



AMEG

www.amegmadrid.org

REVISTA DE
ENFERMERÍA
GERONTOLÓGICA

Nº 14 - Noviembre 2010

ASOCIACIÓN MADRILEÑA DE ENFERMERÍA GERONTOLÓGICA

**Dolor y ancianidad
en el Mundo Antiguo**

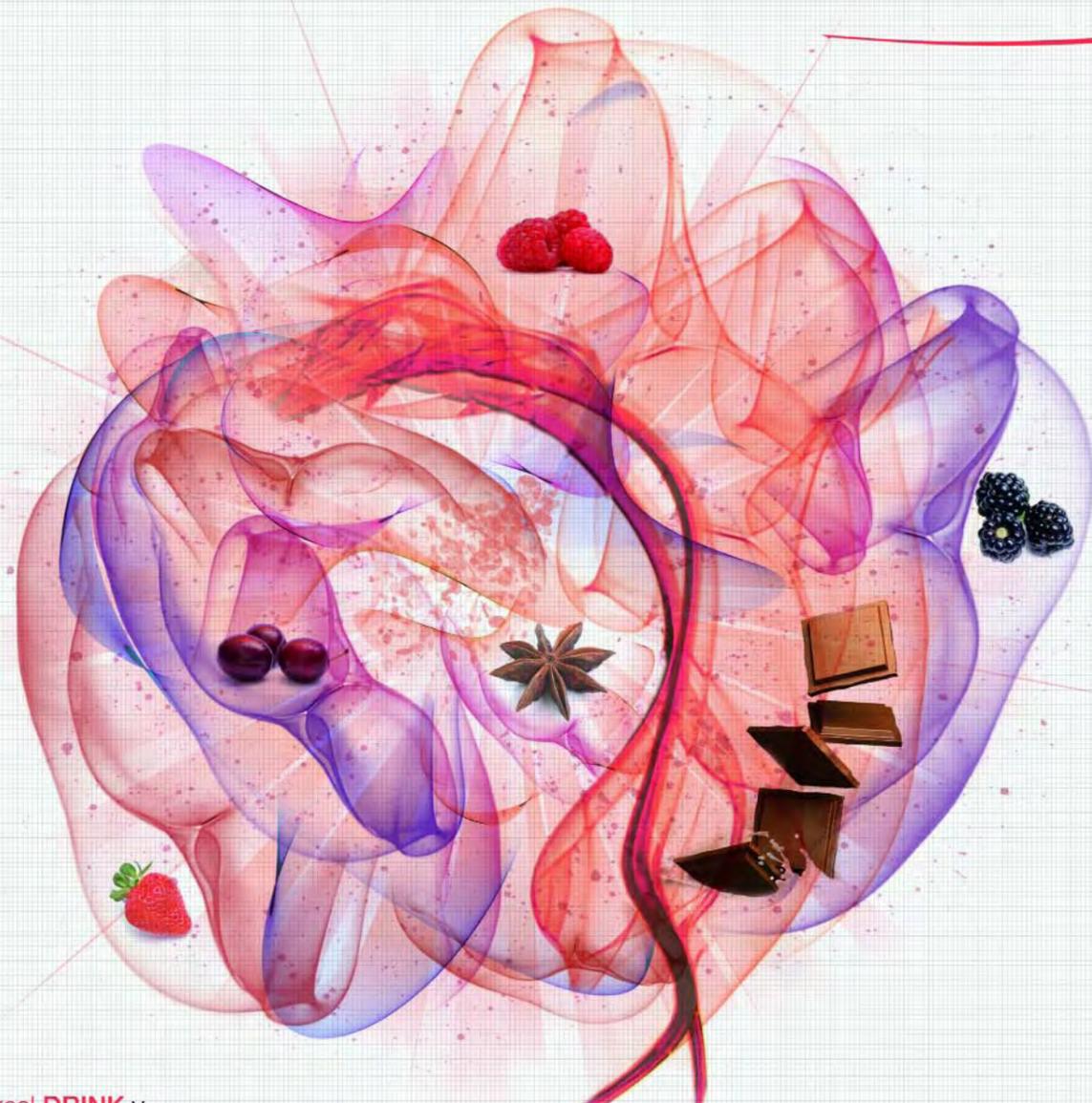
**Abordaje no farmacológico
del dolor crónico:
terapias
complementarias**

**Humanizar
el abordaje
del dolor
y del sufrimiento**



**Convivir con
el dolor**

Saber concentrar la máxima energía
con todo el sabor



Nuevos
Fresubin® 2 kcal DRINK y
Fresubin® 2 kcal fibre DRINK

Le presentamos la solución concentrada a las necesidades energéticas de los pacientes: la nueva gama de Fresenius Habi con un **elevado aporte energético y proteico en el mínimo volumen**. Todo ello, sin renunciar al sabor, factor clave en la adherencia al tratamiento. **Fresubin® 2 kcal DRINK** y **Fresubin® 2 kcal fibre DRINK** son una combinación perfecta entre organolepsia y nutrición, ayudando así en el tratamiento de la desnutrición energético-proteica. Sus excelentes sabores, entre ellos el **chocolate** (único en el segmento con fibra), así como su revolucionario envase, completan una **gran novedad** para seguir mejorando, un poco más, la calidad de vida de sus pacientes.



REEMBOLSABLE
por el S.N.S

Producto financiable según los criterios recogidos en el Real Decreto 1030/2006 del Ministerio de Sanidad y Consumo en el que se establece la regulación de la NED en el SNS.

FRESENIUS KABI
caring for life



AMEG

REVISTA DE
**ENFERMERÍA
GERONTOLÓGICA**

Núm. 14
Noviembre 2010

ASOCIACIÓN MADRILEÑA
DE ENFERMERÍA GERONTOLÓGICA

www.amegmadrid.org

CONSEJO DE REDACCIÓN
PRESIDENTE
Eduardo Seyller García

DIRECTORA
Carmen Berenguer Bort

REDACCIÓN
Eduardo Seyller García
Manuel Gil Vallejo
M^a Teresa Rodríguez Díaz
Cristina Fernández Guardia
Luis Miguel Novillo Briceño
Marilía Nicolás Dueñas
Antonio Peñafiel Olivar
Juan Manuel Cuñarro Alonso
Elías Martín Moreno

DISTRIBUCIÓN:
En todos los centros de
la Comunidad de Madrid
y este número, en algunos de
México, Colombia, Chile y Argentina

EDITA:
**ASOCIACIÓN MADRILEÑA
DE ENFERMERÍA GERONTOLÓGICA**
Colegio de Enfermería de Madrid
Avda. de Menéndez Pelayo, 93
28007 Madrid
Tel./Fax 91 501 73 61
Correo-e: ameg@amegmadrid.org

DISEÑO Y PREIMPRESIÓN
EDICIONES MARAÑÓN
Tel. 918 921 097

IMPRESIÓN:
Fiselgraf

DEPÓSITO LEGAL
M-29365-2000

El criterio que publicamos en los distintos artículos de este informativo es de exclusiva responsabilidad de sus autores y no expresan necesariamente la opinión que pueda tener la Dirección y el Editor.

SUMARIO

05 CONVIVIR
CON EL DOLOR
CARMEN BERENGUER BORT

07 CUIDADOS DOLOR Y ANCIANIDAD
EN EL MUNDO ANTIGUO
ALFONSO LÓPEZ PULIDO

21 VIII JORNADA AMEG
DOLOR EN EL ANCIANO
ALBERTO LÓPEZ ROCHA

24 VALORACIÓN DEL DOLOR
EN LA DEMENCIA
ANTONIO PEÑAFIEL OLIVAR

28 DOLOR EN LA DEMENCIA:
VISIÓN DE LA FAMILIA
DR. DOMINGO PALACIOS CEÑA

34 VALORACIÓN-EVALUACIÓN
DEL DOLOR EN LOS ANCIANOS
LORENA MONTEALEGRE INIESTA

39 LA OTRA CARA DEL DOLOR:
INCONTINENCIA
M^a TERESA RODRÍGUEZ DÍAZ

47 ABORDAJE NO FARMACOLÓGICO DEL DOLOR CRÓNICO:
TERAPIAS COMPLEMENTARIAS
M^a LOURDES CASILLAS SANTANA

58 MITOS Y CONCEPTOS ERRÓNEOS
EN EL USO DE OPIOIDES EN EL DOLOR TOTAL
D^a PAZ GATELL MAZA

67 DOLOR VIVIENTE
Y RESILIENCIA
GERÓNIMO ACEVEDO

72 HUMANIZAR EL ABORDAJE DEL DOLOR
Y DEL SUFRIMIENTO
JOSÉ CARLOS BERMEJO

76 EL SENTIDO
DEL SUFRIMIENTO
MARÍA ISABEL NEGRETE REDONDO

81 EL MODO HUMANO
DE ENFERMAR
SANTIAGO MUÑOZ GUILLÉN

92 CONCLUSIONES
DE LA JORNADA
CRISTINA FERNÁNDEZ GUARDIA



NORMAS DE PUBLICACIÓN

de colaboraciones
en la revista

La Revista de Enfermería Gerontológica es un medio de comunicación profesional entre los asociados de la Asociación Madrileña de Enfermería Gerontológica y publica los trabajos relacionados con la profesión que su consejo de redacción considere relevantes.

Los trabajos pueden ser enviados a la dirección de la Asociación en Avenida de Menéndez Pelayo nº 93, 3ª planta. 28007 Madrid y a la dirección de correo electrónico:

e-mail: ameg@amegmadrid.org

Los trabajos, opiniones, comunicaciones y anuncios, podrán ser enviados a cualquiera de las secciones de la revista: Cartas al director, Formación continuada, Actualidad científica, Gerontología y sociedad, Gestión y recursos para nuestros mayores y Tablón de anuncios.

Los trabajos originales deben ser inéditos y no deben haberse presentado simultáneamente a otras publicaciones. Seguirán las normas de publicación de revistas biomédicas de *Vancouver*.

Una vez aceptada su publicación el trabajo pasará a ser propiedad de la ASOCIACIÓN MADRILEÑA DE ENFERMERÍA GERONTOLÓGICA y su reproducción deberá ser autorizada por escrito.

Los trabajos se presentarán impresos en soporte de papel a doble espacio en formato DIN A-4, en castellano, las páginas deberán ir numeradas no pudiendo exceder de 10 folios, incluyendo un resumen no mayor de quince líneas y una lista de palabras clave, de la que se podrá incluir una versión en inglés. También deberá incluirse una versión en formato digital, preferentemente en Word. Las imágenes, tablas y figuras en formato TIFF (resolución 300 dpi) si van insertadas en el texto y para garantizar una reproducción de calidad, es necesario enviar los originales en papel o diapositiva color. En página de título se deberá incluir la sección donde quiere que se publique, el título del artículo, nombre completo del autor o los autores, titulación, centro de trabajo, dirección, teléfono de contacto del autor principal y una fotografía tamaño carnet.

EDITORIAL

Convivir con el dolor

Carmen Berenguer Bort
Directora de la revista

Pero ¿qué es en esencia el dolor? ¿Cuál es su significado profundo? ¿Cómo interpretarlo? He aquí una gran pregunta sin respuesta. No basta decir superficialmente que es un proceso adaptativo de selección natural que nos avisa de un peligro vital.

El sufrimiento, entendido como un dolor moral, es uno de los temas centrales de la comprensión de nuestra existencia. El sufrimiento tiene numerosas formas de expresión y una de las más radicales es la angustia. El tema del sufrimiento y el dolor es un tema universal, inseparable de la vida terrena de todos los seres humanos, y, en momentos de catástrofes de la naturaleza que dejan pérdidas de seres queridos y de bienes materiales, se hace más imperiosa la necesidad de abordar la reflexión sobre el sufrimiento-dolor.

El dolor y el sufrimiento impregnan de manera indeleble la existencia humana y plantean nuevas interrogantes a la gran incógnita del vivir. El dolor y el sufrimiento nos acompañan desde que nacemos hasta que morimos. Están siempre allí, a nuestro lado. Nos recuerdan nuestra precariedad humana, pero son fuente también de inspiración y de grandeza. Espero que el haber experimentado personalmente y en forma significativa el dolor y el sufrimiento me ayudará en la difícil tarea.

No es nuestro propósito referirnos a los extensos y profundos trabajos sobre fisiopatología del dolor o psicología del sufrimiento, sino limitarnos a una visión de los aspectos preferentemente humanistas del tema. Conviene, desde luego, precisar algunos conceptos básicos. Aunque el ser humano es una unidad indisoluble, frente al dolor se expresa como una dualidad. Así, distinguimos el dolor del sufrimiento.

El primero, el dolor, es una sensación aflictiva que afecta a nuestro cuerpo en forma localizada y definida. Es un displacer corporal localizado. Es una sensopercepción material, que tiene un presente y que en sus características es similar a lo que le ocurre a otros individuos. Es en esencia, repetimos, una sensopercepción y, por lo tanto, un fenómeno neurológico donde intervienen receptores de estímulos, nervios sensoriales, con fibras especializadas en la conducción, neurotransmisores, neuromoduladores y centros ubicados en el tronco cerebral y en el encéfalo.

La Asociación Internacional para el estudio del dolor lo ha definido como: «una expe-

**Aunque el ser humano es una unidad indisoluble,
frente al dolor se expresa como una dualidad.
Así, distinguimos el dolor del sufrimiento.**

riencia sensorial y emocional desagradable, asociada a un daño tisular existente o potencial, o descrita en términos de ese daño».

A su vez, el psiquiatra español Enrique Rojas, autor de un notable libro titulado *Una teoría de la felicidad*, distingue: «El dolor tiene un sentido físico y el sufrimiento un sentido metafísico».

El primero nos invita a reflexionar sobre el cuerpo; el segundo suscita preguntas más profundas y existenciales. Suelen distinguirse dos tipos de dolor, a los cuales nosotros creemos conveniente agregar un tercero: los dos primeros son el dolor agudo y el dolor crónico. El dolor agudo, como el provocado por una herida, una quemadura, una cefalea, una apendicitis aguda, etc., se caracteriza por su precisa localización corporal, por una

intensidad inicial relativamente alta y por una duración limitada. Generalmente tiene un carácter episódico y es controlable eficazmente por terapia, sin generar necesariamente un marcado sufrimiento moral. Desde un punto de vista médico es un síntoma, habitualmente importante en el diagnóstico. No requiere de una implementación médica especial para su manejo, estando a cargo del médico general.

Diferente es la situación del dolor crónico, es decir aquel que se prolonga o se repite en plazos prolongados de tiempo y que, por definición, es rebelde a los tratamientos habituales. Como ejemplo característico tenemos algunos dolores asociados a cánceres avanzados o a severos cuadros reumatológicos. A diferencia del dolor agudo, el dolor crónico es

Saúl Claudel añade que

«El dolor es una presencia que exige la nuestra; es como una mano que nos ha atrapado».

El dolor nos roba la atención, es demandante y desobediente.

Algo que se nos incorpora, que se nos agrega penosamente y genera en nosotros una necesidad de interpretarlo, de darle algún significado. Es demandante de un sentido.

con frecuencia menos precisamente localizado, suele ser referido y se asocia a sufrimiento moral. Desde un punto de vista médico se le considera más que un síntoma, una enfermedad y, en la actualidad y en la mayoría de los países, es tratado, en los casos rebeldes en centros o clínicas especializadas con terapéuticas sofisticadas.

Como decíamos, es necesario buscar más profundamente su sentido más radical. Laín Entralgo ha señalado cuatro situaciones que explican comprensivamente la naturaleza de la enfermedad y que son aplicables al problema del dolor: la culpa y castigo, el azar, el desafío y la prueba.

El dolor es una posesión. Saúl Claudel añade que «es una presencia que exige la nuestra; es como una mano que nos ha atra-

pado». El dolor nos roba la atención, es demandante y desobediente. Algo que se nos incorpora, que se nos agrega penosamente y genera en nosotros una necesidad de interpretarlo, de darle algún significado. Es demandante de un sentido.

Vivencialmente el sufrimiento es carencia, mientras que el dolor es adición. Si el sufrimiento es ausencia, parece lógico que en la base de su tratamiento pueda existir el apoyo y soporte psiquiátrico, tratando de aportar aquello que le falta al paciente. El sufrimiento es siempre estrictamente individual. Si hay dolores físicos que se asemejan en sus características de intensidad en distintos individuos, esto no ocurre en el sufrimiento moral. Este último es siempre propio, único e irrepetible.

Resumiendo, desde un punto de vista descriptivo, podemos decir que el dolor es la molestia limitante que involucra una amenaza corporal, debida a una anomalía que nos aísla y que reclama un significado.

El dolor y el sufrimiento son creativos. Misteriosa y paradójicamente, inspiran y han inspirado al poeta, al literato, al músico, al pintor, al escultor y, en otro orden de cosas, alimentan la fe y la esperanza del creyente. Porque la fe es el arma fundamental para derrotar el dolor y el mal. El maestro Eckhart dirá que el camino que con más rapidez nos lleva a la perfección es el sufrimiento y San Juan de la Cruz destacará el valor del sufrimiento en los siguientes versos:

«Quien no sabe de penas en este valle de dolores no sabe de cosas buenas ni ha gustado de amores».

Y para terminar, como dijera Aristóteles:

«Asistir a un dolor ficticio de otros nos lleva a un desahogo de pasiones».



Dolor y ancianidad en el Mundo Antiguo

Alfonso López Pulido
 Doctor en Historia. *Universidad Complutense de Madrid*
 Licenciado en Filosofía y Letras. *Universidad de Valladolid*
 Miembro del GIESHAM. *Universidad de Los Andes*
 Profesor Invitado. *Universidad Carlos III de Madrid*
 Director del IES-SIES *Carpe Diem* (Chinchón-Colmenar de Oreja)

A mi colega y amigo el profesor Homero A. Calderón Rondón.

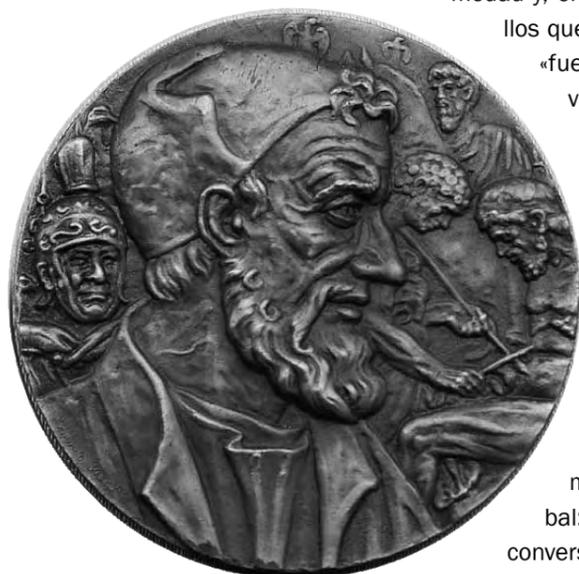
Introducción

El tratamiento del dolor aparece disperso en los escritos de los autores antiguos, sobre todo en los de los filósofos, pero también en aquéllos que trataron de teorizar sobre las enfermedades. Dado que se trata de algo tan propio del hombre y en tan estrecha relación con el sufrimiento, no fue ajeno a las preocupaciones de los pensadores y de los que se ocupaban de los cuidados de la salud. Sin embargo, nuestro conocimiento sobre las obras de la Antigüedad es muy fragmentario y nunca podremos saber con certeza cuántas obras se perdieron y cuántos autores nos son totalmente desconocidos. No obstante, pondremos de relieve distintos testimonios que nos mostrarán las opiniones y conocimientos de griegos y romanos.

A pesar de estar este tema, el del dolor, diseminado en diferentes escritos, podemos decir que en algunos tiene una total carta de naturaleza. Así, en Cicerón, en sus *Tusculanas* o *Debates en Túsculo*, los libros II y III —de los cinco de los que consta la obra— están dedicados al modo de tolerar el dolor y a la forma de hacerlo llevadero.

Plutarco, en su tratado *Consejos para preservar la salud*, apenas si recoge problemas médicos sólo abordables desde un punto de vista puramente sanitario, dominando en cambio los consejos y recomendaciones relacionados con una dieta adecuada para conseguir una vida saludable, que, siguiendo la línea del pensamiento plutarqueo, constituirá un soporte de inapreciable valor para el desarrollo espiritual del hombre.

De igual forma, en Galeno, que recoge ideas de Hipócrates, el dolor fue objeto de un amplio tratamiento puesto que lo consideraba un elemento de la mayor importancia. Debemos tener en cuenta que el recurso básico en la praxis de los cuidados era, para Galeno, la exploración del cuerpo del enfermo, en la que, merced a los datos proporcionados por los sentidos, en especial la vista y el tacto, se puede valorar la naturaleza del enfermo. Mediante una cuidadosa recogida de los signos del cuerpo del paciente y de su entorno social, y ayudado de su inteligencia y de su sentido común, el médico logra distinguir en el aspecto del enfermo los «signos» de enfermedad y, entre ellos, aqué-



Galeno de Pérgamo (Pérgamo, Grecia, año 130 † Roma, año 200)

llos que poseen mayor «fuerza significativa» y a los que Galeno llama «signos probatorios». Al recurso de la observación por medio de los sentidos añade Galeno el de la comunicación verbal: a través de la conversación con sus pacientes y los allegados de éstos, logra conocer datos imposibles de captar por la mera exploración sensorial, como son las características de los dolores que padecen, los síntomas anteriores de la enfermedad, sus hábitos, su vida anímica, su grado de inteligencia y sus circunstancias presentes y pasadas.

En otro orden, el dolor también fue abordado desde otras ópticas, como la visión sarcástica en la obra de Luciano de Samosata, *Podagra*, en la que nos describe los padecimientos que produce la gota empleando un hilarante artificio literario, o el recurso al elemento mitológico en la obra de Virgilio, que nos presenta la figura de Anquises, el padre anciano, venerado y respetado por su hijo

Eneas, pero también resalta la debilidad corporal de la vejez, reitera el carácter miserable de la ancianidad y, sobre todo, sitúa a la senectud junto a las peores desgracias:

«Enfrente del vestíbulo, al entrar en la misma hoz del Orco, / el Dolor ha plantado su cubil y los Remordimientos / vengadores y los pálidos Morbos y la triste Vejez. / Allí el Miedo y el Hambre, maligna consejera y la odiosa pobreza, espantosas de ver, y la Muerte y la Pena». (*Eneida*, VI, vv. 273-277).

Este interés se debe a que, dentro del proceso continuo de la vida, la enfermedad y la muerte, debemos conocer el dolor porque es el síntoma con más trascendencia para el enfermo y sus familiares y, por ello, el más temido, porque interfiere en la calidad de vida del enfermo. El dolor es siempre subjetivo y, por esta cualidad y su carácter multidimensional, es muy difícil medir esta desagradable experiencia emocional y sensorial que se asocia a una lesión actual o potencial de los tejidos y que se describe en función de dicha lesión (ARANEDA PAGLIOTTI, 2003: 64-65).

I. El dolor: su descripción médica

1. Generalidades

Ya Hipócrates (siglo V a.C.) nos da una breve descripción de las principales dolencias de la vejez: dificultades respiratorias, catarro crónico, tos, dolores de articulaciones y de riñones, apoplejía, vértigos, insomnios, cólicos, debilitamiento de la vista y del oído y enfermedades nasales (*Aforismos*, III, 31) y la incertidumbre ante ellas

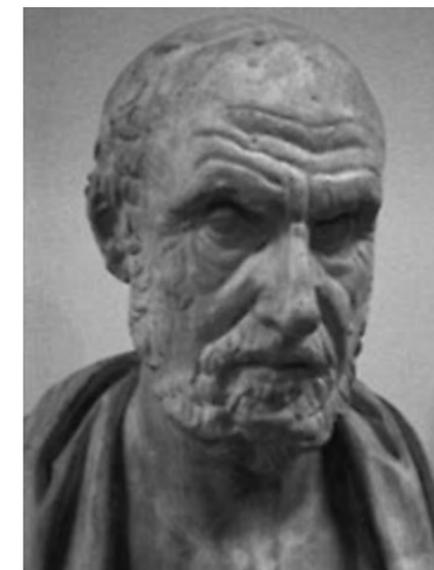
«Pero los otros no saben lo que padecen ni por qué padecen, ni lo que va a suceder a partir de su situación actual, ni lo que suele pasar en los casos semejantes a éstos, y reciben las prescripciones del médico, aquejados por el dolor presente, temerosos del futuro, llenos de enfermedad, vacíos de alimentos, ansiosos de recibir algo contra la enfermedad más que lo conveniente a su salud; sin deseos de morir, pero incapaces de soportarlo con firmeza». (*Tratados hipocráticos. Sobre la ciencia médica*, 7).

Siglos después, se continúan mencionando en escritos literarios o biográficos las dolencias propias del vientre, la región lumbar o el reuma articular:

«(21) Así a la edad de setenta y siete años vio cómo iba en aumento hasta los últimos momentos de su avanzada senectud no menos su dignidad personal que su estima y sus riquezas. [...] Del mismo modo disfrutó siempre de tan buena salud que durante treinta años no había necesitado cuidados médicos. (2) Cayó por fin enfermo, pero ni él ni sus médicos estimaron en principio la enfermedad de consideración, pues pensaron que se trataba del tenesmo¹, cuya cura era fácil y rápida. Tras permanecer durante tres meses con esta enfermedad, sin sufrir dolor alguno, salvo los propios de las curas que tenían que hacerse, de repente la enfermedad le atacó violentamente en el recto, hasta que al fin por la región lumbar las fístulas le supuraban pus. (4) Antes de que le ocurriera esto, y cuando se empezó a dar cuenta de que los dolores iban en aumento de día en día y que la fiebre le subía, hizo venir a su yerno [...] (5) dijo: "No es necesario que os recuerde con demasiadas palabras, pues vosotros habéis sido testigos de ello, el cuidado tan grande que he prestado a la conservación de mi salud en estos últimos tiempos. Ya que, según creo, os he probado que no he dejado por hacer nada de cuanto era conveniente para curarme, ahora no me resta sino cuidarme de mí mismo. No he querido ocultároslo; acabo de decidir dejar de alimentar mi propia enfermedad. (6) Pues durante estos días todo el alimento que tomé no hizo sino prolongar mi vida y con ello aumentar mis dolores sin esperanza de salvación. Por eso os suplico que aceptéis mi decisión y que no me obliguéis con vuestros consejos a que desista de ella". (22) Tras estas palabras, que pronunció con tanta energía de voz y sereno semblante que más bien daba la sensación de que se mudaba de domicilio que de que iba a morir, su yerno, (2) llorando y besándole, le suplicaba y le rogaba que no tratase de acelerar él por su cuenta lo que ya la naturaleza se encargaría de hacer por la suya y que, puesto que aún era posible que superara la enfermedad, se conservase para sí y para los suyos; pero él lo dejó abatido con su obstinado silencio ante las súplicas. (3) Dejó, pues, de tomar alimento durante dos días, con lo que la fiebre des-

cendió repentinamente y la gravedad de la enfermedad disminuyó. Sin embargo, no por esto desistió de su propósito y así a los cinco días de haber empezado a seguir aquel plan, [...] dejó de existir». (CORNELIO NEPOTE, *Vidas*. Ático, 21-22).

«(2) Perdonadme, amigos; hace ya muchos días que no me responde el vientre. Y los médicos no se entienden. No obstante, me ha sentado bien una infusión de cortezas de granada con un poco de pinocha en vinagre. (3) Ahora espero que mi vientre vuelva a entrar en la norma de siempre. De lo contrario, siento unas resonancias por el estómago, como si se tratara de un toro. (4) Por consiguiente, si alguno de vosotros tiene que hacer una necesidad, no debe apurarse. Ninguno de nosotros nace sin válvula de escape. Yo creo que no hay mayor tormento que aguantarse. Es lo único, por cierto, que ni Júpiter puede prohibir. [...] (6) Creedme: si los gases os suben a la cabeza, producen flatos en todo el organismo. Sé de muchos que se han muerto por ese motivo, aunque ellos no hayan querido reconocer su verdadero mal. [...] (2) [...] todavía había alrededor acelgas



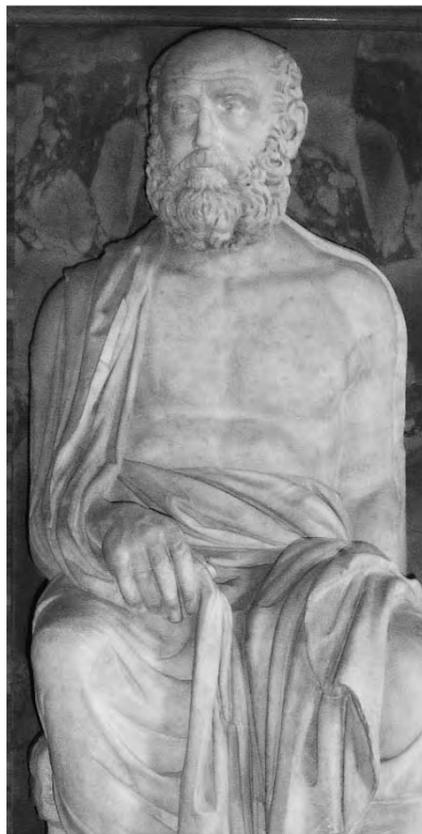
Hipócrates de Cos (Cos, c. 460 a. C. † Tesalia c. 370 a. C.)

y pan casero, de harina integral, que, para mí es mejor que el blanco; pues me da vigor y, cuando he de hacer cierta cosa muy personal, la hago sin lágrimas». (PETRONIO, *El Satiricón*, 47, 2-6; 66, 2).

«Pues yo tengo que aguantar a un marido todo arrugado y jorobado por efectos de reuma articular; la consecuencia de su enfermedad es que muy rara vez se fija en mis encantos. (2) Paso casi todo mi tiempo en dar masajes a sus dedos deformados y duros como piedras; me quemo mis preciosas manos a fuerza de aplicarle compresas malolientes, paños sucios y repugnantes cataplasmas; hago el penoso papel de una enfermera más bien que el de una hacendosa ama de casa». (APULEYO, *El asno de oro*, v. 10.2).

En la misma línea, pero desde un punto de vista distinto, dado su interés por localizar el dolor para ponerle remedio, Galeno, en el siglo II d.C., nos muestra unas precisas y detalladas descripciones acerca del dolor y de su presencia, en formas distintas, en las diferentes partes del cuerpo:

«El dolor es, efectivamente, una sensación molesta, lo mismo que el placer es una sensación agradable». (La localización de las enfermedades, II 2.71).



Arístides
117-180 d.C.

«(75) Cuando el animal está sano, las pulsaciones arteriales son indoloras; pero si se produce una fuerte inflamación, una erisipela o un absceso, percibimos dolorosamente el pulso arterial [...]. Lo que sucede es lo siguiente: las partes inflamadas duelen mucho en estas dos ocasiones; cuando son obligadas a moverse y cuando son oprimidas por alguna cosa: cuando todo el músculo está inflamado, percibimos el dolor de una doble forma, porque las arterias al elevarse se mueven y al mismo tiempo oprimen la carne que está alrededor y son oprimidas por ella. [...] El pulso con dolor acompaña a afecciones inflamatorias importantes, de una manera constante en las propias arterias y también en los órganos que las rodean, cuando por estrechez los oprimen y de

alguna forma los golpean al dilatarse, siendo natural que la parte afectada lo perciba». (II 3.75).

«Los demás dolores se dan en unas partes y no en otras. Por tanto, conviene tenerlos siempre presentes y conociendo la naturaleza de cada parte observar cuáles admiten un tipo de dolor y cuáles no. [...] También en mí mismo pude observar una vez un dolor tal que tenía la impresión de que un trépano me perforaba el interior del vientre, concretamente el lugar donde sabemos que los uréteres se extienden desde los riñones hasta la vejiga. Tras inyectarme

aceite de ruda (planta rutácea, cuya esencia es un irritante local enérgico que favorece la descarga menstrual y es abortivo) e intentar expulsarlo poco después, expulsé al mismo tiempo, en medio de un dolor violentísimo, el humor que Praxágoras llamó hialino, y que se asemeja en color y en consistencia a un cristal fundido». (II 5.79-80).

«Nosotros estamos obligados a confiar muchas veces en los enfermos, que ni comprenden con claridad sus padecimientos a causa de su falta de ánimo ni aunque los comprendan pueden expresarlos, (89) bien por no ser totalmente capaces de verbalizar lo que sienten, lo que requiere bastante capacidad, bien por no ser ello fácil de expresar. Se deduce, por tanto, que el que va a describir los tipos de dolor los ha experimentado él mismo, por ser médico y capaz de interpretarlos en otros, o por haberlos observado en sí mismo como enfermo, con sensatez y sin desfallecimiento de ánimo. No hay nadie, sin embargo, que en toda su vida haya experimentado todos los padecimientos por muy propenso que sea a la enfermedad». (II 7.89).

Para finalizar este genérico apartado, merece reseñarse cómo Séneca describía una cura por él presenciada:

«[...] las incisiones de los médicos, que les examinan los huesos a personas vivas e introducen toda la mano en sus entrañas y curan con un dolor fuera de lo común sus partes pudendas [...]» (Consolación a Marcia, 22.3).

2. Los hipocondríacos: Elio Arístides y Libanio.

Un caso peculiar lo constituyen los ejemplos de hipocondríacos, habituales sobre todo en el siglo II d.C.

En el sofista Elio Arístides (117-180 d.C.), encontramos la mención o descripción de sus enfermedades más o menos reales, de tal forma que tanto la hipocondría como la neurosis pueden considerarse como elementos centrales en su personalidad (GASCÓ Y RAMÍREZ DE VERGER, 1987 :21). Galeno sostenía que se trataba de consunción, mientras que los *Prolegomena* apuntaban claramente a la epilepsia y Filóstrato hablaba de enfermedad ner-

viosa. Todo ello nos conduce a pensar en distintas enfermedades en las que se combinan problemas de carácter físico con otros psíquicos (BEHR, 1968: 1621-63), lo cual no es obstáculo para seguir remarcando que este tipo de aprensiones las comparten muchos contemporáneos del sofista, lo cual explica el éxito que tuvieron las conferencias sobre temas médicos que Galeno pronunció en Roma, o el aumento del culto de Asclepio, o la frecuencia con que aparecen en el epistolario de Marco Aurelio y Frontón estas cuestiones (POLVERINI, 1968: 427-459; BOWERSOCK, 1969: 69).

Así, Elio Arístides nos describe cómo, a su vuelta de uno de sus viajes a Roma, en Esmirna, su delicada salud tampoco pudo ser restablecida por los médicos de allí:

«Una vez que llegué de Italia, muy enfermo debido a las muchas fatigas e inclemencias del tiempo que sufrí en el recorrido por Tracia y Macedonia — pues incluso salí enfermo de casa—, estaban los médicos en un gran dilema no sólo porque no sabían qué remedio poner, sino porque no tenían idea de qué podía ser todo aquello. Lo más molesto y difícil era que tenía obstruido el paso del aire y con gran esfuerzo y desconfianza apenas respiraba de forma entrecortada y ansiosa. Me sobrevenían ahogos constantes en el cuello y temblores y necesitaba más abrigo del que podía soportar» (Discursos, XLVII 5-7 K).

Pero quizá resulte más llamativo aún que, en el siglo IV, otro rétor, Libanio, atribuya su mal carácter a sus enfermedades, reales e imaginarias, pero algunos de sus achaques parecen inventados sobre el modelo de su admirado Elio Arístides, que influyó decisivamente en su conducta (MELERO BELLIDO, 2001: 18). Según su propio testimonio, a los veinte años recibió un golpe en la cabeza, lo cual ha dado pie a suponer que la impresión que le produjo pudo influir en el desarrollo de su personalidad, dejándole como secuela su hipocondría. Los padecimientos de Libanio se manifestaron en vértigos, ataques de gota, continuos dolores de cabeza, cólicos nefríticos, además de otros trastornos imprecisos. En su *Autobiografía* y en sus *Cartas* nos describe sus dolencias

y los cuidados a los que hubo de someterse, tales como sangrías o brebajes:

«Hube de tomar drogas para mantener mi salud mental». (Autobiografía, 101).

«[...] al décimo día me dio un ataque de vértigo y Damalio me recomendó tomar una medicina. [...] al llegar el otoño decido tomar la medicina que vosotros llamáis "sacra" [...] (3) Nada más se puso a brillar la estación, me atacó a los riñones un fuerte dolor que me obligaba a buscar una cuerda². Luego, tras un mes de tregua, se abatió sobre mí con más intensidad y se hizo necesario recurrir a un procedimiento que me empeñaba en aplazar lo más posible, pues mientras los demás eran partidarios de adormecer los dolores con aceite, Panolbio decide hacerme una sangría. De inmediato me puse mejor, pero no puedo tener confianza en que siempre será así. (4) Por tanto, dile a quien se encuentra en este punto de males cómo podría salir de ellos [...] permíteme también que, ya que es forzoso que sufra, pase mi enfermedad junto a mis íntimos». (Carta 393, A Higinio).

«(4) El mal hace muchos años me hostiga la cabeza, pero ahora ha descendido a los riñones; mejor dicho, me los oprime violentamente, pero no ha acabado de dejarme tranquila la cabeza, sino que sigue plantado ahí y además de ha apoderado de éstos. (5) Así pues, en primavera se extendió desde arriba y embistió con todas sus fuerzas. Todas las medicinas resultaban ineficaces y los médicos se asombraban de su gravedad pero no podían frenarlo. Terminamos por acostumbrarnos a vivir con sus tratamientos y no hubo nada que no tuviéramos que soportar.» (Carta 430, A Aristóneto).

No obstante, la gota fue la enfermedad más grave que padeció. Ello no sólo es corroborado por las afirmaciones explícitas de haberla sufrido, sino también porque los síntomas aquí descritos, tales como migrañas, vértigos, neuralgia y depresión, son los habituales que preceden a los dolores artríticos (NORMAN, 1992: 331-357):

«(139) Un fuerte y doloroso ataque de gota me sobrevino [...] La gota, con breves remisiones como

Elio Arístides nos describe cómo su delicada salud tampoco pudo ser restablecida por los médicos:

«Una vez que llegué de Italia, muy enfermo debido a las muchas fatigas e inclemencias del tiempo que sufrí en el recorrido por Tracia y Macedonia —pues incluso salí enfermo de casa—, estaban los médicos en un gran dilema no sólo porque no sabían qué remedio poner, sino porque no tenían idea de qué podía ser todo aquello. Lo más molesto y difícil era que tenía obstruido el paso del aire y con gran esfuerzo y desconfianza apenas respiraba de forma entrecortada y ansiosa. Me sobrevenían ahogos constantes en el cuello y temblores y necesitaba más abrigo del que podía soportar»

(Discursos, XLVII 5-7 K)

en las treguas, me atacaba una y otra vez y, en muchos casos me afectaba a los dos pies. [...] (141) Una nube se me ponía sobre los ojos, la respiración se me hacía dificultosa, unos mareos se apoderaban de mi cabeza y tenía siempre la sensación de que iba a caer a tierra, hasta tal punto que, al llegar la noche, entonaba un canto a la Fortuna por considerar un logro el no haberme caído». (*Autobiografía*, 139-141).

«Y cuando los dolores de las articulaciones me hacían sufrir, los placeres de la mesa me resultaban amargos» (198).

