



**UNIVERSIDAD DEL ISTMO**  
FACULTAD DE EDUCACIÓN  
MAESTRÍA EN BIOÉTICA

ANÁLISIS Y REFLEXIÓN ACERCA DEL DOLOR, EN PACIENTES ADULTOS  
TERMINALES

JOSÉ ANDRÉS RAMÍREZ PEREIRA

Guatemala, 25 de noviembre 2015.



**UNIVERSIDAD DEL ISTMO**  
FACULTAD DE EDUCACIÓN  
MAESTRÍA EN BIOÉTICA

ANÁLISIS Y REFLEXIÓN ACERCA DEL DOLOR, EN PACIENTES ADULTOS  
TERMINALES

TRABAJO DE GRADUACIÓN  
PRESENTADO AL HONORABLE CONSEJO DIRECTIVO DE LA  
FACULTAD DE EDUCACIÓN

POR

José Andrés Ramírez Pereira

**AL CONFERÍRSELE EL TÍTULO DE**  
**MÁSTER EN BIOÉTICA**

Guatemala, 25 de noviembre de 2015.



UNIVERSIDAD  
DEL ISTMO

FACULTAD DE  
EDUCACIÓN

Guatemala, 25 de noviembre de 2015.

**EL CONSEJO DIRECTIVO DE LA FACULTAD DE EDUCACIÓN DE LA  
UNIVERSIDAD DEL ISTMO**

Tomando en cuenta la opinión vertida por los asesores de Trabajo Final, y considerando que el mismo satisface los requisitos establecidos, **AUTORIZA** a **JOSÉ ANDRÉS RAMÍREZ PEREIRA**, la reproducción digital de su Trabajo Final titulado: **"ANÁLISIS Y REFLEXIÓN ACERCA DEL DOLOR, EN PACIENTES ADULTOS TERMINALES"**.

Previo a optar el título de

**MÁSTER EN BIOÉTICA**

Licda. Mirna Rubí Cardona de González  
Decana

CC: Archivo  
Bm=31/15  
MAGP/MC

7a. Avenida 3-67 zona 13  
PBX (502) 2429-1400  
Directo (502) 2429 - 1431  
Fax: (502) 2475 - 2192  
E-mail: fedu@unis.edu.gt  
www.unis.edu.gt  
Guatemala, Centroamérica

Guatemala, 20 de octubre de 2015

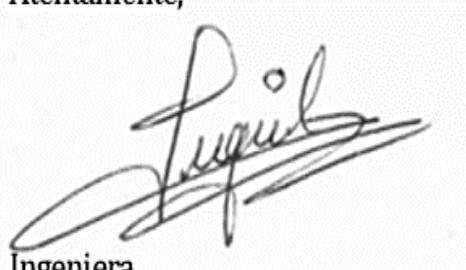
Licenciada  
Mercedes de Carranza  
Directora de Maestrías  
Facultad de Educación

Estimada Lcda. Mercedes:

Por este medio informo que he concluido la revisión de estilo del Trabajo Final que presenta el doctor **JOSÉ ANDRÉS RAMÍREZ PEREIRA**, carné **2014-1433**, de la carrera de Maestría en Bioética, el cual se titula **"ANÁLISIS Y REFLEXIÓN ACERCA DEL DOLOR, EN PACIENTES ADULTOS TERMINALES"**.

Luego de la revisión, hago constar que el doctor **JOSÉ ANDRÉS RAMÍREZ PEREIRA**, ha incluido las sugerencias dadas para el enriquecimiento del trabajo. Por lo anterior emito el *dictamen positivo* sobre dicho trabajo y confirmo que está listo para imprimir.

Atentamente,

A handwritten signature in black ink, appearing to read 'Ingrid Zapata', is written over a light gray grid background.

Ingeniera  
Ingrid Zapata de Ajpop  
Revisora de estilo



UNIVERSIDAD  
DEL ISTMO

FACULTAD DE  
EDUCACIÓN

Guatemala, 16 de octubre de 2015.

Señores  
Consejo de Facultad  
Facultad de Educación  
Presente.

Estimados Señores:

Por este medio informo que he asesorado y revisado a fondo el trabajo de graduación que presenta el Doctor **JOSÉ ANDRÉS RAMÍREZ PEREIRA**, carné **2014-1433**, de la carrera de Maestría en Bioética, el cual se titula "**ANÁLISIS Y REFLEXIÓN ACERCA DEL DOLOR, EN PACIENTES ADULTOS TERMINALES**".

Luego de la revisión, hago constar que el Doctor **JOSÉ ANDRÉS RAMÍREZ PEREIRA**, ha incluido las sugerencias dadas para el enriquecimiento del trabajo. Por lo anterior, emito el *dictamen positivo* sobre dicho trabajo y confirmo está listo para pasar a revisión de estilo.

Atentamente,

Dr. Roberto David  
Revisor de Fondo

CC: expediente  
MASBO-27/15  
RD/BA

7a. Avenida 3-67 zona 13  
PBX (502) 2429-1400  
Directo (502) 2429 - 1431  
Fax: (502) 2475 - 2192  
E-mail: fedu@unis.edu.gt  
www.unis.edu.gt  
Guatemala, Centroamérica

## RESUMEN

Es patente que el dolor y el sufrimiento pueden estar presentes en toda vida humana. El dolor es una realidad misteriosa; ninguna hay tan ineludible, universal e inmediata; ninguna tan inexplicable, cercana y desconcertante. Ante la gran interrogante del porqué y para qué existe el sufrimiento, el médico, en múltiples ocasiones, no solo es observador de escenas de la vida real llenas de dolor, sufrimiento y muerte, sino que también está llamado a poder brindar el mejor apoyo posible en estas situaciones a los pacientes y a sus familias.

El dolor es una experiencia sensorial y emocional desagradable, relacionada con un daño tisular real o potencial, y descrita en términos de dicho daño. Es un proceso muy complejo que difiere de otras sensaciones porque es una “advertencia” de que algo anda mal, por lo que tiene prioridad sobre otras señales. El dolor es el síntoma más frecuente en la evolución de los pacientes en fase terminal.

Sabiendo estos datos muy puntuales, se puede definir, analizar y reflexionar sobre el dolor más hondamente. Esto no solamente desde el aspecto fisiopatológico, que es una parte del ser humano, sino desde todos los ámbitos del mismo, teniendo así una visión más integral y completa del dolor humano.

Mediante el dolor se nos presentan panoramas de profundidad, porque el sufrimiento hace al ser humano más lúcido y al mundo más diáfano. Eso se llama crecer. (MANGLANO, 2002)

La vida humana comienza con la fecundación y acaba con la muerte. Entre ambos polos discurre la existencia terrena del hombre. La muerte, como suceso biológico, es común al hombre y al animal. Pero en el hombre tiene un aspecto biográfico, una perspectiva específicamente humana. (SAGASTUME ÁLVAREZ, 2011; POLAINO LORENTE, 2000)

Ante el dolor, la única respuesta posible es la que brinda la pedagogía, es decir, la actitud que desarrollemos ante él. Muchos seres humanos, ante un hecho habitual como éste, parecen quedar perplejos y se plantean interrogantes del estilo: ¿por qué tiene que haberme pasado esto a mí? Con frecuencia se olvida que podría ser interesante preguntarse: ¿Y por qué no a mí? (ORELLANA, 1999; ROBELDO GANDARIAS, 2006; POLAINO LORENTE, 2000)

## ÍNDICE GENERAL

INTRODUCCIÓN.....	1
1. MARCO CONCEPTUAL.....	2
1.1. Problema.....	2
1.2. Delimitación.....	2
1.3. Justificación.....	3
1.4. Objetivo.....	3
2. MARCO TEÓRICO.....	4
2.1. Enfermedad.....	4
2.2. Dolor.....	4
2.2.1. Qué es el dolor.....	4
2.2.2. Tipos de dolores.....	6
2.2.3. Fisiopatología del dolor.....	6
a. Mecanismos talamocorticales.....	6
b. Aferencias nociceptivas al SNC.....	7
2.2.4. Tratamiento farmacológico.....	7
2.3. Sufrimiento.....	8
2.4. Sentido del dolor.....	8
2.5. Paciente terminal.....	10
2.6. Optimismo, aprendizaje y maduración personal ante el dolor.....	12
2.7. Rol del médico ante el paciente terminal en relación al dolor.....	14
2.7.1. Aporte del médico en el contexto religioso del paciente para afrontar el dolor....	15
2.8. Clínica del dolor. Entrevista al Dr. Héctor Muñoz por Lcda. Von Ahn.....	16
3. MARCO METODOLÓGICO.....	18
3.1. Descripción del proceso de la investigación.....	18
3.2. Procedimiento.....	18
3.3. Descripción de los instrumentos.....	18
4. ANÁLISIS Y REFLEXIÓN.....	19
5. CONCLUSIONES.....	21
6. RECOMENDACIONES.....	22
7. REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS.....	23
ANEXO.....	25

## INTRODUCCIÓN

El abordaje bioético del dolor en pacientes terminales es un tema arduo y común para los seres humanos, en especial para los trabajadores en salud que frecuentemente se enfrentan con la enfermedad y la muerte de sus pacientes, como realidad insustituible en todo ser humano. Sin embargo, a pesar de que es una realidad frecuente en muchos ambientes en salud, se desconocen varios aspectos importantes de esta realidad, como puede ser el abordaje integral, todos los aspectos que afectan el dolor en un paciente y en su entorno, u otros que en la literatura no dejan de ser novedosos como la pedagogía del dolor, el rol de apoyo que tiene el médico en el dolor y en la retroalimentación del paciente en estos aspectos duros de la enfermedad.

