

“Un modelo colaborativo y centrado en la persona para comprender el dolor crónico, perspectiva de un paciente con dolor, un médico y un filósofo”

“A person-centred and collaborative model for understanding chronic pain, Perspectives from a pain patient, a practitioner, and a philosopher”

Capítulo 11

Autores: Christine Price, Matthew Low, and Rani Lill Anjum

*Klgo. Lic. BASTIÁN GUERRA ARAYA, Magíster © en Kinesiología
Traductor y transcriptor de la reflexión.*

Palabras clave: enfoque multidimensional, autonomía profesional, modelo vectorial.

Título Abreviado: Un modelo colaborativo para comprender el dolor
Información del Artículo

Recepción: 20 de Noviembre de 2021

Aceptación: 14 de Diciembre de 2021

En el caso del capítulo número 11, este es escrito por Christine Price, Matthew Low y Ran Lill Anjum. Christine es una usuaria que fue diagnosticada de Dolor Neuropático Severo secundario a ruptura del disco intervertebral L5-S1, asociado a un exceso de cargas sobre la zona lumbosacra. Matthew es un fisioterapeuta que participó de forma activa en el segundo período de rehabilitación de Christine, el cual generó cambios significativos en su calidad de vida y en la forma en que ella enfrentaba su condición de salud. Finalmente, Ran Lill es un filósofo cuya particular visión sobre este fenómeno nos permite dar cuenta de lo complejo que es el trabajo con personas cuando desde un punto de vista positivista, no consideramos sus características individuales, tales como su contexto, aspiraciones, preocupaciones, entre otras.

Esta reseña busca realizar un análisis crítico en base al capítulo del libro, haciendo referencia a nuestro con-

texto como kinesiólogos/as chilenos/as y especialmente a los desafíos que tenemos por delante.

Contextualización

Christine es una mujer estadounidense laboralmente activa que en el año 2008 mientras realizaba parte de sus actividades en el trabajo (restauración de casas antiguas) siente una molestia en la zona lumbar y muslo, a la cual no le da mucha importancia en ese momento. Con el pasar de las horas, esa molestia se transforma un dolor muy intenso, hasta llegar al punto de no poder siquiera caminar dentro de su casa. Al consultar con un médico general que fue a su domicilio, este le prescribe fármacos para contrarrestar el dolor que estaba experimentando, pero la intervención no tuvo éxito. Al día siguiente, Christine fue trasladada de urgencia a un hospital cercano en el cual le diagnostica-

ron una ruptura del disco intervertebral de L5-S1, lo que generaba una compresión sobre la raíz nerviosa de dichas vértebras desencadenando un cuadro de dolor neuropático severo.

Este fue el inicio de casi 10 años en tratamiento principalmente bajo un modelo de atención biomédico, en donde su estado general nunca mejoró de forma substancial, hasta el momento en que conoce a Matthew Low y siente que su forma de abordar su caso tiene tintes muy diferentes a lo que estaba acostumbrada.

Profundización

Como se mencionó anteriormente, Christine pasó por un proceso de intervención de larga duración, el cual se divide en dos etapas basado en su experiencia. El primer intervalo comprende desde el momento del inicio del dolor y posterior diagnóstico hasta el momento en que es dada de alta a la espera de una nueva intervención kinesiológica. La segunda etapa tiene como hito relevante el contacto con Matthew, quien a través de un enfoque terapéutico diferente logra junto a Christine mejorar su estado de salud.

La complejidad de la situación que afectaba a Christine en aquellos primeros meses derivaba principalmente de una importante limitación de sus actividades de la vida diaria básicas e instrumentales, sumado a que no podía trabajar y que además tenía un vago conocimiento acerca de las causas de su dolor y de cómo manejarlo de forma independiente. Desde un punto de vista médico, el tratamiento estaba acotado a controlar la sintomatología central, es decir, disminuir los niveles de dolor. Además, se programó una cirugía para generar una descompresión de la zona afectada. A pesar de que Christine comentó al equipo médico la forma en la que se veía afectada su calidad de vida, en cuanto a las cosas que no podía hacer y aquellas que realizaba con mucho esfuerzo producto de esta condición, su opinión y experiencia no fueron tomadas en cuenta según relata. En cuanto a las intervenciones kinesiológicas, estas tuvieron un foco “rutinario” en palabras de la protagonista, destacando ejercicios para mejorar la flexibilidad, la movilidad articular y la estabilización del CORE como eje principal. Sin embargo, de estas sesiones obtuvo poco beneficio, ya que sus niveles de dolor se mantuvieron y tampoco mejoró su funcionalidad. Llegado el momento de la intervención quirúrgica, los avances