«Aquel viejo mal de mi cabeza volvió a atacarme y con mayor intensidad que antes. Comenzó inmediatamente después de la Gran Fiesta³. Sentía miedo de sufrir un ataque cuando me encontraba sentado ante mis alumnos, sentía miedo de que me sobreviniera acostado en el lecho. Todos los días me eran amargos y daba gracias por el sueño a las noches; pero el nuevo día me devolvía el padecimiento, de forma que suplicaba a los dioses, en lugar de cualquier otra gracia, que me concedieran la muerte. No podía sino creer que los dolores de la enfermedad destruirían mi razón». (243).

Pero ello no le impedía el continuar con sus ocupaciones habituales, no hundiéndose, sino luchando contra la adversidad, lo cual demuestra que la fortaleza de ánimo fue y continúa siendo un elemento fundamental para mantener la actividad y recuperarse:

«Entre todos esos males había sólo un aspecto en el que conservaba mi moderación: no rehuía ni los discursos ni las clases. Y en eso precisamente encontraba un consuelo [...]. Sin embargo, el camino de ida y vuelta representaba un grave riesgo». (142).

«El aplauso de la gente me consoló de la muerte de un hombre cuya escritura contribuía a mis declaraciones, ya que su letra era mejor que la mía, que se resentía de los dolores del alumbramiento y permitía a mis ojos recorrerla rápidamente». (232).

De nuevo, estos dolores que menciona pudieran ser los de la artritis, ya que Libanio escribía muy rápidamente sus discursos, lle-

vado por el entusiasmo de la composición — esos misteriosos dolores del alumbramiento— y, luego, su secretario los ponía en limpio para facilitar la tarea de la lectura y para que otros copistas pudieran copiarlos y publicarlos (FESTUGIÈRE, 1959: 326).

II. Formas filosóficas de entender el dolor

1. Epicuro y Cicerón, ¿posturas radicalmente contrarias?

Para Epicuro (341-270 a.C.) el conocimiento viene dado por los sentidos, de tal modo que la sensación es el fundamento de todo proceso de conocimiento y el camino más seguro para conocer la realidad. De ello se deduce que los datos recogidos por los sentidos son siempre verdaderos y que el error proviene del juicio que se hace después. A la sensación, como primer principio del proceso cognoscitivo, se le añaden tres más: afecciones, anticipaciones y proyecciones imaginativas. Las que más nos interesan son las afecciones o sentimientos, que son las impresiones que los sentidos nos causan, las respuestas del sujeto ante los datos sensibles. Fundamentalmente son dos: el placer y el dolor. La primera se conforma a la naturaleza, la segunda le es extraña. Son esto ideas de Epicuro, transcritas, en el siglo III d.C., por Diógenes Laercio:

«No se demora el dolor continuamente en la carne, sino que el más agudo perdura el mínimo tiempo, y el que sólo aventaja apenas lo placentero de la carne no persiste muchos días. Y las enfermedades muy duraderas ofrecen a la carne una mayor cantidad de placer que de dolor». (DIÓGENES LAERCIO, *Máximas capitales*, 10.140).

Por naturaleza intentamos ser felices y lo hacemos evitando las sensaciones dolorosas y buscando las placenteras. Como muchos siglos después diría Freud, instintivamente la guía de nuestras acciones es el principio del placer (OJEDA Y OLABUENAGA, 1987: 26). Esto le llevará a proponer como vía de acceso a la felicidad, la necesidad de una cultura razonable

de los placeres: «Decimos que el placer es el principio y el fin de una vida feliz» (*Carta a Menecio*, 136).

El tema del placer había sido objeto de reflexión para Sócrates y Platón, no considerándolo como el camino más adecuado para llegar a la virtud. Aristóteles, de igual forma, trató esta cuestión en su *Ética a Nicómaco*. Sin embargo, fue Aristipo de Cirene (nacido c. 430 a.C.), fundador de la Escuela Cirenaica, el que ideó la primera teoría hedonista del mundo griego, la cual sería empleada por Epicuro como punto de partida para establecer una nueva concepción de la vida y del placer, no centrado en los aspectos puramente carnales, sino en los elementos cercanos a la moderación y lo espiritual, con la intención de soslayar los postulados críticos anteriores. Así, frente a los seguidores de Aristipo, que sólo entendían el placer como ausencia de dolor, como una suma de goces de tipo activo, puramente corporales y puntuales, y, en consonancia con las ideas del movimiento constante de Heráclito, lo consideraban un movimiento suave y ondulado, y al dolor como un movimiento violento. Epicuro señala que es necesario saber escoger los placeres que producen la felicidad y acabar con el dolor cuando nos sea posible (OJEDA Y OLABUENAGA, 1987: 44).

Estas ideas no fueron abandonadas por Epicuro, que falleció a la edad de setenta y un años, después de una dolorosa enfermedad — piedras en la vesícula, según unos autores y, al parecer de otros, de cólicos renales, que derivaron en una septicemia— que nunca le hizo caer en el abatimiento. Ello lo ejemplifica su carta a Idomeceo: «Te escribo esta carta en el bienaventurado último día de mi vida. Mi vientre y mis riñones me producen dolores indecibles. Pero se compensan por la alegría que siento al acordarme de nuestras discusiones filosóficas.» y el que cumpliera, hasta el final, su propia doctrina, que sostenía que debía abandonarse el mundo, como un escenario, cuando las penas fueran insostenibles, ya que, tras dos semanas de padecimiento, tomó la decisión de suicidarse bebiendo vino en un baño de agua caliente.

Las ideas epicúreas no desaparecerán nunca, perviviendo a lo largo del tiempo, y uno

de sus más señeros continuadores fue Lucrecio (98-55 a.C.), que así nos muestra su pensamiento al respecto:

«¿Es que no pueden ver que la naturaleza no pide a gritos otra cosa que el dolor se mantenga separado del cuerpo y que, apartada de preocupación y miedo, pueda gozar en la mente de una grata sensación? Así vemos que a la naturaleza del cuerpo solamente le son necesarias muy pocas cosas, que le quiten siempre el dolor y que la colmen también de muchos deleites». (*De rerum natura*, II 18-22).

Pasemos, llegados a este punto, a exponer lo afirmado por Cicerón (106-43 a.C.), que dedicó varios de sus escritos al tratamiento del dolor. Así, en las *Tusculanas*, al igual que en *De finibus*, acepta el dolor como una realidad y su empeño no es el de ignorarlo, sino el de domeñarlo a través del entrenamiento, la fortaleza, el autodomínio, el coraje y la razón, desprendiéndose de todo ello que el esfuerzo tiene como finalidad vencer al dolor (MAÑAS NÚÑEZ, 2004: 51), «porque es el mayor de todos los males». (*Debates en Túsculo*, II V.14) y «se ha de rechazar. ¿Por qué? Es áspero, contrario a la naturaleza, difícil de tolerar, triste y duro». (II XI 29). Con este objetivo pasa revista a las teorías que se han elaborado con anterioridad:

«Aristipo el socrático no dudó en decir que el dolor era el mal supremo. Luego, a esta enervada y femenil opinión se adhirió bastante sumisamente Epicuro. Tras él, Jerónimo el rodio dijo que el bien supremo consistía en la ausencia de dolor: por tan gran mal tuvo al dolor. Los demás, salvo Zenón, Aristón y Pirrón, opinaron más o menos lo mismo que tú hace un momento: que el dolor es sin duda una mal, pero que hay otros peores. (17) Metrodoro, sin duda, piensa que el hombre perfectamente feliz es aquél que tiene su cuerpo en buen estado y la certeza de que siempre lo tendrá así. Pero, ¿quién hay que pueda tener tal certeza? [...] (18) [...] El sabio, con que tenga fortaleza para resistirlo, está a la altura de su papel; no pido que también se alegre. Pues se trata, sin lugar a dudas, de una cosa triste, penosa, amarga, contraria a la naturaleza y difícil de soportar y tolerar». (II VI 16-18).

Pasemos a exponer lo afirmado por Cicerón (106-43 a.C.), que dedicó varios de sus escritos al tratamiento del dolor. Así, en las Tusculanas, al igual que en De finibus, acepta el dolor como una realidad y su empeño no es el de ignorarlo, sino el de domeñarlo a través del entrenamiento, la fortaleza, el autodomínio, el coraje y la razón, desprendiéndose de todo ello que el esfuerzo tiene como finalidad vencer al dolor

«Viene Epicuro y dice “despreocúpate del dolor”. Él mismo se muestra bastante fuerte ante sus cólicos renales y estranguria». (II XIX 44).

«Dionisio de Heraclea⁴, tras haber aprendido de Zenón a ser fuerte, el dolor le hizo olvidar lo aprendido. Pues padeciendo de los riñones, en medio de sus alaridos gritaba que eran falsas todas sus opiniones anteriores sobre el dolor. Cuando su discípulo Cleantes le preguntó por la razón que le había llevado a cambiar de parecer, le contestó: “Porque si, a pesar de haber dedicado tan gran esfuerzo a la filosofía, no pudiera soportar el dolor, ello sería argumento suficiente de que el dolor es

un mal. Ahora bien, he gastado muchos años en la filosofía y no puedo soportarlo; luego el dolor es un mal”». (II XXIII 54).

«Pero no es el caso de nuestro amigo Posidonio, con quien he tenido frecuente trato personal. Contaré una anécdota que Pompeyo solía narrar: tras haber llegado Pompeyo a Rodas procedente de Siria, quiso escuchar las lecciones de Posidonio; pero, aun habiendo oído que se encontraba gravemente enfermo con agudos dolores de artritis, quiso no obstante visitar a tan ilustre filósofo; cuando le hubo visto, saludado, colmado de palabras honorosas y expresado su pesar por no poder escuchar sus clases, él, sin embargo, le dijo: “Sí que puedes; no consentiré que el dolor corporal sea la causa de que tan gran hombre como tú haya venido hasta mí en vano”. Y, así, contaba Pompeyo que le oyó desarrollar acostado profundos y abundantes argumentos sobre el tema en cuestión; y que, cuando le venían los ardores del dolor, dijo muchas veces: “¡Nada consigues, dolor! Por molesto que seas, nunca admitiré que eres un mal”. [...] (67) [...] cuando los hostiles y odiosos dolores te apremien, si de tan agudos son insoportables, tú sabrás dónde refugiarte». (II XXIII 66-67).

Incluso trae a colación a personajes mitológicos —como es Hércules—, legendarios —caso de Ulises— o históricos —el ejemplo de Cayo Mario—:

«Pero pasemos al propio Hércules, que se quebraba de dolor precisamente cuando buscaba la inmortalidad en la propia muerte. ¡Qué lamentos da en las Traquinias de Sófocles! [...]: “¡Acércate, hijo, asísteme, contempla el deplorable cuerpo destripado y lacerado de tu padre! [...] Ahora, ahora me atormentan inquietantes dolores hasta el paroxismo, ahora, circula por mis venas un ardor. [...]” ¿Podemos nosotros despreciar el dolor, cuando vemos que el propio Hércules se duele tan desmesuradamente?» (II VIII 20).

«[...] con moderación, se lamenta en la tragedia Niptra⁵ el más sabio de Grecia cuando fue herido: “Lentamente —dice— y con calma pie, para que con la sacudida no me arrebatase un dolor mayor”. (49) [...] los mismos que le llevan herido, atendiendo a la dignidad del personaje, no dudan en decirle: “Tú

también, Ulises, aunque te vemos gravemente herido, muestras un ánimo demasiado flojo para ser un hombre acostumbrado a pasar la vida en las armas” Entiende el sabio poeta que la costumbre de soportar el dolor es una maestra nada despreciable. (50) Y Ulises se expresa no sin medida en medio de un gran dolor: “¡Mantenedme, sujetadme! La llaga me ahoga. ¡Desnudadme! ¡Ay misero de mí! ¡Me torturo!” Comienza a desfallecer y luego, al punto, deja de hacerlo: “¡Cubridme, retiraos, dejadme ya de una vez! Pues con vuestros manoseos y sacudidas acrecentáis mi cruel dolor”. [...] Y, así, al final de la tragedia Niptra también reprende a otros, diciéndoles ya moribundo: “Quejarse de la adversidad conviene, mas no lamentarse: éste es el deber del hombre» (II XXI 48).

«[...] el dolor pincha o, más bien, atraviesa completamente (II XIV 33). [...] Cuando le operaban de varices a Gayo Mario, eso era dolor [...] (II XV 35) [...] Nosotros, si nos duele un pie o un diente [pero supon que nos duele el cuerpo entero], no podemos aguantarlo. Y es que hay cierta opinión [...] por culpa de la cual, cuando nos fundimos y nos debilitamos, no podemos soportar sin gritar el aguijón de un abeja. (53) Sin embargo, Gayo Mario, un hombre aldeano, pero un hombre en todos los sentidos, cuando fue operado prohibió desde un principio que le ataran [...] Y, sin embargo, el mismo Mario demostró que la mordedura del dolor había sido penetrante, pues no ofreció la otra pierna. Así, no sólo soportó el dolor como un hombre, sino que también, como hombre que era, no quiso soportar otro dolor mayor sin una causa necesaria. (II XXI 48) [...] Quienes no pueden soportar la idea de dolor se deprimen y, así, afligidos y aterrados sucumben; en cambio, quienes han resistido, salen las más de las veces vencedores». (XXIII 53-54).

2. Los estoicos. La visión moral y Séneca

En el apartado anterior hemos visto las posturas de Cicerón y Epicuro. Pese a ello, el contrapunto al epicureísmo y al hedonismo lo constituye la doctrina estoica. Claro ejemplo de ella lo encontramos en los testimonios que recoge Diógenes Laercio (VI, 95) sobre algunos estoicos. Así, refiere que la avanzada edad llevó al suicidio a Zenón, Cleanthes, Diógenes, Estilpón y Metrocles, dándose la circunstancia

de que las razones de los dos primeros se debían a que el estoicismo señalaba que era un deber alcanzar la muerte cuando el hombre era aquejado por las dolencias o por la edad. En la misma línea, hallándose también en plena ancianidad, Polemón de Laodicea, Eratóstenes y Aristarco, prefirieron dejarse morir de hambre antes que tener que soportar graves enfermedades. Su postura no era de cobardía, puesto que Zenón había demostrado con creces su resistencia ante el dolor:

«(2) Comenzaré por Zenón de Elea. [...] inflamó a los jóvenes más nobles de la ciudad en deseos de liberar a su patria. Llegó a oídos del tirano esta iniciativa y, después de convocar al pueblo en el foro, comenzó a torturar a Zenón con toda clase de tor-

El contrapunto al epicureísmo y al hedonismo lo constituye la doctrina estoica. Claro ejemplo de ella lo encontramos en los testimonios que recoge Diógenes Laercio (VI, 95) sobre algunos estoicos. Así, refiere que la avanzada edad llevó al suicidio a Zenón, Cleanthes, Diógenes, Estilpón y Metrocles, dándose la circunstancia de que las razones de los dos primeros se debían a que el estoicismo señalaba que era un deber alcanzar la muerte cuando el hombre era aquejado por las dolencias o por la edad.

mentos, mientras le preguntaba quiénes eran sus cómplices. El filósofo no nombró ni a uno solo de ellos [...] A continuación, reprochando a los agrigentinos su flojera y su timidez, actuó de modo que se dejaran llevar de un repentino impulso de su corazón, se sublevaran y lapidaran a Falaris. En consecuencia, pues, la voz de un solo anciano, puesto sobre el potro de tortura, sin súplicas, sin lastimeros gemidos, sino gracias a una enérgica exhortación, cambió los sentimientos y el porvenir de toda una ciudad. (3) Otro filósofo del mismo nombre que había conspirado contra la vida del tirano Nearco fue torturado por éste [...]. El filósofo superó el dolor, pero, deseoso de venganza, [...] le mordió una oreja y no soltó a su presa hasta que él perdió su vida y el tirano su apéndice auricular.» (VALERIO MÁXIMO, *Hechos y dichos memorables*, III, III.2-3).



Ello es relatado con más detalle por Aulo Gelio (130-180 d.C.), que nos muestra la pervivencia de esta postura de resistencia ante el dolor por parte de los estoicos, refiriéndonos un hecho presenciado por él mismo, durante los años de su juventud que pasó estudiando en Atenas:

«(V) Plática del filósofo Tauro acerca de la manera y la norma de tolerar el dolor, según los principios de los estoicos.

(1) Cuando el filósofo Tauro iba a Delfos, a asistir a los Juegos Píticos y a la reunión de casi toda Grecia, y nosotros éramos acompañantes suyos, y en ese viaje llegamos a Lebadia, que es una antigua ciudad de la tierra de Beocia, se le avisó allí a Tauro que cierto amigo suyo, un conocido filósofo de la escuela estoica, abatido por la mala salud yacía en cama. [...] Y cuando llegamos a la casa donde estaba aquel enfermo, vimos que el hombre estaba afligido por dolores y torturas del vientre, al cual llaman *colon* los griegos, y al mismo tiempo por fiebre violenta, y que brotaban de él ahogados gemidos, y se escapaban de su pecho suspiros y jadeos que indicaban no tanto dolor, como lucha contra el dolor. [...] Habéis visto —dijo Tauro— un espectáculo no ciertamente agradable, pero, sin embargo, útil de conocerse: al filósofo y al dolor enfrentándose y combatiéndose. Aquella fuerza y la naturaleza de la enfermedad hacía lo que era suyo: el desgarramiento y el tormento de los miembros; en contra, la razón y la naturaleza del ánimo hacía lo que igualmente era suyo: soportaba y refrenaba y reprimía dentro de sí las violencias de un dolor desenfrenado. No emitía ningunos gritos, ningunas lamentaciones, ni siquiera palabras algunas indecorosas; sin embargo existían, como visteis, ciertos signos de la virtud y el cuerpo luchando por la posesión del hombre. [...] (9) Así pues, visteis a un filósofo que, apoyado en la norma de su doctrina, luchaba con la violencia de la enfermedad y el asalto del dolor, sin ceder en nada, sin reconocer nada, y sin chillar, como suelen hacer muchos dolientes, y sin lamentarse y sin proclamarse mísero e infeliz, sino tan sólo emitiendo violentos jadeos y vigorosos gemidos, signos e indicios de quien no está vencido y abatido por el dolor, sino que se esfuerza por vencerlo y abatirlo. [...]

Por consiguiente, el varón sabio puede tolerar y

afrontar estas cosas; de ningún modo puede no admitirlas en su sentimiento; la insensibilidad y la impasibilidad, en efecto han sido desaprobadas y rechazadas [...] (13) Mas la fortaleza no es ésa que, a modo de monstruo, se esfuerza contra la naturaleza y excede sus límites o por insensibilidad del ánimo o por bestialidad o por alguna mísera y necesaria práctica en soportar los dolores, como hemos sabido que fue un fiero gladiador de la escuela del César, el cual solía reír cuando sus heridas eran hendidas por los médicos; pero la verdadera y recta fortaleza es ésa a la cual nuestros mayores llamaron ciencia de las cosas tolerables y de las no tolerables. (14) por lo cual es evidente que existen algunas cosas intolerables, las cuales los varones fuertes rehuyen afrontar o soportar». (*Noches áticas*, XII, V 1-3, 9-10, 13).

Séneca (c. 4 a.C.-65 d.C.), nos aporta una visión moral, en la línea estoica, pero con algunas aportaciones originales. Un ejemplo lo tenemos en sus *Epístolas morales a Lucilio*:

«La frugalidad puede prolongar la vejez, que no debemos ambicionar, como tampoco rechazar. Es agradable estar consigo mismo el mayor tiempo posible, cuando uno ha hecho de sí mismo una compañía digna de gozar. [...] No rehuiré con la muerte la enfermedad en tanto sea curable y no perjudicial para el alma. [...] No obstante, si me doy cuenta de que he de sufrir constantemente el dolor, partiré, no por causa de él, sino porque me va a poner obstáculos para todo aquello que motiva la vida. Es débil e indolente quien a causa del sufrimiento decide su muerte, necio quien vive para sufrir». (VI, 58, 32-36).

«(8) En fin, para exponerte en pocas palabras mi sentir, te describiré a esos hombres angustiados, molestos para sí, tan inmoderados en medio de la desgracia como antes de ella. Se duele más de lo necesario quien se duele antes de que sea necesario, ya que la misma debilidad, por la que no espera el dolor, hace que no lo valore debidamente [...]. Volvamos al camino, volvamos a nuestro estado anterior: volvamos a fin de soportar cualesquiera dolores que hayan sacudido nuestro cuerpo y digámosle a la fortuna: “te las tienes que ver con un hombre: busca a otro a quien puedas vencer”.

(15) Con estas exhortaciones y otras semejantes se mitiga aquel rigor de la herida que, ¡por Hércules!, deseo que se calme o se cure o se estacione o envejezca con el propio anciano. Pero no siento preocupación por él: se trata de una pérdida nuestra, a nosotros se nos arrebató un anciano de eminente virtud. Porque él ha consumado la vida y no desea que se la prolongue en provecho propio, sino en el de aquellos para quienes es útil. Viviendo realiza un acto de generosidad. (16) Otro ya hubiera puesto fin a estos tormentos: él considera tan deshonroso huir de la muerte como refugiarse en ella. “Entonces ¿qué? ¿No se irá de la vida si las circunstancias se lo aconsejan? ¿Por qué no se irá si ya no puede ser útil a nadie? ¿Si no puede empeñarse en ninguna otra cosa que en el sufrimiento?” (17) En esto consiste, Lucilio querido, aprender la filosofía en la práctica y ejercitarse verdaderamente en ella, en considerar el valor que manifiesta un hombre prudente frente a la muerte, frente al dolor, cuando aquélla se avecina y éste apremia. Hay que aprender lo que se debe hacer de quien lo hace. (18) Hasta aquí hemos demostrado con razonamientos si es posible que uno resista al dolor, o si la muerte inminente puede doblegar incluso a los nobles espíritus. ¿Qué necesidad tenemos de palabras? Situémonos ante el caso presente: ni la muerte lo hace más fuerte contra el dolor, ni el dolor contra la muerte. Frente a uno y otra confía en sí, y no sufre con entereza por la esperanza de morir, ni va a morir de buen grado por el hastío del dolor: a éste lo sufre, a la muerte la espera». (XVI 98, 8-18).

Por último, en la Consolación a su madre Helvia nos dice:

«Este pobre cuerpo, guardia y cadena del espíritu, se ve zarandeado aquí y allí; en él se ensañan las torturas, los pillajes, las enfermedades; el espíritu es ciertamente inviolable, eterno y no se le puede poner encima la mano». (11.7).

III. El dolor como elemento literario

Hemos visto, en las páginas precedentes, distintas referencias sobre el dolor, tanto de tipo médico como de índole filosófica. Un magní-

fico complemento, para obtener una amplia visión del tema en cuestión, lo constituyen algunos testimonios de la poesía satírica.

Presentamos a continuación dos ejemplos de artificios literarios con el dolor como integrante primordial. De igual forma, otros dos epigramas, que cierran nuestro estudio, son una buena muestra de la literatura satírica relacionada con el dolor.

1. Artificios literarios

El intelectual y escritor greco-sirio Luciano de Samosata (120-180 d.C.) hace gala de un gran ingenio y animosidad crítica en el siguiente pasaje, en el que a través de una increíble parodia, de un magnífico artificio literario, nos muestra a un anciano que sufre los ataques y achaques de la enfermedad que suele conocerse con el nombre de «gota» y al que ridiculiza, de forma humorística y agudeza satírica, llegando a la caricatura, a la cómica irreverencia. Parece ser que el personaje era un enemigo real del autor y de ahí toda la carga negativa de la obra. El título de este opúsculo, *Podagra*, proviene del vocablo griego *ποδάγρα* que derivó en el latino *podagra*, de *-podos* (pie) y *-agra* (trampa que atrapa al animal por el pie), lo cual sirve para hacernos imaginar los terribles dolores a los que daba lugar:

«PODRAGRO (EL GOTOSO). ¡Oh nombre abominable, aborrecido de los dioses, / Gota, plagada de gemidos [...] / (15) bastaba pura y simplemente con acoplar a todos los que males cometieron / a tus dolores articulados / como esta piltrafa pobre y miserable: mi cuerpo; / desde las puntas de las manos hasta las plantas de los pies / con un hilo de linfa y agrio flujo de bilis está inmobilizado, / después que un soplo violento obstruyera sus conductos / (20) y luego de obstruirlos, extiende los dolores. / Por las entrañas mismas corre dañina fiebre / abrasando mis carnes con hogueras de llamas [...] / pie, rodillas, articulación, huesos, caderas, muslos, / manos, omóplatos, brazos, codos, frutos, suyos... los / come, devora, abrasa, domina, enciende, debilita / hasta que la diosa ordena retirarse al dolor. / [...] Tenemos este unguento, regalo de los padres, / con el cual aliviarnos los dolores de

«En esto consiste, Lucilio querido, aprender la filosofía en la práctica y ejercitarse verdaderamente en ella, en considerar el valor que manifiesta un hombre prudente frente a la muerte, frente al dolor, cuando aquélla se avecina y éste apremia. Hay que aprender lo que se debe hacer de quien lo hace. (18) Hasta aquí hemos demostrado con razonamientos si es posible que uno resista al dolor, o si la muerte inminente puede doblegar incluso a los nobles espíritus.»

SÉNECA. *Epístolas morales a Lucilio*

los pacientes. / [...] ¡Y tú inflámales los pies desde la planta / hasta la punta de los dedos; tú métete en los tobillos; tú desde los muslos hasta las rodillas derrama amarga inmensidad de linfa, / y vosotros, quebradles lo dedos de las manos!

DOLORES. ¡Mira! Acabamos de hacer lo que nos ordenaste. / Yacen, los desdichados, dando gritos enormes / (290) con todos los miembros asaeteados por nuestro ataque. / [...] Parad, tormentos⁶, aminorad los dolores de quienes ahora se arrepienten de competir conmigo. / (310) Que sepan todos que soy la única de las diosas / que siendo inflexible no me dejo vencer por los fármacos. / [...] Ojalá que tú, oh diosa universal, oh Gota, nos concedas también un dolor / suave, ligero, ágil, no punzante, de corto daño, anodino, / llevadero, cómodo, desmayado, bien pasable. / (325) Muchas son las formas del infortunio. / Y a quienes tienen gota sírvanles de consuelo / ejercitarse y acostumbrarse a los dolores; / de esa forma, con buen ánimo, compañeros de fatigas, olvidaréis dolores». (Vv. 14-329).

2. Literatura satírica

El género del epigrama, además de otros muchos temas, se centrará, a partir del siglo I d.C., de la mano de Marco Argentario —que crea a principios de la centuria el concepto moderno del epigrama— y de Lucilio —que lo desarrolla en la época neroniana—, en el juego de palabras, en el chiste, en la paradoja, en la pulla final (FERNÁNDEZ VALVERDE, 2001: X). Este estado de la cuestión fue recogido por el bilbiliano Marcial (38-98 d.C.), que, desde su Calatayud natal, emigró a Roma en la época de Nerón y del que conservamos cientos de composiciones satíricas. Los tres epigramas que mostramos a continuación relacionan la vida, el dolor y la salud. El primero es un artificio literario, como el que mostramos en el apartado anterior, puesto que otorga a la fiebre una forma humana de actuar, pero hemos preferido incluirlo aquí al tratarse de un epigrama de Marcial en el que critica a un tal Letino, de cuya fiebre excesiva se ríe. La segunda composición finaliza con una importante toma de postura: «Que la vida no es vivir sino vivir con salud». Por último, en el tercer epigrama se burla, de forma inmisericorde, del falso enfermo

que, debido a los medios que emplea para fingir que padece gota, al final acaba sufriendo realmente la enfermedad.

«Preguntas, Letino, por qué después de tantísimos días no te desaparece la fiebre, y gimoteas [sin parar.

Se pasea contigo al mismo tiempo y al mismo [tiempo se baña;

cena setas, ostras, vulva de cerda, jabalí;

(5) se embriaga con setia muchas veces y muchas [veces con falerno⁷, [...]

se sienta a la mesa ceñida de rosas y sombreada [por el amomo,

duerme en colchón de plumas y cama de púrpura.

Si le va tan ricamente, si vive tan a gusto en [tu casa,

(10) ¿pretendes que tu fiebre prefiera irse [con Dama⁸?» (XII, 17)

«A Marciano: vivir es tener salud.

Cota ya ha cumplido, Marciano, sesenta y dos cosechas, calculo, [...]

(5) Enseña el dedo, —pero el desvergonzado⁹—, a Alconte, a Dasio y a Símaco¹⁰.

En cambio, que se cuenten bien nuestros años y lo que se llevaron las terribles fiebres o una grave enfermedad o lo malos dolores,

(10) sepárese de lo mejor de la vida: somos niños y parecemos ancianos.

Quien cree que es larga, Marciano, la vida de Príamo y la de Néstor¹¹, sufre una gran equivocación y engaño: que la vida no es vivir sino vivir con salud». (VI, 70).

«Celio, que fingía tener gota.

Al decir que ya no aguataba y soportaba los diversos recorridos, el paseo de la mañana, [...]

Elio empezó a fingir que tenía gota.

(5) Al querer hacerla demasiado verdadera, untándose y vendándose sus pies sanos y caminando con paso trabajoso, —¡cuánto puede la solicitud y el arte del dolor!— Celio dejó de fingir que tenía gota».

Notas

- ¹ Se trataba de una enfermedad dolorosa acompañada de irritaciones en el esfínter anal. Pudiera tratarse de hemorroides o, desde un punto de vista más simple, una disentería. (RAMÓN PALERM, 2002: 230).
- ² Estamos ante una alusión jocosa, dado que la cuerda era para ahorcarse.
- ³ Alude a la fiesta del Año Nuevo, la más importante del calendario romano, siendo en esta ocasión concreta las Calendas de enero del 386, cuando tenía la edad de 72 años.
- ⁴ Vivió entre los siglos IV-III a.C. y fue un filósofo estoico al que se le llamó el «tránsfuga», porque vencido por el dolor físico se pasó a la escuela cirenaica, declarando que el bien supremo era el placer.
- ⁵ *El baño*, obra dramática de Pacuvio (220-132 a.C.), cuyo tema era la muerte de Ulises y que se inspiraba en una tragedia homónima de Sófocles, que tampoco conservamos.
- ⁶ Nótese la fuerza expresiva al describir el dolor, tratado como tormento.
- ⁷ El setia y el falerno eran unos afamados vinos entre los romanos y aún, en nuestros días, constituyen denominación de origen vinícola en Italia.
- ⁸ Unos investigadores opinan que Dama era un esclavo, mientras que otros señalan que se trataba de un mendigo.
- ⁹ Se trata del procaz gesto del dedo corazón erguido entre los demás que, en la actualidad, sigue empleándose.
- ¹⁰ Eran unos conocidos médicos de la época.
- ¹¹ Ancianos de edad legendaria.

Bibliografía

- ARANEDA PAGLIOTTI, G., et alii, «Evaluación del manejo del dolor y factores asociados en usuarios adscritos al Policlínico del Dolor y Cuidados Paliativos del Hospital Herminda Martín de Chillán, Chile», *Cultura de Cuidados* (13), 2003, pp. 63-70.
- BEHR, C. A., *Aelius Aristides and the Sacred Tales*, Amsterdam, 1968.
- BOULANGER, A., *Aelius Aristides et la sophistique dans la province d'Asie au II^e siècle de notre ère*, París, 1968.
- BOWERSOCK, G.W., *Greek Sophist in the Roman Empire*, Oxford, 1969, p. 69.
- FESTUGIÈRE, A. F., *Antioche païenne et chrétienne. Libanius, Chrysostome et les moines de Syrie*, París, 1959.
- GARCÍA GUAL, C., *Epicuro*, Alianza Editorial, Madrid, 1981, p. 139.
- LLEDÓ, E., *El epicureísmo*, Montesinos, Barcelona, 1984.
- NORMAN, A. F., *Libanius. Selected Works, I y II*, Londres, 1992.
- POLVERINI, L., «Sull'epistolario di Frontone como fonte storica», *Seconda miscellanea greca e romana*, Roma, 1968, pp. 427-459.
- Fuentes literarias**
- APULEYO, *El asno de oro*, (Introducción general de Francisco Peje-naute Rubio. Traducción y notas de Lisardo Rubio Fernández), Gredos, Madrid, 2001.
- AULO GELIO, *Noches Áticas*, (Introducción, traducción y notas de Amparo Gaos Schmidt), Bibliotheca Scriptorum Græcorum et Romanorum Mexicana, UNAM, Méjico, 2000, 2002 y 2006.

- CICERÓN, *Debates en Túscolo*, (Edición de Manuel Mañas Núñez), Akal, Madrid, 2004.
- CORNELIO NEPOTE, *Vidas*, (Introducción general de Vicente Ramón Palerm. Traducción y notas de Manuel Segura Moreno), Gredos, Madrid, 2002.
- DIÓGENES LAERCIO, *Vidas de filósofos ilustres*, (Introducción, traducción y notas de Rafael Ojeda), Ed. Universitat, Barcelona, 1981.
- ELIO ARÍSTIDES, *Discursos*, (Introducción, traducción y notas de Fernando Gascó y Antonio Ramírez de Verger), Gredos, Madrid, 1987.
- EPICURO, *Carta a Meneceo*, (Introducción, traducción y notas de Rafael Ojeda y Alicia Olabuenaga), Alhambra, Madrid, 1987.
- Fragmentos de los estoicos antiguos*, (Introducción general de Francesc Casadesús Bordoy. Traducción y notas de Ángel J. Cappelletti), Gredos, Madrid, 2002.
- GALENO, *Sobre la localización de las enfermedades*, (Introducción general de Teresa Martínez Manzano. Traducción y notas de Salud Andrés Aparicio), Gredos, Madrid, 2002.
- HIPÓCRATES, *Aforismos*, (Introducción, traducción y notas de Carlos García Gual), Ed. Gredos, Madrid, 2000.
- Tratados hipocráticos*, (Introducción general de Carlos García Gual. Traducción y notas de M^a D. Lara Nava, C. García Gual, J. A. López Férrez y B. Cabellos Álvarez), Gredos, Madrid, 2000.
- LIBANIO, *Autobiografía*, (Introducción, traducción y notas de Antonio Melero Bellido), Gredos, Madrid, 2001.
- Cartas*, (Introducción, traducción y notas de Ángel González Gálvez), Gredos, Madrid, 2005.
- LUCIANO DE SAMOSATA, *Podagra*, (Traducción y notas de José Luis Navarro González), Gredos, Madrid, 2002.
- LUCRECIO, *De la naturaleza de las cosas* (Introducción de Agustín García Calvo, traducción del Abate Marchena y notas de Domingo Plácido), Cátedra, Madrid, 2006.
- MARCIAL, *Epigramas*, (Introducción general de Juan Fernández Valverde. Traducción y notas de Antonio Ramírez de Verger), Gredos, Madrid, 2001.
- PETRONIO, *El Satiricón*, (Introducción general de Carmen Codoñer. Traducción y notas de Lisardo Rubio Fernández), Gredos, Madrid, 2001.
- PLUTARCO, *Moralia. Consejos para conservar la salud*, (Introducción, traducción y notas de Concepción Morales Ota y José García López), Gredos, Madrid, 2001.
- SÉNECA, *Epístolas morales a Lucilio*, (Introducción, traducción y notas de Ismael Roca Meliá), Gredos, Madrid, 2001.
- Consolación a Marcia*, (Traducción y notas de Juan Mariné Isidro), Gredos, Madrid, 2001.
- Consolación a su madre Helvia*, (Traducción y notas de Juan Mariné Isidro), Gredos, Madrid, 2001.
- VALERIO MÁXIMO, *Hechos y dichos memorables*, (Edición de Fernando Martín Acera), Akal, Madrid, 1988.
- VIRGILIO, *Eneida*, (Traducción y notas de Javier de Echave-Sustaeta), Gredos, Madrid, 2000.

Dolor en el anciano

Alberto López Rocha
Presidente de SEMER

La Asociación Internacional para el Estudio del Dolor (IASP) lo define como aquella experiencia subjetiva desagradable, sensitiva y emocional, que se asocia a una lesión actual o potencial de los tejidos y que depende en gran parte de las experiencias dolorosas previas de la persona.

El dolor es un problema frecuente en la población anciana, a menudo no reconocido e infratratado, que se puede convertir en cotidiano, como ocurre con el 60% de los casos de los dolores osteoarticulares y que tiene aún más relevancia en el caso del dolor producido por patologías no oncológicas. La rigidez articular y atrofia muscular, desarrollada con el envejecimiento fisiológico, incrementa aún más esta patología, por lo que debemos alargar en el tiempo su aparición mediante la prevención y la rehabilitación.

Las previsiones de crecimiento poblacional, así como la distribución por Comunidades Autónomas, pueden dar en un momento dado un incremento pronunciado de la sintomatología dolorosa, acompañándose de una repercusión sanitario-social, política y económica importante, si no se crean programas de auténtica promoción de la salud en todos sus sentidos.

El dolor crónico puede llegar a producir auténticos cambios del carácter y es de todos conocido se produce a nivel de las terminaciones nerviosas, mediante la liberación de sustancias algógenas (bradiquininas, serotoninas, acetil colina, etc.) mediadoras en la producción de elementos ácidos, los cuales producen el dolor, que en un momento determinado puede llegar a convertirse en un auténtico suplicio para el que lo padece, una frustración profesional para el prescriptor y una sobrecarga para el cuidador. Es el osteoarticular con más de 7 millones de afectados el que se encuentra a la cabeza en estas edades.

La Sociedad Americana de Geriátría propone, en su guía para el manejo del dolor crónico en personas ancianas, una clasificación que relaciona el mecanismo fisiopatológico con los procesos que con mayor frecuencia causan dolor en el anciano. Éstos se clasifican en:

—**Dolor nociceptivo**, producido por las artropatías de diferente origen (degenerativo, traumático, cervicalgias y lumbalgias mecánicas, la artritis reumatoide), por síndromes miofasciales, úlceras por presión y de mucosas, procesos inflamatorios como la polimialgia reumática, trastornos isquémicos y el dolor visceral.

—**Dolor neuropático**: neuralgia post-herpética, neuralgias en general, polineuropatía diabética, dolor neuropático de origen central tras ictus, dolor de miembro fantasma, radiculopatías y

PREVISIONES CRECIMIENTO POBLACIÓN (FUENTE: INE)

	2006	2030
60-64 años	2.182.000	3.630.000
65-69 años	1.900.000	3.230.000
75-79 años	1.621.000	2.110.000
> 85 años	852.000	1.785.000

17% de la población española mayor 65 años

VIII JORNADA AMEG «Convivir con el dolor»

AMEG

Tel. 91 501 73 61
ameg@amegmadrid.org
www.amegmadrid.org

Colegio Oficial de Enfermería de Madrid
Avda. Menéndez Pelayo, 93
28007 MADRID

20
Aranjuez
(Madrid)
**de mayo
de 2010**

CENTRO CULTURAL
ISABEL DE FARNESIO
c/ Capitán, 39
ARANJUEZ. Madrid

COLABORAN:



Colegio Oficial
de Enfermería
de Madrid

Comunidades Autónomas	TOTAL	65 y más años			
		Total		Varones	Mujeres
		Absoluto	%		
España	45.200.737	7.531.826	16,7	3.189.968	4.341.858
Andalucía	8.059.461	1.179.308	14,6	502.466	676.842
Aragón	1.296.655	261.415	20,2	113.138	148.277
Asturias, Principado de	1.074.862	235.518	21,9	95.970	139.548
Baleares, Illes	1.030.650	141.054	13,7	61.103	79.951
Canarias	2.025.951	251.953	12,4	111.524	140.429
Cantabria	572.824	106.383	18,6	44.089	62.294
Castillas y León	2.528.417	569.338	22,5	245.265	324.073
Castilla-La Mancha	1.977.304	361.501	18,3	159.371	202.130
Catalunya	7.210.508	1.183.628	16,4	496.636	686.992
Comunidad Valenciana	4.885.029	793.917	16,3	345.340	448.577
Extremadura	1.089.990	207.018	19,0	88.592	118.426
Galicia	2.772.533	598.283	21,6	247.710	350.573
Madrid, Comunidad de	6.081.689	875.550	14,4	354.031	521.519
Murcia, Región de	1.392.117	191.432	13,8	83.130	108.302
Navarra, Comunidad Foral de	605.876	105.720	17,4	45.126	60.594
País Vasco	2.141.860	397.132	18,5	165.151	231.981
Rioja, La	308.968	56.713	18,4	24.564	32.149
Ceuta	76.603	8.572	11,2	3.692	4.880
Melilla	69.440	7.391	10,6	3.070	4.321

mielopatías, y síndrome del dolor regional complejo.

