



Revista Latinoamericana de Bioética

ISSN: 1657-4702

revista.bioetica@unimilitar.edu.co

Universidad Militar Nueva Granada

Colombia

Oliva Te-kloot, Jorge

La Bioética y el dolor en odontología: una aproximación humanista  
Revista Latinoamericana de Bioética, vol. 15, núm. 1, 2015, pp. 38-53

Universidad Militar Nueva Granada

Bogotá, Colombia

Disponible en: <http://www.redalyc.org/articulo.oa?id=127033012004>

- Cómo citar el artículo
- Número completo
- Más información del artículo
- Página de la revista en redalyc.org

redalyc.org

Sistema de Información Científica

Red de Revistas Científicas de América Latina, el Caribe, España y Portugal

Proyecto académico sin fines de lucro, desarrollado bajo la iniciativa de acceso abierto

► O38  
Bioética

BIOETHICS AND PAIN  
IN DENTISTRY: A  
HUMANISTIC APPROACH

A BIOÉTICA E A DOR EM  
ODONTOLOGIA: UMA  
APROXIMAÇÃO HUMANISTA

► Jorge Oliva Te-kloot\*

# La bioética y el dolor en odontología: una aproximación humanista

► Fecha de recepción: julio 31 de 2014

► Fecha de evaluación: septiembre 8 de 2014

► Fecha de aceptación: octubre 14 de 2014

\* Cirujano Dentista de la Universidad de Chile y de Bioética de la Universidad magíster en Bioética de la misma universidad. Profesor de Bioética de la Universidad del Desarrollo. Correo electrónico: Jorge@tm.cl. Santiago/Concepción, Chile.

► **RESUMEN**

En la práctica clínica odontológica, los aspectos morales no pueden olvidarse, restarse a los valores puede resultar un ejercicio tan peligroso como carente de todo sentido. Comprender y hacerse parte de los fines inherentes al cuidado de la salud marca una dedicación más allá de la enfermedad y su tratamiento. Comprender en el paciente su vivencia, fragilidad y vulnerabilidad nos permitirá hacer todos nuestros esfuerzos hacia la búsqueda de su mejor bien, respetando sus intereses y calidad de vida sin abstraer nuestra mirada hacia su interioridad, siendo esta el fin último de nuestro quehacer. El dolor, por su parte, tan frecuente en la odontología, ya sea como síntoma, como temor o como vivencia, hace necesario una aproximación moral y valórica. El dolor representa mucho más que la dolencia, involucra en realidad un quiebre en la integralidad, la que no se logrará única y exclusivamente con la prescripción de fármacos, sino también con la íntima voluntad del profesional de restituir la vitalidad en el más amplio sentido de la palabra. Queremos una reflexión en un tema que nos parece de amplia trascendencia, pero que simultáneamente ha estado olvidado por el gran desarrollo tecnológico de nuestra profesión.

► **Palabras clave**

Dolor, sufrimiento, bioética, antropología médica.

O39

► **SUMMARY**

In dental clinical practice, moral aspects cannot be forgotten; leaving values aside can turn to be a dangerous and senseless exercise. Understanding and becoming part of the goals involved in health care marks a dedication that goes beyond the sickness and its treatment. Understanding what the patient is going through, his/her fragility and vulnerability will allow us to place every effort into the search of what is best for him/her, with full respect for his/her interests and quality of life, without looking away from his/her interiority, which is, as I can understand, the final purpose of our work. The patient's pain, so very frequent in dentistry, as a symptom as much as fear or experience, makes a moral and value-searching approach a necessity. Pain represents much more than disease, it actually involves a break in integrality. [that will not be avoided just by prescribing drugs.] (Integrality will not be achieved just by prescribing drugs,) but also with the intimate will of the professional to restore vitality in the widest sense of the word. We want a reflection into a matter that we consider of maximum transcendence, but which has been at the same time forgotten by the great technological advancement of our profession.

► **Keywords**

Pain, suffering, bioethics, medical anthropology.

