

**EL MANEJO DEL DOLOR Y LOS
CUIDADOS PALIATIVOS:...
CUESTION DE ACTITUD,
VOCACION Y PROFESION.**

EL MANEJO DEL DOLOR Y LOS CUIDADOS PALIATIVOS:... CUESTION DE ACTITUD, VOCACION Y PROFESION.

Graciela Valverde Salas*

Resumen

El presente artículo se constituye en uno de los insumos de la práctica académica desempeñada en el Hospital México, por la estudiante de último año de bachillerato de Trabajo Social, Graciela Valverde Salas; específicamente en la Sección de Ginecología Oncológica, bajo la supervisión de la MBA. Seidy Cháves Quirós.

Surge la necesidad de investigar sobre el actual funcionamiento de las clínicas o equipos interdisciplinarios de atención del dolor y cuidados paliativos, así como, conocer sobre las características de los profesionales que se desempeñan en este campo, para establecer una plataforma general y preliminar que permita visualizar el trabajo que se realiza y sobre todo que "se debe realizar" en la atención integral del dolor.

Se presentan aspectos teóricos conceptuales alrededor del tema en cuestión, con el propósito de ubicar contextualmente al lector en la temática que se desarrollará.

Así mismo, se exponen los resultados del análisis de la investigación rea-

lizada, durante el segundo período del año 2001 (setiembre a noviembre), tomando como base tres clínicas de control del dolor: *Clínica del dolor y Cuidados Paliativos del Hospital San Juan de Dios, la del Hospital de Heredia San Vicente de Paúl y la Unidad de Cuidados Paliativos de Alajuela.*

Para la investigación que reveló los contenidos del presente artículo, fue necesario utilizar la siguiente metodología:

1. Revisión bibliográfica para obtener los aportes teóricos necesarios que sustentan el artículo.
2. Elaboración del cuestionario a aplicar a los diferentes profesionales
3. Revisión del cuestionario por parte del supervisor y cosupervisora de la práctica, así como la jefe de Trabajo Social del Hospital México, con el fin de obtener el aval del mismo.
4. Consecución de citas en las diferentes clínicas.
5. Aplicación de las entrevistas.
6. Realimentación en todo el proceso con supervisor y cosupervisora.

*Bachiller en Trabajo Social, U.C.R.

7. Tabulación de la información.
8. Análisis de resultados.

1. Introducción

En nuestro país, se ha comenzado a prestar atención al control del dolor y los cuidados paliativos.

Durante muchos años, se ha tenido la concepción que la medicina tiene como función específica curar, atender y sanar, a aquellos que padecen de enfermedad o dolor, importando poco la calidad de vida que se les brinde a cambio de ello.

Pero existen situaciones en las que incluso se vuelve imposible el sanar o curar; tales situaciones las viven muchos enfermos que actualmente presentan enfermedades terminales o dolor crónico.

Las personas esperan en última instancia que aunque el médico no cure al menos alivie su dolor. Pero el dolor que se experimenta por cáncer, sida, o el dolor crónico, no es unidimensional; *abarca una serie de componentes* que van más allá de lo que pueda hacer un médico dentro de su profesión.

No se experimenta un solo dolor, no se refiere solo al malestar físico como tal, por lo que la atención del mismo, debe ser abordado de una forma integral.

2. Marco teórico

Es necesario proceder a una breve revisión de aspectos teóricos que se

derivan de la investigación y se convierten en bases fundamentales de la misma.

¿Qué es el dolor?

Todos los seres humanos, en alguna medida, hemos experimentado sensaciones de dolor. Se sabe que es lo que se siente cuando decimos que algo duele, pero es realmente difícil plasmar ese sentimiento en palabras con el fin de que otros lo entiendan.

Según la Organización Mundial de la Salud (1994), el dolor es una desagradable experiencia sensorial y emocional que se asocia a una lesión actual o potencial de los tejidos. Quien lo padece siempre espera que sea curada o al menos aliviada.

El dolor es también una experiencia subjetiva, depende de lo que el enfermo desee y pueda expresar, por lo que es importante tomar en cuenta los aspectos psicológicos que le permitan a la persona comunicar su vivencia. Además tiene que ver con el estado físico del cuerpo, combinado con una serie de factores consecuentes al malestar como los son la depresión, angustia, ira, frustración, sufrimiento, molestia, incomodidad, cualidades también desagradables para la persona.

