

¿Sienten el dolor del mismo modo los diferentes grupos étnicos?

Penélope Infante Vargas^a y Jenny Moix Queraltó^b

^aDoctora en Psicología.

^bProfesora Titular. Grupo de Investigación en Estrés y Salud (GIES). Área de Psicología Básica. Facultad de Psicología. Universidad Autónoma de Barcelona. Bellaterra. Barcelona. España.

El Fórum de las Culturas, inaugurado en Barcelona y cuya continuidad estará a cargo de otros países, se ha creado como un lugar de encuentro de personas de orígenes muy diversos. Un espacio de convivencia de lenguas, tradiciones e historias con la finalidad de promover un mundo donde todos nos conozcamos mejor. Existe algo muy inherente a las personas que en el Fórum no se ha debatido y que también sería necesario analizar: el dolor. ¿Sentimos todos el mismo dolor? ¿Nuestras raíces marcan la forma de sentirlo? Es cada día más habitual que en nuestra sociedad convivan personas de diferentes nacionalidades, razas y culturas. Y nuestros servicios sanitarios son un fiel reflejo de esta realidad. En ellos, la mezcla de colores es cada vez más habitual. Los profesionales sanitarios debemos tratar, pues, el dolor de diferentes grupos étnicos. Y si queremos abordarlo de forma eficaz, debemos comprender cómo lo sufren. Son muchas las preguntas que hemos de responder para entender esta compleja cuestión: ¿los distintos grupos étnicos sienten diferentes grados de dolor ante un mismo daño tisular?, ¿sienten de igual manera el dolor crónico?, ¿poseen diferentes creencias sobre el dolor?, ¿afroitan el dolor con las mismas estrategias?, ¿manifiestan la misma ansiedad y los mismos sentimientos depresivos ante el dolor?, y cuando sufren dolor, ¿son atendidos de igual forma por los profesionales sanitarios?

El objetivo del presente trabajo consistirá precisamente en revisar las principales investigaciones que han intentado dar respuesta a estas cuestiones. Sin embargo, antes de iniciar esta andadura resulta imprescindible definir qué entendemos por etnia.

¿Cómo se define la etnia?

Es bastante frecuente que las investigaciones sobre dolor empleen el concepto de etnia de manera ambigua o incluso muchas veces lo utilicen como sinónimo del término raza^{1,2}. Por ejemplo, algunos estudios, cuando tratan el tema de la etnia, definen a sus muestras de estudio con criterios físicos, como color de piel (blancos, negros...). Otras investigaciones hacen distinciones en relación con el país de origen. Sin embargo, en este tipo de clasificación no se considera que hay países en los que existe una gran diversidad étnica. Un ejemplo sería India, que se agrupa como una sola categoría nacional aunque conviven distintos grupos étnicos, un complejo sistema de castas, al menos 8 religiones y 15 len-

guas oficiales. Crea las mismas ambigüedades clasificar la etnia por área geográfica o continentes (p. ej., europeos, asiáticos, africanos, otros). Algunos estudios también usan la religión para definir la etnia (hindú, musulmana, católica...) y otros usan el idioma (castellano, cantonés, etc.). La gran mayoría de las investigaciones sobre etnia y dolor se han realizado en determinados países, como Estados Unidos y Reino Unido, que utilizan mayoritariamente las categorías de color de piel, lengua nacional y país de origen. Por ejemplo, en estudios realizados en Estados Unidos, las clasificaciones pueden ser: negros o afroamericanos, mexicano-americanos, hispanos, italoamericanos y otros, y la población mayoritaria o nativa, como blanca.

No obstante, nosotros consideramos que «raza» y «etnia» son conceptos diferentes. El concepto de raza hace mención a la distinción entre las personas de acuerdo con sus características físicas y su herencia biológica. En cambio, el concepto etnia no sólo incluye las diferencias genéticas (biológicas y físicas) sino también distingue grupos de personas sobre la base de su conducta y cultura. La etnia se emplea para describir grupos de sujetos con distintas conductas, cultura, historia, experiencia, antecedentes y creencias³. Por tanto, la etnia no sólo incluye lo que habitualmente se considera como raza, sino que también se refiere a las características que son de orden social, psicológico, cultural y político. Dado que partimos de un modelo biopsicosocial del dolor, preferimos partir del concepto «etnia», que incluye no sólo factores biológicos sino también psicológicos y sociales, que basarnos en la variable raza, que se refiere exclusivamente a variables biológicas.

En el presente trabajo los grupos étnicos a los que haremos mención serán en su mayoría afroamericanos, hispanos y blancos, dado que son los que más se han comparado en las investigaciones. Por afroamericanos se refiere al grupo de personas que residen en Estados Unidos pero tienen antecedentes familiares y culturales provenientes de África. Por hispanos se refiere al grupo de personas que viven en Estados Unidos pero hablan castellano y tienen antecedentes familiares provenientes de Latinoamérica. Por blancos se refiere al grupo mayoritario o nativo de Estados Unidos.