—**De origen mixto o difícil de clasificar**, como los distintos tipos de cefalea (migraña, etc), trastornos psicológicos como la somatización y trastornos conversivos.

Las causas más frecuentes de dolor crónico en el anciano son las patologías degenerativas y/o inflamatorias osteoarticulares, cuya localización en la columna y miembros inferiores le siguen; la osteoporosis, la isquemia arterial crónica, neuropatías y el cáncer.

La valoración clínica del anciano con dolor oncológico y no oncológico debe contener la siguiente información:

—**Historia del dolor**, que debe ser metódica desde el inicio de la aparición;

—**Valoración de función cognitiva**, de la cual la expresión y el comportamiento es fiel reflejo;

—**Valoración funcional**, adecuada a su edad y limitaciones fisiológicas;

—**Valoración social**, debido a la importancia de relacionarse con el entorno;

—**Valoración espiritual**, porque debemos tener las creencias del paciente muy presentes;

—**Valoración psicológica**, ansiedad, depresión o psicopatías; y

—**Exploración del grado de conocimiento de la enfermedad** y de la comprensión de la persona, así como el manejo de la información recibida.

Siempre y antes de iniciar el abordaje terapéutico del dolor se debe explicar al enfermo y a los cuidadores el tratamiento, los objetivos del mismo y posibles efectos secundarios que pueden aparecer. Una vez pasado

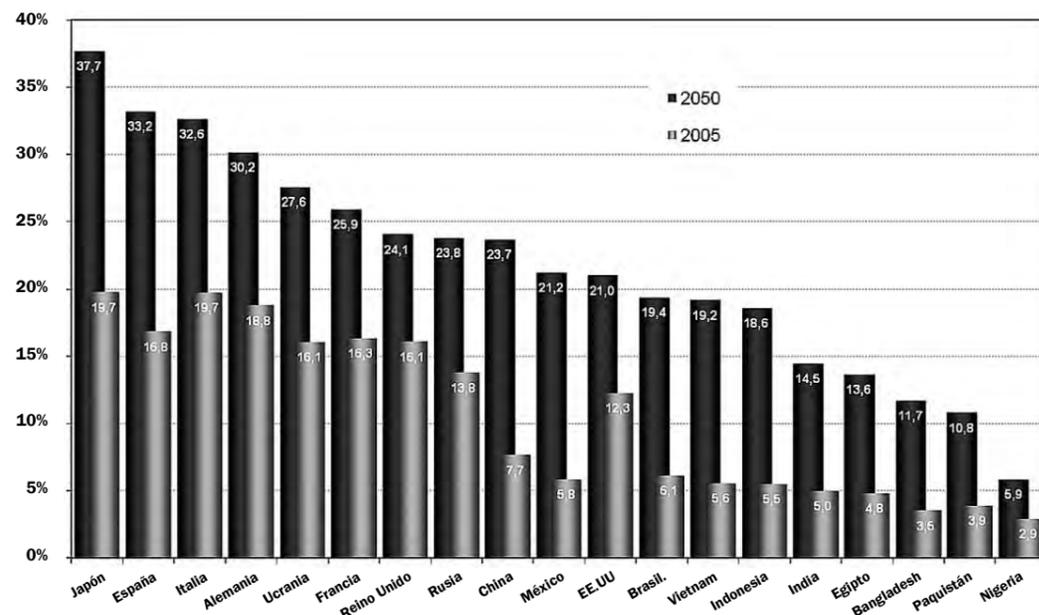
ese preámbulo, tenemos que tener presentes unos aspectos generales:

- Emplear el analgésico adecuado al tipo del dolor, siguiendo las recomendaciones y escalera analgésica de la OMS.
- La medicación debe administrarse con pautas fijas, utilizando la mínima dosis eficaz y dejando pauta de analgesia de rescate para el dolor episódico, además de explicarles bien cuándo pueden iniciarla.
- Son preferibles las pautas y galénicas sencillas.
- Asociar fármacos coadyuvantes siempre que sea posible y según el tipo de dolor.
- Realizar evaluaciones periódicas del dolor, de los efectos secundarios y de las pautas analgésicas, vigilando las posibles interacciones farmacológicas y como contrarrestarlas.

El dolor no es agradable, no es un castigo divino y hay que combatirlo, porque así veremos facilitada una mejor calidad de vida para el que lo padece y para su entorno psicosocial.

Países con mayor envejecimiento. Población de 65 y más años. 2005 y 2050

Fuente: N.U. World Population Prospects: The 2006 REvision. N.U. - Consulta en mayo de 2008



El dolor crónico puede llegar a producir auténticos cambios del carácter y es de todos conocido se produce a nivel de las terminaciones nerviosas, mediante la liberación de sustancias algógenas (bradiquininas, serotoninas, acetil colina, etc.) mediadoras en la producción de elementos ácidos, los cuales producen el dolor, que en un momento determinado puede llegar a convertirse en un auténtico suplicio para el que lo padece, una frustración profesional para el prescriptor y una sobrecarga para el cuidador.

Valoración del dolor en la demencia

Antonio Peñafiel Olivar
DUE Residencia Santiago Rusiñol de Aranjuez
Vicepresidente de AMEG
Director de GEMUC

De acuerdo con la Asociación Internacional Para el Estudio del dolor, el dolor es una experiencia desagradable sensorial y emocional que se asocia a una lesión. Es recomendable cuando se habla de dolor, y más en el paciente con demencia, introducir el concepto de sufrimiento entendido como ese malestar íntimo provocado por sentimientos de pérdida, desgracia, desengaño y frustración.

La realidad que vive el paciente con demencia en sus diferentes etapas, está llena de situaciones que implican sufrimiento y dolor: salir a la calle y no reconocer a alguien que te saluda de forma efusiva, no saber volver al domicilio, no recordar el número de teléfono de casa, ir perdiendo la capacidad para autocuidarse, no poder deambular y quedarse en silla o en cama, etc., son todos ellos y otros muchos más, motivos de sufrimiento en el paciente con demencia y en su entorno, siendo fuentes de dolor físico y de malestar emocional.

Dificultad de la valoración del dolor en la demencia

La demencia es un síndrome de naturaleza orgánica que cursa con alteraciones cognitivas, trastornos psiquiátricos y del comportamiento, y alteraciones funcionales que deteriora paulatinamente la autonomía del sujeto en las Actividades de la Vida Diaria (AVD).

La demencia presenta una variopinta y compleja semiología que condiciona la valoración del dolor en estos pacientes:

Afasia, apraxia y agnosia: denominadas funciones cognitivas instrumentales. Son alteraciones que por este orden deterioran el lenguaje y por tanto la capacidad para comunicarse (afasia), la coordinación de movimientos (apraxia) y el reconocimiento de objetos, caras o estímulos (agnosia).

Ansiedad: con frecuencia estos pacientes presentan ansiedad por las pérdidas cognitivas que detectan o que perciben, por las demandas de un entorno físico, familiar o asistencial que no pueden procesar adecuadamente y dar una respuesta adecuada.

Agitación: ya sea por presencia de alteraciones físicas, de trastornos psiquiátricos o por demandas del entorno cuidador para las que no tienen capacidad de responder.

Insomnio: bien por trastornos psiquiátricos o conductuales, bien por cambio del ciclo vigilia-sueño.

Depresión: se da generalmente como respuesta a las pérdidas que sufre el sujeto.

Alucinaciones e ilusiones: percepciones falsas en el primer caso sin objeto y, en el caso de las ilusiones, con presencia de un objeto que el sujeto deforma.

Alteraciones funcionales: relacionadas con las pérdidas cognitivas, o vinculadas al envejecimiento como tal, que hace que el sujeto sufra las complicaciones de la inmovilidad en todos los órganos y sistemas corporales.

La demencia presenta una gran complejidad clínica que hace difícil la valoración y que en muchas ocasiones va a ser causa directa e indirecta de dolor. Es recomendable recoger algunas características del dolor en la demencia: dificultades en la comunicación, es decir, problemas para verbalizar el dolor; diagnóstico más difícil en sus manifestaciones atípicas, como la ansiedad, el trastorno del humor, el aislamiento o el delirio trastornos conductuales, incrementándose la dificultad cuanto más avanzada esté la demencia, puesto que se quejan menos; y el dolor por la propia demencia, dándose en estados avanzados la rigidez, úlceras por presión, etc.

Errores habituales entre ancianos, cuidadores y familiares (Figura 1)

Existen una serie de errores o más bien de prejuicios a la hora de valorar el dolor en los ancianos y en los pacientes con demencia. Errores cometidos incluso por profesionales sanitarios. En la Figura 1, se reflejan algunos de ellos, como la normalidad del dolor en el anciano, que no se puede valorar el dolor en la demencia, etc. Es recomendable reflexionar sobre esto, pues si damos como normales situaciones que provocan dolor, no se aplicará ningún tratamiento, con la carga de sufrimiento y merma de calidad de vida que esto implica.

Existen una serie de mitos relacionados con el dolor en los ancianos, vinculados a la creencia de la existencia de una cierta presbialgia o una matización del dolor en el anciano. Hoy sabemos que el dolor superficial no experimenta cambios con respecto al joven, que en enfermedades agudas el dolor profundo parece ser menos intenso que en el joven, y que el dolor crónico aumenta con la edad. (HARKINS, 1996).

Consideraciones en la valoración del dolor

Incluso si piensa que el paciente no puede decir "tengo dolor", debemos comenzar preguntándole. Investigaciones al respecto muestran que pacientes con demencia moderada-severa, pueden verbalizar el dolor cuando lo sufren. El 86% de los pacientes con un *Mini mental State Examination* (MMSE) < 15 podían localizar el dolor ellos mismos, usando su propia anatomía, un muñeco o un diagrama.

Dé el tiempo suficiente al paciente para que responda y repetir las preguntas cuantas veces sea necesario; así como anticipese a la aparición de dolor de acuerdo con la patología del paciente. Valore continuamente la presencia de dolor, explore el sistema musculoesquelético y el sistema nervioso minuciosamente, y realice una valoración funcional.

Se debe examinar al paciente con demencia en busca de dolor al moverse, trastornos de conducta o caídas.

Asimismo, los pacientes con dolor deben ser evaluados regularmente. Algunos pacien-

tes se quejan poco (estoicos), por lo que hay que considerarlo; a veces la familia, por la angustia de la situación, multiplica el dolor del enfermo. Es importante la valoración social (cuidador principal, cónyuge, hijos, barreras arquitectónicas, etc).

En estadios iniciales de la demencia en los que el paciente es capaz de verbalizar, pregunte al paciente. En estadios medios y avanzados, observe expresiones faciales, movimientos corporales, cambios en la interacción con el personal, en los patrones de conducta o en el estado mental (*delirium*).

La Figura 2 nos presenta algunos de los indicadores de dolor en la demencia, de acuerdo con la American Geriatrics Society.

Escalas de valoración del dolor

Existen una amplia variedad de escalas para valorar el dolor, tanto para pacientes capaces de verbalizarlo como para pacientes que no verbalizan. En la figura 3 se presentan algunas de las escalas más usadas para valorar el dolor en pacientes con demencia en fases avanzadas. La figura 4 muestra la Escala de Campbell en castellano, que puede ser una buena opción en pacientes incapaces de verbalizar el dolor.

Conclusiones, a modo de decálogo

1. Cuando un paciente con demencia se queja lo primero que debemos hacer es creerle, considerando que a mayor severidad se quejan menos.
2. El 86% de los pacientes con demencia son capaces de localizar el dolor ellos mismos.
3. Es conveniente observar y explorar al paciente realizando sus actividades de la vida diaria.
4. La demencia no duele, pero en estadios avanzados o bajo el efecto de determinados medicamentos puede aparecer el dolor.
5. Un cambio conductual, en el apetito, etc., puede indicarnos existencia de dolor.
6. El uso de escalas adecuadas puede ayudarnos a medir la intensidad del dolor.
7. El trabajo con equipos interdisciplinarios mejora la valoración y el tratamiento del paciente con dolor.

Incluso si piensa que el paciente no puede decir "tengo dolor", debemos comenzar preguntándole. Investigaciones al respecto muestran que pacientes con demencia moderada-severa, pueden verbalizar el dolor cuando lo sufren. El 86% de los pacientes con un Mini mental State Examination (MMSE) < 15 podían localizar el dolor ellos mismos, usando su propia anatomía, un muñeco o un diagrama.

La demencia es un síndrome de naturaleza orgánica que cursa con alteraciones cognitivas, trastornos psiquiátricos y del comportamiento, y alteraciones funcionales que deteriora paulatinamente la autonomía del sujeto en las Actividades de la Vida Diaria

8. Estrategias emocionales como la alegría, la ternura y la empatía mejoran la comunicación con estos enfermos y su evaluación.

9. Tenemos una obligación moral con nuestros pacientes: calmar su sufrimiento y su dolor.

10. El que aprende a mirar a los ojos aprende a mirar el corazón. (J. C. Bermejo)

Bibliografía

COHEN-MANSFIELD, J.; LIPSON, S., «Pain in cognitively impaired nursing home resident: How well are physicians diagnosing it?» *Journal of the American Geriatric Medicine*, 2001; 17 (3): 575-94.

FEDERICO, A.: «Assessing pain in patients with dementia» (3)
 HEER, K.; BJORO, K.; DECKER S., «Tools for assessment of pain in non verbal older adults with dementia: a state of the science review». *Journal of Pain Symptom Manage*, 2006; 31 (2): 170-192.
 JAGS 2002: 50: 5211. AGS *Panel on persistent pain in older adults*.
 KATZMA, D. L.; SOUZA, C. H., «Elderly pain assessment and pain management of long-term care nurses». *Pain management nursing*, 2000; 1 (3): 88-95.
 WYNNE, C., «Comparison of pain assessment instrument in cognitively intact and cognitively impaired nursing homes resident», *Geriatric nursing*, 2000; 21 (1): 20-23.
 WON, A.; LAPNE, K.; GAMBASSI, G. et al., «Correlates and management of nonmalignant pain in the nursing home», *Journal of the American Geriatrics Society*, 1999: 47: 936-42.

FIGURA 1: ERRORES HABITUALES ENTRE ANCIANOS, CUIDADORES, Y FAMILIARES

Fuente: Valoración del dolor en el anciano. Fernando Gómez Busto

PERSONAL SANITARIO

- Es normal el dolor en el anciano.
- La percepción del dolor disminuye con la edad.
- Los que se quejan de dolor quieren llamar la atención.
- Los analgésicos, sobre todo los opioides son peligrosos para los ancianos.

PACIENTES CON DEMENCIA

- No se puede valorar el dolor en la demencia.
- Las alteraciones conductuales se atribuyen a la demencia, y no al dolor

PACIENTES Y FAMILIARES

- El dolor es inevitable en la vejez
- El dolor es fruto de la edad.
- Si me quejo mucho me cogerán manía.
- El dolor significa enfermedad grave

FIGURA 2:

INDICADORES DE DOLOR EN LA DEMENCIA SEGÚN LA AMERICAN GERIATRICS SOCIETY

Table 1. Common Pain Behaviors in Cognitively Impaired Older Adults

Facial Expressions

Slight frown; sad, frightened expression. Grimacing; wrinkled forehead closed or tightened eyes. Any distorted expression. Rapid eye blinking

Verbalizations. Vocalizations:

Sighing, moaning, groaning. Grunting, chanting, calling out. Noisy breathing. Asking for help. Verbal abuse

Body Movements:

Rigid, tense body posture; guarding. Fidgeting. Increased pacing, rocking. Restricted movement. Gait or mobility changes

Changes in Interpersonal Interactions:

Aggression, combativeness, resistance to care. Decreased social interactions. Social inappropriateness, disruptiveness. Withdrawn

Changes in Activity Patterns or Routines

Relusal of food, appetite change. Increased rest periods. Sleep, rest pattern changes. Sudden cessation of common routines. Increased wandering

Mental Status Changes:

Crying or tears. Increased confusion. Irritability or distress

From AGS Panel on Persistent Pain in Older Persons The management of persistent pain. In older persons. *J Am Geriatr Soc* 2002; 50 (6 Suppl).-S205-24. Usea with permission

EXPRESIONES FACIALES
Tristeza, miedo, angustia

EXPRESIONES VERBALES
Gritos, pedir ayuda.

MOVIMIENTOS DEL CUERPO
Tensión, rigidez

CAMBIOS EN LAS INTERACCIONES PERSONALES
Descenso relaciones sociales.

CAMBIO EN LAS RUTINAS DIARIAS
Rechazo comida, descenso apetito

CAMBIO EN EL ESTADO MENTAL
Confusión, Irritabilidad,

FIGURA 3. ESCALAS DE VALORACIÓN DEL DOLOR EN ESTADIOS FINALES DE DEMENCIA

Table 2. Overview of Strengths and Weaknesses of Selected Behavioral Pain Assessment Scales for Older Adults with End-Stage Dementia*

Nonverbal Pain Behavior Scale	Description	Comprehensiveness ⁽¹⁾	Validity	Reliability	Feasibility/Clinical Utility
CNPI ^{15,18-21}	6 items. Pain present/not present	Limited	Moderate	ICR: Moderate, IRR: Good; TRR: Fair to moderate	Easy to use; Score interpretation not clear; Tested in AC and LTC
Doloplus ^{2,22-25}	10 items; 0-3 scale	Good	Mostly moderate	ICR total scale: Moderate; ICR subscales: Fair to moderate; IRR and TRR: Not established	Time to complete: 5 minutes, Testes n AC and LTC
NOPPAIN ²⁷⁻²⁹	6 items. Pain present/not present 0-5 scale	Limited	Validity supported with video standard	ICR: Not reported; IRR and TRR: Good using video standard	Easy to use; Score interpretation: Not provided; Not tested in clinical setting
PACSLAC ²⁴⁻³⁰	60-items checklist, Pain present/not present	Good	Moderate to good	ICR total scale: Moderate to good; ICR subscales: Low to moderate; IRR: Excellent; TRR: Good	Easy to use, Time to complete: 5 minutes; Tested in LTC
PACSLAC-D Revised ³	24-items checklist, Pain present/not present	Good	Correlates with original, PACSLAC	ICR: Good; IRR and TRR: Not tested	Not yet evaluated
PAINAD ^{15, 24, 29, 31, 37}	5 items; 0-2 scale	Limited	Moderate	ICR: Moderate; IRR: Good; TRR: Good	Easy to use, Time to complete: 5 minutes; Tested in LTC and AC
PAINE ¹⁴⁻¹⁵	22 items	Good	Moderate to good	ICR, IRR, TRR: Adequate	Complex tool; Time to complete: Unknown; Tested in LTC

ICR indicates internal consistency reliability; IRR, interrater reliability; TRR, test-retest reliability; AC, acute care; and LTC, long-term care.

*A more detailed overview of these behavioral pain assessment scales can be found on the AAHPM Web site at www.aahplm.org

⁽¹⁾ Comprehensiveness is based on number of American Geriatric Society (AGS) pain behavior categories the tool includes; 0 to 4 of 6 categories=limited comprehensiveness; 5 or 6 of categories=good comprehensiveness.

FIGURA 4. EVALUACIÓN DEL DOLOR EN PACIENTES NO COMUNICATIVOS ESCALA DE CAMPBELL

	0	1	2	Puntuación
Musculatura facial	Relajada	En tensión, ceño fruncido y/o mueca de dolor	Ceño fruncido habitual, y/o dientes apretados.	
Tranquilidad	Tranquilo, relajado, movimientos normales	Movimientos ocasionales de inquietud y/o de posición	Movimientos frecuentes, incluido cabeza o extremidades.	
Tono muscular	Normal	Aumentado, flexión dedos manos y/o pies	Rígido.	
Respuesta verbal	Normal	Quejas, lloros, quejidos o gruñidos ocasionales	Quejas, lloros, quejidos o gruñidos frecuentes	
Confortabilidad	Confortable y/o tranquilo	Se tranquiliza con el tacto, y la voz, fácil de distraer.	Difícil de confortar con el tacto o la voz.	

0: Sin dolor, 1-3 dolor leve-moderado, 4-6 dolor moderado-grave, >6 dolor muy intenso

Dolor en la demencia: visión de la familia

Dr. Domingo Palacios Ceña
Facultad de Ciencias de la Salud,
Universidad Rey Juan Carlos

Introducción

Dentro de la enfermería se debe encontrar un equilibrio entre las técnicas, los conocimientos y la evidencia científica de las intervenciones de enfermería y el contacto con la persona enferma, sus familiares y allegados. Toda esta complejidad de relaciones e interacciones entre unos y otros hacen que la aplicación de cualquier técnica y conocimiento adquieran una complejidad cambiante y continua. En el caso del dolor adquiere aspectos muy cualitativos, su presencia, su efecto en la persona que lo sufre, en la familia que acompaña y en la enfermera y el resto de profesionales que intentan paliarlo. El principal medio de detección es la palabra, la comunicación a través de gestos y la clínica. Pero en el caso de las demencias, la comunicación se ve alterada y es la familia la que debe convertirse en el eslabón y el nexo de comunicación entre el paciente y los medios de control del dolor. Pero, ¿cuáles son las perspectivas de la familia en la relación con los profesionales respecto al dolor en pacientes con demencia? ¿Cuáles las perspectivas de la familia en el manejo del dolor en el paciente con demencia?

El objetivo de este trabajo es mostrar diferentes perspectivas de las familias en el control del dolor de los pacientes con demencia en diferentes ámbitos asistenciales, el hogar, la residencia y las unidades hospitalización.

La percepción de la familia del dolor, del empleo de medidas farmacológicas en residencias

La percepción que tiene la familia del dolor y del distrés debe ser tenida en cuenta por la enfermería a la hora de paliar y manejar el dolor en residencias. La familia es uno de los elementos necesarios para poder valorar

de manera correcta el dolor y el distrés en los pacientes con demencia dentro de las residencias (1). Sengstaken & King (2), muestran como el 70% de los residentes confirman sufrir algún tipo de dolor. Además, este dolor crónico está asociado a distintas formas de distrés como preocupación, enfado y miedo (3). Las manifestaciones clínicas de dolor pueden ocultarse en presencia de pluripatología o polifarmacología, estando el dolor infratratao. Además, la percepción de la valoración del manejo y control del dolor en residencias es diferente entre la familia y los propios residentes (4). De hecho, se han visto estudios que muestran que los residentes tienden a tener una visión más positiva que la familia (5).

Hall-Lord *et al* (1) muestran como la descripción del dolor y distrés es un suceso que debe entenderse en cuatro dimensiones: sensorial (discomfort físico, dolor físico), intelectual (racionalización del proceso del dolor, causas, efectos, alternativas), emocional (preocupación, miedo, enfado) y existencial (replanteamiento vital, reflexión sobre el futuro, el pasado). Señalan también que junto a los analgésicos se empleaban otro tipo de fármacos asociado a alteraciones conductuales, antidepressivos y ansiolíticos. Coinciden con Cramer *et al* (6), que mostraron cómo la mayoría de los residentes recibían tratamiento no farmacológico para el dolor. Esto no tiene porque significar un mal uso, ya que se recomienda el empleo de tratamiento farmacológico y no farmacológico para el control del dolor (7).

Los pacientes con demencia muestran signos no usuales de dolor para aquellos pacientes sin demencia (8). Los pacientes con demencia y que padecen ese dolor pueden presentar: preocupación, agresividad, problemas para dormir, en los cuales se suele pres-



cribir fármacos para inducir el sueño en vez de analgésicos (9). Esto puede condicionar la presencia de complicaciones como inestabilidad, *delirium* y caídas.

En otros estudios como los de Ryan & Scullion (10) y Hertzberg & Ekman (11), las familias demandan información de las diferentes manifestaciones de dolor en paciente con demencia, y no suelen estar de acuerdo con el nivel de información dado.

La percepción de la familia, de los profesionales y de su manejo del dolor en pacientes con demencia

El principal problema es la incapacidad del paciente con demencia para comunicar el dolor. Valorar el dolor en esta población se complica cuando se traslada o se transfiere de un lugar o nivel asistencial a otro (12), como desde la residencia a hospital o desde el domicilio a la residencia (13-14). Los resultados de estudios cualitativos sugieren que los cuidadores familiares, al estar en mayor contacto y conocer al paciente con demencia, son

los más indicados para informar a los profesionales acerca de las características personales y la idiosincrasia específica de manifestación de dolor y necesidades (15).

El dolor en pacientes con demencia se define como una manifestación de discomfort que se expresa con cambios en el comportamiento, expresiones verbales o no verbales, movimientos motores y cambios individuales en su conducta habitual (16). El discomfort a su vez puede estar causado por otros estados como sed, enfado, frustración, soledad, aburrimiento, constipación, infección, *delirium*, etc. Debemos considerar el dolor cuando se conoce una causa o condición dolorosa preexistente o existe un procedimiento causante de posible dolor.

La comunicación entre profesionales en relación al dolor en pacientes con demencia no es muy clara o evidente. Cuando los pacientes se trasladan de ambiente de cuidados, la comunicación sobre el dolor y su manejo debe continuar para mantenerlos (16). Los familiares muestran la necesidad de dis-

cutir el manejo del dolor en pacientes con demencia y enfatizan la importancia de compartir información con los profesionales de la salud (16). De igual modo utilizan herramientas de valoración del dolor para ayudarse a identificar el dolor de los pacientes con demencia (17), que incluyen: sonidos vocales que expresen dolor, gruñidos, gemidos, lloros, jadeos, muecas faciales, abrazarse a muebles o equipos, inquietud, movimientos constantes, frotarse, agarrarse, o expresiones como *ouch* o *para, me haces daño*.

Buffum & Haberfelde (12) identifican las siguientes categorías en relación a la perspectiva de las familias de pacientes de demencia y el control del dolor en diferentes ambientes sanitarios: observación y valoración regular;

Las actitudes de los residentes y de los cuidadores formales e informales pueden contribuir a la detección y tratamiento del dolor en ancianos en residencias. En ocasiones los residentes con dolor crónico conviven con el dolor y se resignan a él, aceptándolo como parte del envejecimiento. Esta complacencia se perpetua por miedo a no ser escuchados o a que se les catalogue como malos pacientes

administración coherente de la medicación y adecuada; comunicación con la familia; formación del personal sobre el dolor en demencia; métodos alternativos control del dolor: como el apoyo espiritual o el apoyo psicológico.

Martin *et al* (18) indican que las razones por las que existen un infratratamiento del dolor en pacientes con demencia son la inadecuada comunicación entre enfermería en relación a la valoración y tratamiento, y la escasez de personal.

El dolor crónico en residencias: la percepción de los residentes frente a la de los cuidadores

Las actitudes de los residentes y de los cuidadores formales e informales pueden contribuir a la detección y tratamiento del dolor en

ancianos en residencias. En ocasiones los residentes con dolor crónico conviven con el dolor y se resignan a él, aceptándolo como parte del envejecimiento. Esta complacencia se perpetua por miedo a no ser escuchados o a que se les catalogue como malos pacientes (19). Pero en las residencias el dolor se puede manifestar de diferentes maneras.

Wiener *et al* (19), exploran la variedad de comportamientos de los residentes con dolor crónico en comparación con otros residentes, las percepciones de las familias cuidadoras y de los profesionales sanitarios (enfermeras). La coincidencia entre enfermeras y familias cuidadoras en la valoración del dolor del residente y la percepción del dolor por el propio residente es pobre. De igual modo ocurre en la coincidencia entre enfermeras y familias cuidadoras. También existe desacuerdo entre el grado de intensidad del dolor valorado por los cuidadores (enfermeras-familia) con la percepción del residente.

En este estudio ambos grupos de cuidadores mostraban confianza para valorar con suficiente habilidad el dolor de los residentes. En el caso de la enfermera, confirman que sentía que el dolor en el paciente con demencia debía manifestarse de manera diferente al resto de pacientes.

Otro proceso (19) es la presencia de insensibilización entre los cuidadores en las residencias respecto al dolor. Dentro de los factores relacionados a perpetuar esta insensibilización es que los comportamientos de dolor de los pacientes con demencia no están suficientemente descritos y validados. A modo de ejemplo: si un paciente está tumbado y no es habitual, ¿es por una enfermedad aguda?, ¿reagudización de patología crónica?, ¿pérdida funcional o episodio de dolor? Existen múltiples causas, pero en general el personal tiene dificultad de asociar esos cambios de comportamiento al dolor en relación con las patologías.

Wiener *et al* (19) indican otro factor relevante: es la complejidad del lenguaje al utilizar la palabra **dolor**. La palabra dolor puede significar cosas diferentes en personas distintas. La conceptualización de la palabra dolor en las enfermeras y las familias se utiliza en un

contexto de patología o situación aguda, mientras que los residentes lo interpretan más globalmente, dentro de su día a día. Los residentes manifiestan su idea de dolor con comportamientos. Esas conductas están orientadas a disminuir y aliviar el sufrimiento. Mientras, los cuidadores (enfermeras y familias) esperan una comunicación formal del dolor, destinado a su alivio.

Factores que influyen la comunicación de los cuidadores y pacientes con demencia en la comunidad.

Shega *et al* (20) muestran que existen factores asociados a la comunicación de dolor por parte de la familia con pacientes con demencia. Entre éstos destaca la presencia de agitación en el paciente y la presencia de depresión en el cuidador familiar (OR=2.77, IC 95%:1.12-7.17). Por otro lado, la educación de la familia para detectar alteraciones o dolor en el paciente con demencia también aparece como factor para comunicar la presencia de dolor. Así, la educación de la familia cuidadora presenta una mayor probabilidad de comunicar la existencia de dolor (OR=1.12, 95% CI: 0.99-1.27).

Los familiares cuidadores que presentan depresión tienen más probabilidades de comunicar dolor en los pacientes con demencia que aquéllos que no la presentan (20). Tal vez por la situación la depresión sea posterior, debido al elevado estrés que sufren estos cuidadores. Otra posible causa es a que el cuidador observe su situación desde una lente negra, pudiendo influir en la valoración del dolor.

En el caso de la agitación, ésta aumenta la probabilidad de comunicar dolor por la familia cuidadora (20), lo cual puede ser debido a que las familias consideran la agitación como un signo atípico de dolor en el paciente con demencia.

Perspectivas de la familia ante el dolor oncológico en personas mayores institucionalizadas en residencias

El trabajo de Berry (21) muestra los elementos esenciales que la enfermera puede conocer para poder entender la perspectiva de los familiares ante el dolor en pacientes en residencias. Si bien no es específico de pa-

cientes con demencia, puede dar clave muy útiles para la clínica diaria en residencias.

Oldham & Kristjanson (22) muestra cómo las familias de pacientes con enfermedades avanzadas juegan un papel fundamental en el significado del control del dolor, incluyendo la posibilidad de interferir en su manejo adecuado



por tener diversos conocimientos y perspectivas. El significado del dolor en las familias está influida por el conocimiento de uno mismo y de sus experiencias personales, sociales y culturales, incluyendo actitudes personales (23- 24).

Dentro de los temas principales en la percepción de la familia del dolor en situaciones terminales resaltan (21) el dolor como lucha, el

dolor como metáfora, las atribuciones sobre el dolor y el dolor como *toda* la experiencia.

Dolor como lucha

Existe una sensación de lucha continua, a la que se une la impredecibilidad de la enfermedad y de la presencia del dolor, que influye en la decisión de continuar con los cuidados. El dolor se considera una lucha dentro de la adecuación de su control y manejo correcto. En ausencia de control del dolor, las familias crean mayores expectativas del uso de morfina para controlarlo, más de las que realmente tiene.

La familia precisa conocer, comprender y dialogar sobre el dolor del paciente. Necesita confiar en que alguien velará y protegerá a su familiar con demencia; quiere conocer cómo, cuándo, quién y por qué se controlará el dolor. Puede y quiere participar, sus conocimientos se cimientan en horas de observación y cuidado. Por ello desarrolla estrategias de detección y manejo del dolor. Necesita percibir que el profesional sabe lo que hace y que puede contar con él, quien debe demostrar que es digno del cuidado de su familiar. Existe un acto de "cesión" del cuidado.

Dolor como metáfora

El dolor se vive como una metáfora de la enfermedad y de la proximidad de la muerte. Este tema aparece independientemente de la presencia de buen o mal control del dolor. El dolor es entendido como un indicador de la progresión de la enfermedad y del estado de salud.

Atribuciones sobre el dolor

Existen pocas atribuciones al dolor por parte de las familias. Al no existir un control adecuado del dolor, su significado se vuelve más ambiguo y las atribuciones de si el dolor es, por ejemplo, bueno o malo no están tan claras. El resultado es un desconocimiento y un conocimiento poco desarrollado de lo que supone el dolor para el paciente.

Dolor como toda la experiencia

Una de las cosas más difíciles para el familiar es aceptar y discutir sobre el dolor. La experiencia del dolor se convierte en toda la experiencia hacia la que se dirigen los pensamientos. El dolor llega a ser una parte junto a la enfermedad que forma la experiencia, especialmente cuando no es controlado. Como resultado, el control y manejo del dolor se convierten en sí mismos en *la experiencia*. La falta de alivio del dolor, junto a una laguna en el conocimiento sobre éste, puede dar una imagen distorsionada o limitada alrededor del significado del dolor construido, siendo más oscura, distorsionada y con un significado más complejo. Esto puede provocar una sobreestimación (25) o una infravaloración (26) del dolor.

Existe la creencia en la familia de que el incremento del dolor significa el progreso de la enfermedad (21). Por lo que, ¿un adecuado control del dolor puede dar una sensación de falsa esperanza a la familia? Lo que está claro es que un mal control ayuda a construir un significado del dolor que se convierte en una barrera para la familia para un adecuado manejo y ayuda del paciente. Su buen manejo es crítico para ayudar a la familia a comprender el significado de la experiencia del dolor y debe ser el objetivo prioritario de las enfermeras.

Conclusiones

La familia precisa conocer, comprender y dialogar sobre el dolor del paciente. Necesita confiar en que alguien velará y protegerá a su familiar con demencia; quiere conocer cómo, cuándo, quién y por qué se controlará el dolor. Puede y quiere participar, sus conocimientos se cimientan en horas de observación y cuidado. Por ello desarrolla estrategias de detección y manejo del dolor. Necesita percibir que el profesional sabe lo que hace y que puede contar con él, quien debe demostrar que es digno del cuidado de su familiar. Existe un acto de "cesión" del cuidado.

Todos los anteriores puntos ayudan a construir el significado del dolor en un paciente con demencia.

Bibliografía

- HALL-LORD M. L., JOHANSSON I, SCHMIDT I, WILDE B. «Family members' perceptions of pain and distress related to analgesic and psychotropic drugs, and quality of care of elderly nursing home residents». *Health Soc Care Community*. 2003; 11 (3): 262-274.
- SENGSTAKEN E. A., KING S. A., «The problems of pain and its detection among geriatric nursing home residents». *J Am Geriatr Soc*. 1993; 41: 541-544.
- HALL-LORD M. L., LARSSON G., STEEN B., «Pain and distress in older people: a cluster analysis». *Int J Nurs Pract*. 1999; 5: 78-85.
- DONABEDIAN A., «The Definition of Quality and Approaches to its Assessment». *Health Administration Press*, Ann Arbor, 1980.
- THOMAS L. H., MACMILLAN J., MCCOLL E., «Obtaining patient's view of nursing care to inform the development of a patient satisfaction scale». *International Journal of Qualitative Health Care*. 1995; 7: 153-163.
- CRAMER G. W., GALER B. S., MENDELSON M. A., THOMPSON G. D., «A drug use evaluation of selected opioid and non-opioid analgesics in the nursing facility setting». *J Am Geriatr Soc*. 2000; 48: 398-404.
- RHINER M., FERRELL B. R., FERRELL B. A., GRANT M. M., «A structured non-drug intervention program for cancer pain». *Cancer Pract*. 1993; 1: 137-143.
- FISHER-MORRIS M, GELLATLY A. «The experience and expression of pain in Alzheimer patients». *Age and Ageing*. 1997; 26: 497-500.
- ROSS M. M., CROOK J., «Elderly recipients of home nursing services: pain, disability and functional competence». *J Adv Nurs*. 1998; 27: 117-126.
- RYAN A. A., SCULLION H. F. «Family and staff perceptions of the role of families in nursing homes». *J Adv Nurs*. 2000; 32: 626-634.
- Hertzberg A, Ekman S. E. «'We, not them and us?' Views on the relationship and interaction between staff and relatives of older people permanently living in nursing homes». *J Adv Nurs*. 2000; 31: 614-622.
- BUFFUM M. D., HABERFELDE M., «Moving to new settings: Pilot study of families' perceptions of professional caregivers' pain management in persons with dementia». *J Rehabil R D*. 2007; 44 (2): 295-304.
- HORGAS A. L., ELLIOTT A. F., «Pain assessment and Management in persons with dementia». *Nurs Clin North Am*. 2004; 39 (3): 593-606.
- STOLEE P, HILLIER L, ESBAUGH J, BOL N, MCKELLAR L, GAUTHIER N., «Instruments for the assessment of pain in older persons with cognitive impairment». *J Am Geriatr Soc*. 2005; 53 (2): 319-326.
- MENTES J. C., TEER J, CADOGAN M. P., «The pain experience of cognitively impaired nursing home residents: Perceptions of family members and certified nursing assistants». *Pain Manag Nurs*. 2004; 5(3): 118-125.
- BUFFUM M. D., HUTT E., CHANG V., CRAINE M. H., SNOW A. L. «Cognitive impairment and pain management: Review of issues and challenges». *J Rehabil Res Dev*. 2007; 44(2): 315-330.
- FELDT K. S. «The checklist of nonverbal pain indicators (CNPI)». *Pain Manag Nurs*. 2000;1(1): 13-21.
- MARTIN R, WILLIAMS J, HADJISTAVROPOULOS T, HADJISTAVROPOULOS H. D, MACLEAN M. «A qualitative investigation of seniors' and caregivers' view on pain assessment and management». *Can J Nurs Res*. 2005;37(2): 142-164.
- WIENER D, PETERSON B, KEEFE F. «Chronic pain-associated behaviors in the nursing home: resident versus caregivers' perceptions». *Pain*. 1999; 80: 577-588.
- SHEGA J. W., HOUGHAM G. W., STOCKING C. B., COX-HAYLEY D, SACHS G. A. «Factors associated with Self- and Caregiver report of Pain among Community-welling Persons with Dementia». *J Palliat Med*. 2005; 8(3): 567-575.
- BERRY P. H. «The pain of residents with terminal cancer in USA nursing homes: family members' perspectives». *Int J Palliat Nurs*. 2007; 13(1):20-27.
- OLDHAM L, KRISTJANSON L. J. «Development of a pain. Management programme for family carers of advanced cancer patients». *Int J Palliat Nurs*. 2004; 10: 91-99.
- GOODRIDGE D, BOND J. B. JR., CAMERON C, MCKEAN E. «End-of life care in a nursing home: a study of family, nurse and healthcare aide perspective». *IJPN*. 2005; 11: 225-232.
- MEHTA A, EZER H. «My love is hurting: The meaning spouses attribute to their loved ones' pain during palliative care». *J Palliat Care*. 2003; 19: 84-87.
- MADISON J. L., WILKIE D. J. «Family members' perceptions of cancer pain: Comparison with patient sensory report and by patient psychologic status». *Nurs Clin North Am*. 1995; 30: 625-645.
- REDINBAUGH E. M., BAUM A, DEMOSS C, FELLO M, ARNOLD R. «Factors associated with the accuracy of family caregivers estimate of patient pain». *J Pain Symptom Manage*. 2002; 23: 31-38.

