



UADY

CIENCIAS DE LA SALUD

POSGRADO INSTITUCIONAL
EN CIENCIAS DE LA SALUD

Vivencia del dolor y el catastrofismo. Estudio desde la teoría fundamentada para generar una propuesta educativa intercultural en rehabilitación.

Tesis presentada por:
Elisa Alejandra May Chan

En opción al grado:
Maestra en Investigación en Salud

Director de Tesis

Dra. Damaris Francis Estrella Castillo

Mérida, Yucatán Noviembre 2020

AGRADECIMIENTOS ACADÉMICOS

En primer lugar, agradezco a la Universidad Autónoma de Yucatán (UADY) por permitirme continuar con mis estudios de posgrado.

Al Posgrado Institucional en Ciencias de la Salud de la UADY, por las facilidades otorgadas durante mis estudios y por otorgarme aprendizajes de calidad durante mi estancia en la Maestría en Investigación en Salud.

Al Consejo Nacional de Ciencia y Tecnología (CONACYT), por haberme otorgado la beca número 925541 durante el período de agosto 2018 a julio 2020 para la realización de mis estudios de maestría.

A la Fundación Kellogg y al Programa Intercultural en Rehabilitación por financiamiento otorgado para la realización de la presente tesis.

A la unidad de proyectos sociales de la UADY, por enseñarme una nueva perspectiva de trabajo comunitario y diversas metodologías alternativas.

Al Comité tutorial y revisor de tesis de la UADY, por todo el tiempo que le dedicaron a evaluar, asesorar los seminarios de investigación y acompañarme en el proceso de titulación.

A mi Directora de Tesis, la Dra. Damaris Francis Estrella Castillo, por todas las enseñanzas, así como por el apoyo otorgado antes, durante y después de mi estancia en la maestría y el asesoramiento en la realización de esta tesis.

Por último, a la comunidad de Chankom por las facilidades otorgadas durante el trabajo de campo, por los cuidados, afecto y colaboración, que me permiten hoy escribir sobre ellos, con la esperanza de que esta investigación pueda mejorar su condición de vida.

Chankom, Yucatán, México, 2020

ÍNDICE

1. RESUMEN	1
2. INTRODUCCIÓN	2
3. ANTECEDENTES	4
Dolor crónico musculoesquelético	4
Mecanismos neurofisiopatológicos del dolor crónico musculoesquelético	5
Catastrofismo ante el dolor	6
Tratamiento multidisciplinario del dolor crónico musculoesquelético	7
Educación intercultural en salud	12
La metodología cualitativa en el estudio del dolor y la educación.....	14
4. PLANTEAMIENTO DEL PROBLEMA.....	17
5. JUSTIFICACIÓN.....	19
6. OBJETIVOS.....	21
General	21
Específicos.....	21
7. MATERIAL Y MÉTODOS	22
Tipo y diseño de estudio	22
Universo.....	22
Tamaño de la muestra	22
Definición de las Variables.....	22
Criterios	27
Fuentes y recolección de la información	28
Métodos y técnicas	28
Plan de procesamiento de datos.....	33
Consideraciones éticas	34
8. RESULTADOS	35
9. DISCUSIÓN	61
10. CONCLUSIONES	70
11. RECOMENDACIONES	71
12. REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS.....	72

13. ANEXOS.....	83
------------------------	-----------

1. RESUMEN

En el presente trabajo se describen e interpretan las vivencias del dolor crónico y el catastrofismo de personas de la comunidad de Chankom con la finalidad de comprender profundamente el fenómeno investigado y elaborar una propuesta educativa intercultural en rehabilitación.

Esta investigación cualitativa está construida desde una observación etnográfica y 14 entrevistas semiestructuradas a profundidad sobre las vivencias del dolor, los conceptos en maya del dolor, los saberes relacionados con las neurociencias del dolor (cerebro-mente) y las temáticas de interés relacionadas con la propuesta educativa intercultural en rehabilitación, las cuales fueron analizadas desde la teoría fundamentada con el software de análisis cualitativo Atlas.ti 7.5.4 y la triangulación de los resultados.

Los resultados reflejan que el dolor es vivido como una enfermedad provocada por diversos factores biopsicosociales, produciendo alteraciones en el estado de ánimo y discapacidad. Asimismo, utilizan distintos modelos de atención para la disminución del dolor; sin embargo, solamente refieren tener alivio momentáneo. Las principales temáticas reportadas para la creación de la propuesta educativa fueron conocer el motivo del dolor y estrategias de tratamiento. La propuesta educativa intercultural consistió en un taller cuyo objetivo es que los participantes identifiquen los factores relacionados en la cronicidad del dolor y los beneficios de 3 estrategias de autocuidado activas a través de temáticas básicas de las neurociencias del dolor y actividades participativas culturalmente sensibles. Las principales estrategias utilizadas son el uso de cuentos, leyendas, analogías y promoción en la toma de decisiones durante el proceso educativo.

Es necesario que las futuras investigaciones evalúen el impacto de los factores psicosociales en la cronicidad del dolor y el efecto de la propuesta educativa intercultural en rehabilitación.

2. INTRODUCCIÓN

Desde una perspectiva biomédica y de acuerdo con la Asociación internacional para el estudio del dolor (IASP, por sus siglas en inglés), el dolor se define como una experiencia sensorial y emocional desagradable asociada o similar a la asociada con daño tisular real o potencial. Asimismo, La IASP refiere que las personas aprenden el concepto del dolor a través de sus experiencias de vida y que está influenciado por factores biológicos, psicológicos y sociales. Asimismo, esta asociación resalta que, aunque el dolor desempeña una función adaptativa puede tener impacto negativo sobre el bienestar físico, social y psicológico.¹

Desde la perspectiva antropológica, el dolor comprende a la biología y la cultura debido a que existe la idea del dolor como naturaleza inevitable y al mismo tiempo como una manifestación cultural contextuada social e históricamente y que depende del mundo lingüístico de los actores involucrados en la experiencia.^{2,3}

Actualmente, se clasifica el dolor en agudo y crónico según el tiempo de duración. El dolor agudo desempeña un rol de protección y se caracteriza por ser un síntoma de un daño tisular actual, por el contrario, el dolor crónico es de carácter recurrente o persistente por más de tres meses y debido a que pierde su función protectora actualmente se le reconoce como una enfermedad en sí misma y se encuentra en la Clasificación Internacional de Enfermedades (CIE-11) desarrollada en el 2015 por investigadores expertos de la IASP y la Organización Mundial de la Salud (OMS). En esta clasificación, el dolor crónico se encuentra dividido en 7 grupos de acuerdo con el órgano afectado y las características del dolor, de la siguiente manera: dolor crónico primario, dolor crónico oncológico, dolor crónico post traumático y post quirúrgico, dolor crónico neuropático, dolor crónico de cabeza y orofacial, dolor crónico visceral, y dolor crónico musculoesquelético.^{4,5}

Por otra parte, el dolor crónico musculoesquelético es el más prevalente dentro de todos los tipos de dolor crónico por lo cual representa un alto impacto epidemiológico y de salud pública.^{6,7}

De modo similar ocurre en el contexto Yucateco y específicamente en la comunidad maya de Chankom en la cual existe una alta prevalencia de dolor musculoesquelético y patologías reumáticas, que son una importante causa de discapacidad de acuerdo con los estudios realizados en esta comunidad por Peláez-Ballestas y cols.^{8,9}

De igual forma, estos estudios refieren que en la comunidad de Chankom son necesarios programas comunitarios culturalmente sensibles para la prevención de discapacidad causada por patologías musculoesqueléticas.^{8,9}

Sin embargo, para la realización de programas de salud en esta comunidad es necesario llevar a cabo investigación de corte cualitativo o mixto que permitan comprender la visión del dolor de las poblaciones mayas, así como de las vivencias de quienes lo padecen.

3. ANTECEDENTES

Dolor crónico musculoesquelético

El dolor crónico se caracteriza por ser persistente o recurrente, dura más de tres meses y se origina por un proceso de enfermedad que afecta directamente huesos, articulaciones, músculos o tejidos blandos. Las patologías incluidas son aquellas caracterizadas por inflamación persistente de etiología infecciosa, autoinmune o metabólica, como la artritis reumatoide, o por cambios estructurales, como la osteoartritis.⁴

Estudios epidemiológicos recientes mencionan que el dolor crónico musculoesquelético es un importante problema de salud pública, económico y social en todo el mundo, reportándose como la primera causa de dolor persistente, con una prevalencia a nivel mundial del 20% y, se encuentra entre 5 de 10 condiciones principales de años vividos con discapacidad.⁷ Esto se puede notar en Australia debido a que en este país se reporta que la artritis y el dolor de espalda triplican las probabilidades de que las personas de 45 a 64 años dejen de trabajar y se estima que los australianos mayores que no trabajan debido a una salud deficiente reducen el producto interno bruto (PIB) en \$ 14.7 mil millones por año.⁷

El alcance del problema en América Latina no está claro, los datos disponibles son escasos y varían entre los diferentes países. Por lo tanto, existe una clara necesidad de información epidemiológica en esta región. En México, de acuerdo con el Instituto Mexicano del Seguro Social (IMSS), durante el periodo de 1991 a 2002, el dolor crónico estaba posicionado entre los 20 principales motivos de consulta y se reportó que por lo menos el 5% de los individuos que acudieron a los centros de medicina familiar presentaron una enfermedad dolorosa crónica claramente documentada (dorsalgias 2%, otras artrosis 2%, y enfermedad pélvica inflamatoria 1%).^{10,11}

Por otra parte, en el contexto yucateco se han realizados estudios de prevalencia sobre el dolor musculoesquelético y enfermedades reumáticas reportando un 19.6% de dolor.¹² Asimismo, en el municipio de Chankom se reporta una alta prevalencia para el dolor musculoesquelético con un 38% en los últimos 7 días y un 51.2% en algún momento de la vida, siendo los diagnósticos más comunes el síndrome de dolor regional complejo, lumbalgia y osteoartritis (OA).⁸

Al mismo tiempo, el dolor crónico en la calidad de vida de los pacientes, lo cual afecta negativamente su percepción de salud en general, interfiere considerablemente con las actividades cotidianas y está asociado con síntomas depresivos, todo esto afecta las relaciones e interacciones con otras personas.⁷

Mecanismos neurofisiopatológicos del dolor crónico musculoesquelético

El dolor crónico no puede considerarse como la persistencia de un dolor agudo, ya que cuando el dolor persiste durante el tiempo, se provocan cambios fisiopatológicos que conducen a la cronificación.¹³

Cuando un tejido se daña y el dolor persiste, se produce un mecanismo de adaptación de los nociceptores, esta respuesta se llama sensibilización periférica y representa una acción de protección para prevenir el uso de las estructuras dañadas y evitar mayor daño tisular. Otro mecanismo de adaptación es la sensibilización central y se define como un aumento de respuesta de las neuronas centrales a señales provenientes de los receptores periféricos que desencadena la hipersensibilidad al dolor. Ambos mecanismos permiten optimizar la probabilidad de curación del tejido y minimizar el riesgo de lesiones secundarias. Sin embargo, con el tiempo, la sensibilización puede perder su valor adaptativo y convertirse en un problema en sí mismo; esta desadaptación ocurre como consecuencia de una transmisión sensorial alterada y cambios neuroplásticos en la representación propioceptiva de la parte del cuerpo afectada, principalmente en la corteza somatosensorial primaria, secundaria, motora y otras áreas influyentes.¹⁴⁻¹⁶

Aunque el dolor per se, proporciona un impulso para los cambios neuroplásticos en el sistema nervioso central, estudios experimentales han demostrado que la estructura y la función de los cerebros de los sujetos con dolor crónico, incluyendo el dolor lumbar crónico y la osteoartritis, presentan cambios en el área mesolímbica y prefrontal en comparación con las personas que no tienen dolor. Estas áreas, están involucradas en los aspectos cognitivos afectivos del dolor y las lesiones, incluida la respuesta conductual a estas, el procesamiento del miedo y las emociones.^{15,16}

Por lo tanto, el dolor crónico musculoesquelético en la actualidad es comprendido como un fenómeno biopsicosocial y multidimensional, en el cual se reconoce la influencia de los factores psicosociales como la catastrofización, la ansiedad, el miedo al dolor y las creencias erróneas tradicionalmente aceptadas respecto a la naturaleza y fisiología del dolor en los procesos crónicos dolorosos.^{17,18}

Catastrofismo ante el dolor

El catastrofismo fue formulado por Ellis en 1962, para explicar que la persona responde con anticipación a los eventos y les atribuye consecuencias fatales altamente probables. Este constructo, se define como un estado cognitivo caracterizado por la magnificación, rumiación y desesperanza acerca del dolor.¹⁹⁻²²

Además, el catastrofismo es una parte central del modelo del miedo-evitación propuesta por Vlaeyen y cols.²³ De acuerdo con dicho modelo, cuando una persona experimenta dolor, realiza una valoración con respecto a su significado, sin embargo, aunque la mayoría de las personas consideran el dolor como una experiencia desagradable, existe una minoría de individuos que le dan al dolor un significado catastrófico, y de acuerdo con esta propuesta, los pensamientos catastrofistas son un requisito indispensable para los comportamientos de miedo al dolor y evitación al movimiento. Aunque no están claras las causas, se ha demostrado que es importante en su desarrollo un modelo de apego inseguro y sensibilidad ante la ansiedad.^{21,24,25}

El catastrofismo se ha relacionado con diversas patologías que cursan con dolor musculoesquelético tales como la fibromialgia y la lumbalgia crónica, de tal modo que aquellos con altos niveles de catastrofización informan de dolor más intenso; además se ha relacionado con malestar emocional, discapacidad, mala respuesta al tratamiento en enfermos reumáticos, menor autoeficacia en el funcionamiento físico y motor e incluso mayor ideación suicida. Asimismo, en estudios realizados en personas sanas con alto nivel de catastrofismo muestran puntajes elevados en las pruebas de inducción del dolor y en las pruebas de neurodinamia, reforzando la contribución del catastrofismo en la intensidad del dolor; por lo tanto, resultan cruciales la detección precoz y la intervención temprana para reducir la cronificación.^{21,22,26}

Tratamiento multidisciplinario del dolor crónico musculoesquelético

La Declaración de Montreal, Canadá (2010) con el apoyo de la Asociación Internacional para el estudio del Dolor, Federación Europea del Dolor y Organización Mundial de la Salud declaran que el acceso al tratamiento del dolor es un derecho humano fundamental, y que la persona debe ser evaluada adecuadamente y obtener un tratamiento efectivo sin discriminación.^{4,27}

El primer encuentro con los pacientes se realiza en atención primaria. Inicialmente se les prescribe tratamiento farmacológico (entre el 57% y el 69%) con base en antiinflamatorios no esteroideos (AINES), analgésicos (36-58%) y antidepresivos (3%), entre otros.⁶

En el campo de la psicología, la principal línea del tratamiento para el dolor crónico es la terapia cognitiva conductual, la cual ha tenido cada vez mayor importancia en el ámbito teórico y clínico por sus aportaciones. El término "cognitivo-conductual" no se refiere a una intervención específica sino a una clase de estrategias de intervención que pueden incluir autoinstrucción (p. ej., autoconversación motivacional), relajación o biorretroalimentación, exposición, desarrollo de estrategias de afrontamiento (p. ej., distracción, imágenes), aumento de asertividad, minimización de pensamientos negativos o

autodestructivos, cambio de creencias desadaptativas sobre el dolor y establecimiento de objetivos.^{28,29}

Este tipo de terapia explica que los pacientes con dolor cuentan con una concepción inadecuada acerca de este, lo cual genera expectativas, creencias, actitudes, emociones y estrategias de afrontamiento desajustadas que impiden la recuperación; por lo tanto, los objetivos de la intervención cognitiva conductual son la conceptualización del dolor, adquisición y consolidación de habilidades, el mantenimiento y la generalización.³⁰ Este tipo de abordaje se basa en cinco hipótesis básicas:²⁸

1. Los individuos son procesadores activos de información en lugar de reactivos pasivos a contingencias ambientales.
2. La manera de pensar, las atribuciones y expectativas del individuo pueden excitar o modular los factores fisiológicos.
3. El comportamiento se establece por el ambiente y el individuo. Las personas que se vuelven conscientes del síntoma doloroso y deciden que requieren atención médica inician un ajuste de circunstancias diferentes comparado con aquellos individuos que deciden automedicarse.
4. Si las personas aprenden formas inapropiadas de pensar, sentir y de responder, entonces, los tratamientos exitosos para alterar el comportamiento son aquellos enfocados a los pensamientos incorrectos, sentimientos, comportamientos, así como a la fisiología del padecimiento.
5. Las personas deben ser agentes activos en el cambio de modos incorrectos de respuesta, además, deben ser partícipes en el aprendizaje y aplicación de modos más efectivos de respuesta.

En fisioterapia, se utilizan diversas técnicas para ayudar a los pacientes (agentes físicos, terapia manual, estiramientos y ejercicio terapéutico). Este último, ha demostrado ser el más eficaz para reducir el dolor y la discapacidad; sin embargo, existe una baja adherencia a este tratamiento.^{17,18,31}

Por tal razón, la educación en neurociencias del dolor se perfila como un aspecto clave en el tratamiento integral de este padecimiento; las guías de práctica clínica reconocen su importancia y se han recomendado realizar intervenciones basadas en estrategias cognitivo-conductuales, al igual que la necesidad de realizar investigación dirigida a explicar cuáles son los objetivos y las técnicas más adecuadas.^{18,31}

Uno de los primeros usos documentados de este tipo de educación proviene del zoólogo más adelante convertido en fisioterapeuta Louis Gifford, quien presentó este tipo de educación en la Conferencia de la Asociación Internacional para el estudio del dolor (IASP), en Austria en 1999. A partir de la creación de esta modalidad de intervención educativa se han desarrollado estudios científicos sobre sus efectos en pacientes con dolor crónico musculoesquelético, como artrosis, artritis reumatoide y dolor lumbar crónico, por lo tanto, esta técnica educativa es una estrategia utilizada por los fisioterapeutas y se le ha denominado con diversos nombres: educación en neurociencias del dolor, educación de la biología del dolor, explicando el dolor, educación terapéutica en neurociencias, entre otras.^{17,32}

Esta intervención educativa tiene como objetivo principal ayudar a los pacientes a comprender la biología y la fisiología de la experiencia dolorosa y consiste en sesiones educativas con enfoque cognitivo-conductual, en el cual se enseña a los pacientes a comprender su dolor a través de la explicación desde la importancia del sistema nervioso en la interpretación de la información proveniente de los tejidos a través de la sensibilización periférica, la sensibilización central, la actividad sináptica y el procesamiento de la corteza. Es decir, se informa a los pacientes que el procesamiento de la lesión por parte del sistema nervioso, junto con varios aspectos psicosociales, determinan la percepción del dolor y que el dolor no es una verdadera representación del estado de los tejidos, es decir, dolor no es igual a daño.^{33,34}

Los efectos de la educación en neurociencias del dolor son explicados a través de la teoría de la neuromatriz del dolor. Se ha planteado la hipótesis de que esta intervención educativa desconecta partes de la neuromatriz del dolor, por ejemplo, mapas asociados con el miedo, actitudes sobre el dolor, catastrofización del dolor, conocimiento del dolor y creencias sobre la experiencia terapéutica y el dolor; de tal manera que, al influir positivamente en estos mapas, las cogniciones alteradas pueden cambiar la experiencia del dolor, dando como resultado su reducción y un aumento de la función y el movimiento. Asimismo, existe evidencia documentada que sugiere efectos potencialmente poderosos sobre el dolor cuando se transforma el valor de amenaza de una situación o estímulo, por ejemplo, durante ceremonias religiosas o culturales en las que los eventos altamente nociceptivos no son dolorosos o en las experiencias sexuales, en las cuales los eventos nociceptivos se vuelven placenteros.³⁵

De tal manera, se pretende reconceptualizar el dolor de un marcador de daño tisular a la de un marcador de la necesidad percibida de proteger el tejido corporal. Por otra parte, se diferencia de los programas educativos normalmente empleados que aplican modelos anatómicos y biomecánicos para explicar el dolor.^{17,33}

En este sentido, se ha observado que la educación en neurociencias del dolor logra modificar las cogniciones sobre éste, así como su disminución y reducción de la discapacidad.³⁴ Por ejemplo, en la investigación realizada por Moseley³⁶ en el 2004 con 121 personas con lumbalgia crónica se demostró una fuerte relación entre el cambio cognitivo y el test de la elevación de la pierna recta ($r = 0,88$, $p < 0,01$).

Los temas que se han estandarizado para enseñar incluyen: la relación entre los mensajes de peligro (nocicepción) y el dolor, la influencia del contexto sobre el dolor, regulación positiva en el sistema de transmisión de peligro (nociceptivo) a medida que el dolor persiste, la coexistencia de varios sistemas protectores potenciales siendo el dolor uno de ellos, la influencia potencial de estos otros

sistemas protectores sobre el dolor; la adaptabilidad, y el concepto de neuroplasticidad; además se han utilizado diferentes estrategias para enseñar, tales como sesiones grupales, sesiones individuales, seminarios grandes con duración de hasta tres horas y también se han utilizado diversas herramientas como libros de cuentos o folletos.^{17,32}

Las investigaciones actualmente demuestran que este tipo de educación funciona mejor usando metáforas, ejemplos e imágenes. Se puede exponer una imagen del sistema nervioso para que se aprecie su complejidad y también hacer la metáfora de que el sistema nervioso funciona como un sistema de alarma; además debe ir con un lenguaje no amenazador mencionando que el dolor es un proceso normal y ocurre en todo ser humano.³²

Los estudios recientes han examinado la efectividad de las intervenciones psicosociales realizadas por fisioterapeutas, por ejemplo, la revisión sistemática de Louw y cols.³⁷ demostró que, para el dolor musculoesquelético, esta intervención proporciona evidencia convincente para disminuir el dolor, la discapacidad, la catastrofización del dolor y contribuir en la mejoría del movimiento físico. Por otra parte, en el estudio de Moseley³⁴, los efectos se mantuvieron a un año de seguimiento cuando se combinó con terapia manual y ejercicio. Además, esta intervención educativa ha demostrado mejorar el estado de salud en general, así como la reducción del gasto sanitario en los pacientes.³⁴

Asimismo, Van Oosterwijck y cols³⁸, realizaron un ensayo clínico aleatorizado doble ciego en el cual se concluyó que la educación en neurociencias del dolor disminuye el dolor endógeno y mejora el estado de salud en el grupo experimental (n=15) en comparación con el grupo control (n=15) quienes recibieron educación para el autocuidado.