► **RESUMO**

Na prática clínica odontológica, os aspetos morais não podem ser esquecidos; deixar de lado os valores pode vir a ser um exercício tão perigoso quanto falto de todo sentido. Compreender e tornar-se parte das metas envolvidas no cuidado da saúde marca uma dedicação que vai além da doença e seu tratamento. Compreender no paciente sua experiência, sua fragilidade e vulnerabilidade permitir-nos-á fazer todos os nossos esforços para a procura do seu melhor bem, respeitando seus interesses e qualidade de vida sem abstrair a nossa atenção para o seu interior, sendo este o objetivo final do nosso trabalho. A dor, por sua vez, é tão comum em odontologia, seja como sintoma, como medo ou como experiência, faz necessária uma aproximação moral e baseada em valores. A dor representa muito mais do que a doença, na realidade envolve uma rutura na integridade, que não vai-se conseguir somente pela prescrição de medicamentos, mas também com a íntima vontade do profissional de restituir a vitalidade no mas amplo sentido da palavra. Nós queremos refletir num tema que nós achamos de muita transcendência, mas ao mesmo tempo foi esquecido pelo grande desenvolvimento tecnológico da nossa profissão.

► **Palavras-Chave**

-----

## INTRODUCCIÓN

A pesar de los sustanciales e innegables avances clínicos y farmacológicos que ha presentado en las últimas décadas nuestra profesión, sigue siendo bien conocida y compartida por una mayoría la asociación histórica y contemporánea de la odontología con el dolor. Lo anterior se debe a que ciertos procedimientos clínicos son eventualmente dolorosos, porque el paciente consulta generalmente por este síntoma, en virtud de experiencias ajenas referenciales, o bien por transmisión entre sucesivas generaciones. Resulta indiscutible que las personas asociamos muy frecuentemente al odontólogo con vivencias de dolor, sufrimiento y temor. No sabemos si nos va a doler un tratamiento dental y no podemos abstraernos de la angustia que nos provoca solo con pensarlo. Dicho esto, si bien los tratamientos actuales son menos dolorosos y más efectivos, persiste una deuda profesional por el fomento y la formación en torno a los aspectos morales y afectivos que desencadenan las diversas algias en quienes las padecen.

Como odontólogos nos compete entonces sensibilizarnos en torno a actitudes y voluntades, para que cuando seamos requeridos actuemos, tanto con la máxima efectividad clínica, como con disposiciones que reconozcan la vida espiritual o interioridad de los pacientes, lugar desde donde surgen las emociones positivas como la alegría, la felicidad, el optimismo, la plenitud, pero también aquellas que determinan el sufrimiento, la angustia, el miedo y el temor. "La odontología debe reconocer que el estado de salud como sensación o percepción vital posibilita nuestra realización y felicidad. Como contraparte, la presencia de desórdenes patológicos y el dolor incapacitan a quienes los sufren" (Oliva, 2012, p. 560).

Los conocimientos no lo son todo. El cuidado de las personas requiere cultivar también aquellas sensibilidades dedicadas a reconocer que nuestra profesión y cada uno de sus profesionales tenemos como misión social y personal el cuidado de la vida y la salud de las personas a nuestro cargo. Ortega y Gasset (1961) en referencia al prólogo de un libro de Dilthey, cita lo siguiente: "Que el hombre no ha tenido nunca verdadero empeño en conocer lo humano o, lo que es igual, que las llamadas ciencias del espíritu han solido padecer grave astenia intelectual" (1961, p. 59). Probablemente, hemos privilegiado el desarrollo y aplicación de las

tecnologías en salud, técnica que por eficiente que sea no puede obliterar nuestras emociones; el fin no es la técnica en sí misma, por el contrario, nuestra contribución es para con la felicidad y la mitigación del sufrimiento. Los pacientes nos agradecerán siempre cuando podamos aliviarlos y restablecerlos para una vida mejor. El humanismo no nos restringe a una visión organicista del ser humano, sino que la amplía hacia al alma. Es meritorio sobrepasar la visión materialista e instrumental del ser humano, y pensar en el hecho de que todos somos seres angustiables y frágiles. "La fragilidad y vulnerabilidad del ser humano nos remite primordialmente a su finitud constitutiva. Pero hay diversas situaciones en que se vive de modo más sentido tal fragilidad y vulnerabilidad: la pobreza, la niñez, la enfermedad y la ancianidad" (Conill y Cortina, 2012, p. 117).

