



Dolor: Mitos y Realidades

Resulta innecesario, por obvio, decir que el dolor forma parte indisoluble de la vida de los seres humanos porque todos lo hemos sentido en uno u otro momento de nuestra vida. Es el síntoma más frecuentemente encontrado en la práctica clínica y acompaña a muchas situaciones fisiológicas como la menstruación o el parto, amén de ocupar una posición destacada en el sistema de valores y creencias de todas las sociedades.

Autora:

M^a Teresa Luis Rodrigo

Profesora de Enfermería Médico-Quirúrgica.
Escuela de Enfermería de la Universidad de Barcelona.

Dirección de Contacto:

Escola d'Infermeria
Universitat de Barcelona
Av. Feixa Llarga, s/n.
Pavelló Central, 3^a Planta
08907 L'Hospitalet de Llobregat

Aunque desde una óptica simple y reduccionista se podría describir como una reacción biológica universal que aparece cuando las terminaciones nerviosas se ven afectadas por un estímulo que se origina dentro o fuera del cuerpo, según E. Ocaña (1997:14-5) "En tanto que es, el dolor se dice y se padece de muy diversas maneras, y esas diversas formas de sufrir su ser no son ajenas a los esfuerzos culturales por interpretarlo (...) Las más variadas culturas han experimentado el dolor como un fenómeno que exigía tanto una curación como una

interpretación." E interpretar es una actividad humana sujeta a influencias sociales, culturales, espirituales y psicológicas que condicionan tanto la percepción de la sensación original como la reacción ante la misma.

Por desgracia, aunque la medicina occidental reconoce teóricamente la existencia de componentes distintos a los biológicos, su actitud hacia el dolor orgánico no suele tener en cuenta esos otros elementos que le son consustanciales. La incorporación de éstos a la práctica diaria requeriría que los profesionales de la salud nos armásemos no sólo con conocimientos neurofisiológicos y farmacológicos, sino también con saberes sociales, culturales y psicológicos que nos permitieran tanto descifrar los mensajes que recibimos de las personas a las que cuidamos, como a controlar los que nosotros mismos enviamos.

De lo público y lo privado, lo normal y lo anormal

El dolor podría calificarse de percepción "privada" en la medida en que su existencia es conocida sólo por la persona que lo siente, y para que ese dato privado se convierta en público es preciso que lo comunique de forma verbal o no verbal. Sin embargo, bajo determinadas circunstancias esta comunicación puede no producirse, hecho común en sociedades que valoran el estoicismo y la fortaleza y en las que la capacidad para aguantar el dolor sin dar señales externas del mismo se considera como un signo de hombría.

Según Helman (1994:180), la decisión de convertir el dolor "privado" en "público" depende en gran medida de cuatro elementos:

1. El significado que tenga para quien lo sufre,
2. La índole y personalidad de quienes pueden prestar ayuda.
3. La intensidad percibida de la sensación dolorosa.
4. Que ambos (quien sufre y quien debe ayudarle) tengan una procedencia similar.

El dolor se dice y se padece de muy diversas maneras, y esas diversas formas de sufrir su ser no son ajenas a los esfuerzos culturales por interpretarlo

El significado que la persona dé al dolor es relevante ya que si lo considera normal (por ejemplo, el que acompaña a la menstruación) tenderá a aliviarlo por sí misma y a no comunicarlo ni solicitar ayuda externa, mientras que si lo considera anormal es más probable que lo ponga en conocimiento de otros para demandar atención y tratamiento. Sin embargo, las definiciones de lo que es un dolor "anormal" (y por tanto que requiere atención por parte de un experto) tienden a estar determinadas por la cultura, ya que cada sistema de ideas, valores y creencias conlleva una definición de la imagen, estructura y función del cuerpo que determinarán el concepto de normalidad y anormalidad en todo lo que al mismo se refiere, incluida la percepción e interpretación del dolor.

La segunda influencia se refiere a la índole y personalidad de las personas que pueden prestar ayuda; así, es más probable que alguien exprese su dolor ante un médico o una enfermera en un hospital, o ante una persona que muestra una actitud empática, que ante un autoritario sargento del ejército o ante una persona que ha manifestado repetidamente su rechazo y desprecio por los "quejicas".