Se puede definir como un sufrimiento o padecimiento físico causado por alguna afección en el organismo. Puede ser severo, leve o moderado, dependiendo de varios factores. Afecta significativamente la calidad de vida del paciente, su

conducta, su estado emocional y su condición física y repercute también, en las personas o familiares con quienes convive. (Tormo: s.a,7).

De esta forma, no puede tratarse el dolor como un aspecto aislado de quien lo padece, ya que implícitamente involucra no solo los factores físicos, sensoriales, individuales, sino los emocionales, sociales, espirituales y psicológicos. La experiencia del dolor, es realmente compleja y a veces se puede volver inexplicable.

Este se puede ubicar en el tema de los cuidados paliativos como: dolor por Cáncer y dolor Crónico.

En cuanto al dolor por cáncer, son pocos los datos recientes y confiables acerca de su epidemiología.

Por su parte el dolor crónico, representa otro gran problema de salud pública, si se toma en cuenta no solo el gran sufrimiento de quienes lo padecen sino los recursos que se necesitan para allanarlo.

Son precisamente éstos pacientes, los que demandan una atención de calidad; no es posible que exista la idea que "de por sí", ya nada se puede hacer.

Los pacientes en etapas terminales, pacientes con cáncer o dolor crónico benigno o maligno, merecen ser tratados con respeto y amor. Sus últimas etapas las deben vivir a plenitud pero sobretodo muy dignamente.

Es por esta razón que surgen los cuidados paliativos, como la esperanza para muchos que sufren dolor y que necesitan exhaustivamente el control del mismo.

2.2 Cuidados paliativos y control del dolor

"El nacimiento del tratamiento del dolor como una especialidad, apareció por primera vez en el Hospicio San Lucas en Londres, Inglaterra, donde desde 1940, la Dra Cecily Saunders busca la manera de aliviar el dolor de los enfermos y sus familias.: (Calvo: 1998)

Los primeros pasos en el manejo del dolor se dieron en Inglaterra, con la creación de Hospicios de cuidados paliativos, donde se le otorgaba al paciente una muerte digna. Se incluía la atención tanto a enfermos como a los familiares a nivel físico, emocional y espiritual.

El hospicio creado por la doctora y trabajadora social, fue la piedra angular para el desarrollo del tratamiento moderno del control del dolor y los cuidados paliativos. (Calvo:1998, 7).

El cuidado paliativo, implica comprender que la persona afectada por dolor crónico o terminal realmente sufre y necesita ser aliviada. El tratamiento que se brinde debe ser competente para el control del dolor físico, pero así mismo debe brindarse tratamiento social, psicológico y espiritual.

El dolor no solo limita la capacidad física del individuo; la sensación de impotencia y muchas veces de frustración, reflejadas en la actividad física, emocional y espiritual disminuida, revelan la influencia directa en la pérdida de calidad de vida y de la autoestima de los pacientes.

El cuidado del paciente que sufre este tipo de dolor, debe ser de una forma integral, atendiendo toda la connotación del dolor; tomando en cuenta al paciente como parte de una unidad especial que es su familia, su contexto social y muy por encima de todo su interioridad: sentimientos, pensamientos y espiritualidad.

No por ser paliativa, esta medicina es menos importante que la convencional, muy por el contrario, requiere de conocimiento, experiencia, capacitación, pero además de actitudes humanas que permitan comprender el dolor en su máxima expresión.

El cuidado paliativo debe llevarse a cabo por un equipo interdisciplinario, para que la acción sea más efectiva y buscando siempre el mayor beneficio para las personas con las cuales se trabaja, deben preocuparse por la causa del dolor, aliviarlo y palearlo con medicamentos especiales, apoyo psicológico, social y espiritual.

La naturaleza del dolor, exige que el abordaje sea integral, que se complementen conocimientos, procedimientos y componentes del ámbito biosicosocial-espiritual de cada uno de los pacientes en la intervención.

Actualmente en nuestro país, según el Plan Nacional para la Organización de las Clínicas de Control del dolor y Cuidados Paliativos, Nivel I y II de atención médica, elaborado por el Dr Isaías Salas (julio 2001), se encuentran trabajando 19 clínicas distribuidas en cada una de las siete provincias.