¿Los distintos grupos étnicos sienten diferentes grados de dolor ante un mismo daño tisular?

Las investigaciones sobre etnia y dolor inducido experimentalmente obtienen resultados diversos. Zatzick y Dimsdale⁴ hicieron una revisión de 33 artículos publicados en diversas revistas médicas entre 1943 y 1989. Estos autores encuentran una gran diversidad entre las investigaciones; por ejemplo, respecto a los grupos étnicos estudiados (afroamericanos, blancos, hispanos, asiáticos, etc.), tipos de dolor (cutáneo, pulpa dental, etc.) y técnicas de inducción del dolor (presión, frío, radiación de calor y descargas eléctricas).

Correspondencia: Dra. J. Moix.
Grupo de Investigación en Estrés y Salud (GIES).
Área de Psicología Básica. Facultad de Psicología.
Universidad Autónoma de Barcelona (UAB).
08193 Bellaterra, Barcelona, España.
Correo electrónico: Jenny.moix@uab.es

Recibido el 28-6-2004; aceptado para su publicación el 8-10-2004.

Resumiendo los resultados de las investigaciones, los autores consideran que ciertas variables como la edad, el sexo y las condiciones de trabajo afectan a la respuesta al estímulo doloroso, y concluyen que no hay consistencia experimental que evidencie diferencias étnicas o raciales en la respuesta al dolor experimental.

Edwards y Fillingim⁵, en una muestra de 48 estudiantes (18 afroamericanos y 30 blancos), evaluaron las diferencias étnicas en la respuesta al dolor térmico. Se evaluaron 2 aspectos del dolor térmico: el umbral y la tolerancia al dolor por calor. El primero medía el momento en el cual los sujetos informaban que el calor empezaba a ser desagradable o molesto y el segundo medía el grado máximo en que los sujetos podían resistir el calor. Los resultados mostraron que no había diferencias significativas en el umbral del dolor térmico entre afroamericanos y blancos; sin embargo, observaron que los afroamericanos mostraban una tolerancia más baja al dolor térmico que los blancos. Sheffield et al⁶ encuentran resultados similares con el empleo del mismo estímulo experimental y muestras de estudio.

Hoy una gran controversia sobre cuál de las dos medidas (umbral del dolor o tolerancia al dolor) es mejor utilizar en los estudios transculturales de dolor experimental. Se considera que estas medidas evalúan diferentes aspectos de la experiencia del dolor. El umbral del dolor se relaciona más con variables fisiológicas y sensoriales, mientras que la tolerancia al dolor se asocia más con variables psicológicas⁴. En términos generales, las investigaciones anteriores consideran que no hay evidencia consistente de que la respuesta neurofisiológica del dolor (es decir, el umbral del dolor) difiera entre diversos grupos étnicos. En cambio, la tolerancia al dolor, que refleja aspectos de motivación y afectivos, sí está profundamente influida por la cultura.

¿Los distintos grupos étnicos sienten de igual manera el dolor crónico?

En situaciones en que el dolor se prolonga por más tiempo, las investigaciones señalan que la etnia desempeña un papel más importante.

Los resultados de los estudios en los que se analiza si los distintos grupos étnicos experimentan de forma diferente la intensidad del dolor crónico son contradictorios. Algunos estudios sí han apreciado diferencias, pero no todos. Por ejemplo, algunas investigaciones han concluido que los afroamericanos refieren sentir un mayor dolor que los caucásicos en condiciones de dolor intenso, como en el sida⁷, el glaucoma⁸ y la artritis⁹. Sin embargo, Jordan et al¹⁰ no encuentran diferencias entre los niveles de dolor de diferentes grupos étnicos en mujeres con artritis reumatoide.

Otros estudios muestran que no hay diferencias étnicas y raciales en los niveles de intensidad del dolor crónico, pero sí en la descripción verbal o emocional de éste. Por ejemplo, Greenwald¹¹ no encuentra diferencias étnicas en la intensidad del dolor, pero sí en cuanto a los términos empleados para describir el dolor oncológico. En un estudio más reciente, Riley III et al¹² refieren que los pacientes afroamericanos informan de mayores niveles de dolor desagradable o de respuesta emocional de dolor (depresión y miedo) que los pacientes caucásicos, pero sin diferencias en los niveles de intensidad del dolor entre los grupos. Estos autores consideran que evaluar las diferencias étnicas o raciales sólo en términos de intensidad del dolor resulta una aproximación simplista, ya que, como es sabido, el estudio del dolor crónico incluye la interacción de diferentes dimensiones, como la sensorial, la afectiva y la conductual.

¿Los distintos grupos étnicos poseen diferentes creencias sobre el dolor?

Las creencias sobre el dolor representan la conceptualización que tiene el sujeto sobre lo que éste significa. Al igual que otras creencias, las referidas al dolor surgen de diversas fuentes: la experiencia previa, la observación de personas cercanas que hayan padecido dolor y la información proporcionada por los médicos, los medios de comunicación, etc. Todas estas fuentes están enmarcadas dentro de la comunidad de origen, por ello los aspectos socioculturales desempeñan un papel tan importante en la construcción de las creencias sobre el dolor.