Valoración-evaluación del dolor en los ancianos

Lorena Montealegre Iniesta
Supervisora de Enfermería
Máster en Cuidados Paliativos
Supervisora de la Residencia Los Balcones (Cooperativa Tosande)

Son escasos los estudios con muestras adecuadas y metodología correcta sobre del dolor en los ancianos. En gran parte, porque la muestra de población son pacientes mayores, polimedicados y pluripatológicos.

Sin embargo, la prevalencia del dolor en los mayores es de 250/1.000 mayores de 60 años, el doble que en población menor de 60 años. Algunos estudios señalan que el dolor sería un síntoma relevante en el 60% de los ancianos en domicilio, aumentando en la población de más edad con cifras cercanas al 70% en los mayores de 77 años, alcanzando el 80% en pacientes institucionalizados.

La causa más habitual de dolor crónico en los ancianos es el dolor osteomuscular, por lesiones degenerativas, traumáticas y/o inflamatorias que afectarían al aparato locomotor. El envejecimiento se ha relacionado con una disminución de la percepción del dolor, en función de los cambios en la captación, conducción e integración de los estímulos nociceptivos, creando un estado de hipoalgesia, es decir, una respuesta reducida a un estímulo que habitualmente es doloroso, también llamado presbialgia.

Diversos autores que han revisado los estudios experimentales realizados con ancianos, coinciden en que los datos no confirman ese estado hipoalgésico, afirmando que el conocimiento actual es insuficiente para esa afirmación y que los resultados obtenidos en estudios diferentes son incluso contradictorios a veces.

El dolor

La IASP define el dolor como una experiencia emocional y sensorial desagradable asociada a un daño tisular actual o potencial, descrita en función de dicho daño.

El dolor es una experiencia sensorial y emocional desagradable que se asocia a una lesión actual o potencial de los tejidos, o que se describe en función de dicha lesión. Síntoma subjetivo altamente variable, entre las diferentes personas y en un mismo paciente, según las características que lo acompañan.

El dolor en los ancianos se caracteriza por presentar alteraciones en los mecanismos homeostáticos y las funciones neuroendocrinas, habiendo la posibilidad de aumento de sensibilidad al dolor; por la alteración en el umbral del dolor; por ser más sensibles a estímulos mecánicos que a térmicos y más propensos a dolor crónico; por tanto, por enfermedades crónicas, intensificación del estrés y la depresión.

Observaremos el dolor en los ancianos según sea agudo o crónico: el dolor agudo evidencia la existencia de alguna alteración en el organismo. Su inicio está bien definido en el tiempo, es una petición de ayuda y su tratamiento se basa en la causa que lo produce. Y el dolor crónico persiste posteriormente al curso normal de una enfermedad aguda o tras un tiempo razonado. Entra aquí cualquier dolor que dure más de seis meses y su tratamiento es por aproximación multidisciplinaria.

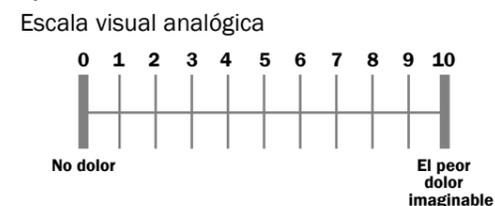
Hay tres tipos de dolor en los ancianos, que son los más frecuentes: oncológico, músculo-esquelético y neuropático

Valoración del dolor en los ancianos

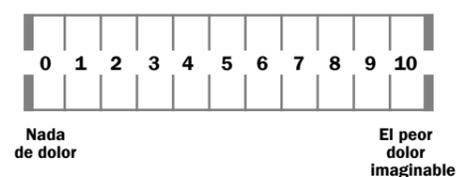
Para realizar una adecuada valoración sobre el dolor en los ancianos deberemos conocer la etiología, la intensidad, la localización, el comiendo y duración del dolor. Se debe considerar el dolor como un síntoma más, por lo que su valoración se ha de realizar y evaluar al igual que otras constantes.

Podemos valorar el dolor de dos formas: valoración del dolor según la percepción del dolor (escalas) y valoración del dolor según datos objetivos.

a) EVA

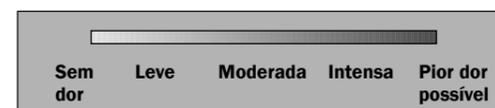


b) Escala numérica

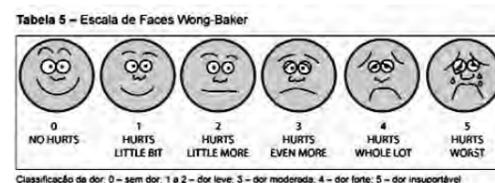


Instrucciones: a la persona se le pide que seleccione un número entre 0 (nada de dolor) y 10 (el peor dolor imaginable) para identificar cuánto dolor está sintiendo.

c) Escala cualitativa



d) Escala de Wong-Baker (caritas)



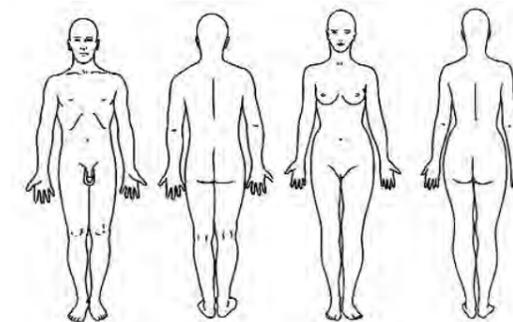
e) Escala de Painad

Utilización de la escala PAINAD

Las puntuaciones en esta escala oscilan del 0 (sin -dolor) al 10 (dolor intenso)

ELEMENTO/VALOR EN PUNTOS	0	1	2
Respiración, independiente de la vocalización	Normal	Respiración laboriosa esporádica; cortos periodos de hiperventilación	Respiración laboriosa y ruidosa; largos periodos de hiperventilación; respiraciones de Cheyne-Stokes
Vocalización negativa	Ninguna	Gemidos o lamentos esporádicos; habla de tipo bajo con una calidad negativa o de desaprobación	Llamadas problemáticas repelidas; gemidos o lamentos altos; llanto
Expresión facial	Sonriente o inexpressiva	Triste, asustada ceñuda	Muecas faciales
Lenguaje corporal	Relajado	Tenso, de sufrimiento, anda de un lado a otro, no deja de moverse	Rígido, puños cerrados, rodillas levantadas, se aparta o la aparta la golpea
Capacidad de alivio	No necesita alivio	Se distrae o se tranquiliza por la voz o el contacto	No es posible aliviarlo, distraerlo o tranquilizarlo

f) Señalar la zona de dolor



g) Valoración de datos objetivos

- Cambios en la TA, pulso y respiración.
- Dilatación de pupilas.
- Sudoración.
- Náuseas y/o vómitos.
- Cambios en la temperatura.
- Insomnio.
- Cambios faciales: palidez, contracción de músculos faciales.
- Debilidad, agotamiento, impotencia.
- Conducta desordenada: llanto, quejido, gritos, nerviosismo.

Por qué es importante valorar el dolor

Permite ajustes del tratamiento y calidad de vida, y asegura que todos los pacientes, incluidos los paliativos, puedan relatar la intensidad así como la localización del dolor, para que los profesionales de salud puedan intervenir en la monitorización regular de esta quinta constante vital (como miembro del equipo multidisciplinar que es). Además, la valoración de la intensidad del dolor puede realizarse recurriendo a cualquiera de las escalas demostradas.



NUEVO

dermobandas & transpira

La combinación perfecta en nuestro absorbente IncoPack elástico para el MÁXIMO CUIDADO DE LA PIEL

I Piel Sana

Evaluación del dolor

Deberemos saber: etiología, intensidad, localización y comienzo y finalización del dolor. Además, deberemos creer en el dolor referido por el anciano, realizar un historia detallada sobre él, un examen físico, psicológico y neurológico, así como realizar un tratamiento máximo y rápido del dolor, individualizar el tratamiento de cada anciano, llevar la reevaluación continua del tratamiento y valorar con el anciano y con la familia las decisiones para el futuro.

Dolor en ancianos y cuidados paliativos

Los cuidados paliativos en ancianos no difieren en su filosofía y desarrollo de lo de los pacientes más jóvenes, pero sí hay que tener en consideración algunas peculiaridades en relación con las características antes referidas, a la hora del abordaje.

La OMS define de forma genérica los cuidados paliativos como el cuidado integral y activo de los pacientes cuya enfermedad no responde a tratamientos curativos. La decisión más importante para la selección de estos enfermos es establecer la renuncia razonable al tratamiento curativo específico para la enfermedad. Esta decisión está más establecida y aceptada para enfermos con cáncer en estadios determinados de enfermedad, siendo más difícil en el resto de patologías. Se da la circunstancia de que en el caso de los ancianos hay una mayor proporción, respecto a los grupos de edad más jóvenes, de patologías crónicas de etiología no oncológica que se encuentran en estas circunstancias.

Podríamos así diferenciarlos en dos grandes grupos:

Oncológicos: la incidencia del cáncer se incrementa con la edad (es la segunda causa de muerte en mayores de 65 años). Si además unimos a esto el retraso en la consulta, que no se suele realizar un diagnóstico en fases precoces, así como el empleo de menos métodos curativos, nos encontramos en mayor proporción de pacientes en situación de cuidados paliativos.

No oncológicos: existen otras patologías, no oncológicas y con mayor prevalencia en ancianos, que conducen a la muerte del paciente de forma directa o por complicaciones indirectamente relacionadas con la enfermedad: enfermedades neurológicas degenerativas (demencia, enfermedad de parkinson), enfermedades cerebrovasculares, neumoopatías crónicas, cardiopatías, hepatopatías, insuficiencia renal crónica avanzada e inmovilismo irreversible.

En estos pacientes con enfermedades no oncológicas la tendencia generalmente es a una evolución más lenta, por lo que renunciar al tratamiento específico suele ser más difícil.

La OMS define de forma genérica los cuidados paliativos como el cuidado integral y activo de los pacientes cuya enfermedad no responde a tratamientos curativos.

La decisión más importante para la selección de estos enfermos es establecer la renuncia razonable al tratamiento curativo específico para la enfermedad. Esta decisión está más establecida y aceptada para enfermos con cáncer en estadios determinados de enfermedad, siendo más difícil en el resto de patologías.

El paciente y su familia no tienen habitualmente la misma percepción de gravedad que en las oncológicas. Es más difícil establecer un pronóstico y el riesgo de error es elevado.

Por todo ello, la aproximación clásica no nos es suficiente, precisando el empleo de la *valoración geriátrica* como herramienta imprescindible para el abordaje de estos pacientes. La valoración debe llevarla a cabo un equipo multidisciplinar cuyo fin es el establecimiento y monitorización de un plan individualizado.

VALORACIÓN GERIÁTRICA

—**Valoración clínica**, con los antecedentes personales, historia por aparatos, enfermedad actual, fármacos (fármacos que esté

tomando, dosis, modificación de dosis, aquéllos que ha suspendido, etc.), exploración física y pruebas complementarias.

—**Valoración funcional**, es decir, prevenir la incapacidad y preservar la independencia. Como mejor se mide a salud del anciano es en términos de función (OMS, 1959).

La prevalencia de enfermedades y la pérdida funcional se incrementan con la edad, siendo responsable de la aparición de esta última no sólo el grado de severidad de la enfermedad, sino también el manejo que se realice. La valoración debe hacerse teniendo en cuenta la situación previa, si se realiza en el momento agudo, y la actual. Además, debe corroborarse con el cuidador principal.

Las funciones físicas se pueden dividir en tres categorías jerárquicas. Para la medición de cada una de ellas existen numerosos instrumentos, de los que citaremos algunos de los usados en nuestro medio.

—**Valoración de ABVDs**: índice de Barthel, índice de Katz, escala de incapacidad física de la Cruz Roja y otras.

—**Valoración mental**: test de Pfeiffer, Mini Mental y escala de depresión geriátrica.

—**Valoración social**: Family APGAR y OARS.

OBJETIVOS

El objetivo sigue siendo el mismo que en poblaciones jóvenes, es decir, mejorar la calidad de vida tanto de los familiares como de los cuidadores y, por tanto, el control de síntomas (especialmente del dolor), mejoría de la situación funcional, mejoría de la situación afectiva y cuidados al entorno social (familia y cuidadores)

La valoración del dolor (utilización de escalas) no difiere del realizado en personas jóvenes, pero a veces es difícil realizarlo por presentarse de forma menos llamativa y/o atípica, como confusión, agitación, etc., complicándose además en pacientes con deterioro cognitivo previo, trastornos sensitivos, comorbilidad, ayudado por la autopercepción de que presentar dolor es una consecuencia del envejecimiento. Su tratamiento tampoco difiere de los jóvenes: utilizar la dosificación necesaria así como los coadyuvantes precisos y no quedarse en infradosis. Con los pacientes ancianos hay que tener una mayor vigilancia en la utilización de fentanilo y metadona, lo que no impide su utilización si son necesarios.

En la valoración del dolor en ancianos con demencia encontramos expresiones externas gestuales o verbales, ansiedad, trastornos del humor, disminución de la capacidad funcional, aislamiento, delirio y trastornos conductuales.

CONCLUSIONES:

El dolor ha de ser el quinto síntoma a valorar por enfermería, valoración llevada según la percepción del anciano y según datos objetivos. Es importante creer en el dolor referido por el anciano, así como prestar la debida atención a las características del dolor. Los ancianos son más propensos al dolor crónico.

M^a Teresa Rodríguez Díaz.

Enfermera R.P.P. MM. Santiago Rusiñol
Vocal de Formación AMEG.

Introducción

La incontinencia es un problema social que puede resultar incapacitante por su elevado impacto sobre la calidad de vida. Suele tener efectos psicológicos en las personas que la padecen, negarlo sería absurdo. Sin embargo, como ocurre con cualquier otro tipo de limitación, aunque no se pueda curar completamente se puede atenuar.

Vivida como una regresión a la infancia, la incontinencia puede convertirse en una fuente de sufrimiento tanto para uno mismo como para el entorno del que la padece. La vergüenza y la culpabilidad conducen a la sensación de que uno no merece el afecto y el respeto de los demás y, en consecuencia, llevan a la depresión. El sufrimiento es, a veces, tan intenso que empuja a prescindir de la vida social. Muchos de los afectados no se atreven a viajar, a hacer excursiones o a salir a cenar. Es imprescindible la confianza en uno mismo y evitar encerrarse en sí.

La gravedad o el grado de incontinencia no son proporcionales al sufrimiento con el que lo vive un paciente. El impacto en la vida de los afectados está infravalorado. En un estudio, casi la mitad de los pacientes (43%) alegaba que la incontinencia les suponía un deterioro de su vida social, un 29% experimentaba un perjuicio sobre su autoestima y un 60 % sobre su sexualidad.

Los sentimientos de vergüenza y la limitada comprensión de la fisiopatología de la incontinencia pueden contribuir a la falta de comunicación entre el paciente y su médico (1).

El objetivo de este artículo es analizar el dolor, entendido como el sufrimiento que provoca la incontinencia, y cómo pueden actuar los profesionales de enfermería para disminuirlo y mejorar el bienestar emocional de la persona que lo padece.

La otra cara del dolor: Incontinencia

Influencia del envejecimiento sobre la continencia

El envejecimiento fisiológico no va a condicionar una pérdida de la continencia urinaria, aunque es indudable que con el paso de los años se produce una serie de cambios anatómicos y funcionales en nuestro organismo que pueden favorecer en algunos sujetos la aparición de la incontinencia. A nivel neurológico se alterará el Sistema Nervioso Central (SNC) y la inervación tanto simpática como parasimpática.

En el tracto urinario inferior (vejiga y uretra) destacan la disminución del flujo y de la capacidad vesical, una menor acomodación uretral y vesical, y una presión de cierre uretral disminuida con un aumento del residuo vesical postmiccional.

Los principales factores que se relacionan con la pérdida de la continencia urinaria en el anciano serán la pluripatología y la polifarmacia, así como la situación funcional, tanto física como mental. Los factores generales que condicionan una elevada prevalencia de incontinencia en el anciano son la patología neurológica (deterioro cognitivo, enfermedad cerebrovascular, etc.), el deterioro de la movilidad (patología osteoarticular, fractura de cadera, Parkinson, secuelas de ACV) y determinados fármacos como diuréticos, psicofármacos, calcioantagonistas, anticolinérgicos, o adrenérgicos.

Repercusiones de la incontinencia

Hoy en día está suficientemente demostrado que la incontinencia es un problema que incapacita, que deteriora la calidad de vida del anciano. Las principales repercusiones son médicas (infecciones urinarias, úlceras perineales, caídas), afectivas (pérdida de autoestima, an-

(continúa en pág. 42)

Versiva[®] XC[™]
Apósito de Espuma Gelificante

Reembolsable
por la Seguridad Social



Código nacional	Descripción
493064	Apósito VERSIVA [®] XC [™] 10x10 cm 3u.
493072	Apósito VERSIVA [®] XC [™] 14x14 cm 3u.

...cicatrización con el apósito Versiva[®] XC[™]

El apósito Versiva[®] XC[™] transforma las heridas

Gracias a su Tecnología Hydrofiber[®] gelificante, el exudado es absorbido y retenido¹, atrapando las bacterias dañinas^{2,3} y las metaloproteinasas⁴ y creando un medio de cura húmedo óptimo que facilita la cicatrización⁵.

Apósito Versiva[®] XC[™]. Cuente con más



Encuentre más información acerca del apósito Versiva[®] XC[™] en: www.convatec.es o póngase en contacto con su representante de ConvaTec.

ConvaTec  *Realize the possibilities[™]*

*Según se demuestra in vitro
1. Waring MJ, Parsons D. Physico-chemical characterisation of carboxymethylated spun cellulose fibres. Biomaterials. 2001;22:903-912. 2. Walker M, Hobot JA, Newman GR, Bowler PG. Scanning electron microscopic examination of bacterial immobilisation in a carboxymethylcellulose (Aquacel) and alginate dressings. Biomaterials. 2003;24(5):883-890. 3. Newman GR, Walker M, Hobot J, Bowler P. Visualisation of bacterial sequestration and bactericidal activity within hydrating Hydrofiber[®]wound dressings. Biomaterials. 2006;27:1129-1139. 4. Walker M, Bowler PG, Cochrane CA. In vitro studies to show sequestration of matrix metalloproteinases by silver-containing wound care products. Ostomy Wound Manage. 2007;53(9):18-25. 5. Vanscheidt W, Münter KC, Klövekorn W, Vin F, Gauthier JP, Ukat A. A prospective study on the use of a non-adhesive gelling foam dressing on exuding leg ulcers. J Wound Care. 2007;16(6):261-265.
® / TM son marcas de ConvaTec Inc. © 2009 ConvaTec Inc.

AP-00076-ES

A ti, que das la piel
por tus
pacientes
Salvat la da por ti.

crystalmina

ANTISÉPTICO CON
GLUCONATO DE
CLORHEXIDINA 1%



El antiséptico
transparente, eficaz,
seguro y rápido

PROSPECTO DE CRISTALMINA
CRISTALMINA Solución Desinfectante Transparente USO EXTERNO. **COMPOSICIÓN CENTESIMAL:** CRISTALMINA solución: 100 ml contiene Clorhexidina Gluconato (DCI) 1 g. Excipientes: Alcohol bencílico, Polisorbato 80, Agua purificada. **Antiséptico de acción bactericida y fungicida. PROPIEDADES:** Es una solución antiséptica para cualquier situación que requiera una desinfección general de la piel, debido a su amplio espectro bacteriostático, bactericida y fungistático. **INDICACIONES:** Heridas, quemaduras leves, grietas, rozaduras, aftas bucales, espinillas, acné, impétigo, llagas recientes, prevención de infecciones en llagas por decúbito. Desinfección de la piel en preoperatorios. Desinfección del ombligo en recién nacidos. **CONTRAINDICACIONES:** Sensibilización al preparado. **INCÓMPATIBILIDADES:** No debe usarse en combinación ni después de la aplicación de ácidos, sales de metales pesados o yodo. **EFFECTOS SECUNDARIOS:** Reacciones cutáneas de hipersensibilidad. **PRECAUCIONES:** Irrita la conjuntiva ocular en el caso de contacto accidental. No debe usarse en el tratamiento de los oídos. El instrumental sanitario que se haya desinfectado con CRISTALMINA, debe enjuagarse escrupulosamente con agua estéril antes de usarlo. **CONDICIONES DE CONSERVACIÓN Y ALMACENAMIENTO:** Presérvase de la luz. **INTOXICACIÓN Y SU TRATAMIENTO:** En caso de ingestión accidental, proceder al lavado gástrico y protección de la mucosa digestiva. En caso de sobredosis o ingestión accidental, consultar al Servicio de Información Toxicológica. Tel: 91 562 04 20. **POSOLUSIÓN:** Uso tópico. Una o dos aplicaciones iniciales, pudiendo repetirse tantas veces como se considere necesario. Las ropas sobre las que haya goteado CRISTALMINA no se lavarán con lejía (ni otros hipocloritos), sino con detergentes domésticos a base de perborato sódico. Los medicamentos deben mantenerse fuera del alcance de los niños. Sin receta médica. **PRESENTACIONES:** Crystalmina solución 1%-envase 500 ml; Crystalmina solución 1%-envase 125 ml; Crystalmina solución 1%-envase 25 ml; Crystalmina solución 1% monodosis. **OTRAS PRESENTACIONES:** Crystalmina film 1% gel-envase 100 g; Crystalmina film 1% gel-envase 30 g; Crystalmina Plus solución 1%-envase 30 ml.

atencioncliente@salvatbiotech.com

902 80 40 40

SALVAT
innovación y calidad

(viene de pág. 39)

siedad, depresión), sociales (aislamiento, mayor necesidad de recursos, mayor necesidad de apoyo familiar) y económicas (elevado coste de las complicaciones y de las medidas paliativa).

En cuanto a las repercusiones psicosociales, encontramos que la emisión involuntaria de orina plantea una gran angustia, pudiendo deteriorar el comportamiento social y el estado psicoafectivo del paciente, que puede requerir un tratamiento específico. Los trastornos psicopatológicos más graves que pueden aparecer son la depresión, las fobias, estados de angustia, ansiedad, neurosis, etc., y en menor grado y con más frecuencia estados de tristeza, soledad, desamparo, impotencia y desesperación.

La angustia y la magnitud del problema dependen de las reacciones de cada persona y de cómo perciben su incontinencia. El trabajo de Rosangela Higa y sus colaboradores (2) lo recoge así y, además, consideran que el grado de angustia está relacionado con la edad, la etnia y la religión.

En cuanto a la edad, los participantes ancianos refirieron que los accidentes relacionados con la incontinencia urinaria amenazaban su autoestima: sentían vergüenza al hablar del problema y miedo al olor y a sufrir el rechazo de los demás, por lo que disminuían sus relaciones sociales. Asimismo, los ancianos institucionalizados que participaron en el estudio sugieren que la cultura institucional puede influir para cambiar las prácticas en enfermería, sobre todo en relación al cuidado individual, proporcionando medidas educativas para mejorar la calidad de vida.

Para los más jóvenes, sufrir episodios de incontinencia suponen una pérdida del control sobre su cuerpo, sentimientos de inseguridad, impotencia y desesperación. Presentan mayor miedo a perder el empleo y limitan las actividades que demanden esfuerzo físico por temor a tener pérdidas de orina.

Incontinencia, dolor y sufrimiento

El problema principal con respecto al sufrimiento parece estar en que las personas tienen un sentido de los valores que no coinci-

den con los valores que aparentemente rigen su vida. Desean vivir las circunstancias como buenas y agradables, rechazando las que crean desagradables o negativas.

La incontinencia como circunstancia negativa produce dolor, una reacción física o emocional que puede ser ligera o grave en función de múltiples factores. Generalmente se entiende como dolor físico que afecta al cuerpo. «El dolor es lo que el paciente dice que siente, no lo que el profesional piensa que es o espera que sea, y que existirá mientras él o ella diga que existe». Sin embargo, el sufrimiento es una reacción más compleja que puede acompañar o no al dolor, en función de cómo interprete el paciente incontinente las circunstancias que lo acompañan.

En este contexto nos planteamos: ¿qué significa el sufrimiento para el paciente incontinente? Para responder a esta cuestión los profesionales deben entender que el sufrimiento que siente el paciente proviene de la disminución de la autoestima personal, con empeoramiento de la función física y social, así como de la disminución del bienestar, la calidad de vida y de la amenaza de su dignidad personal. El sufrimiento es por tanto multifactorial, está compuesto por la ansiedad que provoca la incertidumbre sobre el futuro y la desesperanza. Se llega así a la depresión sufrida por la pérdida del papel social y el sentimiento de impotencia, a la soledad que produce la incomunicación y a la cólera, como reacción indeseable y fracaso.

Incontinencia y calidad de vida

Definimos la calidad de vida, en relación al problema de incontinencia, como las características relacionadas con el bienestar y la capacidad de actuación de las personas afectadas para lograr sus objetivos y llevar a cabo su proyecto vital.

El bienestar y la capacidad de actuación son fenómenos valorables por la propia persona, que es quien los vive y no para quien desde fuera los contempla, en el caso de los ancianos institucionalizados, los profesionales de la salud. Este hecho hace que la percepción de la calidad de vida, así como el punto

de vista del paciente, entre a formar parte del proceso terapéutico.

La incontinencia tiene un efecto negativo sobre la calidad de vida de las personas afectadas: un 60 % se sienten avergonzados, un 45 % no utilizan transporte público, un 60% de las mujeres afectadas no se alejan de su domicilio, teniendo mayor predisposición al aislamiento social y a los problemas emocionales (3). Hay algunos estudios que se centran en medir la calidad de vida de estos pacientes, con instrumentos como el Cuestionario SF-12, el Cuestionario Incontinence Quality of Life (IQoL) y la percepción del estado de salud con la Escala Visual analógica (EVA), llegando a la conclusión de que si se interviene en el problema de forma adecuada, se mejora la percepción del "estado de salud" (4).

Otros estudios, realizados con la Encuesta de Salud de King (King's Health Questionnaire, KHQ) demuestran que la calidad de vida empeora con la edad, un mayor grado de incontinencia, una mayor sintomatología miccional y, cuando se asocian episodios de infección urinaria, todo ello provoca una limitación tanto en la actividad física como en la imagen corporal (5).

Incontinencia y actuación de enfermería

La incontinencia puede aparecer en todas las edades, independientemente de la condición cultural y socioeconómica, aunque es más frecuente que surja en los grupos con limitaciones como los ancianos e incapacitados físicos. Al ser un problema que se asocia al declive fisiológico en los ancianos, puede influir en la falta de interés de los profesionales de la salud, en especial de los enfermeros, que se fundamentan en mitos y estereotipos como el considerar que los ancianos aceptan la incontinencia como algo natural de la edad avanzada, lo que influye en la capacidad de tratar a este grupo etario.

Este factor provoca que se realice una valoración del problema deficiente, tanto en su identificación como durante su manejo. Las barreras que identifican los profesionales en algunos estudios como impedimentos para fomentar la incontinencia son las prioridades

que establecen los equipos de enfermería, la educación deficiente en cuanto a la incontinencia, el desconocimiento del impacto en la salud y en los aspectos psicosociales del anciano (2). Por ello, es muy importante concienciar a los profesionales de las repercusiones que tiene este problema en la calidad de vida del anciano, así como de formarlos en el abordaje psicosocial de este problema, para que puedan promocionar la continencia desde un enfoque educativo en el que se puedan compartir las vivencias y sentimientos que provoca la incontinencia.

Para abordar los **aspectos psicosociales** de modo integral, los profesionales deben centrarse en los recursos del paciente para afrontar su bienestar emocional: sentirse bien con uno mismo (autoestima, asertividad, manejo de emociones, solución de problemas, afrontamiento del estrés), sentirse bien con las personas más cercanas (habilidades de comunicación, manejo de conflictos) y sentirse bien con el medio (participación social, redes de apoyo social). Teniendo en cuenta estos tres grupos de recursos, el profesional de enfermería debería fomentar los aspectos más positivos de cada uno de ellos. Así como en el abordaje de los aspectos psicosociales, puesto que, tras la valoración psicosocial, se deben definir los problemas en una de las siguientes categorías: malestar consigo mismo, malestar con los demás y malestar con el medio. Una vez definido el problema se deben proporcionar claves para mejorar los recursos que condicionan el bienestar emocional. Posteriormente se deben reevaluar las actuaciones emprendidas para comprobar que son efectivas o, en caso contrario, desarrollar otras nuevas si fuera preciso.

Por último, deben centrarse en los consejos en relación a los problemas psicosociales: desarrollar habilidades y recursos personales que favorezcan el bienestar emocional consigo mismo. Desarrollar habilidades de comunicación y conflictos para mejorar las relaciones interpersonales. Evitar el aislamiento social participando en talleres grupales, activi-

(continúa en pág. 46)

La incontinencia tiene un efecto negativo sobre la calidad de vida de las personas afectadas: un 60 % se sienten avergonzados, un 45 % no utilizan transporte público, un 60% de las mujeres afectadas no se alejan de su domicilio, teniendo mayor predisposición al aislamiento social y a los problemas emocionales

NUTRICIÓN
ENTERAL / ORAL

NUEVO

Resource® Protein Fibra

Más proteínas y fibra por botella



garantía
+D Nestlé

2 excelentes sabores

Vainilla
Café

C.I. 504240
C.I. 504239

FINANCIABLES
POR EL SNS
SEGUN ORDEN
MINISTERIAL (*)

Para una gestión eficaz del exudado



La estructura es la clave: **PermaFoam™**

■ Retención de exudado

La combinación de la estructura con gradiente de poro con la alta permeabilidad de vapor de agua de la capa superior, hacen que el apósito se pueda dejar varios días en heridas con alto nivel de exudado.

■ Absorción vertical

El gradiente de poro de PermaFoam garantiza una absorción vertical. Este efecto y la rápida absorción mantienen el perímetro de la herida seco previniendo así las maceraciones.

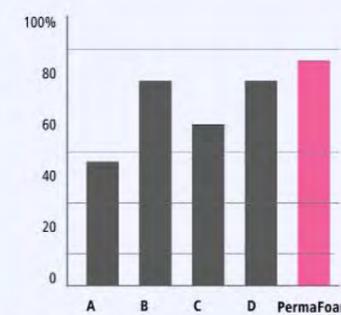
■ Favorece la granulación

Los poros particularmente grandes de la estructura de PermaFoam facilitan la absorción y la capacidad de limpieza favoreciendo la granulación de las heridas.

Visite nuestra página web en www.es.hartmann.info



Retención del exudado en diferentes espumas del mercado



Fuente: Clinical efficacy of foam dressing PermaFoam in the treatment of chronic wounds - a multicentre observational study with 53 patients.

(viene de pág. 43)

dades en la comunidad y buscar un tiempo para disfrute personal.

Sería muy conveniente aplicar y enseñar las tres habilidades siguientes, en relación con la **comunicación con el paciente incontinente**, con el objetivo de disminuir su sufrimiento:

Empatía: definida como apoyo emocional, ayuda y comprensión. Una actitud de este tipo hacia los pacientes aporta sobre todo satisfacciones profesionales y por tanto disminuye el sufrimiento. El profesional debería poder ponerse en el lugar del otro para entenderlo y poder decirle: «entiendo que debes de estar sufriendo mucho» y legitimar esta emoción: «cualquiera en tu lugar sufriría» (6).

Asertividad: entendida como seguridad en lo que hace el profesional y que el paciente perciba que se respetan sus opiniones. Incluso en situaciones de incertidumbre se debe transmitir seguridad.

Silencio: utilizado como herramienta de información y de terapia. No siempre hay que responder a todo. Por ejemplo ante una afirmación como «a veces creo que no me voy a curar» un silencio empático mirando al paciente reafirma al paciente en esta reflexión y a la vez es terapéutico, porque sabe que puede contar con el profesional.

Por último, debe reforzarse el **apoyo social** como terapia en el paciente incontinente. El hombre es un ser que necesita amigos a fin de poder sobrevivir emocionalmente, depende de otros para valorar su propia valía. Si a un individuo le falta apoyo personal puede llegar a experimentar un estado de permanente desequilibrio. El apoyo personal proviene del entorno inmediato del paciente. El individuo que presta su apoyo escucha al paciente, le anima y le ayuda realmente con su problema. Este sistema debe ser recomendado para conseguir un buen cumplimiento terapéutico.

En 1976, Cobb definió el apoyo social como «retroalimentación de información recibida

de otros que nos importan, son estimados, queridos y valorados. El individuo incontinente o colostomizado sabe que es aceptado con todos los inconvenientes, que forma parte de un grupo de comunicación y que recibirá ayuda cuando sea realmente necesario» (7).

En el apoyo social hay tres elementos esenciales: el análisis de las redes sociales, comunitarias e íntimas del paciente; la función instrumental y expresiva; y la diferencia de si estas interacciones son reales o percibidas. Uno de los objetivos que se busca es fomentar las conductas que produzcan bienestar físico y afectivo, proporcionar seguridad y evitar el sentimiento de soledad.

La acción terapéutica del apoyo social es que el paciente sienta que es amado y estimado por los demás, que constituyen su grupo de apoyo social, especialmente diseñado por personal de la salud (médicos, enfermeras, auxiliares de enfermería). Esta aceptación, este darse cuenta de su grado de aceptación en el contexto de las redes sociales promueve y estimula su recuperación psicofísica.

Bibliografía

- (1) SHAH, R.; ARMSTRONG, R. B.: «Perceptions and behaviours of women with bladder control problems» *Fam. Pract.* 2006. Oct 23 (5) 568-77.
- (2) HIGA, R.; BAENA DE MORES LOPES, M. H.; RIBEIRO TURATO, E.: «Significados psico-culturales para la incontinencia urinaria femenina: una revisión». *Rev. Latino-am Enfermagem.* 2008. 16(4)
- (3) ABRAMS, P.; KELLEHER, C. J.; KERR, L. A.; ROGERS, R. G.: «Overactive Bladder Significantly Affects Quality of life». *Am J Manag Care.* 2000; 6: 580-590.
- (4) *Calidad de vida relacionada con la salud en pacientes con incontinencia urinaria en Atención Primaria.* Boletín epidemiológico de Murcia. Dirección general de Salud pública. 25 (653) febrero 2004.
- (5) MARTÍNEZ CORCOLES, B.; SALINAS SÁNCHEZ, A. S.; GIMÉNEZ BACHS, J. M.; DONATE MORENO, M. J.; PASTOR NAVARRO, H.; VIRSEDA RODRÍGUEZ, J. A.: «Calidad de vida en pacientes con incontinencia urinaria» *Actas Urológicas españolas.* 2008; 32(2):202-210
- (6) AYARRA, A.; LIZARRAGA, S.: «Malas noticias y apoyo emocional» *Anales Sis San Navarra* 2001;24(supl 2): 55-63
- (7) FLÓREZ LOZANO, J.A.: *Aspectos psicosociales de la incontinencia urinaria.* Coloplast. Madrid.



Abordaje no farmacológico del dolor crónico: terapias complementarias

M^a Lourdes Casillas Santana

Profesora de Enfermería Médico-Quirúrgica (EUE Puerta de Hierro- UAM),
Máster en Ciencias de la Enfermería (U Alicante).
Maestra de Reiki y reflexoterapeuta.

I. Reiki

1. Reiki: ¿qué es?

Reiki es un término japonés que significa «energía universal de vida». Es una técnica de transferencia de energía curativa. Los componentes de esta palabra tienen su origen en los dos *kangi* (pictogramas tradicionales) que representan la palabra y cuya traducción sería *rei* (universal, sin límites) y *ki* (energía vital).

El concepto de una fuerza vital universal aparece en un gran número de tradiciones orientales. En la medicina india (Ayurveda) y en el yoga se le denomina *prana*; en la medicina tradicional china, basada en el ta-

oísmo, se la conoce como *qui* o *chi*; este término en japonés se convirtió en *ki*. También en la tradición cristiana algunas corrientes se acepta que el concepto de luz alude a la misma idea.

Trabajar con la energía universal no requiere ninguna condición especial y puede ser usada por cualquier persona. Se activa mediante una iniciación, llamada asimismo armonización, (realizada por un Maestro) en la que el estudiante es capacitado para canalizar esta energía.

El practicante es un conductor de esta energía y, como no usa su energía vital, nunca se verá privado de esta durante su práctica.

El hombre es un ser que necesita amigos a fin de poder sobrevivir emocionalmente, depende de otros para valorar su propia valía. Si a un individuo le falta apoyo personal puede llegar a experimentar un estado de permanente desequilibrio. El apoyo personal proviene del entorno inmediato del paciente. El individuo que presta su apoyo escucha al paciente, le anima y le ayuda realmente con su problema. Este sistema debe ser recomendado para conseguir un buen cumplimiento terapéutico.

ARGININA NM vial

Financiado por el
Sistema Nacional de Salud

Módulo líquido de L-Arginina

SABOR / PRESENTACIÓN: Neutro: caja de 90 viales de 5 g/20 ml

INGREDIENTES

- 5 g de L-Arginina.
- 0,01 g de Ácido Cítrico.

PARA EL TRATAMIENTO DIETÉTICO DE...

- Algunas enfermedades del metabolismo o en situaciones clínicas en las que se evidencia déficit de L-Arginina que no puede conseguirse con los aportes de una dieta habitual y para la confección de dietas modulares.
- Úlceras por presión. Prevención y tratamiento.
 - Cicatrización de heridas.
 - Metabolopatías.

INFORMACIÓN NUTRICIONAL

		por 100 g	por vial (5 g/20 ml)
Valor energético	Kcal	400	20
	Kj	1666	83,3
Equivalente proteico (L-Arginina)	g	99	4,95
Hidratos de carbono	g	0,09	0
Lípidos	g	0,09	0

DOSIFICACIÓN

- Las dosis siempre serán indicadas por el médico y estarán en consonancia con la situación clínica del paciente, se aconseja:
- Prevención: 2 viales de Arginina NM vial/día.
 - Tratamiento: 3 viales de Arginina NM vial/día.



¿Por qué en vial?