La bioética en su riqueza interdisciplinaria, multidisciplinaria y transdisciplinaria promueve una aproximación valórica del ser humano, en especial cuando se enfrenta a una circunstancia compleja para la vida, como lo es la enfermedad y el dolor. Comprender al ser humano moralmente facilita reconocer su integralidad corporal y espiritual, pero más aún su labilidad emocional. Así mismo, no es una disciplina circunscrita a lo teórico o descriptivo; por el contrario, promueve una acción práctica reflexiva y deliberativa sin dar la espalda a los valores humanos. Lo fascinante de la bioética a mi juicio es su aventura hacia la interioridad del hombre, su ir hacia el encuentro del propio sentido de las decisiones clínicas y belleza moral que estas requieren. "La Bioética es un campo multidisciplinar donde las ciencias de la naturaleza y las ciencias del espíritu interactúan" (Novoa, 2011, p. 179). La bioética promueve la búsqueda del sentido, la reflexión, la esencia, la razón de ser, el propósito, la búsqueda del bien y también la duda, protegiéndonos del automatismo ejercido durante el cuidado y la relación con nuestros enfermos; cada paciente vale en su particularidad y exclusividad de la misma manera. Si su atención se sitúa en el individual proceso vital, es evidente que la bioética no deja espacios para una mirada discriminatoria. Su expansión en los foros médicos y sociales obedece a la necesidad de buscar nuevas vías para decisiones clínicas más humanas. Por su parte, el excesivo tecnicismo y fragmentación profesional traducida en múltiples subespecialidades está haciendo de los pacientes personas más frustradas, acongojadas y menos acogidas; la excesiva complejidad y fragmentación del quehacer médico

les está resultando más difícil a los pacientes. Como en muchas otras áreas del conocimiento, la odontología debe aportar su esfuerzo y dedicación para un mejor trato con la vida, la corporeidad y la mitigación del sufrimiento. “Promover la salud, aliviar los síntomas, el dolor y el sufrimiento, curar las enfermedades, educar y evitar daño durante la atención” (Jonsen, 2005, pp. 36, 37).

## ANTROPOLOGÍA DEL DOLOR

La antropología del dolor nos refiere a la propia vivencia por el sujeto enfermable que lo carga y sufre, en otras palabras, mi dolor, aspecto que se ejemplifica con la siguiente descripción de un paciente en tratamiento dental: “al pasar la anestesia, el mismo día comenzó mi infierno con un dolor terrible al masticar que no aguantaba”. La responsabilidad no es solo una dedicación al estudio de las patologías o enfermedades que ocurren en el ser humano, sino que también debe verse involucrada con el sentido que tiene para los pacientes el estar saludables, vitales y plenos, o en su defecto enfermos, limitados y mermados. Frente al dolor las cosas para una persona cambian sustancialmente; el ser humano es un sujeto moral y mortal, y desde la íntima comprensión de su corporeidad entendida como la simultaneidad de cuerpo y vida nos podrá ser más asequible la posibilidad de ayudar hacia la búsqueda del mejor bienestar. “Cuerpo es, pues, en este problema, actualidad de presencialidad física. Corporeidad es un carácter que pertenece al sistema psico-orgánico entero” (Zubiri, 1896, p. 62).

“Lo humano es la vida del hombre, no su cuerpo, ni siquiera su alma. El cuerpo es una cosa: el alma es también una cosa, pero el hombre no es una cosa, sino un drama, su vida. El hombre tiene que vivir con el cuerpo y con el alma que le han caído en suerte” (Ortega y Gasset, 1961, p. 54). Referirnos hacia ese ser personal es hablar tanto de su constitución física denominada corporeidad, como de sus sensaciones, percepciones y relaciones con el medio donde se desenvuelve, las que en su conjunto conforman su vida interior o espiritualidad. Aquella persona establece un lugar dentro de nuestra organización social, podemos decir que tal o cual persona tiene una cierta presencia, una identidad y un rol. En esta identidad o individualidad, una sensación corporal como lo es el dolor encontrará en la persona una recepción modulada del síntoma; el dolor pasa a tener una conciencia y una valoración particular. Aquel

dolor que todos comentamos desde la experiencia y que parece gozar de cierta generalidad, en la persona se torna particular, casi inexplicable, lo exterior se hace interno, lo visible se trasmuta hacia lo inalcanzable. Las expresiones de un paciente describen lo anterior: “el dolor era tal, las molestias y las faltas a mi trabajo, que mi marido me llevó de urgencias”.

Frente al dolor, el desafío para los clínicos radica en comprender y sentir que la sensación dolorosa, aunque propia y difícilmente verbal, puede ser únicamente descrita, definida, expresada y valorada por quien la sufre; ante la vivencia de mi dolor los espacios para generalidades terapéuticas se restringen. “La anatomía, la fisiología, la psicología y el espíritu presentan, como manifestación externa, una forma evidente y de algún modo clara e inconfundible, mientras que el núcleo interno, el ser, el sentido aparecen como más ocultos. Si llamamos a este núcleo “yo” o “sujeto”, percibimos inmediatamente qué fuerza tiene y cuán oculto está” (Weisäcker, 2005, p. 79).