De la misma manera, han emergido diversos estudios en el idioma español sobre la educación con estrategias cognitivo-conductuales; en particular se encuentra la investigación realizada por Díaz y cols.³⁹ en la cual realizaron un ensayo clínico no aleatorizado de este tipo de educación, cuyo resultado mostró que existe

diferencia estadísticamente significativa en el catastrofismo en el grupo experimental comparado con el grupo control.

Por lo tanto, la educación en neurociencias del dolor es una de las mejores terapias para el tratamiento del dolor crónico, ofreciendo grandes beneficios cuando se prueba en aislamiento o como parte de un programa de rehabilitación más completo. Adicionalmente, los estudios que han aplicado este tipo de intervención en combinación con fisioterapia convencional y terapia de control motor demostraron mejores resultados en la disminución del dolor y la discapacidad.^{32,40}

Educación intercultural en salud

Desde la perspectiva de la antropología, Gil y cols.⁴¹refieren que el objetivo principal en el tratamiento del dolor crónico debería ser la transformación de la comprensión del dolor. Sin embargo, en la educación para la salud, se aplican diferentes modelos educativos, la mayoría derivan de un modelo vertical expositivo, existiendo muchos señalamientos respecto al impacto clínico y educativo derivado de la falta de formación al personal de salud para la comprensión de la cosmovisión y cultura de la población en zonas indígenas. También es común escuchar otros comentarios respecto a la insatisfacción de los usuarios indígenas por la manera como se imparte la atención médica, es por tal razón que, el modelo educativo intercultural para la salud ha surgido como una propuesta en el que las relaciones de enseñanza-aprendizaje son de manera horizontal y colaborativa.⁴²

La interculturalidad se refiere a la interacción entre culturas, de una forma respetuosa, horizontal y sinérgica, donde se concibe que ningún grupo cultural esté por encima del otro, favoreciendo en todo momento la integración y convivencia de ambas partes. En las relaciones interculturales se establece una relación basada en el respeto a la diversidad y el enriquecimiento mutuo; en esta relación se reconoce al otro como un ser digno de ejercer todos sus derechos, valorando la diversidad como riqueza potencial.⁴²

Por lo tanto, esta propuesta se sustenta en cuatro principios básicos a saber: el reconocimiento de la diversidad, respeto a las diferencias, relaciones equitativas y enriquecimiento mutuo. Además, este concepto con enfoque integral y de derechos humanos, que surge en las ciencias sociales, particularmente de la metodología etnográfica, cuyo objetivo es construir relaciones equitativas entre culturas, países, comunidades y personas, por lo cual, implica el reconocimiento de las diferencias que surgen del origen cultural.⁴²

De tal manera que, la aplicación del modelo intercultural en salud propone la unión entre dos sistemas de conocimiento que reposan en distintos marcos epistemológicos y promueve la unión entre ambos para el beneficio de la atención médica en población indígena; esto significa tener la capacidad de moverse equilibradamente entre conocimientos, creencias y prácticas culturales diferentes, respecto a la salud y la enfermedad, la vida y la muerte, el cuerpo biológico, social y relacional; por lo tanto, es necesario construir relaciones simétricas de poder para el diálogo interdisciplinar y entre los saberes, para la formación de conciencia social de los distintos actores que participan. En este sentido, se asume que el conocimiento en salud no está acabado, sino en permanente proceso de concebirse.^{43,44}

La interculturalidad, como propuesta educativa se nutre de otras propuestas educativas críticas y dialógicas como la derivada de Paulo Freire, Piaget, Illich y Vigotsky. En este sentido, Freire contribuyó con esta perspectiva educativa al plantear la educación popular como paradigma y metodología, que permitan desarrollar una praxis en el que el protagonista sea el ser humano, sin dejar de considerar sus saberes, su cosmovisión y su cultura. Esto implica la promoción de la independencia y autonomía en el análisis de su situación, la toma de decisiones, el planteamiento de sus necesidades y las acciones conjuntas en la interacción con otros sujetos y con los servicios de salud.^{42,44,45}

En este sentido, el propósito de las actividades educativas se dirige hacia la apropiación del conocimiento por parte de la población considerando sus propias

experiencias, por lo que, en la elaboración del programa educativo, es importante incluir la participación de la comunidad en el desarrollo del proceso educativo, así mismo, se debe conocer la peculiaridad, las costumbres y esquemas culturales de las personas de la población. La búsqueda de solución a los problemas debe empezar con un previo diagnóstico y teniendo en cuenta que cada individuo posee saberes y experiencias.⁴²

La metodología cualitativa en el estudio del dolor y la educación

La investigación cualitativa es un campo de saberes científico-humanístico con diversas raíces históricas y construcciones onto-epistemológicas, que gradualmente ha construido un cuerpo teórico propio, para aproximarse a las realidades sociales. Es así como, la metodología cualitativa proporciona conocimientos sobre contextos, vivencias, perspectivas y conductas, permitiendo una mayor comprensión sobre las personas y/o comunidades. De tal manera que, los resultados de los estudios cualitativos aportan a la práctica reflexiva de las siguientes dos maneras: una empírica, profundizando en la comprensión de las experiencias humanas y otra teórica, profundizando en la comprensión del fenómeno investigado.^{46,47}

Existen diferentes alternativas de investigación cualitativa, entre las cuales se encuentra la fenomenología, la investigación acción participativa (IAP), la etnografía y la teoría fundamentada; debido a que los últimos son los que utilizaremos en esta investigación, resulta necesario realizar una aproximación de estos diseños de investigación.

Por lo que se refiere a la etnografía, esta se origina de la antropología cultural y de la sociología, con autores como Malinowsky, Boas, Mead, entre otros, cuyo propósito principal es describir a una población sobre aspectos seleccionados del modo de vida, creencias, costumbres y saberes que conforman su sentido común sobre el mundo. Para realizar etnografía, es importante la investigación prolongada del grupo, a través de la observación participante, en la cual el investigador está inmerso en las vidas cotidianas de las personas o por medio de

entrevistas cara a cara y uno a uno con miembros del grupo. De modo que, la etnografía ofrece al investigador un enfoque para el abordaje de los problemas y fenómenos desde el análisis de los contextos y condiciones en las que se producen, así como los significados y sentidos que le dan los actores de la comunidad.⁴⁶

Por otra parte, los etnógrafos han incluido desde hace mucho tiempo relatos de dolor en sus estudios, proporcionando información sobre la complejidad y el manejo del dolor.⁴⁸ En el contexto Latinoamérica se han realizado diversos estudios etnográficos entre los que destacan el realizado por Barragán-Solís³ sobre la visión antropológica de familiares y pacientes con dolor crónico y el de Caroselli⁴⁹ sobre las prácticas terapéuticas y políticas de salud intercultural de los pacientes Aymara de una comunidad indígena de Chile.

En lo que se refiere a la etnografía en la investigación educativa relacionado con el dolor existen pocos estudios realizados; asimismo, diversos autores refieren que la etnografía en la investigación educativa debe transitar de la simple descripción y explicación de los contextos hacia la generación de propuestas teóricas y prácticas que permitan una mejor intervención pedagógica.⁵⁰

En relación con la teoría fundamentada (TF) se trata de un diseño y método de investigación cualitativa interpretativa de las realidades que nos ofrece la vida en sociedad, y comparte con la fenomenología, las virtudes para ilustrar la naturaleza de las personas, siendo estudiadas mientras interactúan en su contexto. Es reconocida a nivel internacional y también ha sido utilizado para desarrollar teorías sobre fenómenos de salud relevantes. Apareció en 1967, en la escuela de sociología de Chicago y fue propuesta por Barney Glaser y Anselm Strauss en su libro descubriendo la teoría fundamentada, teniendo como marco referencial el interaccionismo simbólico, corriente cuyo entendimiento principal es que los seres humanos actúan ante las cosas con base al significado que éstas tienen para ellos; por lo tanto, la TF pretende configurar una manera de analizar las propiedades simbólicas de los sujetos para descubrir el significado

profundo de la experiencia vivida por los individuos en términos de sus relaciones con tiempo, espacio e historia personal. Además, la TF ofrece todo un cuerpo teórico y práctico bien asentado, contrastado, y a la vez con grandes posibilidades de creatividad, flexibilidad y apertura, que le otorga una gran capacidad de adaptación a diversas realidades y contextos.^{51,52}

Con relación a los estudios del dolor con esta metodología, en el idioma inglés se encuentra el realizado por Siedlecki y cols.⁵³ sobre como las enfermeras atienden a las personas con dolor crónico, de igual manera se encuentra el realizado por Slatyer y cols.⁵⁴ cuyo objetivo fue realizar una teoría sustantiva que explique la perspectiva de la enfermera para atender a pacientes con dolor severo; por otra parte, en el idioma español se encuentra la investigación de Alvarado y cols.⁵⁵ en la cual se realizaron 25 entrevistas semiestructuradas a adultos mayores con dolor crónico y derivado de este análisis se desarrollaron dos categorías principales los cuales denominaron sentimientos y comportamientos que experimenta el adulto mayor cuando el dolor crónico aparece en su vida.

En el campo educativo, los trabajos realizados son escasos en el contexto latinoamericano, sin embargo, Quilaqueo y cols.⁵⁶ realizaron una investigación titulada categorización de los saberes educativos Mapuche mediante la teoría fundamentada, cuyos resultados describen sobre el proceso educativo, los saberes y prácticas socioculturales de la comunidad indígena ubicada en Chile.

4. PLANTEAMIENTO DEL PROBLEMA

El dolor crónico musculoesquelético es un problema de salud pública y se encuentra ubicado entre los primeros motivos de consulta sanitaria, generando un elevado costo, incluso más que el cáncer y las enfermedades del corazón.⁷

En Yucatán se han realizados estudios de prevalencia sobre el dolor musculoesquelético y enfermedades reumáticas encontrando que 19.6% de los individuos estudiados padecían dolor¹² y en el municipio de Chankom se reporta una alta prevalencia para el dolor musculoesquelético con un 38% en los últimos 7 días y un 51.2% en algún momento de la vida, siendo los diagnósticos más comunes el síndrome de dolor regional complejo, lumbalgia y osteoartritis (OA), asociadas con la edad avanzada, ser mujer, discapacidad y realizar actividades físicamente exigentes.^{8,9} Asimismo, las condiciones sociales, como el nivel educativo y el inadecuado acceso a los servicios de salud están relacionados con esta patología y están presentes en esta comunidad.^{7,8}

Aunado a esto, el principal factor psicológico asociado es el catastrofismo, provocando mayores niveles y persistencia del dolor, discapacidad y disminución de la calidad de vida de las personas que lo sufren. Además, se ha observado que los pensamientos catastrofistas provocan mala respuesta al tratamiento farmacológico y no farmacológico, menor autoeficacia en el funcionamiento físico y mayor percepción del dolor.^{19,20}

Por otra parte, desde diferentes espacios que analizan la atención de los servicios públicos de salud, se han expresado múltiples señalamientos sobre la manera como las personas con etnias diferentes son tratadas cuando acuden a solicitar atención médica, debido al choque cultural ante las creencias y prácticas que manifiestan sobre la salud y la enfermedad.⁴² Todo esto provoca el abandono de los tratamientos, e incide en su percepción sobre los servicios de salud. Por lo tanto, es indispensable conocer en profundidad las vivencias y saberes sobre los procesos de salud-enfermedad con la finalidad de transitar hacia una educación

en salud horizontal y dialógico con metodologías participativas y enfoque intercultural, para lograr que las personas se empoderen y adopten conductas para su bienestar; de tal manera que, se plantea un estudio sobre las vivencias del dolor y el catastrofismo en las personas de Chankom, Yucatán para generar una propuesta educativa intercultural en rehabilitación.

Por tal razón, se plantean las siguientes interrogantes:

Pregunta de investigación:

¿Cuáles son las características esenciales del dolor y el catastrofismo, la estructura de dicha vivencia y su posible significado en las personas con dolor crónico musculoesquelético de Chankom, Yucatán?

5. JUSTIFICACIÓN

El dolor crónico musculoesquelético tiene un alto impacto epidemiológico, constituyendo una de las principales causas de discapacidad, calidad de vida deteriorada y demanda de atención médica, las cuales son más evidentes en los países en desarrollo y en los grupos étnicos. Asimismo, el dolor, así como el catastrofismo tienen repercusiones en la salud más profundas de lo que normalmente se acepta.^{7,21,22}

En la actualidad es pertinente indagar sobre la enfermedad o el sufrimiento desde las perspectivas de quienes lo padecen y tener en cuenta las condiciones históricas y sociales desde los contextos en los cuales se expresan. Por lo tanto, se necesitan estudios cualitativos que ofrezcan la oportunidad de explorar la experiencia vivida de las personas con dolor crónico, con la finalidad de obtener una visión más profunda de los fenómenos de interés. Sin embargo, en el País, los recursos dedicados para su investigación son escasos, lo cual explica la necesidad de realizar esta investigación; además siendo México un país multicultural es importante transitar de un concepto educativo en salud lineal a uno que parta del conocimiento intercultural y bioético. Por lo tanto, realizar esta investigación es una prioridad, debido a que la educación dirigida a reconceptualizar el dolor y la importancia del movimiento, pero que a su vez esté centrada en el respeto y en la comprensión de las conductas y demandas, favorece la salud y la calidad de vida de las personas con este padecimiento y ofrece mejores herramientas en los clínicos para su abordaje integral. Además, la educación en salud intercultural contribuye a la optimización de los recursos de los pacientes al proporcionarse en el contexto de la comunidad y muy probablemente reducirá el costo que implicaría el traslado del paciente con dolor crónico a una cabecera como puede ser Valladolid o Mérida. Asimismo, podría ser reproducible en las diferentes comunidades de Yucatán, respondiendo de esta manera a la necesidad de investigación que influya en la política pública en

materia de salud en cuanto a la desigualdad del derecho humano fundamental en el tratamiento del dolor y la salud.

Este proyecto de investigación es ética y científicamente justificable y cuenta con los recursos humanos y materiales para realizarlo.

6. OBJETIVOS

General

Comprender la vivencia del dolor y el catastrofismo a partir de la narración de experiencias cotidianas de las personas con dolor crónico musculoesquelético de Chankom, Yucatán para generar una propuesta educativa intercultural de rehabilitación.

Específicos

1. Explorar, identificar y describir las características esenciales de la vivencia del dolor y el catastrofismo a través de las narrativas de quien padece dolor crónico musculoesquelético.
2. Interpretar y comprender el posible significado que tiene esta vivencia para las personas con dolor crónico musculoesquelético desde un enfoque intercultural.
3. Elaborar una propuesta educativa intercultural de rehabilitación para el manejo del dolor crónico musculoesquelético y el catastrofismo basado en el diálogo intercultural en una comunidad maya-yucateca.

7. MATERIAL Y MÉTODOS

Tipo y diseño de estudio

Se trata de una investigación cualitativa, la cual es definida como un conjunto de prácticas interpretativas en forma de observaciones, anotaciones, grabaciones y documentos. Es naturalista porque estudia los fenómenos y seres vivos en sus entornos naturales y cotidianidad; de igual manera, es interpretativa ya que pretende encontrar sentido a los fenómenos de acuerdo con los significados que las personas les confieran. Por otra parte, este tipo de estudio tiene una variedad de marcos interpretativos que se resumen en el concepto de que todo individuo, grupo o sistema social tiene una manera única de ver el mundo y entender situaciones y eventos, la cual se construye por el inconsciente, lo transmitido por otros y por la experiencia; siendo la investigación la principal vía para comprender los fenómenos en su contexto.⁵⁷

Universo

Personas con y sin diagnóstico de dolor crónico musculoesquelético de 18 a 65 años que vivan en las comunidades de Chankom y /o Ticimul, Yucatán en el periodo de enero a febrero de 2020.

Tamaño de la muestra

Muestreo Teórico hasta la saturación el cual estuvo integrado por un total de 14 personas (10 con diagnóstico y 4 sin diagnóstico de dolor crónico musculoesquelético).

De acuerdo con la teoría fundamentada, el muestreo teórico permite la comprensión conceptual del fenómeno a investigar y se puede dar por finalizado cuando se logra establecer la saturación teórica; es decir, cuando ya se han encontrado los datos suficientes para desarrollar la teoría.^{51,52}

Definición de las Variables

Edad

Definición conceptual: tiempo que ha vivido una persona o ciertos animales o vegetales.⁵⁸

Definición operacional: años cumplidos de los sujetos de investigación hasta el momento de inclusión del estudio.

Sexo

Definición conceptual: condición orgánica, masculina o femenina, de los animales y las plantas.⁵⁸

Definición operacional: variable que diferencia a los sujetos de investigación en hombre o mujer.

Nivel educativo

Definición conceptual: cada uno de los tramos en que se estructura el sistema educativo formal.

Definición operacional: variable que indica la escolaridad de los participantes de la investigación.

Diagnóstico Médico

Definición conceptual: es el proceso de definir la enfermedad a partir de un cuadro clínico que afecta a un paciente.⁵⁹

Definición Operacional: variable que indica el diagnóstico de base de las personas y que debe ser referida por los médicos y especialistas.

Intensidad del dolor

Definición conceptual: grado de severidad del dolor.

Definición operacional: grado de dolor actual descrita a través de la escala numérica del dolor, donde 0 corresponde a la ausencia de dolor y 10 al máximo imaginable.

Tiempo de evolución del dolor crónico musculoesquelético

Definición conceptual: tiempo transcurrido en meses con dolor crónico musculoesquelético.

Definición operacional: tiempo transcurrido en meses con diagnóstico confirmado de dolor crónico musculoesquelético, hasta el momento de su inclusión en el estudio.

Consumo de medicamentos para el tratamiento del dolor

Definición conceptual: acción de consumo/uso de manera continua de un medicamento con repercusión en los niveles de intensidad del dolor.

Definición operacional: Información sobre la ingesta o no ingesta de medicamentos que repercuten en la intensidad del dolor.

Uso de Medicina tradicional maya

Definición conceptual: conjunto de prácticas y conocimientos sobre el cuerpo humano, la convivencia con los demás seres humanos, con la naturaleza y con los seres espirituales, muy complejo y bien estructurado en sus contenidos y en su lógica interna.⁴³

Definición operacional: uso o no uso de técnicas tradicionales mayas para el tratamiento del dolor en los sujetos de investigación.

Catastrofismo ante el dolor

Definición conceptual: en el ámbito del dolor, es la interpretación magnificada y negativa de dolor y sus consecuencias, donde un evento relativamente neutro puede ser transformado en una catástrofe.^{21,22}

Definición operacional: puntuación total de 0 a 52 de la sumatoria de todos los ítems de la escala de catastrofismo ante el dolor.

Desesperanza

Definición conceptual: la incapacidad frente a situaciones dolorosas.^{21,22}

Definición operacional: puntuación total de 0 a 24 de la sumatoria de los ítems 1, 2, 3, 4, 5 y 12 de la escala de catastrofismo ante el dolor.

Magnificación:

Definición conceptual: la exageración de la experiencia dolorosa debido a que se le considera una seria amenaza, más de lo que cabría esperar a partir de la evidencia.^{21,22}

Definición operacional: puntuación total de 0 a 12 de la sumatoria de los ítems 6,7 y 13 de la escala de catastrofismo ante el dolor.

Rumia cognitiva:

Definición conceptual: consiste en centrar la atención en los pensamientos sobre el dolor y también en la incapacidad para inhibirlos o apartarlos de la atención.^{21,22}

Definición operacional: puntuación total de 0 a 14 de la sumatoria de los ítems 8, 9, 10 y 11 de la escala de catastrofismo ante el dolor.

Vivencia del dolor y el catastrofismo

Definición conceptual: es aquello que es aprendido y vivido por el individuo y por el grupo y se expresa en el sentido común. Constituye una objetivación de la experiencia en forma de realidad pensada.⁶⁰

Definición operacional: códigos que surjan de la entrevista semiestructurada a profundidad con relación a las vivencias sobre el dolor y el catastrofismo.

Propuesta educativa intercultural en Rehabilitación

Definición conceptual: propuesta educativa que promueve relaciones de enseñanza-aprendizaje de manera horizontal y colaborativa, respetando la diversidad cultural. El objetivo principal de esta propuesta, es que los pacientes comprendan la biología y la fisiología de la experiencia dolorosa y consisten en sesiones educativas con estrategias cognitivo-conductual tales como: autoevaluación y enfoques de técnicas como la reestructuración cognitiva, la distracción de la atención, el refuerzo y el modelaje, en el cual se enseña a los

pacientes a comprender su dolor a través de la explicación de cómo el sistema nervioso interpreta la información proveniente de los tejidos a través de la sensibilización periférica, la sensibilización central, la actividad sináptica y el procesamiento de la corteza.^{32,42}

Definición operacional: Resultados obtenidos que surjan en la triangulación de la descripción etnográfica, la entrevista semiestructurada a profundidad y la teoría sobre educación intercultural y/o neurociencias.

