerosas ocasiones complicada pues les cuesta hablar sobre su dolor, tienen miedos e inseguridades, e intentan enfrentar su problema con mecanismos defensivos de afrontamiento. En este momento es cuando deberemos mostrar interés sobre su patología, y no fingir que escuchamos y estamos disponibles.

Junto con esta comunicación activa, se encuentra una parte a la que a veces no se le presta atención, que pasa desapercibida y que cursa de manera pasiva e involuntaria: la comunicación no verbal. Se entiende ésta como aquellos gestos o símbolos que no se expresan mediante palabras. En nuestro caso, prestaremos atención a los síntomas que puedan delatar indicios de dolor y que los propios pacientes no den importancia a la hora de relatarlos y obviar dar esa información, en muchos casos relevante.

En ocasiones no lo expresan porque no quieren obtener compasión o no quieren ser una carga para aquellos que están a su lado o los escuchan. Debemos seguir explorando realizando preguntas abiertas que dan lugar a respuestas libres sin mostrar opresión pero dirigiendo la conversación. Hacer preguntas adecuadas les da a los pacientes confianza para poder mostrar sus sentimientos y hablar de dolor.

Puesto que el paciente tan sólo demanda hacia el profesional establecer un vínculo, en el que se le reconozca como persona, no como patología, conociendo su proceso, evolución, posibilidades terapéuticas y que el profesional sea capaz de transmitir confianza y resolver todas sus dudas.

Como escribió el ensayista Anatole Broyard *“Yo no le pediría mucho tiempo a mi médico. Sólo quisiera que se preocupara por mi situación unos cinco minutos, en los que pudiera darme toda su atención de una vez, que creara un vínculo conmigo durante un período corto, vigilara mi alma al igual que mi carne para involucrarse con mi enfermedad, porque cada hombre está enfermo a su manera. Sin ese reconocimiento yo no soy nada, nada más que mi enfermedad”*.

Aquí es donde cabe preguntarse cómo mejorar la eficacia y efectividad del tratamiento, y conseguir mejores resultados de afrontamiento en una enfermedad que cursa silente, aún cuando se ponen todos los medios existentes.

Para mejorar el manejo del dolor crónico en primer lugar debemos de investigar y evidenciar el impacto del dolor crónico para el paciente y la sociedad, así como concienciar sobre los riesgos y los beneficios de los tratamientos actuales. En segundo lugar educar a todo el personal de salud involucrado en tratar pacientes con dolor crónico en el correcto diagnóstico y tratamiento para conseguir que apliquen los conocimientos en su práctica diaria. Y en tercer lugar producir el cambio, es decir, incrementar la concienciación y el compromiso para que se puedan cambiar las políticas de actuación y mejorar la calidad de vida de los pacientes.



Gráfico7: Escalera analgésica OMS.

El tratamiento inicial del dolor crónico se produce con terapia antiálgica basada en el concepto de la escalera analgesia de la OMS que se basa en la administración gradual de fármacos analgésicos asociada a la evolución e incremento del dolor con el fin de conseguir una analgesia razonable y una buena calidad de vida. Intentando administrar el analgésico ideal, es decir, aquel con mayor eficacia, mínima toxicidad, libre de efectos adversos y

que mantenga relación en la que a menor costo se produzca una mayor efectividad. (22)

Si bien, la mayor parte de los pacientes que presentan dolor crónico son tratados en exclusiva con farmacología pero existen otras terapias que combinadas pueden mejorar la eficacia y efectividad en el manejo de esta enfermedad, complementando en el abordaje holístico del dolor. (23) Puesto que la mayoría de las veces se observa que las estrategias terapéuticas encaminadas a paliar el dolor son insatisfactorias. El dolor continúa teniendo una presencia muy importante en la sociedad, pero aún no hemos conseguido que su tratamiento sea el adecuado.

