

Sobre el concepto de dolor total

Ensayo
/Essay

On the concept of total pain

David Fajardo-Chica

Recibido 30 enero 2020 / Enviado para modificación 23 abril 2020 / Aceptado 16 mayo 2020

RESUMEN

El dolor de los pacientes de cáncer ha sido descrito como dolor total. Tanto en la literatura científica, los libros de texto, así como en informes y directrices de la Organización Mundial de la Salud, el concepto de dolor total ha servido de trasfondo para promover la atención multidisciplinaria de pacientes cuyo dolor involucra también aspectos psicológicos, emocionales, espirituales y sociales. El objetivo de este artículo es proponer una caracterización del concepto de dolor total de manera tal que continúe jugando un papel central en la promoción de la atención multidisciplinaria propia de los cuidados paliativos. Primero, se presenta un bosquejo del concepto y de los diferentes usos en la literatura. Segundo, se hace un contraste con la definición del dolor de la Asociación Internacional para el Estudio del Dolor (IASP) para establecer la naturaleza y referente del concepto de dolor total. Tercero, se muestra cómo esta caracterización del concepto disuelve algunas tensiones en la literatura respecto a su uso adecuado. Se plantea que el concepto de dolor total hace referencia a aquellas relaciones causales entre el dolor y los estados psicológicos, emocionales, espirituales y sociales que han sido identificadas como susceptibles de ser intervenidas por el modelo de atención paliativa multidisciplinaria. Como conclusión, se recomienda no vincular el concepto de dolor total con el padecimiento de una enfermedad en particular, ni con qué tan limitante para la vida es la enfermedad; tampoco para referirse a la “experiencia global” del paciente, ni como un punto muy alto de una escala.

DF: Prof. Filosofía. M. Sc. Filosofía Ph. D. Filosofía. Seminario de Estudios sobre la Globalidad, Facultad de Medicina. Universidad Nacional Autónoma de México. Ciudad de México, México.
david.fajardo@gmail.com

Palabras Clave: Dolor; dolor en cáncer; cuidados paliativos; medicina paliativa; manejo del dolor (*fuentes: DeCS, BIREME*).

ABSTRACT

The pain suffering in cancer patients has been described as “total pain”. The concept of “total pain” plays a key role in the promotion of the multidisciplinary nature of palliative care. In palliative attention, suffering is conceptualized as an addition of physical, psychological, emotional, spiritual and social aspects. In this paper, I offer a characterization of the concept of “total pain”, one which preserves its key role in palliative care promotion. First, I sketch the concept and some different usages found in the literature. Second, I establish the nature and referent of the “total pain” concept by means of showing the contrast between it and the pain definition provided by the International Association for the Study of Pain (IASP). Third, I propose that the concept of “total pain” refers to the relevant causal chains identified by the palliative care research as elements susceptible of intervention for the purpose of alleviating patient’s suffering. These causal chains feature and link physical, psychological, emotional, spiritual and social aspects of the patient’s suffering. As conclusion, I add the recommendation to not associate the concept of “total pain” with any particular diagnostic or disease or any particular prognosis, neither to the global experience of the patient, nor treat it as a high point on a scale.

Key Words: Pain, cancer pain; palliative care; palliative medicine; pain management (*source: MeSH, NLM*).

La directriz *Pain Cancer Relief* (1) fue resultado de una comisión de expertos convocados por la OMS con el objetivo de formular sugerencias y medidas para atender el dolor del cáncer, un área de oportunidad en la que puede hacerse intervención sin la necesidad de movilizar enormes recursos. En su formulación inicial de la problemática del dolor del cáncer señalaron lo siguiente:

Muchos estudios han evaluado los factores psicológicos que influyen la gravedad del dolor en los pacientes con cáncer. En pacientes con enfermedad avanzada, estos factores ejercen una influencia importante en determinar la severidad del dolor. Un sentido de desesperanza y de temor frente a la muerte que se acerca se añade al sufrimiento total del paciente y exacerba el dolor. La identificación de los componentes físicos y no físicos son esenciales para proveer un tratamiento apropiado. El concepto de 'dolor total' es útil para agrupar todos los aspectos relevantes. Este incluye el estímulo físico nocivo, y también factores psicológicos, espirituales, sociales y financieros (1).

