



**UNIVERSIDAD DE CIENCIAS EMPRESARIALES Y SOCIALES
ESPECIALIZACIÓN EN PSICOONCOLOGÍA**

**LA VIVENCIA DEL DOLOR EN UNA PACIENTE
CON CÁNCER DE CUELLO UTERINO
CASO BENITA**

PROBLEMA

¿Cuál es la vivencia del dolor en Benita?

¿Cómo influye el tratamiento del dolor en la calidad de vida de Benita?

AUTOR

Dr. Egzer Prophete

TUTORES

Tutor disciplinar de contenidos: Lic. Susana Handelsman

Orientador metodológico: Lic. Esp. Carina Ponce

DIRECTORA

Dra. María Bosnic

JUNIO, 2016 – CIUDAD AUTÓNOMA DE BUENOS AIRES

ÍNDICE

INTRODUCCIÓN.....	1
1. Capítulo I: Marco Teórico	3
1.1. Dolor en Oncología	3
1.2. Tipos de Dolor en Pacientes Oncológicos	4
1.3. Causas del Dolor en Pacientes Oncológicos	6
1.4. Valoración y Evaluación del Dolor.....	
1.5. Objetivos del Tratamiento del Dolor en Pacientes Oncológicos.....	8
2. Capítulo II: Aspectos Metodológicos.....	15
3. Capítulo III: Presentación del Caso Benita	15
3.1 Genograma	
4. Capítulo IV: Descripción del Caso Benita.....	17
5. Capítulo V: Análisis del Caso Benita.....	21
Conclusiones Generales.....	23
Referencias Bibliográficas.....	24

INTRODUCCIÓN

El presente escrito se inscribe dentro del marco de la Especialización en Psico-Oncología de la Universidad de Ciencias Sociales y Empresariales (UCES). El mismo corresponde al Trabajo Final de dicha Especialización y trata sobre la vivencia del dolor en una paciente con cáncer de cuello uterino.

Según la Asociación Internacional para el Estudio del Dolor (1994) "El dolor es una desagradable experiencia sensorial y emocional que se asocia a una lesión actual o potencial de los tejidos o que se describe en función de dicha lesión". (p. 112).

A esta información la Asociación agrega que, "con frecuencia se encuentran muchas personas con problemas de dolor que son pacientes oncológicos" y señala que, "aproximadamente un 50% de estos pacientes muestran niveles significativos de depresión". (Miro, J. 1990b, p. 43).

En consecuencia, lo que realmente influye en la aparición del problema es la percepción que los pacientes tienen sobre el impacto negativo del dolor en sus vidas, por la disminución de la actividad, por la reducción de su capacidad de autocontrol, por el deterioro del sentimiento de autoestima, y también por la disminución en la habilidad para influir en estas dificultades.

En palabras del Dr. Schavelzon (1988): "el dolor es una agresión orgánica...fisiológica...un fenómeno neurológico... psicosomático...psicosocial ...de comportamiento afectivo...interpersonal...cultural...filosófico". (p. 149).

El dolor en pacientes oncológicos tiene que ver con que las células anormales que invaden el cuerpo destruyen los tejidos normales, a partir de diversas multiplicaciones y extensiones. Este dolor también puede producirse por la presión tumoral que se ejerce sobre una estructura corporal u órgano.

La presencia de dolor dentro de un proceso oncológico es variable y depende del tipo y de la extensión de la enfermedad, así como también de la propia

tolerancia individual al dolor de cada persona. Se calcula que el dolor es el síntoma principal en el 40% de los pacientes oncológicos en tratamiento y el 75% en enfermedad avanzada. (Sociedad Española de Oncología Médica, 2010).

Schavelzon (1988), a través de 667 entrevistas realizadas por Daut en el año 1982, afirma que: “el dolor por cáncer provoca mayor interferencia en la actividad y en el vivir, que el dolor aparentemente de igual intensidad provocado por otras afecciones”. (p.150).

El dolor en el paciente oncológico es un problema que involucra a muchos protagonistas: el paciente y su familia, médicos, enfermeros, psicólogo, autoridades sanitarias, dado que en alguna medida todos lo sufren si no es tratado correctamente.

Por cierto, el dolor no tratado es un determinante clave del deterioro de la calidad de vida, pues disminuye la actividad del enfermo, interfiere con el apetito, el sueño, el estado del ánimo, y conlleva a la pérdida del autocontrol. (Organización Mundial de la Salud, 2004).

Los pacientes con dolor oncológico han de ser evaluados de modo continuo y sus quejas siempre han de tenerse en cuenta, abarcando aspectos físicos, psicológicos y sociales. La estrategia terapéutica se basa en los siguientes principios:

- Tratamiento de la posible causa del dolor.
- Prontitud en el tratamiento para evitar el sufrimiento.
- Evaluación de las diferentes posibilidades terapéuticas existentes.

Se aclara que para realizar dicho escrito se llevó a cabo una investigación documental no exhaustiva. Se trabajó con material bibliográfico de fuentes primarias y secundarias. Específicamente se han utilizado libros, apuntes aportados por los docentes de la Carrera, y material obtenido de diferentes páginas de Internet. Información que en su totalidad es en idioma español.

A continuación se desarrollan los capítulos que componen el trabajo. El primero corresponde al Marco Teórico, en el que se define el concepto de dolor en oncología; causas y tipos de dolor; y tipos de tratamiento para el dolor en oncología. Luego, en el segundo capítulo, se describen los aspectos metodológicos del estudio de caso. En el tercer capítulo se presenta el Caso Benita, que posteriormente será descrito y analizado. Finalmente se exponen las Conclusiones Generales en las que se sintetizan los aportes que brinda el trabajo a nivel teórico y práctico; y se culmina el escrito con las Referencias Bibliográficas.

CAPÍTULO I: MARCO TEÓRICO

1.1 DOLOR EN ONCOLOGÍA

Para dar comienzo a este primer capítulo es oportuno aclarar que el dolor sigue siendo un problema sanitario en la sociedad actual, por lo cual muchos preguntan: ¿Es el dolor una enfermedad o un síntoma?

Es posible considerar que el dolor agudo sea un síntoma y que el dolor crónico sea una enfermedad, que como tal deberá ser tratada por un médico especialista; por el contrario, el dolor agudo puede ser tratado en una unidad multidisciplinar.

El dolor es también un problema sanitario a resolver en lo relacionado con su administración, con la planificación de la atención, la educación profesional y de los pacientes, la creación de soportes administrativos, la documentación y propaganda, y en una acción conjunta y planificada.

Por otra parte es importante mencionar que al mismo tiempo que produce una menor actividad y altera la movilidad provocando una atrofia muscular, el dolor oncológico origina un impacto emocional que aumenta el aislamiento e introspección del paciente creando ansiedad, temor, amargura, frustración, depresión que a veces termina en ideación o intentos de suicidio, disminución de la libido y deterioro de relaciones familiares. Además, ocasiona disminución del estado general de salud, dependencia de cuidadores y fármacos, mayor uso de sistemas sanitarios, incapacidad laboral etc. (Sancho, López, Sancho, Ávila, Grande, Cavallo.,..., Pérez- Manga 2006, pp. 124).

Según algunos conceptos de Fields y Martin (2006) quienes explican que el dolor es un síntoma por el cual generalmente el paciente consulta: “la función del sistema de percepción del dolor (sistema sensorial) es proteger al cuerpo y conservar la homeostasis. Realiza esa función al detectar, localizar e identificar elementos nocivos para los tejidos”. (p.83).

Por su parte, Sancho y otros (2006) describen el dolor como una sensación desagradable que se concentra en alguna parte del cuerpo; como un proceso penetrante o destructivo de los tejidos (p. ej., lancinante, quemante, constrictivo, desgarrante u opresivo) o como una reacción emocional o corporal (p.ej., terrorífico, nauseabundo, asqueante). Y refieren que: “Todo dolor moderado o intenso conlleva ansiedad y el deseo imperioso de eludir o de suprimir esa sensación. Estas características se corresponden con la dualidad del dolor, que es tanto una sensación como una emoción”. (p.83).

A esta información se agrega que: “con frecuencia se encuentran muchas personas con problemas de dolor que son pacientes oncológicos y aproximadamente un 50% de estos pacientes muestran niveles significativos de depresión”. (Miro, 2003, p. 43)

En consecuencia, lo que realmente influye en la aparición del problema es la percepción de los pacientes sobre el impacto negativo del dolor en sus vidas, por la disminución de la actividad, de su capacidad de autocontrol, del sentimiento de autoestima y, también, de la habilidad para influir en estos problemas.

Por consiguiente, es importante despejar los siguientes interrogantes: ¿Qué características presenta el dolor oncológico?, y ¿qué tratamientos existen actualmente para este tipo de síntoma?

Por cierto, muchos pacientes oncológicos con dolor sufren depresión. Su manifestación tiene que ver con el impacto negativo de la enfermedad en distintos aspectos de sus vidas, tal como fue expuesto anteriormente.

El dolor es uno de los síntomas que suele asociarse al cáncer, y en consecuencia, al recibir el diagnóstico de la enfermedad lo que más asusta al paciente es padecer dolor, debido a que se conoce que éste puede aumentar su intensidad a medida que avanza la enfermedad, afectando su calidad vida: “El dolor en pacientes oncológicos es un tipo de dolor crónico, duradero y persistente que no responde fácilmente a los tratamientos médicos habituales”. (Miro, 2003, p.52)

Completando este concepto el mismo autor afirma que: “el proceso de cronicidad altera al paciente tanto psicológica como fisiológicamente de manera que aparecen importantes y complejos cambios afectivos, de pensamiento y de conducta que contribuyen a la prolongación del dolor”. (p.52).

Debido a las preocupaciones de los pacientes oncológicos, al sufrir el dolor que provocan la enfermedad y los tratamientos, pueden mostrar un gran nivel de depresión, además de otros problemas emocionales: problemas de concentración, problemas de sueño, pérdida de apetito, ansiedad, control de los impulsos, etc.

Gran parte de los pacientes que padecen una enfermedad tumoral presentan síntomas depresivos. A estos síntomas se suma el dolor como manifestación que muchos padecen por distintas causas, tal cual fue descrito anteriormente.