La indicación clínica deja de ser un ejercicio técnico para transformarse en un medio para mantener la salud y sanar la enfermedad, pero sobre todo para restituir la vitalidad espiritual perdida, producto del sufrimiento de un ser que tiene identidad y rostro. Rosa María Boixareu cita de Gadamer lo siguiente: “El tratamiento no es solamente la aplicación de saberes y de técnicas contrastadas anteriormente, es un espacio de colaboración entre el paciente y las prácticas y los saberes que se le aplican” (2008, p. 223). La terapia, independiente de la enfermedad y de su naturaleza, tiene como fin el restablecimiento del paciente abstraído, producto de su dolor y enfermedad. Cuando expresamos que hemos recuperado a un paciente o cuando decimos que el paciente se está recuperando, involucra un volver al mundo del que se ha ido transitoriamente por su dolor, vuelve en cierta forma a la vida que en parte la ha perdido; entonces, aliviar el dolor representa mucho más que el alivio del síntoma, de ahí la relevancia de destacar lo holístico del hombre.

Sin desconocer la multiplicidad de actividades que la profesión enfrenta, la odontología orienta gran parte de sus objetivos hacia el hombre enfermo, donde el dolor de origen dentario, facial o craneal representa quizás una de las causas de consulta más frecuentes. En este punto, es prioritario remarcar la siguiente frase: “El



enfermo acude al médico (Odontólogo) para lograr la salud, el deseo de salud" (Lain, 2003, p. 153). Dicho deseo incluye la calidad de vida y bienestar, pero no cualquier salud, sino una salud de acuerdo con los valores de cada uno, según lo que se es y se espera de la vida. La vida es un valor, es decir, cada ser humano tiene su propia perspectiva y debe ser respetada a ultranza por los profesionales de la salud.

Los avances en la investigación neuroanatómica, neurofisiológica, farmacéutica y clínica nos han permitido disponer de nuevos y eficaces tratamientos para enfrentar el dolor oro- facial, en aquellos de origen infeccioso, tumoral, traumático, neuropático, inflamatorio, posquirúrgico, etc., todos cuadros dolorosos que incluyen desde una leve molestia hasta la temible neuralgia del trigémino que daña intensamente la vida. Sin embargo, podemos enfatizar que estas nuevas aplicaciones terapéuticas no han ido necesariamente de la mano con el avance de las investigaciones que fomenten el estudio de los aspectos morales y emocionales asociados al dolor y el sufrimiento. Hemos mostrado probablemente despreocupación por avanzar en materias relacionadas con la humanidad y filosofía del dolor en odontología, es decir conocer lo biológico pero sin descuidar el alma, manteniendo en la mente y en el corazón aquellas sensaciones descritas como propias, individuales, intransferibles, subjetivas e indiscutibles, pensemos y recordemos lo que nos sucede a nosotros cuando padecemos un dolor o una enfermedad, pues no estamos inmunes.

Acordemos que el uso intensivo de medios tecnológicos predispone a una odontología más lejana en lo afectivo y en lo moral, incluso nos puede someter a una cuota no despreciable de inhumanidad e inmoralidad. "Las actitudes inhumanas provocan padecimiento: la violencia, la coacción, el desprecio, la incompetencia, la negación del otro. La interacción con el otro puede ser generadora de dolor. La falta de comunicación, la soledad forzada, el sentimiento de inferioridad, la humillación" (Boixareu, 2008, pp. 255-276).