Es fundamental conocer las creencias que los pacientes tienen sobre su dolor, porque éstas nos ayudan a comprender mejor la heterogeneidad respecto a la experiencia dolorosa. Por ejemplo, se ha demostrado que las creencias sobre el dolor son una de las variables que modulan el cumplimiento de prescripciones terapéuticas en los pacientes con dolor crónico. Además, se ha observado que las creencias influyen tanto en la habilidad del paciente para afrontar su dolor como en la propia intensidad de éste¹³.

En investigaciones que han evaluado las creencias sobre el dolor en diferentes grupos étnicos y su relación con el cumplimiento de prescripciones terapéuticas se ha observado que los pacientes hispanos y afroamericanos con cáncer se comportaban de forma más estoica ante el dolor que los pacientes blancos. Las creencias de los pacientes hispanos y afroamericanos consistían en suponer que el dolor era parte inevitable de la enfermedad y, por ello, debía ser tolerado¹⁴. Las mismas creencias de estoicismo ante el dolor observaron Anderson et al¹⁵ en grupos hispanos y afroamericanos con cáncer que informaron de un cumplimiento inadecuado del régimen de analgésicos. En este estudio, el 75% de los pacientes de ambos grupos pensaba que debían ser fuertes y no apoyarse en la medicación para su dolor. También encontraron que al menos la tercera parte de los pacientes de ambos grupos tomaban analgésicos no recomendados por sus médicos o enfermeras, y que confiaban en tratamientos para su dolor alternativos, como téis, hierbas, vitaminas, comidas y otros.

Cleeland et al¹⁶ evaluaron en 219 pacientes oncológicos hispanos y afroamericanos las variables que podían influir en la prescripción de analgésicos. Estos autores observaron que los pacientes hispanos, en comparación con los pacientes afroamericanos, se caracterizaban por creer que tomar grandes cantidades de analgésicos era perjudicial, ya que les preocupaban los efectos secundarios de los medicamentos. Los autores mencionan que tal vez estas creencias hacen que los pacientes hispanos refieran menores intensidades de dolor y rechacen la toma de analgésicos potentes, como la morfina.

Anderson et al^{15,17} obtuvieron resultados similares cuando compararon las actitudes de pacientes oncológicos hispanos y afroamericanos durante su tratamiento. Nuevamente, los pacientes hispanos mostraban más temores relacionados con la toma de medicación, como los problemas por los efectos secundarios, el desarrollo de una tolerancia rápida a los analgésicos opiáceos, la posibilidad de adicción y una gran necesidad de información sobre su tratamiento para el dolor en comparación con los pacientes afroamericanos.

También se ha analizado la influencia de las creencias de los médicos y las enfermeras de ciertos grupos étnicos y su interpretación de la respuesta del dolor en los pacientes. Por ejemplo, Dahlberg y Pendle¹⁸ observaron que una enfermera de origen filipino no daba medicación a un paciente de sexo masculino porque ella creía que éste tenía umbrales altos de dolor, una cualidad muy apreciada en la cultura filipina. Otra

enfermera de origen angloamericano tampoco le administraba medicación a este paciente porque él no la pedía. Las dos enfermeras y el paciente se sorprendieron cuando descubrieron que la falta de medicación se debía a problemas de comunicación y a las creencias preconcebidas.

Los resultados de los anteriores estudios señalan que las creencias de los pacientes y los médicos sobre el dolor desempeñan un papel importante porque influyen, en cierta medida, en el resultado terapéutico, sobre todo cuando hay una asistencia médica intercultural.

¿Los distintos grupos étnicos afrontan el dolor con las mismas estrategias?

Las estrategias de afrontamiento han sido definidas como la forma en que el sujeto intenta manejar las fuentes de estrés¹³. En el ámbito del dolor crónico las estrategias de afrontamiento constituyen los recursos (tanto cognitivos como de comportamiento) que el paciente utiliza para hacer frente a su dolor.

Aunque hay mucha información sobre estrategias de afrontamiento del dolor, hay pocas investigaciones que nos informen sobre cómo puede influir la etnia en dichas estrategias. Entre las pocas investigaciones que se han realizado, el estudio de Novy et al¹⁹ encuentra que los pacientes afroamericanos e hispanos con dolor crónico utilizan con mayor frecuencia estrategias de afrontamiento religioso (mantener la esperanza y rezar para que el dolor mejore algún día) que los pacientes blancos. Resultados similares obtuvieron Clark et al²⁰, al comparar grupos de pacientes afroamericanos y blancos con dolor crónico.

Jordan et al¹⁰, en un estudio realizado en mujeres con artritis reumatoide, encuentran que las mujeres afroamericanas son menos activas y usan más estrategias religiosas para afrontar su dolor; en cambio, las mujeres caucásicas utilizan más la estrategia de desviación de la atención del dolor. Abarrido-Lanza et al²¹ observaron, en una muestra de 200 pacientes hispanos con artritis reumatoide, que el tipo de estrategia de afrontamiento del dolor más común era la religión.