El concepto de *dolor total* ha sido de utilidad para promover la atención multidisciplinaria de pacientes con cáncer. Es un término de herencia conceptual del movimiento a favor de la atención paliativa oportuna. Cicely Saunders, quien planteó los fundamentos del modelo de atención clínica, conocido ahora como *cuidados paliativos*, fue quien acuñó el concepto en el Reino Unido durante la década de 1960. Sin embargo, la delimitación del concepto de *dolor total* ha estado en permanente cambio, en buena medida por el rápido avance y desarrollo en el campo de los cuidados paliativos. Por tanto, a menudo la formulación del concepto de *dolor total* varía y no es difícil encontrar discrepancias en la literatura.

En ocasiones se le caracteriza como un concepto que se aplica con propiedad a los pacientes de enfermedades oncológicas:

Cicely Saunders, que fue influyente en la aparición del movimiento de hospice dentro de la arena médica en la década de 1970, acuñó el término 'dolor total' para describir las capas de sufrimiento físico, emocional, social y espiritual (existencial) que acompaña al diagnóstico de cáncer avanzado (2).

En otras el concepto se usa como vinculado a la terminalidad del paciente sin relacionarlo con alguna enfermedad particular:

... se revisa el proceso histórico y epistemológico a partir del cual surge el término dolor total, como categoría que aporta herramientas teóricas y prácticas que permiten orientar el

diagnóstico y el abordaje terapéutico del dolor y, con este, de otras dimensiones del cuidado en las condiciones particulares de la enfermedad terminal (3).

Incluso, hay usos en los que ambos criterios se unen para caracterizar de manera aún más estrecha el concepto: "Otros han explorado la evaluación del sufrimiento y de la calidad de vida. 'dolor total' fue el término usado por Saunders para describir los sufrimientos de personas que mueren de cáncer" (4).

Se ha pensado también en el concepto de dolor total establece una relación de causa y efecto entre el dolor y los aspectos psicológicos, emocionales, sociales, espirituales y económicos al que hace referencia. Sin embargo, hay discordancia acerca de la naturaleza de tal relación. En ocasiones, se usa para establecer unos efectos del dolor: "por ser el dolor una experiencia multidimensional, se pueden distinguir los componentes neurofuncionales que llevan a una mayor o menor repercusión psicoafectiva, cultural, social, económica y espiritual. La suma de dichos componentes se ha denominado dolor total" (5).

En otras ocasiones, se usa para establecer unas causas del dolor: "el concepto de *dolor total* describe cómo los factores sociales, espirituales, psicológicos y físicos interactúan para resultar en la experiencia de dolor: las razones físicas pueden ser solo uno de los factores que contribuyen al dolor del paciente" (6).

En este artículo se revisa el concepto de *dolor total* y se propone cierto uso conceptual ligado a la epistemología de los cuidados paliativos. El desarrollo de este artículo refleja mi acercamiento. En la primera sección se presenta un breve bosquejo del concepto de *dolor total*. En la segunda sección se hace un contraste entre la definición de dolor de la IASP (Asociación Internacional para el Estudio del Dolor) y el concepto de *dolor total* con el objetivo de establecer con claridad su naturaleza. En la tercera sección mostraré qué otras tensiones se resuelven en sus usos al entender el concepto de *dolor total* de la manera que aquí se presenta. En breve, se propone que el concepto de dolor total continúe sirviendo al propósito original de ser fundamento teórico para la promoción de la atención paliativa de carácter multidisciplinar. Por ello, el contenido del concepto no deberá relacionarse con una enfermedad en particular, ni un pronóstico de vida en particular. El modelo de atención multidisciplinar de los cuidados paliativos puede beneficiar a un amplio número de pacientes y esta vocación se debe reflejar en un concepto central como lo es el de *dolor total*.

