

EL MANEJO DEL DOLOR; ASPECTOS BIOÉTICOS

*Dra. Dulce María Martínez López
Médico Psiquiatra adscrito al Servicio de Psicooncología
Instituto Nacional de Cancerología
dulce1959@tutopia.com*

*...Mas sabe Dios que el día que comiereis de él,
serán abiertos vuestros ojos, y seréis como Dioses
sabiendo el bien y el mal. (Gn. 3:5)
...A la mujer dijo: "multiplicaré en gran manera tus dolores
y tus preñeces; don dolor parirás los hijos; y tu marido
será tu deseo, y él se enseñoreará de ti"
y al hombre dijo: "por cuanto obedeciste a la voz de tu mujer,
y comiste del árbol que te mandé diciendo, no comerás de él;
maldita será la tierra por amor de ti; con dolor comerás de ella
todos los días de tu vida"(Gn. 3: 16-17)*

EL MANEJO DEL DOLOR; ASPECTOS BIOÉTICOS

Resumen

Desde los albores de la humanidad el dolor y la ansiedad han acompañado al ser humano, y el deseo de éste por controlarlos ha sido el motor del desarrollo social. Por un lado, la sublimación psicológica de ambos ha permitido el desarrollo socio cultural: las religiones, la cultura, las ciencias en general y la medicina en particular tienen su origen en el deseo de evitar o al menos controlar éstos sentimientos. En el presente, nuestra visión de la vida, la muerte, la enfermedad y el dolor es una amalgama de ideas y creencias. En la actualidad, tanto los adelantos médicos como la Bioética plantean la importancia de que el paciente participe activamente de su tratamiento, lo que en ocasiones acarrea conflictos tanto de índole filosófico como pragmáticos.

Es necesario un conocimiento médico mínimo suficiente para la población en general, para que en situación de enfermedad el paciente pueda participar en la toma de decisiones de una manera racional y no dejarse influenciar por el desconocimiento, por ideas irracionales, ni por el medio.

Por otro lado es necesario que el personal sanitario tenga una formación humanística que le permita cubrir todas las necesidades del enfermo, la familia y el equipo terapéutico, que posean los conocimientos, las habilidades y las actitudes imprescindibles para tratar a todo tipo de pacientes.

Palabras clave: Dolor, bioética, beneficencia, autonomía, justicia.

PAIN MANAGEMENT AND BIOETHICS

Abstract

From the begging of humankind the pain and the suspense they happen accompanied at the being of humankind, and the desire from this through seize control of, it has been the engine of the development sociality, on the one hand the sublimation psychological than both she has permitted the development partner cultural: the Religions, the refinement, the sciences in general and the medicine on particular they have his source on the desire than shun or at the less seize control of these regrets. On the reality, our vision of the life, the death, the sickness and the pain she is a amalgam than thoughts and beliefs. On the reality so much the advances physicians sort of the Bioethics nursery the significance of which the patient parteciple actively than his treatment, whatever on opportunities result in conflicts so much than nature philosophical sort of pragmatic. She is requisite a knowledge physician minimum sufficient to the population in general, to than on situation than sickness the patient it can participate on the hydrant than decisions than one way rational and no allow oneself influence by the not, through thoughts irrational , not by the half. Otherwise she is requisite than the personal sanitary I may have a formation humanistic than him she allows top all the necessities of the sickly, the family and the team therapeutic, than time exposure the knowledge, the skills and the attitudes necessary to try for all rate than patients.

Key Words: Pain, bioethics, beneficence, self-rule, righteousness.

Inicio

La enfermedad es una parte intrínseca de todos los seres vivos; el grado de enfermedad y los procesos regenerativos ante ésta varían de acuerdo a la complejidad somática de cada ser vivo. Así, los organismos unicelulares responden alejándose del estímulo nociceptivo, las plantas tienen mecanismos reparadores, y los mamíferos más evolucionados llegan incluso a mostrar conductas de ayuda entre los elementos del grupo.

El ser humano tiene la más complicada forma de enfermar, ya que su sistema nervioso, con sus múltiples interconexiones, lleva la información nociceptiva a todos los sistemas del organismo, además de hacer una interpretación personal del dolor, la convierte en una sensación auto consciente; es decir, le permite “padecer” el dolor propio y el de otros individuos de su especie, y ser empático con el sufrimiento.

Desde los albores de la humanidad el dolor y la ansiedad han acompañado al ser humano, y el deseo de éste por controlarlos, ha sido el motor del desarrollo social. Por un lado la sublimación psicológica de ambos ha permitido el desarrollo socio cultural: las religiones, la cultura, las ciencias en general y la medicina en particular tienen su origen en el deseo de evitar o al menos controlar estos sentimientos.