El personal de salud puede influir positivamente en los siguientes aspectos del paciente: mejorar su calidad de vida, prevenir posibles enfermedades en los familiares, mejorar la conducta humana y ética del personal que atiende al paciente, favorecer que el paciente afronte la muerte de mejor forma, entre otros. Es de mucha importancia iniciar la investigación y brindar las recomendaciones necesarias para mejorar la atención a estos tipos de pacientes. Así mismo, se debe considerar que las pautas aquí descritas y analizadas pueden servir para mejorar la atención en salud, especialmente a pacientes terminales, pero a su vez pueden servir de guía para abordar a pacientes con dolor o sufrimientos que no necesariamente su desenlace inmediato sea la muerte.

## **1. MARCO CONCEPTUAL**

### **1.1. Problema**

Es patente que el dolor y el sufrimiento pueden estar presentes en toda vida humana. Por eso los hombres de todos los tiempos han buscado, con base en la propia experiencia, una explicación a su sentido. Así mismo, en la mayoría de ocasiones exponen la fragilidad del ser humano, como la cercanía de la muerte.

El dolor es una realidad misteriosa. Ninguna hay tan ineludible, universal e inmediata; ninguna tan inexplicable, cercana y desconcertante. En el dolor conviven en paz la evidencia y el misterio. La certeza de que es inevitable, la seguridad de que deberemos enfrentarnos con él antes o después; todos acabamos por ser hombres dolientes y la experiencia directa de los seres humanos permiten vislumbrar confusamente algunos rasgos suyos, pero no consiguen disipar el halo de misterio que lo envuelve. Ni siquiera su condición de certeza existencial que arruina la imposible utopía de una vida sin dolor, descubre completamente sus secretos.

Ante la gran interrogante por qué y para qué existe el sufrimiento, el médico, en múltiples ocasiones, no solo es observador de escenas de la vida real llenas de dolor, sufrimiento y muerte, sino que también está llamado a poder brindar el mejor apoyo posible en estas situaciones a los pacientes y a sus familias. Aunque en menor proporción que familiares cercanos o amigos, está llamado a apoyar, acompañar, orientar y formar al paciente en su dolor, brindando lo más que se pueda, la fortaleza necesaria para afrontar duros momentos y la muerte. (ORELLANA, 1999)

### **1.2. Delimitación**

Todo profesional de la medicina establece con su paciente una relación terapéutica; esto se puede llevar a cabo en diferentes contextos (hospitalario, clínico, familiar, particular, etc.); no importando estos ambientes, el médico se responsabiliza de la salud del paciente que acude a él o que le consulta. Su principal objetivo es ayudar a solucionar el problema de salud o, tan siquiera, disminuir el dolor que éste padece si la condición médica tiene como desenlace inminente la muerte.

En su diario ejercicio profesional el médico se presenta con el rutinario concepto de evitar el dolor y el sufrimiento de un paciente o, en casos extremos, disminuir el dolor en pacientes

con estado crítico o terminal. Es importante plantearse las siguientes preguntas: ¿en realidad la atención es integral?, ¿es bioéticamente correcto lo que se hace?, ¿qué concepto tiene el médico del dolor en pacientes terminales?, ¿brinda la adecuada orientación en este tema?

### **1.3. Justificación**

El dolor es una experiencia sensorial y emocional desagradable, relacionada con un daño tisular real o potencial, y descrita en términos de dicho daño. Es un proceso muy complejo que difiere de otras sensaciones porque es una “advertencia” de que algo anda mal, por lo que tiene prioridad sobre otras señales. El planteamiento del tema del dolor es uno de los retos más serios que pueden abordarse, ya que se trata del drama humano por excelencia.

Regularmente, el personal de salud de los centros de atención se encuentra en reiteradas ocasiones con el problema de cómo abordar el dolor agudo de pacientes adultos. Surge la pregunta: ¿qué hacer con este paciente que presenta estas circunstancias y estas manifestaciones clínicas?

Para poder lograr esta atención, el médico debe enriquecer su formación, ahondar en el proceso de búsqueda de información, enriquecer sus posibilidades diagnósticas, así como la escala de tratamiento que es recomendada utilizar. Pero además de esto, es indispensable saber qué es el dolor y sus consecuencias en otros ámbitos. En una sociedad en la que prima el bienestar por encima de todo, el dolor se recibe como una desdicha, tanto para el que lo sufre, como para su entorno inmediato. Sabiendo estos elementos, el médico con más facilidad puede saber cómo abordar al paciente, qué palabras y explicaciones puede utilizar, que al final del camino pueden ser una enriquecedora formación para el paciente en conocimiento del dolor y la naturaleza humana.

### **1.4. Objetivo**

Analizar y reflexionar sobre el tema del dolor y el respectivo abordaje terapéutico, educacional y multidisciplinario, desde la perspectiva bioética, en pacientes terminales adultos.

## 2. MARCO TEÓRICO

### 2.1. Enfermedad

Alteración más o menos grave de la salud. Pasión dañosa o alteración en lo moral o espiritual. Anormalidad dañosa en el funcionamiento de un colectivo. (RAE, Real Academia Española, 2001)

Entendemos, pues, que la percepción de la propia enfermedad está influida por la cultura y, a su vez, el sentirse enfermo está íntimamente relacionado con la percepción del propio cuerpo. Básicamente el percibirse enfermo puede conducir hacia la puerta de entrada del sistema de atención de la salud, si el paciente decide consultar. Pero la accesibilidad al sistema está condicionada por factores geográficos, económicos, jurídicos y psicosocioculturales, que dan forma al concepto de accesibilidad cultural.

La accesibilidad cultural al sistema de salud está determinada por valores, normas, conocimientos y actitudes propios de la población en relación con la salud y la enfermedad, que pueden facilitar u obstaculizar el acceso al sistema de atención y, por ende, condicionar los resultados de sus acciones.

Otra definición de enfermedad es: estado enfermo de un sistema, caracterizado por valores anormales de las funciones de estado (tanto cuantitativos y cualitativos), que afectan a todo el sistema ser humano. (KORNBLIT, y otros, 2000)

### 2.2. Dolor

#### 2.2.1. *Qué es el dolor*

El dolor es el síntoma más frecuente en la evolución de los pacientes en fase terminal. Aparece, según las series, entre el 75% y el 90% de los casos. En un 50-80% no se logra un control aceptable e incluso el 25-30% de los pacientes morirán con dolor intenso. La OMS estima que existen al menos unos cinco millones de personas que sufren dolor causado por la enfermedad terminal, con o sin tratamiento adecuado. (SANUM MAGARIN, y otros, 2010; SAGASTUME ÁLVAREZ, 2011)

Cuando alguna persona se plantea ¿qué es el dolor? o ¿cómo definir el dolor?, sinceramente se plantea una tarea ardua y profunda, que se enriquece a base de experiencias. Pero en la

mayoría de casos se puede definir como un drama humano por naturaleza. Este drama en múltiples ocasiones resulta inútil explicarlo con respuestas especulativas o con reflexiones que pueden encaminar a cierta trivialidad; más bien se debe abordar con toda la seriedad y complejidad que este tema representa desde la parte humana (dígase la carga física, moral, psicológica, social, la cercanía con la que nos acecha a cualquier edad).

Por lo general, el equipo de salud, familia y paciente mismo, pueden encontrar gran complejidad en proporcionar un adecuado consuelo a los que se hallan inmersos en el dolor y, más aún, si este dolor es crónico y refleja el fin de la vida. Esta complejidad se puede dar ya sea por la ineficacia de la ciencia médica e, incluso, por la falta de respuestas que pueden darse, pero, sobre todo, porque sobrepasa las posibilidades o capacidades de las personas involucradas.

Es en el dolor donde la limitación personal se muestra con mayor crudeza, recordando más claramente quién es el hombre, sus capacidades y sus limitaciones. También es bueno recordar que es de las pocas experiencias o situaciones que impide situarnos en el lugar del otro, mitigar el drama que lleva añadido y devolver en toda su dimensión lo que se perdió, sea en el ámbito de la salud o en cualquiera otro. (ORELLANA, 1999; POLAINO LORENTE, 2000)

Sabiendo estos datos muy puntuales, se puede definir, analizar y reflexionar sobre el dolor más hondamente. Esto no solamente desde el aspecto fisiopatológico, que es una parte del ser humano, sino desde todos los ámbitos del ser humano, teniendo así una visión más integral y completa del dolor humano.

