



## **Dolor Crónico como consecuencia de Tortura: Manejo**

La tortura se asocia con una amplia gama de consecuencias relacionadas con la salud, entre las que el dolor persistente y la discapacidad relacionada con el dolor son características definitorias [4, 8, 11]. Cuando se trata a supervivientes de tortura, el dolor y sus consecuencias deben ser abordados.

Por lo tanto, es esencial que los profesionales de la salud que se ocupan del cuidado de los supervivientes de la tortura estén familiarizados con la fisiología de los mecanismos del dolor, con los modelos de dolor biopsicosociales y con la mejor práctica basada en la evidencia para controlar el dolor, agudo y persistente.

El dolor persistente no solo causa discapacidad y funcionamiento restringido, sino que también produce discapacidades psicológicas, lo que aumenta el impacto en el funcionamiento general personal y social. Sin embargo, la bibliografía de investigación sobre la rehabilitación de supervivientes de tortura ataca predominantemente los problemas de salud mental sin hacer referencia al dolor como entidad en sí mismo o como una causa importante de angustia y discapacidad [9, 15].

El tratamiento de los supervivientes de tortura requiere los mismos métodos de intervención que en otros estados con dolor. Es muy importante que los profesionales de la salud se eduquen sobre los diferentes métodos de tortura y sus consecuencias físicas. Las revisiones de la literatura sobre rehabilitación señalan la falta de estudios científicamente rigurosos de intervenciones de múltiples componentes para supervivientes de tortura [6,10]. Pocos estudios evalúan los resultados del tratamiento del dolor y la calidad de la evidencia es baja [2,5], por lo que estos proporcionan poca orientación. Las recomendaciones de tratamiento son que la buena práctica clínica se aplique con sensibilidad a los pacientes que pueden estar seriamente traumatizados [1,2].

Una preocupación más amplia es que el dolor no es reconocido, evaluado y manejado como un problema en sí mismo. Si no se atiende, el dolor persistente puede socavar los intentos de tratar otros problemas comunes, como la angustia y los trastornos del sueño, y dificultar la adquisición de habilidades esenciales de autocontrol. Es importante que las mejores prácticas en el manejo del dolor en general se extiendan a los supervivientes de tortura, y que el dolor no se asuma como un síntoma de estrés postraumático, descuidando el tratamiento del dolor [1]. Por ejemplo, es de suma importancia que el dolor neuropático que puede ocurrir después de la suspensión de los brazos o después de la falaka se evalúe adecuadamente y se trate de manera médica.

La rehabilitación del dolor en un modelo biopsicosocial tiene que ver con el funcionamiento limitado y la discapacidad asociada con el dolor, y la interacción compleja con factores personales y ambientales, factores que pueden influir en la experiencia y la respuesta al dolor [14]. Debe reconocerse que los supervivientes de tortura pueden tener problemas psicológicos y sociales considerables además del dolor y otros problemas de salud, lo que complica la presentación, la evaluación y el tratamiento: incertidumbre sobre el estado civil, alojamiento inestable, aislamiento de la familia, amigos, cultura y medios habituales de apoyo y acceso al trabajo [3, 13].

Como se recomienda para el dolor crónico en general, un enfoque interdisciplinario y multimodal para el manejo del dolor en supervivientes de tortura es óptimo, con un enfoque en los objetivos acordados de mejorar la comprensión, la función y la participación. La rehabilitación puede ser una mezcla de sesiones individuales en combinación con psicoeducación en grupo, con o sin un intérprete.

Para promover el autocontrol y un retorno a las actividades y el estilo de vida deseados, el manejo del dolor para los supervivientes de tortura debe integrar la educación sobre la naturaleza del dolor persistente, las intervenciones psicológicas dirigidas a los aspectos cognitivos y conductuales de la adaptación al dolor, la terapia física para mejorar el funcionamiento físico general, la reducción del deterioro musculoesquelético causado por la tortura y el tratamiento farmacológico del dolor.

Puede ser difícil para los supervivientes de tortura aceptar la permanencia del dolor de su tortura, abandonar las esperanzas de alivio completo y aceptar que la reducción del dolor y el mejoramiento de la actividad y el funcionamiento del nivel social son objetivos más realistas, lo que implica una consideración física, práctica y el desarrollo de habilidades psicológicas. Por lo tanto, las expectativas de los supervivientes deben abordarse al inicio de la rehabilitación. La explicación de los mecanismos de dolor persistente sin daño es importante y permite replantear las creencias pesimistas sobre la posibilidad de una función mejorada, y discutir los cambios en el comportamiento para promover la rehabilitación. Es muy importante que todos los supervivientes de la tortura comprendan la interacción del dolor y los problemas psicológicos [7].

No hay estudios sistemáticos de tratamiento farmacológico para el dolor crónico posterior a la tortura que sugieran variaciones con respecto a las mejores prácticas. Al igual que en otras condiciones de dolor crónico, el tratamiento farmacológico del dolor debe basarse en una evaluación exhaustiva del dolor y en la identificación de los mecanismos subyacentes del dolor. La adhesión al tratamiento médico a menudo es baja y, por lo tanto, es esencial contar con información precisa, especialmente sobre los efectos secundarios. El dolor neuropático debe tratarse, como se mencionó anteriormente.