Bosquejo del concepto

Cicely Saunders formuló el concepto de *dolor total* a partir de su experiencia como enfermera, trabajadora social y médica trabajando con pacientes terminales (7,8). En sus escritos, artículos y cartas, Saunders relató los más de 1100 casos de pacientes terminales que (en buena parte) registró en su trabajo en el hospicio de St. Christopher en Reino Unido, que ella misma fundó. En sus reportes se da voz a pacientes que sufren un profundo sufrimiento físico acompañado de soledad, tristeza, abandono, preocupación y no pocas veces desencanto existencial. El siguiente es uno de los fragmentos más disidentes al respecto:

Una persona me dio más o menos la siguiente respuesta cuando le hice una pregunta acerca de su dolor y en su respuesta trajo las *cuatro necesidades principales* que intentamos cuidar en esta situación. Ella dijo: “Bueno, doctora, el dolor comenzó en mi espalda, pero ahora parece que todo lo mío está mal”. Ella dio una descripción de varios síntomas y malestares, dijo: “mi esposo e hijo son maravillosos, pero ellos tienen que estar en el trabajo y si ellos se retiran perderán dinero. Habría podido llorar por las pastillas y las inyecciones, aunque sabía que no debía. Todo parece estar en contra mía y nadie parece entenderlo”, entonces pausó antes de decir, “pero es maravilloso empezar a sentirme bien de nuevo. Sin ninguna pregunta subsecuente ella había hablado de su malestar mental y físico, de sus problemas sociales y de su necesidad espiritual de seguridad” (9).

Los cuatro factores de los que habla Saunders son el *físico*, el *psicológico*, el *social* y el *espiritual*. Es importante tener en cuenta que muchas veces la distinción entre unos y otros factores no es necesariamente clara. Ellos suelen traslaparse y en la vida práctica de los pacientes muchos de estos factores corresponden a una misma realidad. Esto es, la misma situación del paciente puede afectar sus dimensiones psicológicas, sociales y espirituales. Para pensar un ejemplo, tómese a las experiencias de ruptura amorosa o de abandono (como un ejemplo negativo) o el tener una red de apoyo familiar (como un ejemplo positivo): ambas incluyen aspectos físicos, psicológicos, sociales y espirituales. La distinción analítica de estos factores se hace con el objetivo de enriquecer nuestra comprensión de los fenómenos a partir de la indagación de su naturaleza; pero también porque en ocasiones estos factores pueden encontrarse de maneras más aisladas, haciendo que su identificación e intervención puedan facilitarse.

Los aspectos espirituales suelen confundirse en el uso vernáculo del término con los aspectos religiosos. Sin embargo, aunque relacionados, estos conceptos no son sinónimos. Los aspectos espirituales son aquellos relacionados con el *significado* que el padecimiento tiene

para el paciente. Estos significados participan así de las representaciones que tiene el paciente sobre la vida, la muerte, el tiempo por vivir, las metas personales, la narrativa de su pasado. La dimensión espiritual en ocasiones es satisfecha por la dimensión religiosa, la participación de los ritos, compartir creencias, vivir la vida en comunidad y demás e incluye también la movilización de unas representaciones particulares acerca de lo que significa el dolor, el sufrimiento y la muerte en la situación de un paciente con necesidades paliativas. De esta manera, la consulta con un capellán, las oraciones o la presencia de un guía espiritual son recursos usados legítimamente por los equipos multidisciplinares de cuidados paliativos. Sin embargo, es importante tener en cuenta que la dimensión espiritual no se agota en lo religioso y que la relación entre ambas dimensiones varía de paciente a paciente.

Dolor total y la definición de dolor de la IASP

La referencia más prominente al caracterizar la experiencia de dolor en términos generales es la definición ofrecida por la Asociación Internacional para el Estudio del Dolor (IASP) que reza así: “El dolor es una experiencia sensorial y emocional desagradable asociada a un daño real o potencial en un tejido, o descrito en términos de dicho daño” (10). Al confrontar esta caracterización amplia del dolor con la caracterización del *dolor total* esbozada la sección anterior se destacan varios aspectos que las hacen diferentes. En esta sección se revisará la relación entre ambos conceptos y, a partir de este contraste, se establecerá la naturaleza y referente del concepto de *dolor total*.

El contenido de ambos conceptos es distinto y, por tanto, podrían tomarse como conceptos contradictorios respecto a un mismo fenómeno, pero no es así ya que no hacen referencia a aspectos que choquen respecto a su concepción del dolor. La principal diferencia entre ellos radica en la naturaleza de su propósito conceptual. Mientras que la definición de la IASP da elementos para clasificar, el concepto de *dolor total* apunta a los aspectos psicológicos, emocionales, espirituales y sociales identificados e intervenidos en la atención paliativa. A continuación, se ofrece una elaboración más cuidadosa respecto a este contraste.

