

ARCHIVO HISTÓRICO



El presente artículo corresponde a un archivo originalmente publicado en **Ars Medica, revista de estudios médicos humanísticos**, actualmente incluido en el historial de **Ars Medica Revista de ciencias médicas**. El contenido del presente artículo, no necesariamente representa la actual línea editorial. Para mayor información visitar el siguiente vínculo: <http://www.arsmedica.cl/index.php/MED/about/submissions#authorGuidelines>

Reflexiones alrededor del dolor como experiencia personal y profesional

Pedro F. Bejarano, M. D.

Sección Medicina del Dolor

Departamento de Anestesiología. Fundación Santa Fe de Bogotá

Santa Fe de Bogotá, D. C., Colombia

El dolor en una dimensión personal y médica

No es tarea fácil tratar de "textualizar" una definición personal acerca del dolor, pues este es, necesariamente, un concepto ligado al contexto y al momento de la vida en el cual se trata de definir. Guardando proporciones, es tan difícil como resumir todas las vivencias personales en una sola definición, y es que cada una de ellas ha estado en su momento asociada a un contexto específico en el que las propias experiencias pasadas, así como las expectativas futuras, que han modulado o modificado la forma como han sido percibidas dichas vivencias; siendo de esta forma, no existe una circunstancia que pueda ser aplicada absolutamente a todas las demás.

Por si fuera poco, en lo que respecta a una definición personal del dolor, es casi imposible desligar el conocimiento racional (científico) de la forma como se percibe emocionalmente (percepción consciente) el dolor, pues de alguna forma ambos son interdependientes y se influyen recíprocamente en relación con un contexto.

Dada la complejidad de la tarea emprendida, es decir, definir una experiencia tan integral como el dolor, parece necesario o, al menos, aconsejable puntualizar la visión personal de los elementos más importantes que la construyen.

Nocicepción, dolor, adaptación y sufrimiento

Parecería evidente que cuantas más experiencias físicas de dolor (*nocicepción*) hayamos tenido, más nos podríamos acercar a un significado "real" del mismo, pero en realidad no parece existir una correlación tal, pues como nuestra práctica cotidiana permite observar, puede haber pacientes con un tratamiento médico adecuado que han desarrollado dolor crónico, y a través del tiempo han podido aprender, quizá, a adaptarse a él, como también puede haber otros cuya adaptación al dolor ha sido o es imposible por la influencia de factores biológicos y psicosociales diversos.

Con el término *adaptación* al dolor, hago aquí referencia a diferentes procesos: a "manejarlo", refiriéndome en este caso a percibirlo sin presentar mayores manifestaciones conductuales de su presencia, a "no sentirlo", pues a pesar de que el paciente identifica la naturaleza nociceptiva del estímulo que actúa sobre él, el cuerpo no reproduce ninguna manifestación fisiológica de alerta asociada al dolor, y finalmente a "no manifestarlo" con *sufrimiento*, es decir, a no expresar o sentir de forma acusada emociones negativas a consecuencia del dolor (angustia, tristeza, miedo, indefensión, impotencia, etc.)

Las experiencias nociceptivas de quien escribe, derivadas en su mayor proporción de procesos agudos (traumáticos, inflamatorios y neuropáticos), han ido enriqueciendo mi conceptualización del dolor como una experiencia somática con componentes emocionales que condicionan un grado de sufrimiento altamente modificable por las expectativas. Y es que el solo hecho de observar dentro de uno mismo los procesos de sensibilización neurogénica e inflamatoria periférica y notar cómo estos son modificados por los fármacos ingeridos, incrementa la tolerancia al estímulo doloroso, pues al tener la sensación de control durante una experiencia dolorosa, esta última se convierte en un proceso más manejable.

Si bien es cierto que lo anterior hace referencia solamente al papel de las expectativas ante sensaciones "menores" de dolor agudo somático, es una experiencia frecuente el observar que el impacto del dolor en un paciente está, en gran medida, relacionado con la exposición previa que dicho paciente haya tenido a eventos semejantes. Así podemos observar que las personas sometidas a grandes trabajos físicos son generalmente más tolerantes al dolor, siendo menores sus manifestaciones dolorosas que aquellas personas frecuentemente sedentarias, de poca actividad física o de baja exposición a estímulos físicos de esfuerzo, que no han tenido una historia de aprendizaje en relación a estímulos molestos en su organismo, o dicho en términos conductuales, no han experimentado un proceso de inoculación al dolor.