Con esta premisa, el análisis sobre el dolor, más que investigación, es un compartir el sufrimiento que se vive o se ha padecido, ver en qué medida ha sido o es cercano, así como las consecuencias que ello conlleva para el sujeto que lo soporta y para aquellos que le rodean, mientras que la investigación referiría más bien a su origen: conocer si el dolor es de orden físico, moral o psicológico y, por tanto, propio de la disciplina médica, psicología, etc. Desde luego, la literatura que ha generado este tema es numerosísima y abarca diversas disciplinas, excediendo a las puramente médicas; así podemos encontrar: reflexiones múltiples y dispares en ámbitos filosóficos, sociales, psicológicos y, naturalmente, religiosos pastorales. Sin embargo, lo que importa y preocupa sobremanera ante este particular episodio junto con su origen, aspecto completamente necesario para tratar de paliarlo, es el

hecho de examinar las limitaciones y necesidades que presenta el enfermo ante el dolor y lo que podemos hacer por él. (ORELLANA, 1999; POLAINO LORENTE, 2000)

### *2.2.2. Tipos de dolores*

El dolor se puede clasificar según su mecanismo fisiopatológico, su secuencia temporal, su intensidad y según síntomas dolorosos específicos. La clasificación más útil es la fisiopatológica, por sus implicaciones farmacoterapéuticas en dos tipos fundamentales de dolor: el neuropático y el nociceptivo. (SANUM MAGARIN, y otros, 2010; POLAINO LORENTE, 2000)

#### *a. Dolor agudo*

Consecuencia inmediata de la activación de sistemas nociceptivos por una noxa. Función de protección biológica (alarma de tejido lesionado). Los síntomas psicológicos son escasos y limitados a ansiedad leve. Aparece por estimulación química, mecánica o térmica. (PUEBLA DÍAZ, 2005; SANUM MAGARIN, y otros, 2010; SAGASTUME ÁLVAREZ, 2011)

#### *b. Dolor crónico*

No posee función protectora. Se considera más como enfermedad. Dolor persistente que se autoperpetúa por tiempo prolongando después de la lesión o en ausencia de ella. Es refractario a los tratamientos, se asocia a síntomas psicológicos. (PUEBLA DÍAZ, 2005)

#### *c. Dolor nociceptivo o neuropático*

Es la consecuencia de una lesión somática o visceral. Es el resultado de una lesión y alteración de la transmisión de la información nociceptiva a nivel SNC y SNP. Representan los dos extremos de una sucesión de eventos que se integran a nivel SNC. Ante estímulos dolorosos muy intensos, prolongados o repetitivos, se pierde el equilibrio fisiológico dando variaciones en intensidad y duración de respuestas nociceptivas. (GOLDSTEIN, 2006)

### *2.2.3. Fisiopatología del dolor*

#### *a. Mecanismos talamocorticales*

La sensación de dolor incluye dos componentes: discriminativo o sensorial, que se integra en el tálamo y corteza somatosensorial, que a su vez interacciona con áreas visuales, auditivas,

de aprendizaje y memoria; y afectivo, localizado en núcleos talámicos mediales y corteza prefrontal y frontal supraorbital. La experiencia dolorosa es mucho más rica y compleja que la mera sensación de dolor. Esta afirmación, lejos de ser gratuita, ha recibido suficientes confirmaciones neurofisiológicas. (POLAINO LORENTE, 2000)

Los nociceptores son un grupo especial de receptores sensoriales capaces de diferenciar entre estímulos inocuos y nocivos. Son terminaciones periféricas de las fibras aferentes sensoriales primarias. Reciben y transforman los estímulos locales en potenciales de acción, que son transmitidos a través de las fibras aferentes sensoriales primarias hacia el SNC. El umbral de dolor de estos receptores no es constante y depende del tejido donde se encuentren. Se distinguen 3 tipos de nociceptores:

- Cutáneos: presentan un alto umbral de estimulación y solo se activan ante estímulos intensos; no tienen actividad en ausencia de estímulo nocivo.
- Músculoarticulares: en el músculo, los nociceptores A responden a contracciones mantenidas del músculo, y los de tipo C, responden a la presión, calor e isquemia muscular. En las articulaciones, también existen estos dos tipos de nociceptores y se sitúan en la cápsula articular, ligamentos, periostio y grasa, pero no en el cartílago.
- Nociceptores viscerales: la mayor parte son fibras amielínicas. Existen de dos tipos: los de alto umbral, que sólo responden a estímulos nocivos intensos, y los inespecíficos, que pueden responder a estímulos inocuos o nocivos.

#### *b. Aferencias nociceptivas al SNC*

Las fibras aferentes de los nociceptores tienen sus cuerpos celulares en los ganglios raquídeos o de la raíz dorsal, alcanzando la médula espinal a través de las raíces dorsales, terminando en la sustancia gris del asta posterior medular. Este recorrido es el correspondiente a las neuronas de primer orden y, en la transmisión sensitiva, se denomina primera neurona sensorial.

#### *2.2.4. Tratamiento farmacológico*

El tratamiento farmacológico del dolor descansa en dos pilares fundamentales: antiinflamatorios no esteroideos (AINES) y opiáceos. El tratamiento debe ser pautado. Se recomienda utilizar la escalera analgésica, al tratarse de un método sencillo, eficaz y

validado. El concepto es muy simple: en la primera estación, se recomienda el uso de un AINEs y, cuando éste falle en el control del dolor, se añade un opiáceo débil segunda estación. Cuando esta combinación deja de ser efectiva, el opiáceo débil es reemplazado por uno potente (tercera estación), manteniendo el tratamiento del primer escalón. (IARIA, 2012; SANUM MAGARIN, y otros, 2010; SAGASTUME ÁLVAREZ, 2011; PARDO, 2010)

### **2.3. Sufrimiento**

Efectivamente, son muchas las causas o agentes que causan sufrimiento en la vida:

- Algunos, son consecuencia de nuestra propia naturaleza: la enfermedad, la debilidad física, los achaques de la edad, la pérdida de los seres queridos, etc.
- Otros, obedecen a causas naturales: desastres cósmicos, terremotos, inundaciones huracanes, incendios, sequías, etc.
- Algunos, son ocasionados por el mal uso que el hombre hace de su libertad, maltratándose a sí mismo o a los demás: violencias, torturas, genocidios, terrorismo, droga, violaciones, etc.
- Hay incluso sufrimientos que proceden de la entrega y servicio a los demás; es el ejemplo de una madre que soporta privaciones, trabajos, insomnios, etc. para atender a un hijo enfermo, o el de tantas profesiones arriesgadas.

En aquellos sufrimientos que son consecuencia de nuestra frágil naturaleza (enfermedad, muerte, ancianidad, soledad, etc.), también puede influir, en grado diverso, la libertad humana.

En cualquier caso, es patente que el dolor y el sufrimiento están ahí, presentes en toda vida humana. Por eso los hombres de todos los tiempos han buscado, con base en la propia experiencia, una explicación a su sentido. (MONGE SÁNCHEZ, y otros, 1998)

### **2.4. Sentido del dolor**

El dolor es una realidad misteriosa. Ninguna hay tan ineludible, universal e inmediata; ninguna tan inexplicable, arcana y desconcertante. En el dolor conviven en paz la evidencia y el misterio. La certeza de que es inevitable, la seguridad de que deberemos enfrentarnos con él, antes o después; todos acabamos por ser hombres dolientes y la experiencia directa de

los seres humanos permite vislumbrar confusamente algunos rasgos suyos, pero no consiguen disipar el halo de misterio que lo envuelve. Ni siquiera su condición de certeza existencial que arruina la imposible utopía de una vida sin dolor, descubre completamente sus secretos. Tan sólo deja entrever destellos intermitentes de un lejano foco de luz. (MONGE SÁNCHEZ, y otros, 1998; POLAINO LORENTE, 2000)

Mediante el dolor se nos presentan panoramas de profundidad, porque el sufrimiento hace al ser humano más lúcido y al mundo más diáfano. Eso se llama crecer. Sufrir significa obrar, pero significa también crecer y madurar. El verdadero resultado del sufrimiento es un proceso de maduración. La maduración se basa en que el ser humano alcanza la libertad interior a pesar de la dependencia exterior. (MANGLANO, 2002)

Pero ésta no es una civilización que acepte fácilmente el sufrimiento, sino que, más bien, se le evita dándole la espalda. En una sociedad en la que prima el bienestar por encima de todo, el dolor se recibe como una desdicha, tanto para el que lo sufre, como para su entorno inmediato; incluso, hasta la educación recibida desde nuestra infancia trata de mantenernos al margen de este drama humano, en la medida de lo que es posible. Sin embargo, el dolor, el sufrimiento, tarde o temprano termina afectando a cada ser humano. Se trata de un hecho incontrovertible, ya que nadie sabe en qué momento de su vida, de qué forma y en qué condiciones va a encontrarse con esta experiencia, lo que sí es seguro es que de alguna forma se le mostrará física, moral, psicológica o espiritualmente, propia o cercana. Es un laberinto en el que se entra, nos atrapa y no siempre nos permite salir. (MONGE SÁNCHEZ, y otros, 1998; POLAINO LORENTE, 2000)

El dolor nos sitúa en el plano opuesto de lo banal, de lo superfluo..., la antítesis de lo real. A este respecto conviene recordar que en el mundo conviven la belleza, el bienestar y el dolor de forma desigual. De hecho, si contemplamos lo que nos rodea en todo el orbe, el peso del dolor a veces parece ser superior, y tanto el sufrimiento como la muerte son fases inevitables de la existencia humana, por eso es tan pedagógico, igualmente, mostrar la estrecha unidad que existe entre ambos; vivir conscientes de nuestra realidad, siendo deseable que, junto a la amplia formación que se nos proporciona, se nos ofrezca la oportunidad de familiarizarnos con esa limitación humana, con objeto de que, cuando nos llegue el momento de enfrentarnos a ella, nos encuentre mínimamente preparados, además de sensibilizar nuestro ánimo hacia el sufrimiento de los demás. Éste es un aspecto importante ya que muchas personas, contra el dolor, en defensa de su dignidad y calidad de vida, apelan al «bien

morir» (eutanasia) o se privan ellos mismos de la existencia (suicidio). Se trata de acciones que sólo pueden ser contempladas desde la perspectiva de aquel que ha sido educado para ser feliz y considera indigno el sufrimiento. (MONGE SÁNCHEZ, y otros, 1998; POLAINO LORENTE, 2000)