Culver et al²² observaron en pacientes oncológicos que durante el tratamiento las mujeres hispanas se caracterizaban por utilizar estrategias de desviación de la atención; sin embargo, las mujeres caucásicas empleaban estrategias de búsqueda de apoyo emocional. Tanto las mujeres hispanas como las afroamericanas y las caucásicas utilizaron estrategias de tipo religioso; sin embargo, los primeros 2 grupos de mujeres (hispanas y afroamericanas) tendieron a recurrir más frecuentemente a la religión que las caucásicas.

Al parecer, en mayor o en menor medida, la estrategia de afrontamiento al dolor crónico más empleada entre los distintos grupos étnicos es la de tipo religioso. En general, se ha comprobado que la religión puede ser una estrategia eficaz para afrontar el dolor crónico, ya que ayuda de manera indirecta a mediar la aceptación de la enfermedad y refuerza la convicción personal de llevar a cabo ciertas acciones con éxito para combatirla²¹.

¿Los distintos grupos étnicos manifiestan la misma ansiedad y los mismos sentimientos depresivos ante el dolor?

Más allá de las limitaciones físicas que se presentan en el dolor, las limitaciones psicológicas desempeñan también un papel importante, sobre todo cuando el dolor se cronifica. Algunos estudios han evaluado el grado de desajuste psicológico causado por el dolor (es decir, la presencia de síntomas depresivos o ansiosos) entre los distintos grupos étnicos.

En el estudio de McCracken et al²³ se observó que los pacientes afroamericanos con dolor crónico mostraban más miedo y síntomas físicos de tensión que los pacientes blancos. Riley III et al¹² observaron resultados similares al encontrar que los pacientes afroamericanos con dolor crónico informaban de una mayor respuesta emocional, como depresión y miedo, que los pacientes caucásicos.

En pacientes con artritis reumatoide se ha observado que los pacientes hispanos presentaban más síntomas de depresión que los pacientes blancos²⁴.

Otros estudios han informado que los pacientes afroamericanos muestran más trastornos psicológicos asociados con el dolor crónico que los pacientes blancos^{25,26}. En estos estudios los pacientes afroamericanos referían más trastornos de estrés postraumático, irritabilidad, trastorno depresivo y trastorno de sueño, así como una mayor incapacidad física asociada con el dolor, que los pacientes blancos.

En enfermedades como el cáncer, se ha observado que las mujeres afroamericanas informaban de menores niveles de angustia y depresión que las mujeres caucásicas e hispanas^{22,27}. Por su parte, las mujeres hispanas con cáncer presentan mayor angustia emocional que las mujeres blancas^{14,22,27}.

Los resultados anteriores muestran que la etnia influye notablemente en la respuesta emocional y el ajuste psicológico del dolor. Se observa que, en el dolor crónico, los grupos afroamericanos e hispanos tienen un peor ajuste psicológico de su dolor (mayor depresión y ansiedad) que los pacientes blancos; sin embargo, estas diferencias varían según el tipo de dolor y el sexo, ya que en ciertas enfermedades, como el cáncer, y con predominio del sexo femenino, las pacientes afroamericanas muestran un mejor ajuste psicológico de su dolor que los grupos blancos e hispanos. De cualquier forma, es necesario efectuar más investigaciones que evalúen dichas relaciones.

¿Los distintos grupos étnicos, cuando sufren dolor, son atendidos de igual forma por los profesionales sanitarios?

Diferentes investigaciones señalan que la etnia tiene un gran impacto en el tratamiento del dolor²⁸. En este apartado revisaremos la influencia de la etnia en la efectividad del tratamiento de dolor (p. ej., administración de analgésicos, evaluación del dolor, etc.) en distintos ámbitos hospitalarios (centros de urgencias, dolor postoperatorio, dolor crónico benigno y maligno). Finalmente, hablaremos de los estudios que han intentado conocer las causas de tales diferencias en los tratamientos de los diferentes grupos étnicos.

Centros de urgencias

En un centro de urgencias, Todd et al²⁹ observaron que los pacientes hispanos con diversas fracturas (tibia, fémur, radio, etc.) recibían menor cantidad de analgésicos que los pacientes blancos con las mismas lesiones. Estos resultados no se explicaron por las diferentes características del paciente (sexo, lenguaje, tipo de cobertura médica), la intensidad del dolor o los problemas asociados con el alcohol o el consumo de drogas, ya que ambos grupos fueron similares en estas variables.

En un estudio más reciente, los mismos autores³⁰ observaron que los pacientes afroamericanos con una fractura grave recibían menor cantidad de analgésicos que los pacientes caucásicos con la misma lesión (el 57 frente al 74% de los casos, respectivamente).