El tercer factor es la intensidad percibida de la propia sensación dolorosa, que diversos estudios indican que no es consecuencia automática de la extensión y naturaleza de la lesión y que las ideas sobre el significado del dolor, el contexto en el que se produce, y las emociones asociadas con el mismo pueden afectar notablemente su percepción. Así, el temor a las repercusiones futuras del tratamiento al que ha sido sometido puede intensificar la percepción dolorosa del enfermo quirúrgico, mientras que, por el contrario, el ansia de salvar la propia vida en una situación de peligro extremo puede disminuir la sensación, y por tanto las quejas, como en el caso de algunos soldados heridos durante una batalla.



La cultura sanitaria occidental, demasiado centrada en los aspectos puramente fisiológicos, minimiza el efecto placebo considerando que no es medicina real, y olvida que los efectos terapéuticos de las ideas y expectativas han sido utilizados en todas las culturas

Finalmente, en cuarto y último lugar, influye el hecho de que la persona que sufre y la que potencialmente puede ayudarle tengan una procedencia similar ya que la forma en que se comunica una emoción, en este caso el dolor, y el modo en que los demás responden a ella está determinada grandemente por la cultura. En otras palabras, cada cultura o grupo tiene su propio lenguaje del sufrimiento que depende, entre otros factores, de si en el mismo se aprecian o condenan las expresiones emocionales y la respuesta a las lesiones.

El dolor público implica, por tanto, una relación de duración variable entre el que lo sufre y otra persona o personas, cuya índole determinará si éste es revelado, en qué momento y cómo, así como la naturaleza de la respuesta de los demás frente al mismo. De lo dicho hasta aquí se desprende que las personas que sufren recibirán la máxima atención y simpatía si su conducta en el momento de expresar sus sufrimientos concuerda con la idea que tiene la sociedad sobre cómo deberían comportarse, estableciéndose una dinámica entre el individuo y la sociedad donde tanto la expresión del dolor como la respuesta ajena frente al mismo se influyen mutuamente; por el contrario, pueden surgir serios problemas si ambos (el que sufre y el que tiene que ayudarle a aliviar o curar su sufrimiento) tienen distintos valores culturales o proceden de clases sociales muy distintas con expectativas diferentes sobre cómo deberían desempeñar cada uno de ellos su papel.

A propósito de una encuesta

Llegados a este punto, y perfilados los elementos extra-biológicos que influyen de manera decisiva en cómo la persona expresa su dolor o reacciona ante el de los demás, quisiera exponer y comentar

brevemente los resultados de una encuesta internacional sobre el dolor llevada a cabo por dos enfermeras (Margo McCaffery y Betty Ferrell) en la que colaboré en la recogida de datos. McCaffery y Ferrell son miembros del comité de expertos de la Organización Mundial de la Salud (OMS) formado en 1980 con el objetivo de promover el alivio del dolor canceroso en todo el mundo. Uno de los frutos de su trabajo fue la aparición en 1986 de un folleto denominado *Cancer Pain Relief* que ha sido traducido a más de 20 idiomas.

McCaffery y Ferrell quisieron averiguar los conocimientos que poseían las enfermeras sobre los conceptos básicos recogidos en la publicación de la OMS, para lo cual elaboraron una encuesta que fue traducida y distribuida en distintos países durante el año 1994 y cuyos resultados se publicaron en el *Journal of Pain and Symptom Management*, vol. 10 nº 5, de julio de 1995.

Antes de empezar a exponer los resultados de la encuesta quisiera expresar una opinión personal respecto a dos puntos. Primero, que aunque las preguntas se refieren específicamente al dolor canceroso, las respuestas son extrapolables (posiblemente incluso más marcadas) a todo tipo de dolor, por ejemplo, el postoperatorio. Y segundo, que las respuestas no sólo reflejan los conocimientos técnicos, sino que diferencias tan señaladas entre los distintos países como las que aparecen en la pregunta sobre la exageración del dolor o la probabilidad de adición a los narcóticos sólo pueden comprenderse si se interpretan a la luz del sistema de valores y creencias de los distintos grupos culturales.