El propósito de la definición de la IASP es el de ofrecer una *definición taxonómica* (11). La definición de la IASP establece condiciones necesarias y suficientes bajo las cuales se clasifican intuitiva y exclusivamente todos los dolores. Ofrece una guía que permite agrupar todos los casos y sólo esos de experiencias que son intuitivamente conocidas como dolor. Esto quiere decir que, si una experiencia es una experiencia de dolor, ella deberá ser capturada dentro de esa definición; al mismo tiempo, esa

definición solo debería capturar casos de experiencias del dolor. En otras palabras, que ningún caso sobre y que ningún caso falte.

El concepto de *dolor total* no hace referencia a ninguna propiedad esencial de la experiencia del dolor. No describe cómo es el dolor y tampoco ofrece criterios para distinguir el dolor de lo que no es dolor. En su lugar, hace referencia a un conjunto de *cadena causal* entre los factores psicológicos, emocionales, sociales y espirituales del paciente y su experiencia del dolor, que cumplen con dos requisitos. El primero es que tales relaciones causales han sido establecidas por la evidencia empírica, hecho que garantiza que el referente de *dolor total* no sea estático, sino que tendrá el contenido apropiado de acuerdo con el estado del arte de las disciplinas científicas que informan la debida atención clínica paliativa. El segundo es que esas relaciones causales sean del tipo que se intervienen desde un modelo de atención clínica multidisciplinar. La introducción de este concepto en el diseño de modelos de atención y en el discurso de la salud pública tiene como objetivo señalar los puntos de tales cadenas causales que puedan intervenir. Hay más elementos importantes que señalar a partir de este contraste entre ambos conceptos.

De manera prominente, la definición del dolor de la IASP no incluye ninguna mención a los aspectos sociales, psicológicos, sociales o espirituales del dolor. Respecto a los aspectos emocionales, la definición de la IASP habla del dolor en términos de una emoción; sin embargo, el concepto de *dolor total* no caracteriza el dolor como emocional. En su lugar, parte del contenido del concepto de *dolor total* es que la atención del dolor del paciente debe involucrar sus estados emocionales. Atendiendo las emociones, frecuentemente negativas, vinculadas a la experiencia del dolor, la enfermedad y lo que conlleva, se tendrá un trato más humano y mayor éxito terapéutico y paliativo. De esta manera, aunque lo “emocional” se encuentre vinculado a ambos conceptos, hay una importante diferencia. Mientras que en la definición de la IASP se afirma que todo dolor es una experiencia emocional, en el concepto de *dolor total* se afirma que la experiencia del dolor se ve afectada por el contexto emocional del paciente y que, por tanto, puede ser intervenido.

Ahora ¿es una carencia de la definición de la IASP el que no haga referencia a los aspectos sociales, psicológicos y espirituales del dolor? Este asunto es de gran relevancia, dado que la definición de la IASP no ha estado exenta de crítica y revisiones (12-18). Una de las sugerencias que se han formulado justamente apunta a incluir en la definición del dolor estos aspectos (18). Sin embargo, desde la perspectiva según la cual la IASP intenta proveer de criterios de clasificación, la inclusión

de relaciones causales entre el dolor y otros estados (espiritual, social o psicológico) es inadecuada. La identificación de esas cadenas causales es parte del objetivo de la ciencia; sin embargo, una definición taxonómica no es una teoría científica. En este sentido, el filósofo Murat Aydede (11) ha llamado la atención sobre la necesidad de pensar en la creciente evidencia empírica sobre la influencia causal de las condiciones climáticas en muchos tipos de dolor (19-21):

Supóngase que la influencia causal de las condiciones climáticas puede ser sistemáticamente demostrada en términos generales. ¿Deberíamos quejarnos de que la definición de la IASP niegue el componente *meteorológico* de las experiencias de dolor? Tal afirmación está al límite de lo inteligible: entendemos bien qué significa que las condiciones ambientales tengan *influencia* en las experiencias de dolor, pero no entendemos qué significa que las condiciones meteorológicas son constituyentes de una experiencia de dolor (11).