Vidal y Benito (2012) menciona en su libro, *Psiquiatría y Psicología del Paciente con Cáncer*, que el dolor crónico se asocia a la depresión mayor en el 25% de los casos; y que entre el 60% y el 100% de los pacientes con dolor de este tipo pueden tener síntomas depresivos. Allí también afirma que cuando el dolor es irreductible, el 30% de los enfermos manifiestan trastornos de ansiedad. Finalmente señala que entre el 5% y el 15% de esos pacientes presentan trastornos somatoformes de la personalidad. (p.55)

Incluso cita varios estudios que coinciden en que los pacientes oncológicos con dolor presentan más depresión, ansiedad, hostilidad, además de un grado mayor de somatizaciones. Por ésta razón explica que entre el dolor, la ansiedad y la depresión, se establece un círculo vicioso de retroalimentación mutua. (p.56)

Respecto a la depresión señala que es más grave y frecuente en los pacientes con cáncer que en los que padecen otras enfermedades, a excepción del sida. A esto agrega que si bien existen depresiones secundarias, también se encuentran trastornos de ansiedad secundarios al dolor mal controlado, a estados metabólicos anormales, a drogas, y a tumores hormono secretantes. (p.57)

En definitiva, se debe señalar que en estos pacientes se pueden notar cambios en las relaciones familiares, en las relaciones sociales y en las relaciones laborales, como consecuencia del dolor. Es más, al hablar del dolor en oncología no sólo se debe hacer referencia al paciente sino también a la familia, médicos, enfermeros (as) dado que en alguna medida todos lo sufren, más aun cuando se torna difícil calmarlo.

Por otra parte el dolor es un síntoma de múltiples enfermedades; y además existen diversas maneras de definirlo. Con frecuencia se describe que el dolor es una experiencia sensorial y emocional desagradable, que generalmente se asocia con una lesión presente o potencial que se expresa como si ésta existiera. (Sociedad Española de Oncología Médica, 2010).

El dolor en el paciente oncológico puede tener distintos orígenes, por lo cual su aparición no tiene por qué ser un signo de progresión de la enfermedad. En algunos casos ocurre por la presión que ejerce el crecimiento del tumor sobre tejidos como los huesos, los nervios, u otros órganos del cuerpo.

No obstante, el dolor también puede estar causado por el propio tratamiento de la enfermedad. Por ejemplo, el someterse a una cirugía, a radioterapia o al tratamiento quimioterápico, puede producir dolor como un efecto secundario. Además, en muchas ocasiones también existe el dolor previo a la enfermedad, como en el caso particular de la artrosis, las jaquecas, la lumbalgia, etc.

Finalmente, como fue aclarado, la presencia de dolor dentro del proceso oncológico es variable y depende del tipo y de la extensión de la enfermedad, así como también de la propia tolerancia individual al dolor de cada persona. Se calcula que el dolor es el síntoma principal en el 40% de los pacientes oncológicos en tratamiento, y el 75% en enfermedad avanzada. (Sociedad Española de Oncología Médica, 2010).

1.2 TIPOS DE DOLOR EN PACIENTES ONCOLÓGICOS

Según la Sociedad Española de Oncología Médica (2010) el dolor oncológico se puede clasificar de distintas maneras en función de su intensidad, duración o de sus características.

a) Según su Intensidad:

La intensidad del dolor se mide mediante lo que se denomina Escala Visual Analógica que consiste en una línea horizontal de 10 centímetros en cuyos extremos se encuentran las expresiones extremas del dolor. De esta manera en el extremo izquierdo se sitúa la ausencia o menor intensidad y en el derecho la mayor intensidad.

Para la aplicación de esta escala se pide al paciente que marque en la línea el punto que indique la intensidad del dolor que siente y se mide la distancia con una regla milimetrada. La intensidad se expresa en centímetros o milímetros.

De acuerdo con esta escala el dolor se clasifica en:

- Leve: EVA de 0-3
- Moderado: EVA de 4-6
- Intenso: EVA de 7-10
- Muy intenso: EVA más de 10

b) Según su Duración:

- **Agudo:** dura menos de 3 a 6 meses, es de comienzo bien definido con signos y síntomas objetivos.
- **Crónico:** persiste por más de seis meses, no suele acompañarse de signos objetivos y para su control es necesario utilizar distintos enfoques de tratamiento.

c) Según sus Características:

Según la Organización Mundial de la Salud (2004) el dolor se clasifica en dos tipos: nociceptivo (somático y visceral) y neuropático. A continuación se explican cada uno según lo expresa éste organismo:

1. Dolor nociceptivo

- **Somático:** se produce por estimulación de los nociceptores de la piel, hueso o partes blandas (metástasis óseas, incisiones quirúrgicas y lesiones músculo-esqueléticas). Clínicamente se manifiesta como dolor sordo continuo y bien localizado.
- **Visceral:** hay una activación de los nociceptores por infiltración, compresión, distensión, tracción o isquemia de las vísceras pélvicas, abdominales o torácicas, así como espasmo de la musculatura lisa de la víscera hueca. Se trata de un dolor mal localizado, profundo y opresivo. Si es agudo se acompaña de náuseas, vómitos, sudoración, taquicardia y aumento de tensión arterial. Puede irradiarse a zonas distantes de la lesión primaria donde puede existir hiperestimulación cutánea (ej. dolor escapular y de hombro derecho en lesiones biliares).

El dolor nociceptivo es un dolor que responde muy bien a la escalera terapéutica de la OMS, que se mencionará más adelante, incluidos los opioides.

2. Dolor Neuropático

Está producido por una lesión del sistema nervioso por compresión tumoral, infiltración de un nervio periférico o médula espinal, o por una lesión nerviosa o medular secundaria a cirugía, radioterapia o quimioterapia. La lesión nerviosa condiciona algunos cambios anatómicos y neurofisiológicos que inducen la transmisión de impulsos y la reorganización del procesamiento central.

También se pueden activar los receptores nociceptivos y producir dolor sin estímulo externo. Los nervios lesionados pueden generar descargas rítmicas, como consecuencia de la hiperexcitabilidad de receptores.

Se manifiesta como un dolor intenso, con sensación de escozor o quemazón. Muchas veces se asocia a la pérdida de la sensibilidad, con o sin hiperalgesia¹ y alodinia². Se pueden producir paroxismos de sensaciones urentes o descargas eléctricas provocadas por potenciales de acción espontáneos.

Indistintamente de que el dolor sea visceral, somático, neuropático o psicógeno³, el enfermo oncológico tiene dos secuencias distintas de presentación en el tiempo. La primera es un dolor crónico continuo de fondo, sordo, que le impide dormir, moverse y realizar las tareas elementales de la vida, de intensidad variable. Se denomina dolor basal. La segunda se identifica por episodios de crisis agudas de dolor espontáneas o inducidas, de elevada intensidad (EVA), de frecuencia variable y duración incierta, y que se producen a lo largo del día y de la noche.

A estos episodios de dolor agudo intenso transitorio, previsible o no, se denominan crisis de dolor eruptiva. Cuando estos incidentes son provocados por el movimiento u otra causa desencadenante conocida (previsibles) se trata de crisis de dolor incidental (Organización mundial de la salud, 2004).

Según lo aclara la Organización mundial de la Salud (2004) el dolor eruptivo se trata, y el dolor incidental se previene. El dolor basal se alivia con una pauta analgésica de opioides de horario regular y dosis fija.

Las crisis de dolor agudo se tratan con una segunda pauta analgésica, distinta de la anterior, a demanda, con un fármaco igual o diferente, y por una vía de administración en ocasiones diversa. Ambas vías necesitan ser tituladas y para ello es imprescindible saber evaluar bien la respuesta analgésica en cada enfermo.

¹ **Hiperalgesia:** Respuesta aumentada a un estímulo que es normalmente doloroso.

² **Alodinia:** Dolor debido a un estímulo que normalmente no provoca dolor.

³ **Dolor Psicógeno:** es un dolor que no resulta de una estimulación nociceptiva ni de una alteración neuronal, sino de causa psíquica (depresión, hipocondría).

Más allá de la definición médica, el dolor es una experiencia emocional y subjetiva, por lo cual también debe ser considerada la emoción que expresa quien lo padece. En éste sentido es que requiere de otros tipos de abordajes desde otras especialidades como la Psiquiatría, los Cuidados Paliativos y también la PsicoOncología. Ahora bien, antes de describir opciones y modalidades de tratamiento es oportuno caracterizar brevemente dos conceptos: dolor total y sufrimiento.

El dolor total según Cicely Saunders se refiere al dolor sentido a nivel físico, emocional, espiritual y social, con la manifestación de síntomas en cada uno de éstos niveles:

- *Físico*: daño tisular, compresion nerviosa, síndromes dolorosos.
- *Emocional*: depresión, angustia, enojo, miedo y ansiedad.
- *Social*: perdida de la posición social, de ingresos económicos y del rol familiar.
- *Espiritual*: sensación de culpabilidad, reproches e intranquilidad espiritual.



El dolor total es otro tipo de dolor a considerar en Oncología, en tanto actúa negativamente sobre la salud física y mental, la capacidad funcional, los recursos económicos, y afecta a quien lo padece en su desempeño social. El paciente oncológico con dolor total presenta necesidades que requieren de una asistencia continuada a nivel físico (procedentes del tumor y sus tratamientos), a tratar por el oncólogo. Por ejemplo: desfiguración, dolor, debilidad, estreñimiento y anorexia. También presenta síntomas emocionales, sociales y espirituales, procedentes de la falta de información, de la ansiedad, del aislamiento, del abandono, y de problemas familiares que deben ser tratados por el psico-oncólogo junto con la presencia del asistente social, ya que pueden acontecer problemas de rechazo, burocráticos, y retrasos en las soluciones administrativas. (Sancho y otros, 2006, pp. 123-124)

El paciente oncológico experimenta dolor en las diferentes áreas de expresión de su persona y esto le provoca sufrimiento. Un sufrimiento con significados e implicaciones internas y externas, tanto individuales como colectivas. Por una parte está la experiencia subjetiva e individual del sufrimiento y, por otra parte, está la experiencia externa y de comunicación de ese estado. En algunos casos de dolor, sobre todo de dolor crónico, ambos aspectos, esto es, la experiencia interna e individual del sufrimiento y las conductas de dolor, expresión de ese estado interno, son inseparables. (Miro, 2003, P. 34)

Este mismo autor advierte que las conductas de dolor son expresiones o formas de comunicar el dolor y el sufrimiento. En un primer momento estas conductas reflejan la tendencia a evitar la experiencia aversiva, son conductas que intentan proteger al organismo de un posible empeoramiento de la situación, es decir, de sufrir más.