3. Tres diferentes experiencias en el manejo del dolor y cuidado paliativo.

Como se mencionó, las entrevistas se realizaron a personal de las clínicas del dolor del Hospital San Juan de Dios, San Vicente de Paúl y de la Unidad de cuidados paliativos de Alajuela.

Se contó con el apoyo de diferentes profesionales: Médicos, Psicólogos, Trabajadoras Sociales y Sacerdote.

3.1. Concepción de dolor

Se puede encontrar similitudes en la forma como los profesionales que trabajan con el dolor definen al mismo.

Se contempla al dolor como una experiencia subjetiva, que debe creerse siempre, producto de una enfermedad determinada, ante todo como una experiencia muy compleja en el ser humano que provoca displacer en la persona y que considera varios aspectos: dolor físico, total, espiritual, donde se abordan todos los componentes biosicosociales-espirituales e incluso históricos, de ahí la importancia del abordaje integral que se le debe dar al mismo.

Ante situaciones de dolor por cáncer o crónico, las personas se enfrentan al temor de la muerte, surgen resentimientos contra ellos mismos y los demás y una serie de problemas de orden afectivo que terminan complicando aún más la situación.

Por otro lado, el paciente puede percibir la sensación displacentera muy subjetivamente de acuerdo a su condición física, social, espiritual, económica, cultural y religiosa. Es importante tomar en cuenta todos estos factores, por que, según la condición de éstos, se percibe el dolor total.

Desde la perspectiva católica, el dolor se califica como:

“Un misterio del amor de Dios hacia la humanidad. Si Dios es amor y positivamente nos ama, ¿cómo puede ser el dolor amor de Dios?. Jesucristo, el hijo de Dios amado, sufrió el dolor como nadie lo ha sufrido y no por eso dejó de ser amado por Dios. Los cristianos somos hijos de Dios y hemos de concebir el dolor como instrumento salvador de la humanidad, como imitador de Cristo” (Chaves Araya, 2001).

Definitivamente, el dolor se convierte en un aspecto sin principio ni explicación. Lo importante, es tomarlo en cuenta como una experiencia compleja y multidimensional.

En la definición anterior, es necesario tener presente la connotación que puede provocar, el dolor en las personas como amor de Dios. Como se mencionó, puede incluso parecer contradictorio para los enfermos, por lo que no es tan sencillo hablarle a un moribundo que Dios lo

ama, cuando el primer reclamo que pueden tener es quejarse de que ese Dios tan amoroso, los tiene en una cama y a unos pasos de la muerte. Es necesario abordar este tema muy cuidadosamente y enseñar a ver a la muerte como el último evento de la vida que le corresponde vivir a todo ser humano y no como lo trágico que para muchos significa.

3.2 El equipo básico de trabajo.

Es posible proponer un equipo ideal que debería conformar toda clínica de atención del dolor y cuidados paliativos; éste estaría formado por: Equipo médico (medicina interna, anestesiólogo, hematólogo), Profesional en Psicología y Trabajo Social, Enfermería, Farmacia y atención espiritual sea sacerdote o pastor.

Al ser el dolor un fenómeno totalmente amplio y multifactorial y dimensional como ya se ha indicado, se hace necesario para una atención integral, la permanencia de un equipo que cumpla con las necesidades básicas de los enfermos, tales como las físicas, las psicológicas, sociales, emocionales y espirituales.

En cuanto al campo de la medicina, se identifica que dentro de los equipos laboran médicos generales, anestesiólogos, algólogos (especialista en el dolor), hematólogos. Lo importante es que al menos exista el equipo médico básico para la atención del dolor.

Entre más especialistas laboren dentro del equipo, más completa será la atención que se brinde, sin embargo, hay que tomar en cuenta un importante fac-

tor, cual es la disponibilidad de recursos para desempeñar estas labores y los conocimientos necesarios.

Según las entrevistas realizadas, la mayor parte de los profesionales que conforman el equipo, reciben como retribución el agradecimiento de los pacientes y sus familiares, no así una remuneración material al respecto.

Incluso, consideran que el premio fundamental a su labor en ningún momento puede llegar a ser el económico.

Es necesaria la atención social, emocional y psicológica de los pacientes, funciones que deben ser desempeñadas por psicólogos, trabajadores sociales y psiquiatras.

La atención farmacéutica, se vuelve fundamental en el cuidado paliativo. Si se cuenta con el servicio de farmacia dentro de la misma clínica, o sea no

dependiente específicamente del Hospital, la labor puede ser más útil y eficaz, porque se tendrá lo que se necesite en el momento preciso.