Aparte de lo anterior, existe, sin embargo, un determinante mayor del impacto del dolor en cada individuo, este es la interpretación consciente del dolor experimentado. De ella dependen las consecuencias afectivas de una experiencia dolorosa (a las cuales llamamos "sufrimiento") y esta experiencia por ser subjetiva, es tan personal y única, como individualidades tiene la especie humana, de allí su definición médica:

"El dolor es una experiencia subjetiva producida por un daño tisular, actual o potencial, o descrito en términos de este." (IASP comité de taxonomía 1994.)

Así se ha descrito médicamente una experiencia cuya dimensión solo es definible claramente por quien lo sufre. Considerado el dolor como una experiencia ajena a quien no lo siente, la sensación dolorosa no es posible describirla más que en los términos en que la percepción del paciente lo refleja. Bien por eso dicen que *"el único dolor soportable es el dolor ajeno"*, corroborando así que el componente personal de sufrimiento no puede ser percibido de otra manera que aquella de la solidaridad socioemocional: si alguno de nosotros sintiera en su cuerpo un mínimo del dolor que encara en sus pacientes, difícilmente podría pensar en una forma tan racional y profesional para su solución.

Sufrimiento, solidaridad humana y la profesión médica

Contraria a esta inhabilidad de sentir la nocicepción ajena, es nuestra capacidad de empatizar y en cierta forma experimentar un sufrimiento ajeno, al cual (por designios divinos o por especie) somos todos vulnerables, de alguna manera, siendo posible el percibirlo casi tan vivamente como en el otro. Cuando el dolor ajeno está asociado al sufrimiento, este suele invadirnos hasta llegar a producir dentro de nosotros un sentimiento similar que se hará más grande cuanto más cercana afectivamente a nosotros sea esa persona que sufre.

En esta solidaridad humana se origina probablemente "la razón de ser" de la Medicina como arte de aliviar el sufrimiento ajeno. Aquel que nos invade, fue probablemente el motor más importante para el desarrollo del conocimiento médico. Desafortunadamente, y a través del tiempo, el encuentro cada vez mayor de la "evidencia científica" en cuanto a los agentes, causas y potenciales tratamientos para la enfermedad, hizo que esa motivación de la Medicina, se olvidara del componente subjetivo, perceptual e individual, que ha valido la acusación de que "los médicos se tornan insensibles".

Pero ¿puede un médico ser "insensible" al sufrimiento de su paciente?

Desde un punto de vista técnico, el médico que se centra solamente en los fenómenos orgánicos de su paciente y se distancia de la dimensión personal de quien sufre, pierde la posibilidad enorme de influir en el aspecto único de cada individuo ante el dolor. Cualquiera que sea la razón, bien por ignorancia o, lo que es peor, por esconder su propia debilidad ante el sufrimiento potencial como reflejo de la experiencia ajena, el médico tendrá que entender que el péndulo de la calidad en Medicina se ha equilibrado moviéndose nuevamente hacia la conceptualización de elementos como la psicobiología, calidad de vida, la ética y el alivio del sufrimiento como paradigmas de la calidad en la atención de hoy. La calidad ya no se mide en forma precaria por la "supervivencia" del paciente, sino por el progreso de su dimensión física funcional tanto como la mental.

Saliendo de los aspectos orgánicos del dolor, suelo insistir a los alumnos de la especialización en Medicina del Dolor (Algesiología), en que el secreto de la actitud profesional de esta especialidad está en la capacidad de solidarizarse con el dolor ajeno: "*quien no es capaz de sentir un poco el dolor (sufrimiento) de su paciente, no debería tratarlo*".

Puesto que se trata de una experiencia subjetiva en cada enfermo, la universalidad de esa sensación dolorosa está solamente en el mismo paciente (en términos estadísticos, a pesar de un $n = 1$ la validez de la evidencia es máxima), y por ende, solo acercándonos a él podremos aprender el arte del alivio del dolor. La experiencia profesional del médico no se mide solo por el éxito estadístico de sus tratamientos (muchos de los cuales a través de los años probablemente se demostrarán como insulsos y anticuados), sino por su capacidad de acercarse cada vez mejor al dolor y a esa dimensión humana del paciente.