Técnicas físicas	Técnicas cognitivo-conductuales
<ul style="list-style-type: none"> •Termoterapia/ Crioterapia •Acupuntura •TENS •Ejercicios •Movilización/ Estiramiento •Fortalecimiento •Aeróbicos •Relajación 	<ul style="list-style-type: none"> •Relajación pasiva •Meditación •Entrenamiento autogénico •Imaginación •Musicoterapia •Hipnosis •Terapias de grupo o terapias familiares

Tabla 5: Terapias no farmacológicas de abordaje

Es necesario tratar combinadamente el dolor porque este es subjetivo, en ocasiones no se conoce la base causal del dolor, y existe la percepción errónea de verlo como un síntoma cuando en realidad es una enfermedad. Por ello es necesario ver las limitaciones del manejo exclusivo con tratamiento farmacológico, pues el paciente ha de buscar el equilibrio entre el alivio del dolor, que en la mayoría de los casos no es completo y la tolerabilidad, es decir el grado umbral con el que poder desarrollar su vida cotidiana. (24)

Para ello debemos educar y proporcionar información al paciente, realizando por un lado un abordaje cognitivo conductual y por otro abordaje físico. (25,26,27)

El abordaje mediante terapias físicas que utilizan técnicas de fisioterapia que nos ayudan a conseguir mover el cuerpo para ayudarlo a relajar los músculos, mediante el uso de masajes, reposo, ejercicios de estiramiento y fortalecimiento, técnicas de frío y calor, tracción, TENS, acupuntura... son especialmente utilizadas en el tratamiento del dolor musculoesquelético. (28)

La *aplicación de calor y frío terapéuticos* es usada tanto en el tratamiento del dolor agudo como en el del crónico, si bien el frío local se utiliza mayormente en los casos agudos. La *crioterapia* produce vasoconstricción y posteriormente vasodilatación. Se aplica utilizando bolsas o bloques de hielo, baños de agua fría o aplicando cloruro de etilo y fluorometano en los puntos de dolor.

La *termoterapia* en cambio aumenta el flujo sanguíneo local de la piel y los tejidos superficiales y disminuye el de los órganos inactivos. Se puede aplicar de manera superficial (no alcanzando una profundidad mayor de 1 cm) por conductividad usando bolsas con coloides o con agua caliente, mediante convección usando hidroterapia o por calor radiante mediante uso de rayos infrarrojos. Existe otra opción de aplicación de calor profundo, que alcanza entre 3 y 5 cm de profundidad, que se logra mediante la diatermia y el ultrasonido. La ventaja es que es posible calentar selectivamente huesos y tejidos sin producir quemaduras superficiales. Adicionalmente, mejora la extensibilidad del tejido conectivo, la relajación muscular y acelera la cicatrización.

La realización de ejercicios es otra técnica muy utilizada que intenta equilibrar la fuerza, la flexibilidad y la resistencia, pues consigue aliviar el dolor mejorando la calidad de vida obteniendo independencia funcional. La inactividad da lugar a rigidez articular, disminución de la fuerza muscular y de la resistencia, factores que hacen que el dolor se mantenga. Mediante la realización de ejercicios los pacientes consiguen obtener a la par beneficios y efectos psicológicos positivos de bienestar y autocontrol.

Se utilizan los ejercicios de movilización y estiramiento que mantienen la movilidad de las articulaciones y la flexibilidad facilitando el movimiento, los de fortalecimiento que ayudan a adquirir musculatura, los aeróbicos que aumentan la resistencia, la fuerza muscular, disminuyen la tensión arterial como pueden ser el atletismo, la natación o el ciclismo y los de relajación que reducen la tensión muscular y el estado de alerta (hablaremos de ellos en el apartado de técnicas conductuales) dependiendo del tipo y localización del dolor.