Ahora bien, ¿qué es el sufrimiento? Según Bonica (1990): “es un estado de malestar asociado a acontecimientos que amenazan la integridad de la persona”. Los pacientes con dolor corren un riesgo muy cierto de sufrir, simplemente porque su integridad, física, emocional, cognitiva, social, e incluso laboral, está en peligro. (Miró, 2003, p.34)

El sufrimiento es un estado importante a considerar, que experimentan los pacientes oncológicos y que sucede cuando el dolor se cronifica. Supone para

el enfermo, su familia y allegados, un importante elemento perturbador desde el punto de vista físico, moral, social y económico. Esto sucede porque pierde su sentido protector y se convierte en protagonista de la enfermedad, que le diera origen, o al menos en un elemento básico de la misma.

Este estado, según lo explica Mayundo (2012), no se limita a una experiencia sensorial; por el contrario, tiene importantes consecuencias sobre la vida afectiva del ser humano, llega a minimizar sus ilusiones, a desintegrar su personalidad y a negativizar su espíritu. Así es que el sufrimiento intenso aumenta el sentimiento de desesperanza debido a que el dolor no tiene un propósito determinado ni finalidad alguna.

El mismo autor, advierte que el sufrimiento es ambivalente, pues consta de dos elementos: el dolor y el sentido que se da a ese dolor. La experiencia del sufrimiento puede tener mucho de misterio y estar acompañada de preguntas e inquietudes de carácter espiritual. Incluso el sufrimiento suele acompañarse de una profunda sensación de soledad por la falta de alteridad con el otro, por la ausencia de interrelación, y por el aislamiento de los pacientes en las instituciones de salud. (p.21-22).

Por su parte, Chapman y Gavrin (2012) Mencionados por Mayundo han definido el sufrimiento como:

Un complejo estado afectivo y cognitivo negativo, caracterizado por la sensación que tiene el individuo de sentirse amenazado en su integridad, por el sentimiento de impotencia para hacer, frente a dicha amenaza, y por el agotamiento de los recursos personales y psicosociales que le permitirían afrontarla. (Mayundo, 2012, p.26).

En tanto que Cassell (2012) lo describe como el origen de una amenaza a la integridad de la persona, y elucida múltiples factores que pueden contribuir a esta amenaza. Incluso asegura que el que sufre se sale de toda taxonomía clínica, por ésta razón su reconocimiento, por parte del profesional, requiere de entrenamiento. (Mayundo, 2012, p.26)

Tal como lo expresa Mayundo (2012) el sufrimiento es un fenómeno de la existencia humana, consciente, cuya intensidad es determinada por el número

y la severidad de los factores que disminuyen la calidad de vida, su valoración y su percepción; y advierte que el fracaso para la valoración del sufrimiento puede ocasionar confusiones en las estrategias terapéuticas. Además afirma que el alivio del sufrimiento es universalmente conocido como el objetivo cardinal del cuidado médico; y que para resolver el problema del que sufre se necesita un entendimiento clínico importante de la naturaleza del problema. (p.26).

Bayes (2012) describe el modelo triangular del sufrimiento, para conceptualizarlo a partir de elementos interrelacionados: enfermos, familiares y cuidadores sanitarios. De acuerdo con este modelo el sufrimiento de cada uno puede amplificar el de los otros. Por ésta razón el encuentro con la enfermedad terminal es una causa potencial de gran estrés. (p.26).

A esto agrega que entre los pacientes con cáncer avanzado al menos dos terceras partes tienen dolor significativo y otros síntomas físicos, que pueden disminuir la calidad de vida. Más aun, muchos pacientes sufren enorme estrés psicológico y, en algunos casos, desde una perspectiva existencialista y aun en ausencia de dolor, el continuar viviendo les resulta carente de significado.

Respecto a los familiares explica que el estrés se relaciona con la pérdida anticipada, con el ser testigo del estrés emocional y físico del ser querido, y con la carga del cuidado del paciente. Y en relación a éste tema señala que los cuidadores profesionales también sufren por el sufrimiento ajeno, lo que representa un reto clínico, emocional. (p.26).

En fin, todo paciente tiene derecho a mejorar su calidad de vida y también el alivio del sufrimiento es un derecho: se parte de la premisa de que el enfermo terminal tiene derecho al alivio adecuado del sufrimiento incontrolado. La OMS y otras organizaciones internacionales afirman que el alivio del dolor y otros síntomas es un derecho del paciente con cáncer avanzado e incurable. Derecho que debe ser promovido por los cuidadores de la salud, a través del entendimiento de los fenómenos y de los factores que influyen en él. (p.27).

Mayundo (2012) hace referencia al tema de la calidad de vida. Este es un concepto amplio y subjetivo que involucra aspectos relacionados con los signos

y síntomas producidos por la enfermedad y, también, elementos tales como el desempeño social, las preocupaciones relacionadas con las experiencias individuales, y las actividades que realiza el sujeto, entre otras. Para algunos autores, la calidad de vida no es solo el reflejo pasivo de las condiciones objetivas, sino la evaluación que la persona hace de tales condiciones. (p.32)

A mediados del siglo XX, la Organización Mundial de la Salud, propone una definición de salud que se centra en componentes relacionados con el bienestar, en múltiples dimensiones (física, mental y social). De esta manera, la salud no es sólo la condición de no tener enfermedades, sino que está estrechamente relacionada con un estado de bienestar.

Algunas de las definiciones más aceptadas sobre la calidad de vida, relacionada con la salud, son las siguientes:

“Estado de bienestar conformado por dos componentes: capacidad para desarrollar actividades cotidianas, que se refleja en un bienestar físico, psicológico y social, así como la satisfacción del paciente con sus niveles de funcionamiento, y control de la enfermedad”. (OMS, 2012, P. 32-33)

“Es la satisfacción global del individuo con su vida, y un sentido general de bienestar personal”. (OMS, 2012, P.33) .

“Es la distancia entre las expectativas del paciente y sus logros, entre más pequeña esa distancia mejor será la calidad de vida”. (OMS, 2012, P.33) .

“Es la percepción del paciente sobre su posición en la vida, en el contexto de la cultura y el sistema de valores en el cual vive el sujeto, y su relación con sus metas, expectativas y preocupaciones”. ”. (OMS, 2012, P.33)

“Calidad de vida relacionada con la salud, es la evaluación subjetiva del carácter agradable y satisfactorio de la vida, como un todo”. ”. (OMS, 2012, P.33)

“La calidad de vida relacionada con la salud, representa el efecto funcional de una enfermedad, y de su consecuente tratamiento sobre el paciente, tal y como se percibe por el paciente”. ”. (OMS, 2012, P.33)

“Es la evaluación subjetiva de las influencias del estado de salud, de los cuidados y de la promoción en salud, sobre la capacidad del sujeto para lograr y mantener un nivel de funcionamiento, que le permita continuar con las actividades que le resultan importantes, y que afectan su estado de bienestar general”. ”. (OMS, 2012, P.33)

Estas conceptualizaciones sobre calidad de vida, no admiten ni consideran la existencia de dolor y/o sufrimiento que no esté controlado, aliviado; será tarea del equipo interdisciplinario cumplir con este propósito.

1.3 CAUSAS DEL DOLOR EN PACIENTES ONCOLÓGICOS

Para explicar algunas cuestiones relativas al tema de las causas del dolor se expondrán algunos conceptos aportados por Mayundo (2012)

En primer término afirma que el dolor no suele tener un componente único, ni una fisiopatología simple que lo explique. En consecuencia es habitual que durante el curso de la enfermedad se presenten diferentes tipos y diferentes fuentes de dolor, o lo que es más común, una superposición de diferentes componentes dolorosos, en donde puede haber dolor agudo y crónico, dolor nociceptivo y neuropático, dolor somático y visceral, o una mezcla de todos ellos. (p. 96).

Además, explica que la experiencia dolorosa es individual y subjetiva, lo cual la hace variable en cuanto a su intensidad y características, y reconoce que el dolor es multidimensional, por lo cual tiene componentes fisiológicos, sensoriales, afectivos, cognitivos, socioculturales y del comportamiento. (p. 96)

Tal como fue descrito en el punto anterior los pacientes con cáncer sufren dolores que responden a diferentes causas, coincidiendo con lo expuesto por Mayundo (2012). A veces padecen dolores debido a los tratamientos, que pueden durar varias semanas; también pueden ser consecuencia de aspiraciones de medula ósea; y de metástasis o invasión tumoral que pueden empeorar a lo largo de meses y años.

El dolor en los pacientes con cáncer puede tener origen, en un 15% a 25% de los casos, en los tratamientos oncológicos. Todas las técnicas clásicas de manejo para el cáncer pueden producir dolor, ya se trate de procedimientos diagnósticos o terapéuticos, sean con intención curativa o paliativa.

A propósito de este tema la Sociedad Española de Oncología Médica (2010) también señala que el dolor en el paciente oncológico puede tener distintos orígenes, por lo cual su aparición no tiene por qué ser un signo de progresión de la enfermedad. En algunos casos ocurre por la presión que ejerce el crecimiento del tumor sobre tejidos como los huesos, los nervios u otros órganos del cuerpo. No obstante, también advierte que puede estar causado por el propio tratamiento de la enfermedad, en calidad de efecto secundario (cirugía, radioterapia, quimioterapia).

A continuación se detallan las causas del dolor en cáncer a partir de las conceptualizaciones de Mayundo (2012):

1) Dolor relacionado con el tratamiento

En primer término se expondrá el dolor relacionado con el tratamiento. En pacientes con cáncer el dolor se puede originar en un 15% a 25% al iniciar alguno de los tratamientos, ya se trate de procedimientos diagnósticos o terapéuticos, o bien sea que éstos se realicen con intención curativa o paliativa. El dolor puede ser de tipo somático, visceral, y cada vez con más frecuencia también neuropático, sin embargo, la presentación más frecuente es el dolor mixto. (P. 101).

Las técnicas y procedimientos diagnósticos o terapéuticos que pueden causar dolor se describen en los puntos siguientes:

a) Dolor por cirugía

Uno de los ejemplos clásicos de dolor relacionado con las intervenciones quirúrgicas por cáncer son los síntomas que se asocian a la mastectomía. En

éste caso particular se observa el dolor agudo postquirúrgico, por hematoma o infección, por linfedema del miembro superior, y el dolor crónico posterior a la cirugía. Como en muchos otros tipos de dolor también hay mecanismos nociceptivos y neuropáticos. La incidencia del dolor crónico post mastectomía fluctúa entre el 20% y el 50% de los casos, y tiene un impacto negativo significativo en la calidad de vida de las pacientes que lo padecen. (p. 101).

b) Dolor por quimioterapia

La neuropatía periférica inducida por la quimioterapia es uno de los efectos secundarios más comunes y constituye un factor limitador de la dosis que se puede suministrar al paciente. Se presenta en el 40% de las personas que reciben quimioterapia y depende del tipo de medicamento, de la duración del efecto, de la dosis total acumulada, y de la existencia previa de neuropatía. Las manifestaciones son principalmente sensitivas y se pueden presentar como alteración sensitiva y motora, además de existir un posible compromiso del sistema nervioso autónomo. Los agentes más frecuentemente responsables de la neuropatía son los compuestos de platino, los taxanos, los alcaloides de la vinca y los inhibidores de proteasas como el bortezomid y la talidomida. (p.102).