Además de tratarlo en forma orgánicamente racional, el médico consciente de esta dimensión podrá acompañar y aliviar a su paciente, teniendo a su vez la oportunidad de aprender de él. Cómo prepararse para vivir eventos futuros (pues todos habremos de tener algún dolor o sufrimiento), solo se aprende a través de la actualidad de las experiencias ajenas. El momento de dolor, especialmente el terminal, es siempre un momento en el cual, probablemente, todas las escalas de valores humanos personales cobran su verdadero orden natural.

El dolor en la visión personal del paciente

Cualquier visión personal del dolor es en cierta forma un efecto de la construcción cultural y social que ha tenido significados diferentes a través de todas las épocas. Por consiguiente, a la subjetividad de la experiencia se añade ahora el contexto cultural y social que determina las

manifestaciones que se producen ante un estímulo orgánico nociceptivo. Difícilmente se podría analizar una manifestación dolorosa fuera del contexto cultural: no por la calificación que le dé una sociedad o cultura al fenómeno del dolor, sino por que los diferentes significados atribuidos al dolor como mal temporal, prueba necesaria, método de purificación, etc., han modificado la percepción del sujeto a través de los tiempos, y como definimos anteriormente, ellos pueden elevar o disminuir su capacidad de tolerancia, y por qué no decirlo, modificar acaso sus posibilidades fisiológicas de resistencia.

De esta forma, y aún sin entenderla como el propio paciente, esa visión personal debe calificarse a través de sus dimensiones subjetiva verbal (el reporte verbal), de los hallazgos al examen (la respuesta al estímulo), así como los aspectos conductuales (la conducta motora manifiesta) y los cognitivos y emocionales que rigen sus respuestas al dolor. Así, la sola descripción verbal del paciente no basta, ya que intimidado por muchas circunstancias, su encuentro con el médico suele estar lleno de variables situacionales que pueden hacer modificar su reporte y, tal vez, hacerle creer al médico que está mejor o peor según la circunstancia y expectativas.

Todos los elementos anteriores suelen identificarse como el dolor mismo para guiar los efectos de un tratamiento específico, pero más allá de estas descripciones "orgánicas", el significado del dolor, sobre todo en sus formas crónicas y, más importante aun, en las fases terminales, tiene un contexto totalmente diferente para el paciente, pues la afección somática que produce la nocicepción es solo una dimensión del dolor y sufrimiento que experimenta el ser humano en esas situaciones.

Y así debe igualmente ser para el médico: la medicina paliativa también nos ha enseñado que el alivio farmacológico del dolor solo representa una parte, y acaso en ocasiones la menos relevante en el sufrimiento del paciente que muere. El profesional bien estructurado en el arte de la Medicina debe aprender a discriminar bien en esta situación que los componentes orgánicos del sufrimiento son determinantes parciales del bienestar global del paciente, y que los componentes psicoafectivos y espirituales determinan de igual forma su calidad de vida. La falta de entrenamiento en estas áreas no es óbice para que el médico, como centro de la atención especializada en dolor, no esté obligado a detectar estos fenómenos y dirigir al paciente hacia un tratamiento adecuado.

Pero ¿cómo ve el paciente su propio dolor?, y más importante aun, ¿qué espera del médico? Como mencionamos arriba, la percepción del dolor está fuertemente influenciada por las experiencias subjetivas del paciente y por su contexto cultural, pero a la urgencia orgánica de su necesidad de alivio (que podría llegar a ser la misma para todo aquel quien lo sufre), sigue la significación personal de dicho dolor, la cual genera otras necesidades que el paciente también desea que sean aliviadas por el médico: la ansiedad motivada por el desconocimiento y el miedo a la enfermedad, así como el miedo al dolor mismo. Aquí radica probablemente uno de los problemas mayores de la "masificación" de la medicina y de la deshumanización (entendida aquí como la tecnificación exagerada) de su enseñanza, que reduce tanto el tiempo de interacción médico-paciente, como la capacidad médica de reconocer y manejar la dimensión biopsicosocial de las enfermedades, pero en particular la del dolor.