Sin embargo, no todas las investigaciones han encontrado diferencias raciales o étnicas en la administración de medi-

cación en los centros de urgencias. Fuentes et al³¹ evaluaron a 232 pacientes con fractura en las extremidades inferiores: 181 blancos, 58 afroamericanos, 46 hispanos y 38 asiáticos. Los resultados mostraron que el 80% de los pacientes recibía analgésicos, independientemente de la etnia del paciente. Los autores concluyen que la tasa tan alta de analgésicos administrada es un indicativo importante de que cuando se dispone de suficientes analgésicos no se presentan disparidades entre los grupos étnicos.

Es también probable que haya una analgesia más equitativa cuando confluyen diversos grupos étnicos que cuando se presenta un solo grupo étnico inmerso en una etnia mayoritaria.

Dolor postoperatorio

En situaciones de dolor postoperatorio también se han observado diferencias entre los grupos étnicos y la administración de analgésicos. En el estudio de Ng et al³² se encontraron diferencias en la cantidad de analgésicos administrados por dolor postoperatorio para distintas etnias. Los pacientes caucásicos recibieron 22 mg/día de morfina, los pacientes afroamericanos, 16 mg/día y los pacientes hispanos, 13 mg/día. En otro estudio, los mismos autores evaluaron la influencia de la etnia utilizando el sistema de analgesia controlada por el paciente (ACP) para su tratamiento postoperatorio. Cuando se prescribe ACP al paciente, la interacción entre éste y el personal médico se reduce, ya que el paciente tiene más control sobre el tratamiento de su dolor. Se evaluó una muestra de 454 pacientes de diferentes grupos étnicos (asiáticos, afroamericanos, hispanos y caucásicos). Los resultados mostraron que el nivel de dolor y la cantidad de narcótico autoadministrado por los pacientes no difirió entre los grupos; sin embargo, se observaron diferencias significativas en la cantidad de narcótico prescrito por los médicos entre los grupos étnicos. La cantidad de narcótico prescrito fue mayor para los blancos que para los demás grupos; en segundo lugar, los afroamericanos recibieron mayor cantidad de narcótico que los hispanos y asiáticos³³. Las causas de las diferencias entre los grupos étnicos y la cantidad de analgésicos recibidos durante el tratamiento agudo del dolor están poco claras. Algunos autores mencionan que tal disparidad puede explicarse a partir de la relación entre el paciente y el personal hospitalario^{28,32,34}.

Dolor crónico benigno y maligno

En cuanto al tratamiento del dolor crónico, tanto benigno como maligno, los estudios encuentran notables diferencias entre los distintos grupos étnicos. Por ejemplo, Green et al³⁵ observaron que los médicos prescribían analgésicos opiáceos menos frecuentemente entre los pacientes con dolor crónico de grupos étnicos minoritarios (afroamericanos) que en los grupos mayoritarios (blancos).

En el tratamiento de cáncer, Cleeland et al³⁶ encontraron que el 62% de los grupos étnicos afroamericanos e hispanos recibía tratamientos menos eficaces contra el dolor que los señalados por la Organización Mundial de la Salud (OMS). En el seguimiento de ese estudio, Cleeland et al¹⁶ examinaron el tratamiento de dolor de 281 pacientes con metástasis de diferentes grupos étnicos. Nuevamente se observó que los pacientes de grupos étnicos minoritarios (hispanos y afroamericanos) recibían con más frecuencia tratamientos analgésicos inadecuados. El 74% de los pacientes hispanos y el 59% de los pacientes afroamericanos con dolor no recibían los analgésicos recomendados por la OMS.

En otro estudio, Anderson et al¹⁷ encontraron que aproximadamente el 28% de los pacientes oncológicos hispanos y el 31% de los pacientes afroamericanos recibían analgésicos

para su dolor de manera insuficiente. Además, entre los pacientes que recibían una analgesia apropiada, el 65% seguía refiriendo un dolor intenso. Los autores mencionan que lo anterior se puede deber a 2 razones: a) un inadecuado cumplimiento del régimen analgésico, ya que la gran mayoría de los pacientes de ambos grupos refería tomar los analgésicos menos frecuentemente que lo prescrito por los médicos, y b) los médicos subestimaron la intensidad del dolor en ambos grupos.

Estos mismos autores¹⁵, en otro estudio, encontraron resultados similares. El 40% de los pacientes hispanos y el 30% de los pacientes afroamericanos informaron de un cumplimiento inadecuado del régimen de analgésicos. Se observó que estos pacientes mostraban creencias y actitudes negativas hacia el uso de medicamentos, y que se resistían a comunicar sus quejas de dolor a los médicos.

En resumen, los estudios anteriores nos muestran que al menos la mitad de los pacientes que pertenecen a grupos étnicos minoritarios (hispanos y afroamericanos) no reciben un tratamiento adecuado para su dolor o tienen un cumplimiento inadecuado del régimen analgésico.