La *acupuntura* como terapia es utilizada también para ambos: dolores agudos y crónicos con gran éxito. Lleva usándose en China desde hace más de 4.000 años y hoy se empieza a utilizar en occidente de manera creciente. Consiste en la inserción de finas y pequeñas agujas en diversos puntos del cuerpo (puntos de acupuntura) para restablecer el equilibrio y recuperar la normalidad, aliviando el dolor, pues considera que las enfermedades se deben al desequilibrio de dos fuerzas: Yin y Yang, que actúan en el organismo conectando con los centros vitales. Se piensa que al realizar este procedimiento se liberan sustancias que inhiben la transmisión del impulso doloroso, como por ejemplo son las endorfinas. (29)

La *Estimulación eléctrica nerviosa transcutánea o TENS* (Transcutaneous Electrical Nerve Stimulation) Se utiliza tanto para tratar el dolor agudo como el crónico. Se trata de un procedimiento de estimulación que utiliza un pequeño aparato conectado a unos electrodos que se aplican en la piel en la zona de la región dolorida, en puntos reflexógenos o puntos de acupuntura a una determinada frecuencia dependiendo de la naturaleza del dolor. Esta terapia consigue la estimulación eléctrica de las grandes fibras nerviosas inhibiendo la transmisión de las pequeñas que llevan la sensación dolorosa, produciendo analgesia. Se aconseja utilizar bajas frecuencias en casos de dolor crónico y parece que los resultados son mejores cuando el dolor es localizado que cuando es difuso. (30)

Explicadas las terapias físicas, haremos una revisión de las terapias cognitivo-conductuales. El tratamiento psicológico del dolor está indicado en pacientes con dolor crónico pues estas técnicas permiten derivar el pensamiento del estímulo doloroso y centrar el mente; la persona ha de capacitarse y entrenarse en ejercicios de relajación, imaginación, distracción, hipnosis... pues el componente psíquico tiene un gran efecto sobre la percepción del dolor. (31)

La terapia cognoscitiva-conductual se desarrolla sobre la base de que el dolor y la manera en que afrontamos las situaciones vienen determinadas por el significado que cada persona tiene en su mente. (32) Cada persona responde y tolera la experiencia dolorosa de una determinada manera dependiendo de diversos factores forjados, el significado que cada uno le damos no es un objeto físico, sino que es construido en la mente a través de un proceso que involucra la percepción, la inferencia y la interpretación que se basa en los conocimientos, creencias y actitudes. (6)

Para poner la base de este tipo de terapias es necesario hacer especial mención al *proceso educativo* tanto del paciente como de la familia. Instruir sobre las características del dolor y la implementación de las terapias no farmacológicas, en el caso que nos ocupa, las psicológicas, que complementan a las farmacológicas y pretenden aumentar la tolerancia al dolor, controlar las reacciones emocionales, reducir el sufrimiento y la incapacidad, aumentando la autoestima y capacitando al paciente para afrontar eficientemente los problemas. Todo este proceso necesita tiempo, comprensión, explicación, asimilación y perseverancia.

La mayor parte de los métodos cognitivo-conductuales se basan en la relajación, ya que se ha comprobado que disminuir la tensión, la ansiedad y el dolor están íntimamente relacionados. Son varias las modalidades, las más utilizadas son: la relajación pasiva, la relajación muscular progresiva, la meditación, la técnica autogénica, la imaginación o visualización y la musicoterapia.

La *relajación pasiva* busca eliminar la tensión de las distintas partes del cuerpo, permitiendo relajar los músculos tensionados por el dolor. Es fácil de realizar y de comprender, sólo hay que pedir al paciente que contraiga y relaje los distintos grupos musculares alternadamente.

La *meditación* es otro procedimiento que intenta buscar un estado de paz interior, calma y receptividad y lo logra a través de un ambiente tranquilo, en reposo, mientras la atención se centra en un objeto o palabra. Consiste en pedir al paciente que respire lentamente y adopte una posición pasiva. (33)

Otra manera de reducir la actividad simpática se consigue mediante la utilización de frases usando *entrenamiento autogénico*, es decir, estando el paciente en posición confortable y relajada se le pide que se concentre en sensaciones como calor y pesadez o en disminuir la frecuencia respiratoria o cardíaca.

La imaginación o la visualización consiguen mediante la recreación de escenas mentales de lugares agradables y tranquilos desviar la mente, mediante entrenamiento concentrar el pensamiento y alejarlo de la sensación dolorosa.

La *musicoterapia* es otra de las técnicas utilizadas para combatir el dolor. Los profesionales en esta disciplina utilizan teorías y prácticas para ayudar a mejorar el bienestar de los pacientes e indirectamente consiguen un efecto relajante y desvían la atención de la experiencia dolorosa y de los estímulos que la producen. Además mediante su uso se facilita la participación grupal y el desarrollo social, la comunicación y sirve como entretenimiento y diversión.