Otro de los efectos secundarios más conocidos de la quimioterapia es la mucositis, es decir, la inflamación y ulceración de la mucosa oral, con frecuente extensión al resto de las mucosas del tracto digestivo. Se presenta en el 40% de los pacientes que reciben quimioterapia, especialmente en aquellos que reciben medicamentos que afectan la síntesis de DNA, como el methotrexate, la citarabina y el fluoruracilo. Se manifiesta con dolor en reposo, odinofagia, disfagia, deshidratación y malnutrición. La mucositis tiene como consecuencia la disminución en la tolerancia de la dosis programada de quimioterapia o de radioterapia (p.103).

Según Bazako Goiburu (2003) el dolor asociado a la quimioterapia puede manifestarse de varias formas:

- Polineuropatía dolorosa, frecuente después del tratamiento con vincristina y más raramente con cisplatin
- Neurosis aséptica de la cabeza femoral o del humero
- Seudorreumatismo secundario al tratamiento con esteroides (se presenta tras la supresión de los corticoides y desaparece tras la reanudación del tratamiento).
- Mucositis dolorosa tras regímenes especiales de quimioterapia, como los que se emplean en el trasplante de medula ósea. (p. 453)

c) Dolor por radioterapia

La radioterapia puede producir una amplia gama de lesiones en tejidos superficiales y profundos como quemaduras, úlceras, fistulas, cistitis, esofagitis, enteritis, proctitis, neuropatías, plexopatías y osteoradionecrosis. Estas lesiones se presentan principalmente en los tejidos más radiosensibles (mucosas y piel), pero también se pueden manifestar en órganos más resistentes a la radiación (nervios y plexos). Las alteraciones aparecen algunas semanas y meses posteriores a la irradiación, y habitualmente tienen una duración prolongada.

Las primeras descripciones clínicas sobre lesiones nerviosas por radioterapia fueron en relación al plexo braquial en pacientes con cáncer de mama que habían recibido irradiaciones a nivel de la axila; sin embargo, se conoce compromiso de otros plexos (cervical, lumbar, lumbosacro) y de nervios periféricos (facial, hipogloso, femoral, ciático). Si bien estos daños son poco frecuentes, tienen un impacto profundo sobre la calidad de vida del paciente. (p.103).

La radioterapia también puede producir mucositis. Se han descrito dos posibles mecanismos para explicar este fenómeno en grupos celulares de alto recambio, como es el caso de las mucosas del tubo digestivo. La mucositis directa o primaria, es causada por alteración en la maduración y el crecimiento

celular, producido por el efecto citotóxico. La mucositis indirecta o secundaria, es causada por invasión de bacterias gram-negativas o por hongos. La mucositis se presenta con mayor severidad y frecuencia en jóvenes y en ancianos, en pacientes neutropénicos o desnutridos, y en quienes reciben radioterapia en cara y cuello (p.104).

2) Dolor por metástasis óseas

Las metástasis óseas deterioran la calidad de vida, la movilización, la independencia de los pacientes, y suelen acompañarse de dolor de severa intensidad, que frecuentemente es refractario a los analgésicos. El desarrollo de las metástasis óseas es un proceso complejo, pues incluye una secuencia de eventos dentro de los cuales se enumeran: crecimiento tumoral con desprendimiento de células e invasión del estroma, neoangiogénesis, escape celular desde el tumor por endovasación, supervivencia celular en la circulación, quimioatracción y atrapamiento en el endotelio de los vasos de la médula ósea, y extravasación y establecimiento del microambiente metastásico osteoblástico, mediado por comunicación entre el cáncer y las células óseas. (p.100)

3) Dolor asociado al cáncer

El dolor en pacientes con cáncer puede ser causado por enfermedades asociadas en el 3% al 5% de los casos. Estas enfermedades pueden ser infecciones oportunistas (varicela - zoster) y síndromes paraneoplásicos (neuropatía, miopatía), que pueden generar condiciones dolorosas agudas o crónicas. También se pueden considerar otras condiciones dolorosas no relacionadas con la enfermedad oncológica (fibromialgia, discopatía lumbar, insuficiencia circulatoria); y en algunas oportunidades la causa del dolor puede ser desconocida para el paciente. (p.104).

Se advierte que en muchas ocasiones puede existir dolor previo a la enfermedad, por ejemplo relacionado con artrosis, jaquecas y lumbalgia. Y es posible que enfermedades metabólicas (diabetes, gota, etc.), enfermedades degenerativas e infecciones (herpes) también causen dolor en estos pacientes.

Como se aclaró anteriormente el dolor puede asociarse a una enfermedad orgánica, a una lesión o un daño tisular, pero también puede ser causado por problemas psicológicos, en caso de haber ausencia de lesión.

Por su parte, Bazako y Goiburu (2003) señalan que el dolor por efecto directo del tumor es el más frecuente y representa 60-80 % de los casos. Se debe a una invasión ósea o del tejido nervioso por el tumor primitivo o por sus metástasis, invasión de vísceras huecas, u oclusión arterial. Según la localización de las metástasis se han descrito varios síndromes dolorosos: (p. 452-453)

-Síndrome por invasión de la base del cráneo:

Eso produce cefaleas de distinta localización y signos neurológicos por afectación de pares craneales. El primer síntoma de las metástasis de la base del cráneo es el dolor.

-Síndromes vertebrales:

En este caso el dolor suele ser intenso, localizado o con irradiación metamérica y puede ser el único síntoma para el diagnóstico. En numerosas ocasiones precede a la compresión de las estructuras nerviosas adyacentes. Las metástasis vertebrales lumbares se caracterizan por un dolor sordo en el centro de la espalda, que se exagera en decúbito supino o sentado y se alivia de pie.

-Infiltración o compresión del tejido nervioso:

Este se manifiesta en forma de mononeuropatía, polineuropatía o plexopatía. En el caso del dolor por mononeuropatía se encuentran los dolores producidos

por afectación espinal de nervios e invasión de nervios intercostales. Las polineuropatías dolorosas son raras y suelen asociarse a neoplasias hematológicas.

Dentro de las plexopatías, la invasión del plexo braquial casi siempre se asocia a tumores pulmonares; la plexopatía lumbosacra se manifiesta por dolor en la espalda o en la pierna ipsilateral. La extensión directa del tumor dentro del plexo es más habitual que las lesiones metastásicas o por radioterapia. El dolor se irradia hacia los miembros inferiores con una distribución particular.

En definitiva, el dolor en el paciente oncológico es un tema muy complejo, por lo cual se debe tener en cuenta la etapa de la enfermedad en que se presenta, como también su ubicación en la escala de dolor. Es necesario insistir en que el dolor en estos pacientes debe ser correctamente evaluado para buscar la manera de disminuirlo y/o tratarlo, dada su frecuencia y duración en esta patología en particular.

1.4 VALORACIÓN Y EVALUACION DEL DOLOR

En razón de la cantidad de causas relacionadas con el dolor en cáncer es que en algunos casos puede resultar difícil su evaluación, por lo cual se debe recurrir a diferentes técnicas, más allá de la valoración que el propio paciente expresa sobre su dolor. Por cierto, ésta valoración subjetiva involucra aspectos culturales, sociales, religiosos, individuales y familiares, entre otros.

La valoración de dolor es importante para una correcta decisión terapéutica, al igual que una precisa evaluación posibilita ofrecer un tratamiento acertado. A continuación se describen diferentes tipos de evaluación del dolor:

a) Evaluación Clínica del Dolor

Sancho y otros (2006) advierten que para tratar el dolor en forma adecuada se debe conocer su causa. Esto se puede efectuar a través de escalas de

valoración, de respuesta-dependientes, y unidimensionales (numérica, descriptiva, verbal o analógica visual).

Según éstos autores las escalas más utilizadas son VAS Y EVA (Mencionada anteriormente en capítulo 1.2). Además explican que se debe atender a indicadores observacionales como la evaluación del nivel cognitivo, la correlación depresión-dolor. También se deben observar indicadores no verbales como la búsqueda de atención por parte del paciente, la presentación de tronco rígido y puños apretados, llanto, muecas, vocalizaciones, gemidos, quejas, gritos o expresiones faciales de tristeza o temor (fruncir el entrecejo o permanecer con los ojos cerrados). (p. 128).

Por otra parte, señalan que para una correcta evaluación se deben incluir parámetros medibles respecto a aquellos indicadores, y considerar aspectos sociales, espirituales, físicos y emocionales, para no perder la integridad psicofísica en la concepción del dolor total.

Según Khosravi Shahi, del Castillo Rueda y Pérez Manga (2007), previo al inicio del tratamiento del dolor, en los pacientes oncológicos es preciso realizar una valoración multidimensional de éste síntoma con el propósito de indagar sobre mecanismos fisiopatológicos, emocionales y psicológicos involucrados. Entre los aspectos a evaluar, en forma exhaustiva, señala:

-Intensidad del dolor: generalmente con una valoración de carácter subjetivo, y a través distintas escalas de evaluación.

-Tipo de dolor: es conveniente diferenciar entre el dolor somático, visceral, neuropático o mixto, puesto que cada uno puede requerir de un tratamiento distinto.

-Patrón del dolor: refiere al momento del comienzo del dolor, a su duración o persistencia.

-Factores desencadenantes: para identificar los posibles factores que precipitan el cuadro del dolor para evitarlos, como pueden ser la humedad, el frío, el movimiento, la ansiedad, la tensión física o emocional.

-*Factores de alivio*: existen distintas circunstancias que puede mitigar el dolor oncológico como el descanso, la aplicación de calor o frío y la medicación analgésica.

-*Síntomas que acompañan al dolor oncológico*: síntomas que puede asociarse como náuseas, vómitos, diarreas o mareo.

-*Efectos del dolor sobre las actividades de la vida diaria*: el dolor oncológico puede generar una limitación de las actividades de la vida diaria, como la imposibilidad para el aseo personal, afectación de las relaciones sociales y familiares, o la dificultad para la deambulación, que puede llevar a la depresión del estado del ánimo, y aumentar la intensidad del dolor.

-*Examen físico del paciente oncológico*: permite analizar las respuestas fisiológicas del paciente ante el dolor y las respuestas conductuales.