¿Esto significa que todo dolor es una instancia de *dolor total*? Hay buena evidencia empírica de que las cadenas causales que son enfatizadas por el concepto de *dolor total* también se presentan en formas de dolor agudo nociceptivo, que son de una naturaleza fisiológica distinta al de aquellos pacientes que se benefician de un enfoque de atención en cuidados paliativos (por ejemplo, un joven con una fractura). La evidencia empírica permite afirmar que los estados psicológicos concomitantes al dolor, incluyendo sencillas formas de dolor agudo, afectan su producción. Esto tiene que ver con la naturaleza biológica y evolutiva del dolor (22). Sin embargo, también tenemos buenas razones para pensar que el modelo de atención del dolor que se brinda en los cuidados paliativos no va a tener eficacia en los entornos de atención oportuna para casos sencillos de dolor agudo. Identificar el concepto de *dolor total* en el centro de la epistemología de los cuidados paliativos permite aclarar este límite: el *dolor total* no se refiere a todas las relaciones causales entre dolor y los estados psicológicos, sociales, espirituales y emocionales; solo se refiere a aquellas que puedan verse eficazmente intervenidas mediante un enfoque de cuidados paliativos. La individuación de cada una de ellas es tarea de la investigación en el área de cuidados paliativos. Por ello, su desarrollo se enfatiza en las recomendaciones ofrecidas por la Comisión Lancet para el Acceso Global a los Cuidados Paliativos y Alivio del Dolor (23). Dicho de otra manera, las relaciones causales no pueden establecerse a partir del análisis conceptual; en su lugar, ellas se establecen como producto de la investigación y la experiencia clínica. Lo que sí puede ofrecerse en este punto es señalar la forma en la que el concepto debe adaptarse a la manera actual de

entender los cuidados paliativos. Por ello, con el objetivo de disolver otras tensiones conceptuales, en la siguiente y última sección profundizo en algunas consecuencias del uso del concepto que tendría su vinculación con la epistemología de los cuidados paliativos.

Otras tensiones conceptuales

¿Dolor del cáncer en particular?

El concepto de *dolor total* hace referencia a un fenómeno que no es exclusivo de los pacientes de cáncer. Los cuidados paliativos se desarrollaron por mucho tiempo en relación con el tratamiento de pacientes con cáncer, ya que es una enfermedad crónica degenerativa común en nuestra época: la cantidad de pacientes oncológicos con necesidades paliativas es muy grande. Aunque el concepto de *dolor total* tendría un correcto uso respecto al dolor de pacientes con cáncer, no se restringe solo a ellos. Según la Organización Mundial de la Salud, “los pacientes que se verían beneficiados por el enfoque de los cuidados paliativos sufren mayoritariamente de enfermedades cardiovasculares (38,5%), cáncer (34%), enfermedades crónicas respiratorias (10,3%), SIDA (5,7%) y diabetes (4,6%)” (24). Añaden que muchas otras condiciones pueden necesitar de cuidado paliativo: “fallas en los riñones, enfermedades crónicas del hígado, esclerosis múltiple, enfermedad de Parkinson, artritis reumatoide, enfermedad neurológica, demencia, anomalías congénitas y tuberculosis resistente a fármacos” (24).

¿Dolor para pacientes con vida limitada?

El concepto de *dolor total* hace referencia a un fenómeno que no es exclusivo de pacientes terminales. Ni siquiera es exclusivo de pacientes con enfermedades graves o avanzadas. En un sentido importante, todo dolor es un dolor total. Esto es, todo dolor es susceptible de ser causalmente afectado por las variables psicológicas, emocionales, sociales y espirituales del paciente que lo experimenta. Sin embargo, el campo de los cuidados paliativos ha encontrado útil etiquetar este aspecto del dolor para hacer énfasis en la necesidad de la atención multidisciplinaria, la promoción de políticas públicas, la motivación de formar equipos multidisciplinarios, etc. La atención paliativa ha mostrado ser de utilidad para pacientes que no tienen comprometido su tiempo de vida. Ha mostrado beneficios tanto para el bienestar del paciente, como beneficios económicos para el sistema. El uso del concepto de *dolor total* puede beneficiar entonces a una población de pacientes que van más allá de aquellos pacientes con vida limitada.