La atención espiritual, debe verse tan importante como la médica y social. Se le debe dar la oportunidad a cada enfermo terminal y moribundo de encontrarse con su espiritualidad, en el trance final de su vida. En la Unidad de Cuidados Paliativos de Alajuela, la intervención espiritual ocupa un lugar muy importante en el trato de los enfermos, incluso la misma iglesia, juega un papel fundamental en el desempeño de la clínica en cuanto a recursos económicos se refiere. Aún así, sin importar el credo religioso, es imprescindible que exista un profesional al respecto, que se incorporen de ser posible, pastores, predicadores y sacerdotes en general.

El cuadro siguiente muestra el capital humano con que cuentan las unidades en estudio

DISTRIBUCIÓN DEL CAPITAL HUMANO INTERDISCIPLINARIO, SEGÚN CLÍNICAS DE CUIDADOS PALIATIVOS 2001

<i>Profesional</i>	<i>Alajuela</i>	<i>San Juan</i>	<i>Heredia</i>
Medicina interna/general	2		1
Algologo		1	
Anestesiólogo		1	1
Hematólogo	1		
Psicología	1	2	1
Trabajo Social	3		1
Enfermería	6	2	1
Farmacia	1		1
Apoyo Espiritual	1		

Fuente: Valverde Graciela

Estos son los profesionales que están contemplados dentro de las clínicas de cuidados paliativos. La clínica del Hospital San Juan de Dios, refiere que trabajan en conjunto con los profesionales de trabajo social, farmacia y la parte espiritual.

3.3 . Estructura administrativa y técnica

Las clínicas se conforman por juntas directivas, equipo técnico y asociación o fundación, que les provee principalmente los recursos económicos. También se cuenta con el equipo básico de mantenimiento, transporte y grupos de voluntariado que complementan las acciones de la Clínica. La Unidad de Alajuela, mantiene ejes importantes de educación, docencia e investigación, así como la acción social y proyección comunal.

3.4 . Experiencia Laboral

La experiencia de trabajo de los profesionales entrevistados, se encontró entre los cinco y los diez años, prestando servicios a los cuidados paliativos y la atención del dolor.

Es importante mencionar este dato, en la medida que el conocimiento, las bases y sustento teórico-práctico que tienen los profesionales es amplio. La gran mayoría de ellos, han iniciado sus labores desde la fundación de la clínica, lo que ha permitido una entrega e identificación total con la misma.

En el manejo del dolor y cuidados paliativos, se vuelve imprescindible un conocimiento basto , profesional, técnico y creciente en la materia.

La permanencia de los profesionales en sus respectivas clínicas, demuestran la motivación de los mismos, la empatía que han logrado establecer con sus poblaciones y la integración coordinada y planificada al interior de los equipos.

3.5. Funciones que se desempeñan dentro del equipo y tiempo designado

Las funciones van a depender por supuesto de la profesión de cada uno de los miembros. Así se logró encontrar: los médicos desempeñan toda la función médica pertinente, además realizan labores administrativas en las respectivas juntas directivas.

Los psicólogos por su parte, brindan la psicoterapia individual, familiar y grupal necesaria, proveen servicios de salud mental, brindan el apoyo psicológico que los pacientes necesitan con dolor benigno, crónico o por cáncer, trabajan el enfrentamiento a la muerte y la terapia de duelo, atienden las referencias intrahospitalarias y ambulatorias.

Las trabajadoras sociales consultadas, tienen como función, ser el primer filtro de recepción de pacientes; la sesión inicial o entrevista del paciente es con Trabajo Social. Se realizan sesiones individuales y familiares, intervención en crisis, visitas domiciliarias, orientación y capacitación para uso de equipos básicos, estudios socioeconómicos, atención socioterapéutica, preparación para el duelo, grupos de terapia para duelo complicado post-muerte y una serie de funciones administrativas como programación, informes anuales, coordinaciones interinstitucionales y actividades de promoción y recaudación de fondos, así como la proyección a la comunidad.

Con respecto al apoyo espiritual, sea de pastor o sacerdote, brinda atención tanto a los pacientes, y sus familias como a los mismos miembros del equipo. Otorga los sacramentos estipulados según la religión católica en este caso como: unción de los enfermos, confesión y comunión.

