

# El Médico ante el dolor humano

**María Mejía, Vanessa Díaz y Manuel Paulo<sup>1</sup>**

## Resumen

En el presente artículo se identifican algunos aspectos históricos, culturales y sociales relacionados con el tema. Se reconoce que el dolor es un fenómeno de gran complejidad, de génesis multicausal tanto desde el punto de vista psíquico como físico, aspectos que deben ser valorados objetivamente pero sin perder la subjetividad respecto de quien lo padece, siendo realistas al comprender aquellos comportamientos del paciente difíciles de consentir e intentar con el mejor ánimo, cambiar su actitud hasta donde sea posible, pero estar dispuestos a aceptar y tolerar con temple profesional la individualidad de cada ser humano como persona.

**Palabras clave:** dolor; factores psicológicos, fisiológicos y culturales; subjetividad; relación médico-paciente; relaciones psico-afectivas

---

<sup>1</sup> Universidad de los Andes - Ministerio de Salud y Desarrollo Social

## Abstract

### **THE PHYSICIAN AND THE HUMAN PAIN**

*In this article some historical, cultural and social aspects related with this topic are identified. It is recognized that the pain is a phenomenon of great complexity, of multivariate genesis, that include psychic and physical aspects and that should be valued objectively, but without losing the subjectivity regarding who suffers it, being realistic to understand the patient's behaviors that are not easy to consent and attempting with the best spirit, to change its attitude up to where it is possible, but to be willing to accept and tolerate with professional temper each human being's individuality.*

**Key words:** *pain; psychological, physiological and cultural factors; subjectivity; physician-patient relationship; psycho-affective relationships*

## Introducción

El médico que enfrente la patología humana desde una perspectiva monocausal lineal o a partir de una rígida dicotomía entre lo psíquico y lo orgánico, limita seriamente sus capacidades diagnósticas y terapéuticas. En pocas situaciones clínicas esto es más claramente manifiesto que en el estudio de la complejidad del dolor ya que, en su origen y evolución, participan tanto factores biológicos como psicológicos y culturales.

En este fenómeno el fundamento radica en que en su génesis interactúan lo psíquico y lo orgánico. Visto de esta manera, la experiencia y la percepción de cada persona hacia el dolor no son realidades discontinuas y excluyentes pues actúan conjuntamente y se retroalimentan. Si se entiende con esta visión, la dualidad psiquis-organismo constituirá el eje central para comprender la complejidad del dolor, su manifestación y la forma integral de su abordaje.

El dolor es un fenómeno complejo, determinado por múltiples causas, producto de la interacción de factores psicológicos, fisiológicos y socioculturales. El dolor puede ser definido como una experiencia especial y sensorial desagradable asociado con daño tisular o real (Martínez, 2004). Otros, lo describen como una experiencia con un gran componente afectivo, en el sentido de que su intensidad no necesariamente se relaciona con la gravedad de la enfermedad subyacente, pues no sólo depende de la lesión, sino también de la

personalidad de quien lo padece, tipo de enfermedad, red de apoyo, la expectativas del paciente respecto al significado del dolor y de su estado anímico (Aldana y otros, 2003; Bárcena, 2004 ).

Para Bejarano (2004), el dolor es una dimensión personal y médica, pues es casi imposible desligar el conocimiento racional (científico) de la forma como se percibe emocionalmente (percepción consciente) y que, de alguna manera, ambos son interdependientes y se influyen recíprocamente en relación con un contexto. Esto nos conduce a plantear que el dolor tiene varios componentes, entre los cuales prevalece la subjetividad junto con otros elementos de índole biológica.

La percepción y la expresión del dolor están siempre codeterminados por el grado de atención, el estado emocional, la cognición, la personalidad y las condiciones de vida del paciente, sin desvincular los eventos cerebrales dados por las complejas interacciones entre los impulsos nociocéptivos en las vías ascendentes y la activación de sistemas de inhibición descendentes (Pizi, 2004). Existen marcadas diferencias en cuanto a la actitud del individuo frente a la experiencia dolorosa. En algunas sociedades el dolor y el sufrimiento se soportan sin manifestaciones externas aparentes, mientras que en otras se acostumbra a expresar públicamente las emociones bien sean positivas o negativas.