## **2.5. Paciente terminal**

La vida humana comienza con la fecundación y acaba con la muerte. Entre ambos polos discurre la existencia terrena del hombre. El hombre tiene una vida genéticamente limitada. La expectativa media aproximada se estima en los 80 años para la mujer y en los 76 para el hombre. La máxima duración de la vida no ha aumentado, si bien cada vez son más las personas que alcanzan las edades referidas. Es obvio que con la edad se envejece, es decir, se produce una declinación de las capacidades intelectuales y físicas aún en situación de salud. (SAGASTUME ÁLVAREZ, 2011; POLAINO LORENTE, 2000)

La muerte, como suceso biológico, es común al hombre y al animal, pero en el hombre tiene un aspecto biográfico una perspectiva específicamente humana. A diferencia del animal, el hombre sabe que va a morir y, en consecuencia, tiene que adoptar una actitud y desarrollar una conducta ante su propia muerte. Como sucede con las grandes cuestiones, resulta difícil definir la muerte. La muerte sobreviene cuando el principio espiritual que preside la unidad de la persona no puede ejercitar más sus funciones sobre el organismo y en el organismo cuyos elementos, dejados a sí mismos, se disocian. La muerte tiene dos características definitorias: la irreversibilidad, ya que no es posible volver de la muerte a la vida; y la descomposición del cuerpo humano, que se inicia, una vez que la persona ha fallecido, en algunos tejidos a los pocos minutos, y que progresa hasta llegar a la total desintegración en unos meses, permaneciendo únicamente restos óseos. (SAGASTUME ÁLVAREZ, 2011; POLAINO LORENTE, 2000)

La medicina está al servicio de la vida humana, trata de conservar la salud, mitigar los padecimientos del enfermo y, si es posible, prolongar su vida. Ciertamente, se han obtenido resultados espectaculares en lo que se refiere a la duración media de la vida y a su calidad. Mas, con todo, el ser humano camina a su fin y llega un momento en el que ni el médico ni la medicina pueden hacer ya nada. (POLAINO LORENTE, 2000)

Cuando las condiciones de salud se deterioran de modo irreversible y letal, el hombre entra en la fase terminal de la existencia terrena. Para él, el vivir se hace particular y

progresivamente precario y penoso. Al mal y al sufrimiento físico sobreviene el drama psicológico y espiritual del despojo que significa y comporta el morir. Nos encontramos en esos casos ante el llamado síndrome terminal de enfermedad que plantea diversas cuestiones: extremar la atención humana que, sobre todo en esos momentos, merece todo enfermo; informar adecuadamente a éste acerca de su gravedad y sobre lo referente al empleo de medios terapéuticos ordinarios o extraordinarios para mantener o prolongar la vida. Y plantea quizá el problema más importante, la eutanasia, que ya ha sido tratada en otro lugar. (SAGASTUME ÁLVAREZ, 2011; POLAINO LORENTE, 2000)

De ordinario, en la enfermedad terminal, se han agotado los tratamientos causales y solo caben los cuidados sintomáticos. La literatura médica enumera los síntomas y signos más frecuentes (dolor, ansiedad, disnea, tos, hipo, etc.) y señala las recomendaciones terapéuticas, entre las que se incluyen: analgésicos, sedantes, antibióticos, transfusiones, oxigenoterapia, sondas, drenajes, etc.

La finalidad inmediata de estos cuidados y tratamientos es aumentar la calidad de la vida en esa fase terminal. Como objetivos concretos pueden señalarse: aumentar el período de descanso del enfermo y de la familia, aumentar la comunicación y la actividad física del paciente, disminuir los sentimientos de impotencia o de culpa, etc. (SAGASTUME ÁLVAREZ, 2011; POLAINO LORENTE, 2000)

Las bases para organizar un buen programa de asistencia son:

Tratamiento adecuado del dolor, uno de los síntomas frecuentes de la enfermedad terminal, especialmente en el cáncer (70% de los casos).

Valoración de la ansiedad-depresión, con el adecuado uso de los psicofármacos, que ayudan a controlar la ansiedad o la depresión, el temor y el insomnio, y potencian además el efecto de los analgésicos.

Cobertura completa durante el día, tanto por parte del médico como de todo el personal de enfermería.

Contar con un equipo multidisciplinar que pueda tratar las diversas manifestaciones que se presenten.

Una cuestión que se plantea con frecuencia es si lo conveniente es morir en casa o en un centro sanitario. La inmensa mayoría de los ciudadanos –también los médicos–, cuando se les pregunta por este asunto, preferiría pasar los últimos días de su vida en su casa y no en el hospital.

Por lo general, la participación del paciente en estos casos está muy restringida debido a su mal estado general y al deterioro de sus funciones mentales. Por ello, la responsabilidad recae –contando con la familia y, si fuera posible, con el propio enfermo– sobre el equipo médico y de enfermería.

Se trata de demostrar que se comprenden todas las limitaciones y las necesidades del paciente, haciendo notar la intención de colaborar sin límites.

- Se deben dar explicaciones sencillas y claras, manteniendo el diálogo en todas las actuaciones para asegurar la aceptación del enfermo o de la familia.
- Decir siempre la verdad, con delicadeza, sin herir; no mentir.
- Proporcionar serenidad, ahuyentar temores del enfermo y de la familia.
- Aumentar la frecuencia de las visitas: los médicos, dos veces al día por lo menos, y muchas más las enfermeras. Hay que evitar en el enfermo terminal el sentimiento de abandono o de inutilidad.
- Respeto a la intimidad.
- Los tratamientos no deben ser desproporcionados.
- No debe haber ensañamiento terapéutico, es decir, encarnizamiento, empecinamiento y obstinación terapéutica. (SAGASTUME ÁLVAREZ, 2011; POLAINO LORENTE, 2000)

## **2.6. Optimismo, aprendizaje y maduración personal ante el dolor**

Se necesita aprender a:

- Sacar lo positivo de cada instante.
- Valorar lo que realmente tiene importancia.

- Querer de verdad, dándose a los demás; ver la vida como un regalo que hay que disfrutar, sin aferrarse demasiado a ella.
- Admirar la cantidad de maravillas que nos rodean.
- Estar bien, en definitiva, con Dios, con los demás y con uno mismo.

Seguramente resultan familiares situaciones como estas:

- Salir de casa sin paraguas y que empiece a llover.
- Pasear por la calle y pisar la baldosa.
- Perder el autobús o el tren por un segundo.
- Una caravana cuando se quiere llegar a algún sitio a una hora determinada.
- La entrevista del trabajo de su vida y un no por respuesta.
- La lavadora que deja de funcionar en el momento más inoportuno.
- La chica que se pone enferma el día en que ninguno de los dos padres puede coger vacaciones.
- Cortan el agua caliente.
- No arranca el coche.

Ante el dolor, la única respuesta posible es la que brinda la pedagogía, es decir, la actitud que desarrollemos ante él. De modo que lo más importante es aceptar que la capacidad de sobreponernos al drama que nos toque vivir, depende en gran medida de nosotros, del interés que pongamos en su vivencia; admitir que está en nuestra mano el hecho de irnos educando en aquellos aspectos que nos van a servir, no para evitarlos, pero sí para descubrir muchas cosas, entre otras, la utilidad que conlleva detenerse ante preguntas que no podemos responder y la incógnita que nos presenta nuestra propia existencia. (ORELLANA, 1999; ROBELDO GANDARIAS, 2006; POLAINO LORENTE, 2000)

Muchos seres humanos, ante un hecho habitual como éste, parecen quedar perplejos y se plantean interrogantes del estilo: ¿por qué tiene que haberme pasado esto a mí? Con

frecuencia se olvida que podría ser interesante preguntarse: ¿y por qué no a mí? ya que, aunque no existen para ello respuestas tan sencillas como las que pudieran esperarse, una reflexión de este tipo podría depararnos no pocas sorpresas. Al fin y al cabo, nosotros no tenemos por qué ser distintos de los demás en un aspecto que signa y rubrica la existencia de todos los seres humanos. Es decir, que podemos ser convocados también en cualquier momento a participar de esa experiencia, con la misma oferta de aceptar la adversidad como vehículo que nos solidariza y hermana con nuestros semejantes.

La madurez que da el dolor a un hombre, la sosegada ponderación de lo que la vida implica y arrastra consigo, ha de llevar inexorablemente a estas convicciones primordiales: la realidad no está constituida, ni la historia está ordenada, ni nuestro propio ser o destino están configurados conforme a nuestros deseos. Por ello, la objetivación, es decir, el reconocimiento de la línea separadora entre el sujeto en su interioridad y el objeto en exterioridad, son un paso preliminar para la personalización del hombre como hombre y como creyente.