Los países estudiados fueron Australia, Canadá, España, Estados Unidos y Japón y tienen en común haber sido clasificados por las Naciones

Unidas como países desarrollados con una economía de mercado, pertenecer a la OMS, tener traducida a su idioma la publicación de la OMS de 1986 y, además, tener una formación equiparable en la disciplina enfermera. De todos los países elegidos, España es el que más tardíamente se ha incorporado a este movimiento para el control del dolor canceroso y es el único que carece de una política nacional sobre el dolor.

El cuestionario constaba de un apartado dedicado a los datos demográficos más una serie de preguntas relacionadas con el tema investigado, de las que he seleccionado las 10 que me parecen más relevantes. La muestra estudiada fue de 1.428 encuestas, de las cuales 188 eran de Australia, 190 de Canadá, 95 de España, 150 de Estados Unidos y 805 de Japón. Respecto a su composición, eran enfermeros el 100% de los encuestados en Estados Unidos y España, el 99,5% en Canadá, el 96% en Japón y el 93,3% en Australia. El entorno de práctica más común fue el hospitalario en todos los países; los años medios de experiencia profesional variaban de 10,4 años en España a 19 años en Australia, mientras la edad media oscilaba de 32,1 años en España a 41,1 años en Canadá.

En la Tabla 1 se recogen los aciertos en las respuestas por países.

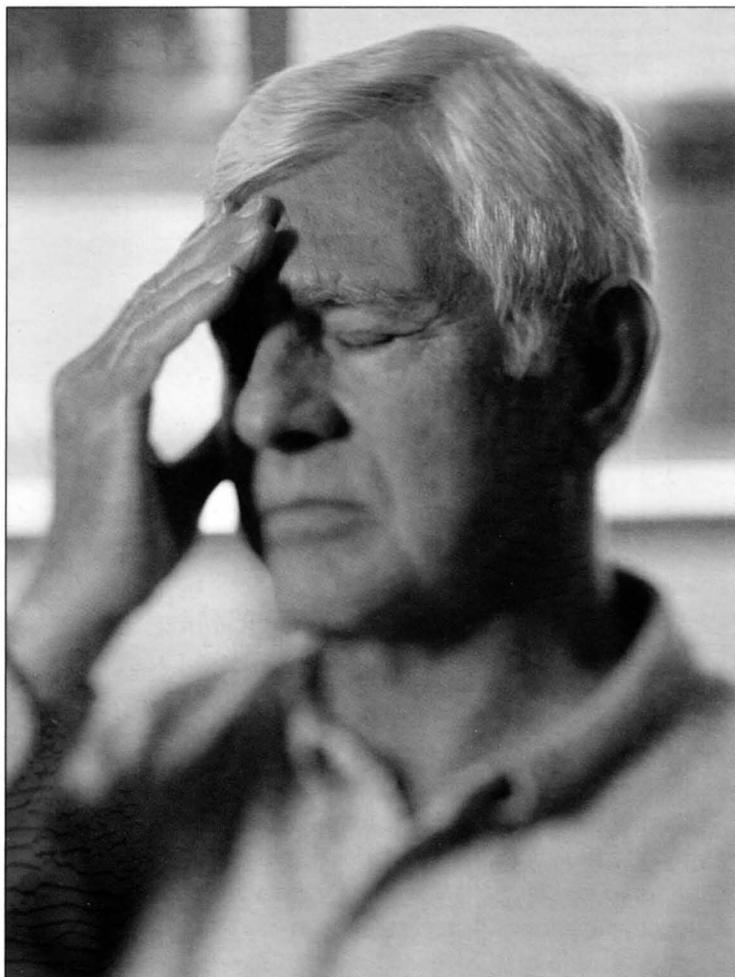
1. Porcentaje de enfermos con cáncer que experimentan dolor en algún momento durante su enfermedad; las posibles respuestas iban del 0% al 100%, con aumentos de 10. Las valoraciones realizadas por la OMS y por diversos grupos de varios países lo sitúan entre el 80% y el 100% de los enfermos.
2. Porcentaje de enfermos con cáncer que exageran el dolor que sienten; también en esta ocasión la respuesta oscilaba del 0% al 100% con aumentos de 10. De acuerdo con las cifras proporcionadas por la OMS y por diversos grupos, el porcentaje es inferior al 10%.
3. Probabilidad de adicción a los narcóticos (opioides) como resultado del tratamiento con analgésicos narcóticos, que la OMS sitúa por debajo del 1% de los casos.
4. Momento en que se recomendaría la terapia con la máxima analgesia narcótica tolerada por el enfermo para el tratamiento del dolor