El ser humano es un gran misterio, aún no plenamente develado y el amor, el trabajo y la cultura forman la trama fundamental de su quehacer existencial. El dolor y el sufrimiento cabalgan de manera inseparable en la existencia humana y cualquiera que sea su carácter, ya sea físico o psíquico, es siempre algo que nos embarga, que se apodera de nosotros nos invade y domina, es un desplacer corporal localizado y definido.

El sufrimiento o dolor moral, a diferencia del carácter somático del dolor físico, es esencialmente espiritual y psicológico. Su complejidad está dada porque no se expresa ni se comporta como el físico, sino que es global, difuso, algunas veces hasta de carácter opresivo. Mientras que el dolor físico se percibe por una sensación de daño corporal, el sufrimiento se caracteriza por una sensación de carencia, de vacío o

ausencia. No obstante, dolor y sufrimiento deben ser vistos como dos facetas o matices de una sola unidad.

## **Paradigmas en la evolución de la concepción del dolor**

Hoy en día, sobre todo en el mundo civilizado, la mayoría de las personas manifiestan gran temor ante la presencia del dolor y el sufrimiento físico y psíquico. Curiosamente si miramos atrás, hace apenas unos 500 años, el miedo a éstos era menor ya que, posiblemente para ese entonces, la vida y la muerte estaban a flor de piel y el dolor formaba parte de la cotidianidad.

A pesar de las diferencias interpretaciones que han hecho del dolor las distintas culturas y civilizaciones, existe un denominador común en todas ellas: el afán de conocer la causa que lo produce y cómo eliminarlo, o por lo menos, aliviarlo. Para algunos es sólo un mecanismo de alerta para el organismo, para otros, esta mera concepción no es suficiente para interpretar un fenómeno tan complejo. Diversos autores se han dado a la tarea de recolectar las experiencias a través de los tiempos, en este caso, relacionado con la historia de la medicina en la evolución del abordaje del proceso salud-enfermedad y con éste el manejo del dolor. (Británica CD, 1999; Zúñiga Cisneros, 1964; Laín Entralgo, 1964; Raggio, 2000; Juaneda, 2003).

En la medicina de los pueblos mediterráneos hasta el siglo V a.C., la doctrina médica era sobrenatural. Se creía que el dolor era originado por demonios que eran introducidos en el cuerpo, así como también se atribuía su causa a la influencia de los astros que personificaban a los dioses para producir castigo a los humanos, mientras que el dolor traumático lo asociaban con lo sensorial. No obstante, en este período se inicia el uso de la medicina empírica, cuando se empiezan a utilizar jarabes, cápsulas, enemas y polvos, así como rudimentarias técnicas quirúrgicas. En el *Código de Hammurabi* se reglamentaba acerca de los estipendios a los cuales tenía derecho el médico a percibir de las personas enfermas tratadas, pero también se cita sobre las severas penas ante sus desaciertos. Pero, también se describía una de las

prácticas más clásicas para el manejo del dolor que consistía en realizar perforaciones del cráneo con un trepanador para liberar los espíritus y aliviar el dolor.

En la medicina de Egipto, precursora de la medicina científica, la interpretación del hecho de estar enfermo se manifestaba por la aparición del sufrimiento y con éste el dolor. Este fenómeno lo expresaban de manera rica y florida a través de sensaciones y estigma. El dolor físico y psíquico lo atenuaban con la utilización de la terapéutica sobrenatural (hechicera, mágica, teúrgica o religiosa), pero a veces natural o científica. En esta cultura quedaron registradas, como fuente de información en “*los papiros de Ebers*”, recetas para todas las dolencias internas con medicación natural y, en aquellas que éstas no eran efectivas, recurrían al uso de ayuda activa psíquica. Además, en ellos también se cita que la esencia de la descripción médica está en el papiro traumatológico por excelencia de Edwin Smith, en donde exponen se complejas enfermedades a través de enumeraciones muy similares a los tratados de neurocirugía actual. En sí, estos sabios conocían el uso de términos bien usados actualmente, sobre todo, desde el punto de vista semiológico.