Sentir dolor significa vernos rechazados en nosotros mismos, sin ninguna posibilidad de defensa; rechazados en nuestro propio cuerpo de tal forma que no podemos establecer contacto con él. La zona dolorosa parece carecer de proporciones y oblitera las demás. Solo consistimos en dientes, cabeza, estómago. El dolor se abate sobre nosotros quemando, perforando, cortando, pinchando, pulsando, arrancando, o vibrando, trayendo destrucción y confusión, como un poder que surgiera de lo más profundo. (ORELLANA, 1999; ROBELDO GANDARIAS, 2006; MANGLANO, 2002)

## **2.7. Rol del médico ante el paciente terminal en relación al dolor**

Crear en el sufrimiento significa orgullo, pero sufrir creyendo en Dios, es humildad. Porque el orgullo puede decirnos que somos suficientemente fuertes para sufrir y que el sufrimiento es bueno para nosotros porque somos buenos. La humildad nos dice que el sufrimiento es un mal que siempre debemos esperar que aparezca en nuestra vida, por culpa del mal que reside en nosotros. Pero la fe sabe también que la misericordia de Dios se otorga a los que le buscan a Él en el sufrimiento y que, por su gracia, podemos vencer el mal con el bien.

En la civilización del bienestar, ocupa una posición de privilegio el hombre que produce, que consume y que es feliz. Por tanto, queda marginado el hombre que no produce, que no es feliz y que supone un peso para la sociedad. En esta concepción, solo es digna de ser vivida

la vida que corresponde a estos requisitos. La otra vida que no produce, que no es feliz, que es un peso para la sociedad, no tiene dignidad y no merece, pues, ser vivida.

A raíz de la enfermedad, se puede aprender a valorar el aspecto religioso, una cierta mística, un cierto tipo de reflexión, y esa puede ser una de las experiencias positivas que quedan de aquella situación; se puede madurar más como hombre, debido a ese episodio en su vida, y se logra ver las cosas de una forma un poco más profunda. (GARCÍA CUADRADO, 2006; MILLÁN PUELLES, 2002; POLAINO LORENTE, 2000; TOMÁS GARRIDO, 2001)

### *2.7.1. Aporte del médico en el contexto religioso del paciente para afrontar el dolor*

El efecto redentor del sufrimiento reside básicamente en su propensión a reducir la voluntad insumisa. C. S. Lewis.

El enfermo en fase terminal sigue siendo persona humana, necesitada de una adecuada atención en todos los niveles (médicos, psicológicos, sociales, etc.), también, por lo tanto, en sus aspectos espirituales. Esta atención es una necesidad y un derecho de todo enfermo, y un deber de los que le atienden, especialmente de los agentes de la pastoral de la salud. Pero no se trata sólo de facilitar la tarea que deben desarrollar los capellanes del hospital, los sacerdotes, etc., sino de colaborar con ellos en todo lo que se pueda. Ha escrito, por ejemplo, Virginia Henderson, tenida como un frente fundamental en el campo de la enfermería: El respeto a las necesidades espirituales del paciente y la ayuda para que pueda satisfacerlas forman parte de los cuidados básicos de enfermería, en toda clase de circunstancias. Si las prácticas religiosas son esenciales para los bienes del hombre en estado de salud, son todavía más indispensables en caso de enfermedad. Este concepto de hacer todo lo posible para que el paciente pueda practicar su religión, supone una serie de actividades específicas que no podrían enumerarse en esta ocasión. Sin embargo, citaremos algunas de las más manifiestas: ayudar al paciente a ir al oratorio o capilla, hacer que el sacerdote de su religión lo visite, darle facilidades para que pueda hablar con el sacerdote y permitirle que reciba los Sacramentos que forman parte de su vida religiosa. Y lo mismo puede decirse de los médicos, del resto del equipo sanitario y de los acompañantes. Unos y otros deben saber llegar hasta el final, puesto que, aunque se han agotado los tratamientos médicos disponibles y el enfermo haya alcanzado el nivel de irreversibilidad, no por eso termina su función. Además de los cuidados físicos y psicológicos necesarios, se ha de procurar acompañar al enfermo, rezar con él, ayudarle a dar sentido sobrenatural al dolor, etc. (SAGASTUME ÁLVAREZ, 2011; POLAINO LORENTE, 2000)

Se deben tomar en cuenta una serie de objetivos y acciones concretas, tales como:

- Catequesis sobre la muerte, el dolor y el sufrimiento.
- Recuperar la Unción como el Sacramento de los enfermos, y el Viático como la Eucaristía del tránsito de esta vida.
- Promover la creación de centros que presten una ayuda integral a los enfermos terminales.

El rechazo natural de todo lo que supone sufrimiento y lo absurdo que le resulta al hombre la idea de la desaparición, afectan de un modo muy similar a la estructura psicológica de la persona, ocasionándole una gran angustia. Sin embargo, no hay que olvidar que los recursos individuales pueden variar enormemente de persona a persona, en razón de la interpretación antropológica de lo que es el hombre y, en definitiva, de sus creencias religiosas. La persona que vive de modo coherente con su fe, pero también la que ve tambalearse la seguridad de lo pensado hasta entonces, de que todo se acaba después de la muerte, puede sorprender tremendamente a las personas que le cuidan, por su serenidad y por su fortaleza para afrontar la idea de que va a morir pronto, y los sufrimientos físicos y morales que esa situación le acarrea. Llega un momento en la vida de las personas en el que el pensamiento de morir o enfermar les lleva no a desear que las maten en cuanto el sufrimiento sea importante, como los partidarios de la eutanasia argumentan a menudo, sino a querer pasar ese trance de un modo digno, mereciendo por sí mismos o por otros, unidos a la Cruz de Cristo, como han visto hacer a alguno de sus familiares o amigos, o pacientes. El personal sanitario suele tener modelos de cómo han afrontado la muerte varios de sus enfermos. La oportunidad de ver morir a personas conscientes, aceptando que ha llegado su hora, preocupadas hasta el último momento de cómo están los que le cuidan, o pidiendo que preparen un sobre para el pobre que ayer llamó a la puerta (y al que sus hijas, agobiadas al ver moribunda a la madre, no le dieron nada), como fue el caso de la madre nonagenaria de una enfermera, supone un impacto muy positivo y favorece la capacidad de comunicación y consuelo de los cuidadores hacia los pacientes terminales. (SAGASTUME ÁLVAREZ, 2011; POLAINO LORENTE, 2000; D' AGOSTINO, 2003)

## **2.8. Clínica del dolor. Entrevista al Dr. Héctor Muñiz por Lcda. Von Ahn**

El tratar de forma multidisciplinaria a los pacientes es la clave del éxito en el tratamiento del dolor. En Guatemala esto es difícil, puesto que no existen suficientes clínicas

multidisciplinarias. Lo diferente al manejar el dolor en un Centro del dolor, es que en ellos nos enfocamos en tratar de aliviar el dolor y el sufrimiento de los pacientes, a diferencia de otras especialidades, donde la prioridad es corregir la causa. Esa es la diferencia de un Centro del dolor básicamente: la prioridad es aliviar el dolor, y luego trabajar en la causa básica, tratar de corregirla. (MOLINA MUÑIZ, 2012) (ver anexo)

El tratamiento básico es médico. Regularmente miramos pacientes que tienen más de dos semanas teniendo un dolor. El dolor crónico, su concepto, varía mucho. Hay personas que dicen que cualquier dolor que pase de dos semanas se debería considerar dolor crónico; otros dicen que son dolores que tienen que tener más de dos meses de duración. Varía mucho el concepto exacto, pero cualquier dolor que sea complicado de tratar por otros médicos y que involucre un tiempo más prolongado de lo normal, debería ser un dolor crónico que necesita un abordaje de manejo de dolor especializado.

Uno de los aspectos psicológicos más importantes es que la persona sienta que por un achaque molesto ya no es productivo, ya no pueda tener una vida normal, una vida cotidiana. Eso produce una sensación de frustración y una sensación de inutilidad que es bastante complicada de tratar. (MOLINA MUÑIZ, 2012) (ver anexo)

La mejor forma de evaluar a un paciente con dolor es una entrevista con el paciente y un buen examen físico. Todo lo demás es soporte, y eso es lo que diferencia a la clínica del dolor de cualquier otro médico. El enfoque de un traumatólogo o un cirujano es otro, no atiende tanto al síntoma que se está manifestando. Se le debe poner un poquito de más atención al dolor. Por ejemplo, pacientes que traen dolor de espalda de 6 meses, y ya se ha hecho todas las radiografías y resonancias y todo sale normal, y sienten dormida la pierna. Probablemente consultaron con la persona equivocada. El traumatólogo mira huesos, un neurocirujano opera columnas, cerebros, y solo con haber hecho un examen físico uno se da cuenta de que el paciente tiene dormida la pierna. Por ejemplo, puede que en la resonancia tenga un poquito de gelatina de uno de los discos que se salió, y eso es lo que tiene inflamado el nervio, pero no es de operación o de hueso roto, por eso es importante el examen físico y la entrevista, para saber si hay algún factor emocional. La entrevista inicial es lo más importante como manejo inicial. (MOLINA MUÑIZ, 2012) (ver anexo)

### **3. MARCO METODOLÓGICO**

#### **3.1. Descripción del proceso de la investigación**

El estudio es descriptivo ya que determina e identifica el conocimiento acerca del dolor.

#### **3.2. Procedimiento**

Análisis sobre el abordaje bioético del dolor en pacientes terminales.

#### **3.3. Descripción de los instrumentos**

Revisiones bibliográficas de estudios y libros. Así como entrevista a profesional especializado.