¿Hace referencia a la experiencia global del paciente?

El concepto de *dolor total* no hace referencia a la “totalidad” de la experiencia del paciente. El dolor es una experiencia sensorial y emocional que, por lo tanto, usualmente se toma como una experiencia que ocupa parte del flujo de la conciencia (*stream of consciousness*). Qué tanto espacio ocupa una experiencia en este campo de la conciencia va a depender de diversas propiedades del estado consciente. Algunos han pensado que la propiedad en cuestión es la intensidad; así, entre más intenso un dolor, más “espacio” ocupa. En cualquier caso, cuando se habla de *dolor total* no se habla de qué tanto del flujo de la conciencia es ocupado por el dolor. A pesar de que comúnmente los pacientes cuya situación es comúnmente descrita en términos de dolor total sí sufren de dolores intensos, fuertes, permanentes (que no pocas veces están acompañados de pensamientos recurrentes catastróficos), no es respecto a esos aspectos que hace referencia el concepto.

¿Es el punto máximo de una escala?

El adjetivo *total* del concepto de *dolor total* en ocasiones puede hacer creer que hace referencia a un punto máximo en una escala. Si bien hay intentos en la literatura de medir el *dolor total* mediante instrumentos que permiten una evaluación de los elementos psicológicos, sociales y espirituales que pueden ser intervenidos para el beneficio del paciente, no hace referencia a ningún punto de esas escalas. El concepto refiere a ciertas relaciones causales involucradas con el dolor que pueden ser intervenidas por la atención multidisciplinaria; la medición de esas relaciones causales dependerá de los instrumentos diseñados, usados y validados por las disciplinas involucradas en el equipo multidisciplinario.

A partir de un contraste entre el concepto de *dolor total* y el concepto de *dolor* de la IASP, se propuso una delimitación del primer concepto. Esta perspectiva parte de un desiderátum: que el concepto de *dolor total* sea parte de la fundamentación teórica del modelo de atención multidisciplinaria de los cuidados paliativos. Para ello, se propone que su uso no esté vinculado a ninguna enfermedad en particular (especialmente al cáncer, ya que el uso de este concepto se usa con cierta frecuencia en la literatura oncológica), ni tampoco con la limitación en la vida del paciente. El concepto de *dolor total* puede contribuir a la epistemología de los cuidados paliativos si se le caracteriza como un concepto amplio basado en la evidencia que refiera a las relaciones causales que aspira a intervenir. Una caracterización amplia de las relaciones causales entre el dolor, el sufrimiento y la vida psicológica, social y

espiritual de los pacientes contribuirá a cumplir la meta global de aliviar el dolor y el sufrimiento (25) ♦

Agradecimientos: Al grupo de trabajo “Calidad al final de la vida” del Seminario de Estudios sobre la Globalidad de la Facultad de Medicina de la Universidad Nacional Autónoma de México y al apoyo de la Fundación Slim.

Conflicto de interés: Ninguno.