Tabla 1. Escala de medición

VARIABLES	Tipo de variables	Escala de medición	Unidad de medida	Instrumentos
Edad	Cuantitativa	Discreta	Años cumplidos	Hoja de recolección de datos
Sexo	Cualitativa	Nominal dicotómica	1) Hombre 2) Mujer	Hoja de recolección de datos
Nivel educativo	Cualitativa	Ordinal	1) Primaria incompleta 2) Primaria completa 3) Secundaria incompleta 4) Secundaria completa 5) Bachillerato, licenciatura y otros.	Hoja de recolección de datos
Diagnóstico médico	Cualitativa	Nominal	Diagnóstico de base	Hoja de recolección de datos.
Intensidad del dolor	Cuantitativa	Discreta	Puntuación del dolor de acuerdo con la percepción del paciente.	Escala numérica del dolor
Tiempo de evolución	Cuantitativa	Discreta	Tiempo medido en meses	Hoja de recolección de datos

Continuación

Consumo de medicamentos	Cualitativa	Nominal dicotómica	1) Sí 2) No	Hoja de recolección de datos
Uso de medicina tradicional maya	Cualitativa	Nominal dicotómica	1) Sí 2) No	Hoja de recolección de datos
Catastrofismo	Cuantitativa	Discreta	Sumatoria global de la escala	Escala de catastrofismo ante el dolor
Catastrofismo (desesperanza)	Cuantitativa	Discreta	Sumatoria de los ítems 1,2,3,4,5 y 12.	Escala de catastrofismo ante el dolor
Catastrofismo (magnificación)	Cuantitativa	Discreta	Sumatoria de los ítems 6,7 y 13.	Escala de catastrofismo ante el dolor
Catastrofismo (rumiación)	Cuantitativa	Discreta	Sumatoria de los ítems 8,9, 10 y 11	Escala de catastrofismo ante el dolor
Vivencia del dolor y el catastrofismo	Cualitativa	Nominal	Categorías que resulten de las entrevistas	Entrevista semiestructurada a profundidad
Propuesta educativa intercultural en rehabilitación	Cualitativa	Nominal	Triangulación de los resultados	Entrevista semiestructurada a profundidad y encuentros interculturales.

Criterios

Criterios de inclusión

- Residentes de Chankom y Ticimul que hablan maya-español con y sin diagnóstico de dolor crónico musculoesquelético que aceptaron participar en el estudio y lo expresaron el consentimiento informado (anexo 1). El diagnóstico fue realizado por médico de la comunidad y un especialista en Medicina Física y Rehabilitación de acuerdo con la CIE-11.

Criterios de exclusión

- Personas con dolor crónico de otro origen (dolor crónico primario, oncológico, postquirúrgico, postraumático, neuropático, orofacial y cefálico, dolor visceral).
- Personas con daño cognitivo o neurológico.
- Personas que tomen medicamentos de la tercera línea analgésica (opioides potentes).

Criterios de eliminación

- Personas que no completen las entrevistas o que se retiren del estudio.

Fuentes y recolección de la información

El presente estudio se desarrolló en la comunidad de Chankom, Yucatán. Por lo que la información cualitativa, es el resultado de las estancias de campo realizados en el 2018-2020 en Chankom (cabecera) y Ticimul (comisaría).

Métodos y técnicas

Las técnicas utilizadas fueron las notas de campo, la observación participante y no participante, la entrevista semiestructurada a profundidad y los encuentros interculturales. Los instrumentos utilizados fueron las cartas descriptivas de los encuentros interculturales, la hoja de recolección de datos, la guía de entrevista, la escala numérica del dolor y la escala de catastrofización del dolor. Las definiciones de cada una de las técnicas y las descripciones de los instrumentos se presentan a continuación:

Notas de campo: son anotaciones redactadas mientras se permanece en el entorno de la investigación. Estas notas se asocian con la etnografía y la observación participante.⁶¹

La observación participante: es un proceso metodológico mediante el cual un observador toma parte en las actividades cotidianas, en los rituales, en las interacciones directas, en los sucesos en los que participan las personas que

habitan en la localidad que integran el estudio; con el objetivo de conocer los aspectos explícitos e implícitos de la cultura.⁶¹

La observación no participante: se refiere al conocimiento adquirido sobre acontecimientos sin presencia alguna, a través de medios de información, de la literatura, el arte, etc.⁶¹

Entrevista semiestructurada a profundidad: es aquella que supone un paso más en el registro de la información de manera guiada por el entrevistador. Tiene la misma flexibilidad que la entrevista no dirigida, requiere las mismas cualidades por parte del entrevistador (siguiendo una serie de acciones con la capacidad de crear una atmósfera que facilite que el entrevistado se exprese con libertad sin ser interrumpido) y deja bastante autonomía al entrevistado, pero la diferencia es que se usa una “guía de entrevista”, con preguntas y temas que tienen una secuencia definida y direccionada hacia los objetivos del estudio.⁶²

Encuentros interculturales: reunión de encuentro, donde los participantes del proyecto y los grupos de personas que viven en la comunidad dialogan de manera horizontal sobre el tema a tratar.⁴²

Carta descriptiva de los encuentros interculturales (anexo 2): se abordaron temas relacionados con el estudio y el dolor.

Hoja de recolección de datos (anexo 3): incluyó datos sociodemográficos, tiempo de diagnóstico, uso y frecuencia de tratamiento farmacológico y tradicional.

Guía de entrevista semiestructurada (anexo 4): constó de los siguientes apartados: Sobre las vivencias del dolor, los conceptos en maya del dolor, saberes relacionados con las neurociencias del dolor (cerebro-mente-nervios) y los temas de interés relacionados con la educación del dolor.

Escala numérica del dolor (anexo 5): versión segmentada de la escala visual análoga con 11 puntos (0-10), donde 0 corresponde a la ausencia de dolor y 10 al máximo dolor imaginable. Presenta una alta fiabilidad en pacientes con artritis reumatoide (0,95 a 0,96) y una buena validez de constructo en pacientes con

dolor crónico, con rangos entre 0,86 y 0,95. Una reducción de 2 puntos o del 30% resulta clínicamente importante para detectar cambios.²⁷

Escala de catastrofización del dolor (anexo 7): Desarrollada por Sullivan y cols.⁶³ en 1995 y es un cuestionario que consta de 13 ítems con un tiempo estimado de aplicación de 5 minutos. Evalúa tres dimensiones: la rumiación, la magnificación y la desesperanza. Cada ítem se puntúa en una escala de Likert, de 0 (nada) a 4 (siempre), y las puntuaciones totales van de 0 a 52. Se han identificado puntuaciones clínicamente significativas de 30 en una muestra de trabajadores lesionados. Ha sido traducida y validada a varios idiomas, entre ellos al español mexicano por Seyler y cols.²² con un coeficiente alfa de Cronbach total de 0.94 y se correlacionó de manera positiva con el dolor. Forma parte del protocolo de evaluación en centros de dolor de todo el mundo.

Trabajo de campo

El trabajo de campo se estructuró de la siguiente forma:

Etapa 1: primer contacto

En noviembre del 2018, se acudió al presidente municipal con el fin de solicitar autorización para realizar la investigación y recabar su consentimiento para trabajar en la comunidad y con los habitantes de Chankom. Posteriormente, se realizaron visitas al responsable de la unidad de atención médica para informarle sobre el proyecto de investigación e invitarle a participar en el proyecto con la finalidad de diagnosticar a los pacientes con dolor crónico musculoesquelético de acuerdo a los criterios diagnósticos de la CIE-11; también se solicitó al médico la autorización para revisar los expedientes de los pacientes con patologías asociadas al dolor crónico musculoesquelético (osteoartritis, artritis reumatoide, artrosis, lumbalgia, etc.). Todo lo observado durante esta fase se escribió en las notas de campo.

Etapa 2: acercamiento con la comunidad y encuentros interculturales

En el período de mayo-septiembre del 2019, se realizaron visitas a la unidad de atención médica y con la colaboración del médico se diagnosticaron a 4 personas con dolor crónico musculoesquelético que cumplieron con los criterios de inclusión. De estas 4 personas, 2 contaban con diagnóstico de artritis reumatoide (AR), 1 con lumbalgia y 1 con osteoartritis (OA). En días posteriores y con apoyo del enfermero de la unidad se realizaron visitas a domicilio a las personas diagnosticadas, para la realización de las entrevistas semiestructuradas a profundidad. Para la ejecución de las entrevistas, se utilizó una grabadora de voz marca SONY, la guía de entrevista y previa firma del consentimiento informado con apoyo de traductor. Conviene recalcar que la persona que refirió no saber leer y escribir colocó su huella dactilar. Todas las preguntas fueron realizadas y respondidas en español (excepto cuando narraban el significado en maya del dolor, cerebro o plantas medicinales). Todo lo observado durante esta fase se registró en las notas de campo. Debido a la poca participación de los habitantes de Chankom, se amplió el estudio a la comisaría de Ticimul, siendo actores claves los integrantes del Centro de Desarrollo Municipal de la mujer (CDM). Contando con esta colaboración, se realizaron 2 encuentros interculturales con personas de Ticimul. En el primer encuentro se dialogó con 11 mujeres, en este se abordaron se explicó el objetivo de la investigación, la metodología, se resolvieron dudas y se concretó la siguiente cita. En el segundo encuentro participaron 15 mujeres y se realizaron actividades relacionadas con la temática del dolor en un tiempo aproximado de 3 horas. En este mismo período, de 4 meses, también se realizaron visitas al médico y enfermero de la unidad de atención médica de Ticimul. Esto con la intención de lograr su involucramiento y participación en el proyecto, sin embargo, esto no se logró por falta de tiempo y disponibilidad de ambos. Todo lo observado se registró en las notas de campo.

Etapa 3: diagnóstico médico y recolección de datos

En septiembre del 2019 se organizaron las consultas de rehabilitación y el establecimiento de los diagnósticos de acuerdo con la CIE-11 por un médico

especialista en medicina física y rehabilitación. Durante esta etapa, se diagnosticaron a 6 personas con dolor crónico musculoesquelético. De estas 6 personas, 1 contaba con diagnóstico de fibromialgia, 1 con fascitis plantar, 1 con tendinitis flexora en manos, 1 con lumbalgia y 2 con OA. Previa firma del consentimiento informado (anexo 1) realizada con el apoyo de un traductor, se les aplicó la hoja de recolección de datos, la escala numérica del dolor y la escala de catastrofismo. Todo lo observado en esta etapa se registró en las notas de campo.

Etapa 4: Realización, transcripción de entrevistas y procesamiento de los datos.

En el período comprendido de septiembre- febrero del 2020, se realizaron las entrevistas semiestructuradas a profundidad a las 6 personas identificadas en la etapa anterior. También se incluyó a 4 personas de la comunidad que no tenían dolor crónico musculoesquelético (incluyendo a un sobador) para continuar profundizando en el entendimiento de las vivencias del dolor. Para la realización de las entrevistas, se utilizó una grabadora de voz marca SONY, la guía de entrevista y previa firma del consentimiento informado con apoyo de traductor. Todas las preguntas fueron realizadas y respondidas en español (excepto cuando narraban el significado en maya del dolor, cerebro o plantas medicinales). Todo lo observado durante esta fase se registró en las notas de campo. El procedimiento seguido posterior a cada entrevista fue el siguiente: transformar las entrevistas a formato MP3 en el ordenador, reproducción del audio y transcripción completa de cada una. Posteriormente se realizó el análisis de los datos cualitativos con el apoyo del software Atlas.ti 7.5.4.

Etapa 5. Elaboración de la propuesta educativa intercultural en rehabilitación.

Para la creación de la propuesta, se realizó una tabla de triangulación, la cual incluye los resultados obtenidos de la descripción etnográfica, entrevistas semiestructuradas a profundidad y teoría sobre la educación intercultural y/o educación en neurociencias del dolor. Posteriormente, con esta información se

elaboraron las cartas descriptivas del taller educativo intercultural en rehabilitación.

Plan de procesamiento de datos

Con relación al plan de procesamiento de datos de las entrevistas, se realizó haciendo uso de los aspectos teóricos metodológicos de la teoría fundamentada utilizando el software Atlas.ti 7.5.4. En la figura 1 se presenta la secuencia del proceso de la teoría fundamentada.⁶⁴

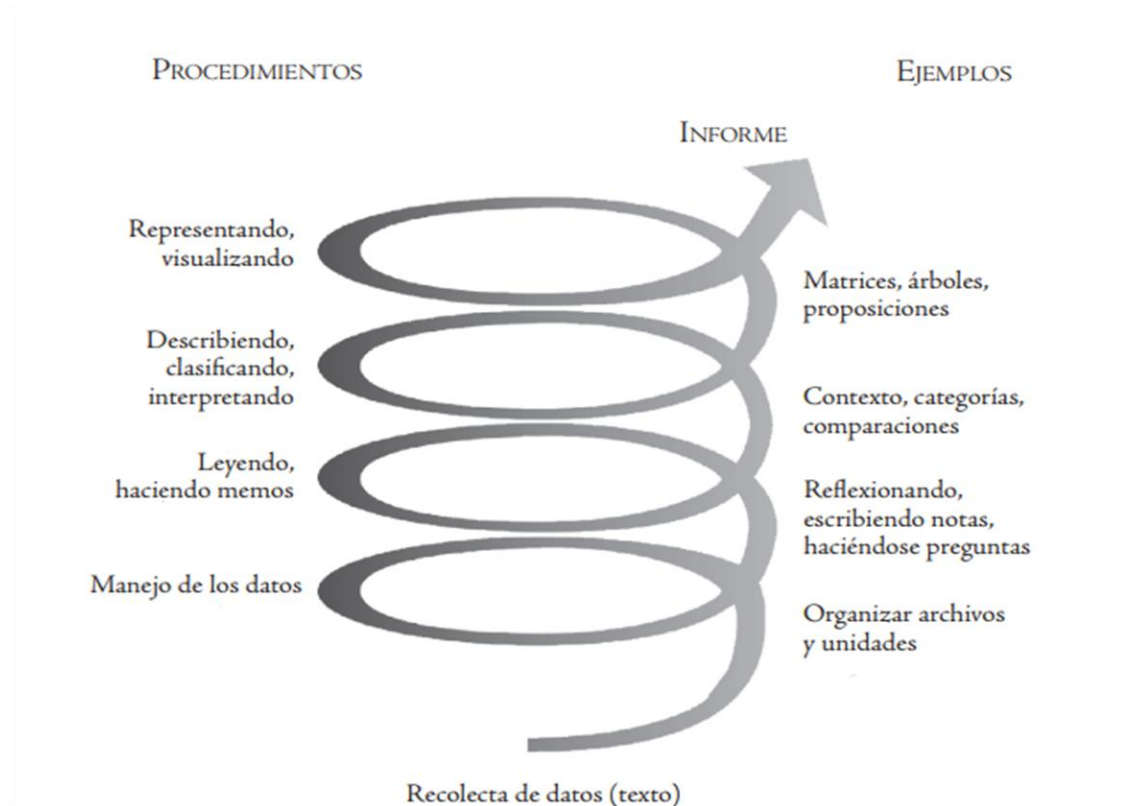


Figura 1. Análisis de los datos cualitativos basado en los aspectos teóricos metodológicos de la teoría fundamentada (tomada en Creswell, 1998 y retomada por García y cols. 2010).

De acuerdo con la figura 1, los aspectos metodológicos de la teoría fundamentada se caracterizan por transitar en espiral ascendente entre la organización, interpretación y teorización sobre los datos cualitativos.⁶⁴

Posteriormente, se trianguló el total de los resultados para la realización de la propuesta educativa intercultural en rehabilitación.

Consideraciones éticas

El presente estudio tuvo como objetivo comprender la vivencia del dolor y el catastrofismo a partir de la narración de experiencias cotidianas de las personas con dolor crónico musculoesquelético de Chankom, Yucatán para generar una propuesta educativa intercultural de rehabilitación y formó parte de un estudio más amplio con título Programa Integral de Rehabilitación Intercultural, el cual tiene el número registro SISTPROY FMED-2019-002, ante la Facultad de Medicina de la UADY, asimismo, contó con la aprobación del Comité de Ética de la misma dependencia.

De igual manera, se realizó de acuerdo con los lineamientos de la Ley general de Salud de los Estados Unidos Mexicanos en materia de Investigación para la Salud, por lo que se respetó la dignidad, protección de los derechos y el bienestar de los participantes (artículo 13). Asimismo, se contemplaron las disposiciones referentes a las investigaciones realizadas en comunidades y se proporcionó una carta de consentimiento informado (anexo 1) que debió ser firmada en formato escrito o huella dactilar previa explicación y lectura del documento haciendo énfasis en que la participación es voluntaria y en la libertad de abstenerse o dejar de participar en cualquier momento del estudio (artículo 30). Asimismo, se evitó hacer juicios o comentarios acerca de las respuestas vertidas en las entrevistas, así como en las escalas y se protegió la privacidad de los participantes identificándolos solo cuando los resultados lo requieran a través de un pseudónimo (artículo 16).⁶⁵

8. RESULTADOS

El estudio se desarrolló desde el paradigma cualitativo y enfoque intercultural por lo que se presentan la descripción etnográfica de la comunidad, la caracterización de los participantes del estudio, la descripción e interpretación de las vivencias del dolor y el catastrofismo, los saberes acerca del dolor-cerebro, la principal temática de interés sobre el dolor; por último, la propuesta educativa intercultural en rehabilitación.

Descripción etnográfica de la comunidad

Chankom, es un municipio de los 106 que conforman el estado de Yucatán, su toponimia es pequeña hoya o barranco, por derivarse del Maya (Chan -pequeño- y kom -hoya, valle o barranco-). En la figura 2 se presenta la ubicación geográfica de Chankom.⁶⁶



Figura 2. Mapa de Yucatán con la localización de Chankom (Tomada del sitio web oficial del gobierno de Yucatán).

De acuerdo con la figura 2; Chankom se encuentra en la región oriente, limitando con los siguientes municipios: al norte con el municipio de Tinum, al sur con Chikindzonot, al este con Kaua - Tekom y al oeste con Yaxcabá. Además, la comunidad cuenta con una superficie de 137.95 Km². Dentro de la jurisdicción municipal quedan comprendidas, además de la cabecera del municipio homónimo, dos poblaciones: Xcalakdzonot y Xkopteil y cuenta con las siguientes localidades: Ticimul, Xkatún, Xtohil, Nicté-há, X-Cocail, San Juan, Muchucuxca, Xanla, Xbohon, Tzukmuc, San Isidro, Yacbchem, Tomku y X-Pamba; así como con los ranchos Santa María Koochilá, Maykab, Santa Rosa, Xhuaymil, Yochotún, Chuntabil, Xtamech y Sacpasil.⁶⁷

La cabecera municipal, se encuentra a 123 km de Mérida. La ruta de Mérida-Chankom es la carretera estatal o autopista de cuota rumbo a Cancún; cual sea la elección, ambas carreteras llegan a Pisté (mejor conocido por la zona arqueológica de Chichén Itzá), una vez saliendo del poblado, se toma la carretera a Valladolid y, es necesario desviarse unos 10 km de la carretera principal para llegar a Chankom. La duración promedio para llegar es de 2 horas, dependiendo la carretera que se elija.

Características sociodemográficas

De acuerdo con la encuesta intercensal del INEGI realizada en el 2015, el municipio contaba con 4,583 habitantes, 2309 hombres y 2,274 mujeres. Asimismo, el sistema de indicadores sobre la población indígena de México con base en la encuesta intercensal reporta que el 99.64% de la población es indígena, de las cuales la población hablante de maya mayor de 5 años son 3,729 (90.2%), siendo monolingües el 12,6%, bilingües el 86.8% y el 0.7% no especificado.^{68,69}

De acuerdo al centro de salud de Chankom las poblaciones con mayor número de habitantes son: Xkaladzonot (789), Xcopteil (773), Ticimul (833) y Chankom (690).

Situación general del municipio

De acuerdo con el informe anual sobre pobreza y rezago social 2019 señala que en el 2015 el municipio el 87.3% de la población vive en pobreza, de los cuales el 52.2% se encontraba en situación de pobreza moderada y 35.1% en pobreza extrema; ocupando el lugar 100 de 106 municipios en la escala estatal de rezago social. En el indicador de escolaridad se señala que el 60.12% de la población tenía la primaria incompleta, siendo el grado promedio de escolaridad de 5.5 años. Con relación a la salud, el 5.52% de la población no contaba con servicios de salud y respecto a la seguridad social, el 80.27% carecía de prestaciones, servicios médicos, jubilación y pensión.⁷⁰

Actividades productivas

Durante el trabajo de campo, se observó que la fuente de ocupación principal es la agricultura, generalmente para autoconsumo y a menor escala la apicultura. Algunas personas sobre todo los más jóvenes trabajan en Chichén Itzá o en el hotel cercano. También se observó que las mujeres realizaban actividades como el urdido y el bordado.

La cotidianidad de Chankom y Ticimul

Chankom es un lugar muy tranquilo, por las mañanas es común ver a las mujeres caminando con su palangana hacia el molino. Los tres lugares con mayor concurrencia en el transcurso del día son el palacio municipal, el molino y el centro de salud. En la figura 3 se observa la entrada del centro de salud de Chankom.



Figura 3. Fotografía del centro de salud de Chankom (tomada por Elisa May, investigadora principal del estudio).

Por las tardes, el domo localizado a un costado del centro de salud se observaba con adolescentes de la preparatoria ensayando Jarana y en algunas ocasiones jugando básquetbol, este lugar es utilizado también para eventos escolares y políticos. Por las noches, es común ver a los jóvenes en la tienda que se encuentra en frente del molino haciendo su tarea o viendo su celular; esto se debe a que en la comunidad no hay servicio de telefonía e internet y en esa tienda se ofrece renta de internet por horas. La plaza principal ubicada en frente del palacio municipal es poco concurrida y aproximadamente a las 10 de la noche, las personas ya se encuentran en sus casas, por lo que las calles se encuentran silenciosas. Tal tranquilidad se rompe cuando hay alguna celebración, como la de la fiesta del patrono del pueblo que se realiza en noviembre de cada año.

Por otra parte, la comisaria de Ticimul es un lugar tranquilo y activo. En la figura 4, se puede observar el palacio de la comisaría y personas de la comunidad tomando turno para moler su maíz, ya que el molino se encuentra adentro de estas instalaciones.