#### 4. ANÁLISIS Y REFLEXIÓN

A lo largo de esta revisión se han abordado varios aspectos del dolor y del sufrimiento, dejando en claro que son realidades presentes en toda vida humana que ningún ser humano puede evitar. Dado que son realidades que no se pueden evitar y que pueden llegar a enriquecer al ser humano de forma muy grande, se debe buscar los medios adecuados para que los trabajadores en salud puedan ayudar a las personas a encontrar sentido a su dolor, que puedan aprovechar esta circunstancia para ser mejores y, también, que puedan aportar a lo largo del tiempo, de forma más sencilla, aspectos positivos a los familiares y amigos. Cuando nos referimos al sufrimiento, este puede estar vinculado al dolor o prescindir de él. El dolor podría interpretarse como un sufrimiento somático que se vincula a un padecimiento emocional. A esta clase de dolor se asocia frecuentemente un factor de sufrimiento emocional considerable, limitado en cierta medida, de la aparición de conductas de dolor.

Siempre se debe tener claro que, con lo hasta ahora mencionado, no se pretende afirmar que el dolor es una experiencia en sí misma buena, porque no lo es. Sin embargo, es una experiencia natural del ser humano que debe ser abordada desde su gran complejidad. Recordemos la afirmación inicial del estudio, el planteamiento del tema del dolor es uno de los retos más serios que pueden abordarse ya que se trata del drama humano por excelencia. Debemos comprender el sufrimiento asociado a la muerte inminente de la forma más apropiada a las circunstancias, que no es oposición de lo obvio ni el adelanto del desenlace para acortar el sufrimiento. Es donde se recomienda grandemente que el profesional de salud esté altamente capacitado, que en la medida de las posibilidades tenga un equipo multidisciplinario que lo apoye en la dura senda de la muerte. Podemos enfrentarnos al sufrimiento de una forma eficiente, dignificando a la persona enferma con todos los cuidados que requiera, evidenciando el valioso significado de su vida, su familia y la sociedad, y apoyándole a dar sentido al final de su existencia.

Allí es donde entra el sentido del dolor. El dolor es una realidad misteriosa como se menciona anteriormente. Es mediante el dolor donde se nos presentan panoramas de mucha más profundidad, de enriquecimiento de valores y virtudes humanas. Creciendo como personas en todos los ámbitos posibles (humano, profesional, social, familiar, espiritual) el ser humano logra cierta maduración, y es bueno recordar que en la vida humana diaria se convive con el dolor, sin embargo, en las enfermedades terminales este dolor y este sufrimiento se hacen más grandes e ineludibles. Ante esta realidad se debe enfocar al

paciente y a todo su entorno (basándose en sus circunstancias y creencias) dándole sentido, viendo la gran pedagogía que brinda el dolor terminal en el ser humano a pesar de que pueda ser tan difícil de afrontar.

## 5. CONCLUSIONES

Siempre se debe tener claro que con lo hasta ahora mencionado no se pretende afirmar que el dolor es una experiencia en sí misma buena, porque no lo es. Sin embargo, es una experiencia natural del ser humano que debe ser abordada desde su gran complejidad.

El abordaje del dolor en pacientes terminales debe realizarse con un equipo multidisciplinario, equipo de salud (médicos subespecialistas, especialistas, enfermeras, terapistas, personal de limpieza, psicología y psiquiatría), familia o amigos del paciente, atención religiosa (Sacerdote, pastor o director espiritual). A sabiendas de que cualquier ser humano es integral y es un todo quien se encuentra afectado por el dolor y el sufrimiento.

El equipo de salud debe de estar en constantes capacitaciones en aspectos del tratamiento del dolor, el valor que puede tener el dolor en el paciente y su familia, así como aprender de las posibilidades pedagógicas que pueden tener el dolor en el paciente y su entorno, en búsqueda de un bien mayor, buscando constantemente dar un sentido al dolor y aprovechando las circunstancias concretas del paciente.

Es mediante el dolor que se nos presentan panoramas de mucha más profundidad, de enriquecimiento de valores y virtudes humanas. Creciendo como personas en todos los ámbitos posibles (humano, profesional, social, familiar, espiritual) el ser humano logra cierta maduración.

Se debe tomar en cuenta que, sin el equipo de atención integral y sin que este equipo no considere lo integral que es el hombre y todas las áreas que se pueden afectar en su vida a causa de un dolor por una enfermedad terminal, difícilmente el abordaje puede llenar el mínimo requerimiento bioético, poniéndose más en riesgo de actuar contra los cuatro principios de la bioética u otros definidos posteriormente. (MANGLANO, 2002; PARDO, 2010; POLAINO LORENTE, 2000) Pero ante todo, probablemente el equipo de salud y el entorno del paciente, puedan incidir en distanasia, eutanasia o encarnizamiento terapéutico, dada la condición de dolor y la enfermedad. (POLAINO LORENTE, 2000; TOMÁS GARRIDO, 2001)

## **6. RECOMENDACIONES**

Capacitación continua del equipo de salud en dolor y en qué aspectos afecta el dolor a un ser humano, considerando todos los aspectos que conforman a un ser humano, evitando así una visión reductiva del ser humano.

El equipo de salud debe dar espacio y seguimiento a la visión religiosa del paciente terminal para mejorar su afrontamiento al dolor y la muerte, permitiendo la atención del director espiritual acorde a su religión.

Implementar en la familia del paciente terminal y, si la condición médica del paciente lo permite, la visión pedagógica sobre el dolor que enfrenta dicho paciente, apoyando al paciente y a la familia, permitiendo mejorar la concepción de la naturaleza humana y del sentido del dolor y de la muerte.

## 7. REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS

- 1ARIA. 2012. Escalas de valoración del dolor. *Documentos www.1aria.com*. [En línea] diciembre de 2012. [Citado el: 19 de octubre de 2015.]  
<http://www.1aria.com/docs/sections/areaDolor/escalasValoracion/EscalasValoracionDolor.pdf>.
- D' AGOSTINO, Francesco. 2003. *Bioética. Estudios de filosofía del derecho*. Madrid : Ediciones Internacionales Universitarias, 2003.
- GARCÍA CUADRADO, José Ángel. 2006. *Antropología filosófica. Una introducción a la Filosofía del hombre*. Pamplona : EUNSA. Ediciones Universidad de Navarra S.A., 2006. ISBN-10 84-313-2422-8.
- GOLDSTEIN, E. Bruce. 2006. *Sensación y percepción*. 6ª edición. Madrid : Editorial Thomson, 2006. pág. 684.
- KORNBLIT, Ana Lia y MENDES DIZ, Ana María. 2000. *La salud y la enfermedad: aspectos biológicos y sociales*. Primera edición. México : Grupo editor Aique, 2000.
- MANGLANO, José Pedro. 2002. *¿Se puede aprender a sufrir? Cavilaciones y desahogos de un intruso*. 4ª edición. Bilbao, España : Desclée De Brouwer, 2002. ISBN 84-330-1370-X.
- MILLÁN PUELLES, Antonio. 2002. *La lógica de los conceptos metafísicos. Tomo I: La lógica de los conceptos transcendentales*. Madrid, España : Ediciones RIALP S.A., 2002. ISBN 84-321-3400-7.
- MOLINA MUÑIZ, Héctor. 2012. *Doctor algólogo intervencionista (especialista en medicina del dolor)*. *Centro especializado del dolor*. [entrev.] Licda. Brena VON AHN. Ciudad de Guatemala, 2012.
- MONGE SÁNCHEZ, Miguel Ángel y LEÓN GÓMEZ, José Luis. 1998. *El sentido del sufrimiento*. Madrid, España : Ediciones Palabra S.A., 1998. ISBN 84-8239-222-0.
- ORELLANA, Isabel. 1999. *Pedagogía del dolor*. Madrid : Ediciones Palabra S.A., 1999. ISBN 84-8239-350-2.
- PARDO, Antonio. 2010. *Cuestiones básicas de Bioética*. *Instituto de Ciencias para la Familia*. Pamplona, España : Ediciones RIALP. Universidad de Navarra, 2010.
- POLAINO LORENTE, Aquilino (ed. lit.). 2000. *Manual de Bioética General*. 4ª edición. España : RIALP, 2000.
- PUEBLA DÍAZ, F. 2005. *Dolor. Tipos de dolor y escala terapéutica de la O.M.S. Dolor iatrogénico*. [En línea] 2005. [Citado el: 17 de octubre de 2015.]  
[http://www.sld.cu/galerias/pdf/sitios/anestesiologia/tipos\\_de\\_dolor.pdf](http://www.sld.cu/galerias/pdf/sitios/anestesiologia/tipos_de_dolor.pdf).
- RAE, Real Academia Española. 2001. *Diccionario de la lengua española*. Vigésima segunda edición. España : Espasa Calpe, 2001. ISBN 84-670-0039-2.
- ROBELDO GANDARIAS, María. 2006. *Cómo superamos el dolor. Guías para educar*. Madrid, España : Ediciones Palabra S.A., 2006. ISBN-13: 978-84-9840-025-0.

SAGASTUME ÁLVAREZ, Gloria Julieta. 2011. *Conocimientos del personal de enfermería relacionados con cuidados paliativos a niños hospitalizados en la unidad de cuidado intensivo pediátrico del hospital Roosevelt. Tesis de Licenciatura en Enfermería.* Guatemala : Universidad de San Carlos de Guatemala, Facultad de Ciencias Médicas, 2011.