El dolor ajeno como experiencia personal del médico

Vida laboral cotidiana y dimensión humana del pensamiento médico

Para cualquier persona en edad laboral, la frivolidad de la vida cotidiana de nuestro siglo, especialmente en la etapa más productiva de la vida, ofrece una problemática que ocupa todos los espacios del día dejando lo poco que resta a la jornada casi exclusivamente al descanso. Es así como la utilización del tiempo libre suele estructurarse para labores de mantenimiento físico (acaso algo de ejercicio), labores de casa por demás necesarias, y desafortunadamente cada vez con más duración al "entretenimiento" pasivo de las pantallas (películas, noticias y hasta Internet como pasatiempo), teniendo como resultado un alejamiento progresivo de los procesos de introspección y análisis de su "vida interior" (la dimensión humana del pensamiento).

Para el médico, sin embargo, la oportunidad cotidiana de estar cerca de experiencias vitales asociadas al sufrimiento físico y afectivo de los pacientes ofrece la oportunidad única de mantener el contacto con una dimensión humanística (o por lo menos socializada) y en cierto sentido también espiritual (pues sus propios conceptos y experiencias humanas son la base del soporte que en ese sentido pueda darle a sus pacientes). Como resultado, esta situación amplía potencialmente su horizonte cultural, social y filosófico, lo que había sido tradicionalmente una característica del nivel sociocultural con que se ha identificado a través de muchas épocas nuestra profesión.

Contrario a lo que se pudiera esperar, los procesos de "tecnocratización" y los vicios epidemiológicos de la "socialización" de la Medicina, han forzado al médico a perder su *Ars Medicinalis* al limitar la interacción médico-paciente a un tiempo reducido en favor de un mayor número de pacientes tratados, y convertir la profesión y el análisis clínico en puro control de enfermedades y en práctica defensiva en contra de potenciales demandas legales. Todo ello ha ido reduciendo el horizonte humanístico del pensamiento médico, y es aquí donde el acercamiento al dolor ajeno, pero especialmente al sufrimiento del paciente, es uno de los pocos contactos que puede enriquecer progresivamente la vida del médico, lo cual a su vez revertirá en una mejor calidad humana disponible para el apoyo del enfermo.

La relatividad de las escalas de valores y los valores de las escalas ante el dolor

A través de la vida de todo individuo, y dependiendo de su contexto sociocultural y educativo, se van generando diferentes escalas de valores con las que la persona orienta su interacción con la sociedad y consigo mismo. Estos valores, que a través de la educación ética y moral de la antigüedad se nos han presentado como un estándar de aquellas épocas, probablemente entonces igual que hoy, solo reflejan el pensamiento y filosofía de las elites de aquellas sociedades, sobre las cuales la historia ha revelado cómo, frecuentemente, vivían en una práctica opuesta o, cuando menos, relativa a aquello que predicaban a sus iletrados pueblos.

Cualesquiera que sean las épocas o las sociedades, todos los valores de nuestra cultura en la universalidad de cada individuo se hacen relativos frente al dolor y al sufrimiento: es solo en este momento, pero especialmente cuando el paciente se siente cerca a la muerte, que los pacientes que han seguido un proceso adecuado de control de síntomas y del duelo, se acercan a la verdadera escala de valores que ha gobernado su vida en forma independiente de las necesidades primarias de su circunstancias. Es asombroso el ver cómo cada paciente en su nivel de desarrollo

expresa y comparte, a través de una mirada retrospectiva a su propia vida, la sabiduría que muchos quisiéramos aprender para el curso de nuestra vida personal y profesional.

Tal vez lo más gratificante que un médico enamorado del arte de la Medicina puede encontrar en su práctica está allí, cuando al lado de un paciente podemos entender que esa situación existencial en la que unos más cerca que otros estaremos en el futuro, todos los valores vividos, por buenos o malos que hayan sido, se resumen en un solo orden en el que todos somos iguales. Probablemente si tuviéramos la oportunidad de una segunda vida, aquello que practicamos y aquello que enseñamos, seguramente, estaría tan cerca del espíritu del paciente como hoy lo está de los trastornos de su cuerpo, y tan cercano a su dolor como al propio nuestro.