En Grecia, la medicina fue empírica y racional, se conoce desde el siglo X hasta el VIII antes de Cristo. El dolor era abordado de la manera empírica y laica, utilizaban para atenuar el dolor drogas sedantes tipo opioide. En la *Ilíada* se describe que la “hermosa Elena” utilizaba el enpeto (analgésico) servido en el vino para aliviar el dolor y olvidar toda pena.

En esta época surge la medicina integral simbolizada en la familia Asclepio, cuyos hijos se dedicaban a varias ramas del saber. Entre ellos, Panacea, quien ofrecía fármacos curadores que seguramente también aliviaban el dolor.

Especial importancia tiene en esta época de la evolución de la medicina, el surgimiento de la “Ciencia Sanitaria.” Fue Hipócrates quien tuvo la gloria de revolucionar esta disciplina y quien expuso con precisión la doctrina médica naturalista, reconocida como científica, pero, no está clara la posición que tenía ante el dolor. En 1964, Zuñiga Cisneros

describe que es de suponer que en los 54 tratados de la colección de los libros escritos por Hipócrates debe señalarse cómo abordaba a las personas ante el dolor psíquico y orgánico que para entonces, ya dejaba a un lado la visión sobrenatural, donde la enfermedad, y con ella el dolor, eran el resultado de los dioses, demonios, espíritus o influencias mágicas y se fundamentó más bien en la experiencia adquirida junto al lecho del enfermo. Tal vez por ello, con gran sabiduría, escribió: *“el médico que a su vez es filósofo, se asemeja a los dioses”* porque debe actuar con desinterés, celo, pudor, dignidad, serenidad, decisión, pureza, lleno de vida y conocimientos.

Según Zuñiga (1964), en uno de los fragmentos de las ideas éticas descritas por Hipócrates, se señalan las condiciones del estudio y del buen médico: *“el arte médica es entre todas las artes la más bella y la más notable, pero debido en parte a la ignorancia de los que la ejercen, y en parte a la superficialidad de los que juzgan al médico, es ahora la menos estimada.”* Esta frase aún conserva su vigencia, porque la relación médico-paciente cada día es más fría, más distante, no sólo por el advenimiento de la ciencia y de la tecnología, sino por el proceso deshumanizante en el cual ha ido transcurriendo la medicina.

En la medicina grecorromana, se dieron los primeros pasos para encontrar una explicación racional a la sensación del dolor. Se dejaron de lado las ideas sobre espíritus malignos o castigo de los dioses. Un discípulo de Pitágoras, Alcmaeón, planteó que el centro de todas las sensaciones se encontraba en el cerebro. Sin embargo, fue a partir de Hipócrates con quien las ideas sobre las génesis del dolor comenzaron a tener orden, así como también las relativas a su alivio. Para él, el dolor se debía a un desequilibrio del cuerpo, una alteración acusada por los humores del organismo, así que, diagnóstico y dolor, estaban íntimamente relacionados.

Para los griegos el camino para aliviar el dolor pasaba por eliminar el exceso de humores del cuerpo. Para atenuarlo, utilizaban opio, mandrágora y cicuta, además de técnicas de enfriamiento y psicoterapia. Cuando el dolor era muy fuerte utilizaban el sistema de anestesia comprimiendo las carótidas. Posteriormente Cornelio Celso, durante el gobierno de Tiberio en Roma, renovó la visión médica de Hipócrates al

considerar el dolor como elemento vital en el pronóstico y diagnóstico de la mayoría de las enfermedades; así que insistía en que cuando el dolor se presentara, debía aliviarse de inmediato para evitar el sufrimiento.

En esta misma época surge Galeno, designado médico del emperador, quien profundizó los estudios sobre el dolor, no sólo como síntoma sino también analizando el mecanismo de su sensación y percepción. Introdujo las diferentes formas en que se manifiesta el dolor: pulsante, gravitante, tensionante, quemante y palpitante, términos que siguen siendo utilizados en la historia clínica de nuestros días.