Tabla 1. Porcentaje de respuestas acertadas por países

Pregunta nº	Australia	Canadá	E.E.U.U.	España	Japón
1	82,7	97,8	90,8	94,8	49
2	74,2	76,1	63,8	54,4	9
3	58,4	51,3	43,4	17,2	14
4	79,3	93,2	82,1	81,1	51,2
5	66,3	71,5	57,1	43,5	54,8
6	73,3	87,2	72,7	51,2	61,6
7	84	91,1	89,5	71,1	80,9
8	89,5	94,7	86,1	57,8	75,1
9	85,1	88,9	83,9	49,9	71,8
10	87,7	95,8	95,8	74,7	71,6

canceroso severo. Se podía elegir entre diversos pronósticos de vida o en cualquier momento, con independencia del pronóstico, siendo esta última la respuesta correcta de acuerdo con las recomendaciones de la OMS.

5. Vía de administración recomendada para los analgésicos narcóticos (opioides) en los enfermos con dolor prolongado relacionado con el cáncer y las posibilidades de elección incluían las vías IV, IM, SC, oral y rectal. Las recomendaciones actuales indican que la vía oral es la más adecuada dado que es la menos invasiva, la de más fácil administración y, generalmente, la menos cara.
6. Fármaco de elección para el tratamiento del dolor canceroso prolongado de moderado a severo, y en la respuesta podía optarse entre el cocktail de Brompton, la codeína, la morfina, la meperidina y la metadona. Siguiendo de nuevo a la OMS, la sustancia de elección sería la morfina.
7. Mejor forma de administrar la analgesia para el dolor canceroso, pudiendo elegir entre las 24 horas del día con un horario fijo (que era la respuesta correcta), sólo cuando el enfermo lo pida o sólo cuando la enfermera determine que el enfermo tiene dolor moderado o severo.
8. Explicación más probable para el hecho de que un enfermo canceroso terminal con dolor crónico solicite dosis crecientes de medicación analgésica; la respuesta correcta era que experimenta dolor creciente, dando como opciones erróneas que está causado por ansiedad o depre-



sión creciente, que quiere que le presten más atención y que sus demandas están relacionadas con la adicción.

9. Utilidad de los placebos para determinar si el dolor que siente el enfermo es real, práctica cuya utilización ha sido calificada como inapropiada por numerosos grupos profesionales dedicados al tratamiento del dolor.
10. Capacidad para juzgar la intensidad del dolor, sensación subjetiva y por tanto sólo identificable por quien la padece, las respuestas permitan elegir entre el médico, la enfermera, el enfermo, el farmacólogo y el cónyuge o la familia.

Algunas reflexiones al hilo de las repuestas

Es evidente que los datos son impactantes y que merecen un análisis largo y detenido que permita unificar criterios y trazar las líneas maestras de la política educativa y sanitaria, discusión que

queda fuera del alcance de este artículo. Con todo, no me resisto a comentar, aunque sea brevemente, algunos aspectos de los resultados españoles que atraen más mi atención y que agruparía en tres puntos:

1. La idea de que la presencia del dolor puede ser determinada por una persona distinta a quien lo padece.
2. El miedo a la adicción a los opiáceos, enmarcado en el cuadro más amplio del tabú que rodea todo lo que a ellos se refiere.
3. La opinión de que la respuesta a los placebos es un buen índice para determinar la existencia real del dolor.

Respecto al primer punto, si partimos de la base de que prácticamente el 95% de las enfermeras españolas reconoce que la casi totalidad de enfermos con cáncer sienten dolor en algún momento de su enfermedad, resulta sorprendente constatar que más del 50% creen que el enfermo exagera al manifestarlo, que el 23% considera que el mejor juez del dolor que siente el enfermo es la enfermera responsable de su cuidado y que más del 45% considera que el aumento en la demanda se debe a razones distintas al aumento del dolor.