Figura 4. Fotografía de la comisaría de Ticimul (tomada por Elisa May, investigadora principal del estudio).

Comparada con Chankom, se observan con mayor frecuencia motos, mototaxis y taxis que van hacia Xcalacoop, Pisté o Xcaladzonot; sin embargo, para Chankom-Ticimul o viceversa existen pocas maneras para trasladarse. Por otra parte, cuando se quiere anunciar información de relevancia es perifoneado por la encargada del molino. Además, Ticimul cuenta con señal débil de telefonía. Todo esto, influye en que Ticimul sea una comunidad organizada y participativa.

Primeros acercamientos en las comunidades y encuentros interculturales

Los primeros acercamientos se realizaron los sábados a partir de septiembre del 2018. En los primeros viajes, acudí con el equipo de investigación y presentamos el proyecto al presidente municipal. También se realizó un reconocimiento de la comunidad observando que esta cuenta con los siguientes servicios: centro de desarrollo integral de la familia (DIF Municipal), biblioteca, molino comunitario, registro civil, centro de salud y el centro de desarrollo municipal para la mujer (CDM); sin embargo, todos estaban cerrados exceptuando el molino.

En viajes posteriores y previa aprobación para la realización del estudio por parte del presidente municipal a través de la firma de un oficio, estuvimos realizando los primeros acercamientos con las personas de la comunidad, invitándolas a acudir en un costado del palacio municipal de la cabecera municipal. Sin embargo, debido a la poca respuesta por parte de las personas, decidimos realizar visitas a domicilio.

Debido a la poca participación de los habitantes de la comunidad durante los viajes sabatinos, decidimos realizar las actividades programadas de lunes a viernes. Debido a esta modificación, se observó mayor participación y como los servicios públicos se encontraban abiertos, regularmente encontrábamos personas en el molino, en el palacio municipal o en el centro de salud. Una de las primeras actividades que realicé fue visitar al centro de salud y presentarme con el médico, enfermeros y promotor de salud. El enfermero habla maya y español, me menciona que tiene muchos años trabajando en la comunidad; me ayudó con la identificación de expedientes y me llevó al domicilio de Jimena y Juan quienes son esposos y tienen diagnóstico de artritis reumatoide (AR) y osteoartritis (OR) respectivamente. También me presentó a Betty con diagnóstico de AR. Los tres son participantes del estudio.

Por otra parte, también visité el centro de desarrollo para la mujer (CDM) conformado por una licenciada en lingüística maya, un psicólogo y un abogado. Considero que son actores claves en el logro del proyecto debido a que me invitaron a participar en los talleres impartidos como parte del programa de empoderamiento de la mujer. Las sesiones de los talleres eran impartidas en maya en la mayor parte del tiempo. En la primera sesión a la que acudí al CDM, me presentaron y participé brevemente en sus actividades. La temática era relacionada con el autoconocimiento y el empoderamiento de la mujer en la que asistieron 5 mujeres. Al término de la reunión, el equipo del CDM invitó a las mujeres a seguir participando e invitar a más personas de la comunidad; sin embargo, mencionaron que en Chankom “la gente casi no sale a las reuniones y

les da tristeza que no aprovechen las pláticas.” Al finalizar la plática, nuevamente me cedieron la palabra y pregunté si alguien tenía dolor, por lo que Dalia mencionó tener dolor desde hace 2 años en la espalda y estar preocupada debido a que desconoce las causas y no ha podido consultar con un médico especializado. Se agendó una cita con ella para darle seguimiento a su caso.

A la segunda plática sobre los derechos legales de las mujeres no hubo asistentes y debido a esto se canceló; por lo tanto, los integrantes del CDM me invitaron a participar en las sesiones que realizaban en Ticimul.

Por otro lado, durante mis visitas en Ticimul con los integrantes del CDM, acudí al centro de salud de la comunidad y dialogué con el médico y enfermero. Al igual que en Chankom, la mayor parte de la comunicación se estableció con el enfermero, quien me permitió el uso de sus instalaciones ya sea para realizar algunas pláticas o para servicio comunitario mediante terapias gratuitas a dos mujeres adultas mayores con dolor crónico.

Además, en los espacios de tiempo que previamente organicé en colaboración del CDM, realicé los dos encuentros interculturales con actividades participativas. En la figura 5 se observa una actividad participativa realizada en el encuentro intercultural.



Figura 5. Fotografía del encuentro intercultural 2 (tomada por integrante del CDM).

De acuerdo con la figura 5 y las notas de campo, en los encuentros interculturales destaca que solamente asistían mujeres, asimismo, se observaron contentas con las actividades. Durante estos encuentros se identificó a 6 personas con dolor crónico con tiempo de evolución de hasta 5 años, sin embargo, no contaban con diagnóstico médico o mencionaron no estar seguras de lo que tenían. Durante los diálogos establecidos en estos encuentros mencionaron que *“el dolor es malo”* y mencionaron que las pláticas son *“como ejercicios que distraen”*, además, demostraron estar interesadas en el proyecto y esto se vio reflejado en la alta participación en la invitación para acudir a valoración con el médico especialista en medicina física y rehabilitación, en la cual se recolectaron los datos sociodemográficos y sobre el dolor; así como el establecimiento del diagnóstico médico, aplicación de escalas de intensidad del dolor y catastrofismo, previa firma de consentimiento informado. En la figura 6 se observan a las

personas acudiendo a las actividades realizadas para el establecimiento del diagnóstico médico y aplicación de escalas en la comisaría de Ticimul.



Figura 6. Fotografía de la participación durante el diagnóstico médico en la comisaría de Ticimul. (tomada por colaborador del equipo de investigación).

De acuerdo con la figura 6, se observa una alta participación para el establecimiento del diagnóstico médico en la comisaría de Ticimul. Este mismo procedimiento se realizó en la cabecera municipal, sin embargo, la participación fue menor.

Características de las personas con y sin diagnóstico de dolor crónico musculoesquelético

Un total de 14 personas fueron entrevistadas, 9 eran de Chankom y 5 de Ticimul, con una edad promedio de 55.35 años en un rango de 45 a 72 años, de las cuales

10 fueron diagnosticadas con dolor crónico musculoesquelético y 4 no contaron con diagnóstico.

En la tabla 2 se presentan las características sociodemográficas del total de participantes.

Tabla 2. Características sociodemográficas

Variables		n (%)
Sexo	Hombre	3 (22)
	Mujer	11 (78)
Ocupación	Agricultura	3 (22)
	Labores domésticas	11 (78)
	Terapeutas tradicionales	3 (22) *
Nivel educativo	Sin estudios	3 (22)
	Primaria incompleta	3 (22)
	Primaria completa	2 (14)
	Secundaria incompleta	2 (14)
	Secundaria completa	4 (28)
	Bachillerato, licenciatura y otros	0 (0)

*3 entrevistados refirieron que además de las labores ocupacionales habituales son terapeutas tradicionales.

De acuerdo con la tabla 2 el 78% fueron mujeres que se dedicaban a las labores domésticas y el 22% fueron hombres que se dedicaban a la agricultura. También se observa que el 22% además de sus actividades ocupacionales ejercían como terapeutas tradicionales. Asimismo, el mayor nivel de escolaridad fue secundaria completa con el 28%.

Características específicas de las personas con dolor crónico musculoesquelético

Un total de 10 personas fueron identificadas con dolor crónico musculoesquelético, 9 mujeres y 1 hombre, con una edad promedio de 54.5 años en un rango de 45 a 72 años. El total de las personas consumía medicamentos y

utiliza alguna modalidad de la medicina tradicional. En la tabla 3 se puede observar el diagnóstico médico, intensidad y tiempo de duración del dolor.

Tabla 3. Diagnóstico médico, intensidad y tiempo de evolución

Pseudónimo	Diagnóstico	Intensidad del dolor	Tiempo de evolución *
Carmen	Lumbalgia	5	24
Partera Melba	Fibromialgia	4	36
Jimena	Artritis Reumatoide	10	24
Juan	Osteoartritis	5	24
Betty	Artritis Reumatoide	10	4
Dalia	Lumbalgia	7	48
Guillermina	Fascitis plantar	6	24
Bertha	Osteoartritis	10	84
Fidelia	Tendinitis flexora en manos	8	24
Partera María	Osteoartritis	5	12

*Medido en meses

En la tabla 3 se observa que los diagnósticos más frecuentes fueron osteoartritis (30%) lumbalgia (20%) y artritis reumatoide (20%). La intensidad de dolor promedio fue de 7 ± 2.35 ; el 30% refirió tener 10 de dolor (máximo dolor imaginable). Por otra parte, el tiempo de evolución promedio fue de 30.4 meses ± 22.24 y se observa que el 50% tenía 24 meses con dolor.

Identificación y descripción de las vivencias del dolor y el catastrofismo de las personas con dolor crónico musculoesquelético

A continuación, se presenta la descripción de las categorías y subcategorías que surgieron del discurso de las 10 personas con dolor crónico musculoesquelético. En la figura 7, se pueden observar las categorías y subcategorías principales del estudio, así como la relación existente entre estos. En color rojo se encuentra la primera categoría denominada sintomatología y causas atribuidas al dolor, en color amarillo se encuentra la segunda categoría denominada limitaciones en las actividades y restricciones en la participación, en color morado se encuentra la categoría identificada como barreras ambientales; por último, se encuentra en color azul turquesa la categoría correspondiente al manejo del dolor.



Figura 7. Categorías y subcategorías del estudio (elaboración propia con apoyo del Software Atlas.ti 7.5.4)

De acuerdo con las causas, se atribuyeron diferentes explicaciones tales como caídas, golpes, reuma, cansancio por trabajo excesivo, daños en la articulación, pasmos, hechizos. Esto se puede apreciar en Carmen:

“Porque pues de niña pues me caí así de boca arriba y me golpeé la espalda y pues yo supongo que es lo que siento de ahora, cuando me canso pues me empieza a doler mi espalda”. (Carmen, lumbalgia, 55 años).

En relación con la localización anatómica del dolor, tanto las personas con diagnósticos como la fibromialgia, la artritis reumatoide (AR) así como las personas con osteoartritis (OR) o lumbalgia refirieron sentir dolor en diferentes estructuras corporales.

“Todo mi cuerpo, todo mi codo, mi rodilla también mi cara, todo” (Jimena, AR, 58 años).

La sintomatología descrita es diversa destacando el dolor fuerte, dolor de cabeza, dolor de ovarios, inflamación, dificultades para poder dormir; entre otros.

“Siento como ya mero me arrancan las venitas y cuando lo estiro así me duele mucho, mis dedos se hinchan y pies se hinchan... me duele, sentía mucho el dolor...a veces me da dolor de cabeza” (Betty, AR, 48 años).

Por otra parte, las personas con dolor crónico musculoesquelético viven con alteraciones del estado de ánimo. Mencionaron sentirse mal, estar tristes, y una persona refirió estar deprimida.

“Pues deprimida, me quedo acostada en mi hamaca, aunque tengo que hacer, me acuesto porque ya no lo aguanto” (Bertha, OR, 46 años).

También hicieron mención sobre una sintomatología denominada nervios, la cual es explicada de la siguiente manera:

“Los nervios empiezas a temblar cuando escuchas unas cosas un accidente de tus hijos o familiares, empiezas a temblar si tienes la enfermedad, pero si no

tienes a veces así si no tienes la enfermedad, pues solo lo piensas así, pides a dios que se cure pronto” (Guillermina, Fascitis plantar, 45 años).

Un ejemplo específico de “padecer nervios” y tomar medicamentos antidepresivos, lo visualizamos en Jimena:

“Así que vez yo padezco nervios, doliendo mi cabeza, a veces está hinchado mi garganta, a veces este vomito como flema, pero lo que pienso es la artritis que tengo, doliendo mi cabeza, duele también mi ojo” (Jimena, AR, 58 años).

Aunado a las alteraciones del estado de ánimo, se encontraron códigos ligados a 2 de las 3 dimensiones del catastrofismo, rumiación cognitiva y la desesperanza. De acuerdo con lo referido por las personas entrevistadas con dolor crónico musculoesquelético, piensan mucho sobre asuntos relacionado con el dolor, pero al mismo tiempo, comentaron que los doctores y familiares les recomiendan no pensar demasiado por ser causa de enfermedades y dolor de cabeza.

“Piensas mucho las cosas que no se quita ese dolor...pues voy a pensar que voy a hacer, si voy con doctor, si voy a comprar cosas para tomar, porque no se quita el dolor. Algunos dicen y hasta el doctor dice, si sigues pensado por eso te enfermas mucho” (Partera Melba, Fibromialgia, 70 años).

Asimismo, en la tabla 4 se pueden observar los resultados de la escala de catastrofismo ante el dolor.

Como podemos observar en la tabla 4, el promedio de catastrofismo en su valor total fue de 25 ± 14.65 , presentando el 40% de las personas altos niveles de catastrofismo (>30); en cuanto a los promedios de sus tres dimensiones fueron: desesperanza 11.5 ± 7.39 , rumiación 8.4 ± 4.42 y magnificación 5.1 ± 3.75 .

Tabla 4. Resultados de la escala de catastrofismo ante el dolor

Pseudónimo	Desesperanza	Magnificación	Rumiación	Total
Carmen	5	4	4	13
Partera Melba	17	8	11	36
Jimena	22	10	16	48
Juan	6	0	8	14
Betty	5	2	7	14
Dalia	19	7	9	35
Guillermina	9	2	1	12
Bertha	21	11	13	45
Fidelia	8	5	10	23
Partera María	3	2	5	10

Otro de los aspectos que con frecuencia comentan como categoría principal es acerca de las limitaciones en la actividad y restricciones en la participación relacionadas con la movilidad y el trabajo:

“No puedo caminar, no puedo alzar mi mano, solo trago naproxeno, pero no se puede hacer nada no se puede caminar, todo mi cuerpo me duele” (Jimena, AR, 58 años)

Por lo que se refiere a las barreras ambientales, se identificó que existen barreras para conseguir medicamentos, servicios especializados, dificultades económicas y de transporte.

“ves lo que pasa en la tele, te explican que cura, que hace, uno que tiene dinero pues lo compra, pero uno como nosotros estamos acá, que estamos pobres solo a veces cuando tengamos, nos enteramos de que tipo de medicina nos recomienda alguien así, compramos y lo empezamos a poner” (Dalia, Lumbalgia, 46 años)

En relación con el manejo del dolor, tiene 3 subcategorías; la primera, es la relacionada al tratamiento biomédico pues salió a relucir el uso de fármacos recetados en el centro de salud, así como las consultas con especialistas que investigaban en la comunidad. En todos los casos solamente reportaron tener alivio de los síntomas.

“Pedimos pastillas, naproxeno y paracetamol. Es todo lo que nos dan para calmarlo” (Salustiano, sin diagnóstico, 72 años)

La segunda subcategoría, se refiere al tratamiento tradicional que las personas utilizan al acudir con los médicos tradicionales, específicamente con sobadores o hierbateros, ninguna persona mencionó acudir con el j’men de Xanlá, una comisaría cercana a la cabecera.

“Pues mi esposo fue a comprar mi pomada, también de antes mi suegra venía con laal, lo machaca y pone con alcohol, pero no te lo quita solo sirve para calmar el dolor” (Guillermina, Fascitis plantar, 45 años)

La tercera subcategoría se relaciona con el autocuidado, refiriendo utilizar algunas plantas de la herbolaria maya tales como tabaco (K 'uuts), naranja, anona y Ortiga (laal). También refieren utilizar cremas con Arnica[®], Goicochea[®] y diclofenaco en gel para realizar masajes o sobadas en la zona anatómica con dolor.

“Aquella vez ainas por poco me muero por el dolor hasta fui con el hierbatero y hasta medicinas me dio el hierbatero...solo esas matas que se dice laal en maya, son hojas así grandes. Lo buscas así y lo pegas y te pica y se me quita así un poco del dolor” (Partera Melba, Fibromialgia, 70 años).

Interpretación y comprensión del posible significado de la vivencia del crónico musculoesquelético y el catastrofismo

“Dicen que el Dolor, es el hijo del aire y de la tierra, que son elementos indispensables para la vida; dicen... que se viste con amplicos robajes blancos y tiene un puñal, y que se hermana con aquella que viste de negro y siempre lleva una guadaña.

Leyenda maya

Ku ya'alale' le yayajo', u yaal íik' yéetel lu'um, lelo'oba' jach k'abeet uti'al kuxtalil; ku ya'alale'...ku jelikubáa yéetel nukuch sak nook'o'ob yéetel yaan ti'

jump'éeel xotob, bey xane' ku machik u k'ab yéetel u láak' ku ts'áaik u boox
nook'bey xane' súuk u bisik tu yéetel jump'éeel ch'ebe lóob..."

Tsikbalo'ob ich maaya.

Para las personas de Chankom, el dolor es vivido como una enfermedad y no solamente un síntoma, ya que según las palabras de los entrevistados en cualquier momento puede dar, es mala y afecta en la realización de la vida comunitaria.

"El yaj es que duele, el dolor es cuando como dice k'i'inan; yaj es cuando tocas y duele, el dolor k'i'inan ese sí, no lo tocas, pero te está doliendo" (Dalia, Lumbalgia, 46 años).

Con relación a la etiología, mencionaron que existe un amplio sistema de explicaciones, en la figura 8, se ilustra las causas de dolor mencionadas por las personas con/sin dolor crónico y médicos tradicionales desde un modelo biopsicosocial.



Figura 8. Factores relacionados con la etiología del dolor (elaboración propia).

Como podemos observar en la figura 8, la causalidad del dolor posiblemente se ha ido enriqueciendo con la interacción de otras culturas y la incorporación de los servicios de salud. Sin embargo, se puede apreciar como en la forma de pensar de los entrevistados, todas las causas están interconectadas y aún existen explicaciones por desequilibrios entre frío/calor, malos aires, por causas sobrenaturales, desequilibrios entre las relaciones con otros (violencia, fallecimientos) y el trabajo excesivo.

“Pues yo creo que, por ejemplo, yo así pienso, que es artritis reumatismo, pues sí porque a veces nosotros que vivimos en los pueblitos lavamos nixtamal temprano, a veces te mojas el pie de uno con agua, pues a veces yo, aunque me cuido mi pie, que más ya se mojó.... lo causa uno cuando uno tiene caluroso su pie y quita sus zapatos, andas descalzas o cuando se moja tu pie, porque hay muchos, hasta los hombres ellos van a la milpa portan sus botas grandes, cuando veas quitan y es andar descalzo y por ejemplo como el piso está frío, a veces eso hace que nos enfermemos de reumatismo... pues ya fui en el seguro, pero me dijo así que el 9 de agosto me van a sacar una placa de mi pie, porque según ellos dicen, pero no sé si es verdad, que hay personas que tiene el arco caído, pero no a todos les pasa, solo algunos casos y dice que se ve en la placa... estoy pensando es que hay persona que son malas, hay algunas que hechizan a uno, yo digo así, porque ya tiene tiempo” (Guillermina, Fascitis plantar, 45 años).

En cuanto a la relación dolor- estado de ánimo, las personas con dolor crónico musculoesquelético de Chankom ponen en evidencia que el dolor es vivido negativamente, oscilando entre la tristeza, nervios y depresión.

“Me siento triste, digo: ¿Qué enfermedad tengo así?, ¿cómo se va a curar? yo lo pienso mucho; pero mi esposo me dice, no sigas pensando eso, me dice, porque te vas a curar cuando te dan tus medicamentos, pero ¿cuándo? le digo, mi medicamento todo el día tengo le digo y pues no me cura no me da alivio” (Betty, AR, 48 años).

Asimismo, se interpreta que el pensar mucho es un estado de ánimo que provoca enfermedades, nervios e inclusive depresión. Relacionándose con el concepto biomédico del catastrofismo y la dimensión de rumia cognitiva.

“He visto que se deprimen mucho o que piensan mucho, pero a veces dicen, porque dejas que te maneje el cerebro, si el cerebro, o sea tú estás deprimida y ahí estás ahí estás y el cerebro también ahí ahí ahí, pues él te maneja como él quiere. Pero si tú dices, aquí me levanto, no dejas que te maneje, te puedes levantar” (Asunción, sin diagnóstico, 38 años).

Otra dimensión del catastrofismo que se registró es la desesperanza de la no recuperación debido a que en el discurso de las personas con dolor crónico musculoesquelético refieren que no tienen cura si no solamente alivio del dolor, inclusive realizando diferentes tratamientos. Esta desesperanza, también se ve influenciada por las barreras ambientales relacionado con la falta de accesibilidad a medicamentos y tratamientos especializados, así como por los comentarios realizados por los profesionales de la salud y/o familiares relacionados con la enfermedad.

“Estoy yendo a la clínica y me dan pastillas para tomar, para calmar el dolor, pero eso solo es para calmar el dolor porque pasa el efecto de pastilla y sigue, no es para que se quite. Me dan naproxeno, diclofenaco. Como dijo ese de la clínica, ¿cómo se llama este señor que vino contigo?, ¡ah! Miguel (Pseudónimo) el enfermero. Si pues ese, voy a la clínica, se gastan, voy otra vez... Pues, una vez al día, para no tomar mucha pastilla, pero ya nos dijo ya no calma el dolor... Pues esté hay un señor acá que soba, hace masaje también y lo hablé pa que sobe mis pies... Hay unos doctores que son de proyecto vienen de México dicen, me sacaron líquido, sacaron dos jeringas de líquido” (Juan, OR, 63 años).

En las personas participantes con dolor crónico musculoesquelético, la principal estrategia de afrontamiento para el dolor es acostarse y la retirada social.

“Pues a veces cuando siento que ya no puedo pues más, me acuesto, si cuando siento que no puedo, pues cuándo me canso mucho a trabajar, a pues por el trabajo a veces uno creo que trabaja de más y pues uno cuando se siente bien pues empieza a trabajar normal, lo quieres hacer, pero más cuando ya después siente el dolor, el cansancio, los dolores pues así...pues, cuando sientes dolor, te acuestas, sientes que no tienes ganas de hacer nada”

(Carmen, Lumbalgia, 55 años).