El beneficio del manejo interdisciplinario del dolor debe evaluarse, no solo con el alivio del dolor, sino con el objetivo de mejorar la calidad de vida relacionada con la salud, incluida la actividad y el funcionamiento a nivel social [12]. Estos deben ser además de, no en lugar de, resultados identificados por los mismos supervivientes de tortura.

## **BIBLIOGRAFÍA**

[1] Amris K, Williams A. Pain Clinical Update: Chronic pain in survivors of torture. IASP Press, 2007.

[2] Baird E, Williams ACC, Hearn L, Amris K. Interventions for treating persistent pain in survivors of torture. Cochrane Database Syst Rev 2017;8:CD012051.

[3] Berliner P, Mikkelsen E, Bovbjerg A, Wiking M. Psychotherapy treatment of torture survivors. Journal of Psychosocial Rehabilitation 2004;8:85-96. [4] Burnett A, Peel M. Asylum seekers and refugees in Britain. The health of survivors of torture and organised violence. BMJ 2001;u322:606-609.

[5] Jansen G, Nordemar R, Larsson L, Blyhammar C. Pain rehabilitation for torture survivors. European Journal of Pain Supplements 2011;u5:284.

[6] Jaranson J, Quiroga J. Evaluating the series of torture rehabilitation programmes: history and recommendations. Torture 2011;u21:98-140.

[7] Morasco BJ, Lovejoy TI, Lu M, Turk DC, Lewis L, Dobscha SK. The relationship between PTSD and chronic pain: mediating role of coping strategies and depression. Pain 2013;u154:609-616.

[8] Olsen D, Montgomery E, Carlsson J, Foldspang S. Prevalent pain and pain level among torture survivors. Dan Med Bull 2006;u53:210-214.

[9] Patel N, Kellezi B, Williams AC. Psychological, social and welfare interventions for psychological health and well-being of torture survivors. Cochrane Database Syst Rev 2014;uCD009317.

[10] Quiroga J, Jaranson J. Politically-motivated torture and its survivors: a desk study of the literature. Torture 2005;u16.

[11] Rasmussen O. Medical aspects of torture. Dan Med Bull 1990;u37:1-88.

[12] Taylor AM, Phillips K, Patel KV, Turk DC, Dworkin RH, Beaton D, Clauw DJ, Gignac MA, Markman JD, Williams DA, Bujanover S, Burke LB, Carr DB, Choy EH, Conaghan PG, Cowan P, Farrar JT, Freeman R, Gewandter J, Gilron I, Goli V, Gover TD, Haddox JD, Kerns RD, Kopecky EA, Lee DA, Malamut R, Mease P, Rappaport BA, Simon LS, Singh JA, Smith SM, Strand V, Tugwell P, Vanhove GF, Veasley C, Walco GA, Wasan AD, Witter J. Assessment of physical function and participation in chronic pain clinical trials: IMMPACT/OMERACT recommendations. Pain 2016;u157:1836-1850.

[13] Teodorescu DS, Heir T, Siqveland J, Hauf E, Wentzel-Larsen T, Lien L. Chronic pain in multi-traumatized outpatients with a refugee background resettled in Norway: a cross-sectional study. BMC Psychol 2015;u3:7.

[14] Turk DC, Okifuji A. Psychological factors in chronic pain: evolution and revolution. J Consult Clin Psychol 2002;u70:678-690.

[15] Williams ACC, Amris K. Treatment of persistent pain from torture: review and commentary. Med Conf Surviv 2017;u33:6081.

## **AUTORES**

Kirstine Amris, MD  
The Parker Institute Frederiksberg Hospital  
Copenhagen, Denmark

Gunilla Brodda Jansen, MD  
Department of Clinical Sciences  
Karolinska Institutet Stockholm, Sweden

## **REVISORES**

Fernando Santos, MD  
Residente de anestesiología y reanimación  
Hospital regional Universitario de Málaga  
Málaga, Andalucía, España

Alex Barroso, PhD  
Facultativo especialista en anestesiología, reanimación y terapia del dolor.  
Hospital regional Universitario de Málaga  
Málaga, Andalucía, España

### **Sobre la Asociación Internacional para el Estudio del Dolor IASP® (International Association for the Study of Pain)**

IASP es el foro profesional líder para la ciencia, práctica, y educación en el campo del dolor. [La suscripción se encuentra abierta a todos los profesionales](#) involucrados en la investigación, diagnóstico, o tratamiento del dolor. La IASP cuenta con más de 7,000 miembros en 133 países, 90 capítulos internacionales, y 22 Grupos de Especial Interés.

### **Sobre la Federación Europea de Dolor EFIC® (European Pain Federation)**

La Federación Europea de Dolor EFIC es una organización profesional multidisciplinar en el campo de la medicina del dolor y su investigación, que consiste en 37 Capítulos Europeos de la Asociación Internacional para el Estudio del Dolor (IASP, International Association for the Study of Pain) y que representa a unos 20,000 médicos, enfermeras, científicos, psicólogos, fisioterapeutas y a otros profesionales de la salud involucrados en la medicina del dolor.

Como parte del Año Global contra el Dolor en los más vulnerables, la IASP Y EFIC ofrece una serie de hojas informativas que cubren tópicos específicos relacionados con el dolor. Estos documentos han sido traducidos a múltiples idiomas y se encuentran disponibles para su descarga gratuita. Para mayor información visite [GYAP Page](#) y [EYAP Page](#).