En cuanto al tiempo designado al equipo, fue posible encontrar que la C.C.S.S., aún no designa plazas fijas a estos profesionales. En su gran mayoría trabajan jornadas de mitad de tiempo dentro del equipo, aún así, reconocen que el mayor tiempo lo absorbe la clínica.

En realidad, para estos profesionales el tiempo no puede ser medido específicamente, ya que muchas veces, las visitas domiciliarias, se realizan a altas horas de la tarde y noche, no depende exclusivamente de ellos, sino más bien de las necesidades de los enfermos, como manifestó uno de los entrevistados: "Martes y viernes se acompaña al equipo a visita domiciliar a partir de las 4:00 p.m., hasta que se termine con el último paciente.(10:00 p.m., 11:00 p.m. o incluso una de la mañana)".

Muchos profesionales, si han ocupado la mañana en la clínica del dolor, deben cumplir por la tarde con sus responsabilidades hospitalarias, y si se toma en cuenta, que el tiempo que invierten en la clínica lo pueden aprovechar en la consulta privada; realmente no es tan importante la cantidad como la calidad del tiempo que se dedica a la labor del cuidado paliativo.

3.6. Organización del trabajo a nivel de equipo interdisciplinario

La organización del trabajo refleja en gran medida, la labor que se desempeña. En los equipos analizados, se encontró una coordinación y planificación eficiente para la prestación de calidad de los servicios.

Cada equipo se reúne al menos una vez a la semana, donde se planea y discute los procedimientos a seguir y los diferentes casos que se presentan. En dichas sesiones semanales es posible identificar dos estructuras: la clásica, con enfoque biólogo, donde un profesional en medicina, asume la coordinación de la sesión, y la matricial que tiende a la participación activa de todos sus miembros, cada quien desempeña las funciones inherentes a su profesión y se complementan interdisciplinariamente.

Por otro lado, se encontró que en la Unidad de Cuidados Paliativos de Alajuela, se han distribuido la población según sectores y condición de los pacientes. La zona geográfica se ha dividido en tres sectores: sector sur, el sector norte y zonas alejadas, cada uno a cargo de un respectivo subequipo formado por al menos médico, enfermera y trabajo social.

Además, los pacientes se encuentran clasificados según su estado de salud, de la siguiente manera, tomando en cuenta que todos son pacientes en etapa terminal:

verde	Pacientes que se pueden movilizar.
amarillo	Pacientes en estado medio. (50% bien 50% mal).
rojo	Pacientes que deben estar 100% acostados.

De acuerdo a esos criterios se planifican las acciones prioritarias dentro de la clínica y se lleva a cabo el trabajo a nivel de equipo interdisciplinario.

En la organización del trabajo se toman en cuenta las diferentes estrategias de intervención que se utilizan. La clínica del San Juan, de Dios atiende a nivel individual y familiar, la de Alajuela y Heredia además atienden el nivel comunitario. Por otra parte, se realizan visitas domiciliarias tanto en la clínica de Alajuela como la de Heredia. Se dispone de días específicos para realizar las visitas y debe asistir el equipo básico necesario.

El seguimiento que se le da al caso es exigente, todo es a nivel paliativo, se atiende integralmente tanto al usuario como a su familia, se realizan las coordinaciones respectivas que amerite y el caso se sigue hasta la muerte del paciente y posterior a ésta se atiende a la familia cuando así es necesario, incluso hasta cinco meses después del fallecimiento.

En el abordaje de la población se hace necesario utilizar instrumentos básicos de registro como:

- ✓ expediente donde se contemple la evolución de la atención de todos los profesionales que intervengan en el caso.
- ✓ archivo de tarjetas con el diagnóstico debido.

✓ instrumentos necesarios en la visita como certificaciones médicas, boletas de préstamo de equipo, incapacidades, licencias, referencias.

✓ instrumentos para medir nivel del dolor.

✓ Instrumentos de registro según las necesidades de cada una de las profesiones.

Los casos son referidos a las clínicas vía referencia y tiene como requisito ser pacientes en etapa terminal o pacientes oncológicos. En el caso de la Unidad de Alajuela se trabaja también con pacientes portadores de sida.

3. 7. Estrategias de promoción y financiamiento

La labor que realizan las clínicas, requieren de una cantidad de recursos considerables.