Habilidad de los profesionales en la evaluación del dolor de diferentes grupos étnicos

Para explicar la disparidad de los medicamentos administrados entre los diferentes grupos étnicos, Todd et al³⁴ examinaron la habilidad de los médicos para evaluar la intensidad del dolor en pacientes hispanos y blancos con fracturas en las extremidades inferiores. Los resultados mostraron que la estimación del dolor por los médicos era más baja que los informes de los pacientes. No obstante, las estimaciones de dolor realizadas por los médicos eran iguales para ambos grupos. Los autores concluyen que las diferencias en la administración de analgésicos no pueden atribuirse a las habilidades de los médicos para evaluar la intensidad del dolor en los 2 grupos.

Sin embargo, otros estudios encuentran que la cultura o etnia del profesional sanitario (médicos y enfermeras) influyen en la valoración del dolor entre pacientes de distintos grupos étnicos. Por ejemplo, en el estudio de Sheiner et al³⁷ se evaluó la interpretación del dolor que los médicos y las parteras de origen judío llevaban a cabo de 225 mujeres judías y 192 mujeres beduinas durante la labor de parto. De manera general, los resultados mostraron que los médicos y las parteras evaluaron de manera más baja la intensidad del dolor que los autoinformes de ambos grupos. Además, los médicos y las parteras señalaron que las mujeres beduinas presentaban menores niveles de dolor que las mujeres judías, aunque los autoinformes de dolor de ambos grupos eran iguales. Calvillo y Flakerud³⁸ observaron resultados similares en un hospital de California, donde un grupo de enfermeras hizo evaluaciones sobre el dolor a 60 mujeres caucásicas e hispanas (de origen mexicano) después de ser operadas de la vesícula biliar. Las enfermeras asignaron mayores niveles de dolor al grupo de mujeres caucásicas a pesar de que ambos grupos autoinformaban de los mismos niveles de dolor. Los médicos y las enfermeras aparentemente son más hábiles y precisos para interpretar las conductas de dolor de los pacientes de su misma cultura; posiblemente porque estas conductas o gestos les son más familiares.

La relación en conjunto entre el paciente y el personal hospitalario (médicos y enfermeras) puede explicar la anterior problemática. Se considera que tal vez los pacientes fallan a la hora de comunicar sus peticiones al personal hospitalario o los médicos y enfermeras interpretan mal la expresión de dolor en los grupos minoritarios o diferentes de su cultura.

Comentarios

A través de los estudios revisados podemos concluir que, cuando se evalúa el nivel sensorial o biológico del dolor (es decir, el umbral del dolor), hay poca evidencia experimental de que éste cambie según los grupos étnicos. El dolor parece tener la misma intensidad, independientemente de la raza. Sin embargo, si abordamos el dolor desde un modelo más amplio, como el biopsicosocial, las cosas cambian, ya que cuando se evalúan otras variables del dolor (p. ej., tolerancia, creencias, adaptación, estrategias, etc.), se observan notables diferencias étnicas.

En general, podríamos resumirlo así:

- Los pacientes blancos afrontan el dolor a través de diferentes estrategias (p. ej., religión, desviación de la atención y búsqueda de apoyo emocional), presentan niveles moderados de depresión y miedo y tienen un buen cumplimiento terapéutico.

- Los pacientes hispanos afrontan el dolor básicamente con estrategias de tipo religioso, presentan una elevada sintomatología depresiva y ansiosa, muestran actitudes de estoicismo ante el dolor y preocupaciones relacionados con el uso de medicamentos: miedo por los efectos secundarios, adicción, etc. Emplean diferentes tratamientos no señalados por el médico (tés, hierbas, etc.) y muestran un bajo cumplimiento terapéutico.

- Los pacientes afroamericanos afrontan su dolor más frecuentemente a través de estrategias de tipo religioso, y presentan un limitado ajuste psicológico al dolor (síntomas de depresión, ansiedad, trastornos de sueño, etc.). Muestran actitudes de estoicismo ante el dolor, emplean diferentes tratamientos no señalados por el médico (tés, hierbas, etc.) y muestran un bajo cumplimiento terapéutico.

Aunque la etnia influye considerablemente la experiencia del dolor, no hay que hacer generalizaciones ni estereotipos de pacientes. Sabemos que cada individuo va más allá de sus condicionamientos culturales, sociales y grupales y reacciona al dolor con su estilo propio. Además, no debemos olvidar que hay muchos otros factores que inciden en el dolor, como el sexo, la edad, la educación y otros³⁹.

En cuanto a las diferencias entre los grupos étnicos y la cantidad de analgésicos recibidos durante el tratamiento del dolor, consideramos que éstas pueden explicarse a partir de la relación entre el médico y el paciente. Los pacientes pueden ser poco hábiles para comunicar su dolor (localización, etc.) o en sus peticiones de analgésicos a los médicos, y los médicos pueden interpretar mal la expresión de dolor de los pacientes de diferentes etnias.

Hay que ser precavidos cuando se evalúa la falta de habilidad de los pacientes para describir y localizar su dolor, ya que ésta puede depender de otras variables diferentes de la propia etnia, como el nivel educativo. Se sabe que los pacientes con mejor nivel formativo son más hábiles para comunicar su dolor y más claros que los pacientes con un nivel menor.