La música ha sido y es usada en numerosos contextos y tienen numerosas aplicaciones, partiendo de la base de que muchas personas encuentran paz y descanso al escucharla, los profesionales consiguen efectos físicos de relajación muscular y que los pacientes alivien y modifiquen la percepción que del dolor tienen, facilitando la participación en las actividades diarias.

Mediante la *hipnosis* conseguimos aliviar el dolor a través de la relajación y el autocontrol. Utilizando un estado de concentración enfocada que hace referencia a la receptividad para la sugestión, la reducción de la actividad fisiológica y la focalización de la atención.

Por medio de la hipnosis se consigue disminuir o cambiar la zona dolorosa, sustituyendo la sensación por otra más tolerable o psicológicamente desplazando el dolor a una zona fuera del cuerpo o disociando la percepción que se tiene de éste, mediante la recreación en la mente como ya experimentado en otro lugar o tiempo. Antes de iniciar la terapia instruiremos al paciente sobre sus características.

En algunas ocasiones se aplican *terapias de grupo o terapias familiares* para modificar la conducta dolorosa, buscando que los enfermos expresen sus emociones y se capaciten para afrontar el problema. Cuando se aplica esta opción se producen diversas ventajas, pues permite afrontar la enfermedad, encontrar sentido a la existencia, asumir el autocontrol, comunicarse, dejar de hacer lo que no se quiere, ayudar de manera altruista al otro basándonos en nuestras propias experiencias, y observando actitudes que disminuyen el sufrimiento innecesario y el dolor.

El uso de estas terapias alternativas que proponen otro abordaje y la utilización de técnicas en lugar de las convencionales para el tratamiento del influjo doloroso proporcionan al paciente confort y mejoran la calidad y el bienestar. La combinación de ambas, medicina tradicional y terapias alternativas, proporciona un aumento de los resultados mejorando la calidad de vida, aliviando el estrés y la ansiedad y aportan a los pacientes los conocimientos necesarios para intentar lidiar y llevar en su día a día los problemas que de la experiencia dolorosa crónica se derivan.

PARTE 3.

I. Justificación y Conclusiones.

Socialmente entendemos el dolor como aquella respuesta natural que el cuerpo emite ante un daño, esto sucede debido a que tenemos nociceptores o receptores del dolor que se activan cuando se produce una lesión o cuando los cambios químicos del cuerpo indican que se está dañando una parte de éste. Nuestro cerebro interpreta las señales dolorosas y mantiene el estado de alerta, y en general esta comprensión sólo abarca el dolor inicial, es decir el agudo, un dolor útil que nos advierte de un peligro.

Pero cuando la duración del dolor se prolonga más allá de lo esperado se convierte en crónico, y nos encontramos con un sistema de alarma desajustado en el que el paciente siente dolor pero la utilidad de éste es dudosa. Se ha convertido en la enfermedad misma, un padecer que irrumpe y trastoca la cotidianidad por tiempo indeterminado. (34)

Dependiendo de las causas y las características de éste se nos plantearan diferentes tratamientos. Pues desde el ámbito de la salud necesitamos buscar los recursos adecuados para tratar el dolor crónico en cada paciente, individualizando los planes de actuación. En inicio, los especialistas seguimos una serie de niveles de tratamiento, en general y en primera instancia se opta por el tratamiento farmacológico, pero como hemos explicado diferentes son las dimensiones de la experiencia dolorosa (fisiológica, sensorial, afectiva, cognitiva, comportamental y socio-cultural) y diferentes por tanto han de ser las alternativas que combinadas se han de utilizar para tratar esta enfermedad.

Los profesionales que tratamos el dolor hemos de saber que en muchas ocasiones éste no desaparece, no tiene una cura total al cien por cien, por lo que la opción para tratarlo se concentra en conseguir las alternativas y mejores formas para manejarlo y optimizar la calidad de vida.