En la edad media el concepto del dolor estuvo marcado por dos factores esenciales: la exacerbación de la virilidad y la influencia del cristianismo, elementos que motivaron a un verdadero menosprecio en la concepción del dolor físico. Esta fue una época marcada por el heroísmo y el valor, en la que se consideraba que los hombres guerreros y nobles no podían sentir dolor o por lo menos no debían manifestarlo. Era un sentimiento que los degradaba. En la revisión sobre esta época no se encuentra una explicación clara del dolor por ser un tiempo de muchas luchas y guerras; seguramente estas personas en su condición de seres humanos vulnerables, deben haber experimentado dolor físico y psíquico, difícilmente podrían haber eliminado toda sensación de sufrimiento. El poder del cristianismo progresivamente les fue arrojando y bajo su influencia consideraban al dolor como un castigo divino o una prueba de los dioses, de esta manera la sensación del dolor les ayudaba a expiar sus pecados y a crecer como personas.

El galenismo mantenía su concepción donde se establecía una reacción entre todas las partes de la medicina, lo que dificultaba analizar por fragmentos cada uno de sus escritos y extraer sus recomendaciones para su utilización. Lo que sí se reconoció como de gran trascendencia fueron los cuatro elementos: Agua, aire, fuego y tierra; y los cuatro humores: Sangre, bilis, bilis negra y flema, así como el conocimiento de los diferentes temperamentos. Las funciones del cuerpo humano las dividió en vitales, naturales y animales. Por estas razones explica perfectamente cómo influye el cuadro humoral en el dolor por los cambios de calidad que se producía en los humores, o por la solución de continuidad o ruptura de las divisiones.

La influencia de Galeno es retomada posteriormente por un gran médico, Guy de Chauliac, quien en su gran *Chirurgie*, según Avicenna, el dolor es un sentimiento de cosas o cualidades contrarias, por sí mismo, y de soluciones de continuidad por accidente. Así, el tratamiento consistía en luchar contra el mal recurriendo a su contrario.

### **El médico ante el dolor en la era técnica**

Este proceso se inicia lentamente desde el siglo XVII, luego se hizo más rápido a partir del siglo XIX, cuando el criterio científico del médico, su arte de la observación, su traducción creadora del conocimiento químico, físico y biológico se materializó en el diagnóstico y el manejo farmacológico. Con la evolución de la ciencia y la tecnología, la farmacocinética y farmacodinámica dirigida a aliviar el dolor ha sido progresiva. La Organización Mundial de la Salud, ha pautado claramente el uso adecuado del ascenso y descenso de escalones, en cada uno de los cuales se tienen fármacos de potencia analgésica diferente. En el primer escalón se encuentran analgésicos antiinflamatorios no esteroideos y adyuvantes, en el segundo, se encuentran los opioides débiles, y en el tercero, los opioides fuertes. Esta escalera es de gran importancia para el manejo progresivo pero no siempre constante del dolor de índole orgánica.

A pesar de estos avances, no puede negarse que en la medicina de nuestro tiempo predomina la preocupación, cuando no el franco descontento, por la escasa sintonía entre los protagonistas de la atención sanitaria en el abordaje del dolor (Pera, 1999). El paciente y el médico deben mantenerse como díada, pero también la intervención de la familia es elemento clave como apoyo en la disminución del dolor físico y psíquico de cualquier índole (Sher y Fellow, 1999). Así, esta relación se transforma en el llamado triángulo terapéutico, aunque la relación médico-paciente ha recibido la mayor atención de los médicos investigadores (Doherty y Bair, 1996). Sin embargo, por la multiplicidad de defectos en la atención médica prestada, abundan las críticas referidas a la naturaleza impersonal y burocrática en la práctica clínica actual. El término más extendido para denominar esta ruptura en la relación médico-paciente es la deshumanización. La objetivización del



paciente desprovisto de su valoración como persona humana lleva a su deshumanización, y si a ésta se le pone acento, ese descontento se entendería como despersonalización (Bárcena, 2004).