En cuanto a la habilidad de los profesionales de la salud para evaluar la intensidad del dolor, los resultados muestran que, en general, hay una tendencia entre los médicos y las enfermeras a subestimar la intensidad de dolor de los pacientes, lo cual puede ocurrir con mayor probabilidad cuando se evalúa a los de etnias diferentes de la suya. Los médicos y enfermeras pueden ser más hábiles y precisos para interpretar las conductas de dolor de los pacientes de su misma cultura, posiblemente porque éstas les son más familiares.

Estados Unidos se ha caracterizado por las diferentes procedencias culturales y raciales de sus ciudadanos. Por ello, es lógico que la mayoría de los estudios provengan de ese

país. En Europa no ha ocurrido lo mismo; la convivencia de diferentes etnias ha sido mínima. Sin embargo, este panorama está cambiando en la mayor parte de Europa y también en España. El aumento de la inmigración nos obliga a sensibilizarnos a esta nueva realidad. Y, si lo queremos afrontar con éxito, respecto al tema que nos ocupa, deberemos diseñar desde nuestro contexto investigaciones que analicen cómo sufren el dolor los nuevos ciudadanos españoles. Por tanto, sería conveniente empezar por estudiar las posibles diferencias en la vivencia del dolor de los principales grupos étnicos que conviven en España: españoles de varias generaciones, magrebíes, latinoamericanos y personas provenientes de Europa del este. Mencionamos estas categorías para proponer un esbozo de la realidad étnica de nuestro país; sin embargo, deberíamos analizar si éstas son las categorías adecuadas, dado que cada una de ellas admite subcategorías.

Es importante considerar que cualquier categoría étnica que se construya en el presente puede perder validez en un futuro, ya que el estudio de la etnia es un proceso dinámico, en el cual las nuevas generaciones se adaptan e integran a los planteamientos de la sociedad mayoritaria. Además, la convivencia entre los distintos grupos étnicos puede dar lugar a que surjan nuevas etnias y a que desaparezcan las antiguas. Por estas razones, los estudios sobre etnia y dolor deben considerarse como investigaciones propensas a caducar y a renovarse según las características del momento de cada sociedad.

Por último, sólo nos queda señalar que en el currículo de los profesionales de la salud se debería incluir como temática las diferentes formas de vivir el dolor según las etnias. De esta forma, el profesional podría evaluar y entender más profundamente el dolor de sus pacientes y, por tanto, tratarlo con mayor efectividad.

Agradecimientos

Agradecemos al Dr. Tomas Blasco, del Área de Psicología Básica (UAB), y al Dr. Daniel Maisner su atenta revisión del manuscrito.

REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS

1. Morris DB. Ethnicity and pain. *Pain (clinical updates)*. 2001;9:4.
2. Edwards LC, Fillingim RB, Keefe F. Race, ethnicity and pain. *Pain*. 2001;94:133-7.
3. Senior PA, Bhopal R. Ethnicity as a variable in epidemiological research. *BMJ*. 1994;309:327-30.
4. Zatzick DF, Dimsdale JE. Cultural variations in response to painful stimuli. *Psychosom Med*. 1990;52:544-57.
5. Edwards RR, Fillingim RB. Ethnic differences in thermal pain responses. *Psychosom Med*. 1999;61:346-54.
6. Sheffield D, Biles PL, Orom H, Maixner W, Sheps DS. Race and sex differences in cutaneous pain perceptions. *Psychosom Med*. 2000;62:517-23.
7. Breitbart W, McDonald MV, Rosenfeld B, Passik SD, Hewitt D, Thaler H, et al. Pain in ambulatory AIDS patients (I): pain characteristics and medical correlates. *Pain*. 1996;68:315-21.
8. Sherwood MB, Garcia-Siekavizza A, Meltzer MI, Hebert A, Burns AF, McGorray S. Glaucoma's impact on quality of life and its relation to clinical indicators. A pilot study. *Ophthalmology*. 1998;105:561-6.
9. Creamer P, Lethbridge-Cejku M, Hochberg MC. Determinants of pain severity in knee osteoarthritis: effect of demographic and psychosocial variables using 3 pain measures. *J Rheumatol*. 1999;26:1785-92.
10. Jordan MS, Lumley MA, Leisen JC. The relationships of cognitive coping and pain control beliefs to pain and adjustment among African-American and caucasian women with rheumatoid arthritis. *Arthritis Care Res*. 1998;11:80-8.
11. Greenwald HP. Interethnic differences in pain perception. *Pain*. 1991;44:157-63.
12. Riley III JL, Wade JB, Myers CD, Sheffield D, Pappas RK, Price DD. Racial/ethnic differences in the experience of chronic pain. *Pain*. 2002;100:291-8.
13. Soriano J, Monsalve V. CAD: cuestionario de afrontamiento ante el dolor crónico. *Rev Soc Esp Dolor*. 2002;9:13-22.
14. Juárez G, Ferrell B, Borneman T. Cultural considerations in education for cancer pain. *J Cancer Educ*. 1999;14:168-73.