Finalmente, menciona que para un correcto control del dolor oncológico hay que considerar: ofrecer apoyo psicosocial al paciente; indicar fármacos analgésicos y coadyuvantes, teniendo presente la escalera analgésica del dolor de la OMS; explicar las causas del dolor al paciente y su familia, para que puedan controlarlo de la manera más eficaz posible; y por último, señala el uso de tratamientos oncológicos activos específicos para cada proceso neoplásico.

También explican que para evitar el dolor mal controlado es necesario usar las escalas de valoración del dolor, de fácil administración, que son métodos de medición de la intensidad del dolor para cuantificar la percepción subjetiva del dolor por parte del paciente, con el fin de ajustar con mayor exactitud el uso de los analgésicos. Esto permite que en los casos de dolor severo (al inicio) se pueda comenzar directamente por el tercer escalón de analgesia, sin necesidad de probar con fármacos de los escalones previos.

En definitiva los autores formulan que el tratamiento correcto del dolor debe comenzar por una evaluación integral del síntoma y de las consecuencias sobre el estado funcional del paciente. Con éste fin afirman que es importante preguntar si hay dolor, pues el paciente puede no nombrarlo espontáneamente; también es recomendable tomar nota y creer todo lo que el paciente refiere; y

establecer una buena comunicación, a través de un clima de confianza y seguridad, mediante una escucha atenta y con una dedicación de tiempo suficiente.

b) Evaluación Psicológica del Dolor

La evaluación psicológica del dolor tiene la finalidad de obtener información de tres dimensiones: sensorial-discriminativa, motivacional-afectiva y cognitivo-evaluativa. El propósito es delimitar la intensidad, frecuencia, duración y localización del dolor.

Bazako y Goiburu (2003) consideraran que existen otros aspectos que están directamente implicados en el problema del dolor como, por ejemplo, la ansiedad, conductas de expresión de dolor y aspectos cognitivos, además de otras características expresadas a nivel del comportamiento que pueden influir en el mantenimiento del problema como la depresión. Por último, afirman que es importante observar en éste tipo de evaluación en qué condiciones se dan los cambios de intensidad, frecuencia, duración y localización del dolor, pues también pueden influir cambios ambientales. (p.454).

Con éste fin proponen algunos instrumentos que permiten la evaluación psicológica del dolor:

- **La entrevista:** permite recopilar datos relevantes al dolor asociado al cáncer como por ejemplo inicio, intensidad, localización, si es constante o periódico, si hay irradiación a otras zonas, duración, síntomas asociados (nauseas, vómitos, vértigo...), momentos del día de máxima intensidad, señales previas a su aparición, si interfiere en actividades cotidianas, con que se alivia (medicamentos, cirugías), etc.
- **Escalas:** las escalas **verbales** consisten en series de palabras expresadas en un orden creciente o decreciente de intensidad (nada, poco, bastante o mucho) entre las que el paciente debe indicar lo que corresponde a la estimación de su dolor. En las escalas **numéricas** el paciente señala con números, que van entre 0 y 10, el que corresponde

a su dolor.

- **Cuestionarios:** el más utilizado es el cuestionario de McGill, útil para evaluar la depresión, ansiedad y habilidades sociales.
- **Registros:** se le pide al paciente que lleve un registro de aspectos relacionados con su dolor. El diario del dolor es un instrumento que proporciona información sobre determinadas características del dolor. El más utilizado es el de Fordyce. Entre los datos que se registran se enumera: actividad realizada (levantarse, media mañana, comer); estimación del dolor (0 a10); y tipos y dosis de medicación ingerida. (p. 455- 456).

En definitiva la evaluación del dolor es importante, porque una mala valoración del dolor implica un mal tratamiento del dolor y vice versa, una evaluación correcta del dolor se asocia con un buen tratamiento del mismo; y es necesario para valorar la eficacia de diferentes tratamientos analgésicos.

1.5 OBJETIVOS DEL TRATAMIENTO Y MANEJO DEL DOLOR

El dolor en el paciente oncológico es un problema que involucra a muchos protagonistas: el paciente y su familia, los médicos, enfermeros, el psicólogo y las autoridades sanitarias, dado que en alguna medida todos lo sufren si no es tratado correctamente.

Como se expresó hasta aquí, el dolor no tratado es un determinante clave del deterioro de la calidad de vida, ya que disminuye la actividad diaria del enfermo, interfiere con el apetito, el sueño, el estado del ánimo, y conlleva a la pérdida del autocontrol.

La Organización Mundial de la Salud y otras organizaciones internacionales afirman que el alivio del dolor y otros síntomas es un derecho del paciente con cáncer avanzado e incurable. Alivio que debe ser procurado por los cuidadores

de la salud a través del conocimiento de diferentes aspectos involucrados en éste tema, y de factores que influyen en él. (Mayundo, 2012, p.27).

El médico ante su enfermo debe recordar y hacerle conocer, que el dolor es aliviado; que las medidas del tratamiento del dolor van a ser paralelas a las del tratamiento del tumor; que el tratamiento del dolor va a procurar el alivio del mismo para mantener su calidad de vida. Se aclarará además que el dolor será tratado en principio, de forma agresiva por lo que se pueden presentar determinados efectos secundarios, reversibles, para una vez conseguida la analgesia, bajar las dosis de medicación hasta aquellas que produzcan únicamente analgesia. (Sancho y otros, 2006, pp. 126).

Tal como lo explica la Organización Mundial de la Salud (2004) para abordar adecuadamente el dolor oncológico hay que realizar una correcta evaluación clínica y una exploración física completa del paciente, así como también son necesarias otros exámenes complementarios que puedan aportar resultados de utilidad clínica.

Además el organismo advierte que los pacientes con dolor oncológico han de ser evaluados de modo continuo y sus quejas siempre han de tenerse en cuenta, abarcando aspectos físicos, psicológicos y sociales. Finalmente sugiere como principios a seguir en la estrategia terapéutica:

- Tratamiento de la posible causa del dolor.
- Prontitud en el tratamiento para evitar sufrimiento.
- Evaluación de las diferentes posibilidades terapéuticas existentes (farmacológica, radioterapia).

En la generalidad de los casos el mejor sistema para un control adecuado del dolor en pacientes oncológicos se rige por la escalera analgésica de la OMS. Su principal característica es la recomendación de prescribir fármacos básicamente analgésicos, en función de su potencia analgésica y del tipo de dolor que acuse el paciente, con el fin de hacer un uso más racional e individualizado del tratamiento. Sin embargo también señala que aproximadamente un 20% de los pacientes no mejora, a pesar de la utilización de altas dosis de opiáceos más coadyuvantes y no opiáceos, o también se da el caso de un alto número de efectos secundarios indeseados.

A continuación se detallan opciones para el tratamiento del dolor en el paciente oncológico:

a) Tratamiento Farmacológico

De todos los síntomas que produce el cáncer a lo largo de su evolución, el síntoma que mejor se controla es el dolor (en el 70% de los casos, y en el 52,6% de estos casos se utilizan fármacos opioides). (Sancho y otros, 2006, pp. 125).

El tratamiento del dolor oncológico debe realizarse, en principio, por vía oral o transdérmica; en algunos casos requerirá de la indicación de morfina, lo cual no implicará conductas adictivas; y de no mediar medidas terapéuticas será progresivo. (Sancho y otros, 2006, pp. 129).

Como parte del tratamiento farmacológico se indican analgésicos no opioides que constituyen un grupo amplio de medicamentos, químicamente heterogéneos, con diversos grados de actividad analgésica, antiinflamatoria y antipirética. Este tipo de medicación tiene techo terapéutico, es decir, una dosis máxima diaria por encima de la cual no se consigue un mayor efecto analgésico. Generalmente se indica para el dolor de intensidad leve o moderada, con afectación ósea o músculo-tendinosa y en la compresión mecánica de pleura o peritoneo. También potencian la acción analgésica de los opioides, en el dolor moderado e intenso. (Organización Mundial de la Salud, 2004).

Según la Organización Mundial de la Salud (2004) habitualmente se indican los siguientes opioides:

Paracetamol: es una potencia analgésica similar al ácido acetilsalicílico.

Inhibidores de la COX-2: son fármacos que inhiben de manera específica la ciclooxigenasa 2 (COX-2), enzima responsable de la biosíntesis de prostaglandinas y otros mediadores de la inflamación: meloxicam, celecoxib, parecoxib, etoricoxib y valdecoxib.

Analgésicos opioides débiles

- **Tramadol:** es una potencia analgésica de tipo opioide que alivia el dolor actuando sobre células nerviosas específicas de la médula espinal y del cerebro.

Analgésicos opioides potentes

- **Morfina:** Es el opioide potente de elección en el dolor oncológico intenso. No tiene techo analgésico. Siempre que sea posible se dará por vía oral.
- **Fentanilo:** es también un fármaco con elevada potencia analgésica.
- **Oxicodona:** posee una alta biodisponibilidad oral lo que le confiere un perfil farmacocinético predecible y fiable y parece ser tan eficaz como la morfina en el tratamiento del dolor oncológico.

Coadyuvantes analgésicos

Son medicamentos, químicamente heterogéneos, utilizados para tratar tipos específicos de dolor oncológico.

Corticoides sistémicos

La analgesia es debida a su acción antiinflamatoria y producen disminución del edema y descompresión nerviosa. La dexametasona tiene la mayor potencia antiinflamatoria.

Antidepresivos y Anticonvulsivantes:

Su indicación principal es el dolor neuropático.

b) Tratamiento No Farmacológico

Tal como lo formula la Sociedad Española de Oncología Médica (2010) además de los tratamientos farmacológicos el paciente también puede beneficiarse con un tratamiento combinado no farmacológico. Concretamente

se pueden utilizar técnicas de relajación, que permiten reducir la tensión corporal y relajar los músculos; y que además ayudan a conciliar el sueño y sirven de complemento en el alivio del dolor.

La fisioterapia también es de utilidad. Los masajes pueden aliviar las contracturas, también disminuyen la ansiedad. La aplicación de frío o calor puede ayudar a disminuir la sensación de dolor, si el origen es inflamatorio o muscular, respectivamente.

También se puede considerar la utilización de otras terapias complementarias tales como la acupuntura. En todos los casos advierte que es conveniente recurrir a profesionales en el uso de éstas técnicas, ya que conocen mejor cuál aplicar en cada momento.