Actualmente se cuenta con un financiamiento que brinda la Junta de Protección Social, a través del Instituto del Cáncer. A partir de esta donación, las clínicas deben ver de que forma obtienen los recursos necesarios para continuar ofreciendo los servicios.

La clínica del San Juan, hasta el momento, no ha trabajado con la proyección social, ya que para ellos no ha sido una prioridad, primero consideran nece-

sario afinar una serie de aspectos antes de involucrarse a nivel comunal y promocional.

Dentro de las estrategias de promoción y financiamiento por parte de las otras dos clínicas involucradas en la investigación, se obtuvo: promoción por medio de la familia del paciente, divulgación en medios de comunicación como radio, periódicos, televisión, acciones de recolección y promoción en diferentes ámbitos: iglesia, comunidad, diferentes actividades socioculturales como bingos, bailes, capacitaciones comunales, donaciones de personas, familiares, clubes de servicio, empresa privada, sociopatrocinadores.

Las instituciones o asociaciones que más colaboran con las clínicas son: grupos voluntarios, iglesia, servicios sociales como el Club de Leones, los Rotarios, la Cruz Roja, y sobre todo la comunidad a la que se le prestan los servicios.

La familia, suele involucrarse en gran medida alrededor del trabajo de la clínica, es posible establecer una cercanía humana real y consistente, donde lo que debe privilegiar como clave es la comunicación fluida y horizontal en cada una de las partes integrantes, la misma familia termina convirtiéndose en parte fundamental del equipo y muchas veces, al morir el paciente, ellos pasan a formar parte del equipo voluntario que apoya a la clínica; la familia participa incluso como consecuencia natural al fenómeno del dolor de su pariente.

3.8 Patologías comunes y características socioeconómicas de la población que se atiende.

La población que se acoge en estas clínicas, se encuentra clasificada según las edades como población adulta joven y mayor. Se atienden sobre todo personas de edades entre los 35 y 65 años de edad, relativa la cantidad en cuanto a hombres y mujeres.

Las patologías más comunes en orden de importancia son:

- ✓ Cáncer gástrico.
- ✓ Cáncer de Cérvix y mama.
- ✓ Cáncer de próstata.
- ✓ Cáncer de pulmón
- ✓ Otras como Sida, leucemias y fibromialgia.

Por otro lado, la población presenta como características dominantes:

- ✓ Población de clase media y baja.
- ✓ Pobreza, pobreza extrema.
- ✓ Zonas rurales o marginales.
- ✓ Problemas sociales como : alcoholismo, violencia intrafamiliar, desintegración familiar, jefas de hogar, desempleo, vivienda.

En general, en las clínicas se atiende población con características muy variadas; si bien es cierto que predomina la población afectada social y económicamente, también se atiende personas de clase media alta y alta.

4. Actitud, vocación o profesión.

El manejo del dolor y cuidado paliativo, trasciende cualquier tipo de especialidad médica. Cuando no es posible curar, al menos debe quedar la satisfacción de aliviar o paliar el dolor. No puede ser posible, que ante una persona enferma terminal, un profesional tienda a cruzarse de brazos porque simplemente "no hay nada más que hacer".

Aunque el único paso que quede sea el de la muerte, debe ser un paso dado con seguridad, confianza y esperanza. Toda persona es digna y merece mantener esa dignidad incluso en sus últimos momentos de vida. Es más, son esos últimos momentos los que deben vivirse como ningún otro; y... ¿será posible que un enfermo con dolor crónico o por cáncer sin el alivio necesario, pueda experimentar una muerte digna y sublime?.

El manejo del dolor implica no solo poseer un vasto conocimiento científico, técnico y creciente; se necesita aparte una gran dosis de vocación y actitudes humanas, que permitan comprender el estado real de aquellos que sufren por dolor.

Los profesionales, deben tener una disposición abierta hacia la muerte, pues esta se convierte en la compañera de trabajo de todos los días. La ayuda que se pretenda brindar en un equipo de atención del dolor, debe ser una ayuda profesional en todo el sentido de la palabra, se necesita de una capacitación adecuada en materia de clínica de dolor y cuidado paliativo.

Los profesionales deben poseer un espectro muy amplio de características; desde la sensibilidad humana, hasta actitudes negociadoras y estratégicas, debe ser una persona empática, que posea la capacidad y habilidad de escuchar más que de oír, debe ser una persona paciente, pasiva y activa; debe tener motivación para el trabajo con los mayores sufrimientos y un espíritu de poder llevarlo a cabo, es casi tener una vocación para ello, porque las experiencias son difíciles y hasta enajenantes. La posición humanista e integral debe privar ante cualquier otra postura.