En este orden de ideas, Malpica (2003) plantea que el dolor como experiencia personal más o menos penosa, puede alcanzar grados insoportables que lo transforman en sufrimiento moral y ese lenguaje relacionado con el que sufre el dolor sólo se comprenderá si se escucha al que lo padece, si se interpreta su lenguaje analógico, digital, metafórico y a veces casi poético.

En el año 2003, Jaspers hizo una pregunta bien interesante con respecto a la medicina de hoy, "¿Cuál es la situación actual? Se escucha decir: cuanto mayor es el conocimiento y la pericia científica, cuanto más eficiente la tecnología para el diagnóstico y la terapia, más difícil resulta encontrar un buen médico, tan sólo un médico. Un médico debiera atender a cada uno de sus enfermos de manera individual, integral, como persona en la continuidad de su ciclo vital" (McWhinney 1995).

Cuando el médico es clínico e investigador, y no separa lo uno de lo otro, se abre un camino hacia la atención holística, porque al investigar se logran progresos, pero con los medios del entender se abre un mundo de contenidos de sentido (Rebolledo, 2003). Queda claro que entre el médico y el paciente debe producirse una comunicación existencial debido a la fragmentación del ser humano, a la separación del cuerpo del alma, del individuo de su familia y de éste del médico.

El auge cada vez más acelerado de la ciencia y la tecnología ha hecho que el hombre moderno sienta la necesidad de que el abordaje de sus dolencias se realice desde el punto de vista psíquico y orgánico, como en las épocas antiguas, cuando a pesar de lo empírico, teúrgico y hasta lo sobrenatural, el médico comprendía mejor el dolor porque se compenetraba más con la persona que con un órgano afectado por cualquier dolencia (Rísquez, 2004).

En la medicina, desde finales del siglo XX, se ha despertado la imperiosa necesidad de revisar los diferentes paradigmas en la evolución

de la medicina con una mirada hacia la atención integral, continua, oportuna, con calidad y calidez dirigida al individuo, la familia y la comunidad. La medicina de familia, como especialidad, llena estos requisitos; su objetivo fundamental es ver al individuo como persona que siente, piensa y padece, dentro del contexto de su familia y de su entorno socio-cultural como ser social.

### **El dolor desde la perspectiva psicológica**

Fenomenológicamente el dolor se acompaña de múltiples vivencias elementales que le matizan y le dan complejidad. Cuando enfrentamos una enfermedad, los médicos la entendemos como un proceso biológico que supone una alteración estructural o funcional, un proceso psicológico que conlleva sufrimiento y dolor, y un proceso social porque supone una invalidez. El dolor no es considerado como una simple respuesta ante determinados estímulos, sino una experiencia emocional, sensorial y personal, lo que conduce a considerar la dimensión de lo psicológico. Rísquez (2004) menciona que desde el punto de vista psicológico y práctico, el dolor viene de adentro por falta de amor y de afuera por falta de adaptación. La tendencia general de la población ante el dolor, es negarlo, minimizarlo, no expresarlo, hasta enmascararlo tanto para sus semejantes como para sí mismo. Este dolor puede ser provocado por un sin fin de razones. Sordo (2003) y Bejarano (2005) mencionan a las pérdidas traducidas en duelo, enfermedades, crisis individual y de pareja entre otros. Asimismo, expresan que existe una errónea valorización de los procesos de sufrimiento y dolor que se perciben como algo negativo, con la creencia de que si lo expresamos aumentará nuestra pena y con ella la depresión.

No todas las personas tienen la misma tolerancia al fenómeno del dolor, muchos individuos hacen resistencia para reconocer su propia debilidad; esto hace que el médico reflexione y comprenda el significado del dolor de manera individual y actúe con extrema sutileza, pues las expresiones del dolor sólo pueden ser interpretadas en el contexto biográfico del paciente (Marín, 1997). Por otro lado, Barcia (1998) cita algunas diferencias de género con respecto a la percepción del dolor, asegurando que "*la mujer afronta el dolor con más madurez*" pero en

vista de la complejidad del dolor mismo, sería muy difícil hacer comparaciones significativas de validez universal entre culturas, grupos de edad o género.