Creo que deberíamos reflexionar seriamente sobre estas incongruencias: si aceptamos que el dolor es una sensación subjetiva y por tanto que sólo siente la persona que lo sufre, que no hay parámetros objetivos, externos, para determinar su presencia e intensidad, tendremos que aceptar que sólo el enfermo tiene autoridad en ese campo y que la única respuesta profesional posible es creerlo o, por lo menos, concederle el beneficio de la duda.

Por otra parte, el dolor se acompaña siempre de una reacción afectiva, generalmente en forma de depresión o ansiedad. La relación entre ambos elementos (dolor/ansiedad-depresión) es oscura y complicada ya que, aunque la ansiedad o la depresión raramente son la causa única del dolor, influyen grandemente en la forma en que éste se considera, siendo probable que su presencia lo haga menos soportable y, por consiguiente, afecte negativamente las perspectivas del enfermo y su motivación y habilidad para implicarse en el control del dolor. En cualquier

caso, si el enfermo siente ansiedad o depresión porque tiene dolor, el tratamiento debe dirigirse a controlar/eliminar éste lo que hará desaparecer la ansiedad o la depresión, no a la inversa.

Según las recomendaciones de la OMS recogidas en el folleto *Cancer Pain Relief*, el primer paso a seguir para la valoración del dolor canceroso es "Crear las quejas de dolor del enfermo". Sin discusiones. Sin excepciones. Ni está en juego la credibilidad de la persona ni es el equipo de salud quien debe juzgarla. Cuando le resulte difícil aceptar los informes del enfermo intente analizar honradamente el por qué. La mayor parte de las veces descubrirá que los elementos disonantes pertenecen al área social y cultural, esto es, que usted y él no comparten un mismo lenguaje del sufrimiento y que usted carece de los elementos decodificadores necesarios para comprender el mensaje que él le envía. En definitiva, es absolutamente necesario tener presente que sólo puede determinar la presencia del dolor la persona que lo sufre y que éste no es sustancialmente un problema psíquico, sino un problema físico acompañado de respuestas emocionales que se expresan de manera social y culturalmente determinada.

En lo que respecta al tratamiento con analgésicos narcóticos hay la tendencia a reservar su uso "para el final", existiendo igualmente un gran desconocimiento sobre la forma más idónea para su administración que, para lograr su máxima eficacia, debe hacerse a lo largo del día a intervalos regulares. Por otra parte, sería interesante determinar hasta qué punto el rechazo de la morfina como fármaco de elección en el tratamiento del dolor canceroso está condicionado por la asociación de ésta con el mundo de las "drogas" y en qué medida la opinión de que la vía recomendada para la administración de los analgésicos narcóticos es la IV y no la oral, está influida por el estereotipo mayoritariamente aceptado en nuestra sociedad del drogadicto como consumidor de sustancias intravenosas.

Creo que en estas respuestas subyace el temor a la adicción o dependencia de los opiáceos como consecuencia del tratamiento del dolor con narcóticos, probabilidad que sólo el 14% de enfermeras españolas ponderó en su justa medida y

que casi el 55% de las encuestas situó por encima del 25% cifra muy superior a las probabilidades reales, que, como ya he dicho anteriormente, diversos estudios consideran inferior al 1%.

Finalmente, desearía comentar el hecho de que más de la mitad de las enfermeras encuestadas opinaron que el uso de placebos es útil para determinar si un dolor es real o no. Imagino que el razonamiento que hacen es el siguiente: el placebo es una sustancia farmacológicamente inerte por lo que, si surte efecto, es que el problema no existía y que el enfermo nos engañaba. En caso contrario, el dolor persistiría. Esta línea de pensamiento olvida lo que los expertos denominan "efecto total de una sustancia" que, salvo raras excepciones como ciertos venenos, no depende exclusivamente de sus propiedades bioquímicas, sino que en el mismo intervienen (a veces de forma decisiva) los atributos de la persona que lo toma y de la persona que lo prescribe, y el entorno en el que se administra.