Aunado a esto, las personas con dolor crónico viven con limitaciones en la actividad y restricciones en la participación, adquiriendo mayor importancia lo relacionado con el desempeño de las actividades de la vida cotidiana, especialmente en la realización del trabajo y la vida comunitaria; debido a que ser saludables es sinónimo de mantenerse activos y poder trabajar.

“No trabajas como uno está acostumbrado, por ejemplo, yo cuando me voy a parar a lavar así, siento que me cansa porque mi pie no está bien, cuando yo lo apoyo mucho así, después me da un dolor” (Guillermina, Fascitis plantar, 45 años)

Con relación al manejo del dolor, se utilizan de manera simultánea los servicios de salud, de los terapeutas tradicionales y estrategias de autocuidado. La utilización de forma combinada de los medicamentos alópatas, medicamentos de la herbolaria maya y algunas estrategias de autocuidado como la sobada, no genera conflicto para las personas de la comunidad. Sin embargo, en la mayoría de los discursos se observa que, a pesar de los múltiples tratamientos, estos solamente representan alivio del dolor y como mencionamos anteriormente existen barreras ambientales que representan dificultades para obtener un tratamiento especializado.

“pues me siento mal, porque le digo a dios y ya hasta le digo a mi esposo vas a llevar para que me saquen placas y él me dice ¿por qué? porque no me llevas con el doctor, porque me han dicho que hay una inyección que se pone en el tendón pero que es doloroso y me dice así: voy a juntar el dinero porque está

caro, que 2 mil pesos es para que te lo pongan, un señor se lo dijo, pero le digo así, es que está tardando. (Guillermina, Fascitis plantar, 45 años)

Saberes acerca del dolor-cerebro y principal temática de interés sobre el dolor.

A continuación, se presentan los resultados sobre los saberes del cerebro-mente, fragmentos de la entrevista realizada al sobador de la comunidad sobre los saberes relacionados con el dolor y el tratamiento del “reuma”; así como el resultado de la principal temática de interés para la realización de un taller sobre el dolor.

Con relación a los saberes relacionados con el dolor-cerebro, la mayoría de las personas entrevistadas menciona que el cerebro se dice ts’o’omel en maya y dentro de sus funciones, refieren que “trabaja” para pensar, para que funcione el cuerpo, para concentrarse y lo relacionan con el dolor de cabeza:

“T’s’o’omel...pues, así como estamos vivas está trabajando, pero si no estamos vivas se enfría ya deja de trabajar...cuando está trabajando, muchas cosas pasan en tus pensamientos, sí...pues sí, porque ahí lo voy a sentir y me duele a veces, me da dolor de cabeza porque estoy pensando cuando se va curar, sí, empieza a doler cabeza, si ya si tomo mis pastillas se me pasa el dolor de cabeza igual el de mis pies" (Betty, AR, 48 años).

Por lo que se refiere a los saberes del terapeuta tradicional destaca que el dolor se debe al trabajo excesivo. En el contexto de Chankom, se entiende por trabajo la realización de labores domésticas hasta actividades relacionadas con el campo y es concebida como un estado caliente que cuando es excesivo puede debilitar, cansar y desequilibrar el cuerpo provocando modificaciones en este.

“El dolor consiste en tanto trabajo que hace uno, alzas cosas pesadas, los tendones se embollan y cuando embollan los tendones allá en la panza es cuando empieza a dar dolor, duele la espalda, ¿dónde viene? Aquí, debajo de esto (*el ombligo*). Por eso duele la espalda, si te soban bien tu pancita, aunque

no soben tu espalda si pasa el dolor, pero si no te soban no pasa. (Sobador Adolfo, sin diagnóstico, 79 años)

En relación con los saberes del terapeuta tradicional de Chankom sobre el tratamiento del reuma, mencionó lo siguiente:

“Reuma sí, pero ese de reuma parece también, porque el reuma si la sobas, se hincha más y ya no puede caminar, pero si no es reuma si puede caminar. Pero si es reuma, eso necesita medicina... Se hincha, no puede caminar y yo tengo un diente de la víbora que cuando está hinchado a veces se compone también, pincho de cruz, empieza a caminar otra vez... Si sangra, a veces cuando lo pincho tira hasta la sangre, es el dolor. No solo a las personas se lo he hecho, este pie que vez, ¿cuántas?, hace como 20 o 30 años, cuando están estudiando mis hijos, me da un dolor, pero si me muero no es nada, un dolor, no me deja dormir, si porque tengo mis abejas, voy a castrar sobre 12 km y tengo que caminar así, tengo dos caballos, caminar amarrando mis caballos, ¡ay! y cuando al día siguiente no me voy a levantar de mi hamaca, un dolor que me daba, una noche no duermes, un dolor, pero así, ay dios mío no me deja dormir. Fui a consultar aquí en Mérida, un año estuve yendo aquí hasta el hospital, solo me dieron las pastillas de naproxeno y diclofenaco y me dice el doctor, don Adolfo te vamos a cortar esto, te vamos a cortar aquí me dice para que se quite el dolor, no doctor si me vas a cortar el pie, mejor déjalo así, y yo tuve que buscar que le voy hacer, y ahorita ya puedo caminar, cuantas cosas he hecho” (Sobador Adolfo, sin diagnóstico, 79 años)

Sobre las temáticas de interés para la propuesta educativa refirieron querer saber el motivo del dolor y estrategias de tratamiento (“medicamentos para curarse”); por otra parte, también mencionaron que les gustaría tener un espacio para platicar los problemas.

“Me gustaría que le platiquen a uno ósea que tipos de dolor le da uno en su cuerpo, o si tienes algún problema también lo platicas, porque eso te ayuda a

despejar tu mente porque igualmente también lo mismo hace el cerebro igual” (Dalia, lumbalgia, 46 años).

Propuesta educativa intercultural en Rehabilitación

“Antes yo creía que había que tratar a la gente como yo quisiera que me traten a mí, pero con el enfoque intercultural ahora entiendo que no se trata de eso, sino de tratar a los demás como ellos desean que los traten a ellos”

Roger Borges Arceo. Promotor Yucateco

A partir del total de resultados obtenidos en el estudio, se realizó triangulación de la información con la finalidad de elaborar la propuesta educativa intercultural en Rehabilitación. En la tabla 5 se observa la triangulación de la descripción etnográfica, la entrevista semiestructurada y la teoría sobre educación en dolor e interculturalidad.

A partir de la triangulación representada en la tabla 5, se puede evidenciar la importancia de considerar en la elaboración de la propuesta educativa la creación de estrategias culturalmente competentes. Por otro lado, es necesario reconceptualizar el dolor desde un enfoque cognitivo-conductual a través de la neurociencia del dolor, fortalecer los saberes relacionados con la etiología del dolor desde un modelo biopsicosocial y promover el uso de estrategias de autocuidado activas; todo esto con la finalidad de contribuir en el bienestar de las personas con dolor crónico musculoesquelético de la comunidad de Chankom.

Por tal razón, la propuesta educativa intercultural en rehabilitación está realizada en formato de taller con un total de 10 sesiones y tiene como objetivo general que los participantes identifiquen los factores relacionados en la cronificación del dolor y los beneficios de 3 estrategias de autocuidado activas, a través de temáticas básicas de las neurociencias del dolor y actividades participativas culturalmente sensibles. La descripción de las 10 sesiones del taller con sus respectivos objetivos se puede observar en la tabla 6.

Las principales estrategias utilizadas son el uso de cuentos, leyendas, analogías y promoción en la toma de decisiones durante el proceso educativo (ver anexo 7).

Tabla 5. Triangulación de la información

Descripción etnográfica	Entrevista semiestructurada	Teoría	Resultado
Población indígena y bilingües del maya español.	En las entrevistas se utilizaron conceptos en maya.	Conocer los términos básicos utilizados por la comunidad y diseñar estrategias culturalmente competentes. ⁴²	Creación de estrategias educativas culturalmente competentes.
En los encuentros interculturales mencionaron que “el dolor es malo”. Las personas identificadas en los encuentros interculturales que no contaba con diagnóstico médico referían desconocer el origen de su dolor.	El dolor es vivido como una enfermedad y afecta en la realización de la vida comunitaria. Las personas entrevistadas refieren querer saber el motivo del dolor; sin embargo también tenían múltiples explicaciones sobre la etiología del dolor.	Se han observado efectos en la disminución del dolor cuando se modifican las cogniciones del dolor. ^{31,33} La educación en neurociencias del dolor está basada en el modelo biopsicosocial; ¹⁷ Es necesaria la identificación de causas y soluciones a los problemas de salud, desde la historia y punto de vista de la comunidad. ⁴²	Reconceptualización del dolor Fortalecimiento de los factores asociados con la etiología del dolor.
El total de los entrevistados consume medicamentos y utiliza alguna modalidad de la medicina tradicional.	Las personas refieren querer conocer sobre estrategias para tratar el dolor; no obstante, utilizan diferentes prácticas de atención.	Es necesario integrar los conocimientos sobre prevención y curación que se practican en las comunidades ⁴² y promover estrategias de afrontamiento activas como el ejercicio. ³¹	Promover el uso de estrategias de afrontamiento activas integrando las diferentes prácticas de atención que utilizan en la comunidad.

La tabla 5 se lee de izquierda a derecha y consta de 4 columnas. La primera columna está relacionada con los resultados obtenidos en la descripción etnográfica de la comunidad maya de Chankom, la segunda columna muestra los resultados derivados de la entrevista semiestructurada. La tercera refiere la teoría relacionada con la temática y la cuarta columna sobre los resultados de la triangulación.

Tabla 6. Objetivos por sesión de la propuesta intercultural en rehabilitación

Sesión	Objetivos
1	Describir las funciones de los sentidos (incluyendo la nocicepción) a través de una analogía y actividades participativas; con la finalidad de contribuir en la comprensión de los procesos neurológicos básicos del dolor.
2	Ilustrar la transmisión nociceptiva hacia el cerebro a través de un dibujo, con la finalidad de contribuir en la comprensión de los procesos neurológicos básicos.
3:	Describir las funciones que realiza el cerebro para obtener bienestar; a través de actividades participativas, con la finalidad de contribuir en la comprensión de los procesos neurológicos básicos del dolor.
4	Describir la influencia del tiempo de las señales de peligro en el cerebro en el dolor y el bienestar; a través del uso de analogías y leyendas, con la finalidad de contribuir en la comprensión de los procesos neurológicos básicos del dolor.
5	Identificar los factores relacionados con la cronificación del dolor; a través del uso de analogías y actividades participativas, con la finalidad de contribuir en la mejoría del estado de salud de todos los implicados.
6	Describir la capacidad de cambio a través de la utilización estrategias de autocuidado activas; mediante el uso de analogías y actividades participativas, con la finalidad de contribuir en la mejoría del estado de salud de todos los implicados.
7	Identificar las 3 estrategias de autocuidado activas que consideren más importantes para aplicar en la vida cotidiana; a través de la generación de discusión en plenaria y consenso, con la finalidad de contribuir en la mejoría del estado de salud de todos los implicados.
8	Identificar el estado general de salud de los participantes; a través de la realización de evaluaciones y una estrategia de autoconocimiento corporal, con la finalidad de aplicarlo en las sesiones posteriores y en su vida cotidiana.
9	Describir las 3 estrategias de autocuidado a través de la práctica; con la finalidad de contribuir en la mejoría del estado de salud de los participantes.
10	Identificar los beneficios de las 3 estrategias de autocuidado; a través de la comparación del antes y después de las evaluaciones, con la finalidad de contribuir en la mejoría del estado de salud de los implicados.

9. DISCUSIÓN

El propósito del presente estudio estuvo dirigido a identificar, describir e interpretar las vivencias del dolor y el catastrofismo en las personas con dolor crónico de Chankom para la generación de una propuesta educativa intercultural en rehabilitación. Para su realización participaron un total de 14 personas, de los cuales 10 tenían diagnóstico de dolor crónico musculoesquelético (9 mujeres y 1 hombre).

Los resultados reflejan que el dolor es vivido como una enfermedad provocado por diversos factores biopsicosociales relacionados entre sí, entre los cuales destacan caídas, edad avanzada, golpes, desequilibrio frío/calor, pasmo, mala circulación de la sangre, hechizos, violencia, trabajo excesivo, entre otros. Esto concuerda con lo informado por Caroselli⁴⁹ en su estudio etnográfico sobre el dolor en la comunidad Aymara de Chile al afirmar que el término *Usu* significa enfermedad y es utilizado para referir el dolor, además agrega que el dolor está influenciado por factores biológicos, culturales y sociales. Por otra parte, de acuerdo con lo estudiado por Ibacache y cols.⁷¹ para los Mapuches de Perú los procesos de salud-enfermedad tienen un enfoque socio espiritual-psico-biológico y específicamente para las personas con lumbalgia, el dolor se debe al trabajo excesivo, pérdida de personas significativas, trasgresiones; entre otros. Esto coincide con los resultados del presente estudio; sin embargo, una de las principales diferencias es que se interpretó el dolor desde un enfoque biopsicosocial. En el contexto maya-yucateco, Güemez⁷² refiere que el dolor tiene un carácter espiritual-anímico provocado por mal viento, pasmos, entre otros; no obstante, en el presente estudio se observa que además de los mencionado por este autor, existen explicaciones derivadas del modelo biomédico que posiblemente se han ido anexando durante el transcurso del tiempo. Esto concuerda con lo reportado por Barragán-Solís al mencionar que en pacientes con dolor crónico de la ciudad de México las causas referidas a elementos sobrenaturales y psicológicas conviven con el sistema biomédico.

Asimismo, en el estudio de Lorente⁷³ refiere que en la comunidad Nahua de Texcoco se han ido incorporando conceptos de la biomedicina y no se trata de una taxonomía que divida las enfermedades en corporales y anímicas, sino más bien surgen cuadros patológicos en función del contexto.

Por otra parte, en el presente estudio también se refleja que el dolor es vivido negativamente y las personas reportan tener tristeza, ansiedad y depresión. De igual modo coincide con lo reportado en la literatura sobre la influencia de los factores cognitivos y emocionales en la percepción del dolor^{74,75} la ansiedad y la depresión.⁷⁶ Además, en el estudio de Peláez-Ballestas y cols.⁸ realizado en Chankom se asociaron las enfermedades reumáticas con estos trastornos psicológicos. Asimismo, en otras comunidades indígenas también se ha observado que el dolor crónico afecta negativamente el estado emocional.^{48,49,71,77}

Aunado con lo anterior, las personas de este estudio refieren que el pensar mucho es un estado de ánimo vinculada con la ansiedad y la depresión. Esto coincide con el estudio cualitativo de Ibacache⁷¹ en la comunidad Mapuche de Perú en donde las personas refieren que pensar cosas que entristecen combinado con ser una persona débil puede causar enfermedades y depresión.^{26,78} Asimismo, coincide con el concepto de rumia cognitiva el cual consiste en centrar la atención en los pensamientos sobre el dolor, o bien, la incapacidad para inhibirlos o para apartar de éstos la atención y es una de las tres dimensiones del catastrofismo ante el dolor.²² la cual está también relacionada con la depresión y la ansiedad⁷⁴ Sin embargo, los resultados de la escala de catastrofismo ante el dolor de este estudio reportaron que el 40% de las personas presentaron altos niveles de catastrofismo (>30) y a diferencia de Castromán⁷⁸ en una muestra de personas que acudían a un instituto de dolor en Chile en el cual el 70% de los pacientes evaluados tenía niveles de catastrofismo mayor a 30 puntos. Además, en el discurso de las entrevistas solamente se encontraron dos de las tres dimensiones del catastrofismo (rumiación y

desesperanza) y se relacionan mayormente con dificultades para obtener tratamientos y alivio del dolor; por lo tanto, difiere del concepto biomédico del catastrofismo cuyo significado es una percepción mental negativa y exagerada respecto a la experiencia del dolor tanto real como anticipada.^{21,63}

Aunado con el reporte de la rumiación cognitiva y la desesperanza abordada desde el punto de las dificultades para obtener tratamientos y no desde el dolor, encontramos que en las personas entrevistadas con dolor crónico musculoesquelético viven con barreras ambientales debido a las dificultades para conseguir medicamentos y/o servicio médico especializados en la comunidad, ya sea por problemas económicos, de traslado o de falta de accesos de servicio de salud. Por barreras ambientales se entiende todo lo que constituye el ambiente físico, social y actitudinal en el que las personas viven y conducen sus vidas, incluidas las barreras de accesibilidad y de política social^{79,80} y tiene efectos en la vida de las personas y en la discapacidad de acuerdo a lo referido en la Clasificación Internacional del funcionamiento, de la discapacidad y de la salud (CIF)⁸⁰. Estas barreras ambientales reportadas en Chankom también fueron reportadas por Pelaéz-Ballestas⁸ en esta comunidad y también se ha visualizado en otras comunidades indígenas en donde las barreras en la atención de salud de calidad están presentes,^{3,42} como por ejemplo, en la comunidad Aymara.⁴⁹ Además, en el estudio realizado por Ravesloot y cols.⁷⁹ refieren que las barreras ambientales y el catastrofismo ante el dolor están asociados. Sin embargo, hasta el momento no encontramos estudios sobre el catastrofismo ante el dolor, así como su relación con las barreras ambientales en comunidades indígenas en los diferentes países que nos permitan tener un punto de comparación. Por todo lo anterior, no podemos concluir que los entrevistados con dolor crónico musculoesquelético de este estudio son altamente catastrofistas ante el dolor, pero sí podemos afirmar que sus principales preocupaciones están relacionadas con las dificultades para obtener tratamientos especializados y alivio del dolor, provocándoles alteraciones emocionales.

Aunado con las barreras ambientales, las personas participantes de este estudio también reportan que existen limitaciones en actividades y restricciones en la participación y también son una de sus principales preocupaciones incluso más que la percepción del dolor. La combinación de las limitaciones de la actividad, restricciones en la participación y las barreras ambientales nos hace confirmar que las personas viven con discapacidad de acuerdo a lo establecido por la CIF.⁸⁰ Esto coincide con lo estudiado por Peláez-Ballestas y cols.⁸ al referir que los participantes con enfermedad reumática confirmada o con síntomas de dolor musculoesquelético de Chankom tenían restricciones funcionales para pararse en un taburete, subir escaleras, agacharse, levantarse y hacer las tareas del hogar, asimismo, Loyola-Sánchez y cols.⁹ refirieron que el 51% de las personas con enfermedades reumáticas de la comunidad de Chankom tenía discapacidad, con el 2.8 de probabilidad de tenerla en comparación con las personas que viven sin enfermedades reumáticas después de controlar por edad, sexo y comorbilidades. Asimismo, la presencia de discapacidad en personas con dolor crónico musculoesquelético y las enfermedades reumáticas se ha observado en otras poblaciones.⁸¹

Por otra parte, es importante considerar que el modelo de atención del dolor crónico es realizado de manera combinada con medicamentos alópatas, de la medicina tradicional y con algunas estrategias de autocuidado como la sobada. Sin embargo, esto difiere con lo estudiado en esta misma comunidad, ya que solamente se reportó que el 76.3 % se automedicaba con AINES, el 48,9% buscaba ayuda en el sistema biomédico de salud y el 10% de la medicina tradicional⁸; esto puede deberse a que en este estudio se utilizaron entrevistas semiestructuradas en profundidad los cuales posiblemente provocaron un espacio de confianza y respeto para dialogar y reportar el manejo del dolor desde su perspectiva. Además, en dos estudios de corte antropológico realizados en la ciudad de México en pacientes que acudían a la clínica del dolor se vio reflejado los distintos modelos de atención que confluyen, destacando la práctica de la autoatención como el primer nivel real de atención, el uso de medicamentos

farmacéuticos, así como el uso de plantas medicinales y cremas humectantes; concordando con lo reportado en este estudio.^{3,82} La convivencia de diversas formas de atención es denominada pluralismos médicos y también han sido estudiado en otros países latinoamericanos, tanto en contextos urbanos como indígenas, por ejemplo en Guatemala y Chile.^{49,83}

Sin embargo, a pesar de utilizar de forma combinada los distintos modelos de atención, las personas con dolor crónico musculoesquelético del presente estudio solamente reportaron tener alivio momentáneo en la disminución del dolor; esto coincide con lo reportado por Peláez-Ballestas en Chankom en donde el 63.3% no había tenido éxito en el afrontamiento de los trastornos musculoesqueléticos. Asimismo, la literatura reporta la mala respuesta al tratamiento en las personas con dolor crónico musculoesquelético¹³; inclusive en comunidades indígenas en las cuales también se practicaban los pluralismos médicos.^{49,82,83} Esto posiblemente pueda deberse a la presencia de los factores biopsicosociales presentes en la comunidad, ya que desde la perspectiva biomédica diversos autores plantean que los factores de riesgo como el catastrofismo, la ansiedad, la depresión así como los factores sociales podrían estar jugando un papel importante en el mantenimiento del dolor.^{26,84-86} Por otro lado, desde la perspectiva antropológica se explica que a pesar de la existencia de los pluralismos médicos en la comunidades indígenas de Latinoamérica estos no tiene una relación asimétrica de poder; es decir coexiste una medicina institucionalizada, legal, oficial y “profesional” que está en contraposición de una alternativa no oficial, secundaria, ilegal y rara vez “profesional”, lo cual provoca que existan límites y problemas de comunicación que impiden la negociación necesaria para un proceso de curación.^{49,83} Asimismo, se ha observado que en los espacios de salud pública es común el maltrato y regaños ante las creencias y prácticas que manifiestan sobre la salud,⁴² y desde una perspectiva social Gil y cols.⁴¹ refieren que las personas responden, reaccionan ante los cuidados y descuidos de los otros y que con estas respuestas evalúan su dolor, construyen su identidad, su percepción de sí misma y del problema al que se enfrentan.