El dolor y el sufrimiento son subjetivos, personales, se relacionan con el pasado de la persona, con su cultura, con sus vínculos afectivos, sus roles, sus necesidades, su cuerpo, sus emociones, su vida secreta y su futuro; circunstancias que influyen por ser áreas susceptibles de ser lesionadas y que se expresan a través de sus afectos: tristeza, rabia, soledad, depresión, aflicción, infelicidad, aislamiento (Fonegra de Jaramillo, 2004). Ésta autora afirma que la única forma de conocer qué causa el dolor y el sufrimiento, es preguntándose a quien lo sufre, y sólo entonces se puede ofrecer una atención completa, integral y personalizada.

Cuando el dolor tiene matices de sufrimiento mental pareciera que es peor, porque invalida más aún que el físico, hasta inhibir al ser humano y limitar su participación en la cotidianidad diaria. Malpica (2003) cita a Frakl, quien afirmaba que *“es el análisis de la existencia el que nos descubre el sentido real del sufrimiento, el que nos revela que el dolor y la pena forman parte con pleno sentido de la vida, del mismo modo que la indigencia, el destino y la muerte.”*

Las consecuencias del dolor forman parte de un conjunto de elementos tales como el sensorial, motor, vegetativo, emocional y motivacional, aspectos que el clínico debe conocer para manejarlo de manera integral.

La forma como piensan los sujetos, afecta sus sentimientos y, al cambiar su forma de pensar acerca de dolor, es posible que cambien su sensibilidad, sus emociones y sus reacciones ante el dolor y el sufrimiento. En la conducta del dolor según Morris (1997), Burk y Díaz (1998) se ha observado que la expresión de las dolencias puede estar influenciada por el aprendizaje social; por tanto, la conducta ante el dolor, así como la intensidad de su percepción está sujeta al aprendizaje vicario. De manera que la vivencia de patrones donde se maneje el dolor controladamente, tendría efectos positivos en la presentación y percepción de este fenómeno.

## **El dolor del médico**

El dolor de enfrentar el dolor y no poderlo expresar, de inhibir respuestas, de reprimir reacciones, de justificar acciones que incluso causa más dolor, es parte del dolor del médico. Como lo dijieran Leal y Mendoza (1997), los médicos también se enferman, sienten dolor, comparten el dolor y se preocupan más por el dolor del otro que por el de sí mismos y el de los suyos. Este sentimiento se produce cuando la atención al paciente se ofrece de manera personal, íntima, informada e individualizada, cuando hay comprensión y compenetración con el que sufre. Sin embargo, por lo general desde el pregrado en las escuelas de medicina pareciera que se privilegia la tecnología antes que involucrarse con el enfermo, por consiguiente, se aprende a ignorar o minimizar las señales de sufrimiento del paciente. Para Rebolledo (2003), el dolor humano tiene la función trascendente de hacernos conscientes de nosotros mismos y de la existencia y sufrimiento del otro. No es solamente una respuesta básica de defensa, porque enfrentar el dolor y el sufrimiento de un paciente, con todas sus implicaciones nos expone a tener que admitir nuestros propios temores, vulnerabilidad y limitaciones, a veces no reconocidas por nosotros mismos. Rebolledo afirma que cuando los médicos asumimos el fracaso ante el dolor, se nos coloca frente a esa justicia irracional del amor propio, y así se sucede el juicio de la inconsistencia sintiéndonos culpables del delito de no poder ser más de lo que somos, y sin reflexión, el fracaso nos hace sentir culpables.

Particularmente, como seres humanos vulnerables, hemos sentido el impacto del dolor tanto el de índole biológica (orgánica) como el psicosocial. Ambos son muy complejos, sólo que, para el primero hay analgesia, pero, para el segundo, ése que no se puede explicar, ni expresar, ése que nos enmudece, que nos aísla, donde no hay enseñanza, que nos ha permitido crecer, mirar hacia el interior y ser más reflexivos, y a veces a ver el dolor con amor. Con seguridad hemos vivido y compartido el dolor de nuestros semejantes, con nuestros seres queridos, entre ellos los pacientes, constituyendo una experiencia muy compleja, pero que agradecemos ya que nos permite compartir con el paciente y su familia, lo que nos hace ser más humanos.