Entre el hombre de Neandertal y el hombre de Cro-Magnon se puede ubicar el desarrollo de un sistema de creencias mágicas que permitían entender la vida, la enfermedad y la muerte como producto de fuerzas superiores, irracionales e incomprensibles para ellos.

Durante los 300,000 años que nos separan del hombre de Cro-Magnon, el entendimiento de las vicisitudes de la vida ha sufrido grandes cambios. En el entendimiento del dolor hemos pasado desde una visión místico religiosa del hombre primitivo que se mantuvo hasta el medioevo; mientras que en el seno cristiano el dolor ha sido visto como un agente purificador, capaz de redimir; en los siglos XVIII y XIX pasó a ser visto como un valor destinado a la conservación de la especie.

Desde el siglo XIX, la ciencia se ha desarrollado a pasos agigantados; en medicina se lograron cambios espectaculares: desde el surgimiento de la asepsia y antisepsia hasta el advenimiento de las unidades de cuidados intensivos, a mediados del siglo XX, provocando una visión triunfalista en la atención del sujeto enfermo. No obstante, en la década de los 70's del siglo pasado se hizo evidente la necesidad de dar más importancia al sujeto que al objeto de la medicina.

En la actualidad, nuestra visión de la vida, la muerte, la enfermedad y el dolor es una amalgama de ideas y creencias. En algunas áreas del conocimiento han surgido teorías naturalistas para entender la vida, la enfermedad y la muerte, pero continuamos con algunas creencias irracionales que condicionan nuestra conducta ante la enfermedad, propia o ajena.

Aun en la actualidad algunas enfermedades evocan a nuestro subconsciente ideas “primitivas”:

- Pensamos en el cáncer como un castigo por faltas pasadas.
- Sufrimos el dolor como forma de expiar culpas.
- Creemos que el SIDA es un azote de Dios por vivir en una sociedad impía, etc.

Pensamientos todos ellos que matizan nuestra actuación en el campo de la salud enfermedad, tanto si jugamos el rol de paciente, de médico o como parte de la sociedad.

Antecedentes

La OMS ha definido la salud como el estado de completo bienestar bio-psico-social, queda implícita una visión del hombre como una unidad compuesta por los aspectos biológicos (orgánicos) psicológicos (mentales, espirituales, axiológicos) y socioculturales (la cosmovisión compartida por el núcleo social en la que se circunscriben creencias, mitos, etc.)

No obstante, cuando revisamos la bibliografía médica respecto del tratamiento de cualquier síntoma o síndrome nos percatamos de la total ausencia de un tratamiento holístico, cuando mucho se hace referencia a la interrelación que el síntoma en cuestión tiene con factores emocionales, ambientales y cognitivos.

Esta visión parcializada del hombre enfermo tiene repercusiones importantes cuando se atiende a pacientes que sufren una enfermedad que cursa con dolor, ya que frecuentemente se minimiza la importancia del control de éste, manteniendo el énfasis del tratamiento en la curación de la enfermedad.

La Medicina tiene en la actualidad la ineludible tarea de replantear al hombre enfermo como un todo, enfocándolo siempre en sus relaciones de interdependencia entre su mundo interno (creencias, valores, sentimientos, etc.) y su realidad externa (rol familiar, social, creencias culturales, etc.).

Aun cuando desde la antigüedad hubo un ejercicio de evaluación del quehacer médico: la ética médica; filosófica en ocasiones, dogmática en otras, se basaba en tradiciones religiosas particulares.

Es en 1970 cuando surgió la Bioética como una propuesta filosófica secular, que aborda en su análisis no solo el quehacer médico, incluye también el ejercicio profesional de otros profesionales sanitarios; estudia la actitud del paciente en su relación con la enfermedad y con el personal de salud; incluye también el estudio de aspectos ontológicos, semánticos y ecológicos.

Bioética, problemática actual

En la actualidad tanto los adelantos médicos como la Bioética plantean la importancia de que el paciente participe activamente de su tratamiento, lo que en ocasiones acarrea conflictos tanto de índole filosófico como pragmáticos. En el tratamiento de las enfermedades agudas el consenso es que se deben agotar los recursos físicos y emocionales para revertir los síntomas y alcanzar la curación del paciente con la subsiguiente inserción a la vida productiva del paciente.

El gran problema bioético de la práctica médica se presenta en la atención de los pacientes con enfermedades crónico degenerativas, las cuales son progresivamente desgastantes y provocan un deterioro de la funcionalidad del paciente, con un pronóstico sombrío para su inserción a la vida productiva, y depletan los recursos tanto familiares como sociales.

En lo referente al tratamiento del dolor debemos diferenciar no sólo en cuanto a la intensidad del dolor; también es importante la diferencia entre dolor agudo y dolor crónico y en el terreno subjetivo de los actores del acto médico aparece la importancia del significado de la enfermedad subyacente.