En cuanto al dolor, es posible que los odontólogos nos hayamos restado en buena parte hacia una reflexión menos clínica y más humana del sufrimiento. Queremos centrarnos en la visión dual del dolor: lo biológico y corporal junto a la espiritual y subjetiva vivencia. Si bien puede existir un daño evidente en lo corporal, el síntoma no está en ese órgano sino que en la intimidad del enfermo,

lo podemos ver y palpar, pero no sucede lo mismo con la vivencia. El dolor, más allá de sus características y descripciones somáticas, se encuentra escoltado siempre de sensibilidades y vivencias que alteran o invalidan la vida de nuestros pacientes. La dualidad descrita obliga a no solo una visión científica, sino también humana. Constituye un síntoma de aviso o alarma de que algo pudiera andar no tan bien en nuestro organismo. Lo paradójico se establece con la elaboración psíquica personal e intransferible; el misterio de la causa es capaz de transformar una simple y sencilla sintomatología en una demoledora conmoción moral o tormento vivencial con una alta carga e incertidumbre, y así se hace más complejo vivir. Lo paradójico también se representa en que el dolor y el sufrimiento nos hace crecer emocionalmente, el sufrimiento nos fortifica espiritualmente y sensibiliza, la empatía aflora ante situaciones de enfermedad similar, se comprende al que sufre. Por otra parte, el placer, la abundancia, la demasía y el exceso nos debilita, "la ausencia de presiones, de problemas, apagaría nuestra vida, porque nuestro vivir es un constante aceptar heridas y un responder enérgico a esta benéfica vulneración" (Ortega y Gasset, 1962, p. 378).

Un dolor inesperado, inexplicable, sin causa aparente motiva eventuales asociaciones con malas noticias y pesimismo, "las malas noticias son agresiones al yo y por tanto generan angustia, que a su vez dispara resistencias, los llamados mecanismos de defensa del yo" (Gracia, 2004, p. 283). El ejercicio racional o inteligente del ser humano de pronto se contrae, se minimiza y se ve confundido por las emociones; nos abstraemos ante la realidad desconocida de una enfermedad, negamos nuestra vulnerabilidad, fragilidad y mortalidad, surge la negación de la finitud corporal: "el ser humano es una máquina no trivial, pues entre estímulo y reacción se instala una compleja elaboración mental que modifica las percepciones y planifica las reacciones resultantes" (Kottow, 2005, p. 28). Como toda vivencia, el dolor del diente no es posible compartirlo, traspasarlo ni distribuirlo, solo nos resta recibir acogida y comprensión. La molestia dolorosa acaba con ese silencio natural e imperceptible de los órganos, "grito, queja, lamento, las manifestaciones naturales del dolor, revelan con qué intensidad se experimenta en el dolor, la desarmonía, la impotencia contra la ruptura entre el yo y su existencia corporal" (Buytendijk, 1958, p. 88), "el organismo pierde su unidad, su sí mismo" (Hegel, 2006, p. 247).

La variabilidad clínica y emotiva del dolor invita a una actitud exclusiva, con miras a fomentar una mirada más allá de la racionalidad científica para abrir paso a la intersubjetividad comprensiva “y así, en un mundo con un pluralismo axiológico irreductible, no hay otra posibilidad racional que la de encontrar normas intersubjetivamente compartidas que puedan dejar lugar a proyectos de vida diferentes” (Sánchez, 2007, p. 178). La cuestión es cómo desde mi subjetividad puedo aceptar, respetar y valorar la esencia moral del otro, sustento básico desde donde se promueve el ayudar. Junto a la contribución indiscutible del conocimiento clínico, nos motiva y apostamos por una odontología del siglo XXI que realce también las responsabilidades morales. Román (2012), citando a Pellegrino, reafirma las siete virtudes cardinales de la excelencia profesional: “Fidelidad a la confianza, benevolencia, postergación del interés personal, la compasión y el cuidado, honestidad intelectual, la justicia y finalmente la prudencia” (p. 72).

Históricamente las humanidades médicas y recientemente la bioética recuerdan, refieren y nos hacen vivir o revivir el mundo de los valores: “Por eso Platón que necesitaba situar fuera del mundo temporal a las verdades que llamaba Ideas, inventa otro cuasi-lugar extramundano. Nos permite representarnos nuestro mundo temporal como un orbe rodeado de otro ámbito de distinta atmósfera ontológica donde residen indiferentes las acrónicas verdades” (Ortega y Gasset, 1961, p. 282). La bioética ha puesto en discusión los valores trascendentes del ser humano y su particular estado durante la enfermedad, redirigiendo la atención desde el mundo

objetivo y tecnológico hacia sus dimensiones espirituales y emocionales, aspectos que la técnica en su proyección generalista no se hace cargo, pues mantiene su trabajo ausente de lo inmaterial. La bioética nos reafirma con convicción y sensibilidad aquellas consideraciones morales profesionales que un síntoma físico incorpora en la vida de los seres racionales, y acto seguido orienta en un ejercicio reflexivo y prudente las respuestas hacia quien sufre. La materialidad y externalidad de la vida ha olvidado el diálogo y meditación en torno a la metafísica del dolor. En esta parte, cabe recordar a un destacado filósofo chileno fallecido recientemente y su hermoso libro titulado *Los bienes humanos*, trabajo que en uno de sus capítulos propone una lista de pertenencias humanas trascendentes y que en su conjunto apuntan hacia la felicidad del ser humano: “la vida, la familia, la amistad, el trabajo y el juego, la experiencia de la belleza, el conocimiento y la armonía interior” (Gómez-Lobo, 2006, pp. 25-46), resulta imposible marginar a algunos de estos bienes humanos de las responsabilidades profesionales.