Además, la mencionada Sociedad, postula que existen otras alternativas que también son muy importantes para aliviar el dolor en pacientes oncológicos. Respecto a ellas su utilidad depende de la situación en que se encuentra el paciente y también tienen que ver con su estado de ánimo. Algunas de estas alternativas son:

Distracción: consiste en que el paciente pueda poner su atención en algo que no sea el dolor. Por ejemplo puede realizar cualquier actividad que le ayude a concentrar su atención o que lo distraiga del dolor.

Visualización: es como un soñar despierto. El paciente cierra los ojos y crea imágenes en su mente que le ayudan a relajarse, a sentir menos ansiedad y a dormir. Puede pensar en un lugar o actividad placentera del pasado. También puede pensar en los detalles, explorando la escena en su mente. Esto podría ayudar a aliviar el dolor tanto durante como después de practicar la técnica. También es una buena opción para las personas que deben estar en reposo o aisladas.

Meditación: es una forma de concentración profunda para relajar el cuerpo y calmar la mente. Al meditar la mente se concentra profundamente en algo y cuando surge un pensamiento o emoción que la distrae de esta cosa, la meta es volver la atención a ella.

Yoga: consiste en una serie de estiramientos y posiciones con un enfoque especial en la respiración. La meta es calmar el sistema nervioso y dar tranquilidad al cuerpo, a la mente y al espíritu.

c) Tratamiento Psicológico

El dolor suele aumentar la ansiedad y afectar a la persona psicológicamente, por lo cual es necesario dedicar tiempo a mejorar la propia respuesta emocional para así mejorar el control del dolor.

Es importante buscar apoyo psicológico, directamente con un psicólogo, o bien formando parte de asociaciones o foros de pacientes que facilitan el contacto con personas que están atravesando o han pasado por una experiencia similar.

El tratamiento del dolor en cáncer debe dirigirse hacia aquellos aspectos no resueltos por el tratamiento de base, es decir, que no se han solucionado con el uso de opioides. Algunas indicaciones concretas del tratamiento psicológico son los problemas de ansiedad, la irritabilidad, el bajo estado de ánimo, etc., asociados a la dificultad.

El énfasis crucial del tratamiento será la participación del paciente para que pueda aprender técnicas que le ayudarán a controlar el dolor, y por lo tanto a minimizarlo.

Bazako Goiburu (2003) aclara que todo programa de tratamiento del dolor de pacientes oncológicos debe plantear una intervención psicológica en caso que sea necesario. Esta no se centra solo en el paciente sino que también va dirigida a la familia y a todo el equipo sanitario, sobre todo cuando el paciente se encuentra hospitalizado. (p.458)

Incluso afirma que el tratamiento psicológico no sólo es compatible con cualquier tratamiento médico sino que, además, aumenta su eficacia. El psicólogo debe también realizar una acción preventiva tendiente a minimizar el impacto emocional y el dolor, tanto antes como después de cualquier intervención médica que se realice.

Respecto a los objetivos del tratamiento del dolor en pacientes oncológicos Bazako Goiburu (2003) describe: aumentar la actividad física hasta un nivel adecuado, de acuerdo con la edad, género y posibles limitaciones que impone la enfermedad; proporcionar analgesia que facilite un aumento de las horas de sueño y reposo, y que permita realizar actividades sin dolor; normalizar el nivel de actividad funcional; modificar las relaciones familiares para que el paciente no utilice el dolor como medio de control y de interacción social; y finalmente es importante reducir las quejas de dolor. (p. 456).

Como se formuló anteriormente el dolor es una experiencia emocional, por lo cual el objetivo de la intervención psicológica estará encaminado a sus diferentes aspectos: sensorial-perceptiva, cognitivo-evaluativa y motivacional-afectivo, considerando el dolor no sólo como una sensación, sino también como un elemento de intercambio con el medio social.

En este sentido Bazako Goiburu (2003) menciona que en tanto se acepta que los cambios emocionales, cognitivos y sociales que operan en el paciente con dolor afectan éste síntoma, se habrán de articular programas de tratamiento encaminados a modificar aspectos motores, cognitivos y fisiológicos:

- **Aspecto Motor**

Se basa en programas tendientes a regular la conducta del paciente a través de la meditación, la atención o el descanso. El objetivo de la intervención no es reducir la intensidad del dolor per se, sino incrementar la frecuencia de las conductas funcionales y reducir las conductas de dolor.

Muchos pacientes oncológicos, por el nivel de dolor que sufren exhiben vidas inactivas, modo de vida que puede tener consecuencias a largo plazo por la falta de uso del cuerpo. Por ésta razón es importante que el paciente disponga, desde el principio, de un programa de ejercicio regular, que pueda realizarlo todos los días, para romper el círculo vicioso de una vida inactiva. Esto requiere influir en diferentes áreas del estilo de vida del paciente, a nivel del autocuidado, de la vida doméstica, familiar, profesional, entre otras.

- **Aspecto Cognitivo**

A través de técnicas cognitivas se trata de modificar aspectos evaluativos y atencionales en la percepción del dolor. El programa terapéutico incluye técnicas para el control del dolor, como el entrenamiento en inoculación de estrés. A través de esta técnica se pretende que el paciente aprenda estrategias para reducir la intensidad y su aversión al dolor. Este procedimiento consta de tres fases: educativa, entrenamiento o adquisición de habilidades y aplicación de las técnicas.

1. **Fase educativa:** se le ofrece al paciente un marco conceptual que le permita entender en qué consiste el dolor, cuáles son sus dimensiones, y qué elementos incorpora el programa para conseguir su alivio.
2. **Fase de entrenamiento o adquisición de habilidades:** consiste en entrenar al paciente en distintas habilidades y técnicas que pueden serle útiles para afrontar cada uno de los componentes del dolor.
3. **Fase de la aplicación de las técnicas:** es la fase donde se administran las técnicas seleccionadas. Entre las técnicas cognitivas utilizadas se encuentra la hipnosis. Para lograr el control del dolor mediante hipnosis se pueden considerar cuatro métodos básicos: la analgesia o anestesia, sustituir la sensación dolorosa, sustituir el lugar del dolor y la disociación.
 - ✓ *Analgesia o anestesia:* en el paciente hipnotizado se inducen sugerencias relacionadas con cambios en la percepción del dolor (disminución, desaparición).
 - ✓ *Sustituir la sensación dolorosa:* se intenta que el paciente tolere una sensación persistente y sufra menos.
 - ✓ *Sustituir el lugar del dolor:* cambiar el lugar del dolor a otra zona del cuerpo, menos vulnerable y amenazadora.
 - ✓ *Disociación:* consiste en enseñar al paciente a contemplarse a sí mismo en otro tiempo, lugar o estado.

- **Aspecto Fisiológico**

Cuando el dolor persiste durante un largo periodo de tiempo se desarrollan círculos viciosos que, paradójicamente, conducen a un incremento del dolor y a la reducción de la tolerancia al mismo. Como se ha señalado anteriormente, entre las reacciones más comunes ante un dolor continuado se encuentra la ansiedad, que tiende a incrementar el sufrimiento asociado con el dolor.

“Las técnicas fisiológicas estarán encaminadas a romper el círculo vicioso dolor-ansiedad-dolor, potenciando el control sobre las respuestas fisiológicas asociadas a la ansiedad, tales como el incremento de tensión muscular, vasoconstricción o disminución de la temperatura periférica, etc.” (Bazako Goiburu, 2003, p.457).

Es conocido que los pacientes oncológicos que padecen dolor crónico han realizado variadas consultas a especialistas en búsqueda de una respuesta, y cuando no la encuentran recurren a otros individuos como sanadores, curanderos, adivinadores, buscando alternativas terapéuticas en su desesperación por librarse del dolor.

Como síntesis de lo expuesto hasta aquí es importante reiterar que en éstos pacientes el dolor no sólo tiene que ver con la enfermedad orgánica, la parte emocional también puede tener influencia, por lo cual el tratamiento del dolor tiene que poner énfasis en cualquiera de las opciones mencionadas.

Además hay que tener en cuenta en qué momento se pueden administrar estos tratamientos considerando el estado físico, psicológico y la edad de cada paciente antes de aplicarlos.

CAPITULO II: ASPECTOS METODOLÓGICOS

El presente trabajo es un estudio de caso único, siendo la unidad de análisis que se analiza ejemplificadora y paradigmática en cuanto al tema planteado. El alcance del estudio es descriptivo, en tanto se detalla la variable, vivencia del dolor, en dicha unidad. El enfoque metodológico utilizado es cualitativo, lo cual implica que las conclusiones alcanzadas no podrán ser generalizadas a otras poblaciones, es decir, que sólo serán válidas para el caso analizado. Por último, el diseño es no experimental, ya que se observa y se describe la unidad de análisis en su contexto, sin inducir ningún tipo de modificación.

Respecto a las técnicas de recolección de datos se aplica el análisis de contenido a fragmentos de entrevistas (semidirigidas y libres) realizadas a Benita y sus hijos, e integrantes del equipo profesional.

Planteo del Problema:

El dolor es un síntomas prevalente en los pacientes oncológicos, por eso es importante que sea abordado desde el momento del diagnóstico de la enfermedad, y controlado a lo largo de todo el proceso. En función de ésta realidad, las preguntas que constituyen el problema a responder a lo largo del escrito son:

- ¿Cuál es la vivencia del dolor en Benita?
- ¿Cómo influye el tratamiento del dolor en la calidad de vida de Benita?

Objetivos del Estudio de Caso:

Objetivos Generales:

- Describir la vivencia del dolor en Benita

Objetivos Específicos:

- Detallar la modalidad de tratamiento del dolor indicado en la paciente.
- Reflexionar sobre la importancia del control de síntomas.
- Identificar síntomas de depresión y ansiedad en la paciente.

CAPÍTULO III: PRESENTACIÓN DEL CASO BENITA

Benita tiene 58 años, es una paciente atendida en el Hospital A. Fernández, argentina y oriunda de la ciudad de Posadas, aunque durante los últimos 10 años vivió en México junto con sus hijos.

Benita es de estatura mediana, de contextura robusta, y muy simpática en la relación con los demás. Se la observa sensible, afectiva y atenta. Es clara en su forma de comunicar, y reservada al momento de establecer comunicación con ella. Es católica, tiene un nivel educativo primario, y su nivel socioeconómico es medio.

Respecto a su estado civil es casada y tiene ocho hijos producto de este matrimonio: 6 hijas mujeres y 2 hijos varones; todos viven en México junto a ella. Es ama de casa y su esposo trabaja en una fábrica de muebles.

Su padre vive en Posadas junto con sus 2 hermanos, con quienes tiene buena relación. En cuanto a su madre, falleció hace 5 años por un problema cardíaco que la obligó a pasar mucho tiempo en la unidad de terapia intensiva hasta su muerte.