SANUM MAGARIN, Omar Ignacio y SALAZAR MORALES, Oscar Enrique. 2010. *Manual de intervención del paciente en fase terminal dirigido a personal asistencial profesional hospitalario. Tesis de Licenciatura en Psicología.* Guatemala : Universidad de San Carlos de Guatemala, Escuela de Ciencias Psicológicas, 2010.

TOMÁS GARRIDO, Gloria María. 2001. *Manual de Bioética.* 1ª edición. Barcelona, España : Editorial Ariel, 2001.

### **Bibliografía complementaria**

*Algología y Dolor, Fisiopatología del Dolor.* Licda. Brena Voh Ahn Alburez; Ciudad de Guatemala: Universidad Francisco Marroquín, Departamento de Psicología, 2012.

*Anexo 2. Escalas Escala Edmonton Symptom Assessment System (ESAS).* Guía de práctica clínica sobre cuidados paliativos; Madrid, España; Sistema de evaluación de síntomas de Edmonton [En línea]. [Citado el: 20 de octubre de 2015.]  
[http://www.guiasalud.es/egpc/cuidadospaliativos/completa/documentos/anexos/Anexo2\\_Escalas.pdf](http://www.guiasalud.es/egpc/cuidadospaliativos/completa/documentos/anexos/Anexo2_Escalas.pdf)

*Lecciones de Semiología;* Dr. Marco Antonio Acevedo y Dr. Carlos Alvarado Dumas; Séptima Edición. 2012.

*Semiología Médica y Técnica Exploratoria.* Antonio Surós Batlló; 8ª edición. Madrid España: Elsevier Masson, 2008.

## ANEXO

**Entrevista a: Dr. Héctor Molina Muñiz**

**Algólogo Intervencionista (Especialista en Medicina del Dolor)**

**Entrevistado por: Licda. Brena Von Ahn**

**Ciudad de Guatemala, 2012**

Centro especializado del Dolor. El tratar de formar de forma multidisciplinaria a los pacientes es la clave del éxito. En Guatemala, esto es difícil puesto que no existen otras clínicas multidisciplinarias, excepto la mía, y la parte psicológica es la parte más importante que deben tener estas clínicas.

**1. *¿Qué estudios se requieren para ser algólogo?*** No necesariamente se estudia neurología o anestesia. Originalmente, en los años 60 y 70, eran sólo los anestesiólogos los que hacían manejo del dolor. Después de los 80, son equipos multidisciplinarios, y pueden ser por ejemplo psiquiatras, entonces ya no necesariamente se tiene que ser exclusivamente anestesiólogo especialista en manejo del dolor. Claro, lo que me caracteriza a mí, diferente a los otros especialistas del dolor, es que yo hago ciertos procedimientos intervencionistas que no hacen los demás. Pero mi intervención solamente es una parte de todo el manejo de mis pacientes multidisciplinarios, por ejemplo, también aquí se hace rehabilitación.

**2. *¿Cómo se maneja el dolor en un centro del dolor?*** Realmente lo diferente es que en un centro del dolor nos enfocamos en tratar de aliviar el dolor y el sufrimiento de los pacientes, a diferencia de otras especialidades, la prioridad es corregir la causa. Muchas de las veces vienen sufriendo los pacientes con muchísimo dolor, y se piensa que el dolor no es un problema adicional, sino que es un efecto secundario de alguna lesión que tiene el paciente y se le da un tratamiento subóptimo del dolor. Esa es la diferencia de un centro del dolor básicamente: la prioridad es aliviar el dolor, y luego trabajar en la causa básica, tratar de corregirla. El tratamiento básico es médico. Normalmente no vemos pacientes que se acaban de caer y tienen fracturado un brazo. Miramos pacientes que tienen más de dos semanas teniendo un dolor. El dolor crónico, su concepto, varía mucho. Hay personas que dicen que cualquier dolor que pase de dos semanas se debería de considerar dolor crónico, otros dicen que son dolores que tienen que tener más de dos meses de duración. Varía mucho el concepto exacto pero cualquier dolor que sea complicado de tratar por otros médicos y que involucre un tiempo más prolongado de lo normal, debería de ser un dolor crónico que necesita un abordaje ya de manejo de dolor especializado.

**3. ¿Se maneja dolor agudo en el centro del dolor?** Yo, como anestesiólogo manejé dolor agudo, inclusive dolor agudo tan sencillo como el dolor de las embarazadas. O el dolor de trabajo de parto, o el dolor postoperatorio, pero ese dolor ya es de la rama del manejo del dolor agudo y ya no lo hago yo. Ya no soy anestesiólogo desde el 2004, no me dedico a anestesiología, sino que básicamente me dedico a dolor crónico en pacientes que tienen, por ejemplo, dolor craneofacial, dolor de cabeza crónico, dolor de cuello crónico, dolores de espalda crónicos, pacientes que ya han sido operados de la columna y siguen con dolor, pacientes con miembros amputados de forma traumática, o lesiones oncológicas que siguen con dolor. Estos tipos de dolor más complicados son los que yo veo, e involucra un conflicto emocional bastante complicado que muchas veces, si no se trata de la mano de tratamiento analgésico, tratamiento médico para su lesión básica, esa parte psicológica puede actuar negativamente para que el paciente no salga adelante bien liberado o más rápido.

**4. ¿Qué aspectos psicológicos, en su opinión, son los que están relacionados en la recuperación del dolor?** Lo más importante es sentirse que ya no es productivo. El que la persona sienta que por un “achaque” molesto ya no pueda ser productivo, ya no pueda tener una vida normal, una vida cotidiana. Eso produce una sensación de frustración, y una sensación de inutilidad que es bastante complicada de tratar. Muchas veces, dolores tan sencillos como el dolor de espalda crónico, puede ser tan inhabilitante física y emocionalmente, que presentan cuadros depresivos complicados e inclusive hasta el suicidio, por sentirse ya inútil.

**5. ¿Esto se puede observar más en pacientes mayores?** En general cada vez más se ve gente que consulta más temprano, y ahora realmente no hay una edad para que el dolor crónico se vuelva más inhabilitante. Puede pasarle a cualquier edad.

**6. Fisiológicamente hablando, ¿el dolor crónico se autoperpetúa?** Esa pregunta es bien complicada, se forman una serie de sustancias neuromoduladoras en el área de la lesión y en terminales a nivel central que con el uso repetido de ciertos estímulos nocivos desvían a una serie de sustancias que prolongan ese círculo de dolor crónico. Muchas veces con lesiones no tan agresivas y tan dolorosas, como por ejemplo cuestiones tumorales o fracturas, muy sencillas, estos transmisores mandan señales anormales al cerebro que el cerebro lo traduce como dolor persistente. El abordaje médico debe de ser tratar de inhabilitar, en algunos casos, los receptores neurológicos. Por eso es que el concepto moderno del dolor es tratar de usar medicamentos neuromoduladores desde

anticonvulsivantes, que anteriormente eran usados para convulsiones, hasta antipsicóticos, y se usan con el fin de manejo de dolor crónico y no tanto porque el paciente tiene cierto grado de depresión sino más que todo con motivo de dar con esos receptores. No necesariamente hay lesiones que básicamente forman un circuito anormal de mensaje neurológico. Hacemos cierto tipo de bloqueos de la transmisión nerviosa, bloqueos al cerebro, como la anestesia local, y eso bloquea esa memoria del nervio que ya no está lastimando. Eso pasa mucho, por ejemplo, en lesiones como el herpes zoster, gente que le da herpes y el paciente se cura del herpes pero el nervio queda mandándole señales anormales al cerebro de que todavía está lastimado. También la neuralgia del trigémino es uno de los dolores tremendos de la cara que también en algún momento se lesionó el nervio con algún virus, el nervio está totalmente recuperado, y el paciente sigue teniendo unas descargas eléctricas anormales a la cara durante 10-30 años. Esto no se trata sencillamente con bloqueo de la conducción nerviosa, sino también soporte psicológico y rehabilitación. Estos pacientes se perpetúan, y por no existir clínicas multidisciplinarias, van de neurólogo en neurólogo, y a veces tienen cirugías que no son necesarias por no hacer trabajos multidisciplinarios.

**7. *¿Cómo se evalúa el dolor?*** Hay muchas pruebas físicas que sirven como mecanismo inicial para el diagnóstico, como simples estudios radiológicos, estudios de conducción nerviosa y algún otro estudio fisiológico. Pero la mejor forma de evaluarlo es una entrevista con el paciente y un buen examen físico. Todo lo demás es soporte, y eso es lo que diferencia la clínica del dolor a cualquier otro médico. El enfoque de un traumatólogo, o un cirujano es otro, y no tanto al síntoma que se está manifestando. Se le pone un poquito de más atención al dolor. Por ejemplo, pacientes que traen dolor de espalda de 6 meses, y ya se ha hecho todas las radiografías y resonancias y todo sale normal, y sienten dormida la pierna. Probablemente consultaron con la persona equivocada. El traumatólogo mira huesos, un neurocirujano opera columnas, cerebros, y solo con haber hecho un examen físico uno se da cuenta que el paciente tiene dormida la pierna. Por ejemplo, puede que en la resonancia tenga un poquito de gelatina de uno de los discos que se salió, y eso es lo que tiene inflamado el nervio, pero no es de operación o de hueso roto, por eso es importante el examen físico, y la entrevista para saber si hay algún factor emocional. La entrevista inicial es lo más importante como manejo inicial.