La calidad de vida es un término descriptivo que hace referencia al bienestar emocional, social y físico de la población y a su capacidad funcional en la actividad diaria. La OMS define la calidad de vida como la percepción del individuo de su situación en la vida, dentro del contexto cultural y de valores en el que vive y en relación con sus objetivos, expectativas valores e intereses. (35)

Pues pese a los adelantos científicos, médicos y tecnológicos, el paciente sigue sufriendo innecesariamente por un dolor que debería estar manejado adecuadamente. Este manejo inadecuado agrava la condición de salud y afecta esta calidad de vida, repercutiendo negativamente tanto en el paciente como en la institución al aumentar los costes necesarios para manejar su tratamiento. (10)

Reconociendo que el dolor crónico es difícil de manejar porque afecta a cada persona de manera diferente, variando mucho de unos a otros, y siendo numerosas las causas que pueden producirlo, cada tratamiento se debe individualizar para adaptarlo a las necesidades concretas de cada paciente. En la práctica profesional se observa que no existe una sola opción que sea óptima para todos los casos. Dos personas con el mismo tipo de dolor necesitan dos tratamientos distintos puesto que su experiencia dolorosa no es igual. En términos generales, se van probando las terapias hasta conseguir una combinación en la que éste se vuelva tolerable.

Por esta razón a parte de individualizar los planes de actuación, es necesario que los especialistas avancen en el continuo salud-enfermedad aunados como parte de un equipo multidisciplinar en el que profesionales de distintas áreas de la salud (médicos, enfermeras, fisioterapeutas...), de la psicología y de las ciencias sociales (trabajadores sociales, educadores sociales, antropólogos...) trabajen conjuntamente, proponiendo diferentes alternativas. Un mayor campo de conocimientos dará mejores resultados, pues todas estas ciencias confluyen en el ser humano y no se debe construir un futuro sanitario sobre las únicas aportaciones de la industria farmacéutica. (15)

Desde esta perspectiva, para sentar las bases de un correcto tratamiento y un abordaje integral, los profesionales tenemos que comenzar realizando una entrevista detallada en la que se valore el problema de salud actual, la evolución, los antecedentes del paciente, es decir, se realice una historia clínica completa junto con una exploración física detallada.

Se dejará al paciente que hable y verbalice sus conocimientos y miedos sobre la enfermedad, para posteriormente poder educar y dar información sobre el tipo de dolor, los tratamientos que se proponen, cómo estos funcionan y se propondrá el plan terapéutico a seguir que debe ser un consenso entre el especialista y el paciente, pues sin el trabajo conjunto la eficacia del tratamiento no será la esperada.

En este momento es cuando debemos prestar atención a la existencia de una cultura social sanitaria estrechamente ligada a tabúes y miedos que los pacientes tienen hacia determinados tratamientos o hacia el pronóstico y desarrollo de su propia enfermedad. (36) Es decir, la patología dolorosa está cargada de un significado cultural profundo. (2) El dolor se construye socialmente, se integra en una cultura que le da sentido y le caracteriza con unos valores simbólicos. (5)

Por ello no hay que ver la experiencia dolorosa sólo como un proceso biológico, sino como un hecho con implicaciones socioculturales. (3) Desde esta perspectiva, vemos que es necesario informar y trabajar en la enseñanza, proponiendo expectativas realistas y objetivos alcanzables, educar en la patología es la única forma de conseguir un nexo de unión que favorezca y fortalezca la confianza y el desarrollo del plan curativo establecido.

Del mismo modo que las personas cambian sus convicciones y evolucionan, como vemos con el desarrollo histórico del concepto del dolor, también lo hacen las instituciones que se vuelcan en la actualidad por dar un enfoque intercultural reconociendo la pluralidad y el abandonando las posiciones fijas y rígidas de la medicina tradicional. (34)

Como sabemos el dolor es el uno de los temas en materia de salud que más preocupa y uno de los que más presenta deficiencias en su abordaje y tratamiento. Según la encuesta "Pain in Europe" más de cuatro millones y medio de españoles (el 12% de los adultos) padece dolor crónico, y muchos de estos pacientes pasan de un especialista a otro sin obtener solución, aumentando el coste sanitario que de esta patología se deriva.