habías sido mínimos en cuanto a su condición de salud, y posterior a esto Christine recibe la noticia de que se ha establecido un proceso cicatricial en la zona afectada, por lo que desde el punto de vista médico ya no podían hacer nada. Así fueron los primeros 4 años de tratamiento para Christine hasta el momento en que le comunican el pronóstico mencionado, lo que significa que tendrá que vivir con esta situación por el resto de su vida. Ella resume este período en la figura 1, en donde si bien se le entregó tratamiento médico y rehabilitación en base a la mejor evidencia posible (modelo de práctica basada en la evidencia), los resultados no fueron los esperados.

Figura 1. Representación de la dinámica terapéutica desde el punto de vista de Christine en la primera etapa de su rehabilitación. Imagen reproducida del libro “Mobilizing knowledge in Physiotherapy”, capítulo 11, página 142. Sin autorización de los/las autores.



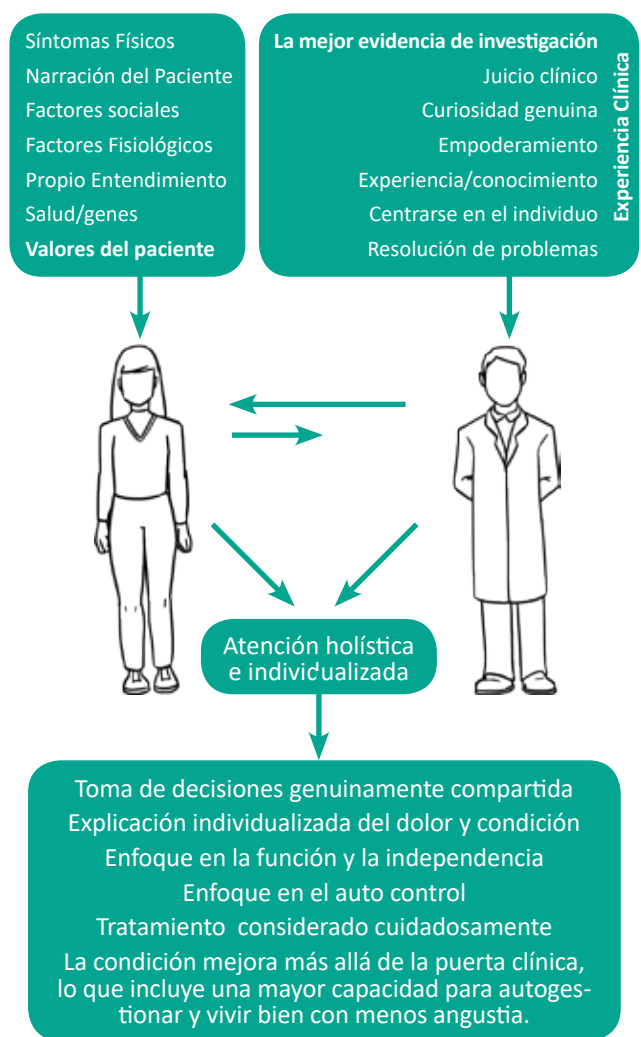
Respecto esta primera etapa y a los detalles expuestos, queda de manifiesto que el abordaje utilizado en el caso de Christine no fue el adecuado, a pesar de que se tuvo como referencia las recomendaciones de las guías clínicas para manejo de dolor lumbar vigentes al momento de la intervención. **La investigación cuantitativa, y específicamente aquella que basa sus esfuerzos en la comprobación de una hipótesis mediante cálculos que resulten en valores estadísticamente significativos, apuntan a resolver problemáticas para un promedio de la población** (por lo tanto, plantea beneficios para la mayoría de las personas), priorizando un enfoque empírico de la práctica clínica. Como planteó David Hume (1739), el empirismo tiene su base en los conceptos de causa y efecto, en donde por lo general un suceso X produce una consecuencia Y, repitiéndose el patrón cada vez que se presenten dichas condiciones. Sin embargo, este tipo de acercamiento deja fuera los elementos vinculados a la personalidad del individuo, a sus experiencias, al contexto y, por sobre todo, a la capacidad de decisión que tiene cada ser humano. No es suficiente con utilizar la evidencia científica de los últimos años y con la mejor calidad metodológica, sino que es necesario trabajar con el usuario manteniendo un enfoque “centrado en la persona” (person-centred por su traducción al inglés) que permita horizontalizar la relación con el profesional, propiciando un escenario en donde el planteamiento de objetivos y la toma de decisiones emerge de una discusión en donde el usuario tiene un rol preponderante.