En relación a su enfermedad comenta que viajó desde México a Posadas para visitar a algunos parientes. Estando allí, de repente, sintió un dolor pélvico y tuvo una hemorragia vaginal, por lo cual consulta a un médico. Allí le realizan todos los estudios necesarios, y posteriormente, le diagnostican cáncer de cuello uterino en etapa avanzada.

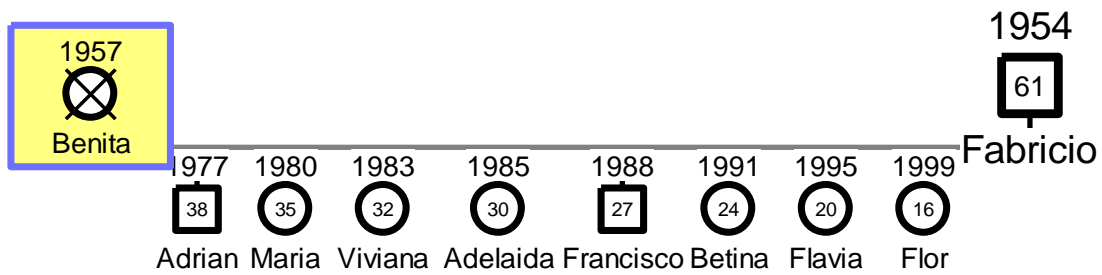
Al recibir esta información se asusta, y con gran angustia llama a sus hijos para comunicarles esta noticia tan terrible. Ellos le aconsejan quedarse en Argentina para el seguimiento médico, mientras hacen los trámites para viajar y estar junto a ella.

Debido a que en la ciudad de Posadas no existe la adecuada tecnología para tratar su problema la derivan a una institución en la Ciudad Autónoma de Buenos Aires. Luego de ser lo suficientemente estudiada los médicos oncólogos advierten que sólo pueden ofrecerle medicina paliativa para el alivio

y control de algunos signos y síntomas. Además, observan que algunos órganos vitales han dejado de funcionar, por lo cual evalúan que la paciente no soportaría un ciclo de quimioterapia.

Al conocer ésta situación viajan desde México todos sus hijos, y también parte de su familia desde Posadas, para acompañarla y darle apoyo y contención a sus necesidades.

3.1 Genograma



CAPÍTULO IV: DESCRIPCIÓN DEL CASO BENITA

Entrevista del Oncólogo con la Familia:

Oncólogo: *“Buen día, veo que está toda la familia, ¿cómo están? Les cuento que su mamá tiene un cáncer de cuello uterino en etapa muy avanzada. Junto con los demás integrantes del equipo de oncología hemos evaluado los resultados de los estudios de laboratorio y también de los estudios por imagen, y hemos llegado a la conclusión que resulta muy difícil ofrecer un tratamiento curativo a la enfermedad de su madre”.*

Familia (uno de sus hijos): *“¿Que dice doctor? ¿Eso quiere decir que mi mamá se va morir? Pero si mi mamá no tenía nada, estaba muy bien. Viajó sola a Argentina para visitar a mi abuelo, ¿y de repente se enferma?, ¿y ahora usted dice que se va a morir?”.*

Oncólogo: *“No digo que tu madre va a morir. Nosotros no podemos determinar el momento en que va morir una persona, solo les cuento que su mamá tiene una enfermedad, que se encuentra en etapa muy avanzada, y que está diseminada a otros órganos. Ella tiene un tumor en el cuello uterino que está muy avanzado y está afectando a otros órganos cercanos como la vagina, el recto, los ganglios pelvianos y los riñones. No hay forma de extirpar ese tumor en el etapa en que está, no se puede hablar de una cirugía, ni tampoco de una quimioterapia para reducirlo”.*

Familia: *“Doctor, con tanta tecnología que hay ahora, ¿no hay como ayudar a mi madre? Entiendo que tal vez en este hospital no puedan ofrecer un tratamiento a mi mamá, pero esto puede hacerse en otro lugar, en otra institución, en otro hospital...Deben decirnos qué tenemos que hacer para salvar a mi mamá”.*

Oncólogo: *“Por supuesto no vamos a abandonar a Benita. Les reitero que no hay un tratamiento curativo para este tipo de tumor y para esta etapa en la que se encuentra. Lo que sí vamos a hacer es trabajar con el Servicio de*

Cuidados Paliativos, que va a ayudar a tu madre con el dolor y otros signos y síntomas que le molestan en éste momento”.

Familia: *“Bueno, muchas gracias doctor, esperamos que los médicos de éste servicio puedan hacer algo por mi mamá, no podemos verla sufriendo así, con ese dolor. Ella no duerme porque no puede respirar bien, no come, y está muy angustiada”.*

Entrevista del Oncólogo y el Médico Paliativista con Benita y su Familia:

Oncólogo: *“Buen día Benita, ¿cómo está? ¿Cómo están ustedes? (saludando a los hijos). Junto con los médicos del servicio de cuidados paliativos estamos trabajando para ayudar a Benita con el dolor y otros síntomas que la están molestando”.*

Paliativista: *“Hola, ¿cómo están? (saludando a los hijos). Benita, ¿cómo se siente?”*

Benita: *“Ahí, tirando... con mucho dolor”.* (Responde con un gran sentimiento de tristeza).

Paliativista: *“Ok. Como te comentó el doctor (oncólogo) nosotros vamos a estar contigo a cada momento para ayudarte con los medicamentos que te van a aliviar ese dolor. ¿Has escuchado hablar de morfina?”*

Benita: *“Si escuche eso, ¿pero no me va a hacer mucho peor de lo que estoy ahora?”*

Paliativista: *“No Benita. Les voy a explicar bien sobre éste tema. La morfina es un medicamento muy eficaz para aliviar el dolor. Si se usa bien no te va a pasar nada malo. Nosotros tenemos mucho tiempo usándola, y nos da muchos beneficios en los pacientes que sufren dolor como el tuyo. Se toma cada 4 horas, pero en el caso que tengas dolor antes de la próxima dosis se puede tomar una 10ma. dosis que se llama rescate, para evitar que sientas dolor.”*

Además tendrás que tomar un laxante para evitar la constipación. En muchas ocasiones la acompañamos con otros medicamentos que se llaman coadyuvantes, tales como: sedación, antidepresivos, etc..., todo eso es para ayudarte y que te sientas mejor, independientemente de que tengas una enfermedad avanzada.”

Familia: *“Doctor, usted va ayudar a mi mamá con esos medicamentos para no sentir dolor, pero no la va a curar. En éste caso, ¿qué tiempo le quedará por delante a mi mamá con ésta enfermedad?”*

Paliativista: *“En el servicio de cuidados paliativos nuestra meta es aliviar el dolor y otros síntomas que molestan a los pacientes con el propósito de ofrecer confort y contención en sus vidas, para que se sientan bien y cómodos, a pesar de la situación difícil de la enfermedad que están atravesando. No estamos para acortar ni prolongar la vida de los pacientes. El tiempo que le queda a su madre depende de su estado, y del grado de evolución o avance de la enfermedad”.*

Los médicos paliativistas comienzan con la administración de morfina en dosis bajas, para aliviar el dolor y la disnea; y midazolam, como sedación para ayudar a Benita a relajarse y tranquilizarse con el fin de que logre dormir.

Finalmente, se logra aliviar un poco el dolor, no obstante le produce un cuadro de alucinación. Concretamente ve bichos como ratas y cucarachas subiendo a su cama y también trepando por la pared de la habitación del hospital

De inmediato el paliativista baja la dosis de morfina y la cambia a metadona con el propósito de aliviar aún más el dolor. Por cierto, los doctores paliativistas conocen la condición de la paciente, que tiene varios órganos vitales comprometidos, situación que hace difícil el beneficio de los medicamentos por la toxicidad metabólica que producen.

La familia menciona que Benita vomita y no quiere comer. La doctora paliativista junto con profesionales de salud mental realizan psicoeducación a la familia respecto a cómo deben acomodarla en la cama para evitar el vómito, y

en el caso que vomite evitar una neumonía por aspiración. También les aconsejan que en el caso que no quiera tomar agua pueden usar una gaza mojada para humedecer su boca.

Luego de unos días la paciente ya no se queja de dolor, pero dice que se siente débil, que está sin fuerza, que quiere comer o tomar algo pero tiene miedo de vomitar. Ante ésta situación la médica le ofrece una sonda nasogástrica para que pueda alimentarse. Sin embargo la doctora observa que, al intentar introducir la sonda, Benita no coopera, por lo cual resulta muy difícil su colocación. Finalmente la profesional utiliza una gasa mojada para humedecer su boca con el propósito que no quede totalmente seca.

Familia: *“Doctora, ¿y entonces qué otra cosa se puede hacer para que mi mamá pueda alimentarse? Come por la boca y vomita, y tampoco puede tragar. ¿La sonda para qué sirve?, ¿qué hacemos?”.*

Paliativista: *“Si recuerdan desde al principio les dije que nuestro objetivo es ayudar a Benita a estar bien y tranquila el resto de su vida. No es necesario comprar nada para darle de comer, ya que seguramente lo vomitará. No se la puede obligar para colocarle la sonda, además no es algo que le va a servir por mucho tiempo. Lo más importante por ahora es acompañarla, darle confort, contención, que esté bien en la cama en la medida que se pueda, que se sienta lo mejor posible. Esto es lo que más necesita ella en este momento”.*

Entrevista del Médico Paliativista con Benita:

Paliativista: *“Hola Benita, ¿cómo estás? ¿Tienes dolor ahora? ¿Cuéntame cómo te sientes?”*

Benita: *“Estoy con poco ánimo (mueve la cabeza con el gesto de negación). Tengo miedo a la muerte.”*

Paliativista: *“Si Benita, te entiendo, pero estamos acá para ayudarte con lo que te molesta. Dale gracias a Dios por no tener dolor, ya no vomitás más, está todo controlado, ¿verdad?”*

Benita: *“Si, pero para que sirve todo esto si voy a morir...”*

Paliativista: *“Es cierto que todos algún día hemos de morir, pero al menos te ayudamos a paliar los síntomas que tanto te molestan.”*

Entrevista del Psicooncólogo con Benita:

Psicooncólogo: *“Hola Benita cuéntame, como te sientes.”*

Benita: *“Estoy muriendo.”* (En un tono muy bajo de voz).

Psicooncólogo: *“Escúchame Benita, mírame.”* (Tomando la mano de Benita).

Benita: *“No hay tratamiento para mí.”* (Benita mira con lágrimas en los ojos y asintiendo).