Concluyendo diremos que como profesionales que trabajan dentro de un sistema de atención integral y que disponen de distintos dispositivos y recursos, al aumentar la demanda asistencial debemos hacer uso de ellos de manera combinada. Esta demanda está actualmente en crecimiento debido al aumento de la prevalencia de las enfermedades crónicas por el aumento de la esperanza de vida.

Para mejorar estos resultados de actuación deberemos mejorar nuestros conocimientos sobre el campo, coordinar los distintos niveles asistenciales garantizando la continuidad de la asistencia de cuidados, para intentar lograr óptimos resultados en cuanto a la eficacia y la eficiencia del tratamiento.

REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS

- (1) Olea ML. Evolución filogenética del dolor. Elementos: Ciencia y Cultura. 2002;(046):19-23.
- (2) Flores-Guerrero R. Salud, enfermedad y muerte: lecturas desde la antropología sociocultural. MAD. 2011(10):21-29.
- (3) Ortega-López RM. Cultura del dolor, salud y enfermedad: percepción de enfermería, usuarios de salud y curanderos. Cul. Cuid. 2006;(19).
- (4) Gil A, Layunta B, Íñiguez L. Dolor crónico y construccionismo. Boletín psic. 2005;(84):23-40.
- (5) Bustos Domínguez R. Elementos para una antropología del dolor: el aporte de David Le Breton. Acta bioeth. 2000;6(1):103-111.
- (6) Monsalve Dolz V., Soriano Pastor JF., Soucase Lozano B. Influencia de los procesos mediadores en la adaptación al dolor crónico. Int J Clin Health Psychol. 2005;5(2):227-241.
- (7) Timoneda FL. Definición y clasificación del dolor. Clínicas urológicas de la Complutense. 1995(4):49-56.
- (8) Toquero de la Torre F, Zarco Rodríguez J, Rodríguez López MJ, Blanco Tarrío E., Espinosa Almendro JM, Marcos Carreras H., et al. Guía de buena práctica clínica en dolor y su tratamiento. [Internet]. 2004. [Accessed Agosto, 2014]. Available at: https://www.cgcom.es/sites/default/files/guia_dolor_0.pdf.
- (9) Keefe F. Pain online. [Internet]. 2014. [Accessed Junio, 2014]. Available at: <http://www.iasp-pain.org/PublicationsNews/PAIN.aspx?navItemNumber=570>.
- (10) González-Rendón C., Moreno-Monsiváis MG. Manejo del dolor crónico y limitación en las actividades de la vida diaria. Rev. Soc. Esp. Dolor. 2007;14(6):422-427.
- (11) Aguirre BAR. Reseña de libro: Vivir con dolor crónico. Medicina Social. 2011;6(2):162-162.
- (12) Fernández-Torres B., Márquez C., de las Mulas M. Dolor y enfermedad: evolución histórica: I. De la prehistoria a la ilustración. Rev. Soc. Esp. Dolor. 1999;6(4):282.
- (13) Le Breton D. Anthropologie de la douleur. : Métailié; 2006.
- (14) Fernández-Torres B, Márquez C, de las Mulas M. Dolor y enfermedad: evolución histórica II. Del siglo XIX a la actualidad. Rev. Soc. Esp. Dolor. 1999; 6 (5):368-379.
- (15) Mena AJA. La antropología aplicada, la medicina tradicional y los sistemas de cuidado natural de la salud. Una ayuda intercultural para los padecimientos crónicos. Gazeta de Antropología. 2007;23.
- (16) Sánchez D, Raich i Escursell RM, Gutiérrez T, Deus J. Instrumentos para la evaluación de la experiencia de dolor crónico en adultos. Instrumentos de evaluación

en psicología de la salud.: Alianza; 2003.

(17) Serrano-Atero M, Caballero J, Cañas A, García-Saura P, Serrano-Álvarez C, Prieto J. Valoración del dolor (I). Rev. Soc. Esp. Dolor. 2002;9:94-108.