15. Anderson KO, Richman SP, Hurley J, Palos G, Valero V, Mendoza TR, et al. Cancer pain management among underserved minority outpatients: Perceived needs and barriers to optimal control. *Cancer*. 2002;94:2295-304.
16. Cleeland CS, Gonin R, Báez L, Lehrer P, Pandya KJ. Pain and treatment of pain in minority patients with cancer. The eastern cooperative oncology group minority outpatient pain study. *Ann Intern Med*. 1997;127:813-6.
17. Anderson KO, Mendoza TR, Valero V, Richman SP, Russell C, Hurley J, et al. Minority cancer patients and their providers: pain management attitudes and practice. *Cancer*. 2000;88:1929-38.
18. Dahlberg N, Pendle S. Developing an acute pain service in a multicultural setting. *J Post Anesth Nurs*. 1994;9:96-100.
19. Nowy DM, Nelson DV, Hetzel RD, Squitieri P, Kennington M. Coping with chronic pain: sources of intrinsic and contextual variability. *J Behav Med*. 1998;21:19-34.
20. Clark R, Anderson NB, Clark VR, Williams DR. Racism as a stressor for african american a biopsychosocial model. *Am Psychol*. 1999;54:805-16.
21. Abarrido-Lanza AF, Vásquez E, Echeverría SE. En las manos de Dios (in God's hands): religious and other forms coping among latinos with arthritis. *J Consult Clin Psychol*. 2004;72:91-102.
22. Culver JL, Arena PL, Antoni MH, Carver CS. Coping and distress among women under treatment for early stage breast cancer: comparing african americans, hispanics and non-hispanics whites. *Psycho-oncol*. 2002;11:495-504.
23. McCracken LM, Matthews AK, Tang TS, Cuba SL. A comparison of blacks and whites seeking treatment for chronic pain. *Clin J Pain*. 2001;18:136-7.
24. Escalante A, Del Rincón I, Mulrow CD. Symptoms of depression and psychological distress among hispanics with rheumatoid arthritis. *Arthritis Care Res*. 2000;13:156-67.
25. Green CR, Baker TA, Smith Y, Sato Y. The effect of race in older adults presenting for chronic pain management: a comparative study of african and caucasian americans. *J Pain*. 2003;4:82-90.
26. Green CR, Baker TA, Sato Y, Washington TL, Smith EM. Race and chronic pain: a comparative study of young african and caucasian americans presenting for management. *J Pain*. 2003;4:176-83.
27. Spencer SM, Lehman JM, Wynings C, Arena P, Carver CS, Antoni MH, et al. Concerns about breast cancer and relations to psychological well-being in a multiethnic sample of early stage patients. *Health Psychol*. 1999;18:159-68.
28. Green CR, Anderson KO, Baker TA, Campell LC, Decker S, Fillingim RB, et al. The unequal burden of pain: Confronting racial and ethnic disparities in pain. *Pain Med*. 2003;4:277-94.
29. Todd KH, Samaroo N, Hoffman JR. Ethnicity as a risk factor for inadequate emergency department analgesia. *JAMA*. 1993;269:1537-9.
30. Todd KH, Deaton C, D'Adamo AP, Goe L. Ethnicity and analgesic practice. *Ann Emerg Med*. 2000;35:11-6.
31. Fuentes EF, Kohn MA, Neighbor ML. Lack of association between patient ethnicity or race and fracture analgesia. *Acad Emerg Med*. 2002;9:910-5.
32. Ng B, Dimsdale JE, Shragg P, Deutsch R. Ethnic differences in analgesic consumption for postoperative pain. *Pain*. 1996;58:125-9.
33. Ng B, Dimsdale JE, Rollnik JD, Shapiro H. The effect of ethnicity on prescriptions for patient-controlled analgesia for operative pain. *Pain*. 1996;66:9-12.
34. Todd KH, Lee T, Hoffman JR. The effect of ethnicity on physician estimates of pain severity in patients with isolated extremity trauma. *JAMA*. 1994;271:925-8.
35. Green CR, Wheeler JR, LaPorte F, Marchant B, Guerrero B. How well is chronic pain managed? Who does it well? *Pain Med*. 2002;3:56-65.
36. Cleeland CS, Gonin R, Hatfield AK, Edmonson JH, Blum RH, Stewart JA, et al. Pain and its treatment in outpatients with metastatic cancer. *N Engl J Med*. 1994;330:592-6.
37. Sheiner EK, Sheiner E, Shoham-Vardi I, Mazor M, Katz M. Ethnic differences influence caregiver's estimates of pain during labor. *Pain*. 1999;81:299-305.
38. Calvillo ER, Filaskerud JH. Evaluation of the pain response by Mexican American and Anglo American women and their nurses. *J Advanc Nurs*. 1993;18:451-9.
39. Moix J. Análisis de los factores psicológicos en el dolor crónico benigno. *Anuario de Psicología*. En prensa.