- Seguridad (no hay contaminación)
- Dosificación (exactitud)
- Comodidad
- Cumplimiento posológico

Código Registro Sanitario: 26.8866/M-8144
Código Nacional: 502153

NM
NUTRICIÓN MÉDICA

NUTRICIÓN MÉDICA, S.L.
c/ Finisterre, 9 - 7º 3
28029 Madrid
Tel: 91 314 92 71
Fax: 91 733 30 12
www.nutricionmedica.com

2. Reiki: ¿de dónde procede?

Los orígenes del Reiki son complejos, se trata de un sistema que puede considerarse antiguo y moderno al mismo tiempo. Es moderno porque se ha desarrollado durante los últimos cien años y antiguo porque procede de varias antiguas filosofías orientales, como la *Ayurveda* o la filosofía china, por ejemplo el budismo, el *shinto* o el *shugendô*.

El Reiki fue desarrollado en Japón hacia 1880 por Mikao Usui, quien recogió las diversas corrientes filosóficas ancestrales de la cultura japonesa, que estaban al borde de la desaparición debido a los cambios socioculturales y políticos que se habían producido en el país (doscientos años de aislamiento y régimen feudal). Según la leyenda *Mikao Usui*, siguiendo uno de los preceptos sagrados del *Shugendô* subió al Monte Kurama (montaña sagrada) a meditar y fue allí donde formuló el sistema Reiki. Formuló el *Usui Reiki Ryôhô Gakkai* que simplemente significa «método *usui* de curación a través de la energía espiritual», y eligió a sus primeros discípulos, que en aquel momento eran seleccionados directamente por el Maestro.

La técnica se fue desarrollando y es al final de su vida (1926) cuando introduce la imposición de manos para canalizar la energía. Uno de sus discípulos (Chujiro Hayasi), médico cirujano, creó en 1930 una clínica y escuela separada de la original en la que se trataba a los pacientes con Reiki.

Su llegada a occidente se produce hacia 1936 a través de Hawai y de ahí a los EEUU en los años 70 de la mano de Hawayo Takata (1900- 1980), que lo introdujo tal y como lo conocemos en la actualidad, eliminando varios elementos intrínsecamente japoneses, en especial los factores de naturaleza espiritual derivados del budismo. En los años 80 llegó a Europa, sobre todo a Inglaterra y Alemania, y en los años 90 llega a España, donde en pocos años ha adquirido un gran auge.

3. Reiki: ¿cómo funciona?

El cuerpo funciona a través de impulsos eléctricos. Cada célula genera diminutos impulsos eléctricos que se pueden medir me-

diante diversos aparatos (ECG, EEG, etc.). Según la Ley de Faraday, «toda corriente eléctrica genera un campo magnético alrededor del elemento conductor». Esto quiere decir que nuestro cuerpo tiene a su alrededor un campo magnético llamado campo biomagnético, que es el conjunto de los campos generados por cada célula y órgano del cuerpo.

Según la medicina oriental, las únicas diferencias en este campo biomagnético son las frecuencias vibratorias dentro del mismo. Si la frecuencia vibracional de una determinada zona baja como consecuencia de la retención de la energía y ésta, por consiguiente, no fluye, se crea lo que se denomina un *bloqueo energético*.

Un bloqueo energético hace que la energía de ese órgano o zona no fluya y por lo tanto que enferme en esa zona. Este bloqueo puede ser autoinducido mediante un estado emocional (rabia, ira, etc.) o como consecuencia de un elemento externo como el ataque de virus o sustancias tóxicas. A veces el bloqueo conduce al mal funcionamiento de un órgano y en otras ocasiones se generan células mutantes, lo que conduce a la formación de un cáncer. Cuando se aplica energía Reiki, la energía condensada se dispersa y se reemplaza con energía Reiki, lo que hace que el órgano o la zona alterada empiece a funcionar de forma correcta, ya que se ha liberado de la energía densa que la enfermaba.

Hay que decir, que en realidad, Reiki no cura. El efecto que produce la energía Reiki es liberar la energía estancada permitiendo que





fluya y que el cuerpo lleve a cabo su propia curación usando sus propios mecanismos para ello.

La energía Reiki tiene como principales características:

—Nunca se canaliza la energía de la propia persona, sino que el practicante actúa como canal pasivo.

—Sólo se canaliza energía Reiki, nunca otra energía.

—Se trata de un proceso físico, no mental, por lo que no requiere esfuerzo físico ni mental.

—No tiene efectos perjudiciales, sólo se puede usar para generar armonía en la persona. —Actúa no sólo en el lugar donde se aplica, sino sobre toda la persona.

4. Creencias

Reiki es una terapia y como tal no necesita de ninguna creencia específica. Al tratarse de un proceso físico de canalización de energía, Reiki no necesita de creencias ni filosofía específica para su práctica.

Tanto el receptor como el canalizador no necesitan «creer en algo» para que la terapia funcione. El receptor ni siquiera necesita conocer ni comprender nada sobre la energía para que funcione, ya que la comprensión es un proceso mental. Es por este motivo por el que es tan eficaz con los niños y con las personas con problemas cognitivos, ya que estas personas no necesitan comprender el proceso que se produce a nivel físico por modificación del campo biomagnético.

No obstante, a pesar de que la persona no necesita realizar un proceso mental, se beneficia de la terapia tanto a nivel mental como emocional, puesto que se produce una intensa sensación de paz y tranquilidad, lo que puede modificar hábitos destructivos.

5. Beneficios

Las principales ventajas que tiene como terapia complementaria son las siguientes: es un tratamiento sin efectos secundarios, ya que no tiene contraindicaciones. No es posible que haya una «sobredosis» de Reiki, ya que cuando la persona ha recibido suficiente energía deja de recibirla. Tampoco hay tiempos mínimos establecidos, unos pocos minutos pueden ser beneficiosos. Disminuye los efectos secundarios de los fármacos, ya que ayuda al organismo a liberarse de las toxinas que estos producen. Influye sobre el estado emocional y mental del paciente promoviendo un estado de relajación y bienestar que favorece su recuperación. Mejora el sistema inmunológico del paciente, por lo que mejora su respuesta a los tratamientos contra infecciones y tumores y asimismo reduce el tiempo de recuperación tras la cirugía. Por último, es compatible con cualquier tratamiento médico convencional, ya que no anula los efectos de los fármacos ni elimina los efectos de la cirugía; es fácil de aplicar y no necesita de equipos complejos. Al no requerir de concentración ni esfuerzo se puede aplicar en cualquier sitio y circunstancia si es preciso.

A nivel práctico Reiki se puede utilizar de dos maneras:

De forma **puntual**, es decir, en una zona concreta donde la persona tenga una molestia sin límite de tiempo ni un tiempo mínimo. En caso de dolor localizado se puede aplicar el tiempo del que se disponga o bien hasta que el dolor desaparezca. Al no necesitar una preparación especial ni de concentración, Reiki se puede aplicar «sobre la marcha». En caso de problemas para conciliar el sueño se puede utilizar para inducir un sueño profundo y relajado.

En forma de **sesión completa**, que lleva aproximadamente unos 45 minutos, se colocan las manos en diferentes localizaciones del

cuerpo con el fin de conseguir una armonización de la energía total. No es necesario contar con equipamiento especial, una cama, camilla o una silla con el respaldo recto son suficientes para poder hacer un tratamiento completo. En este caso sí es recomendable un ambiente que favorezca la relajación de la persona que recibe la terapia.

A pesar de tratarse de un procedimiento totalmente inocuo, pueden producirse en la persona reacciones físicas y emocionales que es preciso conocer y de las que se debe advertir.

A nivel físico, debido al proceso depurativo de sustancias tóxicas, pueden aparecer: heces sueltas o la necesidad de realizar varias deposiciones al día; orina oscura, más abundante o maloliente; y aumento de la sudoración y de la sed o dolor de cabeza difuso.

Este tipo de reacciones no son específicas de la terapia Reiki, sino que se pueden ver en cualquier proceso depurativo que se lleve a cabo sobre el organismo (dietas depurativas, por ejemplo). En ocasiones es posible que los síntomas empeoren de forma temporal como consecuencia de que, al realizarse el proceso de regeneración, el cuerpo aumenta sus defensas y a veces se manifiesta más dolor. La solución es aumentar la frecuencia de las sesiones para agilizar el proceso.

Asimismo a nivel emocional es posible que se intensifiquen algunos estados emocionales de la persona tales como la euforia o la tristeza. La persona puede sentirse más irritable, ya que la energía que genera esas emociones se empieza a mover, liberándose y generando la emoción tanto a nivel físico como mental.

6. Grados de Reiki

Reiki es un sistema estructurado en niveles, cada uno de los cuales es independiente, y no es necesario para canalizar bien la energía hacer todos ellos. Cada persona elige en qué nivel quedarse.

Nivel I: se canaliza la energía a nivel físico, ayudando a tratar problemas emocionales y físicos.

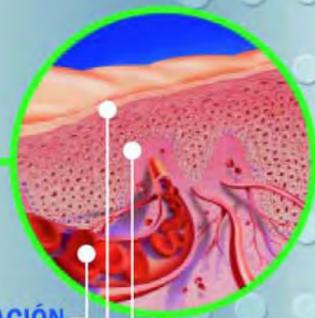
Nivel II: se canaliza la energía para trabajar a niveles más profundos (mentales y emocionales).

Reiki es una terapia y como tal no necesita de ninguna creencia específica. Al tratarse de un proceso físico de canalización de energía, Reiki no necesita de creencias ni filosofía específica para su práctica. Tanto el receptor como el canalizador no necesitan «creer en algo» para que la terapia funcione. El receptor ni siquiera necesita conocer ni comprender nada sobre la energía para que funcione, ya que la comprensión es un proceso mental. Es por este motivo por el que es tan eficaz con los niños y con las personas con problemas cognitivos, ya que estas personas no necesitan comprender el proceso que se produce a nivel físico por modificación del campo biomagnético.

nuevo producto

¿ Riesgo de ulceración ?

Corpitol® Emulsión



AUMENTAR LA MICROCIRCULACIÓN
ESTIMULAR LA RENOVACIÓN CUTÁNEA
ACTUAR CONTRA LA INFLAMACIÓN



CN198137.0

EURO RSCG LIFE

Corpitol® Emulsión

RECONSTRUYENDO LO ESENCIAL

Corpitol Emulsión es el 1º tratamiento específico que asocia el Corpitolinol 60 tocoferol. Corpitol Emulsión está indicado en el tratamiento de los trastornos cutáneos tróficos de origen vascular. Corpitol Emulsión se presenta en un frasco anticontaminación (Airtless) de 100ml. Para más informaciones : www.laboratorios-urgo.es

Hay vida en URGO



Nivel III: se canaliza la energía para tratar problemas a nivel espiritual.

Maestría: es el grado necesario para transmitir la enseñanza a otras personas.

Encontramos su investigación en la actualidad en www.pubmed.com (referencias bibliográficas sobre Reiki en el contexto médico, 180 estudios) y <http://nccam.nih.gov>

II. Reflexoterapia podal

No se deben confundir los términos *reflexología* y *reflexoterapia*. Reflexología es la parte de la fisiología que estudia los reflejos; este término fue acuñado por Paulov en 1903 y es de competencia por tanto de fisiólogos y neurólogos. Según Jean Bossy, «un reflejo puede definirse como la respuesta rápida de estructuras biológicas a un estímulo determinado, específico y localizado con precisión, fuera del control de la voluntad. Este esquema general puede encontrarse en la reflexoterapia, la cual se define como un método de tratamiento que consiste en la excitación, la anestesia o la cauterización de una región diferente de la que se encuentra afectada, con el fin de generar acciones reflejas favorables».

La confusión en los términos para denominar esta técnica terapéutica se debe a la traducción literal del inglés, donde se utiliza la palabra *reflexology* como forma de identificar esta terapéutica refleja. El término más correcto de denominarla es reflexoterapia.

Según el diccionario de la Real Academia de la Lengua, reflexología es el «estudio de la técnica de los masajes aplicados en determinados puntos de los pies o de las manos con el fin de estimular las capacidades curativas del organismo», mientras que reflexoterapia es el «tratamiento de ciertas enfermedades por medio de los masajes en determinados puntos de los pies o de las manos con el fin de estimular las capacidades curativas del organismo»

Así, podemos definir que la reflexoterapia consiste en buscar la armonización del cuerpo mediante la estimulación de centros nerviosos, circulatorios y energéticos. Es decir, se basa en estimular los reflejos corporales lo-

calizados en distintas zonas del organismo como los pies, las manos, las orejas, cráneo, espalda, etc., con fines terapéuticos. Se trata de una terapia manual basada en la aplicación de masajes específicos en puntos, zonas y áreas reflejas de los pies con la finalidad de conseguir una estabilidad funcional, estructural y emocional en todo el organismo.

1. Fundamentos

Lo seres humanos hemos ido dejando atrás nuestra conexión con la Naturaleza, nos hemos ido adaptando a los diferentes ámbitos en los que nos hemos desenvuelto, hemos encajado a nuestros pies dentro de zapatos a veces realmente imposibles siguiendo los dic-



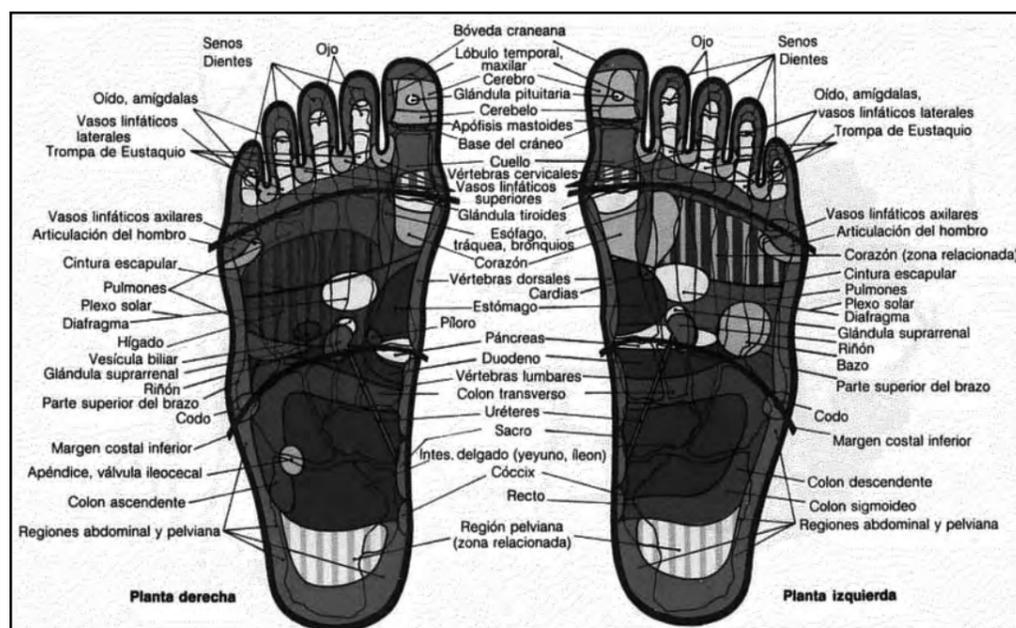
tados de la moda, usamos calcetines que comprimen nuestra circulación tanto sanguínea como linfática además de ser de tejidos sintéticos. Además de esto, nos aíslan del campo electromagnético de la naturaleza del que nos nutrimos y en el que descargamos la electricidad estática que generamos, por lo que se producen desequilibrios. Cuando caminamos con los pies descalzos tanto en el campo como en la playa, las piedras, los guijarros, la arcilla o la arena estimulan nuestros pies al andar, los desbloquean y desentumecen, activan la circulación de la sangre y de la linfa, liberan tensiones acumuladas en las terminaciones nerviosas, contracturas musculares, limpian asperezas y durezas de forma natural, además de renovar la energía vital.

Todo en nuestro cuerpo está interconectado, los órganos y los sistemas son los encargados de realizar las funciones de abastecimiento, oxigenación, excreción y transporte de las sustancias precisas en cada formación endocrina, muscular, tisular y ósea. Si todas las funciones se desarrollan de forma adecuada, todos los sistemas cumplen con su función y el organismo funciona a la perfección, beneficiándose a todos los niveles, no sólo a nivel físico sino también a nivel mental, emocional, energético y espiritual.

También favorece la respiración y la nutrición celular, aprovechando las sustancias que pueden haberse quedado retenidas en los tejidos y que, al ser liberadas, se pueden reutilizar como materia prima para favorecer la síntesis de otras sustancias vitales. Reduce el estrés, la tensión y la ansiedad, normaliza las funciones orgánicas, glandulares y hormonales, estimula las defensas del organismo, provocando una mayor actividad del sistema inmunodefensivo, y alivia el dolor.

Además, las personas tratadas, se sienten más rejuvenecidas, activas, joviales y alegres, acusan menor cansancio y presentan mayor claridad mental. Se cuidan, aceptan y quieren un poco más, lo que implica que son capaces de cuidar, aceptar y querer más a los que les rodean. Es por tanto una técnica capaz de equilibrar y dar armonía tanto a nivel interior como exterior.

Además, las personas tratadas, se sienten más rejuvenecidas, activas, joviales y alegres, acusan menor cansancio y presentan mayor claridad mental. Se cuidan, aceptan y quieren un poco más, lo que implica que son capaces de cuidar, aceptar y querer más a los que les rodean. Es por tanto una técnica capaz de equilibrar y dar armonía tanto a nivel interior como exterior.



2. Beneficios

Sus efectos beneficiosos son sorprendentes, pero los más frecuentes son los diez siguientes: induce un estado de profundo bienestar y relajación, estimula la energía vital, libera los bloqueos existentes y la hace circular de forma armónica y equilibrada, mejora la circulación sanguínea y linfática a nivel local y general, equilibra las terminaciones nerviosas (produce un perfecto ajuste del sistema de interconexión y retroalimentación de todas las partes del organismo, de manera que contribuye a mantener la homeostasis interna), depura y limpia el organismo de sustancias tóxicas como catabolitos, calcificaciones, ácido láctico, uratos y materiales de desecho procedentes de la respiración y nutrición celular.

3. Indicaciones

La reflexoterapia es adecuada para todo tipo de alteraciones psicósomáticas: insomnio, ansiedad, depresión, estrés, angustia, miedos nocturnos, hipertensión esencial, taquicardias, problemas digestivos de origen nervioso, vértigos, vahídos, neuralgias en general, jaquecas, cefaleas, alteraciones de la personalidad, colon espástico o irritable, anorexia, etc. Pero también para trastornos neuromotores, funcionales o sensitivos músculo-esqueléticos; para problemas vertebrales, articulares, degenerativos, reumáticos, contracturas musculares; para disfunciones metabólicas, traumatismos, lesiones, contusiones, padecimientos cardíacos (problemas valvulares, arritmias, taquicardias, etc.), deficiencias cir-

culatorias (varices, piernas cansadas) y problemas genitourinarios: retenciones urinarias, cálculos renales, problemas menstruales, menopausia, etc.

Asimismo, se recomienda para desarreglos hormonales (hipo o hiper función), problemas relacionados con los sentidos (visión, audición, olfato, gusto y tacto), dolores en general, padecimientos nerviosos (motores y sensitivos), enfermedades degenerativas, lesiones y problemas digestivos (digestión, asimilación, excreción, hernia de hiato, etc.); así como para afecciones autoinmunes (alergias), insuficiencia respiratoria (asma, bronquitis, catarro), pre y post operatorio, pies planos, callos y juanetes, nódulos, quistes y tumores.

4. Contraindicaciones

Las contraindicaciones de la reflexoterapia siempre son transitorias, es decir, no se debe aplicar el masaje mientras exista el problema.

No se debe aplicar tratamiento a personas con problemas de flebitis, tromboflebitis, trombosis o embolias o enfermedad varicosa severa en cualquier lugar del cuerpo. Infartos y aneurismas, gangrena, heridas y úlceras varicosas en pies o piernas, infecciones agudas o graves con fiebres altas (temperatura mayor de 38°C), embarazos problemáticos con amenaza de aborto, urgencias que requieran tratamiento hospitalario, infecciones micóticas externas del pie (hongos, pie de atleta, papilomas), pie diabético y, por último, post operatorio de varices (consultar con el médico cuándo se puede reiniciar el masaje).

Como precaución, no se debe insistir en el tratamiento del páncreas en enfermos diabéticos insulino-dependientes para no provocar hipoglucemia. Asimismo no se debe insistir en el tratamiento reflejo de la vesícula biliar si hay historia de cálculos biliares por el riesgo de que se desprendan y se produzca una pancreatitis.

5. Reacciones posibles al tratamiento

Tras recibir un masaje reflejo el organismo necesita de un tiempo de descanso y acomodación durante el que eliminar las sustancias de desecho movilizadas durante el masa-

je y para reutilizar los nutrientes que estaban inmovilizados. Este tiempo es variable, se inicia en el momento del masaje y puede durar hasta 24 horas, aunque en determinados casos puede durar hasta 72 horas (en caso de enfermedades crónicas o graves).

La recomendación general que se hace tras un masaje es que la persona ingiera abundante agua y que descansa para ayudar a la eliminación de toxinas.

Las reacciones más habituales e inmediatas pueden ser orinar en cantidades superiores a las habituales, con una coloración y/o olor más intenso que el habitual; mayor energía, vitalidad; sed o hambre inusuales; cansancio generalizado, en especial en casos crónicos o graves en que la persona tiene necesidad de descanso y deseos de dormir; generalmente tras el masaje se produce un sueño profundo y reparador.; evacuaciones espontáneas más abundantes, líquidas y oscuras a veces acompañadas de gases y olor fétido; y aumento de la transpiración generalmente con un olor más fuerte.

Bibliografía recomendada

- McKENZIE E., *La Biblia del Reiki*. Gaia Ediciones; Madrid, 2009
- LOSADA M., *Reiki*. LIBSA; Madrid, 2005
- STEIN D., *Reiki esencial*. Robinbook; Barcelona, 2004
- <http://www.pubmed.com> (referencias bibliográficas sobre Reiki en el contexto médico (180 estudios y referencias bibliográficas de estudios de reflexología y dolor)
- <http://nccam.nih.gov>
- ALMAZAN P., *Bases, fundamentos y aplicación de la Reflexología podal*. ESCA; Madrid, 2007

No se debe aplicar tratamiento a personas con problemas de flebitis, tromboflebitis, trombosis o embolias o enfermedad varicosa severa en cualquier lugar del cuerpo. Infartos y aneurismas, gangrena, heridas y úlceras varicosas en pies o piernas, infecciones agudas o graves con fiebres altas (temperatura mayor de 38°C), embarazos problemáticos con amenaza de aborto, urgencias que requieran tratamiento hospitalario, infecciones micóticas externas del pie (hongos, pie de atleta, papilomas), pie diabético y, por último, post operatorio de varices (consultar con el médico cuándo se puede reiniciar el masaje).

PRONTOSAN®

La solución para la limpieza y descontaminación de heridas



Línea directa

Llamada gratuita
900 300 023

B | BRAUN
SHARING EXPERTISE

Preparación del lecho de la herida
Control de la Infección
Reducción tiempos de cicatrización

B. Braun Medical SA - División OPM - Ctra. de Terrassa, 121 08191 Rubí (Barcelona) Tel 93 586 62 00 www.bbraun.es

Mepilex® Ag



Atacando a las
bacterias y
protegiendo la piel

Mepilex® + Plata (1,2 mg/cm²) + Carbón Activo

Mepilex® Ag

Reduce la carga bacteriana.
Neutraliza los patógenos de la herida en menos de 30 minutos.

Minimiza el traumatismo y el dolor.
Gracias a la tecnología SafetaC de suave silicona.

Excelente manejo del exudado.
Fácil de usar incluso en zonas de difícil accesibilidad.

Para más información de éste y otros productos visite: www.molnlycke.es

MÖLNLYCKE
HEALTH CARE

Mitos y conceptos erróneos en el uso de opioides en el dolor total

D^a Paz Gatell Maza

Enfermera en el Hospital Universitario Gregorio Marañón
Licenciada Antropología

Desterrar los mitos y conceptos erróneos en el uso de opioides de la escalera analgésica de la OMS, por parte del personal de Enfermería Oncológica, así como saber cuándo, cómo y para qué se utilizan, es un elemento fundamental en el manejo de aquellos pacientes que presentan dolor total.

Pero, en la práctica clínica, «revisados algunos trabajos en los que se analiza la administración de analgésicos para el tratamiento del dolor, varios de ellos coinciden en que incluso en aquellos casos en los que estos están pautados por los médicos a intervalos regulares y con las dosis perfectamente definidas, un tercio de estas prescripciones o no se administran o se hacen a dosis inferiores a las prescritas». (Sánchez-Sánchez R. M., Pernía J. V., Calatrava J., «Management of pain in nursing studies». Rev Soc Esp Dolor 2005; 12: 81-85).

Una explicación a este comportamiento, por parte del profesional de Enfermería, es la existencia de mitos y errores en el uso de estos fármacos analgésicos opioides, tales como que el paciente que se convierta en adicto o establezca pronto tolerancia, a pesar de que el riesgo es escaso y superable.

PALABRAS CLAVE: opioides, mitos, errores, enfermería.

To exile the myths and erroneous concepts in the use of opioides, of the analgesic stairs of the OMS, on the part of the personnel of Infirmary Oncologica, and to know when, how and why, it is a fundamental element in the managing of those patients who present total pain.

But with the clinical practice «checked some works in which the administration of analgesics is analyzed for the treatment of the pain, several of them coincide in that enclosed in those cases in that these are ruled by the doctors to regular intervals and with the perfectly definite doses, several of them coincide in that enclosed in those cases in that these are ruled by the doctors to regular intervals and with the perfectly definite doses, a third of these prescriptions or do not administer or are done to doses lower than the prescribed ones».

An explanation to this behaviour, on the part of the professional of Infirmary, is the existence of myths and mistakes and the use of these analgesic medicaments opioides. Such as that the patient who turns into addict or it establishes soon tolerance, in spite of the fact that the risk is scanty and surmountable.

KEY WORDS: opioides, miths, mistakes, infirmary.

Introducción

La enfermería es un elemento fundamental en el manejo de aquellos pacientes que presentan dolor total, motivo por el que debe ser prioritario que contemos con unos conocimientos bien fundamentados en la evidencia clínica para su control y despejemos los mitos y errores en el uso de fármacos opioides en el control del dolor total.

Por ello es fundamental una formación del personal de enfermería en el manejo y tratamiento del dolor total, siendo éste uno de los síntomas más frecuentes a tratar en nuestro ejercicio profesional.

En su artículo *Una nueva definición de dolor. Un imperativo de nuestros días*, Eduardo Ibarra dice:

«La vida de un ser humano y consecuentemente de sus seres amados, poseída por un constante dolor y sufrimiento, en un mundo en el que los conocimientos científicos han alcanzado los medios para eliminar, o cuando menos aliviar considerablemente los mismos, es puramente un acto de humillación, discriminación y maltrato de parte de cualquier sociedad que permita que dichas condiciones ocurran».

Hoy, en la nueva definición de *dolor* se conceptualiza como una enfermedad *per. se* y se define como:

«Una experiencia sensorial y emocional desagradable asociada con una lesión presente o potencial o descrita en términos de la misma, y si persiste, sin remedio disponible para alterar su causa o manifestaciones, una enfermedad por sí misma».

El dolor debe ser valorado en sus dos aspectos: el dolor agudo, un signo positivo, que actúa como signo de alarma, nos alerta de la presencia de un peligro o situación patológica que puede poner en riesgo la existencia; y el dolor crónico, un signo que ya no tiene ningún valor positivo, porque no nos alerta de ningún peligro y es responsable del sufrimiento del paciente, sea cual sea su origen. El dolor crónico es una situación en principio relacionada con el cáncer avanzado, que también existe

en el SIDA y en la fase final de otras enfermedades, donde su severidad, persistencia y el grado de afectación puede hacer que se describa como *dolor total*.

«El dolor total es el más urgente de todos los síntomas» (H. K. BEECHER)

Este término fue utilizado por primera vez por C. Saunders para explicar que cuando no es aliviado, es capaz de convertirse en el centro de la vida de un ser humano, porque contiene elementos físicos (daño tisular, compresión nerviosa, descontrol corporal, falta de apetito); emocionales (depresión, insomnio, desfiguración, enfado, fatiga crónica); sociales (pérdida de la posición social, problemas económicos), y espirituales (sensación de culpabilidad, reproches e inseguridad ante la muerte).

El dolor que siente un paciente que pierde su posición social, que ha sufrido una mutilación o desfiguración grave y que se enfrenta a su propia muerte, con dificultad para encontrar un sentido a su vida y sufrimiento, no coincide con los receptores opioides y escapa a las técnicas anestésicas y quirúrgicas más avanzadas.

El síndrome del dolor total, en su persistencia, es la expresión más intensa en una persona porque es capaz de convertirse en el centro de su vida, bloquear su relación con los demás y llegar a ser una amenaza seria para su existencia. Requiere por tanto un análisis cuidadoso de sus diferentes elementos y el trabajo conjunto de un equipo multidisciplinar para formular un plan de tratamiento que cambie significativamente la situación real de estos enfermos y, llegado el caso, haga posible que su muerte se produzca sin sufrimiento.

Objetivo

La enfermería, junto con el equipo multidisciplinar, debe conseguir que el paciente con dolor total mantenga un buen nivel de descanso, sea capaz de realizar sus hábitos cotidianos y consiga restablecer su autonomía y bienestar físico general, así como mantener su indepen-

(continúa en pág. 62)

día a día **aumenta** **su calidad de vida**



Con fibra  para regular el tránsito y con seroproteína para evitar la pérdida de masa muscular.



NUTRICIA
Fortimel
Complete

 **smith&nephew**

ALLEVYN[®]

Apósitos

Nuevos Allevyn Gentle y Allevyn Gentle Border para pieles frágiles



Nuevo ALLEVYN GENTLE
Financiado por el SNS

Por que todos los pacientes se merecen el mejor camino hacia la cicatrización



Nuevo

(viene de pág. 59)

dencia el mayor tiempo posible, impedir o contener trastornos ansiosos-depresivos y, en definitiva, que no sienta que la vida es insostenible.

Evaluación del dolor

Para valorar este dolor total se usan como *instrumentos* de recogida de información: la entrevista o historia clínica (cuándo se produce, cómo, dónde irradia, intensidad, si es invalidante, en qué momento se da, qué lo alivia, expectativas del paciente hacia el dolor, si cree que con el tratamiento mejorará o no); estimaciones cuantitativas y cualitativas (cuestionarios que miden el dolor con escalas en sus dimensiones físicas, emocionales, sociales y espirituales); autoregistros (control y registro desde que se levanta hasta que se acuesta sobre la evolución y valoración del dolor en cada paciente).

Para valorar el dolor tenemos que tener unos conceptos claros:

El umbral del dolor, que se define como la intensidad mínima a partir de la cual un estímulo se percibe como doloroso, es siempre diferente para el paciente que lo vive y siente que para el profesional que lo valora. Por ello, cuando el paciente dice que tiene dolor, el profesional de enfermería debe creer que tiene dolor.

La tolerancia al dolor, que se define como el tiempo que transcurre entre el estímulo nociceptivo y la respuesta verbal o motora, está mediada por factores culturales y psicológicos, por ello el dolor es siempre una sensación subjetiva.

Tercer escalón en la Escalera analgésica de la OMS

El uso de analgésicos, según el sencillo esquema de utilización de la Escalera analgésica de la OMS, ha supuesto el control y alivio del 80% de los pacientes que sufren dolor total.

La morfina es el analgésico opiáceo de referencia en el “tercer escalón”, frente al que se evalúan otros analgésicos, y el que está disponible más fácilmente en distintas formulaciones orales. Aunque algunos tipos de dolor no siempre responden bien o completamente

a la morfina, en especial el dolor neuropático. Los opioides fuerte o mayores de este tercer escalón son: morfina, fentanilo, metadona, oxicodona, buprenorfina, mepiridina e hidromorfona.

Mitos y errores en el tratamiento del dolor total

Hace un tiempo se pensaba que los bebés recién nacidos y en general los niños pequeños, por tener un sistema nervioso poco desarrollado, no sentían dolor como un adulto pero hoy está demostrado que no es verdad y lo opuesto ha sido comprobado.

Otro mito sobre el dolor es el que dar morfina u otros medicamentos opioides fuertes hace que el paciente se vuelva adicto, por eso el uso de morfina se reserva para los últimos momentos, existiendo un gran tabú en su prescripción. Sin embargo, la morfina es el opioide de elección y por ello no debe evitarse su empleo, debemos ajustar la dosis de morfina a la intensidad de dolor que el paciente dice que siente, puesto que la morfina no presenta techo analgésico, es decir, podemos aumentar su dosis tanto como sea necesario y ganaremos efecto analgésico sin potenciar sus efectos adversos, y el mejor antídoto contra la adicción será el propio dolor del paciente. Nuestra máxima será: «la dosis que alivia el dolor, ésa es la dosis correcta». Así de fácil.

En muchas ocasiones se ordenan los analgésicos según sea necesario, con independencia de las circunstancias del paciente. Es importante cambiar esta rutina y administrar según un horario, “reloj en mano”, evitando el tratamiento “a demanda”, de forma que podamos prevenir la aparición del dolor en vez de tratarlo una vez instaurado. Además, debemos recordar que sedación no es lo mismo que analgesia. Un paciente puede estar sedado y tener mucho dolor, por ello, al sedar a un paciente que tiene un régimen de analgesia con opiáceos, éstos no deben ser retirados.

El uso de la morfina se restringía por miedo al síndrome de depresión respiratoria, pero hoy sabemos que si la función respiratoria es estable y se puede despertar al paciente se deberá continuar con la misma dosis analgésica,

ya que la sedación que aparece inicialmente al administrar opioides o al aumentar su dosis tiende a disminuir de uno a tres días. En cualquier caso, siempre disponemos de un antagonista como es la naloxona, capaz de revertir el efecto narcótico en pocos minutos, aunque será necesario recordar que la naloxona no es selectiva y revierte todos los efectos del narcótico, incluida la analgesia, por lo que se deberá administrar rápidamente un analgésico no narcótico para mitigar el dolor. Si se va a emplear naloxona, se diluyen 10 ml de solución salina y se comienza inyectando de medio en medio mililitro por vía intravenosa, o de media en media ampolla por vía subcutánea. Debemos suspender la inyección al notar mejoría del nivel de conciencia. Asimismo, usar de más puede provocar un severo cuadro de abstinencia, con reaparición de intenso dolor, delirio y excitación. Es necesario recordar que el efecto de la naloxona es breve.

La aparición de reacciones adversas no deseadas, tales como náuseas y vómitos, boca seca, retención urinaria, estreñimiento o confusión, no deben de ser la causa de su retirada o suspensión, porque en un régimen analgésico con fármacos opiáceos aparecen en cualquier paciente al que se le administren, más tarde o más temprano. Debemos, entonces, vigilar cuidadosamente mediante una monitorización metódica los efectos adversos de los opiáceos, para que el médico ponga el tratamiento preciso para su control. El principal efecto secundario que perdura con la morfina es el estreñimiento, exigiendo casi siempre el uso profiláctico de un laxante. Además, siempre descartaremos que los síntomas que aparecen no sean debidos a cualquier otro motivo, como puede ser el progreso de la enfermedad.

El temor a que el paciente desarrolle tolerancia y aparezca neurotoxicidad, debido a las dosis elevadas y la exposición prolongada al opiáceo, hace que muchos de los pacientes reciban un tratamiento analgésico inadecuado. La rotación de opiáceos es un método seguro para disminuir estos efectos, manteniendo el control analgésico. Las indicaciones principales de la rotación de opiáceos, que se basa en

sustituir un narcótico por otro (siempre agonistas plenos) de tercer escalón, son el mal control del dolor junto con la presencia de efectos adversos intolerables por la toxicidad opiácea. Es necesario conocer la farmacología de los opioides utilizados en la rotación y las tablas de conversión equianalgésicas.

Entre los opiáceos disponibles en nuestro medio en el tercer escalón, como la morfina, la metadona y el fentanilo, actúan mediante unión a receptores mu y no existe resistencia cruzada ni tolerancia cruzada, por lo que el cambio de uno a otro puede contribuir al alivio de dolores de difícil control.

No hay, por tanto, una dosis analgésica óptima —ni una dosis máxima— para las drogas que corresponden al tercer escalón. Ver *Tabla 2*.

En resumen, los pasos a seguir para realizar una rotación de opioides serían los siguientes:

1. Calcular la dosis equianalgésica del nuevo opioide según la tabla de conversión.
2. Reducir la dosis equianalgésica en un 25-50%, salvo si el opioide es fentanilo o metadona.
3. Si se rota a metadona reducir la dosis en un 75-90%.
4. Si se rota a fentanilo transdérmico, no reducir la dosis equianalgésica.
5. Considerar cambios a largo plazo en la dosis equianalgésica, ajustada en base al dolor y a la condición clínica del paciente. Si el paciente es anciano o tiene una insuficiencia cardiopulmonar, hepática o renal, realizar una reducción más adelante. Pero si el paciente tiene un dolor severo, realizar una reducción menor.
6. Calcular una dosis de rescate de un 5-15% de la dosis total diaria del opioide y administrarla en un intervalo apropiado (por ejemplo, cada 2-3 horas).
7. Reevaluar y titular el nuevo opioide.

Ahora bien, hay que saber que la meperidina no es recomendable en el tratamiento del dolor total, porque da origen a un metabolito neurotóxico (nor-meperidina, generado en

La aparición de reacciones adversas no deseadas, tales como náuseas y vómitos, boca seca, retención urinaria, estreñimiento o confusión, no deben de ser la causa de su retirada o suspensión, porque en un régimen analgésico con fármacos opiáceos aparecen en cualquier paciente al que se le administren, más tarde o más temprano. Debemos, entonces, vigilar cuidadosamente mediante una monitorización metódica los efectos adversos de los opiáceos, para que el médico ponga el tratamiento preciso para su control.

Nuevo
TIELLE* Xtra
APÓSITO HIDROPOLIMÉRICO NO ADHESIVO

Para una solución a medida



*La cicatrización
de las heridas está
en sus manos*

el hígado), de vida media larga (30 horas) y excreción renal como droga activa. Por lo tanto, tiene inconvenientes en ancianos y en pacientes con deterioro de la función renal. En estos casos, es frecuente observar delirio, alucinaciones y —en ocasiones— convulsiones.

La buprenorfina es agonista *kappa*, agonista parcial o antagonista *mu*: puede precipitar síndrome de abstinencia en pacientes correctamente tratados con morfina, oxicodona o fentanilo.

Es una creencia común que la morfina “pinchada” es más efectiva, sin embargo, se recomienda, toda vez que sea factible, emplear la vía oral. Es la más práctica y simple, permite que el paciente tenga un rol activo en su tratamiento, es más barata y se asocia con menos complicaciones. Lo importante será, en la etapa inicial de *titulación* (búsqueda de la dosis adecuada), iniciar su búsqueda con fórmulas de liberación rápida oral para, una vez establecida una dosis diaria habitual, cambiar a fórmulas retardadas orales que con dos o tres tomas diarias permita mantener al paciente libre de dolor. Como alternativa viable a las formas de liberación lenta oral, es posible optar por los parches de fentanilo, en la etapa de mantenimiento.