(18) Franco R, Cano L, FJ-Blanco A. Evaluación de las estrategias de afrontamiento en dolor crónico. Actas Esp. Psiq. 2004;32(2):82-91.

(19) Barragán-Solí A. El dolor crónico: una visión antropológica de acuerdo a familiares y pacientes. Archivos en Medicina Familiar. 2006;8(2):109-117.

(20) Fundación Americana del Dolor, Inc. Control del dolor. [Internet]. 2004. [Accessed Julio, 2014]. Available at: http://www.amputee-coalition.org/spanish/easyread/fact_sheets/painmgmt-ez.html.

(21) Codina A. Saber escuchar: Un intangible valioso. Intangible capital. 2007(3):176-201.

(22) Flórez J. Fármacos y dolor. : Ergon; 2004.

(23) Echeverri TÁ. Medidas no farmacológicas para el alivio del dolor. Rev. Col. Anest. 1999; 27: 1: 59 – 67.

(24) Truven Health Analytics I. Terapias no farmacológicas para el manejo del dolor en adultos. [Internet]. 2014. [Accessed Julio, 2014]. Available at: http://www.allinahealth.org/mdex_sp/SD2345G.HTM.

(25) Sanz Ortiz J. Tratamiento no farmacológico del dolor. [Internet]. 2007. [Accessed Julio 2014, 2014]. Available at: <http://www.taiss.com/escorial/curso-dolor-12-jaime-sanz-tratamiento-no-farmacologico-para-dolor.pdf>.

(26) Transformación de Descubrimientos en Salud, NIH. Otros métodos para controlar el dolor. 2009. [Accessed Agosto, 2014]. Available at: <http://www.cancer.gov/espanol/cancer/control-dolor/page8#i9>.

(27) PsysNET A. Cómo lidiar con el dolor crónico. [Internet]. 2014. [Accessed Agosto, 2014]. Available at: <http://www.apa.org/centrodeapoyo/dolor.aspx>.

(28) Change pain, Org. Acerca del dolor: tratamiento no farmacológico. [Internet]. 2014. [Accessed Julio, 2014]. Available at: <http://www.changepain.org/grt-change-pain-portal/GRT-CHANGE-PAIN-PORTAL.es/Home/Acerca.de.DOLOR/Tratamientos/Tratamiento.no.farmacologico/121800427.jsp>.

(29) Hopton A, MacPherson H. Acupuncture for Chronic Pain: Is Acupuncture More than an Effective Placebo? A Systematic Review of Pooled Data from Meta-analyses. Pain Practice. 2010;10(2):94-102.

(30) Cerdá-Olmedo G, Monsalve V, Mínguez A, Valía J, De Andrés J. Algoritmo de decisión para el tratamiento del dolor crónico: una propuesta necesaria (I). Rev Soc Esp Dolor. 2000;7(4):225-233.

(31) Penzo W. El dolor crónico: Aspectos psicológicos.: Martínez Roca; 1989.

(32) Rodríguez Franco L, Cano García F. El papel del psicólogo en el abordaje del dolor. Act. Dolor. 2001; 2:179-288.

(33) López López JA, Redpacientes SL. Terapias alternativas para afrontar el dolor crónico, la ansiedad y el estrés. [Internet]. 2014. [Accessed Julio, 2014]. Available at: <http://redpacientes.com/social/posts/view/249/145>.

(34) Del Mónaco RL. Aproximación al estudio del dolor crónico: estrategias desde la Biomedicina frente al padecimiento. Inst. Invest. Gino Germani, Univ. Buenos Aires. 2009.

(35) Torre F, Martín-Corral J, Callejo A, Gómez-Vega C, La Torre S, Vallejo RM, et al. Calidad de vida relacionada con la salud y estrategias de afrontamiento ante el dolor en pacientes atendidos por una unidad de tratamiento del dolor. Rev. Soc. Esp. Dolor. 2008;15(2):83-93.

(36) Alonso JP. Cuerpo, dolor e incertidumbre. Experiencia de la enfermedad y formas de interpelar el cuerpo en pacientes de Cuidados Paliativos. Rev. Antrop. Invest. Soc. 2009(2):36-50.