Así, algunas enfermedades como el cáncer en etapa terminal o el SIDA provocan un conflicto de intereses: por un lado se encuentra el derecho jurídico de ser protegido de una enfermedad degradante e incapacitante, situación que obliga al sistema sanitario a proporcionar atención global e intensiva para el control sintomático de la enfermedad, de acuerdo con el principio de justicia.

La OMS ha dictado los criterios indispensables para un buen control del dolor:

1. Educación de los profesionales de la salud, el público en general y administradores hospitalarios en el control del dolor.
2. Disponibilidad de fármacos y un sistema de distribución eficiente y seguro.
3. Cambios en las legislaciones y regulaciones que supriman las disposiciones que interfieren con el uso adecuado de opioides potentes.

No obstante la visión que el paciente tiene para el uso de ciertos fármacos, ésta puede estar alterada por creencias como:

- El uso de medicamentos para el dolor evidencia una personalidad débil.
- El uso de medicamentos para el dolor provoca que el paciente se “vuelva adicto a ellos”.
- El dolor es una prueba que Dios nos pone, y debemos sufrirla para el perdón de nuestras faltas.

Aun así, existe el derecho que el paciente tiene a decidir por sí mismo en un asunto privado, por lo que algunos pacientes pueden optar por solicitar la suspensión de todo ejercicio médico para el control de la enfermedad e incluso preferir suspender tratamientos de apoyo para el control de síntomas tales como el dolor.

La ética personalista en una postura filosófica de tipo paternalista plantea la necesidad de trabajar en bien del paciente, de acuerdo con los postulados médicos del momento: así un paciente que tiene dolor debe ser tratado aunque el tratamiento utilizado esté en contra de sus deseos y valores, privilegiando el principio de beneficencia.

Los detractores de esta postura plantean que un ejercicio paternalista de la medicina niega la individualidad del ser humano, subrogando los valores y deseos del paciente a otros valores externos a él que pueden ser incluso contrarios a los suyos.

La ética liberal basada en la filosofía utilitarista de Mill, en cambio, plantea que una persona conciente, debidamente informada es capaz de tomar decisiones incluso contrarias a las sugeridas por los expertos. Así el paciente con dolor o cualquier otro síntoma puede rehusar un tratamiento argumentando sus propios deseos y valores, privilegiando el principio de autonomía.

La propuesta ética liberal, así planteada, permite una visión holística del paciente, acercando la atención médica a una práctica tendiente a conseguir el bienestar bio–psico–social planteado por la OMS.

No obstante, para poder ejercer una práctica médica de calidad, enmarcada en los presupuestos filosóficos liberales, se debe alcanzar cierta madurez en la población, tanto en los prestadores de servicios de la salud como en los usuarios.

Conclusiones

Es necesario un conocimiento médico mínimo suficiente destinado a la población en general, para que en situación de enfermedad el paciente pueda participar en la toma de decisiones de una manera racional y no dejarse influenciar por el desconocimiento, por ideas irracionales, ni por el medio.

Otro aspecto que frecuentemente influye en la toma de decisiones es el económico, por lo que es deseable la mejora en el ingreso económico de nuestro pueblo.

Se debe implantar un acceso a la educación, ya que los aspectos previamente mencionados están en estrecha relación con el nivel cultural de una nación.

Por otro lado, es necesario que el personal sanitario tenga una formación humanística que le permita cubrir todas las necesidades del enfermo, la familia y el equipo terapéutico, que posean los conocimientos, las habilidades y las actitudes imprescindibles para tratar a todo tipo de pacientes. Sólo cuando se cumplan los presupuestos previos tendremos una atención sanitaria de calidad.

Bibliografía

ALVAREZ, T. "La muerte en la cultura occidental. Aproximación al trabajo de morir", *Revista Universidad de Antioquia* n° 264 / Abril-Junio 2001.

ENGELHARDT, T. *Los fundamentos de la Bioética*, Paidós, 1995.

GALA LEÓN, F. J. "Sobre las concepciones de la muerte".en: *Revista ROL de Enfermería*. n° 159. 1991.

GARCIA, A. *Historia de la Medicina*. Interamericana, McGraw- Hill, 1987.

GOMEZ SANCHO, M. *Cuidados Paliativos e intervención psicosocial en enfermos terminales*. ICEPSS. 1999.

GONZALEZ, J. *El Ethos, destino del hombre*, Fondo de Cultura Económica, 1997.

GRACIA, D. *Fundamentos de Bioética*, Eudema, 1989.

MIRA Y LOPEZ, E. *Cuatro gigantes del alma*, Lidiun, 1994.

PLANCARTE, R y MAYER, F. *Manual de alivio del dolor y cuidados paliativos en pacientes con cáncer*, McGraw-Hill, 2003.