**8. *¿Existe alguna medida para evaluar el dolor?*** No existe algún método. Pero existen tablas de medición subjetivas del dolor, y más que todo la medición es subjetiva. Lo importante es tratar que el paciente se familiarice con una escala numérica de 1 a 10, en

donde 10 es lo máximo de dolor, y 0 es sin dolor. Basado en la evaluación inicial subjetiva inclusive, y en las consultas subsecuentes, uno observa si el tratamiento es adecuado. Existen muchos tipos de escalas, y usamos la Escala visual análoga, que es básicamente una tablita de 0 a 10.

**9. *¿Existen casos en los que el paciente finge dolor?*** Yo me doy cuenta porque en un examen físico adecuado hay cierto tipo de síntomas que tienen que tener una respuesta específica para que lo soporte. Lo primero que hago con todo paciente que viene a decir que le duele algo, es creerle. Ponerle atención al paciente, hacerlo sentir que su dolor es importante para él, y que este es un centro específico para manejarle su dolor que no logró sanar anteriormente. Lo primero es darle confianza al paciente. Lo segundo en una entrevista inicial, antes de yo pasar a hacer el examen, me puedo dar cuenta si pudiera tener algún factor psicosocial emocional que pudiera tener algún tipo de importancia. No se le trata como un número más, sino que se le dedica tiempo muy específico al paciente, y da oportunidad de ir preguntando un poquito más sobre su entorno psicológico social para ver qué factor juega. Si hay una mínima sospecha de que hay un factor emocional que estuviera desviando o manipulando el dolor, pido una evaluación psicológica pero normalmente tengo que hacer una evaluación física para que yo sospechara que pueda ser una clase de dolor fingido. En diez años de estar en esta clínica, tal vez puedo contar menos de 10 pacientes que han fingido, o tratando de tener una ganancia secundaria. Hay pacientes adolescentes que pueden fingir.

**10. *¿Cuáles son las consultas más frecuentes?*** Los más frecuentes son los dolores de espalda y de cabeza. A veces uno piensa que vivir con dolor de espalda o con dolor de cabeza es normal porque ya lo ha tenido mucho tiempo, y ya se ha hecho exámenes y piensa que es normal vivir así, y tomar medicina, y no es hasta que se entera que existen nuevos métodos y nuevos equipos para tratar de aliviar este tipo de sufrimiento que se consulta, se da cuenta que a veces solamente son lesiones sencillas que no se les trato con la atención adecuada anteriormente. Por ejemplo, 90% de las personas que vienen etiquetadas con migraña, la migraña son problemas en los dientes. Un adolescente justifica su dolor de cabeza porque están complicados sus exámenes de la universidad, y cada vez se pone peor. Comienzan a justificar los dolores de cabeza con estrés y luego se preocupa, se hace exámenes, salen totalmente negativos y muchas veces hay muchos mecanismos que los provocan. Por ejemplo, que por la noche se cierre inadecuadamente la boca, porque algunas cordales se están desviando, y están haciendo presión sobre alguna muela y nadie

le chequeó las cordales ni la forma en que cierra la boca. Y se vuelve un ciclo vicioso, y como la tomografía salió normal, se dice que es estrés y se empiezan a tomar montón de químicos que por supuesto alivian el dolor un rato. Cuando vienen 10-15 años después, y tomo una tomografía de la boca se ve que la unión entre la mandíbula y la cabeza está totalmente desgastada por haber cerrado la boca mal durante 10 años. Es cuestión de ponerle atención al síntoma, y tratar de manejarlo de una forma más integral. Igual que pasa con los dolores de espalda. Le echan la culpa a uno se mantiene con mucho estrés o con mucho trabajo o anda haciendo mucho oficio en la casa, y se buscan mil excusas, y salen exámenes normales en una mujer joven, pero resulta que no se le hace un buen examen físico que hubiera podido notar que está bajando el reflejo del talón de Aquiles de la pierna, y que realmente se le estaban prensando los nervios de la espalda. Y decía que los calambres en la pantorrilla son por falta de potasio, y justifican.

**11. ¿En qué casos se refiere a psiquiatría o psicología?** Yo sería el hombre más feliz del mundo si tuviera un psicólogo trabajando aquí conmigo, porque el 80% de mis pacientes tendrían que pasar a psicología. Es un número altísimo, porque todos mis pacientes ya han acudido a todos los médicos de Guatemala, y ellos con su lista de medicinas de médicos de todas las especialidades tienen un desgaste emocional por no ser aliviados de su dolor, deberían pasar primero con un psicólogo, y luego conmigo. Esta es la parte complicada del manejo integral del dolor crónico en nuestro sistema de salud. Si yo lo refiero con el psicólogo, primero tiene que pagar la consulta médica y luego la psicológica, y el paciente explica que lo único que quiere es que se le alivie el dolor, que no piense que está loco. No quieren pagar el psicólogo, porque lo único que necesitan es un analgésico, entonces esa es la parte más frustrante de mi especialidad. El manejo multidisciplinario en realidad se da en sistemas sociales, donde el manejo es integral sin que el paciente tenga que pagar extra por los servicios psicológicos. Entonces, el 80% sino más, necesitan soporte psicológico, porque tienen un déficit emocional crónico.

**12. Por ejemplo, la fibromialgia, se habla de que no tiene origen médico, ¿cómo se trata?** La fibromialgia es una de las patologías más importantes de trabajar de forma integral porque definitivamente si tiene problemas físicos. Si hay problemas físicos, pero hay un fuerte problema emocional que, si solo se trata la parte física, no se maneja de manera integral y se perdura. El paciente no se alivia. Pero la fibromialgia es uno de las más importantes en el dolor crónico que debe manejarse en forma integral. Muchas veces se hace un mal diagnóstico de fibromialgia, porque ya no se sabe qué hacer con ese paciente, y

le duele todo el cuerpo a la pobre señora o señor y nunca se le dio medicamento adecuado, y tiene el estómago deshecho de tanto tomar desinflamatorios. Nunca se le dio un tratamiento de soporte psicológico, un programa de ejercicios, no puede dormir bien y no se le dio algo para mejorar la calidad de sueño, total que es uno de los casos más importantes en los que el dolor debe ser tratado de forma disciplinaria.

**13. *¿En qué condiciones es necesario consultar con un nutricionista?*** En sobrepeso, y otras condiciones. El manejo debe ser integral, y hay pacientes que sí necesitan un poco de orden en su alimentación, y muchas veces tienen lesiones muy sencillas, corregibles, con tratamiento de rehabilitación, con pocos medicamentos, pero si no mejora su alimentación, no logran bajar de peso, están de vuelta aquí con los mismos síntomas. Entonces la idea es que el nutricionista sea otro en el manejo integral, pero nada como el manejo psicológico. Eso debería de ser lo más importante. Por ejemplo, hay un montón de gorditos que se les dice que si no bajan de peso nunca se va a aliviar de su dolor, y se mantienen engañados pensando que su dolor crónico es básicamente porque no baja de peso y tienen trastornos psicológicos complicados, y no ayuda a aliviar su dolor ni a bajar de peso. Entonces, yo pienso que más importante que el nutricionista es que tengan soporte psicológico.

**14. *¿Cómo se logra la adherencia?*** Yo creo que la luz de la adherencia más fácil es cuando el paciente logra mirar una luz al ir a un centro que se le va a prestar atención a su sufrimiento crónico. Si al paciente lo trae su mamá o su esposo, es más difícil que emocionalmente se adhiera al tratamiento, que si uno lo mira como ya la solución más importante a su problema. El hecho de que exista un centro multidisciplinario de dolor, sólo con eso juega un papel muy importante en lo positivo en el alivio de muchos de estos pacientes. Muchos pacientes traen además de sus problemas de dolor una serie de problemas psicológicos crónicos totalmente desligados, pero que actúan negativamente y complican que el paciente se rehabilite o que haga su tratamiento adecuadamente. Por eso es que un médico no es dios, un médico debería tomarse el papel de aliviar todos los síntomas, y tener un equipo que lo apoye.

**15. *¿Cómo ha comenzado a reconocer la gente esta especialidad?*** Ha sido un trabajo de hormiga, con muchas satisfacciones y muchos tropiezos, pero después de 10 años y de ser pionero de este campo, me siento el hombre más feliz del mundo, de que todo el trabajo es adecuado y que muchos pacientes que originalmente fueron aliviados y que pensaban que nunca iban a salir de su círculo, vuelven y se mantienen evaluaciones constantes. Saber

que salieron del sufrimiento crónico es lo más satisfactorio de mi trabajo. Yo soy el presidente de la Asociación Guatemalteca del Dolor y Cuidados Paliativos, y tenemos desde 2003 actividades para educar a los médicos, psicólogos, psiquiatras, enfermeras, y toda la gente que trabaja con dolor. La parte frustrante es que no se reproduzca la idea, y creo que es la falta de interés.

**16. ¿Las charlas educativas son en términos médicos?** Precisamente porque soy predicador del manejo multidisciplinario mis términos no son médicos. La idea es describir las lesiones en términos comunes, términos que todos manejamos para que todos entendamos, y el concepto debe de ser tan sencillo. Las conferencias demasiado profundas de fisiología celular o molecular, literalmente no dejan ningún tipo de enseñanza clínica, que es lo que se hace en la práctica diaria. La idea es tratar de hacer conciencia de no todos los problemas se resuelven con una única especialidad.