Se ha descrito el *síndrome de aniquilamiento*, citado por Rebolledo (2003), relacionado con la dificultad en el manejo de la vida, que suele presentarse frente a la ignorancia en el manejo del proceso terminal por el equipo de salud. El aniquilamiento se manifiesta como el dolor, el dolor del médico que sobrepasó sus expectativas o que se encontró con una profesión que no le dio la respuesta esperada. Un aspecto de este síndrome es precisamente el dolor que trasciende a nuestros tratamientos, pues una de las razones más importantes por la que el médico y enfermo fracasan en el manejo del dolor, es la dificultad para apreciar que el dolor no es simplemente una sensación física, sino una combinación tanto de la percepción de la sensación como de la respuesta emocional del paciente ante ella, así, la depresión poco a poco va acabando con la autoestima generando un quiste de resentimiento hacia todo lo que les rodea.

El inadecuado control del dolor se debe a la renuncia del médico o al desconocimiento de quienes lo manejan, en la aplicación de las pautas para su alivio, pudiéndose afirmar que el temor a la adicción de potentes analgésicos más que un conflicto del paciente es un problema del médico. Entonces la falta de una preparación adecuada y del apoyo de otros integrantes del equipo de salud, entre éstos los especialistas en el manejo del dolor, produce un sentimiento progresivo de frustración provocando estados alterados de las relaciones psicoafectivas del médico.

Enfrentar el dolor y la muerte de sus pacientes y el duelo de las familias, los errores en el tratamiento o los efectos del trabajo en la vida cotidiana, llevan a un sinnúmero de trastornos que socavan su propia salud. No obstante, existe prevención para este síndrome. Leal y Mendoza (1997) plantean que debe existir un equilibrio en el desempeño febril y apasionado de la profesión, desquiciado a veces del punto medio que debiera tener. Considerando la comprensión y el respeto hacia el dolor del paciente, así como su manejo adecuado tanto del punto de vista físico como psíquico, sólo el sentido de una real responsabilidad, reflexiva y consciente podrá centrar en la balanza al profesional para que no desborde de su cauce y no comprometa una o varias de las dimensiones de su persona.

## Conclusiones

La concepción actual del dolor y su abordaje han sufrido grandes transformaciones desde lo místico y sobrenatural de la antigüedad, hasta el uso de la más alta tecnología de nuestros días, sin embargo, el componente cultural sigue presente en el ser humano.

Existen dificultades cuando desde el punto de vista clínico, no se evalúa a la persona con dolor y sufrimiento de manera integral.

Debemos aceptar las dificultades que tenemos para interpretar nuestras reacciones, el asombro que nos causa el reconocimiento de nuestros sentimientos, emociones y percepciones, el enigma del por qué actuamos como lo hacemos.

El abordaje de los individuos debe ser único e irrepetible por esas características propias de cada uno, haciendo que se impulse a los médicos a reconocerse a sí mismos, recorriendo un largo camino para tratar de descubrir lo insondable de su propio ser.

El tiempo en horas, que dedican los profesionales de la salud, específicamente los médicos a la atención integral de los seres humanos en circunstancias difíciles, como son la pérdida de la salud de ellos mismos o de uno de los integrantes de su grupo familiar, nos proporciona oportunidades para la continuidad de la atención y de esta manera acceder a su intimidad física y comprender con más profundidad el origen y la complejidad del dolor cuando éste se presenta, sea de carácter físico y/o psíquico. Pero a su vez, a través de ellos podemos reconocernos, mirar hacia nuestro interior y aprender a ser más humanos.

Frente al dolor y al sufrimiento que ocasiona la enfermedad, existen situaciones que parecieran no trascender. Pero ellas también producen dolor, por tanto el médico tiene que brindar apoyo y solución, aceptando que, definitivamente, no existen soluciones universales y teniendo siempre presente la relación médico-paciente y médico-enfermo-familia.