Psicooncólogo: *“Ok, te entiendo, pero nadie puede determinar cuándo morirás. Cierra tus ojos, piensa en tus hijos que ahora están a tu lado. (Tomándola de la mano). Piensa en los momentos lindos que has pasado con ellos. Ahora puedes tocarlos, mirarlos, escucharlos y admirarlos. Piensa que ahora estás viva. Disfruta estos momentos, es muy lindo vivirlo con ellos, ¿no es verdad?”*

(Benita abre los ojos, mira al psicooncólogo y sonrío).

Psicooncólogo: *“¡Mira qué bueno es pensar cosas lindas! Te voy a decir algo Benita, vive tu momento presente, ten presente las cosas buenas que has alcanzado en tu vida, y sobre todo estos hermosos hijos que están acompañándote, deberías sentirte feliz, ¿verdad?”*

Benita: (Benita mira a los ojos al terapeuta, mueve la cabeza con un gesto muy débil de asentimiento) dice: *“Sí.”*

Finalmente, Benita fallece luego de 4 días acompañada de su familia y del equipo médico tratante.

CAPÍTULO V: ANÁLISIS DEL CASO DE BENITA

El cáncer de cuello uterino es una neoplasia que se puede detectar en etapas tempranas por métodos de diagnósticos no invasivo como el Papanicolaou. Sin embargo, en muchos casos la enfermedad se presenta de forma silenciosa sin evidencia alguna de síntoma.

En relación a éste tema se puede observar en el caso descrito que la paciente y toda su familia se encuentran en estado de shock al recibir la información del diagnóstico. Y mayor es el impacto al conocer que se trata de una etapa muy avanzada de la enfermedad, y de mal pronóstico.

Durante el relato de las entrevistas, la paciente responde con pocas palabras a las preguntas de los profesionales, y en muchas ocasiones hace referencia a la muerte. Se puede entender que toda ésta situación la tomó por sorpresa: tiene cáncer, la enfermedad se encuentra en una etapa muy avanzada, y no hay tratamiento curativo.

El objetivo de los profesionales es acompañar a la paciente, tratar que sufra lo menos posible, y mitigar los dolores que le puede generar la enfermedad, como también otros síntomas asociados tales como: el problema de ansiedad, la irritabilidad, el bajo estado de ánimo, el insomnio, etc.

Se advierte en los profesionales la sensación de impotencia frente a ésta situación de no poder ofrecer tratamientos con finalidad curativa, no obstante, desde el principio le ofrecen a la paciente cuidados paliativos para ayudarla a transitar esta etapa tan difícil de la enfermedad, con el menor dolor posible.

En los hijos se observa un importante monto de angustia por no poder encontrar una solución ni lograr la curación de la enfermedad de su madre. Se advierte que los hijos presentan buena disposición ante la situación, escuchan la información sobre el tratamiento de la enfermedad, piden consejos al equipo médico y al psicólogo, están muy presentes en el acompañamiento de su madre, se muestran con disponibilidad para esperar las indicaciones del equipo, y sostienen la esperanza de escuchar una buena noticia respecto de una solución curativa, aunque desafortunadamente nunca obtienen la respuesta esperada.

Al principio no comprenden lo que sucede, ya que su madre gozaba de buena salud, pero en el momento de entrevistarse con los profesionales del equipo de cuidados paliativos, quienes se ocupan del tratamiento de los dolores de Benita brindándole calma y confort, se sienten un poco más aliviados. Comprenden que a pesar del sufrimiento observado en su madre ella está recibiendo los mejores tratos y cuidados posibles.

Benita fallece debido a que la enfermedad cursa una etapa muy avanzada y de mal pronóstico. Más allá de éste final se advierte que los profesionales, con sus limitaciones frente a la enfermedad, logran que Benita pueda partir en paz y sin dolor. Es así que acompañan a la familia durante el proceso y también después del fallecimiento, ya que ofrecen su apoyo para el proceso de duelo que deberá transitar.

CONCLUSIONES GENERALES

El dolor es un síntoma de alta prevalencia en los pacientes con cáncer que deteriora de forma importante su calidad de vida. Con las medidas anunciadas por la OMS, en 2004, que divide en tres escalones ascendentes las distintas opciones terapéuticas, el dolor puede ser controlado en un alto porcentaje de casos.

Siempre hay que buscar cómo controlar el dolor de los pacientes oncológicos, ya que tiende a ser crónico, duradero e insoportable. Hay situaciones en las que no hay que ignorar la necesidad de aumentar la dosis habitual de medicación, si el paciente no responde favorablemente a la dosis indicada, o en ocasiones, ocurre que se debe cambiar el fármaco.

Aquellos pacientes difíciles de controlar con estas medidas se pueden beneficiar de la aplicación de técnicas de neuromodulación, implementadas por expertos en el tratamiento del dolor crónico. También se sabe que existen alternativas como yoga, métodos de relajación y acupuntura, entre otras, que ayudan bastante en los episodios de dolor intenso.

El correcto manejo de los distintos fármacos (AINES, opiáceos y coadyuvantes), el conocimiento de sus efectos secundarios, la pérdida del miedo a los opiáceos y el conocimiento de los distintos síndromes álgicos asociados al paciente oncológico, deben ir de la mano de una adecuada valoración del dolor según las distintas escalas, tanto en la fase de instauración del tratamiento, como en el seguimiento del paciente.

Si el dolor es una experiencia emocional y no sólo una sensación, la intervención sobre él debe ser multidisciplinaria. Por tanto de la realización de la evaluación psicológica junto con el diagnóstico médico, debe recogerse información relevante para plantear cualquier programa de tratamiento.

La evaluación psicológica no presupone la necesidad directa de un tratamiento psicológico, pero resulta esencial para enfocar adecuadamente otros

tratamientos. Y además, el tratamiento psicológico no sólo es compatible con cualquier tratamiento médico sino que también aumenta su eficacia.

El psicooncólogo debe también realizar una acción preventiva en aquellos casos en que la realización de intervenciones médicas dolorosas sea necesaria, tratando de minimizar el impacto emocional y el dolor, tanto antes como después de que aquellas se realicen.

Con respecto al caso de Benita, desafortunadamente, se detecta en etapa muy avanzado cuando la enfermedad se ha diseminado a otros órganos a distancia. En este sentido los profesionales solo pueden indicar lo que se llama manejo del dolor, como también de diferentes signos y síntomas, desde el equipo de cuidados paliativos.

Como fue mencionado anteriormente el equipo de cuidados paliativos tiene por misión dar confort y alivio al dolor y a otros signos y síntomas que provoca la enfermedad. Esto se pudo lograr en Benita, proceder que no sólo la ayudó a ella, en los últimos días de su vida, sino también a sus hijos que no toleraban ver a su madre sufriendo.

Debido a que el dolor es un síntoma de alta prevalencia en los pacientes con cáncer, y que deteriora de forma importante su calidad de vida, tal como lo explica la Organización Mundial de la Salud (2004), para tratar adecuadamente el dolor oncológico hay que realizar una correcta evaluación clínica y una exploración física completa del paciente, así como también son necesarias otras exploraciones complementarias que puedan aportar resultados de utilidad clínica.

También se sabe que el dolor es una experiencia emocional y no sólo una sensación, por eso la intervención sobre éste síntoma debe ser multidisciplinario. Esto significa que la evaluación psicológica junto con el diagnóstico médico debe recoger información relevante para plantear cualquier programa de tratamiento.

Por último es importante mencionar que el dolor en los pacientes con cáncer suele aumentar la ansiedad y afectar a la persona psicológicamente. En el caso

Benita se observa que en el momento en que el psicooncólogo efectúa su intervención, esto aporta alivio a la paciente. Además se advierte que se minimiza su impacto emocional cuando ella visualiza diferentes aspectos de su vida. Esto no solo ayuda a que Benita se sienta mejor, además ayuda a su familia en tanto ven a su madre con menos molestias, a pesar que conocen que su esperanza de vida es muy corta.

REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS

- Asociación Venezolana para el Estudio del Dolor (1994). *Términos de dolor*. Recuperado de:
https://jfoyarzo.files.wordpress.com/2010/09/iasp_termonologie_es.pdf
- Bazako Goiburu, E. (2003). Aspectos psicosociales del dolor oncológico. En M., Die Trill, *Psico-Oncología*. (p. 447- 460). España: Ades.
- Die Trill, M. (2003). Los trastornos del estado del ánimo .En *Psico-Oncología* (p. 247). España: Ades.
- Khosravi Shahi, P. del Castillo Rueda, A. y Pérez Manga, G. (2007). Manejo del dolor oncológico. *Anales de Medicina interna* 24 (11), http://scielo.isciii.es/scielo.php?pid=S021271992007001100010&script=sci_arttext
- Mayundo, T. H. (2012). Cuidados paliativos. Bases filosóficas de la muerte, el dolor, y el sufrimiento En C. I., Agamez, H. Álvarez Torres y M. V., Mera Gamboa (eds.) *Paliación y cáncer*. (p.17-31). Bogotá, Colombia: Asociación Colombiana de Cuidados Paliativos.
- Miro, J. (2003). *Dolor crónico*. España: Desclee De Brouwer.
- Meseguer, C (2003). La ansiedad. En M., Die Trill, *Psico-Oncología*. (p. 237). España: Ades.
- Montesinos, M. (2015). *Cáncer del aparato genital femenino*. (Apunte de Cátedra). Universidad de Ciencias Empresariales y Sociales. Ciudad Autónoma de Buenos Aires.
- Organización Mundial de la Salud (2004). *Tratamiento del dolor en el paciente oncológico*. Recuperado de:
Scielo.isciii.es/scielo.php?pid=S113766272004000600007&Script=Sci_arttext

- Sociedad Española de Oncología Médica (2010) *El dolor en el Paciente oncológico*. Recuperado de: [www.Seom.org\F_Oncovida_17_BAJA](http://www.Seom.org/F_Oncovida_17_BAJA)
- Schavelzon, J. (1988). Dolor. En *Paciente con cáncer*. Argentina: Científica interamericana.
- Sancho. J., López. G., Sancho. A., Ávila. C., Grande. M., Cavallo. L.,..., Pérez- Manga, G. (2006). Tratamiento del dolor oncológico. *Psicooncología*, 3 (1), p. 121-138.
- Sandeurs, C. (s.f.). *Revisión Bibliográfica: Dolor Total*. Recuperado de www.dolorypaliativos.org/art137.asp
- Vidal y Benito, M. (2012): Trastornos Psiquiátricos en los enfermos con cáncer. En *Psiquiatría y Psicología del paciente con cáncer*. (p. 55-57) Buenos Aires: Polemos