Se debe poseer la accesibilidad a estar siempre dispuesto al compromiso para que se selle toda intervención que se realice y la discrecionalidad que busque el mayor de los respetos por los que padecen dolor, angustia y desesperación.

La persona profesional en el manejo del dolor, debe sentir de una forma especial la identificación con los pacientes, tolerancia y comprensión... calidad humanista máxima.

El manejo del dolor es en definitiva una cuestión de actitudes, vocación y profesión.

5. ¿Y después que queda?

Ante las puertas de la muerte, ¿cuál puede ser la satisfacción personal de los profesionales.?

Aunque para muchos todo esté perdido, el profesional que trabaja con el dolor, encuentra en su experiencia profesional y personal una ganancia que “no puede comprar ni la mayor cantidad de oro que exista en el mundo”.

El dolor es un hecho real, cada paciente con dolor necesita mucho, cualquier cosa que se haga para mitigarlo se agradece. Cada paso que se da tiene un impacto en la vida de los que sufren dolor; cuando son aliviados se sienten como personas dignas, como ese ser humano trascendente que necesita vivir y morir tal como él lo desea, paliar el dolor es un hecho totalmente humano y la gratificación no la paga ninguna moneda.

Al trabajar con el dolor a tan solo unos pasos de la muerte, es posible aprender a vivir y cambiar radicalmente la forma de ver las cosas en el mundo, de las grandes angustias, se aprende a disfrutar de los pequeños placeres.

El manejo del dolor, puede llegar a convertirse para los profesionales comprometidos con él, en el entusiasmo, la pasión y la lucha diaria; por ver de que forma se brinda una calidad de vida a todos los que están reclamando por ella.

Esta labor permite no solo la formación y desarrollo profesional, sino que se convierte en una escuela de preparación para la propia muerte, se aprende a valorar la vida y a vivir plenamente como si fuera el último día.

Un abrazo, un beso, un gracias, ante una situación de dolor total, realza la identidad personal y profesional de quien los recibe.

Aunque exista la imposibilidad de no poder hacer más para evitar la muerte, la satisfacción es plena siempre y cuando se haya realizado el intento de aliviar y proporcionar la muerte con dignidad. La realización humana que se puede desprender de colaborar en una obra de amor, entrega, dedicación, esfuerzo, profesión y vocación, no se puede comparar con ningún otro hecho real de la vida.

6. Conclusiones

La investigación realizada, permite obtener una serie de datos importantes para tomar en cuenta, en el actual funcionamiento de las clínicas del control del dolor y sobre todo, para la red futura de clínicas que se pretende establecer en el país.

El dolor en sí, es una experiencia multidimensional e integral, abarca una serie de factores sociales, físicos, psicológicos, emocionales y espirituales, no posee una única causa o explicación, es una experiencia compleja y como tal debe abordarse de forma completa, integral, humana, eficiente y eficaz.

Los cuidados paliativos, se convierten en la esperanza para todos aquellos que sufren de dolor por cáncer, sida o dolor crónico; esperanza de morir dignamente, preservando los valores personales hasta el último momento.

La atención que debe privar en el manejo del dolor, es en definitiva la integral, accionando para aliviar tanto el dolor físico como el emocional y espiritual. Estos equipos de manejo del dolor,

demuestran además, que es posible desprenderse del enfoque médico-biológico y de la medicina tradicional para pasar a un enfoque biosicosocial-espiritual, en donde se visualice a la persona como un ser holístico, interdependiente e integral.

El paciente con dolor presenta una serie de necesidades de primer orden: requiere atención médica para controlar su dolor físico, aliviar el dolor emocional que trae consigo el aceptar que el final está cerca y proporcionar la contención necesaria para la expresión de sentimientos y pensamientos. Las necesidades sociales, surgen ante la incapacidad de los enfermos de realizar las labores productivas que estaban acostumbrados a realizar, esta situación provoca una serie de alteraciones y desequilibrios a nivel personal y familiar.

Espiritualmente, el paciente siente la necesidad de encontrar la paz, se debe ofrecer la posibilidad de obtenerla si así lo desea.