Cuando no se pueda optar por la vía oral, la vía parenteral de elección será la vía subcutánea frente a la intramuscular, más dolorosa y errática, o a la intravenosa, que precisa de mantener una vía venosa permeable, con cateterización externa y aumento del riesgo de sepsis. Además, la vía subcutánea permite el autocuidado o el uso de la misma por un cuidador informal y el control del dolor con *bolus* o infusión continua de soluciones analgésicas para evitar el efecto pico-valle, mediante infusores elastoméricos o bombas electrónicas tipo PCA (bombas analgésicas controladas por el paciente).

Para evitar los pinchazos repetidos se puede instaurar el uso de una palomilla subcutánea bien de metal, bien de teflón con alargadera que, salvo complicaciones como abscesos, dolor o lipodistrofia, se puede mantener entre siete a diez días y no precisa heparinización. Siempre se debe purgar la alargadera

con el fármaco que vayamos a inyectar y, si la usamos para más de un fármaco, debemos lavarla con 0,5 ml de suero fisiológico cada vez.

No se debe iniciar el tratamiento con parches de fentanilo solamente, ya que puede pasar un día (24 horas) antes de que fentanilo en parches haga su efecto total. El fentanilo es un potente analgésico opioide con una potencia entre 50-100 veces superior en comparación con la morfina. En parches transdérmicos produce una liberación sistémica continua durante las 72 horas de su periodo de aplicación y se libera de un modo relativamente constante, gracias a la membrana de liberación y a la difusión a través de las capas de la piel. No debemos colocar los parches cutáneos de fentanilo sobre la piel irritada, agrietada, quemada, radiada, cortada o dañada de cualquier otro modo. Hay que limpiar cuidadosamente el lugar donde el parche va ser aplicado preferentemente (región externa del brazo, región superior del tórax o región superior de la espalda), utilizar solamente agua (no ningún jabón, lociones u otras sustancias que puedan irritar la piel) y, si hay vello en el lugar del cuerpo donde se va a aplicar el parche, cortarlo con tijeras cuidadosamente. Se puede pegar los bordes a la piel con esparadrapo.

Hay que proteger el parche de fentanilo, de cualquier fuente de calor directa y si el paciente tiene fiebre debemos vigilar el nivel de conciencia, porque la vasodilatación periférica producida por ambos fenómenos puede hacer que se absorba más cantidad de principio activo que la indicada por el parche. Asimismo, no debemos usar ningún parche cutáneo de fentanilo que esté roto, dañado o alterado de cualquier otro modo. Si se usan parches dañados o rotos se podría recibir la mayoría o la totalidad del medicamento de una vez, en lugar de recibirlo lentamente por espacio de tres días. Esto puede causar problemas graves al paciente, como una sobredosis. También, si se deja de usar súbitamente los parches cutáneos de fentanilo, pueden aparecer síntomas de abstinencia. La reacción del organismo ante la abstinencia suele ser, en principio, respiración agitada acompañada de bostezos, lagrimeo, flujo nasal y sudoración; luego se pre-

Es una creencia común que la morfina “pinchada” es más efectiva, sin embargo, se recomienda, toda vez que sea factible, emplear la vía oral. Es la más práctica y simple, permite que el paciente tenga un rol activo en su tratamiento, es más barata y se asocia con menos complicaciones.

sentan hiperactividad, sentido de alerta exacerbado, incremento del ritmo cardiaco, piloerección (“piel de gallina”) y fiebre. Otras manifestaciones son pupilas dilatadas, temblores, escalofríos, dolor muscular, inapetencia, dolor abdominal y diarrea.

Antes de retirar el tratamiento con opioides fuertes se deberá realizar un descenso progresivo de las dosis, dejando constancia ante el enfermo y su familia que el tratamiento no puede ser suspendido nunca y bajo ningún concepto de forma brusca, porque aparecerá el síndrome de abstinencia. En caso de intervenciones quirúrgicas no programadas u otras circunstancias que pudieran condicionar una suspensión obligada de la ingesta oral del opiáceo, se debe concienciar de la necesaria utilización de una vía alternativa para seguir administrando el fármaco.

Un último aspecto a valorar es que la terapéutica farmacológica no es la única manera de tratar el dolor. Otros enfoques no farmacológicos pueden ser también eficaces, como el masaje y otras técnicas de relajación, que pueden aliviar la ansiedad y la tensión. Y, sobre todo, es importante tener un control eficaz del insomnio.

Tabla 2. Equivalencia aproximada con morfina oral

FÁRMACO	DOSIS EQUIVALENTE	RATIO CONVERSIÓN
Morfina v.o.	30 mg	1
Morfina i.v.o s.c.	10-15 mg	i.v.=3:1; s.c.=2:1
Oxicodona v.o.	15 mg	2:1
Fentanilo TD	12 µg/h	x24 y /10
Hidromorfona v.o.	6 mg	5:1
Buprenorfina TD	17,5 µg/h	
METADONA V.O.		
	MORFINA	METADONA
	<100 mg	6-33 mg
	101-300 mg	20-60 mg
	301-600 mg	30-60 mg
	601-800 mg	50-67 mg
	801-1.000 mg	53-67 mg
	>1.000 mg	100-? mg

i.v.= intravenosa; s.c.= subcutánea; TD= transdérmico; v.o.= vía oral

Conclusiones

Para el profesional de enfermería tiene que ocupar un primer plano, dada su importancia, aprender a enfrentarse al dolor del paciente y a su tratamiento y, en última instancia, a enfrentarse a la muerte y al enfermo terminal. El profesional de enfermería es clave para ayudar al médico a administrar el tratamiento más adecuado, registrando dosis, frecuencia, vía de administración y evaluando el resultado en el paciente, también como docente, y enseñando a éste a reconocer el tipo (somático, visceral o neuropático) y la intensidad (ausente, leve, moderado, etc.) del dolor.

Para conseguir que estos aspectos alcancen la relevancia que merecen, debemos plantearlos y proponer cambios en nuestra percepción del paciente con dolor y de los tratamientos necesarios para disminuirlo o erradicarlo.

Bibliografía

- ASTUDILLO W., MENDIQUETA C. «Bases para el tratamiento del dolor del enfermo en la fase terminal», *Cuidados del Enfermo en fase terminal y atención a su familia*. Barañáin, EUNSA, 1997; 187-197.
- BAYES, R., «Dolor y sufrimiento: diferencias y evaluación», *Cuadernos Gerontológicos*. Sociedad Navarra de Geriátria y Gerontología, 1994; 3: 2, 61-66.
- CARO AGUERO, M., «Bienaventurado El Hijo de María». *Índice Enferm* [En línea]. 2005, vol.14, n. 50, págs. 66-67. ISSN 1132-1296. Doi: 10.4321/S1132-12962005000200014.
- GÓMEZ PALOMAR, M. J., «Actitud de la enfermera ante el dolor». *Boletín informativo de la AEEC [Enferm Cardiol]* 1999; Año VI (16): 11-12.
- OMS. «Alivio del dolor y tratamiento paliativo en el cáncer». *Serie Informes Técnicos* 804, 1990; 21-26
- SÁNCHEZ-SÁNCHEZ R. M, PERNIA J. V., CALATRAVA J., «Management of pain in nursing studies». *Rev Soc Esp Dolor* 2005; 12: 81-85.

Dolor viviente y resiliencia

Gerónimo Acevedo

Médico

Presidente del Centro Víctor Frankl, para la difusión de la Logoterapia
 Gran AWARD 2004 de la Viktor Frankl Foundation, City of Viena
 Premio a la trayectoria de vida, siendo el primer profesional de habla hispana que recibe dicha distinción
 Profesor en Universidades Argentina y Extranjeras

«Me gustaría saber si uno, cualquiera de nosotros, consentiría en vivir si poseyera sabiduría y mente y conocimiento y memoria de todas las cosas, pero careciera de todo sentido del placer y dolor y no fuera afectado por esos sentimientos o por otros semejantes». PLATÓN, *Filebo*

La pregunta por el dolor viviente siempre nos conduce al tratamiento fenomenológico de la pregunta: ¿qué es el dolor? Es una pregunta que no puede independizarse de otras fundamentales como ¿quién hace la pregunta?, ¿quién la contesta y cómo?, ¿quién es el que sufre?, ¿cuál es su significado?, ¿cuándo le pasó eso y qué aprendió?, y, por último, ¿qué es la resiliencia?

Cierta sorpresa rodea esta respuesta: el dolor viviente es algo que pertenece a la experiencia común pero que a la vez nos interroga de un modo personal. Cambia el eje sobre el cual estamos habituados a pensar los temas de la vida, de salud y sus soluciones. Se trata de un llamado, entre otras cosas, a ocuparnos no sólo de las “víctimas” de los factores de riesgo, sino a explorar y conocer a aquéllos que tuvieron éxito frente a la adversidad o que se enriquecieron como personas con ella.

Baste recordar a Viktor Frankl y su experiencia en los campos de concentración. Pensar la resiliencia es subvertir la idea de causalidad que gobierna el pensamiento médico positivista y algunas concepciones de la salud.

El dolor viviente y la *resiliencia* evocan desde el inicio la idea preponderancia y complementariedad, lo que nos lleva a la de complejidad e integración: la complejidad de los procesos reales y virtuales en que se desenvuelve la vida; y la integración de esos niveles

que la ciencia separa para su conocimiento y que sólo tienen una existencia integrada en la experiencia del hombre con el mundo. Esto no puede obviarse.

Los mecanismos biológicos del cuerpo, la vida psíquica, la vida espiritual y la existencia social son una unidad múltiple de un ser siendo «que habiendo sido y siendo desea llegar a ser». No se trata de una materia biopsicosocial ya construida que pueda atravesar bien o mal la adversidad.

La adversidad, el dolor viviente en tiempos de situaciones críticas, interrogan al ser humano, son productoras de esa integración que es condición para una persona resiliente, es decir, productora de nuevos significados y valores que surgen en la experiencia y determinan un sentido posterior. Ese aprender es en sí mismo un conocimiento existencial y un nuevo recurso integrado al cuerpo, a la mente y a la acción sociocomunitaria del ser humano.

El mito de los dos dolores, físico y mental, fruto característico del modelo médico mecanicista tradicional generado por un pensamiento dualista, fragmenta-



do y reduccionista, intenta negar la complejidad y tiene como función cegarnos ante lo que no podemos explicar y que es funcional al mismo.

Recordemos las sabias enseñanzas de Oschner, cirujano de Chicago, cuando dijo que es relativamente fácil esgrimir un escalpelo, cortar, ligar bien, extirpar tejidos y suturar con brillante cicatriz; bastan educación manual y entrenamiento; pero es muy difícil esgrimir las ideas y el raciocinio para evitar que nuestros enfermos deban ser operados y, en cambio, puedan ser curados mediante tratamientos sencillos, inocuos y realmente eficaces.

René Leriche, eminente médico y cirujano, llamó lúcidamente en 1937 dolor viviente al dolor experimentado fuera del laboratorio y no reducido a un código universal de impulsos nerviosos, que contiene siempre, en lo más íntimo, el encuentro humano con el significado. El dolor se transmite por una vía y un código universal, pero su vivencia es única e irrepetible para cada ser humano.

El filósofo Ludwig Wittgenstein (citado por Morris), refiriéndose al dolor, lo describe como una antigua ciudad, «un laberinto de calles y plazas pequeñas, de casas viejas y nuevas, con casas con agregados de distintos períodos; y todo esto está rodeado por una multitud de nuevos barrios con calles rectas y regulares y casas uniformes» (MORRIS, D., *La*

cultura del dolor, pág. 15). Los médicos y psicólogos tratan de hacer del dolor un ordenado ciudadano de los nuevos suburbios del conocimiento, pero en un punto, invariablemente, se les vuelve a precipitar en el laberinto de la ciudad antigua donde los mapas resultan casi inútiles y donde uno se puede orientar, si efectivamente lo consigue, sólo por olfato. En nuestra tarea, el olfato sería sinónimo de compromiso con nuestro prójimo.

No estoy proponiendo que ignoremos el conocimiento científico biomédico que tanto nos ha aportado, eso sería un error. Lo que necesitamos, en cambio, es suplementarlo y enriquecerlo con el conocimiento vivencial intuitivo existencial al que estamos poco dispuestos a valorar. Con la ayuda de este conocimiento, estoy convencido, podemos empezar a recuperar algo de control personal sobre el dolor que antaño poseímos como cultura y que abandonamos precipitadamente con las perjudiciales consecuencias que hoy padecemos.

Estas son ideas nacidas de mi experiencia profesional, la mayoría de ellas transmitidas por mis pacientes y que intento con dificultad comunicar, con la intención de que sirvan para la reflexión. No aparecen como una cadena lógica de proposiciones y es que en verdad no lo son, podrían convertirse en un punto de partida o, dicho de otra forma, en un punto de llegada al comienzo.

Intentaré, entonces, resumir aquí, en los

términos más concretos posibles, algunas propuestas para la reflexión que aparecerán más como temas experienciales que como proposiciones en una cadena lógica.

El dolor como existencial humano

Primero: el dolor es un constituyente ineludible de nuestra vida; pertenece a lo que Frankl denomina la tríada trágica: sufrimiento, culpa y muerte.

Segundo: es necesario reconocer que existen dolores evitables y dolores inevitables; frente a los primeros, tenemos el deber de intentar aliviarlos; frente a los segundos, tenemos que buscar su sentido.

Tercero: hay dolores necesarios (útiles) y dolores innecesarios (inútiles).

Cuarto: el dolor crónico constituye una crisis inmensa, invisible, en el centro mismo de la vida contemporánea.

Quinto: la interpretación del enfermar humano de la medicina tradicional, desde una visión del mundo médico-científica (reduccionista) que impregna nuestra cultura, nos ha llevado a entender equivocadamente el dolor como una mera sensación, un síntoma, un problema bioquímico, y no como una experiencia personal. La enfermedad no es solamente, una alteración de la biología o un trauma psíquico de un sujeto, sino una experiencia que conmueve al ser humano en su totalidad de ser en el mundo.

Sexto: nuestra crisis actual es en gran parte un dilema que han creado y sostenido los fracasos de esta lectura médica tradicional del dolor impregnado de materialismo.

Séptimo: si recuperamos la capacidad de reconocer su multidimensionalidad y asumimos los límites y la responsabilidad en la comprensión del dolor, podemos recuperar el poder de aliviarlo.

Octavo: ¿es acaso posible imaginar la influencia de lo psíquico sobre lo físico? Al respecto, Viktor Frankl (1988) dice:

«En la dimensión de lo fisiológico, el sistema nervioso es un sistema cerrado en sí que no deja ver la posibilidad de que lo psíquico intervenga; pero en la dimensión superior más próxima, en la de la

psicología, se comprueba que el sistema nervioso no está cerrado en sí. También un círculo cerrado, no observado sobre un plano pero sí en el espacio, puede resultar un vaso abierto. El cerramiento de un sistema en una dimensión determinada es muy compatible con una apertura en la dimensión superior y con la influencia que fluye desde esta dimensión» (p.125).

Noveno: el dolor viviente es un «universal más un particular».

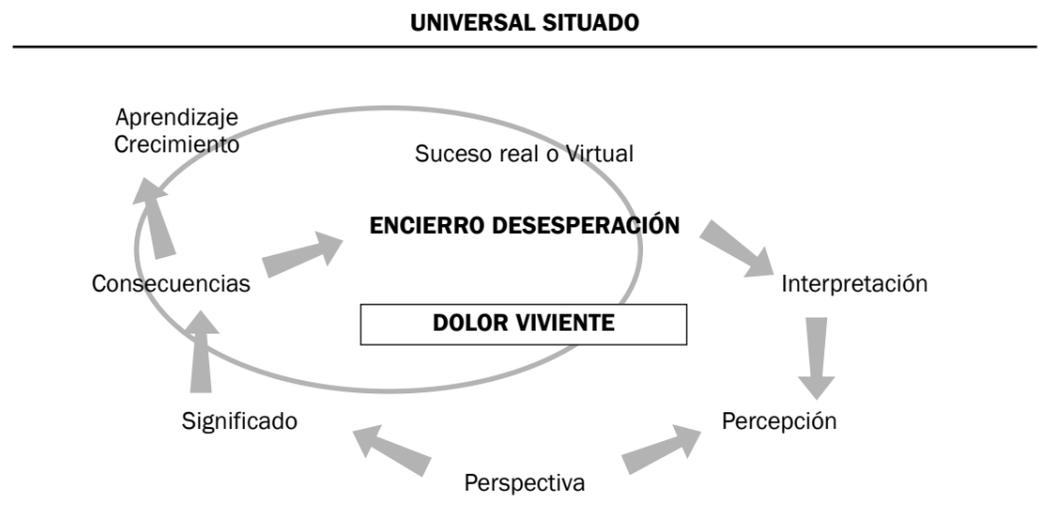
Décimo: es una posibilidad de actualizar potencialidades y puede convertirse en el punto de partida de conductas resilientes. La resiliencia y el dolor viviente son acontecimientos que pertenecen a la experiencia cotidiana común, ambos nos interrogan y cambian el eje

La Asociación Internacional para el Estudio del Dolor define al dolor como «una experiencia sensorial y emocional desagradable relacionada con el daño real o potencial de algún tejido o que se describe en términos de tal daño».
Debemos destacar que no definen el dolor como una sensación sino como una «experiencia».

sobre el cual estamos habituados a pensar los temas de la vida, de la salud y sus soluciones.

La Asociación Internacional para el Estudio del Dolor define al dolor como «una experiencia sensorial y emocional desagradable relacionada con el daño real o potencial de algún tejido o que se describe en términos de tal daño». Debemos destacar que no definen el dolor como una sensación sino como una «experiencia». Es importante señalar que no se requiere que haya daño real orgánico, sino sólo la experiencia descrita “en términos de” daño orgánico. De nuevo, el dolor viviente es *un universal más un particular*.

Se podría considerar el dolor como un universal situado: universal, porque el dolor estuvo presente en todas las épocas de la his-



toría y en todos los seres humanos, pues hay mecanismos universales de producción del dolor; y situado, porque ningún dolor viviente es igual a otro. Recordemos lo que dice Viktor Frankl :

«Si tratamos a dos pacientes de igual forma, de una cosa podemos estar seguros: a uno lo estamos tratando mal».

La construcción de cada dolor viviente está integrado por un suceso real o virtual que es interpretado por un sujeto y se convierte en un acontecimiento, algo que acontece en un ser humano y que es percibido por él mismo.



Es desde la percepción de esta persona que esta situación puede seguir distintos cursos, convertirse en el maestro interior o paralizarlo en su existencia.

Toda percepción es vista desde una perspectiva. Podríamos decir: una percepción de la percepción. Un *a priori* conceptual, un presupuesto de cada uno de los procesos mentales que tiene como función pre-encanalar, pre-configurar y pre-condicionar la percepción misma. Por ejemplo, si nosotros consideramos el dolor como un evento que puede y debe erradicarse de la vida, ser conocido y eliminado, nuestra acción será una actitud bélica de conquista del dolor, una moderna torre de Babel que llevará a un doble fracaso, el del

hombre doliente y el del guerrero iconoclasta. Si, en cambio, reconocemos el dolor como un misterio, «el misterio del dolor —escribió el filósofo Martín Heidegger en 1950— permanece velado». Los velos que rodean el dolor no entrañan sólo unos pocos hechos ausentes que oscurecen una comprensión científica, por lo demás clara y completa. El velo, en cierto sentido, es lo que hace visible el misterio, da presencia o apariencia a lo desconocido. Un misterio, por tanto, no es algo que exista principalmente para ser resuelto.

No hay ninguna razón, sin embargo, que nos impida empezar a pensar en el dolor como una realidad que incluye enigma y misterio. La neurobiología del dolor, sin duda, nos ha ofrecido recientemente hechos y pistas interesantes, como las propiedades analgésicas de los neuropéptidos opiáceos que produce el cerebro. Necesitamos todos los adelantos científicos que podamos conseguir; la experiencia humana del dolor implica también nuestro encuentro con el sentido. La red de nervios y de neurotransmisores, decisiva para el dolor, parece tener características universales: es la misma en todos. El sentido, en cambio, es *un universal más un particular*, «un ya pero todavía no» personal, es algo que existe dentro del cambiante proceso de la cultura humana y de la mente individual. Por lo tanto, nunca se lo puede apartar de la situación existencial de cada ser humano. El significado del dolor siempre permanece abierto a diversas búsquedas personales y sociales. Contiene zonas de oscuridad o misterio donde sencillamente no es fácil hallar respuestas firmes. Sus significados deben dejar espacios no sólo para lo que conocemos y llegaremos a conocer, sino también para lo que permanecerá desconocido.

El significado depende más de la perspectiva que del suceso. El problema no es el problema mismo sino el lugar que ocupa en nuestra existencia. Las consecuencias que produce una situación dolorosa en nuestra vida pueden constituirse en lo que Mounier denominó «el maestro interior», pero ello depende de que nos permitamos ser interrogados por la vida, percibir lo diferente, reconocer la

inclusión del límite en nuestra vida y, a partir de esta inclusión, que se convierta en la conciencia del límite.

**De los sueños y el tiempo,
JULIO CÉSAR LABAKÉ**

*Los hombres soñamos cuatro sueños,
porque los hombres soñamos
un sueño.*

*El sueño de todo,
sin límites.*

*El sueño de todo,
sin esfuerzo.*

*El sueño de todo,
sin tiempo.*

*El sueño de todo,
sin ninguna obediencia.*

*Porque los hombres soñamos el sueño
de lo absoluto.*

*Los hombres padecemos cuatro penas,
porque los hombres padecemos
una pena.*

*La pena
de no alcanzarlo todo.*

*La pena
de no alcanzarlo todo
sin esfuerzo.*

*La pena
de no alcanzarlo todo
sin tiempo.*

*La pena
de no alcanzar todo el poder,
sin ninguna frontera.*

*Porque los hombres padecemos la pena
de no ser dioses.*

*La paradoja de ser criaturas
con anhelos de dioses.*

*Los hombres cometemos cuatro errores,
porque los hombres cometemos un error.*

*El error
de no amar lo pequeño.*

*El error
de renegar el sudor de nuestra frente.*

*El error
de no asumir las esperas y el camino.*

*El error
de ignorar nuestros límites,
o burlarnos de ellos.*

*Porque los hombres cometemos el error
de no aceptar nuestra felicidad como criaturas,
y pretenderla, inútilmente, como dioses.*

*Los hombres necesitamos cuatro corajes,
porque los hombres necesitamos un coraje.*

*El coraje
de vivir lo pequeño.*

*El coraje
del sudor de las siembras.*

*El coraje
de la borrosa lentitud del tiempo.*

*El coraje
del respeto al sentido y los valores.*

*(Para gozar y saber la libertad,
que tanto amamos.)*

*Porque los hombres necesitamos el coraje
de creer en la luz,
y esperar con certeza las auroras
más allá de las noches.*

Bibliografía

FRANKL, V., *El hombre doliente*, Editorial Herder
ACEVEDO, G., *El modo humano de enfermar*, Editorial Fundación Argentina de Logoterapia "Viktor Frankl"
MORRIS, D., *La cultura del dolor*, Editorial Andrés Bello
PETER, R.; SOTO, G.; FABRE, A.; PADILLA, L.; BREONE, F.; ACEVEDO, G.; CARVAJAL, A.; GONZÁLEZ, R., *El miedo a amarnos*, Editorial Asociación Internacional para la Terapia de la Imperfección

El significado depende más de la perspectiva que del suceso. El problema no es el problema mismo sino el lugar que ocupa en nuestra existencia. Las consecuencias que produce una situación dolorosa en nuestra vida pueden constituirse en lo que Mounier denominó «el maestro interior», pero ello depende de que nos permitamos ser interrogados por la vida, percibir lo diferente, reconocer la inclusión del límite en nuestra vida y, a partir de esta inclusión, que se convierta en la conciencia del límite.

Humanizar el abordaje del dolor y del sufrimiento

José Carlos Bermejo
Director del Centro San Camilo

Con frecuencia utilizamos como sinónimos las palabras *dolor* y *sufrimiento*. Son, sin embargo, obviamente distintas, pudiéndose dar sufrimiento sin dolor, pero en ocasiones, ante la contemplación de lo que no podemos aliviar con fármacos (dolor), encontramos dificultad en la relación. Es muy fácil no saber qué decir ante el sufrimiento inevitable, asociado por ejemplo a la dependencia, a la pérdida de un ser querido, al sentimiento de vacío existencial o al envejecimiento no vivido en positivo.

En otras ocasiones, interpretamos el sufrimiento con categorías culturales —y a veces religiosas— que, en lugar de ayudar a vivir sanamente, incrementan la percepción de malestar.

Por eso, parece urgente un planteamiento humanizador del abordaje del sufrimiento humano que contribuya a sanar el modo de pensar, el modo de sentir y el modo de acompañar.

1. Dolor y sufrimiento

Es obvio que no es lo mismo dolor que sufrimiento. Sin embargo, no siempre las profesiones sanitarias y de prestación de servicios sociales, así como el modo espontáneo de expresarnos, recogen la diferencia.

El dolor producido por daño tisular puede ser causa de sufrimiento, pero puede existir sufrimiento sin dolor. Incluso cabe preguntarse si con nuestra actitud no estamos contribuyendo también a disminuir el dolor y, en ocasiones, a aumentar el sufrimiento, sobre todo cuando canjeamos una vida más corta y una muerte más rápida por vidas más prolongadas y muertes más lentas.

Cassel refiere que el sufrimiento es el estado de malestar inducido por la amenaza de la pérdida de la integridad o desintegración de la persona, con independencia de su causa. Las personas que padecen dolor declaran con

frecuencia que únicamente sufren cuando su origen es desconocido, cuando creen que no puede ser aliviado, cuando su significado es funesto o cuando lo perciben como una amenaza. El dolor, dice Ramón Bayés, se transforma en sufrimiento cuando se teme su prolongación, reaparición o intensificación en el futuro sin posibilidad de control.

La International Association for the Study of Pain (IASP) define el dolor como «la experiencia sensorial y emocional desagradable, asociada a lesiones hísticas reales o probables, o descritas en función de tales daños»; mientras que define el sufrimiento como «la respuesta negativa inducida por el dolor y también por el miedo, la ansiedad, el estrés, la pérdida de objetos afectivos y otros estados psicológicos».

Es obvio, pues, que al hablar de sufrimiento estamos pensando en un estado afectivo, cognitivo y negativo complejo caracterizado por la sensación que experimenta la persona al encontrar amenazada su integridad, por su sentimiento de impotencia para hacer frente a esta amenaza y por el agotamiento de los recursos personales y psicosociales que le permitirían afrontarla. Y esto es fácil encontrarlo cuando no hay estímulos nociceptivos que producen dolor. Una persona mayor puede sufrir —como todo ser humano— por perder a un ser querido, por sentir inseguridad habitacional, por no poder caminar solo, por hacer experiencia de inutilidad o sentirse un peso para los demás, y por tantas otras causas.

Hablar de sufrimiento es hablar de indefensión percibida, de sensación de amenaza y el sentimiento de impotencia. En el sufrimiento lo importante no son los síntomas, sino las valoraciones de intensidad amenazadora que los síntomas suscitan en las personas. En la



cultura medicalizada como la que vivimos, describimos fácilmente el sufrimiento con el lenguaje del dolor.

Humanizar los servicios a las personas mayores comporta no sólo identificar y controlar síntomas, rehabilitar o intentar curar, sino determinar el grado vivencial de amenaza experimentada por cada una de las personas mayores. Basarse en exceso en la morfina y apenas prestar atención a la dimensión psicológica puede dar lugar a un dolor intratable.

Por ello, quizá deberíamos rescatar la conciencia de que el objetivo de las profesiones sanitarias no es prevenir y curar las enfermedades exclusivamente, sino también ayudar a las personas a morir en paz, a vivir sanamente el sufrimiento inevitable. Por eso hemos de decir que no se trata ya de preservar la vida a cualquier precio, sino de aliviar en lo posible el sufrimiento y tratar de conservar la vida que, a juicio de cada persona y de la comunidad, merezca ser vivida.

2. Vivir sanamente el sufrimiento

Si, ante el dolor, la estrategia más saludable es su alivio farmacológico después de ser interpretado, creemos que ante el sufrimiento son los recursos relacionales los más importantes para desplegarlos en un sano acompañamiento humanizado.

Sabemos que hay planteamientos poco saludables en torno al sufrimiento. Hay quien lo vive como un castigo, quien lo interpreta co-

mo una fatalidad (el *fatum* o destino), quien lo califica como una fuente de méritos o una oportunidad de purificación.

Pero rápidamente surge la pregunta sobre la antropología y la cultura subyacente a estas y otras interpretaciones enfermizas. Antes hablábamos fácilmente de resignación y hoy somos conscientes del peligro que tiene por su connotación de pasividad. Más tarde, hemos comenzado a conjugar el verbo *aceptar*, pero aceptar el sufrimiento comporta también el peligro real de arrastrar una actitud de pasividad.

Sin duda, en la relación con las personas que sufren experimentamos la necesidad de purificar el lenguaje sobre el sufrimiento.

Conviene por tanto hacer algunas distinciones. Hay que distinguir entre el sufrimiento producido por la naturaleza, por nuestra condición de finitud, de criaturas; el sufrimiento que es consecuencia de nuestra libertad mal empleada, es decir, el que nos procuramos unos a otros mediante acciones agresivas, inhumanas, mediante omisiones o caminos no adecuados (¿cuánto mal se podría evitar con comportamientos sanos a nivel personal, interpersonal, comunitario o político!); y sufrimiento asociado al amor y al servicio, es decir el resultado de quien por opción libre apuesta por trabajar por construir una humanidad mejor y ello le acarrea como consecuencia esfuerzo, contrariedades, oposiciones, etc. El primero reclama nuestra limitación natural, que se traduce en enfermedades y limitacio-

Si, ante el dolor, la estrategia más saludable es su alivio farmacológico después de ser interpretado, creemos que ante el sufrimiento son los recursos relacionales los más importantes para desplegarlos en un sano acompañamiento humanizado.

nes; el segundo reclama nuestra libertad de hacer el bien o el mal; y el tercero evoca que no se puede amar sin sufrir.

Pues bien, de modo sintético podemos decir que algunas claves para vivir sanamente el sufrimiento podrían ser eliminar el sufrimiento que potencialmente puede desaparecer controlando los síntomas que producen displacer (incluido, obviamente el dolor). Luchar contra el sufrimiento injusto, particularmente el que nos procuramos unos a otros con nuestras conductas, con los malos tratos, con la injusta distribución de los recursos socio-sanitarios, ayudas técnicas, etc. Eliminar el sufrimiento innecesario que a veces se produce por no usar bien los fármacos que nos pueden aliviar, ayudar a dormir y descansar, aliviar síntomas que nos empeñamos en no controlar pudiendo ser controlados. Luchar contra el sufrimiento evitable, tanto antes de que se haya producido como después de desenvuelta su causa o la valoración cognitiva de aquello que lo desencadena. Mitigar, en lo posible, el sufrimiento inevitable, ése que no podemos eliminar porque nos duele el perder a un ser querido, tomar conciencia de nuestra limitación, etc. Integrar el sufrimiento que no se puede superar, haciendo lo posible por convertirlo en maestro de vida, en lugar de en fuente de hundimiento emocional o vacío existencial.

Digamos, amparados en la logoterapia de Frankl, que somos libres, en el fondo, del modo en que vivimos lo que no podemos cambiar.

3. Crecer en el sufrimiento inevitable (resiliencia)

Con el proceso del envejecimiento, los seres humanos nos inclinamos hacia abajo, nos doblamos como las palmeras. Esta metáfora de las palmeras que dejan pasar los fuertes vientos, se doblan y agachan su cabeza, pero se recobran y siguen creciendo después de las tormentas, robusteciendo así su tronco su resistencia, es utilizada para hablar de la *resiliencia*.

Es un tipo de respuesta general de fortaleza ante la crisis. Inicialmente la palabra, usada ahora tanto en el ámbito de la psicología y la espiritualidad, procede de la física y sirve para identificar la cualidad de algunos

materiales para resistir y recuperarse ante el embate de una fuerza externa.

Un modo de vivir el sufrimiento

La resiliencia personal consiste en tener la capacidad de afrontar la crisis, reconstruirse y no perder la capacidad de amar, de luchar, de resistir; antes bien, potenciar los recursos interiores para luchar.

Es el arte de no dejarse arrastrar por el impacto de un mar embravecido en medio de la tempestad personal en la que experimentamos nuestra embarcación amenazada, quizá sin rumbo. La persona resiliente se mantiene y logra un nuevo rumbo aún más interesante y consistente que antes de la tormenta. No se deja arrastrar hacia donde el oleaje golpea y donde parece querer hundir la embarcación.

La persona resiliente no es invulnerable, no niega la crisis, no es impasible ante la adversidad. En el interior de la persona resiliente, bajo la aparente debilidad (la palmera que se dobla), hay una fortaleza. Ramón y Cajal decía que «los débiles sucumben no por ser débiles, sino por ignorar que lo son».

De hecho, es sabido cómo mucho de nuestro sufrimiento con ocasión de las crisis que experimentamos, como las que sobrevienen con ocasión del envejecimiento, tiene su raíz no en lo que nos hiere sino en la manera en que elegimos manejar y vivir esa herida. Sabemos, por ejemplo, que bajo la aparente debilidad del que llora suele esconderse la fortaleza de quien ama. O, como diría el gran médico sir William Osler, «la herida que no encuentra su expresión en lágrimas puede causar que los órganos lloren». Y eso es enfermar.

Si nuestra forma de gestionar los sentimientos ante el envejecimiento y sus crisis influye en la potencialidad resiliente, nuestra forma de pensar tiene igualmente su influjo. Nuestra respuesta mental ante la adversidad puede ser manejada de una manera positiva, optimista, de tal modo que, de la dificultad, salgamos reforzados.

Cultivo interior

Nos estamos empeñando, en nuestros días, en quitar importancia —cuando no deni-

grar—cuanto tiene que ver con la espiritualidad. Nos estamos empeñando en pensar que «hay que ver para creer», olvidando que es mayor verdad el que «hay que creer para ver», sobre todo para ver lo más importante, lo que alcanza a ver sólo el corazón.

Es obvio que el cultivo de la vida interior, de la capacidad reflexiva, de la capacidad trascendente, de la referencia a lo más genuinamente humano, de la sabiduría del corazón, de los valores, es la mejor plataforma para atravesar las tempestades y salir fortalecidos de ellas o atravesarlas de manera elegante.

La inteligencia emocional subraya algunos de estos elementos, tales como el autoconocimiento, el autocontrol emocional, la capacidad de motivarse a sí mismo, como competencias intrapersonales susceptibles de ser desarrolladas, además de las competencias interpersonales.

Lao Tsé decía «conocer a otros es conocimiento, conocerse a sí mismo es sabiduría». Y así podemos encontrar dentro de nosotros mismos esas potencialidades de soñar despiertos sin ser ingenuos, de desear y trabajar por el bien en medio de lo que a primera vista nos hace mal.

No es una actitud dolorista la que esconde la resiliencia. No se trata de una actitud ensalzadora del dolor en sí mismo, que no dejaría de ser un posicionamiento enfermizo ante la adversidad. Aunque, ¡quién sabe qué querían decir nuestros antepasados cuando utilizaban palabras como resignación! Es posible que en la intención del que exhortaba piadosamente a adoptar esta actitud, estuviera una propuesta activa, aunque hoy tenga para nosotros una clara connotación de pasividad y derrotismo. De hecho, algunos diccionarios recogen aspectos positivos como la paciencia y la conformidad ante las adversidades, sin connotación de pasividad. Otros, refieren además de conformidad y paciencia ante obstáculos y adversidades, la variable tolerancia.

Voluntad de sentido

Diríamos que es más bien la proactividad —y no la pasividad— la que es capaz de indicar la potencialidad resiliente. Una persona

proactiva es aquella que toma la iniciativa, toma las riendas de su propia vida, se siente responsable incluso ante lo que no puede cambiar, se siente libre ante aquello en medio de lo paradójicamente se siente esclavo.

Desde la perspectiva de la logoterapia, diríamos que la disposición de buscar un para qué a todo lo que nos ocurre, aunque no comprendamos el porqué, forma parte de esta voluntad de crecer en las crisis. Esta voluntad es lo contrario de la indiferencia o la apatía, que nos impide, en tantas ocasiones, comprometernos con nosotros mismos y con los demás.

La resiliencia, en último término, es el resultado de múltiples procesos que contrarrestan las situaciones nocivas o de crisis. Se trata de una dinámica en la cual se podrían señalar algunos elementos tales como la defensa y la protección de uno mismo, el equilibrio ante la tensión, el compromiso ante lo que sucede, la responsabilidad activa, el empeño por la superación, la capacidad de dar un sentido y reorientar la propia vida en la crisis, la visión positiva en medio de la negatividad y la capacidad creativa de reacción.

Nietzsche lo diría así: «lo que no me destruye, me hace más fuerte».

El doctor Gerónimo Acevedo, autor de *El modo humano de enfermar*, dice que el verbo madurar sólo puede conjugarse en gerundio. Entre sus expresiones, nos encontramos ésta:

«Cuida tus pensamientos porque se volverán [palabras.
Cuida tus palabras porque se volverán actos.
Cuida tus actos porque se volverán costumbres.
Cuida tus costumbres porque forjarán tu carácter.
Cuida tu carácter porque formará tu destino.
Y tu destino será tu vida».

Quizá sea éste uno de los objetivos del acompañamiento formado por relaciones de ayuda a las personas mayores: fomentar la resiliencia en la crisis propias del envejecimiento; fomentar, en último término, un modo sano de vivir el sufrimiento inevitable y aliviar todo dolor y sufrimiento evitable. •

La resiliencia, en último término, es el resultado de múltiples procesos que contrarrestan las situaciones nocivas o de crisis. Se trata de una dinámica en la cual se podrían señalar algunos elementos tales como la defensa y la protección de uno mismo, el equilibrio ante la tensión, el compromiso ante lo que sucede, la responsabilidad activa, el empeño por la superación, la capacidad de dar un sentido y reorientar la propia vida en la crisis, la visión positiva en medio de la negatividad y la capacidad creativa de reacción.

Con el proceso del envejecimiento, los seres humanos nos inclinamos hacia abajo, nos doblamos como las palmeras. Esta metáfora de las palmeras que dejan pasar los fuertes vientos, se doblan y agachan su cabeza, pero se recobran y siguen creciendo después de las tormentas, robusteciendo así su tronco su resistencia, es utilizada para hablar de la resiliencia.

El sentido del sufrimiento

María Isabel Negrete Redondo
Subdirectora de Formación Académica
Instituto de Geriátrica. México

Introducción

Desde la existencia del hombre mismo, el dolor y el sufrimiento lo han acompañado de manera inevitable. El sufrimiento no es ajeno a la vida humana, está completamente presente en ella bajo formas y modalidades distintas. Es una realidad perenne, la cual ya aparece descrita en el antiguo testamento, donde Job manifiesta: «El hombre, nacido de mujer, corto de días y harto de tormentos». El dolor y el sufrimiento, la tristeza y el miedo son compañeros inevitables de la vida humana. Es una dimensión a la que todos llegamos tarde o temprano y a la cual hay que entrar suficientemente preparados¹. Tan cierto es lo anterior que lo encontramos en filósofos como Kierkegaard, quien expresaba que la «vida es angustia»; en Heidegger, que decía que el «hombre es un ser para la muerte»; y en Sartre, que escribía «la vida es una pasión inútil».