REFERENCIAS

- World Health Organization. Cancer pain relief [Internet]. Geneva: WHO; 1986 [cited 2020 May 1]. Available from: <https://bit.ly/3irWj2y>.
- Ahmedzai S, Boland J. The total challenge of cancer pain in supportive and palliative care. *Current Opinion in Supportive and Palliative Care*. 2007;1:3-5. DOI:10.1097/SPC.0b013e328151c401.
- López J, Rivera-Largacha S. Historia del concepto de dolor total y reflexiones sobre la humanización de la atención a pacientes terminales. *Revista de Ciencias de la Salud*. 2018; 2:340-56. DOI:10.12804/revistas.urosario.edu.co/revsalud/a.6773.
- MacAdam D. An initial assessment of suffering in terminal illness. *Palliative Medicine*. 2015; 1:37-47. DOI:10.1177/026921638700100105.
- Méndez D, Lecona de Paz M, Aguilar A. Dolor por cáncer. In: Bistre Cohen, S. *Actualidad en el manejo del dolor y cuidados paliativos*. Editorial Alfíl; 2015.
- Melville A, Grogan E. Pain in respiratory disease. In: Bourke S, Peel T. (eds.). *Integrated Palliative Care of Respiratory Disease*. Springer; 2019.
- Clark D. 'Total pain', disciplinary power and the body in the work of Cicely Saunders, 1958-1967. *Social Science and Medicine*. 1999; 49: 727-736. DOI:10.1016/S0277-9536(99)00098-2.
- Clark D. *Cicely Saunders: Life and Legacy*. New York: Oxford University Press; 2018.
- Saunders C. Care of patients suffering from terminal illness at St. Joseph Hospice. *Nursing Mirror*. 1964. 14:7-10.
- IASP. IASP pain terms-1979. *PAIN*. 1979; 6:247-52.
- Aydede M. Does the IASP definition of pain need updating? *PAIN Reports*. 2019; 4:e777. DOI:10.1097/PR9.0000000000000777.
- Anand KJ, Craig KD. New perspectives on the definition of pain. *PAIN*. 1996; 67:3-11. DOI:10.1016/0304-3959(96)03135-1.
- Anand KJS, Rovnaghi C, Walden M, Churchill J. Consciousness, behavior, and clinical impact of the definition of pain. *Pain Forum*. 1999; 8:64-73. DOI:10.1016/S1082-3174(99)70029-2.
- Craig KD. The construct and definition of pain in developmental disability. In Oberlander T, Symons F (eds.). *Pain in children & adults with developmental disabilities*. Baltimore: Paul H. Brookes Publishing Co; 2006.
- Rollin BE. Some conceptual and ethical concerns about current views of pain. *Pain Forum*. 1999; 8:78-83. DOI:10.1016/S1082-3174(99)70050-4.
- Shapiro BS. Implications for our definitions of pain. *Pain Forum*. 1999; 8:100-2. DOI:10.1016/S1082-3174(99)70034-6.
- Cohen M, Quintner J, van Rysewyk S. Reconsidering the international association for the study of pain definition of pain. *Pain Rep*. 2018; 3:e634-37. DOI:10.1097/PR9.0000000000000634.
- Williams AC, Craig KD. Updating the definition of pain. *PAIN*. 2016; 157: 2420-23. DOI:10.1097/j.pain.0000000000000613.
- Abasolo L, Tobías A, Leon L, Carmona L, Fernandez-Rueda JL, Rodriguez AB, Fernandez-Gutierrez B, Jover JA. Weather conditions may worsen symptoms in rheumatoid arthritis patients: the possible effect of temperature. *Reumatología Clínica*. 2013; 9:226-28. DOI:10.1016/j.reuma.2012.09.006.
- Cioffi I, Farella M, Chiodini P, Ammendola L, Capuozzo R, Klain C, Vollaro S, Michelotti A. Effect of weather on temporal pain patterns in patients with temporomandibular disorders and migraine. *J Oral Rehabil*. 2017; 44:333-9. DOI:10.1111/joor.12498.
- Shulman BS, Marcano AI, Davidovitch RI, Karia R, Egol KA. Nature's wrath-the effect of weather on pain following orthopaedic trauma. *Injury* 2016; 47:1841-6. DOI:10.1016/j.injury.2016.05.043.
- Fajardo-Chica, D. El dolor agudo y otras estrategias de protección corporal. In: Esteinou R, Hansberg O, (eds.). *Acercamientos Multidisciplinares a las Emociones*. Ciudad de México: UNAM; 2017.
- Knaul FM, Farmer PE, Krakauer EL, De Lima L, Bhadelia A, Jiang Kwete X, et al. Alleviating the access abyss in palliative care and pain relief -an imperative of universal health coverage: The Lancet Commission report. *The Lancet*. 2017; 391(10128):1391-1454.
- World Health Organization. *Palliative Care* [Internet]. Geneva: WHO; 2020 [cited Jan 2020 30]. Available from: <https://bit.ly/33GOcLs>.
- Powell RA, Mwangi-Powell FN, Radbruch L, Yamey G, Krakauer EL, Spence D, et al. Putting palliative care on the global health agenda. *Lancet Oncology*. 2015; 16(2): 131-3. DOI:10.1016/S1470-2045(15)70002-1.