El objeto de intervención en las clínicas del dolor, lo constituye tanto el paciente como su familia.

Los pacientes deben recibir el trato digno, respeto y asistencia que ellos elijan en sus días finales.

Con los equipos de atención del dolor, se pretende integrar el hogar, la consulta y el hospital en un todo. Se busca brindar toda la atención necesaria, para que éste no tenga que andar de un lado a otro, satisfaciendo sus necesidades. Por otro lado, el uso de los recursos puede ser más eficiente si se logra que el paciente sea atendido en un solo

lugar, los beneficios son tanto para los profesionales como para los pacientes y la prestación de servicios de salud en general.

El tratamiento que se brinda es a nivel paliativo, no curativo, por lo que no se debe someter a los enfermos a procedimientos dolorosos que en realidad no tienen ningún fundamento.

El equipo básico que debe constituirse en la atención del dolor, lo conforman: médico general, especialista, enfermera, psicóloga, trabajadora social, farmacéutica y el apoyo espiritual.

No solo se necesita el trabajo del equipo interdisciplinario. Es fundamental contar con el apoyo de los familiares, éstos deben involucrarse en gran medida, para complementar la atención integral de los pacientes, además, ellos se sienten mejor cuando alguien de su propia familia es quien lo cuida y asiste.

Los grupos de voluntariado, se constituyen en una importante fuerza de trabajo dentro de estos equipos. Dichos voluntarios deben poseer una preparación adecuada en el manejo del dolor, capacitación, actitudes de humanidad y vocación para el trato con enfermos crónicos o terminales.

El trabajo con la comunidad es posible, siempre y cuando medie el diálogo, la organización y una comunicación clave, horizontal y participativa de todos los integrantes del proceso.

Actualmente, las patologías más comunes que se atienden dentro de los equipos es el cáncer gástrico, el de mama, cérvix y el de próstata.

Estas patologías, revelan además un fracaso preventivo en la medicina y políticas de salud costarricenses. Si se aplicara una política preventiva adecuada y concientizadora, no tendría razón de existir tantos casos de cáncer de cérvix, mama y próstata en nuestro país.

El tema del dolor y los cuidados paliativos es realmente interesante e importante para los profesionales de las ciencias médicas y sociales. Con las experiencias actuales en control de dolor, los profesionales se deberían de fortalecer unos a otros buscando una red real de este tipo de servicio a nivel nacional. Los esfuerzos deben ser integrados y no fragmentados, el ideal y objetivo debe ser común para todos. Se debería de complementar procedimientos, técnicas, procesos de organización e intervención, estableciendo para todas aquellas personas que padecen de dolor, una equitativa y especial atención dotada de calidad humana y profesional.

Bibliografía

Calvo Patricia et al. (1998). Propuesta para la ampliación del servicio de atención médica extrahospitalaria de la clínica del control del dolor y cuidados paliativos del Hospital Dr. Rafael Ángel Calderón Guardia. Universidad de Costa Rica, Seminario de Graduación en Administración de Negocios, San José, Costa Rica.

Pupo Araya Rocío.(1995). Proyecto de docencia y capacitación en el manejo del dolor y cuidados paliativos, dirigido a profesionales en ciencias médicas y sociales. San José, Costa Rica.

Salas Herrera Isaías. (2001). Plan nacional para la organización de las clínicas de control del dolor y cuidados paliativos, nivel I y II de atención médica. San José, Costa Rica.

Salas Herrera Isaías (1995). Clínica del control del dolor del Hospital R.A. Calderón Guardia. San José, Costa Rica.

Tormo F et al. (s.a.) Programa de inducción y educación al paciente y su familia. CCSS. Hospital Rafael A. Calderón Guardia. San José, Costa Rica.

Entrevistas personales

Dr, Carlos Ramírez. Unidad de cuidados paliativos de Alajuela. (octubre 2001).

Lic. Patricia Navarro y Lic. Celso Cruz. Psicólogos. Clínica de control del dolor del Hospital San Juan de Dios (octubre 2001).

Lic. Vera Alfaro. Trabajadora Social. Unidad de cuidados paliativos de Alajuela. (octubre 2001).

Lic. Flor Castro. Trabajadora Social. Clínica de atención del dolor de l Hospital de Heredia. (octubre 2001)

Presbítero Alfonso Cháves Araya. Unidad de cuidados paliativos de Alajuela. (octubre 2001).