

^e *Vocalía de AP rural del Colegio Oficial de Médicos de La Rioja, Logroño, La Rioja, España*

^f *Junta Directiva de la Sociedad Riojana de Medicina de Familia y Comunitaria, Logroño, La Rioja, España*

* Autor para correspondencia.

Correo electrónico: jlponcen@gmail.com

(J.L. Ponce Nolla).

<https://doi.org/10.1016/j.aprim.2017.06.007>
0212-6567/

© 2017 Elsevier España, S.L.U. Este es un artículo Open Access bajo la licencia CC BY-NC-ND (<http://creativecommons.org/licenses/by-nc-nd/4.0/>).

Hablando del dolor crónico



Talking about chronic pain

Sr. Editor:

La Asociación Internacional para el Estudio del Dolor (IASP) definió en 1979 el dolor como una experiencia sensorial y emocional desagradable relacionada con el daño real o potencial de algún tejido. El dolor crónico es el que dura al menos 3-6 meses, o que persiste más allá del tiempo esperado para la cicatrización de los tejidos o la resolución de la enfermedad subyacente.

Las manifestaciones del dolor son diferentes de persona a persona y de sociedad a sociedad. El dolor crónico es una experiencia sociohistórica y cultural construida por múltiples actores, destacando los pacientes, sus familiares y los médicos¹. La precariedad del concepto de dolor crónico nos muestra que el conocimiento médico emerge como producto de la interacción social y la medicina como sistema de producción de sentido².

Según Guyton (1989), el dolor es un mecanismo protector del cuerpo humano; se produce siempre que un tejido es lesionado y obliga al individuo a reaccionar. Nos encontramos ante el dolor alarma, funcional y útil. Se desarrollan estrategias terapéuticas basadas en el tratamiento farmacológico y la fisiopatología del dolor. A pesar de que hoy en día esta concepción es criticada, de ella derivan las principales terapias utilizadas en la actualidad desde las unidades del dolor.

¿Qué hay de aquellos dolores a los que no se les puede atribuir una clara base orgánica, como en la fibromialgia? En este caso, diferentes estudios han destacado el papel de factores como la hipervigilancia; la percepción y la interpretación de síntomas contribuyen a una representación disfuncional del dolor³.

La no correspondencia entre lesión física y experiencia de dolor hace que la utilidad del dolor quede en entredicho. La afirmación de la IASP en 2005 de que «el dolor es siempre subjetivo» es clave para comprender el giro conceptual en la construcción del dolor: se evidencia su concepción como simple proceso sensorial originado en el cerebro. El dolor deja de ser visto como un síntoma para ser comprendido como una enfermedad. Lo que es percibido desde la medicina como un lento avance dentro del sistema médico responde a todo un entramado de procesos sociales, un cambio en el imaginario colectivo del dolor⁴: se pasa del dolor útil al dolor sin sentido, que requiere atención en sí mismo. Se crea una conciencia del dolor en la población

que reclama directamente tratamiento, es un derecho del paciente⁵.

En nuestra sociedad el dolor crónico no se vive solamente como daño físico, sino también como interrupción del estilo de vida, del trabajo y de las relaciones. A la vez, el dolor es concebido actualmente como una propiedad fundamental del ser humano. Lo que más nos duele es su inevitabilidad junto con el crecimiento paralelo de la creencia de injusticia. Se considera que solo se puede acceder al dolor a través de sus manifestaciones en el cuerpo, se cree intrínsecamente relacionado con la actividad fisiológica, algo que debería poder suprimirse farmacológicamente. Por otro lado, la manifestación del dolor es siempre necesaria, porque de esta manera se obtienen los permisos para comportarse de manera excepcional⁴.

Se estima que uno de cada seis españoles, o uno de cada cinco europeos, sufre dolor crónico⁶. El dolor crónico aparece como un «mal» propio de nuestras sociedades desarrolladas.

Desde la antropología, Gil et al.⁴ afirman que el objetivo principal en el abordaje del dolor crónico debería ser la transformación de la comprensión del dolor. Proponen: 1) evidenciar que el dolor crónico existe por las relaciones subjetivas que establecemos para mantenerlo y reproducirlo; 2) recuperar su condición límite entre mente y cuerpo, su variabilidad según el momento histórico, la cultura, el género, el estilo de vida; 3) hablar del privilegio que tiene el dolor en el presente: es en estos momentos la emoción más evidente, la más universal, desde el punto de vista occidental, y 4) hay construcciones alternativas del dolor y es posible entrenar su tolerancia y su resistencia.

Desde la neurociencia nos abren nuevos caminos a explorar. Quienes lo han hecho también proponen reconceptualizar el dolor. Por ejemplo el Dr. Arturo Goicoechea en su web nos presenta una perspectiva interesante: considera el dolor como un proceso evaluativo de amenaza del cerebro (erróneo en ausencia de daño que lo explique), nutrido por la cultura sensibilizadora actual; el dolor crónico en ausencia de daño es una disfunción aprendida del cerebro que puede y debe revertirse con una intervención correctora usando herramientas de educación en neurociencia y recuperación de la actividad a través de la re-exposición gradual confiada.