Enfrentado a la tragedia de vivir, el hombre siente su incompletud existencial, su precariedad. Más valdría entonces resignarse, puesto que no podemos dejarlo atrás ni hacerlo desaparecer de nuestra vida. Pero, a la vez, el hombre vive de esperanzas y anhelos ilimitados² y el reto es poner en tela de juicio este pesimismo: la vida tiene un sentido y el sufrimiento, también. «El dolor no tiene la última palabra, el placer es más profundo aún que el sufrimiento»³.

En nuestras actividades diarias como enfermeros es indiscutible que día con día, con cada uno de nuestros pacientes, nos enfrentamos a situaciones de dolor y sufrimiento y, en muchas ocasiones, de sufrimiento extremo. Esto hace indispensable que la enfermera profundice en el tema, ya que en muchas ocasiones será ella la que ayude al paciente a encontrar un sentido a tanto sufrimiento.

El sufrimiento

A lo largo de la historia el hombre se ha preguntado: ¿cuál es el significado del sufrimiento?, ¿cuál es la raíz última del sufrimiento del mundo?, o ¿qué sentido tiene en el mundo tal magnitud de dolor? Las respuestas a estas preguntas las encontramos en la mitología, la religión, el arte y la literatura.

El objetivo del presente artículo es descubrir el sufrimiento y, si cabe, su sentido, bien desde sus raíces más profundas, como son su explicación desde la religión y las antiguas civilizaciones, bien desde el hombre mismo a través de la antropología y la literatura.

El ser humano se interroga por el sentido del mismo e ilumina la razón del sufrimiento desde el plano mitológico. En el seno de las grandes mitologías de la civilización, existen distintos relatos de orden metafórico y simbólico sobre la irrupción del mal en el mundo y la permanente presencia del sufrimiento en nuestras vidas de humanos. Desde un punto de vista científico carecen de valor, pero son relatos que otorgan sentido al sufrimiento en el conjunto de la historia humana⁴.

Un ejemplo lo encontramos en la mitología griega: el mito de Sísifo, rey de Corintio, amante incondicional de la vida, que fue castigado por los dioses a empujar eternamente una enorme piedra hasta la cima de una montaña, a la que no podrá impedir que caiga por su propio peso, estando condenado por siempre a su incansable tarea. Pero en este esfuerzo absurdo el personaje encontrará, sin pesimismo, el sentido de la existencia humana. En el seno de toda religión, es posible hallar consideraciones en torno al mal y un plan de salvación cuyo fin es salvar al ser humano de la precariedad de su existir, del mal, de la pena y del dolor⁵. Lo cierto es que el sufri-

miento es algo terrible y en algún momento de la vida tendremos que sobrellevarlo; aunque muchas personas a lo largo de su vida han intentado planear la manera de evitarlo⁶.

Realizaremos una breve descripción de las principales religiones y su relación con el sufrimiento, después de definir algunas palabras utilizadas en este ámbito:

Religión viene del vocablo latino *religio* y se refiere al culto que se le tributa a una divinidad. Se usa también para describir un cuerpo de creencias.

Iglesia viene del término griego *ekkesia* y se refiere a la «asamblea o conjunto de fieles que se reúnen para practicar alguna religión».

Secta, proviene del latín *sectum*, «separado», y describe a un grupo de personas que se apartan o se separan de la comunión principal. Estas sectas crecen y se convierten en iglesias, o pierden fuerza y desaparecen⁷.

Otros conceptos que se deben de revisar son los de religión y teología. La religión da por sentado la existencia de Dios o alguna divinidad; en el momento que comenzamos a hablar de Dios tocamos el terreno de la teología. Por lo anterior, religión y teología son dos conceptos estrechamente relacionados. La religión describe la relación del ser humano con la divinidad, mientras que la teología explica quién es ese Dios o esa divinidad.

El Judaísmo es la más antigua de las religiones monoteístas, ya que data de 1500 a.C.; sus escrituras sagradas conforman La Toráh. En cuanto a la existencia del mal y del sufrimiento, nos dice: «Dios es el Bien Supremo por la generosidad de dar absolutamente todo lo que el otro precisa, sin esperar ni recibir nada en compensación». ¿Por qué, entonces, la presencia del mal? A lo cual, nos explica que el mal es necesario para que el ser humano resalte su escaso bien frente a la inmensidad del Bien. Dios permite que haya sombras, ocultamientos de Su Luz, es decir, el mal, para que de esa forma la persona de bien sea valorada en su justa medida, que sus acciones sirvan para iluminar la vida propia y de quienes la rodean. Porque son las dificultades, los obstáculos, las resistencias, las que generan el esfuerzo por la superación, por al-

canzar lo mejor, con lo cual podríamos entender el papel que cumplen las virtudes.

El mal es visto como un aliado en el empeño de alcanzar el bien, en cuanto lo usemos para este fin. ¿Quién es poderoso? El que vence sus impulsos a lo malo. Dios no da verdadera libertad en elegir entre lo bueno y lo malo. Nos otorga el libre albedrío para que elijamos el bien, porque la única realidad es el Bien

Que sufrimos es un hecho, que las injusticias colman la tierra es una verdad irrefutable. Que hay mal nadie lo puede dudar, pero en el mundo de la Verdad, en el más allá, la razón última y primera del mal es el Bien.



Por su parte el Hinduismo, religión que nace en India en el año 1050 a.C., tiene como texto sagrado Los Vedas. El hinduismo se basa de manera especial en la doctrina del *karma*. Los hindúes consideran que su posición en la vida está basada en sus acciones en una vida previa. Si su comportamiento fue malo, podrían experimentar tremendas penurias en esta vida. El objetivo de un hindú es ser libre de la ley del karma, ser libre de las continuas reencarnaciones. No culpa a los demás por lo que uno es, sino que cada uno es responsable de su estado actual. El orden moral implica que las acciones de un hombre en el pasado son las causas de su estado o situación actual y, por tanto, lo que él haga en el momento presente condicionará su situación futura. Un beneficio personal del hinduismo es que una persona tiene la libertad

El hombre vive de esperanzas y anhelos ilimitados y el reto es poner en tela de juicio este pesimismo: la vida tiene un sentido y el sufrimiento, también. «El dolor no tiene la última palabra, el placer es más profundo aún que el sufrimiento»

de escoger cómo trabajar para llegar a la perfección espiritual. El hinduismo tiene una explicación para el sufrimiento y el mal del mundo: el sufrimiento que padece alguien, sea enfermedad, hambre o desastre, le corresponde a esa persona por sus propias acciones malas, generalmente de una vida anterior. Sólo importa el alma, que un día será libre del ciclo de renacimientos y descansará.

El Taoísmo se origina en China en el año 571 a.C. como una filosofía religiosa impulsada por Lao Tse, contemporáneo de los profetas judíos Daniel, Jeremías y Ezequiel. Proclama la no disputa, la humildad, la bondad y la búsqueda de la posición inferior.

«El Hombre perfecto debe de ser como el agua: benéfica a todas las cosas, no compite por ellas y habita en los lugares bajos que todos desprecian»

Los chinos creen que, cuando una situación se desarrolla hasta su extremo, es un hecho que se transformará en lo opuesto. Esta creencia básica les ha dado valentía y perseverancia en tiempos de calamidades y se han mostrado cuidadosos y modestos en tiempos de éxito.

El Budismo surge en el año 556 a.C. y llega como una reacción al hinduismo. Las cuatro creencias básicas del budismo son: *dukka*, donde toda existencia implica sufrimiento; *karma*, donde todo sufrimiento tiene una causa; *drsta*, donde hay que renunciar a los deseos; y *sendero óctuple*, que presenta las reglas para eliminar el deseo. Cuando se logra la eliminación completa del sufrimiento, el ser humano alcanza el estado del Nirvana en el que las llamas del deseo, la codicia y el anhelo se han extinguido. Para el budista la existencia es negativa y por tanto hay que trascenderla.

El Cristianismo surge con Jesús en el año 4 e.c. La Biblia explica claramente que el sufrimiento entró al mundo como castigo por el pecado cometido por nuestros primeros padres. Para el cristiano, el mundo es bueno, pero debido al pecado, se ha convertido en un «valle de lágrimas». La vida es un regalo y, aunque implica sufrimientos, éstos tienen profundos significados que los transforman.

El Islam, aunque cree en la resurrección, utiliza la conciencia de la muerte como instru-

mento de sabiduría y conocimiento:

«Hay que morir antes de morir. Quien sea capaz de ver, comprender y sentir, habiendo muerto a la construcción que hace el yo *necesitado*, verá a su Señor»⁸

El sufrimiento en las antiguas civilizaciones

Las culturas asirio-babilónicas y egipcias estaban basadas en el concepto de que la vida humana era un don de los dioses, que podía llevar al hombre a la felicidad. El dolor y el sufrimiento eran contingencias inherentes al proceso de existir. La mayoría de las culturas antiguas pensaba que el placer y la felicidad eran alcanzables y posibles.

En la Edad Media occidental, por el contrario, las flagelaciones eran comunes como forma de buscar una redención y un perdón por los pecados mediante el tormento físico; la vida de muchos santos está asociada al dolor físico.

En América, las culturas prehispánicas, como la maya y la azteca, tenían la íntima convicción de que la vida era un lugar de sufrimiento. Un ejemplo era el dios Tezcatlipoca, destructor por excelencia que produce daño a su arbitrio; el pesimismo y la resignación inundaban la concepción de la vida; el que los mayas llamaran al niño «prisionero de la vida» lo demuestra.

La cultura clásica grecorromana aportó dos grandes contribuciones a la comprensión del dolor y el sufrimiento. Negó el concepto de castigo como atribución a ambas situaciones, sustituyéndolos por el azar o la contingencia frente a fenómenos naturales. Destaca el concepto de que la voluntad humana era capaz de resistir las pasiones.

Así pues, conforme la historia del hombre transcurre, las filosofías, las manifestaciones en la pintura, literatura, poesía, inclusive en las explicaciones científicas, etc., acerca del sufrimiento siguen presentes.

Los más grandes pensadores se han preguntado: ¿por qué sufre el hombre? Aquellos que creen que pueden obtener la felicidad estableciendo otro patrón para sus pensamientos han sufrido mayor infelicidad y grandes tormentos. A menudo, los hombres acusan a Dios, su Creador, de ser el responsable por las lágrimas que empapan este mundo. La reali-

dad del sufrimiento parece ser uno de los obstáculos más grandes a la creencia en la existencia de Dios. Sin embargo, cuando una persona se enfrenta al sufrimiento intenso, pregunta: ¿cómo es posible que un Dios que es infinitamente bueno y poderoso, pueda permitir tales torturas? Nos enfrentamos a un misterio que podría no tener respuesta. La fe, sin embargo, puede darnos luz en este asunto.

Desde que el hombre es hombre, han existido causas de sufrimiento y dolor, guerras, hambre, epidemias etc., y lejos de superar estas causas, a partir del siglo XX la vida de la humanidad ha estado caracterizada por un inmenso aporte de dolor y sufrimiento. El dolor se ha hecho más crónico, más rebelde, y el sufrimiento, traducido en depresión, aprisiona a gran parte de la población. Henri Nouwen lo explica argumentando «que vivimos en la codicia, lujuria, violencia, rencor, poder».

El sufrimiento en el hombre

Aunque el presente artículo no se ocupa del dolor físico, es importante señalar algunas diferencias entre dolor físico y el dolor moral o sufrimiento. Opuesto al carácter somático del dolor físico; el sufrimiento es esencialmente espiritual y psicológico. Tiene un sentido de trascendencia y de profundidad psíquica y se caracteriza por una sensación de carencia, vacío o ausencia. El psiquiatra español Enrique Rojas dice que «el dolor tiene un sentido físico y el sufrimiento un sentido metafísico; el primero nos obliga a reflexionar sobre el cuerpo; el segundo suscita preguntas más profundas y existenciales; sólo el sufrimiento nos abre las puertas del conocimiento de la vida»⁹.

Torralba, explica cinco formas o modos de sufrimiento que se encuentran íntimamente enraizados en las múltiples dimensiones y relaciones del ser humano: el sufrimiento intrapersonal, el interpersonal, el natural, el tecnológico y el trascendente.

En el plano *intrapersonal*, el ser humano padece distintas perspectivas: el sufrimiento exterior o dolor, que tiene origen en la corporeidad, así como también se refiere al sufrimiento interior o moral; el remordimiento, la desesperación, la angustia, el temor, el miedo,

la culpabilidad, son modos de sufrimiento interior. Tiene su origen en la interioridad del ser humano, pero lo vemos expresado en el rostro, en la voz, en la mirada y en el conjunto de la corporeidad del hombre.

El sufrimiento *interpersonal*, se refiere al mundo afectivo del ser humano, ya que en el mundo existen relaciones que duelen. El fruto de una mala relación, por ejemplo, es un sufrimiento interpersonal. Es decir, el sufrimiento interpersonal no tiene su origen en el ser humano en sí mismo, sino en las relaciones que establece con otra persona.

Ya que la angustia es una de las principales manifestaciones de sufrimiento, cabría mencionar en este momento a Paul Tillich, en su obra *El coraje de existir*, donde distingue tres tipos de angustia: primero, desde el punto de vista existencial, la angustia óptica, donde el hombre ve amenazada su propia existencia; es un angustia de muerte; a continuación la angustia espiritual, donde la amenaza es una falta de sentido de la existencia humana, es decir, una angustia de vaciedad espiritual; y, finalmente la angustia moral, donde el hombre se ve amenazado por el castigo y la culpabilidad y que es una angustia de culpa y condenación¹⁰.

En cuanto al sufrimiento *tecnológico*, es obvio que, por lo general, la tecnología cumple su función cuando facilita la vida humana y la actividad de la persona en el mundo. Sin embargo, la técnica puede obstaculizar la vida humana e introducir graves desequilibrios en el seno de la comunidad y sus relaciones interpersonales. Ante la apabullante explotación de los recursos de la tecnología en todas las esferas en las que se desarrolla el hombre, es urgente determinar la prioridad de lo humano frente a lo tecnológico. La tecnología está y debe estar al servicio del hombre y nunca al contrario.

En cuanto al sufrimiento *trascendente*, Torralba nos explica que se debe fundamentalmente a una mala relación entre el hombre y lo sagrado; ya que este aspecto constituye un atributo fundamental del ser humano. Este tipo de sufrimiento también está presente en las situaciones límite como la ancianidad, la enfermedad terminal o la proximidad de la muerte, ya que ante estos contextos el hom-

Ya que la angustia es una de las principales manifestaciones de sufrimiento, cabría mencionar en este momento a Paul Tillich, en su obra El coraje de existir, donde distingue tres tipos de angustia: primero, desde el punto de vista existencial, la angustia óptica, donde el hombre ve amenazada su propia existencia; es un angustia de muerte; a continuación la angustia espiritual, donde la amenaza es una falta de sentido de la existencia humana, es decir, una angustia de vaciedad espiritual; y, finalmente la angustia moral, donde el hombre se ve amenazado por el castigo y la culpabilidad y que es una angustia de culpa y condenación

Conforme la historia del hombre transcurre, las filosofías, las manifestaciones en la pintura, literatura, poesía, inclusive en las explicaciones científicas, etc., acerca del sufrimiento siguen presentes.

El interés principal del hombre es encontrar un sentido a su vida, razón por la cual el hombre está dispuesto, incluso a sufrir. Frankl identifica al homo patients, al hombre doliente, el cual acepta el sufrimiento con sentido positivo, con la consciencia de que es un factor que extiende y despliega las potencias de nuestra naturaleza para que nos lleve mas allá de nosotros mismos, viviendo valores mucho más superiores a los que corresponden al homo faber, el hombre hacedor, o al homo sapiens, el hombre conocedor, entrando así en el universo de las virtudes

bre es enfrentado a lo más profundo de su fuerza espiritual.

Los sentimientos por los que se puede observar un sufrimiento son la tristeza, melancolía, soledad, penas, miedo, depresión; los cuales pueden derivar hacia el aburrimiento existencial y la desesperación. La desesperación es la angustia última y final, aquella a la que no se le ve salida. Kierkegaard llamaba a la desesperación y a la desesperanza «la enfermedad moral», en el sentido de que es la enfermedad propia de la persona humana que la hace incapaz de realizarse a sí misma.

El hombre ante el sufrimiento

Después de esta breve revisión del sufrimiento desde la perspectiva de las religiones, las culturas y el hombre mismo, podemos entender que el sufrimiento es un medio por el cual el hombre pone en juego toda su antropología para alcanzar la felicidad.

En la búsqueda de esta felicidad choca continuamente con el dolor y el sufrimiento, pero hemos podido observar a lo largo del texto que pertenecen a las experiencias humanas más radicales, inseparables de nuestra vida y que nos hacen ser lo que somos, ya que nos permiten explorar la propia profundidad de nuestro ser, porque nos hace recordar lo trascendente de nuestra temporalidad y mortalidad.

Viktor Frankl, psiquiatra vienés, padre de la logoterapia, experimentó personalmente todos los tipos de sufrimiento que puede vivir un ser humano. Bajo estas situaciones extremas de horror encontró el sentido y dignidad de la vida humana y el valor del sufrimiento. Nos recuerda que el interés principal del hombre es encontrar un sentido a su vida, razón por la cual el hombre está dispuesto, incluso a sufrir. Frankl identifica al *homo patients*, al hombre doliente, el cual acepta el sufrimiento con sentido positivo, con la consciencia de que es un factor que extiende y despliega las potencias de nuestra naturaleza para que nos lleve mas allá de nosotros mismos, viviendo valores mucho más superiores a los que corresponden al *homo faber*, el hombre hacedor, o al *homo sapiens*, el hombre conocedor, entrando así en el universo de las virtudes

Cuidar en el sufrimiento

En el arte de cuidar, la consideración del sufrimiento intrapersonal es fundamental, pues sólo se puede cuidar adecuadamente a un ser humano si se reconoce el doble nivel de su padecimiento: el sufrimiento exterior y el interior.

El sufrimiento interior exige un modo de atención distinta, reclama la presencia humana, la palabra adecuada y el constante ejercicio del diálogo. Requiere una profunda observación de la corporeidad del hombre y sus manifestaciones.

En el sufrimiento tecnológico la enfermera tiene una enorme responsabilidad, el compromiso de fungir como neutralizadora de los sistemas tecnológicos que rodean al paciente, que sean utilizados para otorgarles dignidad, seguridad, ayuda y confort, que nunca les reste calidad o dignidad a su vida.

Para el cuidado trascendente, la enfermera debe poner en juego todos sus conocimientos, sentidos y valores, ejercitando una nueva sensibilidad, experimentando la compasión de un amor benevolente.

Cuando la enfermera se compromete con el cuerpo y con el alma del *homo patients*, cuando le proporciona la ayuda humana y espiritual que necesita, cuando acompaña, escucha y favorece el encuentro del sentido al dolor y al sufrimiento de un ser humano, es entonces cuando verdaderamente se vive el estado de arte de una profesión.

Bibliografía

- ⁽¹⁾ YEPES-STORK, R., *Fundamentos de Antropología*, EUNSA, Navarra, España, 1996
- ⁽²⁾ Pizzi, T., *Una visión humanista del dolor*. 1999
- ⁽³⁾ YEPES-STORK, R., *Fundamentos de Antropología*. EUNSA, Navarra, España, 1996
- ⁽⁴⁾ TORRALBA ROSELLÓ, F., *Antropología del cuidar*, Instituto Borja de Bioética, España, 1998
- ⁽⁵⁾ *Ibidem*
- ⁽⁶⁾ VON-HILDREBAND, A., *El Cristianismo y el misterio del sufrimiento*. Mecanograma, 1990
- ⁽⁷⁾ Niño, M., *Las Religiones Mundiales*, Instituto de Estudios Religiosos
- ⁽⁸⁾ PEDRERO-GARCÍA, E., *Monografía de Psicogerontología*, en <http://psicomundo.com/tiempo/monografias/muerte.htm>
- ⁽⁹⁾ ROJAS, E., *Una teoría de la Felicidad*. Ed. Dossat. Madrid. 1978
- ⁽¹⁰⁾ TILLICH, P., *El coraje de existir*. Ed. Laia, Barcelona. 1973.

El modo humano de enfermar

Santiago Muñoz Guillén

Médico de Atención Primaria

Licenciado en Psicología

Vicepresidente y socio de la Asociación Viktor Frank de Valencia

Desde la logoterapia afirmamos que existe en el ser humano una tensión originaria en busca del sentido. El ser del hombre queda abierto al mundo, al que conocemos parcialmente y al que no conocemos. Abre la puerta a la trascendencia. Para tener una visión lo más completa posible del hombre, éste debe ser observado no como objeto visto por fuera y desde afuera (como lo contempla la antropología clásica en una visión descriptiva), ni desde adentro (sujeto, cuerpo desconocido, ignorado, desvalorizado, arrojado a la existencia), ni tampoco como un paralelismo (cuerpo-espíritu), sino integrado en una totalidad única e irrepetible en relación con el mundo y los valores. Solamente en esta intencionalidad hacia los valores debe buscarse la más auténtica y real característica del ser hombre.

El mundo, desde la antropología de Viktor Frankl, es definido como el espacio histórico-cultural en el cual el hombre, junto con lo demás, intenta realizar la propia existencia, creando una comunidad más humana. Un mundo en el que hay lugar para el hombre, para el arte, para la religión, la reflexión filosófica, la solidaridad, la participación, el dolor o la esperanza y, por consiguiente, ser en el mundo es estar fundamentalmente orientado hacia un fin, hacia un sentido que hay que identificar, hacia un valor que hay que realizar.

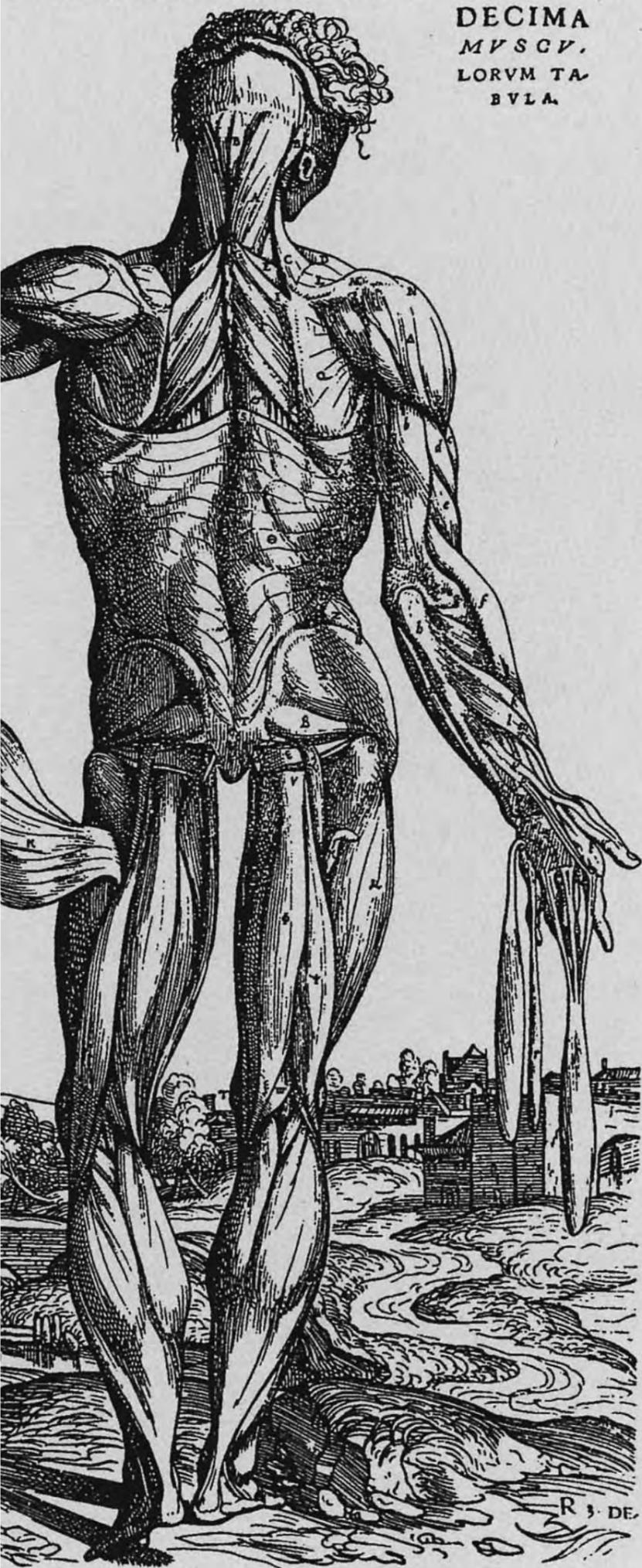
Hemos dicho que en el mundo hay también lugar para el dolor. El dolor, llamémosle enfermedad o sufrimiento moral o carencia, que acaba en la muerte, no es un advenedizo en este mundo del hombre. Es una parte constitutiva del mundo. Está ahí continuamente, afecta a todos antes o después. Forma parte importante de nuestra existencia. En ese espacio-tiempo que es el mundo, el ser humano enferma y, cuando eso ocurre, acude en bus-

ca de alivio a su padecer, llevando consigo una carga emocional imponderable y mostrándose a menudo incapaz de solucionar ese «estar parado o detenido» en una situación que personalmente no ha podido elaborar. Podemos decir que la enfermedad ha roto su proyecto. Es aquí donde la medicina en ocasiones ha olvidado su función, la de servir. Cuando un paciente es tratado como un número, como una enfermedad, se siente cosificado, transformado en una cosa. Si el enfermar humano se enfocara con una visión más holística, más total, existirían mayores posibilidades de sen-

Un mundo en el que hay lugar para el hombre, para el arte, para la religión, la reflexión filosófica, la solidaridad, la participación, el dolor o la esperanza y, por consiguiente, ser en el mundo es estar fundamentalmente orientado hacia un fin, hacia un sentido que hay que identificar, hacia un valor que hay que realizar.

tido, mayores posibilidades de curación, al mismo tiempo que disminuirían el período de asistencia y sus costos.

Según Dieter Frey, los accidentados que debían permanecer en cama internados y que con mayor frecuencia sufrían complicaciones en su proceso de recuperación eran los que continuamente cavilaban si hubiesen podido evitar el accidente, los que se sentían totalmente indefensos y dependientes de la ayuda de los demás y los que reñían acerca de la injusticia del destino. En contraste con éstos, se encontraban con una importante ventaja



aquéllos que aceptaban su destino, se preocupaban por una recuperación rápida de su capacidad funcional y su independencia y miraban con esperanza el futuro.

La logoterapia precisa aún más. Las personas que se encuentran en un “vacío existencial”, que es un vacío de sentido, permanecen durante más tiempo enfermas y sufrientes porque su poder de transformación no es activado. La intervención del médico aquí, sin perder lo que tiene de individual y de actuación frente a una enfermedad, puede ser relevante para realizar una tarea constructiva, en primer término para lo social y luego para el mismo paciente. Este enfoque no propone que se ignore o se minusvalore el conocimiento científico biomédico que tanto nos ha aportado. Lo que necesitamos es suplementarlo y enriquecerlo con el conocimiento vivencial, existencial, al que estamos poco dispuestos a valorar.

En toda enfermedad es importante tratar de distinguir entre su origen y la expresión que toma para cada paciente. Esta expresión no sólo son los síntomas, afecta a toda la persona, a su afectividad, a sus expectativas. Enfrentarse sólo a los síntomas es tratar muy parcialmente la enfermedad. En el origen de esa enfermedad tampoco hay sólo un agente, un virus, una alteración cromosómica, sino todo un medio que ha favorecido la aparición de la enfermedad —tomemos, como ejemplo, el cáncer.

La prevención

Por deber ético, es necesario establecer una serie de prioridades de la medicina:

La primera debe ser la de la promoción de la salud, que exigirá un esfuerzo máximo por parte de muchos médicos para convertirse en promotores de relaciones humanas, con el fin de generar junto con otros profesionales del área de la salud una red solidaria. Aquéllos que en esta área de la salud se consagren a esta prioridad reconocerán que es imposible que un hombre conserve una salud aceptable sin que organice un proyecto de vida con sentido. Esta organización sólo puede lograrse gracias a la autoconciencia, siendo necesario pa-

ra que esta exista la autodisciplina y voluntad en grandes dosis. Pondrá especial interés en participar de la vida en las dimensiones biológica, psicológica y espiritual. Los beneficiarios de estas medidas serán las personas que según los estándares actuales no están enfermas, pero que en realidad son las personas que todavía no presentan las manifestaciones físicas del proceso nosológico que padecen.

La segunda prioridad debe ser la prevención de enfermedades concretas. La tarea del médico es eliminar el dolor cuando es posible y suprimir el síntoma cuando es beneficioso. Su actuar debe aplicarse con prudencia y medida, de modo que su costo no sea excesivo ni para el individuo ni para la sociedad. Si así lo hiciera, desarrollará una nueva conciencia de los derechos del paciente e incluirá la ética como el factor de importancia en la asistencia hacia ellos. Los numerosos problemas humanos, incluido el cáncer, sólo pueden resolverse una vez que entendamos nuestra relación con nuestros semejantes, con nosotros mismos, con el entorno y con las ideas. Problemas como el temor, la codicia, la ira, la venganza, la violencia, la auto exaltación, el afán de poseer y la explotación son en sí mismos procesos patológicos que no podemos pasar por alto.

La persona que enferma

El hombre enfermo es un individuo vivo, dotado de inteligencia racional y libertad, que intenta recuperar y cumplir sus propios proyectos. No es un ser desahuciado, en derribo. Cuando la enfermedad engloba de tal manera la vida de una persona que no le permite hacer nada, podemos decir que “estar enfermo” en su única y auténtica tarea. La enfermedad, entonces, no es algo periférico que “molesta”, sino algo central, que lo ocupa todo. Es un asunto al que hay que atender con dedicación exclusiva.

Viktor Frankl, en su obra *Psicoterapia y humanismo*, manifiesta que el hombre puede hallar un sentido para su sufrimiento y que gracias a su capacidad de autodistanciamiento, la que utiliza la medicina humanista en la práctica médica, no sólo puede formular una propuesta filosófica, sino también hallar una actitud terapéutica:

«El hombre puede encontrar un sentido y autotranscenderse, y eso permite su supervivencia física».

Todo personal sanitario que acepta la responsabilidad de atender a un paciente enfermo debe conocer a fondo la fisiopatología de la enfermedad, que es a menudo variable e impronosticable. Junto a los síntomas físicos, aparece el miedo y el desesperanza. El personal sanitario no sólo debe generalizar en la enfermedad, sino que deberá particularizar en la enfermedad que presenta ese paciente. La terapia debe ser ajustada a cada paciente individual y es importante saber que al paciente le asusta la posibilidad de ser abandonado por su médico al enfrentarse con la muerte.

En el drogadicto, el tiempo se vive en forma circular, donde el pasado no representa una experiencia y el futuro tampoco representa un proyecto.

El tiempo es un presente continuo y absoluto, sin sentido, sin futuro, sin posibilidad de proyección, porque no existe una finalidad.

La drogodependencia

Respecto al tema de drogodependencia, se deben tener en cuenta diversos aspectos: el familiar, el social y el personal, no individualmente sino integrados en un sistema, ya que sólo de ese modo pueden dar una visión correcta de la realidad. En el drogadicto, el tiempo se vive en forma circular, donde el pasado no representa una experiencia y el futuro tampoco representa un proyecto. El tiempo es un presente continuo y absoluto, sin sentido, sin futuro, sin posibilidad de proyección, porque no existe una finalidad.

Los grupos humanos que se constituyen a partir de la droga, cuando se enfrentan a situaciones críticas o conflictivas, se dispersan porque no favorecen el soporte y la contención. Las sensaciones que provoca la droga

confunden el sentir con el sentimiento. Lo que caracteriza al sentimiento es la perduración del sentir en el tiempo, que hace posible el desarrollo de un proyecto, que permite crear vínculos solidarios y establecer raíces que nos dan identidad. En el mundo de la droga no hay sentimiento, sólo se busca sentir.

El enfoque cultural habitual y dominante tiene una visión antropológica de la drogodependencia que prioriza el objeto "droga", que sólo resalta la conducta adictiva, las perturbaciones psíquicas o el deterioro físico que la droga origina. Este enfoque pone a la droga en el centro de la problemática del hombre adicto, asignándole un poder maléfico con exclusión antropológica, lo que paradójicamente da

lugar a una actitud reduccionista, centrada en la droga. Se debe plantear si la droga es el origen del deterioro psico-físico y de los cambios de conducta del ser humano o es la forma de expresión de un vacío existencial, una carencia de valores y un proceso de

incomprensión que padece el ser humano y que manifiesta en una conducta adictiva frente al objeto «droga», por la que se le asigna un valor absoluto a los efectos relativos que la sustancia pueda tener, llevando a que la sensación de euforia, estado pasajero y relativo, se confunda con la felicidad, y el asignar sentido se confunda con buscar sentido.

En el problema de las adicciones se han constatado una serie de hechos que se repiten con gran frecuencia en las distintas dimensiones, social, familiar y personal. A estos factores se los denomina «observables». Si algunos de los elementos predisponentes aparecen en forma simultánea en lo familiar, lo social y lo personal, se los denomina condicio-

nantes de cadena pesada. Esta influencia no debe ser ignorada, pero tampoco sobrestimada hasta el punto de caer en un planteo reduccionista. El enfoque cultural dominante pone el acento en la droga misma, en la conducta adictiva, en las perturbaciones psíquicas o el deterioro físico que la droga ocasiona. Este enfoque es coincidente con la actitud del propio adicto, quien asigna a la droga un valor que ésta no tiene, convirtiéndola en el eje de su vida. La sociedad contemporánea, en tanto niega la importancia de los valores humanos y hasta promueve su carencia, atribuye al objeto droga el origen de todo el mal, impidiendo al adicto asumir su responsabilidad y encarar los cambios.

Sufrimiento y sentido de la vida

Ya tenemos al ser humano enfermo, sufriendo, dependiente, bloqueado, parado, encaminado tal vez hacia el fin de sus días. ¿Qué podemos pensar y hacer desde la logoterapia? ¿Puede aún tener sentido su existencia? Recordamos aquí que el ser humano enfermo es un ser vivo, con inteligencia y responsabilidad, con proyecto de felicidad para su vida, con su capacidad espiritual íntegra. Anoto aquí una cita muy conocida de Viktor Frankl:

«Yo no afirmo que el sufrimiento sea necesario, lo que digo es que el sentido es posible a pesar del sufrimiento».

Asimismo, dice el escritor uruguayo Tomás de Mattos sobre la felicidad:

«Me preocupa mucho como rasgo de este tiempo la degradación del concepto de felicidad. Todos los próceres, por más que cayeran en aspectos de inhumanidad, tenían un concepto de lo que se llamaba honor. Asumían lo que hacían, responsabilizándose por la gloria o la abominación de sus actos. (Este asumir lo que uno hace no garantiza la verdad, incluye también el error y la posibilidad de culpa). Hoy tenemos una tendencia muy marcada a convertir la felicidad nada más que en un estado de placer. Nos hemos olvidado de aquel viejo concepto griego y judeocristiano que asociaba la felicidad a un proyecto de vida y a la paz de la concien-

cia, una paz que se lograba con la certeza de haber trabajado por un proyecto. Por lo tanto, esa felicidad podía muy bien convivir con el sufrimiento y aun con el rechazo colectivo, que suelen ser lo contrario de lo que busca el placer».

Creo que este texto refleja muy bien lo que en logoterapia entendemos por «sentido de la vida» y «sentido del sufrimiento». Nuestra sociedad ha diluido y disociado estas vivencias, y nos hace perseguir fatigosamente una utópica felicidad, asociada únicamente al placer. Sin embargo este enfoque nos introduce en la idea del «proyecto de vida» y de paz de conciencia, paz que se lograría cuando se tiene la certeza de que se está trabajando por un proyecto de vida. Proyecto de vida o tarea, o misión. Es interesante destacar que la paz proviene de esa búsqueda de realización del proyecto de vida y que, por lo tanto, no está asociada a una meta concreta.

La paz puede coincidir con experiencias de sufrimiento. En este sentido comprendemos entonces cómo felicidad y sufrimiento coexisten a diario en nuestra vida. Siguiendo este razonamiento, claro está que podemos carecer de esta paz cuando no estemos trabajando por nuestro proyecto o, como describe Víctor Frankl, cuando estemos viviendo un vacío existencial donde no vemos el futuro, no podemos proyectarnos y, por lo tanto, quedamos anclados en un tiempo presente. Ocurre con frecuencia que cuando nos enfrentamos a un sufrimiento, parece que no tenemos opción, que el dolor nos invade y que no hay nada que se pueda hacer.

Para profundizar en este tema veamos brevemente desde la logoterapia cómo se puede abordar el sentido del sufrimiento.

Gracias a la posibilidad de encontrar el sentido en el sufrimiento, el sentido potencial de la vida es incondicional

Viktor Frankl sostiene que hay tres caminos por los cuales uno puede encontrar sentido a su vida. Tres rutas guiadas por valores, que son: valores creativos (el sentido del trabajo), valores vivenciales (el sentido del amor) y valores de actitud (el sentido del sufrimiento).

Cuando una persona se enfrenta con una situación límite en la que ya no queda otra salida que sufrir, es decir, donde ya no puede realizar la ruta de los valores vivenciales o creativos, es cuando se le presenta la oportunidad de desarrollar los valores de actitud. Una persona que se encuentra frente a un diagnóstico de una enfermedad terminal, ¿qué puede hacer? En muchos casos, llega el momento en que ya no puede seguir trabajando; por supuesto que puede seguir desarrollando los valores vivenciales dentro de su contexto familiar y amistades; pero esta persona se cuestiona: ¿qué sentido tiene mi vida ahora que me voy a morir? ¿Qué sentido tiene mi sufrimiento? ¿Puedo seguir viviendo así?

La logoterapia sostiene que el sentido del sufrimiento aparece siempre y cuando nos encontramos con un sufrimiento inevitable. Cuando el sufrimiento es evitable, es necesario ayudar a la persona para que lo enfrente. Si, por ejemplo, debe ser operada y la persona tiene miedo, aquí no hay que encontrar sentido en el sufrimiento, hay que apoyarla para que se opere, dado que su sufrimiento es evitable. La cosa cambia cuando los sufrimientos son inevitables, como la pérdida de un ser querido, una enfermedad terminal, un accidente, etc. Para descubrir entonces el sentido debemos comprender esta tercera categoría de valores cuya realización consiste en la *actitud* que el hombre adopte ante una situación límite. Cuando el hombre se enfrenta a una situación que es imposible cambiar, se le presenta la oportunidad de realizar el valor supremo, de cumplir el sentido más profundo, que es el de tomar una actitud frente a este sufrimiento, no luchar más para sacárselo de encima, sino aceptarlo e integrarlo. A esta actitud se le ha llamado también *la dignidad del hombre que sufre*. Cuántas veces nos ha tocado acompañar personas que «sólo les queda sufrir» y están esperando el desenlace de una enfermedad terminal y, sin embargo, nos transmiten que están «sufriendo con dignidad». La actitud que han tomado los ha engrandecido como personas y son un ejemplo para los demás, tienen un carácter ejemplarizante.