Aunque se desconozca el mecanismo que lo produce, el efecto placebo, que A. Kleinman (1995: 33) define como la "movilización retórica del poder carismático de la relación sanador-paciente que persuade tanto a éste como a su familia a creer en el éxito final, y por tanto crea escenarios de eficacia", es real. Numerosos estudios demuestran su eficacia en el alivio de una gran variedad de situaciones clínicamente documentadas, incluyendo la angina de pecho, artritis reumatoide, artritis degenerativa, fiebre del heno, úlcera péptica e hipertensión esencial. En el caso del dolor, la teoría más ampliamente aceptada lo atribuye a la secreción de opiáceos endógenos, o endorfinas, idea que se ve reforzada por los resultados de algunos estudios que demuestran que el efecto desaparece cuando se administra naloxona, un antagonista de los opiáceos.

La cultura sanitaria occidental, demasiado centrada en los aspectos puramente fisiológicos, minimiza el efecto placebo considerando que no es medicina real, y olvida el hecho de que los efectos terapéuticos de las ideas y expectativas del enfermo y de una buena relación entre éste y el sanador han sido elementos utilizados desde el principio de los tiempos, en todas las culturas y en todas las partes del mundo.

Para acabar, quisiera reproducir unas frases de la antropóloga Marta Allué (1996:168) que expresan el sufrimiento, la rabia y la impotencia a que condenamos a las personas a las que cuidamos cuando no somos capaces de aliviar sus sufrimientos. "¡¡Me han preguntado por qué estaba deprimida!! Mi respuesta ha sido «Mírame». Por lo visto perder seis dedos, los pechos, la propia imagen, la piel y la movilidad normal de todas las articulaciones no es una

razón para deprimirse. Y responden ¿Pero no te acuerdas de cómo estabas hace un año? Ya sé como estaba, pero hoy es hoy y doy asco (...). Si al menos nada me doliera podría seguir adelante, pero el dolor y la discapacidad son dos hándicaps difíciles de superar. Acepto las mutilaciones, las limitaciones, pero no tolero el dolor como inseparable compañero de todos mis días. No sirve para nada. No sana ni dignifica, únicamente destruye."

BIBLIOGRAFÍA

1. Allué M. Perder la piel. Barcelona: Planeta/Seix Barral. 1996.
2. Bakam D. "Enfermedad, dolor, sacrificio. Hacia una psicología del sufrimiento". México: Fondo de Cultura Económica. 1979.
3. DelVecchio Good M.J, Brodwin PE, Good B.J, Kleinman A. (Ed) "Pain as human experience. An anthropological perspective". Berkeley: University of California Press. 1992.
4. Helman C. "Culture, Health and Illness". 3ª Ed. Oxford: Butterword-Heineman. 1994.
5. Kleinman A. "Writing at the margin". Discourse between Anthropology and Medicine. Berkeley: University of California Press. 1995.
6. Le Breton D. "Anthropologie de la douleur". París: Métaillié. 1995.
7. Ligue Suisse contre le cancer. "Principes de traitement de la douleur cancéreuse". Berna: 1995.
8. Mazars G. "El hombre sin dolor". Barcelona: Sirmio. 1992.
9. McCaffery M y Beebe A. Dolor. "Manual clínico para la práctica de enfermería". Barcelona: Ediciones científicas y técnicas S.A. 1993.
10. McCaffery M. y Ferrell B. "Nurses Knowledge About Cancer Pain: A survey of Five Countries". Journal of Pain and Symptom Management, vol. 10, nº 5, julio 1995: 356-367.
11. Ocaña E. "Sobre el dolor". Valencia: Pre-Textos. 1997.
12. Rey R. "Histoire de la douleur". París: Éditions La Découverte. 1993.
13. World Health Organization. "The ICD-10 Classification of Mental and Behavioural Disorders". Clinical descriptions and diagnostic guidelines. Ginebra. WHO. 1992



A través de esta sección, Metas de Enfermería pone a disposición de sus suscriptores un gran equipo de profesionales enfermeros para orientar e informar sobre cualquier tema de interés profesional.

¡Escribidnos, queremos ayudaros!

ENVÍA TUS CONSULTAS A: Revista Metas de Enfermería. Pol. Ind. Oliveral, Parcela 1. Bloque A, Nave 3
Ctra. Nacional III, Km. 330 - 46394 RIBARROJA (Valencia). **E-mail:** metas@mx3.redestb.es