Sin embargo, solamente un estudio fue encontrado con perspectiva étnica en grupos afroamericanos e hispanos con lumbalgia crónica realizado por Ziadni y cols.⁸⁷ sobre la influencia de los factores psicosociales; concluyendo que existe asociación entre la injusticia percibida (entendida como un conjunto de cogniciones que reflejan la gravedad y la irreparabilidad de la pérdida, la culpa y la injusticia relacionadas con el dolor)⁸⁸ con experiencias de discriminación, depresión y discapacidad; asimismo, sugieren que la injusticia percibida y el catastrofismo son dos factores de riesgo conceptualmente distintos en la experiencia del dolor crónico. Aunque en nuestro estudio no estuvo visibilizado el tema de injusticia percibida y discriminación, diversos estudios han reportado la relación entre enfermedades reumáticas, hablar lenguas indígenas y vivir en comunidades socialmente marginadas ⁸⁹; todo esto está presente en las personas participantes de este estudio y coincide con lo reportado por Peláez-Ballestas.⁸

Debido a la complejidad del dolor crónico musculoesquelético diversos estudios refieren la importancia de tener un tratamiento integral con enfoque biopsicosocial^{13,29,90} y específicamente en comunidades indígenas refieren la importancia de transitar hacia un modelo intercultural en salud, inclusive por un tema de derecho y bioética.^{42,43,83} Por esta razón, diferentes países latinoamericanos han ido adoptando este modelo de atención.^{42,43,49}

Sin embargo, en el centro de salud de Chankom existen pocas personas que hablen el idioma maya, que estén capacitados culturalmente para brindar un trato de calidad⁸ y que trabajen de forma horizontal y simétrica con los terapeutas tradicionales.

Por esta razón, la propuesta educativa intercultural en rehabilitación que se formula en este estudio pretende que los participantes identifiquen los factores relacionados en la cronificación del dolor y los beneficios de 3 estrategias de autocuidado activas, a través de temáticas básicas de las neurociencias del dolor y actividades participativas culturalmente sensibles. Diversos estudios han

referido los efectos de intervenciones educativas en neurociencias del dolor basados en un enfoque cognitivo-conductual sobre la intensidad del dolor y las variables psicológicas^{33,35,37,90}. Sin embargo, hasta el momento de la realización de esta investigación no se encontraron estudios en comunidades indígenas sobre este tipo de educación y que además cuenten con enfoque intercultural. Una de las dificultades que se pudieran presentar al emplear este tipo de educación es lo relacionado con el conocimiento de los procesos neurológicos debido a que en la mayoría de las personas de este estudio su nivel educativo máximo fue la secundaria; sin embargo, también se reflejó que las personas cuentan con saberes relacionados con la temática, por ejemplo, sobre el cerebro y sus funciones, los cuales fueron explicados desde su perspectiva.

Desde el modelo intercultural, se ha observado que este tipo de educación posibilita una nueva forma de educar e implica la promoción de la independencia y autonomía, la toma de decisiones, el planteamiento de las necesidades y las acciones conjuntas con los terapeutas tradicionales y los servicios de salud.^{42,43,45} Por lo tanto, en la propuesta educativa formulada en esta investigación se contemplaron las vivencias del dolor crónico musculoesquelético, los saberes de la comunidad y las principales temáticas de interés; sin embargo no se incluyó la transdisciplinariedad en el proceso educativo; es decir, incluir la participación de diversos profesionales incluyendo a los médicos tradicionales.

Esta investigación tiene como principal fortaleza identificar, describir e interpretar el significado y las vivencias del dolor crónico musculoesquelético en Chankom que permitieron crear una propuesta educativa intercultural en rehabilitación; siendo una primera aproximación para responder al derecho humano fundamental de obtener un tratamiento de calidad en esta comunidad; sin embargo, las principales limitaciones del estudio fueron las siguientes: 1) La cantidad de personas con y sin diagnóstico de dolor crónico musculoesquelético no estuvo equilibrada, 10 personas contaban con diagnóstico y 4 no contaron con

diagnóstico; esto se debió a que desde el enfoque intercultural era importante incluir a los terapeutas tradicionales y personas sin diagnóstico de dolor crónico que nos permitan tener un panorama más amplio de la temática. Asimismo, conviene recalcar que las 4 personas que no contaron con diagnóstico reportaron haber tenido dolor en algún momento de su vida. Esto coincide con lo estudiado por Pelaez-Ballestas⁸ al referir que existe una alta prevalencia de dolor musculoesquelético en esta población indígena con 38% en los últimos 7 días y 51.2% en algún momento de la vida; de los cuales el 34.2% tenía alguna enfermedad reumática asociado con edad avanzada, ser mujer y dolor crónico. Por lo tanto, se necesitan más estudios que incluyan a mayor cantidad de personas sin dolor crónico que nos permitan comprender en profundidad el riesgo de cronificación; así como las principales estrategias para detectar precozmente las enfermedades reumáticas y el dolor crónico en esta comunidad. 2) El mayor número de mujeres con dolor crónico musculoesquelético en relación con la cantidad de hombres; aunque esto concuerda con lo reportado en la literatura sobre el mayor número de mujeres con dolor crónico musculoesquelético²⁶ y fue reportado en el estudio de prevalencia realizado en esta comunidad así como en otras comunidades indígenas^{8,89} al no contar con suficientes hombres no se pudo describir la influencia de los roles sociales en el dolor en esta comunidad, siendo un tema de especial interés debido a que la literatura refiere que las barreras ambientales y la discapacidad están asociados con ser mujer en comunidades urbanas y rurales;^{9,79,81,89} asimismo se destaca la importancia de los factores psicosociales como contribuyentes en los procesos de cronificación del dolor, discapacidad y discriminación.^{87,88} Debido a esto, es importante que las investigaciones a futuro tengan una muestra más grande y diversa que permitan estudiar la condición de ser hombre o mujer en las vivencias del dolor desde la perspectiva de la comunidad.3) Otra limitante, es que las entrevistas y la administración de las escalas se realizaron en el idioma español, esto se debió a la alta cantidad de personas bilingües en la comunidad⁶⁸ y a que la investigadora principal no hablaba maya. Sin embargo, es importante considerar las

implicaciones lingüísticas como la base del comportamiento humano y social, así como elemento central de la vida de un pueblo. Por ejemplo, en el idioma maya el dolor crónico puede expresarse de diferentes maneras (k'i'inan, yaj) de acuerdo a los resultados de este estudio y coinciden con lo reportado por Güemez⁷². De especial interés es la palabra yaaj; debido a que el autor referido anteriormente menciona que cuando a esta palabra se le agrega la partícula ool, las personas están expresando lo relacionado con los estados de ánimo, actitudes, disposiciones psicológicas, sentimientos, pasiones, pensamientos. Por lo tanto; las investigaciones posteriores podrían beneficiarse realizando las entrevistas en el idioma materno de la comunidad con la finalidad de comprender a profundidad la presencia de los factores psicológicos como el catastrofismo. 4) Con relación a la propuesta educativa intercultural en rehabilitación, una limitante sería que para su implementación es necesario consultar a la comunidad el contenido de las cartas descriptivas favoreciendo de esta manera el concepto de educación intercultural como un proceso de construcción y deconstrucción articulada en el diálogo, el respeto y la promoción de la autonomía de las comunidades indígenas.^{42,43} Asimismo, es importante considerar que el facilitador debe tener competencias culturales que garanticen el respeto por los saberes relacionados con los procesos de salud-enfermedad, así como por las prácticas de atención realizadas en la comunidad.

10. CONCLUSIONES

Las personas con dolor crónico musculoesquelético de la comunidad de Chankom viven su padecimiento negativamente y es altamente incapacitante. A pesar de que se utilizan diversas prácticas de atención para el manejo del dolor; las personas no han logrado mejorar su condición de salud. Aún no se sabe cómo la presencia de los factores psicológicos y sociales pudieran estar influyendo en la cronicidad y en el fracaso de las respuestas a los múltiples tratamientos; por lo tanto, se necesitan realizar más estudios de corte cualitativo, cuantitativo o mixto en esta comunidad.

Es importante la realización de detección precoz en pacientes con factores de riesgo a la cronicidad, así como la implementación de programas de salud con enfoque intercultural en la que colaboren profesionales de salud culturalmente sensibles, intérpretes que faciliten la comunicación entre quienes hablan español o maya, así como médicos tradicionales para un tratamiento más integral.

La propuesta educativa intercultural en rehabilitación tiene como fortaleza que se fundamentó en los principales resultados de esta investigación constituyendo una primera aproximación por responder al derecho humano de un tratamiento de calidad para el dolor en esta comunidad. Sin embargo, el contenido y la pertinencia de esta propuesta deben ser consultadas antes de su implementación, favoreciendo de esta manera el concepto de educación intercultural basado en el diálogo, el respeto y la promoción de la autonomía de las comunidades indígenas.

11. RECOMENDACIONES

Se recomienda seguir investigando sobre el tema del dolor en el idioma maya, así como profundizar sobre la influencia de los factores psicosociales en la cronicidad del dolor y la mala respuesta a los diferentes modelos de atención. Asimismo, se recomienda implementar y evaluar la propuesta educativa intercultural en rehabilitación consultando previamente con los principales actores sociales la pertinencia del contenido de esta y realizando las modificaciones necesarias con la finalidad de mejorar el proceso educativo. También se recomienda buscar estrategias para lograr el involucramiento de la comunidad.

12. REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS

1. Raja SN, Carr DB, Cohen M, Finnerup NB, Flor H, Gibson S, et al. The revised International Association for the Study of Pain definition of pain. *Pain*. 2020 Sep; 161(9): 1976-82. <http://dx.doi.org/10.1097/j.pain.0000000000001939>
2. Barragán-Solís A. Detrás del dolor, amores que matan. *Estud Antropol biológica*. 2015; 17(1): 119-39.
3. Barragán-Solís A. El dolor crónico: una visión antropológica de acuerdo a familiares y pacientes. *Arch en Med Fam*. 2006 May; 8(2): 109-17.
4. Tredde R, Rief W, Barke A, Aziz Q, Bennett MI, Benoliel R, et al. A classification of of chronic pain for ICD-11. *Pain*. 2015 Jun; 156(6): 1003-7. <https://doi.org/10.1097/j.pain.0000000000000160>
5. Ortiz L, Velasco M. Dolor Crónico y Psiquiatría. *Rev Med Clin Condes*. 2017 Nov; 28(6): 866-73. <https://doi.org/10.1016/j.rmclc.2017.10.008>
6. Breivik H, Collett B, Vittorio V, Cohen R, Gallacher D, A. Survey of chronic pain in Europe: Prevalence, impact on daily life, and treatment. *Eur J Pain*. 2006 May; 10(4): 287-333. <https://doi.org/10.1016/j.ejpain.2005.06.009>
7. Henschke N, Kamper SJ, Maher CG. The epidemiology and economic consequences of pain. *Mayo Clin Proc*. 2015 Jan; 90(1): 139-47. <http://dx.doi.org/10.1016/j.mayocp.2014.09.010>
8. Peláez-Ballestas I, Alvarez-Nemegyei J, Loyola-Sánchez A, Escudero ML. Prevalence and factors associated with musculoskeletal disorders and rheumatic diseases in indigenous Maya-Yucateco people: a cross-sectional community-based study. *Clin Rheumatol*. 2016 Jul; 35(Suppl 1): 15-23. <https://doi.org/10.1007/s10067-015-3085-9>
9. Loyola-Sanchez A, Richardson J, Pelaez-Ballestas I, Alvarez-Nemegyei J, Lavis JN, Wilson MG, et al. The impact of arthritis on the physical function of a rural Maya-Yucateco community and factors associated with its prevalence:

- a cross sectional, community-based study. Clin Rheumatol. 2016 Jul; 35 (Suppl 1):25-34. <https://doi.org/10.1007/s10067-015-3084-x>
10. Covarrubias-Gómez A, Guevara-López U, Gutiérrez-Salmerón C, Betancourt-Sandoval J, Córdova-Domínguez J. Epidemiología del dolor crónico en México. Rev Mex Anesthesiol. 2010 Oct; 33(4): 207-13.
 11. División técnica de información estadística en salud. Motivos de consulta en medicina familiar en el IMSS, 1991-2002. Rev Med IMSS 2003 Jul; 41(5): 441-8.
 12. Alvarez-Nemegyei J, Peláez-Ballestas I, Sanin LH, Cardiel MH, Ramirez-Angulo A, Goycochea-Robles MV. Prevalence of musculoskeletal pain and rheumatic diseases in the southeastern region of Mexico. A COPCORD-based community survey. J Rheumatol. 2011 Jan; 38(Suppl 86): 21-5. <https://doi.org/10.3899/jrheum.100954>
 13. Guillemet G, Guy-Coichard C. Principios de tratamiento del dolor crónico. EMC-Kinesiterapia-Med Física 2016 Ago; 37(3): 1-12. [https://doi.org/10.1016/S1293-2965\(16\)78902-X](https://doi.org/10.1016/S1293-2965(16)78902-X)
 14. Moseley GL, Flor H. Targeting cortical representations in the treatment of chronic pain: A review. Neurorehabil Neural Repair. 2012 Jul-Aug; 26(6): 646-52. <https://doi.org/10.1177/1545968311433209>
 15. Pinto S, Araya F, Gutiérrez H. Consideraciones y reconceptualización de teorías del dolor crónico asociado a disfunciones músculo esqueléticas y su implicancia en la plasticidad y reorganización cerebral: una revisión de la literatura. Rev Mex Neurocienc. 2017 Sept-Oct; 18(5):62-71.
 16. Pelletier R, Higgins J, Bourbonnais D. Is neuroplasticity in the central nervous system the missing link to our understanding of chronic musculoskeletal disorders? BMC Musculoskelet Disord. 2015 Feb;16:1-13. <https://doi.org/10.1186/s12891-015-0480-y>

17. Moseley GL, Butler DS. Fifteen Years of Explaining Pain: The Past, Present, and Future. *J Pain*. 2015 Sep; 16(9): 807-13. <http://dx.doi.org/10.1016/j.jpain.2015.05.005>
18. Díaz-Cerrillo JL, Rondón-Ramos A. Diseño de un instrumento educativo para pacientes con lumbalgia crónica inespecífica atendidos en Atención Primaria. *Aten Primaria*. 2015 Feb; 47(2): 117-23. <http://dx.doi.org/10.1016/j.aprim.2014.03.005>
19. González M. Dolor crónico y psicología: actualización. *Rev Med Clin Condes*. 2014 Jul; 25(4): 610-7. [https://doi.org/10.1016/S0716-8640\(14\)70081-1](https://doi.org/10.1016/S0716-8640(14)70081-1)
20. Suárez A, Barrera S, Díaz J. Catastrofización en desórdenes musculoesqueléticos crónicos de mayor prevalencia en Colombia. *Rev Col Med Fis Rehab*. 2014 Nov; 24(1):125-30.
21. Zafra A, Toro E, Cano L. Validación de la escala de catastrofismo ante el dolor (Pain Catastrophizing Scale) en deportistas españoles. *Cuad Psicol del Deport*. 2013 Ene; 13(1): 83-94.
22. Seyler A, Hernández-Guzmán L, Freyre M, González-Montesinos M, Sullivan M. Validez de la Escala de Catastrofización del Dolor. *Rev El Dolor*. 2014 Jul; 61: 18-24.
23. Vlaeyen JWS, Linton SJ. Fear-avoidance and its consequences in chronic musculoskeletal pain: a state of the art. *Pain*. 2000 Apr; 85(3): 317-32. [https://doi.org/10.1016/s0304-3959\(99\)00242-0](https://doi.org/10.1016/s0304-3959(99)00242-0)
24. Esteve R, Ramirez-Maestre C. Modelo de Miedo-Evitación del Dolor: evolución y nuevas propuestas. *Rev Psicol la Salud*. 2013; 1(1): 102-30.
25. Neblett R, Mayer TG, Hartzell MM, Williams MJ, Gatchel RJ. The Fear-avoidance Components Scale (FACS): Development and Psychometric Evaluation of a New Measure of Pain-related Fear Avoidance. *Pain Pract*. 2016 Apr; 16(4): 435-50. <https://doi.org/10.1111/papr.12333>

26. Lami M, Martínez M, Miró E, Sánchez A. Versión Española de la “escala de catastrofización del dolor”: Estudio psicométrico en mujeres sanas. *Psicol Conduct.* 2013; 21(1): 137-56.
27. Cid J, Acuña J, Andrés J, Díaz L, Gómez-Caro L. ¿Qué y cómo evaluar al paciente con dolor crónico? evaluación del paciente con dolor crónico. *Rev Médica Clínica Las Condes.* 2014 Jul ;25(4): 687-97. [https://doi.org/10.1016/S0716-8640\(14\)70090-2](https://doi.org/10.1016/S0716-8640(14)70090-2)
28. Navarro M. Tratamiento cognitivo conductual de la migraña en el adulto. *Actual en Psicol* [Internet]. 2006; 20(107): 1-21. <https://doi.org/10.15517/ap.v20i107.34>. [en línea] [Fecha de acceso 25 octubre 2019]
29. Sullivan MJL, Adams H. Psychosocial treatment techniques to augment the impact of physiotherapy interventions for low back pain. *Physiother Can.* 2010 June; 62(3): 180-9. <https://doi.org/10.3138/physio.62.3.180>
30. León M. Tratamiento del dolor crónico desde la terapia de la conducta. *Rev Costarric de Psicol.* 2007; 26(39): 11-21. <https://www.redalyc.org/articulo.oa?id=476748704006>
31. Blickenstaff C, Pearson N. Reconciling movement and exercise with pain neuroscience education: A case for consistent education. *Physiother Theory Pract.* 2016 Jul; 32(5): 396-407. <https://doi.org/10.1080/09593985.2016.1194653>
32. Louw A, Zimney K, O’hotto C, Hilton S. The Clinical Application of Teaching People about Pain. *Physiother Theory Pract.* 2016 Jul; 32(5): 385-95. <https://doi.org/10.1080/09593985.2016.1194652>
33. Cuenda-Gago JD, Espejo-Antúnez L. Efectividad de la educación basada en neurociencia en el abordaje del dolor crónico musculoesquelético. *Rev Neurol.* 2017 Jul;65(1):1-12.

34. Moseley L. Combined physiotherapy and education is efficacious for chronic low back pain. *Aust J Physiother.* 2002; 48(4): 297-302. [https://doi.org/10.1016/s0004-9514\(14\)60169-0](https://doi.org/10.1016/s0004-9514(14)60169-0)
35. Louw A, Puentedura EJ. Therapeutic Neuroscience Education, Pain, Physiotherapy and the Pain Neuromatrix. *Int J Heal Sci.* 2014 Sep; 2(3): 33-45. <http://dx.doi.org/10.15640/ijhs.v2n3a4>
36. Moseley GL. Evidence for a direct relationship between cognitive and physical change during an education intervention in people with chronic low back pain. *Eur J Pain.* 2004 Feb; 8(1): 39-45. [https://doi.org/10.1016/s1090-3801\(03\)00063-6](https://doi.org/10.1016/s1090-3801(03)00063-6)
37. Louw A, Zimney K, Puentedura EJ, Diener I. The efficacy of pain neuroscience education on musculoskeletal pain: A systematic review of the literature. *Physiother Theory Pract.* 2016 Jul; 32(5): 332-55. <https://doi.org/10.1080/09593985.2016.1194646>
38. Van Oosterwijck J, Meeus M, Paul L, De Schryver M, Pascal A, Lambrecht L, et al. Pain physiology education improves health status and endogenous pain inhibition in fibromyalgia: A double-blind randomized controlled trial. *Clin J Pain.* 2013 Oct; 29(10): 873–82. <https://doi.org/10.1097/ajp.0b013e31827c7a7d>
39. Díaz-Cerillo J, Rondón-Ramos A, Pérez-González R, Clavero-Cano S. Ensayo no aleatorizado de una intervención educativa basada en principios cognitivo-conductuales para pacientes con lumbalgia crónica inespecífica atendidos en fisioterapia de atención primaria. *Aten Primaria.* 2016 Aug-Sep; 48(7): 440-8. <https://doi.org/10.1016/j.aprim.2015.10.007>
40. Moseley L. Joining forces Combining cognition-targeted motor control training with group or individual pain physiology education: A successful treatment for chronic low back pain. *J Man Manip Ther.* 2003; 11(2): 88-94. <https://doi.org/10.1179/106698103790826383>

41. Gil A, Layunta B, Iñiguez Rueda L. Dolor crónico y construccionismo. Boletín Psicol. 2005 Jul; (84): 23-40.
42. Dirección general de planeación y desarrollo en salud. Interculturalidad en salud. Experiencias y aportes para el fortalecimiento de los servicios de salud. México: Secretaría de la salud; 2013
43. Guzmán-Rosas SC. La interculturalidad en salud: Espacio de convergencia entre dos sistemas de conocimiento. Rev Gerenc y Polít Salud. 2016 Nov; 15(31): 10-29. <http://dx.doi.org/10.11144/Javeriana.rgygs15-31.isec>
44. Ocampo-Rivera D, Arango-Rojas M. La educación para la salud: “Concepto abstracto, práctica intangible.” Rev Univ Salud. 2016; 18(1): 24-33.
45. Vivero L. La educación popular como paradigma y metodología de acción en salud familiar. Cienc Enferm. 2013; 19(3): 111-6. <http://dx.doi.org/10.4067/S0717-95532013000300012>
46. Govea V, Vera G, Vargas A. Etnografía: una mirada desde corpus teórico de la investigación cualitativa. Omnia. 2011 May-Ago; 17(2): 26-39. <https://www.redalyc.org/articulo.oa?id=73719138003>. [en línea] [Fecha de acceso 30 de octubre 2019].
47. Cuesta C. La contribución de la evidencia cualitativa al campo del cuidado y la salud comunitaria. Index Enferm. 2005 Nov; 14(50): 47-52. http://scielo.isciii.es/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1132-12962005000200010. [en línea] [Fecha de acceso 30 de octubre 2019].
48. Gooberman-Hill R. Ethnographies of pain: Culture, context and complexity. Br J Pain. 2015 Feb; 9(1): 32-5. <https://doi.org/10.1177/2049463714555439>
49. Caroselli S. El dolor de los pacientes Aymara de la comuna de Putre: Prácticas terapéuticas y políticas de salud intercultural. Diálogo Andino. 2013 Jul; (42): 89-104.