El modelo biomédico y biopsicosocial marcan una clara distancia entre la opinión del usuario/a (información subjetiva) y la del profesional de la salud (información objetiva). Abordar los procesos terapéuticos con esta visión deja en evidencia que se hace un juicio de valor, que llega incluso a analizar las experiencias de las personas desde una posición egocéntrica, invalidando el relato del usuario por ser considerada “información carente de objetividad”, lo cual claramente es un error si el objetivo final es lograr dar respuesta a las interrogantes de las personas bajo su contexto.

Continuando con el caso, luego de la decisión por parte del equipo médico de no continuar con más intervenciones, Christine tuvo la opción de ingresar a terapia kinesiológica con Matthew. Su manera personalizada e individual de abordaje le permitieron entender la “experiencia de dolor” y todas las condicionantes que influían sobre la forma en que Christine sobrellevaba esta

situación. Además, el autoconocimiento propiciado por un enfoque “centrado en la persona” facilitaron el entendimiento del origen del dolor, signos, y síntomas, por lo que ella aprendió a manejar y a convivir con el dolor. Sumado a lo anterior, la usuaria modificó su actividad laboral lo que también acarrió importantes beneficios a su calidad de vida. Christine resume este segundo período de rehabilitación en la figura 2, en donde el eje central del terapeuta se define como la valoración de la intersubjetividad, enfocando sus esfuerzos en tomar decisiones clínicas junto a la usuaria con una perspectiva holística e individualizada. Parte importante de ese proceso es el entregar herramientas para que la persona pueda solventarse por sí misma en momentos de crisis (cuando aumenta del dolor de forma importante, por ejemplo), o que sepa qué tipo de actividades son potencialmente peligrosas para su estado de salud.

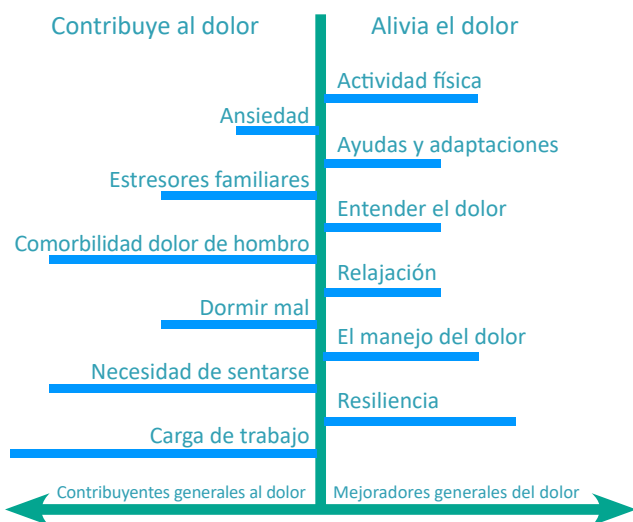
Figura 2. Representación de la dinámica terapéutica desde el punto de vista de Christine en la segunda etapa de su rehabilitación. Imagen reproducida del libro “Mobilizing knowledge in Physiotherapy”, capítulo 11, página 150. Sin autorización de los/las autores.



La base filosófica también cambió, ya que se transitó desde un enfoque “causa/efecto” hacia un “disposicionalismo causal”, atendiendo que si bien pueden existir elementos que propicien la aparición de ciertos cuadros clínicos, eso no significa que se manifiesten, ya que dependen de las características propias de cada individuo. Para Christine, todo esto se puede resumir en el empoderamiento del cuidado de sí misma, a través de una guía cercana y empática a cargo del terapeuta.

Un elemento clave en el éxito de esta intervención, tiene directa relación con el “modelo vectorial” planteado por Mumford y Anjum en el año 2011, y que Matthew aplica en el caso de Christine. Básicamente este modelo busca ilustrar dentro de la condición de salud que afecta a la persona, elementos esenciales como la dirección e intensidad de la disposición de un factor, complejidad causal, sensibilidad del contexto, composición lineal o no lineal, entre otros. Como se muestra en la figura 3, existen factores que mejoran la experiencia de dolor (pain improvers) y otros que la empeoran (pain contributors). El tamaño del vector determina la intensidad de ese factor, y la dirección hacia donde tributa, por lo que este instrumento se transforma en un paso esencial en la comprensión de cómo la persona y el terapeuta entienden el contexto de esta condición de salud. Christine relata que con este tipo de abordaje pudo adquirir más y mejores herramientas para hacer frente a los desafíos derivados de una condición crónica que, en un principio, solamente estuvo enfocado en el alivio de los síntomas.