La logoterapia sostiene que el sentido del sufrimiento aparece siempre y cuando nos encontramos con un sufrimiento inevitable. Cuando el sufrimiento es evitable, es necesario ayudar a la persona para que lo enfrente. Si, por ejemplo, debe ser operada y la persona tiene miedo, aquí no hay que encontrar sentido en el sufrimiento, hay que apoyarla para que se opere, dado que su sufrimiento es evitable.

En el sufrimiento hay que trabajar los valores de actitud

Sufrir con dignidad presupone la libertad interior de tomar una actitud frente a un destino que se nos presenta como inevitable. Lo que más importa es la actitud que tomamos hacia el sufrimiento, ya que uno de los postulados básicos de la logoterapia estriba en que el interés principal del hombre no se encuentra en la búsqueda de placer o en evitar el dolor, sino en encontrarle un sentido a la vida, una razón por la cual el hombre esté dispuesto incluso a sufrir a condición de que ese sufrimiento tenga sentido. Para realizar valores creativos necesito algún tipo de talento. Para realizar valores vivenciales me basta con los órganos que poseo. Para realizar valores actitudinales necesito la capacidad de sufrimiento, pero el hombre no posee esta capacidad; se poseen órganos y se puede poseer talento, pero la capacidad de sufrimiento debe adquirirla el hombre por sí mismo, tiene que padecerla primero. Los valores actitudinales se realizan mediante el sufrimiento y en el sufrimiento. La adquisición de la capacidad de sufrimiento es un acto de autoconfiguración. El hombre decide qué hacer con él y para adquirir esta capacidad no hay que esperar a los grandes sufrimientos. La vida, desde la infancia, nos ofrece multitud de momentos de malestar, de pequeño dolor, que debemos aprovechar para configurar nuestra personalidad ante la carencia y el sufrimiento. Ya en el plano biológico, el dolor cumple la función de un aviso y advertencia para captar el sentido del sufrimiento.

El ser humano es dependiente en la realización de los valores creativos y vivenciales, pero es libre en la realización de los valores actitudinales. Libre en todas las condiciones y circunstancias. Libre para el dominio interno del destino. Libre para tomar una actitud y poder seguir adelante a pesar de. El sufrimiento no significa sólo obrar, crecer y madurar, sino también enriquecerse. La esencia del hombre es ser doliente. Es necesario asumir el sufrimiento. Para poder afrontar el sufrimiento debo trascenderlo, es decir, yo sólo puedo afrontar el sufrimiento, sólo puedo sufrir con sentido si

sufro por algo o por alguien. De modo que el sufrimiento no puede ser un fin en sí mismo. El sufrimiento sólo tiene sentido cuando se padece *por causa de*. De esta manera trascendemos el sufrimiento, ya que el sufrimiento dotado de sentido apunta más allá de sí mismo, remite a una causa por la que padecemos. Hay, pues, que diferenciar bien el sufrimiento con sentido y el sufrimiento sin sentido. El sufrimiento auténtico que permite la realización de los valores actitudinales sólo puede ser el sufrimiento del verdadero destino.

Cuando estos «valores de actitud» se incorporan al campo de sus posibles categorías de valores, se comprende que la existencia humana no puede carecer nunca de sentido: la vida del hombre conserva su sentido hasta su muerte. La persona tiene vida hasta que se muere. Mientras el hombre conserva la conciencia sigue siendo responsable frente a los valores de la vida, aunque éstos sean sólo una actitud. Los valores de actitud se realizan en el contexto de lo que en logoterapia se conoce como la *tríada trágica*: el sufrimiento, la culpa y la muerte. Tomar una actitud frente al sufrimiento o al dolor refiere a una postura ante lo que se nos presenta como fatal:

«No es lo que me pasa, sino lo que hago con lo que me pasa, lo que importa».

«La vida del hombre no se colma solamente creando y gozando, sino también sufriendo [...] basta con que recapacitemos acerca de nuestros juicios cotidianos, genuinos, sobre el valor y la dignidad de la existencia humana, para que inmediatamente se abra ante nosotros aquella profundidad de vivencia en que las cosas conservan su sentido, más allá del éxito o del fracaso, independientemente de todo lo que sea resultado o efecto [...] el debatirse del hombre con lo que el destino pone ante él, es la misión más alta y la verdadera finalidad del sufrimiento» (VIKTOR FRANKL).

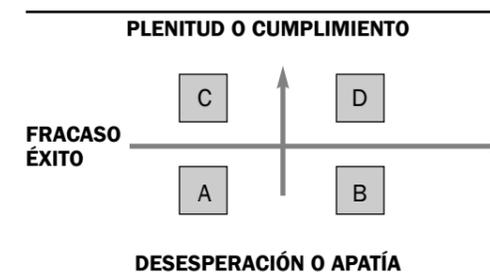
De esos tres aspectos del hombre doliente, —sufrimiento, culpa y muerte—, se puede extraer un sentido, transformándolos en algo positivo: el sufrimiento en servicio, la culpa en cambio y la muerte en acicate para la ac-

ción responsable. (Destacar aquí el sentido de ejemplo, de ofrenda). De un modo u otro debemos enfrentar los aspectos trágicos de nuestra existencia y tenemos la posibilidad de sacar el mejor partido. «Lo mejor» se dice en latín *optimun*, así es que Frankl llamó a esta alquimia *optimismo trágico*. Sólo se puede ser plenamente hombre si se realiza la propia individualidad, en la medida en que uno se trasciende a sí mismo de cara a algo o a alguien que está en el mundo. La persecución del sentido no sólo hace feliz al hombre, sino que le hace más capaz para el sufrimiento. Gracias a la posibilidad de encontrar el sentido en el sufrimiento, el sentido potencial de la vida es incondicional. La vida tiene entonces sentido potencialmente, bajo todas las condiciones y en todas las circunstancias a las que uno está ligado. El hombre es capaz de encontrar un sentido independientemente de su sexo, edad, cociente intelectual, grado de formación, estructura caracteriológica y medio ambiente, de que sea o no religioso y aun de la confesión religiosa a que pertenezca. ¿Quiere decir esto que el sufrimiento es necesario para encontrar sentido? Sólo si se diera el caso de una vida plena sin sufrimiento podríamos contestar que el sufrimiento no es necesario.

Frankl, en su libro *Ante el vacío existencial* hace la siguiente reflexión. Hoy día se nos plantea la vida en términos de éxito y fracaso. Esto es lo que se llama el *homo faber*, el hombre que hace, que se mueve entre ser exitoso o un fracasado, representado en el eje horizontal. Por otro lado, en el eje vertical, encontramos al *homo patiens*, el hombre doliente, que se mueve en la bipolaridad «sentido o plenitud» y «desesperación o apatía». Con este esquema vemos entonces que nos podemos encontrar en cuatro diferentes lugares o posiciones de la existencia. Ser fracasados desde el *homo faber* (por ejemplo sin trabajo, solos) pero viviendo con sentido (C); el estar sufriendo desde el *homo faber* y estar desesperados sin sentido (A). Y, por otro lado, se puede estar en plenitud de sentido y ser exitosos desde el *homo faber* (D) y también vivir con éxito pero sin sentido (B). Desde esta visión, entonces, apuntamos a dar esperanza en el sufrimiento,

a poder decir sí a la vida aun cuando nos toca un sufrimiento inevitable, del cual no podemos escapar y sólo nos cabe afrontar llenándolo de sentido.

La lucha por la vida nos mantiene en *tensión*. El sufrimiento tiende a salvaguardar al hombre de caer en la apatía, en la rigidez; mientras sufrimos crecemos, maduramos, el dolor templamos el alma y la prepara para futuros sufrimientos: esto es lo que llamamos «capacidad de sufrimiento». Vemos muchas veces cómo el mundo del placer que se les ofrece a los jóvenes anula la capacidad para «tolerar las frustraciones», que es el primer entrenamiento.



Lo que cura es el vínculo (el encuentro)

«El vínculo, la relación es lo primero [...] después vendrán las técnicas». Esta máxima planteada por Irvin Yalom es una consigna que no ha perdido su vigencia. Si priorizamos las técnicas dejamos de lado a la persona, pero si nos encontramos realmente con la persona necesitada de ayuda, la técnica vendrá en el momento adecuado, no como la protagonista del encuentro.

En medicina, la principal técnica son los fármacos. En psicología, una de las técnicas más utilizadas son los tests psicológicos. Los psicólogos utilizan todos sus argumentos para desmitificar la importancia de los tests, pero esta desmitificación real se produce sólo ocasionalmente. En la mayoría de los casos la persona espera el resultado del test con una ansiedad tal que nos recuerda a aquél que espera a que la vidente le lea su destino en las manos. En el trabajo, por los enfermos, debemos evitar que los tests se asemejen a las cartas del destino. Frankl decía que «la vida no es un test de Rorschach sino un enigma. Lo que yo

La lucha por la vida nos mantiene en tensión. El sufrimiento tiende a salvaguardar al hombre de caer en la apatía, en la rigidez; mientras sufrimos crecemos, maduramos, el dolor templamos el alma y la prepara para futuros sufrimientos: esto es lo que llamamos «capacidad de sufrimiento».

llamo deseo de sentido va más allá que la simple aprehensión de una figura o de un test».

El encuentro libera, el amor libera, el valor muestra un campo de posibilidades imprevistas para la persona. No cura el médico, el psicólogo o la técnica. Lo que cura es la relación: el encuentro entre dos personas, una dispuesta a ayudar y otra dispuesta a ser ayudada. Afirma Yalom:

«La relación es la mercancía curativa y, aunque sabemos que la búsqueda del conocimiento profundo y las excavaciones del pasado son tareas interesantes y a veces también aventuras que mantienen distraídos al paciente y al terapeuta, debe germinar el verdadero agente del cambio: la relación»

El encuentro libera, el amor libera, el valor muestra un campo de posibilidades imprevistas para la persona.

No cura el médico, el psicólogo o la técnica.

Lo que cura es la relación:

el encuentro entre dos personas, una dispuesta a ayudar y otra dispuesta a ser ayudada

El terapeuta debe tener cuatro características de personalidad (KAISER): un interés por la gente; un enfoque que ayude al paciente a comunicarse libremente; una ausencia de patrones neuróticos que obstaculicen el encuentro con el paciente; y receptividad.

Aunque la relación paciente-terapeuta sea temporal, el encuentro genuino, la experiencia de la intimidad es permanente. Nunca podrá eliminarse. Quedará guardada para siempre, como diría Frankl. Si se produce un encuentro verdadero, la persona "paciente" se lleva esta experiencia y podrá extenderla para sus otros vínculos. Construir un vínculo sano le ayudará a reconocer su red de vínculos y poder actuar con sentido. Este encuentro tiene la característica de la proximidad y la distancia: debemos comunicar y reservar. La relación con el

paciente es asimétrica, pues uno no debe decir todo mientras el otro sí. Según Büber, el terapeuta tiene una «presencia distanciada»: puede estar en dos sitios al mismo tiempo. «Tiene la capacidad para estar donde él está y donde está el paciente; en cambio, el paciente sólo puede estar donde él está». El terapeuta está interesado en el tú del paciente. No sólo en el tú presente, sino en el tú dormido y potencial. El tú que puede ser y que todavía no es. Aquí conectamos con el amor desde la antropología frankliana. Al amar al otro, intuimos su "deber ser", sus posibilidades.

Carlos Sequin en *Amor y psicoterapia*, define la relación paciente-terapeuta como una forma especial de amor que él llama «eros psicoterapéutico». Al comienzo de los encuentros con el paciente, éste permanece centrado en sí mismo, poco a poco se va abriendo y comienza a considerar la figura del terapeuta como otra persona. A menudo, estas impresiones nos dicen que quizá el camino hacia la curación ha comenzado.

Descubrimos en el encuentro con el otro, una serie de elementos interesantes: no buscamos el valor seguridad, sino el valor verdad, descubrir, des-velar; el psicoterapeuta no se arroga la pretensión de ser el patrón de la verdad; y el encuentro con el otro, en pocas palabras, se resumiría en ayuda, asistencia al hombre que sufre. Es el servicio que un hombre experimentado en las cosas de la vida presta a otro semejante que no quiere, o no puede, o no sabe enfrentar la difícil empresa de vivir.

EL ENCUENTRO, EL VÍNCULO

1. Primer paso para el encuentro: entrar en crisis

La persona que llega a terapia o a logoterapia lo hace porque ha entrado en crisis: crisis de sentido, crisis de la mitad de la vida, etc. Este es el primer paso para que sea posible la terapia. Muchas personas pasan meses en sesiones terapéuticas sin haber entrado realmente en "proceso terapéutico".

Repasemos una serie de palabras relacionadas con la crisis.

Crítica: nos lleva a la idea de cierto comentario con juicio sobre algo que podrá ser positivo o no, pero nos permite dar opinión y supone en nosotros cierta distancia para poder criticar.

Criterio: la capacidad de separarnos de las cosas para enjuiciarlas.

Crisálida: la fase de la que saldrá el insecto adulto. La crisis es cambio.

Todas estas palabras, emparentadas en la misma raíz, nos hablan de dualidad, separación, transformación. Ninguna de ellas nos impulsa a dejar las cosas como están. Hay cambio en un sentido u otro. Y a esto apunta la crisis, y esto es lo que nosotros aprovechamos en la terapia, esa situación donde las cosas no pueden quedar como están: es el momento de cambiar. Desde la medicina, recordemos que Hipócrates hablaba de los días críticos, aquellos en los que se resolvía la enfermedad en un sentido u otro. Desde esta perspectiva no se puede entrar en terapia sin entrar en crisis, sin contactar con las propias posibilidades.

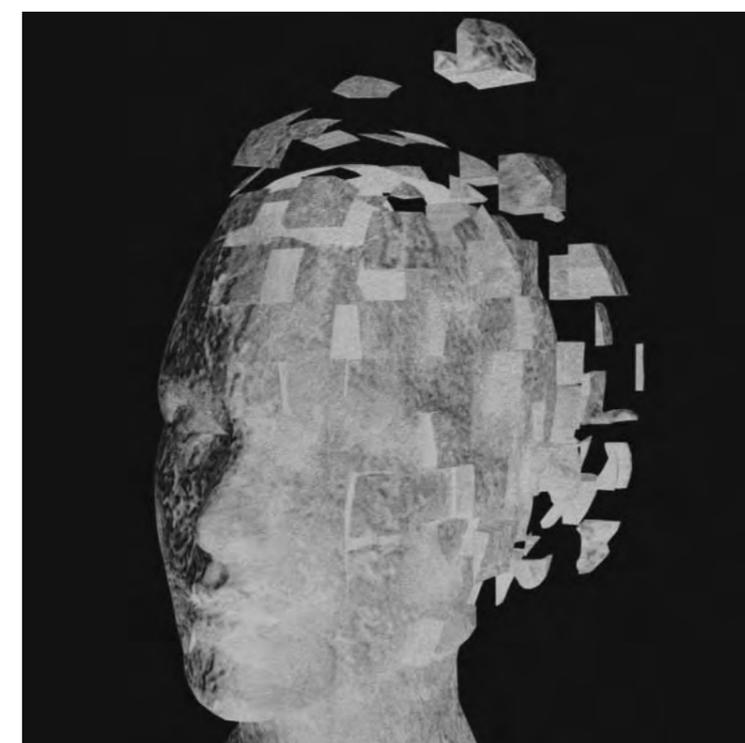
2. Capacidad de encuentro

Recordemos aquel famoso diálogo entre el Principito y el zorro. El zorro insiste en ser su amigo y en que lo domestique y el Principito le pregunta: ¿qué es domesticar? El zorro le responde: crear lazos. Esto es lo primero en la relación paciente-terapeuta, crear un lazo, una ligazón desde el ser espiritual, que *habilite* y haga posible el desarrollo de la persona.

El desarrollo de la persona es una neodinámica, que es la tensión entre el hombre y el sentido, entre el hombre y la fuente. En este punto de la libertad como proyecto es en donde reside gran parte de las frustraciones de hoy. Contrario a lo que descubrió Freud en su época, que resaltó la importancia de la represión de un hecho que había ocurrido en el pasado, hoy en día se experimenta la represión del futuro. No se sabe a dónde ir, no distinguimos nuestra fuente. Tenemos ese tiempo libre y lo experimentamos como el vacío del domingo (neurosis dominical), en el que no hay nada para hacer. Entonces corremos rápidamente hacia el fútbol, el asado, cualquier actividad para «matar el tiempo». Esta es

nuestra tarea, ayudar al otro en el acompañamiento hacia esa fuente, hacia ese sentido que está ahí esperando ser realizado por nosotros. Nadie nos puede reemplazar en esta tarea y no tendremos una segunda oportunidad sobre la tierra.

El paciente suele decirnos: «¿No me va a aplicar nada, doctor? ¿No me va a dar ningún fármaco?» La respuesta puede ser no. La creencia de que alguna técnica debe ser administrada es lo que tergiversa muchas veces la re-



lación. Por supuesto que no estamos haciendo un descrédito de la importancia de las técnicas o de los fármacos. Consideramos simplemente que deben ser usadas en el contexto adecuado y cuando el vínculo está solidificado.

3. Encuentro frente a miedo a la libertad

Ésta es nuestra tarea como logoterapeutas: contactar al ser con la base de todos los valores, la libertad. Pero ¡cuidado! Cuando logramos realizar esto en el encuentro con el otro, este hombre doliente puede huir horrorizado, como diría Erich Fromm, por el miedo a la libertad. Cuenta un poeta uruguayo que una noche le regalaron un conejo de Indias. «Llegó

a la casa enjaulado. Al mediodía, le abrí la puerta de la jaula. Volví a casa al anocheecer y lo encontré tal como lo había dejado: jaula adentro, pegado a los barrotes, temblando del susto de la libertad».

Esto es lo que nos puede pasar a nosotros cuando confrontamos al otro con la libertad. Es por esto que la terapia debe ir encaminada a hacer al otro libre, pero también responsable.

Sucede algo similar cuando los adolescentes presionan a los padres y les preguntan: «Pero ¿qué hago?» Y la madre le responde:

«Una intervención psicoterapéutica sólo puede tener eficacia, y ustedes sólo pueden atreverse a ella, si están con el enfermo en manifiesta, o mejor, tácita relación existencial de comunicación y, en la que el enfermo les dispensa su confianza, cuando ustedes, en su ser y en su acción, se sienten “llevados” por la confianza del enfermo.

Esta confianza es el regalo que el enfermo hace al médico como condición indispensable de cada acto psicoterapéutico, y que ustedes la lograrán tanto menos cuanto más la busquen, pues está, como el regalo de toda comunicación verdadera, más allá de la intención del medio y del fin, de la causa y el efecto».

«Haz lo que quieras». El chico se queda angustiado porque no sabe lo que quiere. En el fondo prefiere que le diga si o no, aunque luego se lo reproche. Ése es el problema: ahora que soy libre, ¿qué hago con mi libertad? Es decir, ¿hacia dónde voy? ¿Cuál es mi camino, mi sentido? ¿Cuál es mi fuente?

4. Individualizar.

«Hasta ahora les he dicho que tienen que improvisar, pero también en la terapia deben individualizar. No solamente tienen que individualizar en lo que respecta al paciente sino también en lo que se refiere a las terapias. No todas las terapias tienen

el mismo éxito en cada uno de los casos, ni tampoco tienen el mismo éxito en manos de distintos terapeutas. Un famoso terapeuta de fines del siglo pasado dijo una vez que si se tratan dos casos de la misma forma, por lo menos uno habrá recibido el tratamiento equivocado [...] Por supuesto no podemos dejar de lado las técnicas, no podemos estar más allá de las técnicas, porque son necesarias». (VIKTOR FRANKL)

5. Ser con y para el otro. Ludwig Binswanger

Debemos conocer a este autor para acercarnos al concepto del encuentro. Ludwig Binswanger es un autor fundamental para la logoterapia. Frankl se distancia de él, pero utiliza en muchos libros sus expresiones, entre otras la de *análisis existencial* o *del Dasein*.

Son muchos los puntos en común. La logoterapia debe cuidar mucho este concepto de «encuentro» con el paciente para poder avanzar. En toda forma de psicoterapia médica hay dos hombres frente a frente, de algún modo «dirigidos el uno hacia el otro»; se colocan dos hombres en cierto modo «uno con el otro y separados uno del otro». Estas dos esferas, el «ser del prójimo» y el «ser del médico», no están en la relación de estar uno tras de otro, al lado del otro o separado del otro, sino en la relación dialéctica de «uno para el otro». Binswanger tiene la virtud de presentarnos al otro, al paciente, como «el prójimo». Cuánta falta nos hace ver al otro como prójimo (aquél que estará próximo a mí en el afecto). Cuánta falta nos hace amar a ese ser doliente y ponernos en esa situación de estar-para-el-otro. Cuántas veces creemos que estamos cubriendo o protegiendo o cuidando a esta persona, cuando el encuentro genuino se juega en la actitud de auto trascendencia: estar para él.

«Una intervención psicoterapéutica sólo puede tener eficacia, y ustedes sólo pueden atreverse a ella, si están con el enfermo en manifiesta, o mejor, tácita relación existencial de comunicación y, en la que el enfermo les dispensa su confianza, cuando ustedes, en su ser y en su acción, se sienten “llevados” por la confianza del enfermo. Esta confianza es el regalo que el enfermo hace al mé-

dico como condición indispensable de cada acto psicoterapéutico, y que ustedes la lograrán tanto menos cuanto más la busquen, pues está, como el regalo de toda comunicación verdadera, más allá de la intención del medio y del fin, de la causa y el efecto».

Esta cita de Binswanger está íntimamente ligada a la antropología de la logoterapia. En primer lugar, la relación existencial, la confianza. Como bien dice el autor, «sólo puede tener eficacia» si..., o sea, lo primero es la confianza. Confiar, tener fe en el otro. En segundo lugar sorprende la idea de que la lograremos menos cuanto más la busquemos. Aquí notamos las huellas también de la hiperintención que tanto combatimos en la logoterapia. Hay algo que está más allá de la intención. No podemos controlarlo todo. Debemos entregarnos a la «sabiduría del inconsciente».

Sentimos a menudo la incapacidad de despertar o encender en el enfermo la “chispa espiritual” que sólo se puede despertar o encender en la verdadera comunicación entre existencia y existencia. Muchas veces nos preguntamos: ¿cómo apelar al ser espiritual? ¿Cómo hacer para encender la chispa divina? La respuesta: la comunión de las existencias. La creación del co-mundo, ni el mundo del terapeuta, ni el mundo del enfermo. El co-mundo. El diálogo del *logos*.

«Sólo cuando se produce esa condición de “ser uno con otro” de ese médico con ese paciente puede la psicoterapia actuar “curativamente” en el sentido profundo de la palabra. A ello se une otra cosa más: el médico debe poder retribuir la confianza del enfermo y ofrecerle, a su vez, el regalo de la confianza humana [...]; el enfermo tiene que saber que él, el médico, en todo caso, “desea su bien”, que no quiere repararlo como un objeto por medio de su saber y sus facultades, sino que quiere ayudarlo como “persona” con su confiada atención».

Características del encuentro. El vínculo

Para que el vínculo con el paciente no se convierta en atadura sino en fuente de libertad, debemos investigar la historia vital del individuo. Saber quién es, cómo ha llegado hasta

aquí, conocer su proceso. Debemos también indicar al enfermo y hacerle experimentar la sacudida existencial. El psicoterapeuta deberá ser como un guía de montaña conocedor del terreno en que se halla, que trata de llegar al valle acompañando al turista, quien no se atreve ni a ir hacia delante ni hacia atrás.

El terapeuta estará con el paciente siempre en el mismo plano, el plano de la comunidad de la existencia. No hará del enfermo un objeto, sino que verá en el enfermo una pareja existencial. Encuentro es estar uno con otro en el presente propio, es decir, en un presente tal que seazona totalmente a partir del pasado y que también lleva en sí la posibilidad de futuro. De cualquier forma, encuentro no significa sintonía completa con el paciente. Muchas veces significa confrontación.

En el encuentro con el ser, entre el ser del médico y el ser del paciente, debe darse la apertura al dolor, a la búsqueda de sentido del paciente. Eso conlleva al compromiso personal, nunca a una conducta defensiva del médico ante el paciente. El amor.

Sólo cuando se haya establecido este vínculo deben comenzar a utilizarse las técnicas, con todas las posibilidades que tienen. No podemos cometer el error de confiarlo todo a ellas, porque la auténtica mercancía curativa es el vínculo humano.

«Amigo es el que conoce la melodía de tu corazón, y te la recuerda cuando la has olvidado»

Bibliografía

- ACEVEDO, G., *El modo humano de enfermar*.
- BARBIERI, A., *Lo que cura es el vínculo*.
- BINSWANGER, L., *Artículos y conferencias escogidas*
- FRANKL, V., *La psicoterapia y la dignidad de la existencia*.
- FRANKL, V., *El hombre doliente*.
- YALOM, I., *El verdugo del amor*
- YALOM, I., *Psicoterapia existencial*

Conclusiones de la Jornada

Cristina Fernández Guardia
Vicepresidenta de la Jornada
Vocal AMEG



El Jueves 20 de mayo se celebró en el Real Sitio de Aranjuez la VIII Jornada de la Asociación Madrileña de Enfermería Gerontológica. En esta ocasión, la celebración tuvo lugar en el salón de actos Auditorio Joaquín Rodrigo del Centro Cultural Isabel de Farnesio.

La jornada una vez más tuvo como objetivo reunir al mayor número posible de profesionales implicados en el cuidado de la persona mayor. Este año el tema elegido ha sido el dolor.

La Jornada se planteó nuevamente como un punto de encuentro, donde los profesionales relacionados con el cuidado de la persona mayor reflexionaran sobre la importancia del dolor en las personas que cuidan. Se intentó aumentar los conocimientos en todos los aspectos que rodean al dolor. Aunar criterios de actuación entre los asistentes a la hora de tratar y controlar el dolor en el anciano. Dar a conocer posibles terapias alternativas y coadyuvantes para controlar o paliar el dolor crónico. Todo esto intentando favorecer un ambiente de diálogo donde los asistentes pudieran participar creando el debate y llevando a sus centros de trabajo lo aprendido y surgido de la Jornada.

Bajo el lema *Convivir con el Dolor*, los ponentes y conferenciantes expusieron sus conocimientos en torno al tema. Se dieron a conocer diferentes experiencias e intervenciones llevadas a cabo en el ámbito del mayor.

Para la conferencia inaugural se contó con la colaboración de D. Alberto Pérez Rocha (médico y presidente de la Sociedad Española de Médicos de Residencia, SEMER). Su exposición inicial dio sentido al resto de mesas y ponencias:

«El dolor es un problema poco reconocido e infratratado, que puede ser un suplicio y llevar a la frustración profesional»

La primera mesa se dedicó al componente psicoafectivo del dolor. En ella participaron D. Antonio Peña-fiel Olivar (enfermero y vicepresidente de AMEG), con la ponencia *Sufri-miento, dolor y demencia*. D. Domingo Palacios Ceña (enfermero y profesor en la E.U.E. Rey Juan Carlos), en su exposición *Dolor en la demencia: visión de la familia*, mostró mediante datos objetivos de investigaciones internacionales, lo que supone el dolor de un anciano para los familiares, tanto los que le cuidan como para los que derivan el cuidado a centros residenciales. Para concluir esta mesa, se contó con D. Primitivo Ramos Cordero (médico y presidente de la Asociación Madrileña de Geriátrica y Gerontología) que hizo una clara exposición del cuadro confusional agudo en la ponencia del mismo nombre.

La segunda mesa redonda intentó descubrir distintos puntos de vista del dolor. El título *Las otras caras del dolor* aunó ponencias como la *Valoración-evaluación. Dolor en el anciano*, expuesta por Dª Lorena Montealegre Iniesta (enfermera y supervisora de la Residencia Los Balcones). Con su exposición quedaron claros los tipos de escalas de valoración existentes para medir el dolor, así como, la importancia para el buen tratamiento del dolor de una detallada valoración. D. Javier Soldevilla Agreda (enfermero y director de GNEAUPP) con su ponencia *Dolor. Heridas crónicas* centralizó el dolor en otro de los problemas que más incidencia tiene en las personas mayores y más implica a los profesionales de enfermería. La mesa se cerró con la participación de Dª Mª Teresa Rodríguez Díaz (enfermera y vocal de AMEG) que, bajo el título *La otra cara del dolor: Incontinencia*, y desde un punto de vista cercano y sentimental, expuso otra peculiaridad del dolor en los ancianos

poco tratado y atendido y es el que surge con la incontinencia.

La sesión de tarde comenzó con la mesa redonda *Abordaje no Farmacológico del dolor crónico*, en la que participantes de varias disciplinas expusieron los tratamientos efectivos y novedosos en el tratamiento del dolor. La primera ponencia fue a cargo de Dª Lourdes Casillas Santana (enfermera y profesora de la E.U.E. Puerta de Hierro). El título *Terapias complementarias* encerraba una ponencia innovadora en el mundo del Reiki. Para la segunda ponencia se contó con la inestimable colaboración de Dª Olga Cures Rivas (fisioterapeuta), la cual, con su desenfadada manera de exponer y con el título *Terapias físicas*, comentó las posibilidades del tratamiento del dolor fuera del tratamiento farmacológico. Para terminar, Dª Paz Gatell Maza (enfermera) expuso en su ponencia *Enfermería ante el dolor* los sentimientos y acciones desarrolladas por las enfermeras para paliar el dolor de las personas a las que cuidan.

El broche final a una jornada intensiva, llena de excelentes exposiciones y mejores conocimientos aportados, lo puso D. Antonio Burgueño Torijano (médico y coordinador grupo CE-OMA) que, con su conferencia *Calidad asistencial y dolor*, resumió a la perfección lo dicho a lo largo de toda la Jornada y a los objetivos planteados inicialmente por la asociación.

Esperamos desde la Asociación Madrileña de Enfermería Gerontológica que se haya conseguido en cierta manera la motivación de los asistentes a esta Jornada, para que sigan preocupándose por las implicaciones que conlleva el dolor y continúen leyendo o interesándose por el tema.

Valoración de la Jornada

Cristina Fernández Guardia
Vicepresidenta de la Jornada
Vocal AMEG

Un año más se ha celebrado la Jornada AMEG. Como es habitual, a cada participante se le entrega un cuestionario de evaluación a rellenar con su opinión. Este cuestionario hace referencia a la sensación percibida por los asistentes en cuestiones como la organización, los ponentes, los objetivos, etc. Asimismo, se quiere conocer el grado de aprovechamiento en los centros de trabajo y utilidad de la misma.

Cada bloque de preguntas es puntuada mediante escala de Likert del 1 al 10. Se recogieron 96 encuestas y cada gráfico hace referencia a la puntuación media obtenida en cada grupo de cuestiones.

Objetivos y contenido

—Contenidos impartidos (media)	8,04
—Seguimiento del programa (media)	8,51
—Cumplimiento de horarios (media)	7,70
—Exposición de objetivos (media)	8,20
—Cumplimiento de objetivos (media)	8,39

Aprovechamiento

—Respuesta a las expectativas (media)	8,01
—Satisfacción en el aprendizaje (media)	8,11
—Aumento en conocimientos (media)	8,20
—Uso en la práctica (media)	8,34

Documentación

—Medios didácticos (media)	7,91
—Medios técnicos (media)	8,05
—Calidad de la documentación (media)	7,79
—Utilidad de la documentación (media)	7,37

Ponentes

—Claridad (media)	8,32
—Comprensión (media)	8,40
—Participación (media)	7,62

Organización

—Organización (media)	8,58
—Información de la Jornada (media)	6,88
—Plan de formación AMEG (media)	6,32

Página web

—Conocimiento web (media)	5,51
—Consulta de la página (media)	5,30
—Contenidos de la página (media)	5,71

En la parte final del cuestionario, se deja espacio para las opiniones y para los temas que más interesan, para tenerlo en cuenta en próximas celebraciones.

Este año entre las sugerencias se encuentran:

— **Alimentación y disfgia. Nutrición en residentes dependientes. Nutrición e interacción farmacológica. Manejo nutricional.**

— **Integración en medios distintos al hogar. Enfermería como enlace de cuidados en domicilio.**

— **Demencias, manejo y tratamiento.**

— **Depresión en el anciano**

— **Cuidados paliativos**

— **Síndrome de Burn out**

— **Protocolos de detección de cambios. Prevención de caídas.**

— **Información al anciano y familiares. Relaciones con las familias.**

— **Enfermedades o problemas en geriatría: diabetes, infecciones urinarias, HTA, UPP, urgencias en ge-**

riatría, insuficiencia renal, estreñimiento, fractura de cadera.

— **Calidad asistencial en relación a las relaciones humanas.**

— **Bioética. Agresiones en el adulto mayor.**

La celebración en una localidad lejana a Madrid no ha sido impedimento para que la satisfacción de los asistentes sea alta.

Este año se ha conseguido una de las mayores puntuaciones en cuanto a la organización.

Con respecto a la difusión de la Jornada, continúa siendo uno de los puntos a seguir mejorando. Se hace todo el esfuerzo posible para que la información se reciba cuanto antes en cada centro. En ocasiones, cabe la dificultad de que no depende sólo de nosotros. Se admiten sugerencias para que la información sea más rápida y cercana.

La piedra de toque de la asociación estos últimos años, ha sido su página web, obteniendo en las evaluaciones las puntuaciones más bajas e incluso suspensos. Este año hemos conseguido el aprobado. Seguiremos trabajando e introduciendo mejoras para que la página web de la asociación sea un vehículo de información y contacto rápido y eficaz.

Animo, partiendo de estos resultados, a colaborar con mejoras y sugerencias para las próximas reuniones desde nuestra página.

**ASOCIACIÓN
MADRILEÑA DE ENFERMERÍA
GERONTOLÓGICA**

www.amegmadrid.org



Grupo de Estudio Madrileño de Úlceras Crónicas (GEMUC)

BOLETÍN DE PARTICIPACIÓN

Todos necesitamos tu participación. Rellena este boletín y envíalo, mediante correo, fax o e-mail a la dirección indicada

INFORMACIÓN E INSCRIPCIONES:

AMEG. c/ Menéndez Pelayo, 93, 3ª planta (Colegio Oficial de Diplomados en Enfermería de Madrid). 28007 MADRID
Tel./Fax: 91 501 73 61. www.amegmadrid.org E-mail: ameg@amegmadrid.org
www.gemuc.net

Apellidos: Nombre: DNI:

Dirección: Localidad: C.P.:

Tel: E-mail:

Titulación: Centro de Trabajo:



Grupo de Estudio Madrileño de Úlceras Crónicas (GEMUC)

Constitución del Grupo de Estudio

Justificación

Las heridas crónicas son un importante problema de salud en el que hasta el momento los profesionales de enfermería tenemos un papel protagonista.

En este sentido, en la Comunidad de Madrid existen profesionales que están liderando proyectos interesantes en documentación, investigación y docencia, pero que pierden fuerza al estar centrados en una zona de influencia concreta como es un hospital o área de salud determinada.

Ha llegado el momento de construir un espacio común en el que podamos unir esfuerzos y canalizar estos proyectos y contribuir al desarrollo científico de la prevención y tratamiento de las heridas de piel.

Con el fin de unir a los profesionales que están liderando el estudio y la práctica clínica de este problema, queremos constituir este grupo, de modo que sirva como instrumento para fomentar la elaboración de criterios clínicos comunes, basados en evidencias científicas y que permitan orientar a los clínicos, investigadores, docentes, etc.

Pretendemos colaborar con cualquier grupo, dentro o fuera de nuestra comunidad y de nuestro país, que coincida con nuestros objetivos. Esta visión aperturista nos permitirá hablar un idioma científico de consenso nacional e internacional, y nos permitirá contribuir a la construcción de una red científica sin fisuras de crecimiento y desarrollo conjunto.

Desde la Asociación Madrileña de Enfermería Gerontológica (AMEG), queremos constituir este grupo, vinculando con nuestra estrategia de creación de grupos de trabajo AMEG, como una aportación más al cumplimiento de nuestra misión: «Hacia una ciencia y arte del cuidar, digna, humana y de calidad para nuestros mayores».

Objetivos

• Generales

- Aglutinar a profesionales madrileños que estén liderando la prevención y tratamiento de heridas crónicas en la Comunidad de Madrid.
- Constituir un grupo consultor para profesionales, farma-industria, organismos públicos y privados que coincidan con nuestros objetivos.
- Crear un espacio común donde se pueda canalizar formación, investigación, publicaciones, etc., relacionado con las heridas crónicas.

• Específicos

- Publicar un suplemento de heridas crónicas anual en la revista AMEG.
- Organizar actos científicos que difundan la práctica basada en la evidencia en la prevención y tratamiento de heridas crónicas.
- Canalizar proyectos de investigación que permitan aumentar los conocimientos en este campo.
- Desarrollar proyectos docentes que permitan aumentar los conocimientos, actitudes y habilidades relacionadas con las heridas crónicas.
- Establecer relaciones con otros grupos nacionales o internacionales para realizar intercambios de experiencia, información, etc.

LA ASOCIACIÓN MADRILEÑA DE ENFERMERÍA GERONTOLÓGICA

¿Quiénes somos?

Somos un colectivo compuesto por profesionales de enfermería de la comunidad de Madrid, con la intención de constituir una organización sin ánimo de lucro, encaminada hacia la búsqueda continuada de unos cuidados dignos y de calidad para nuestros mayores.

¿Qué perseguimos?

—Organizar un programa docente que permita formar profesionales expertos en enfermería gerontológica.
—Promover y organizar grupos de trabajo e investigación que permitan consolidar la ciencia y arte de la enfermería gerontológica.

—Informar y facilitar la contratación de nuestros asociados en centros que precisen enfermeros/as y auxiliares gerontológicos/as.

—Elaborar literatura propia de enfermería gerontológica.

—Asesorar en la asistencia, docencia, investigación y gestión en enfermería gerontológica.

—Defender los derechos de nuestros mayores, haciendo un especial hincapié en la persecución de los malos tratos.

¿Qué servicios te ofrecemos?

—Programa de formación continuada.
—Asistencia a congresos y jornadas a un precio reducido.
—Revista trimestral.

—Acceso y/o consulta a textos, monografías y documentos relacionados con la Enfermería gerontológica.

—Ofertas de trabajo en el sector.

—Asesoría jurídica a ancianos y profesionales.

—Apoyo y asesoría en cualquier actividad científica relacionada con la Enfermería gerontológica.

—Página web actualizada con información relacionada con el mundo de la Enfermería Gerontológica

<http://www.amegmadrid.org>

BOLETÍN DE ASOCIACIÓN A LA AMEG

Rellenar y enviar a la sede de la Asociación, junto con una foto tamaño carnet a:
Colegio de Enfermería de Madrid. Avenida de Menéndez Pelayo, 93 3ª planta, 28007 Madrid
Tel. 91 504 73 61 / www.amegmadrid.org

NOMBRE DNI

DIRECCIÓN

LOCALIDAD CP TEL

TITULACIÓN

CENTRO DE TRABAJO

SUSCRIPCIÓN GRATUITA

Fecha y firma



NUEVO

Lacer pro

La gama más completa para prótesis dentales

LIMPIEZA EN SOLO 3 MINUTOS

CON OXÍGENO ACTIVO

FIJACIÓN DURANTE 12 HORAS



Lacer proFix



Lacer proTabs

DESINFECCIÓN



Lacer proTabs plus



Y PARA LOS APARATOS DE ORTODONCIA...

OrtoLacer proTabs

Lacer
Especialistas en higiene bucodental