50. Maturana G, Garzón C. La etnografía en el ámbito educativo: una alternativa metodológica de investigación al servicio docente. *Rev Educ y Desarro Soc.* 2015 Jul-Dic; 9(2): 192-205. <https://doi.org/10.18359/reds.954>
51. Kennedy T, Lingard L. Making sense of grounded theory in medical education. *Med Educ.* 2006 Oct; 40: 101-8. <https://doi.org/10.1111/j.1365-2929.2005.02378.x>
52. Alarcon A, Munera L, Montes A. La teoría fundamentada en el marco de la investigación educativa. *Saber, Cienc y Lib.* 2017 Ene-Jun; 12(1): 236-45. <https://doi.org/10.18041/2382-3240/saber.2017v12n1.1475>
53. Siedlecki SL, Modic MB, Bernhofer E, Sorrell J, Strumble P, Kato I. Exploring how bedside nurses care for patients with chronic pain: A grounded theory study. *Pain Manag Nurs.* 2014 Sep; 15(3): 565-73. <http://dx.doi.org/10.1016/j.pmn.2012.12.007>
54. Slatyer S, Williams AM, Michael R. Seeking empowerment to comfort patients in severe pain: A grounded theory study of the nurse's perspective. *Int J Nurs Stud.* 2015 Jan; 52(1): 229-39. <http://dx.doi.org/10.1016/j.ijnurstu.2014.06.010>
55. Alvarado A, Salazar A. Descubriendo los sentimientos y comportamientos que experimenta el adulto mayor con dolor crónico benigno. *Gerokomos.* 2016; 27(4): 142-6.
56. Quilaqueo D, San Martín D. Categorización de saberes educativos mapuche mediante la teoría fundamentada. *Estud Pedagóg.* 2008; 34(2): 151-68. <http://dx.doi.org/10.4067/S0718-07052008000200009>
57. Hernandez-Sampieri, Fernandez-Collado C, Baptista-Lucio P. Metodología de la Investigación. 6ª ed. México: Mc Graw Hill; 2014.
58. Diccionario de la lengua española, Real academia española [Internet]. RAE [consultado 16 Oct 2018]. Madrid, España 2001. Disponible en: <http://www.rae.es/recursos/diccionarios/drae>

59. Capurro D, Rada G. El proceso diagnóstico. Rev Med Chil. 2007 Abr; 135(4): 534-8. <http://dx.doi.org/10.4067/S0034-98872007000400018>.
60. Souza M. Los conceptos estructurantes de la investigación cualitativa. Salud Colect. 2010 Sept-Dic; 6(3): 251-261.
61. Gibbs G. El análisis de datos cualitativos en investigación cualitativa. Madrid: Morata; 2007.
62. Vargas-Jiménez I. La entrevista en la investigación cualitativa: nuevas tendencias y retos. Rev Calid en la Educ Super. 2012 Mar; 3(1):119-39. <https://doi.org/10.22458/caes.v3i1.436>
63. Sullivan MJL, Bishop SR, Pivik J. The pain catastrophizing scale: development and validation. Psychol Assess. 1995;7(4): 524-32.
64. García G, Manzano J. Procedimientos metodológicos básicos y habilidades del investigador en el contexto de la teoría fundamentada. Rev Ciencias Soc y Humanidades. 2010 Sep-Dic; (69):17–39.
65. Reglamento de la Ley General de Salud en Materia de Investigación para la Salud. México: Diario Oficial de la federación; 2014.
66. Municipios de Yucatán [Internet]. Juntos transformamos Yucatán Gobierno del estado. [Consultado 15 Dic 2019]. http://www.yucatan.gob.mx/estado/municipios.php#div_mapa
67. Municipios de Yucatán, Chankom [Internet]. Juntos transformamos Yucatán. Gobierno del estado. [citado 15 diciembre 2019]. http://www.yucatan.gob.mx/estado/ver_municipio.php
68. Instituto Nacional de Estadística y Geografía. Panorama Sociodemográfico de Yucatán 2015 [Internet]. México: INEGI; 2016 [Consultado 15 Dic 2019]. http://internet.contenidos.inegi.org.mx/contenidos/productos/prod_serv/contenidos/espanol/bvinegi/productos/nueva_estruc/inter_censal/panorama/702825082437.pdf

69. Indicadores Socioeconómicos de los pueblos indígenas de México 2015 [Internet]. Gobierno de México. 2017 [Consultado 15 Dic 2019]. Disponible en: <https://www.gob.mx/cms/uploads/attachment/file/239923/04-estimaciones-nacionales-por-entidad-federativa.pdf>México
70. Informe anual sobre la situación de pobreza y rezago social 2020 [Internet]. Gobierno de México. 2020 [Consultado 12 Mar 2020]. <https://www.gob.mx/bienestar/documentos/informe-por-municipios-y-demarcaciones-territoriales-yucatan>
71. Ibacache J, Morros L; Trangol M. Salud mental y enfoque socioespiritual-psico-biologico. Una aproximación ecológica al fenómeno de la salud-enfermedad desde los propios comuneros y especialistas terapéuticos mapuche de salud. Ñuke Mapuförlaget. 2002.1-25.
72. Güemez M. La concepción del cuerpo humano, la maternidad y el dolor entre mujeres mayas yukatekas. Mesoamérica. 2000 Jun; 21(39): 305-32.
73. Fernández D. Medicina indígena y males infantiles entre los Nahuas de Texcoco: Pérdida de la Guía, caída de mollera, tiricia y mal de ojo. An Antropol. 2015 Jul; 49(2): 101-48. [https://doi.org/10.1016/S0185-1225\(15\)30005-9](https://doi.org/10.1016/S0185-1225(15)30005-9)
74. Simons LE, Elman I, Borsook D. Psychological processing in chronic pain: A neural systems approach. Neurosci Biobehav Rev [Internet]. 2014 Feb; 39: 61-78. <http://dx.doi.org/10.1016/j.neubiorev.2013.12.006>
75. García Campayo J, Rodero B. Aspectos cognitivos y afectivos del dolor. Reumatol Clin. 2009 Ago; 5(Supl. 2): 9-11. <https://doi.org/10.1016/j.reuma.2009.03.001>
76. Heer EW, Gerrits MM, Beekman AT, Dekker J, Van Marwijk HW, Waal MW, et al. The Association of Depression and Anxiety with Pain: A Study from NESDA. PloS One. 2014 Oct; 9(10): e106907. <https://doi.org/10.1371/journal.pone.0106907>

77. Throop CJ. *Suffering and sentiment: exploring the vicissitudes of experience and pain in Yap*. Berkeley, CA: University of California Press, 2010
78. Castromán P, Ayala S, Schwartzmann A, Surbano M, Varaldi G, Castillo M, et al. Evaluación del catastrofismo en pacientes con lumbalgia crónica en la unidad de dolor de un hospital universitario. *Rev El Dolor*. 2018 Dic; (70):10-5.
79. Ravesloot C, Berendts C, Schiwal A. Can people catastrophize barriers? An exploratory analysis of the association between pain catastrophizing and perceptions of environmental factors. *Disabil Health J*. 2017 Jan; 10(1):65-72. <http://dx.doi.org/10.1016/j.dhjo.2016.10.001>
80. World Health Organization. *International Classification of Functioning, Disability, and Health*. Geneva: World Health Organization; 2001.
81. Theis KA, Murphy L, Hootman JM, Wilkie R. Social participation restriction among us adults with arthritis: A population-based study using the international classification of functioning, disability and health. *Arthritis Care Res*. 2013 Jul; 65(7):1059-69. <https://doi.org/10.1002/acr.21977>
82. Barragán-Solís A. La práctica de la autoatención por fitoterapia en un grupo de familias mexicanas. *Arch en Med Fam*. 2006 May; 8(3): 155-62.
83. Kazianka B. ¿El pluralismo médico como concepto adecuado en el contexto de la medicina global y la medicina indígena local? Un ensayo sobre la realidad médica de los mayas itzáez en San José Guatemala. *Scripta Ethnologica*. 2012; 34:39-68.
84. Berenzon S, Lara MA, Robles R, Medina-Mora ME. Depresión: estado del conocimiento y la necesidad de políticas públicas y planes de acción en México. *Salud Publica Mex*. 2013 Ene-Feb; 55(1):74-80. <https://doi.org/10.1590/s0036-36342013000100011>
85. Sanzarello I, Merlini L, Rosa MA, Perrone M, Frugiuele J, Borghi R, et al. Central sensitization in chronic low back pain: A narrative review. *J Back*

Musculoskelet Rehabil. 2016 Nov; 29(4): 625-33. <https://doi.org/10.3233/bmr-160685>

86. Adams L, Turk DC. Psychosocial Factors and Central Sensitivity Syndromes. *Curr Rheumatol Rev.* 2015; 11(2): 96-108. <https://doi.org/10.2174/1573397111666150619095330>
87. Ziadni MS, Sturgeon JA, Bissell D, Guck A, Martin KJ, Scott W, et al. Injustice Appraisal, but not Pain Catastrophizing, Mediates the Relationship Between Perceived Ethnic Discrimination and Depression and Disability in Low Back Pain. *J Pain.* 2020 May-Jun; 21(5–6): 582-92. <https://doi.org/10.1016/j.jpain.2019.09.007>
88. Sullivan MJ, Scott W, Trost Z. Perceived injustice: A risk factor for problematic pain outcomes. *Clin J Pain.* 2012 Jul; 28(6): 484-8. <https://doi.org/10.1097/ajp.0b013e3182527d13>
89. Moreno-Montoya J, Alvarez-Nemegyei J, Sanin LH, Pérez-Barbosa L, Trejo-Valdivia B, Santana N, et al. Association of regional and cultural factors with the prevalence of rheumatoid arthritis in the mexican population. *J Clin Rheumatol.* 2015 Mar; 21(2): 57-62. <https://doi.org/10.1097/rhu.0000000000000223>
90. Wijma AJ, van Wilgen CP, Meeus M, Nijs J. Clinical biopsychosocial physiotherapy assessment of patients with chronic pain: The first step in pain neuroscience education. *Physiother Theory Pract.* 2016 Jul; 32(5): 368-84. <https://doi.org/10.1080/09593985.2016.1194651>

13. ANEXOS

Anexo 1: Consentimiento informado

Título del Estudio: Vivencias del dolor y catastrofismo. Estudio desde la teoría fundamentada para la generación de una propuesta intercultural en rehabilitación.

Le agradecemos su disposición a colaborar en este estudio de investigación. Es importante que usted lea y comprenda la información en este consentimiento informado; sienta la libertad de hacer preguntas hasta que usted entienda completamente.

¿Qué pretende el estudio?

Conocer las vivencias del dolor y pensamientos negativos en las personas con enfermedades reumáticas o musculoesqueléticas que viven en Chankom, Yucatán para generar una propuesta educativa intercultural en rehabilitación.

¿Qué beneficios puedo esperar de este estudio?

Usted tendrá la oportunidad de expresar sus experiencias de dolor y de escuchar las experiencias de muchas otras personas. Esto es una oportunidad para aprender y colaborar con otras personas de su comunidad y los investigadores de este proyecto.

Usted tendrá la oportunidad de expresar sus opiniones acerca del programa educativo a prueba contribuyendo así a la mejora de este.

EXPLICACIÓN DE LOS PROCEDIMIENTOS A SEGUIR

¿Qué implica el estudio?

Si decide participar, usted tendrá que participar en 2 pláticas mensuales en la cual se le preguntará acerca del significado, las creencias y el manejo del dolor. Estas juntas durarán aproximadamente 1 hora. También se le pedirá contestar diversos cuestionarios (por ejemplo, sobre su edad, ocupación, consumo de

medicamentos, tiempo de dolor y pensamientos negativos) así como una entrevista de aproximadamente 30 minutos en el que le pediremos su autorización para grabar su voz.

Basado en lo que los participantes digan en las pláticas y en las entrevistas, se realizará un programa educativo para explicar temas relacionados con el dolor.

En el tiempo que dura el estudio (1 año) se identificarán a personas con dolor crónico musculoesqueléticos aplicarán diversos cuestionarios para comprender mejor el dolor.

POSIBLES RIESGOS Y MOLESTIAS

Esta investigación no tiene riesgos para usted. Las posibles molestias que le pueda ocasionar serán relacionadas con el tiempo que usted dedique a las pláticas, a las entrevistas y a contestar los cuestionarios.

¿Quién conocerá mis datos?

Todos los datos que tengamos sobre usted solo los tendrán y verán los investigadores responsables del estudio. Los investigadores manejarán los datos de forma que nadie conozca que es usted, su nombre no aparecerá. Toda la información que nos dé a través de las entrevistas o de la observación de las reuniones, se utilizará con fines científicos, por lo que se mantendrá la confidencialidad de su información y solo será utilizado para los fines de esta investigación.

¿Cuánto me costará participar en este estudio?

Absolutamente nada.

¿Qué sucede si decido dejar de participar en este estudio?

Usted puede decidir no continuar participando en este estudio aún y cuando haya decidido participar en un principio y haya firmado este documento de consentimiento informado. Si usted decide dejar de participar en este estudio no existirán ningún tipo de consecuencias con respecto a la atención de su salud.

Además, los datos que usted haya proporcionado hasta el momento en que decida retirarse del estudio serán destruidos a menos que nos otorgue permiso para utilizarlos.

Organizaciones involucradas en el estudio:

Este proyecto será financiado por el Programa Integral de Rehabilitación Intercultural (PIRI) con apoyo de fundación Kellogg.

SI TIENE DUDAS:

Si usted tiene preguntas sobre este estudio, por favor contacte a la Dra. Damaris Estrella, en el teléfono 9991188494 en los horarios de 8 a.m a 4 p.m. y/o también con la L.R Elisa May en el teléfono 9992974178 o de manera personal.

Declaración del Consentimiento Informado

He leído, o han leído para mí y explicado de manera detallada en mi lengua materna Maya-Yucateco, la información anteriormente escrita antes de firmar esta forma de consentimiento. Yo he tenido siempre la oportunidad amplia de preguntar y he recibido las respuestas que han satisfecho dichas preguntas. Si no participo o si dejo de participar en este estudio no seré penalizado y no renunciaré a ninguno de mis derechos legales. Por lo tanto, yo acepto voluntariamente formar parte en este estudio, teniendo en cuenta que daré información y que solo se utilizará en esta investigación, por lo que se mantendrá la confidencialidad de esta.

He recibido copia de este acuerdo de consentimiento informado.

Resumen del consentimiento en Maya-Yucateco

Le k'oja'anil reumatismo ya'ab ti' máako'ob ti' ku beetik k'aas. La tene' tu k'áata'al a chi' utia'al u oje'elta'ale' máaxa'ob te' kaajila' yaanti'ob le k'oja'anil reumatismo. Yo'olaj lelo' tu k'áata'al u'uybilé bix túun le k'oja'anilo'ku k'exik bix u kuxtalil máak, yéetel tu kaxta'al ba'ax k'abéet uti'al u yáantal máak yo'olal le' k'oja'anilo'.

La tene' táan k'áatchi'itik yóok'ol u tsikbalil bix u kuxtalil máak, yéetel bix u meyaj úuch ka'achi', yéetel jach bix u k'i'inam ku ts'i'ik ti'a baaké, yaan k'íiné ma' ma'alob u yu'ubikubaj máaki', yéetel yaan k'íiné ma' tu cha'aik wa' ma' tu p'atik mix a péek, jach yaj u muk'yajta'al, yéetel ba'axo'ob tu ts'a'abal a wuk' wa' yaanteech le k'oja'aniló utía'al a wáantikabaj.

Tuláakal ba'ax ka núuklKe' mix máak ken ojéeltik yaan u kanáanta'al, ma' k'a'abéet a láaj núukik le ba'ax ku k'áata'al u yu'ubik teeche' beeyxáan u páajtal a káatik a u'uyej tuláakal je'el ba'ax a k'áate' yóok'ol le ba'ax ku ya'ala'al ti' máaka', beeyxan wa' a k'áate' je'el u p'áajtal a p'atik a núukik le' tsikbala'.

Wa chíikpajápak yaanteech le koja'anila' yaan u ya'alal tech tux kech bin yéetel máax.

Firma o huella digital del Sujeto

Nombre: _____ Fecha/ hora: _____

Domicilio: _____

Testigo 1

Nombre: _____ Fecha/ hora: _____

Domicilio: _____

Testigo 2

Nombre: _____ Fecha/ hora: _____

Domicilio: _____

Investigador Principal

Nombre: _____ Fecha/ hora: _____

Domicilio: _____

Teléfono:

Gracias por considerar participar en este proyecto

Anexo 2. Descripción de los encuentros interculturales

Encuentro Intercultural 1: Presentación

Objetivo general: Informar a la comunidad sobre las generalidades del proyecto de investigación

Tema	Duración	Objetivo	Descripción	Materiales
Presentación y bienvenida	10 min.	Realizar una dinámica de bienvenida para la presentación de los integrantes del grupo y el facilitador con la finalidad de crear un ambiente participativo y horizontal	Todos los participantes, incluyendo el facilitador, se colocarán de pie, en forma de círculo y se le entrega estambre a uno de los participantes. Éste debe decir su nombre y otros datos, luego toma la punta del cordel y lanza el ovillo a otro que hace lo mismo y así sucesivamente. El que quedó último con el ovillo debe regresarlo al que se lo envió inicialmente presentándose.	estambre
Presentación del proyecto y de los colaboradores	30 minutos	Presentar el proyecto de investigación y a los colaboradores	Mediante una charla se platicará acerca de los objetivos del proyecto y se presentarán las funciones de los colaboradores. Se les invita a participar, al finalizar se le preguntas sus dudas, observaciones y sugerencias.	Ninguno
Cierre	10 minutos	Cierre	El facilitador agradecerá la participación de la comunidad y les mencionará que para la siguiente actividad inviten a personas que sepan que tiene dolor (en caso de existir personas con dolor en la reunión, aplicar entrevista semiestructurada).	Ninguno

Encuentro Intercultural 2: El dolor y las partes del cuerpo

Objetivo general: Comprender sobre los saberes relacionados con el dolor y las partes del cuerpo de la comunidad.

Tema	Duración	Objetivo	Descripción	Materiales
Introducción	5 min.	Explicar en qué consisten las actividades	El facilitador explicará brevemente sobre el proyecto y las actividades que se realizarán.	Ninguno
El dolor	20 minutos	Realizar actividad (la cola de la vaca) enfocada en el dolor.	El facilitador pide que se coloquen en filas y da las instrucciones. Cada uno de los participantes es vendado mientras que los demás lo guían para ayudarlo a ponerle la cola a la vaca.	Paliacates Papel Bond con dibujo de la vaca cola
Los saberes del dolor	10 minutos	Realizar lluvia de ideas sobre los saberes del dolor en la comunidad.	Posterior a la actividad anterior el facilitador realizara preguntas enfocadas en los saberes del dolor en la comunidad.	Papel Bond Marcadores
El cuerpo	10 min	Describir las partes del cuerpo y su significado en maya	El facilitador preguntará cómo se dicen las partes del cuerpo en maya y preguntar si alguien sabe escribirlos.	Papel bond de las partes del cuerpo
Cierre	5 min.	Realizar el cierre de la actividad	El facilitador agradecerá la participación de la comunidad y les mencionará que para la siguiente actividad inviten a más personas (en caso de existir personas con dolor en la reunión, aplicar entrevista semiestructurada).	Ninguno

Anexo 2. Entrevista semiestructurada a profundidad

Sobre el dolor

1. ¿Qué es el dolor?
2. ¿Cómo se dice dolor en maya?
3. ¿Por qué sentimos dolor?
4. ¿Qué tipos de dolor existen?
5. ¿Qué sentimientos que le produce su dolor?
6. ¿Qué hace para aliviar el dolor?
7. ¿Ve otras posibilidades/alternativas que hacer frente a sus dolores? ¿Cuáles?
8. ¿Qué es el reuma?
9. ¿Por qué da reuma?
10. ¿Qué es el cerebro?
11. ¿Qué hace el cerebro?
12. ¿Qué hace la mente?
13. ¿Qué hace la mente?
14. ¿Cómo se dice cerebro en maya?
15. ¿Existe relación entre cerebro y dolor?
16. ¿Qué son los nervios?

Sobre las reuniones y la educación

17. ¿Cuáles son los beneficios de asistir a pláticas y reuniones?
18. ¿Cuáles son las desventajas de asistir a pláticas y reuniones?
19. ¿Qué temas del dolor son de su interés?
20. Pensando en la comunidad, ¿En qué horarios y días podrían asistir a pláticas y reuniones?

Anexo 4. Hoja de recolección de datos

Fecha de aplicación: _____ Folio: _____

Nombre: _____

Edad _____ Sexo: _____ Nivel educativo: _____

Dirección: _____

Teléfono o contacto: _____

Diagnóstico: _____ tipo: _____

¿Hace cuánto tiempo fue diagnosticado? _____

Tiempo de evolución con dolor crónico musculoesquelético: _____

Otras enfermedades: _____

Medicación actual: Si () No () ¿Cuáles?: _____

Frecuencia de consumo _____

Otras enfermedades _____

¿Recibe tratamiento tradicional actualmente?

SI ()	NO ()
--------	--------

En caso de recibir:	Frecuencia:	¿Desde cuándo?
Herbolaria:		
Rituales:		
Masaje:		
Otros:		

Observaciones

Anexo 5. Escala numérica del dolor

Elaboró: _____

Fecha de aplicación: _____

Folio: _____

Nombre: _____

Describe su percepción del dolor en la escala del 0 al 10, donde 0 es ausencia del dolor y el 10 el máximo dolor imaginable.