Figura 3. Modelo vectorial en base al caso de Christine Price. Imagen reproducida del libro “Mobilizing knowledge in Physiotherapy”, capítulo 11, página 152. Sin autorización de los/las autores



Sobre esta última parte del proceso de intervención, podemos rescatar algunas conclusiones importantes. El cambio de enfoque en el caso de Christine generó cambios significativos para ella, ya que tanto su calidad de vida como su estado de salud mejoraron. Adoptar la visión de Mumford y Anjum (2011) sobre el disposicionalismo causal facilita al profesional el desarrollo un razonamiento crítico en base a la información que recibe del usuario/a. La triangulación de datos fisiopatológicos, clínicos, sociales, psicológicos y contextuales sobre el caso de Christine, le permitieron a Matthew entender cómo la experiencia de dolor de ella determinaba cambios conductuales relevantes tanto para el proceso de rehabilitación, como para la vida misma de la usuaria. Educar a las personas sobre su condición de salud debe dejar de ser un objetivo que se plantea simplemente por cumplir, sino que debemos avanzar en un camino que facilite la comunicación y el autoconocimiento.

Reflexión Final

Sin duda, el positivismo y el trabajo empírico no son el único camino en el entendimiento de los procesos que atañen a los seres humanos. Descartar o invalidar información sobre las experiencias y sentir de las personas solamente nos aleja como profesionales de lo que debería ser nuestro foco principal. Ampliar la toma de decisiones hacia los usuarios/as respetando su capacidad de autonomía, nos permite establecer objetivos de intervención más claros, reales y en sintonía con las necesidades de las personas.

Lamentablemente, la formación de profesionales kinesiólogos en nuestro país tiene un carácter netamente positivista, en donde prima el lenguaje matemático por sobre el análisis cualitativo. Debemos evolucionar hacia una perspectiva mixta, en donde la interpretación, la intersubjetividad, la interculturalidad y la valoración de la opinión de los usuarios sea el eje central para la toma de decisiones. Es complejo continuar con un modelo en donde se declara que los estudiantes aprender a razonar en base a la práctica basada en la evidencia y al análisis teórico de una patomecánica específica, ya que como quedó claro en el relato de Christine, eso no es suficiente para entender la dimensión completa de una determinada condición de salud. Aprender una pauta, guía clínica o forma de abordaje limita de manera clara las opciones de los estudiantes y kinesiólogos, porque le quita espacio al razonamiento

profesional, elemento fundamental en cualquier terapia del movimiento.

Una aproximación con enfoque multidimensional centrado en la persona es absolutamente necesario de incluir en las mallas curriculares de las carreras de kinesiología, así poco a poco podremos llegar a un punto en común en cuanto a la forma de pensar. Sin embargo, son necesarias más investigaciones y publicaciones de carácter cualitativo, ya que solo de esta forma podremos sostener un modelo de trabajo diferente al que predomina hoy en día, y llegaremos finalmente a la tan ansiada autonomía profesional.

Referencia Libro

1. Nicholls, D. A., Groven, K. S., Kinsella, E. A., & Anjum, R. L. (2020). *Mobilizing Knowledge in Physiotherapy: Critical Reflections on Foundations and Practices*. Taylor & Francis. <https://books.google.cl/books?id=VhEHEAAAQBAJ>

Bibliografía Complementaria

- Bernetti, A., Agostini, F., de Sire, A., Mangone, M., Tognolo, L., Di Cesare, A., Ruiu, P., Paolucci, T., Invernizzi, M., & Paoloni, M. (2021). Neuropathic pain and rehabilitation: A systematic review of international guidelines. *Diagnostics*, 11(1), 1–10. <https://doi.org/10.3390/diagnostics11010074>
- Hammond, R., Stenner, R., & Palmer, S. (2020). What matters most: a qualitative study of person-centered physiotherapy practice in community rehabilitation. *Physiotherapy Theory and Practice*, 00(00), 1–12. <https://doi.org/10.1080/09593985.2020.1825577>
- Low, M. (2017). A novel clinical framework: The use of dispositions in clinical practice. A person centred approach. *Journal of Evaluation in Clinical Practice*, 23(5), 1062–1070. <https://doi.org/10.1111/jep.12713>
- Zarabian, K., Wannon, A., Chin, M., & Kogan, M. (2021). The intersection between integrative medicine and neuropathic pain: A case report. *Explore*, 000, 1–5. <https://doi.org/10.1016/j.explore.2021.01.004>

Correspondencia

Correo de contacto: guerra.bakine@gmail.com