## Bibliografía

- ALDANA, M., LIMA, G., CASANOVA, P. y CASANOVA, C. (2003). *Enfoque psicológico y fisiológico del dolor agudo*. Rev Cubana Med. Milit. (32):197-203.
- BARCIA, D. (1998). *La mujer afronta el dolor con más madurez*. [Documento WWW] "[http://www.diario médico.com/entorno/ent290198.com.html](http://www.diario_médico.com/entorno/ent290198.com.html)" - 29 de enero.
- BÁRCENA, F. (2004). *El aprendizaje del dolor*. Universidad Complutense de Madrid. [Documento WWW] "<http://www.ifs.csic.es/holocausto/texto/aprendi.html>"
- BEJARANO, P. (2004). *Reflexiones alrededor del dolor como experiencia personal y profesional*. [Documento WWW] <http://escuela.med.puc.cl/publ/ArsMedica/ArsMedica3/04-Bejarano.htm>
- Británica CD (1999). Edición Multimedia. *Survey of some the human senses. Cutaneous (SKIN) senses. Tactual psychophysics. Pain*.
- BURK, I. y DÍAZ, P. (1998). *Psicología. Enfoque actual científico-humanístico*. Buchivacoa. Falcón. Venezuela.
- DOHERTY, W. y BAIRD, M. (1996). *Terapia familiar y medicina familiar*. Coordinación de publicaciones del Rectorado de la Universidad de Oriente por convenio con The Guilford Press, New York, N.Y. Cumaná, Estado Sucre-Venezuela.
- FONEGRA DE JARAMILLO, I. (2003). *El médico ante el sufrimiento del paciente que enfrenta su muerte*. [Documento WWW] <http://escuela.med.puc.cl/publ/ArsMedica3/03-Fonegra.html>
- JUANEDA, M. (2003). *El concepto de enfermedad en el Egipto antiguo*. [Documento WWW] "SEHAT". Entrevistas temáticas.
- JASPAR, K. (2000). *La práctica médica en la era tecnológica*. Gedisa. España.
- LAÍN ENTRALGO, P. (1964). *La relación Médico-enfermo. Historia y Teoría*. Revista de Occidente. Madrid.
- LEAL QUEVEDO, F. y MENDOZA-VEGA, J. (1997). *Hacia una Medicina más Humana*. Panamericana. Bogotá-Colombia.
- MALPICA, R. C. (2003). *El enfermo mental ante la muerte*. CDCHUC.
- MARÍN H. (1997). *La invención de lo humano*. Iberoamericana. Madrid Marín, H.
- MCWHINNEY, I. (1995). *Medicina de Familia*. Mosby-Doyma Libros. España.
- MORRIS, Ch. (1987). *Psicología un Nuevo Enfoque*. 5ta. Ed. Prentice-Hall Hispanoamericana. México.

- PERA, C. (1999). *Estructura narrativa de la relación entre el enfermo y su médico*. Jano. LVII. 1312.
- PIZI, T. (2004). *Una visión humanista del dolor y el sufrimiento*. [Documento WWW] <http://www.uchile.cl/Instituto/medina/boletin/boletin36/conf8.html>
- RAGIO, M. (Ed) (2000). *El dolor. Una experiencia antropológica en la historia*. [Documento WWW] [www.europapress.cl. Informacionmedica.com.pfizer](http://www.europapress.cl/Informacionmedica.com/pfizer)
- REBOLLEDO, F. (2003). *El médico y el dolor, el dolor del médico*. Asociación Mexicana para el estudio y tratamiento del dolor. Memorias. XXIII Consejo Nacional AMETD. México.
- RÍSQUEZ F. (2004). *Diálogos con Médicos y Pacientes*. Monte Ávila Editores Latinoamericana. Caracas-Venezuela.
- SHERR, L. y FELOW, C. (1992). *Agonía muerte y duelo*. Manual Moderno. México. 1992.
- SORDO, P. (2003). *La experiencia del dolor*. [Documento WWW] "C:/Documentos and setting/mis documentos/experiencia del dolor-p sordom. html.
- ZUÑIGA CISNEROS, M. (1964). *Historia de la Medicina*. Edime. Caracas-Venezuela.