Anexo 6. Escala de catastrofización del dolor

Folio: _____

Nombre: _____

Fecha: ___/___/___

A continuación, se presenta una lista de 13 frases que describen diferentes pensamientos y sentimientos que pueden estar asociados al dolor. Utilizando la siguiente escala, por favor, indique el grado en que usted tiene esos pensamientos y sentimientos cuando siente dolor.

0: Nada en absoluto 1: Un poco 2: Moderadamente 3: Mucho 4: Todo el tiempo

Preguntas	Valor
1. Estoy preocupado todo el tiempo pensando en si el dolor desaparecerá	
2. Siento que ya no puedo más	
3. Es terrible y pienso que esto nunca va a mejorar	
4. Es horrible y siento que esto es más fuerte que yo	
5. Siento que no puedo soportarlo más	
6. Temo que el dolor empeore	
7. No dejo de pensar en otras situaciones en las que experimento dolor	
8. Deseo desesperadamente que desaparezca el dolor	
9. No puedo apartar el dolor de mi mente	
10. No dejo de pensar en lo mucho que me duele	
11. No dejo de pensar en lo mucho que deseo que desaparezca el dolor	
12. No hay nada que pueda hacer para aliviar la intensidad del dolor	
13. Me pregunto si me puede pasar algo grave	
TOTAL	

Anexo 7. Cartas descriptivas del taller educativo intercultural en rehabilitación

Nombre del taller: Taller educativo intercultural en rehabilitación

Días: 2 veces por semana

Horas totales: 10 horas, 30 minutos.

Duración: aproximadamente dos meses

Objetivo general

Los participantes identificarán los factores relacionados en la cronificación del dolor y los beneficios de 3 estrategias de autocuidado activas, a través de temáticas básicas de las neurociencias del dolor y actividades participativas, para contribuir en la mejoría del estado de salud.

Objetivos específicos

- Describir los procesos neurológicos básicos del dolor (nocicepción, función protectora del cerebro, modulación del dolor).
- Identificar los factores relacionados en la cronicidad del dolor del dolor (sensibilidad alterada, pensamientos, hábitos, otros) en las personas.
- Identificar y describir 3 estrategias de autocuidado.
- Identificar los beneficios de realizar las 3 estrategias de autocuidado.

Materiales de apoyo:

1. Explicando el dolor.
2. Estrategias de recuperación. Guía de dolor.

Sesión 1. Tenemos muchos sentidos

Objetivo: Describir las funciones de los sentidos (incluyendo la nocicepción) a través de una analogía y actividades participativas; con la finalidad de contribuir en la comprensión de los procesos neurológicos básicos del dolor.

Duración: 1 hora

Actividad	Descripción de la actividad	Duración	Materiales	Evidencia de aprendizaje
Pase de lista y dinámica de bienvenida “Desgranando un maíz”	El facilitador realizará el pase de lista y posteriormente proporcionará las instrucciones de la dinámica. La dinámica consiste en que los participantes se presentarán al grupo mientras desgranar el maíz.	5 min	Maíz. Palangana Lista de asistencia	Ninguna
Lluvia de ideas sobre los sentidos	El facilitador preguntará al grupo sobre sus conocimientos y saberes sobre los sentidos a través de preguntas relacionadas con los sentidos, tales como los nombres de los sentidos, funciones, entre otros y registrará en papel bond la información mencionada por los participantes.	5 min	Papel bond Plumones	Registro de las respuestas en papel bond
Exposición con cartel sobre los sentidos y su función	A partir de la lluvia de ideas, el facilitador explicará los sentidos del cuerpo humano y sus funciones (a través de ejemplos). Agregará, el sentido de nocicepción y sus tipos (utilizando como analogía una lechuga) siendo importante mencionar que su función principal es informar y proteger al cuerpo ante un peligro. Al finalizar el grupo pegará cada dibujo del sentido con su respectiva función.	10 min	Dibujos de los sentidos y las funciones Cinta adhesiva Cámara fotográfica	Fotografía relacionando los sentidos con sus funciones.

Cuenta cuentos sobre la nocicepción	El facilitador contará el siguiente cuento: La tía Maru está torteando, sin querer su hijo la distrajo y la tía Maru pegó su mano al comal, al sentir la quemadura, retiró su mano y gritó, por lo que su hija mayor se acercó para ayudarla. Notaron que tenía una quemadura, por lo que se aplicó sábila. Al finalizar el grupo representará el cuento.	20 min	Cuento Cámara fotográfica	Fotografía de la representación del cuento
Discusión en plenaria	Para favorecer la participación, el facilitador organizará una discusión en plenaria sobre el cuento. El facilitador registrará las respuestas en el papel bond.	10 min	Papel bond Plumones Cinta adhesiva	Registro de las respuestas en papel bond
Evaluación	El facilitador pide a los participantes que se arrojen una pelota unos a otros estando en movimiento. A quien se le caiga, elegirá un papel de una jícara que contendrá preguntas relacionadas con las funciones de los sentidos. El facilitador registrará las respuestas en el papel bond y realizará retroalimentación de la sesión.	10 min	Pelota Jícara Papel bond Plumones Cinta adhesiva	Registro de las respuestas en papel bond

Sesión 2. La nocicepción se procesa en el ts'ó'omel

Objetivo general: Ilustrar la transmisión nociceptiva hacia el cerebro a través de un dibujo, con la finalidad de contribuir en la comprensión de los procesos neurológicos básicos.

Duración: 1 hora

Actividad	Descripción de la actividad	Duración	Materiales	Evidencia de aprendizaje
Bienvenida y pase de lista	El facilitador realizará el pase de lista y explicará brevemente las actividades de la sesión.	5 min	Lista de asistencia	Ninguna
Dinámica de integración y lluvia de ideas	El facilitador y un participante organizarán el juego “el cerebro caliente”, quien se quede con el molde del cerebro responderá preguntas relacionadas con el cerebro, repetir varias veces el juego. Se registrará las respuestas en un papel bond y se realizará retroalimentación de la sesión.	20 min	Molde de cerebro realizado con una jícara Papel bond Plumones Cinta adhesiva	Registro de las respuestas en papel bond
Exposición con cartel sobre la transmisión dolorosa y el cerebro	El facilitador tendrá en un cartel el dibujo del cuerpo con un cerebro, incluyendo un comal con fuego cerca de la mano y explicará con el apoyo de los plumones cómo pasa la señal de peligro hacia el cerebro, así como algunas reacciones del cuerpo al sentir quemazón. El facilitador añadirá otros ejemplos y se discutirá en plenaria sobre el cerebro y el dolor. El facilitador registrará las respuestas en un papel bond.	20 min	Dibujo del cuerpo con un cerebro Plumones Cinta adhesiva	Registro de las respuestas en papel bond

Evaluación	El facilitador solicitará a los participantes que se coloquen en binas y posteriormente dará la instrucción que deberán dibujar hacia el cerebro a través de sus propios ejemplos. Al finalizar se someterá a votación el dibujo ganador y realizará retroalimentación de la sesión.	15 min	Colores Hojas Pinturas Premios	Fotografía de los dibujos realizados por los participantes señalando la transmisión nociceptiva.
------------	--	--------	--------------------------------------	--

Sesión 3. El cerebro decide trabajar para nuestro bienestar

Objetivo general: Describir las funciones que realiza el cerebro para obtener bienestar; a través de actividades participativas, con la finalidad de contribuir en la comprensión de los procesos neurológicos básicos del dolor.

Duración: 1 hora

Actividad	Descripción de la actividad	Duración	Materiales	Evidencia de aprendizaje
Bienvenida y pase de lista	El facilitador realizará el pase de lista y explicará brevemente las actividades de la sesión.	5 min	Lista de asistencia	Ninguna
Sociodrama (repass)	El facilitador organizará la actividad a través de la organización del grupo en dos equipos. Un equipo organizará la ambientación del Sociodrama y el otro equipo realizará la actuación.	20 min	Materiales diversos Cámara fotográfica	Fotos o video de la actividad
Discusión del Sociodrama.	Al finalizar se discutirán en plenaria las siguientes preguntas: ¿Qué pasaría si mari no sintiera la quemazón? El facilitador registrará las respuestas en un papel bond.	10 min	Papel bond Plumones Cinta adhesiva	Registro de las respuestas en el papel bond.
Exposición con molde del cerebro	Con base en la información recabada, el facilitador expondrá las funciones protectoras del cerebro ante una señal de peligro. Al final los participantes expondrán un resumen de las funciones	15 min	Molde del cerebro Cámara fotográfica	Fotografías de los participantes exponiendo.
Evaluación	El facilitador y un participante organizarán el juego “el cerebro caliente”, quién se quede con el molde expresará una función protectora del cerebro. Se	10 min	Molde del cerebro Papel bond	Registro de las respuestas en el papel bond.

	registrará las respuestas en un papel bond y realizará retroalimentación de la sesión.		Plumones Cinta adhesiva	
--	--	--	-------------------------------	--

Sesión 4. El cerebro puede pensar que estamos en peligro todo el tiempo, provocar dolor y malestar

Objetivo: Describir la influencia del tiempo de las señales de peligro en el cerebro; a través del uso de analogías y leyendas, con la finalidad de contribuir en la comprensión de los procesos neurológicos básicos del dolor.

Duración: 1 hora

Actividad	Descripción de la actividad	Duración	Materiales	Evidencia de aprendizaje
Bienvenida y pase de lista	El facilitador realizará el pase de lista y explicará brevemente las actividades de la sesión.	5 min	Lista de asistencia	Ninguna
Hablando de leyendas	El facilitador colocará un audio del canto de la lechuza y preguntará sobre su significado, provocando el diálogo y anécdotas sobre la leyenda. El facilitador enfatizará en el canto del ave (se necesita escuchar 3 veces para dar el mensaje de “mal augurio”) y registrará la plática a través de la grabación de un audio, previa autorización de los participantes.	15 min	Audio del canto de la lechuza Grabadora de voz	Grabación de audio de la actividad.
Exposición con analogía	El facilitador realizará la analogía del canto de la lechuza y la influencia del tiempo en el dolor y el malestar. El mensaje principal es que el dolor puede afectar la vida diaria cuando se mantiene por mucho tiempo.	10 min	Ninguna	Ninguna

<p>Diálogo de anécdotas del dolor y el malestar</p>	<p>El facilitador preguntará a cada uno su anécdota del dolor y fomentará el diálogo realizando las sig. Preguntas: ¿hace cuánto tiempo que tienen dolor? ¿Cómo se sienten? ¿Qué hacen? ¿Cómo les afecta? ¿Cómo ha influido el paso del tiempo en su dolor? El facilitador registrará las respuestas en papel bond y finalizar realizará retroalimentación de la actividad.</p>	<p>20 min</p>	<p>Papel bond Plumones Cinta adhesiva</p>	<p>Registro de las respuestas en el papel bond.</p>
<p>Evaluación.</p>	<p>El facilitador realizará las sigs. preguntas, ¿Qué aprendieron? ¿Cómo se relaciona la leyenda de la lechuga con el dolor? ¿Cómo influye el tiempo en el dolor y el malestar?, entre otras. El facilitador registrará las respuestas en un papel bond y realizará retroalimentación de la sesión.</p>	<p>10 min</p>	<p>Papel bond Plumones Cinta adhesiva</p>	<p>Recepción y registro de las respuestas en el papel bond.</p>

Sesión 5. Factores en la cronificación del dolor. La jícara desbordada

Objetivo: Identificar los factores relacionados con la cronificación del dolor; a través del uso de analogías y actividades participativas, con la finalidad de contribuir en la mejoría del estado de salud de todos los implicados.

Duración: 1 hora

Actividad	Descripción de la actividad	Duración	Materiales	Evidencia de aprendizaje
Bienvenida y pase de lista	El facilitador realizará el pase de lista y explicará brevemente las actividades de la sesión.	5 min	Lista de asistencia	Ninguna
Exposición con analogía	El facilitador comparará una jícara con agua con un cerebro los cuales requiere estar en equilibrio para un buen funcionamiento. Posteriormente, solicitará que coloquen objetos a la jícara que consideren como causantes del dolor. Al finalizar, discutirán en plenario lo que sucede cuando se llena de objetos la jícara.	15 min	Jícara Agua Objetos diversos Cámara fotográfica	Fotografía de la actividad.
Exposición	El facilitador explicará de acuerdo con el modelo biopsicosocial y basada en la actividad previa, los diferentes contribuyentes en la perpetuación del dolor y su influencia en el funcionamiento del cerebro y el mantenimiento del dolor.	10 min	Jícara Objetos diversos	Ninguna
Autoevaluación.	El facilitador solicitará a cada una de las personas que recorten o dibujen los contribuyentes de su dolor. Al finalizar, preguntará sobre el contenido de su jícara y se discutirá en plenaria y describirá su cartel.	20 min	Hojas Tijeras Pegamento Libros/Revistas Lápices Colores	Fotografía de cada uno de los carteles

			Cámara fotográfica.	
Evaluación.	El facilitador creará un espacio de reflexión sobre el contenido de la sesión y los carteles. Solicitará la grabación de audio de esta actividad.	10 min	Grabadora de audio	Grabación de audio

Sesión 6. ¿Cómo puedo agrandar la jícara?

Objetivo: Describir la capacidad de cambio a través de la utilización estrategias de autocuidado activas; mediante el uso de analogías y actividades participativas, con la finalidad de contribuir en la mejoría del estado de salud de todos los implicados.

Duración: 1 hora

Actividad	Descripción de la actividad	Duración	Materiales	Evidencia de aprendizaje
Bienvenida y pase de lista	El facilitador realizará el pase de lista y explicará brevemente las actividades de la sesión.	5 min	Lista de asistencia	Ninguna
Exposición con analogía	El facilitador explicará a través de la analogía de la jícara la capacidad de cambio del cerebro y las diferentes maneras que se han estudiado para lograr el cambio. Discutir en plenaria.	15 min	Jícara Objetos	Ninguna
Lluvia de ideas y espacio de reflexión.	A partir de la autoevaluación de la sesión, el facilitador apoyará a las personas en la identificación de diferentes estrategias de autocuidado activas, mediante una lluvia de ideas. El facilitador registrará las respuestas en un papel bond y realizará retroalimentación de la actividad.	20 min	Papel bond Cinta adhesiva Plumones	Registro de las respuestas en el papel bond.
Evaluación	El facilitador y un participante organizarán el juego “el cerebro caliente”, quién se quede con el molde responderá preguntas relacionadas con la capacidad de cambio del cerebro y la influencia de las estrategias de autocuidado activas. Se registrarán las respuestas	20 min	Papel bond Cinta adhesiva Plumones	Registro de las respuestas en el papel bond.

	en un papel bond y realizará retroalimentación de la sesión.			
--	--	--	--	--

Sesión 7. ¿Cómo podemos TODOS ser más saludables?

Objetivo general: Identificar las 3 estrategias de autocuidado activas que consideren más importantes para aplicar en la vida cotidiana; a través de la generación de discusión en plenaria y consenso, con la finalidad de contribuir en la mejoría del estado de salud de todos los implicados.

Actividad	Descripción de la actividad	Duración	Materiales	Evidencia de aprendizaje
Bienvenida y pase de lista	El facilitador realizará el pase de lista y explicará brevemente las actividades de la sesión.	5 min	Lista de asistencia	Ninguna
Repaso y discusión en plenaria.	A partir de las actividades de la sesión 6, el facilitador y los participantes discutirán en plenaria la importancia de las estrategias de autocuidado. Se registrará las respuestas en un papel bond y realizará retroalimentación de la actividad.	15 min	Papel bond Plumones	Registro de las respuestas en el papel bond.
Consenso	A partir de la lluvia de ideas de la sesión 6, el facilitador realizará un consenso por descarte sobre 3 principales estrategias de autocuidado (siendo deseable que se encuentre el movimiento) que quisieran realizar o les ayudarían más, con sus respectivos motivos.	30 min	Papel bond Plumones	Registro de las respuestas en el papel bond.
Evaluación.	El facilitador preguntará a cada uno de los participantes su conformidad y compromiso en la realización de las tres estrategias de autocuidado elegidas y preguntará sobre la importancia de realizarlas. Se registrarán las respuestas en un papel bond y realizará retroalimentación de la actividad.	10 min	Papel bond Cinta adhesiva Plumones	Registro de las respuestas en el papel bond.

Sesión 8. ¿Cómo me encuentro de salud?

Objetivo general: Identificar el estado general de salud de los participantes; a través de la realización de evaluaciones y una estrategia de autoconocimiento corporal, con la finalidad de aplicarlo en las sesiones posteriores y en su vida cotidiana.

Duración: 1 hora

Actividad	Descripción de la actividad	Duración	Materiales	Evidencia de aprendizaje
Bienvenida y pase de lista	El facilitador realizará el pase de lista y explicará brevemente las actividades de la sesión.	5 min	Lista de asistencia	Ninguna
Evaluación 1 del dolor y general de salud.	El facilitador con apoyo de un colaborador evaluará el dolor y el estado general de salud de todos los participantes para tener un registro.	5 min	Escalas del dolor	Registro de las escalas
Autoevaluación 1	El facilitador solicitará y guiará la realización de una autoevaluación general de salud a través de la elaboración de un cartel que les permita expresar su estado de salud actual desde el modelo biopsicosocial.	20 min	Pegamento Tijeras material para recortar	Fotografía de los carteles de cada participante.
Estrategia de autoconocimiento por medio de la meditación.	El facilitador dará la instrucción de sentarse o acostarse cómodamente, con los ojos cerrados. Durante el proceso, les pedirá que se concentren en sentir las sensaciones de su cuerpo (latidos del corazón, respiración, postura, músculos duros, tensos, pensamientos). Poco a poco, los guiará hacia la relajación dándoles la instrucción que respiren lentamente, suelten los músculos de cara, etc.)	5 min	Cámara fotográfica.	Fotografías de la actividad

<p>Diálogo de reflexión.</p>	<p>El facilitador creará un espacio de diálogo para identificar el estado de salud general de cada participante a partir del diálogo de reflexiones de la actividad anteriores. Se registrará las respuestas en un papel bond y realizará retroalimentación de la actividad.</p>	<p>25 min</p>	<p>Papel Bond Plumones Cinthia adhesiva</p>	<p>Registro de las respuestas en el papel bond.</p>
------------------------------	--	---------------	---	---

Sesión 9. Las 3 estrategias de autocuidado activas

Objetivo general: Describir las 3 estrategias de autocuidado a través de la práctica; con la finalidad de contribuir en la mejoría del estado de salud de los participantes.

Duración: 1 hora, 5 minutos

Actividad	Descripción de la actividad	Duración	Materiales	Evidencia de aprendizaje
Bienvenida y pase de lista	El facilitador realizará el pase de lista y explicará brevemente las actividades de la sesión.	5 min	Lista de asistencia	Ninguna
Demostración de las 3 estrategias de autocuidado.	El facilitador demostrará brevemente las 3 estrategias de autocuidado.	10 min	Cámara fotográfica y de video.	Fotografía y grabación de video de la actividad
Practica de las 3 estrategias de autocuidado	Las personas practicarán las tres estrategias de autocuidado y durante la actividad el facilitador resolverá las dudas. Al finalizar la práctica, los participantes describirán las tres estrategias de autocuidado.	40 min	Cámara fotográfica y de video.	Fotografía y grabación de video de la actividad
Elaboración de bitácora y cita en 3 semanas	El facilitador guiará a las personas en la realización de una bitácora semanal, en la cual registrarán la realización de las 3 estrategias de autocuidado durante 3 semanas. El facilitador solicitará la entrega en la sesión posterior.	10 min	Hojas de colores Plumones Colores	Fotografía de las bitácoras

Sesión 10. Los beneficios de las estrategias de autocuidado

Objetivo: Identificar los beneficios de las 3 estrategias de autocuidado; a través de la comparación del antes y después de las evaluaciones, con la finalidad de contribuir en la mejoría del estado de salud de los implicados.

Duración: 1 hora, 25 minutos

Actividad	Descripción de la actividad	Duración	Materiales	Evidencia de aprendizaje
Bienvenida y pase de lista	El facilitador realizará el pase de lista y explicará brevemente las actividades de la sesión.	5 min	Lista de asistencia	Ninguna
Verificación de la bitácora.	El facilitador y los participantes verificarán la realización de las estrategias de autocuidado a través de las bitácoras realizadas en las últimas tres semanas, además se invitará a dos participantes a platicar de sus experiencias.	5 min	Bitácoras Cámara fotográfica	Fotografía de las bitácoras
Evaluación 2 del dolor y general de salud.	El facilitador con apoyo de un colaborador evaluará el dolor y el estado general de salud de todos los participantes para tener un registro.	5 min	Escalas del dolor	Registro de las escalas
Autoevaluación 2	El facilitador solicitará y guiará la realización de una autoevaluación general de salud a través de la elaboración de un cartel que les permita expresar su estado de salud actual desde el modelo biopsicosocial.	20 min	Pegamento Tijeras material para recortar (libros, revistas)	Fotografía de los carteles de cada participante
Comparación del antes y después de las evaluaciones.	Los facilitadores con apoyo de los participantes realizarán las comparaciones del antes y después de las evaluaciones a través de discusión en plenaria.	15 min	Papel bond Plumones Cinta adhesiva	Evaluación del antes y después

Cartel de los beneficios de realizar las estrategias de autocuidado.	En grupo, las personas construirán un cartel en donde expresen los beneficios de realizar las tres estrategias de autocuidado. Al finalizar dos representantes expresarán el significado del cartel. Al finalizar, el facilitador realizará retroalimentación de la actividad.	20 min	Pegamento Tijeras material para recortar (libros, revistas)	Fotografía de los carteles
Clausura.	El facilitador presentará un video de las sesiones y agradecimiento a cada uno por su participación. Al finalizar se le entregará a cada participante un cuadro con fotos realizando las estrategias de autocuidado.	15 min	Video de Clausura Cuadro con fotos.	Ninguna