Os invito a reflexionar al respecto.

Bibliografía

1. Barragán-Solis A. El dolor crónico: una visión antropológica de acuerdo a familiares y pacientes. *Arch Med Fam.* 2006;8:109-17.

2. Del Mónaco R. Dolores de cabeza, síntomas y enfermedad: un abordaje social sobre la construcción clínica de la migraña. *Intersecciones Antropol.* 2012;13:501–11.
3. Soucase B, Monsalve V, Soriano JF, de Andres J. Estrategias de afrontamiento ante el dolor y calidad de vida en pacientes diagnosticados de fibromialgia. *Rev Soc Esp Dolor.* 2004;11:353–9.
4. Gil A, Layunta B, Iniguez L. Dolor crónico y construccionismo. *Bol Psicol.* 2005;84:23–39.
5. Allué M. El dolor en directo. En: Bayés R, editor. *Dolor y sufrimiento en la práctica clínica (Monografías Humanitas)*. Barcelona: Fundación Medicina y Humanidades Médicas; 2004.
6. Torralba A, Miquel A, Darba J. Situación actual del dolor crónico en España: iniciativa «Pain Proposal». *Rev Soc Esp Dolor.* 2014;21:16–22.

María Victoria García Espinosa

Antropología Social y Cultural, Medicina de Atención Primaria, Centro de Salud Alpes, Madrid, España
 Correo electrónico: Vgespinosa@gmail.com

<https://doi.org/10.1016/j.aprim.2017.05.014>
 0212-6567/

© 2017 Elsevier España, S.L.U. Este es un artículo Open Access bajo la licencia CC BY-NC-ND (<http://creativecommons.org/licenses/by-nc-nd/4.0/>).

Multiple morbidity in primary care: The public and the private sector



Multimorbilidad en atención primaria: el sector público y el sector privado

Dear Editor,

Multimorbidity (≥ 2 chronic conditions per individual) is considered to be the most common chronic condition¹ and a prevalent problem in primary care.² In Portugal, citizens are covered by a national primary care network of public health centres,³ that play a gatekeeper role; a similar situation is found in Spain.

Despite the high accessibility of the public primary care sector, the number of health-insured people is growing. In Portugal, 2.2 million had health insurance in 2008.⁴

Since population ageing is a major force for higher prevalence estimates of multimorbidity and at the same time for an increase of the demand for primary care services, one could hypothesize that the private sector in primary health care will feel the same multimorbidity related pressures of the public sector.

To test this assumption, a cross-sectional descriptive study was performed in the Centre Region of Portugal during 2015. The aim was to characterize the profile of the private health care sector users and to compare their multimorbidity to the one found in a previously published Portuguese primary care study conducted in the public sector.⁵

Participants were 110 adult patients (63 women and 47 men) listed in a single-centre in the private sector. All listed patients were included. This health unit was chosen because of the similarities to the public sector's health centres: high accessibility (no appointment required), open every day for extended hours and provides ambulatory medical care to adults and children for low-acuity conditions. Sociodemographic and clinical variables were collected through the assessment of medical files and coded in the same way as the previously published public sector study data (Table 1).

The main private sector user profile was different to the one described for the public sector.

The most common private health care sector user was female, around 43 years old, married, employed and with

a high educational level. About 17% of the patients were multimorbid. Twenty-four patients (21.8%) presented hypertension, 16.4% depression, 10.9% persistent rhinitis, 9.2% dyslipidaemia, and 6.4% were obese.

The public sector user was in average older, had a lower educational level and was a pensioner/retiree. Was

Table 1 Characteristics of private and public sectors population samples.

	Private sector	Public sector ⁵
<i>N</i>	110	1993
<i>Women, %</i>	57.3	64.2
<i>Age</i>		
Mean (SD)	43.4 (17.2)	56.3 (17.5)
18–34 years, %	38.2	14.5
35–49 years, %	28.2	19.5
50–64 years, %	17.3	30.7
65+ years, %	16.4	35.4
<i>Marital status</i>		
Married/cohabiting, %	59.1	69.5
Single, %	34.5	12.2
Widowed, %	4.5	11.6
Separated/divorced, %	1.8	6.6
<i>Education</i>		
Low education (6 or less years), %	16.4	58.3
High education (more than 6 years), %	63.6	41.7
No data, %	20.0	–
<i>Professional status</i>		
Pensioner/retired, %	12.7	41.5
Employed, %	51.8	39.3
Unemployed, %	2.7	10.5
Housewife, %	4.5	6.1
Student, %	13.6	2.6
No data, %	14.5	–
<i>N chronic conditions</i>		
Mean (SD)	0.7 (0.9)	3.4 (2.6)
Multimorbidity (≥ 2 diseases), %	17.3	72.7