La bioética constituye una llamada diferente, nos señala que el ejercicio profesional en salud no puede abstraerse de la reflexión moral, son complementarias, inherentes e inseparables; confronta el ejercicio clínico con el juicio de valor de los pacientes, “si la medicina no estuviera indisolublemente ligada a la ética, los profesionales se convertirían en los dueños caprichosos de la vida y la muerte del ser humano” (Goic, 2000, p. 43). Es decir, la técnica y el cientificismo están hechos para el cuidado de la salud y el bienestar

Los conocimientos no lo son todo. El cuidado de las personas requiere cultivar también aquellas sensibilidades dedicadas a reconocer que nuestra profesión y cada uno de sus profesionales tenemos como misión social y personal el cuidado de la vida y la salud de las personas a nuestro cargo.

de los pacientes, primero integrando los valores universales de la vida y la dignidad, y acto seguido reconociendo la corporalidad personal única también como un valor para quien la porta. El cuerpo hace posible la vida, al menos en este mundo, ¿quién puede arrogarse entonces la incapacidad para desconocer los sentimientos y emociones del prójimo?

Surge de esta manera la concepción del agente moral, aquella persona que ejerce sus libertades y acoge la de los otros, derechos y obligaciones comunitarias; le corresponde ser respetado y respetar, ser reconocido y reconocer las decisiones libres sobre su vida y las de los demás; es aquella persona que se apropia de su vida hacia una plenitud para luego en el camino de regreso perderla progresivamente con el envejecimiento. Podríamos decir que la técnica médica aborda el cuerpo (*res cogitans*) y la bioética, la espiritualidad del enfermo (*res extensa*). "Originariamente eso que llamamos cuerpo no es sino algo que nos resiste y estorba o bien nos sostiene y lleva, no es sino algo adverso o favorable" (Ortega y Gasset, 1961, p. 416). Por lo general, las

enfermedades son individuales, afectan en un momento dado a algunos y a otros no. ¿Por qué a

mi? es el interrogante. Para el enfermo que vive y sufre la enfermedad, su curso futuro es imprevisible y altamente incierto. Desde fuera el clínico

por sus conocimientos y experiencia puede intuir un cierto horizonte, proyectar una evolución favorable o desfavorable; sin embargo, al enfermo no le quedará otro remedio que proyectar desde su propia realidad y vivencia la incertidumbre, y visualizar su propio destino, con esperanza o desesperanza. La vida es en sí misma una incertidumbre y esta falta de certeza no es más sino traer al presente todo un futuro imaginario, más aún si estamos en presencia de un quiebre de nuestra salud. La bioética, al no dirigir su preocupación por la técnica ni restringir las libertades de las decisiones, nos ofrece una aproximación hacia el irrepentible misterio de la vida humana, la enfermedad y la muerte.

Por otra parte, no solo hay que referirse a la intuición del paciente, sino que probablemente sea más necesaria la del tratante. La intuición es sensibilidad, es un acto de iluminación. La búsqueda de la verdad como tal "es para Descartes el acto inteligente por excelencia, que él se representa como una fulminación, como una instantánea iluminación en que se nos hace presente una verdad como tal" (Ortega y Gasset, 1961, p. 318).

Reconociendo los avances científicos y sus aportes para la salud humana, los clínicos debemos cambiar la superficialidad del ejercicio clínico por una cultura del actuar reflexivo sobre el hombre; abrámonos a los aspectos desconocidos de nuestra profesión para crear su trascendente sustento moral. Construyamos una filosofía de la odontología.

Las profesiones se diferencian de los oficios en que estos últimos basta el control jurídico, es decir, la penalización a posteriori de las faltas o delitos. En las profesiones, por el contrario, es preciso un estricto control previo a priori, precisamente porque lo que está en juego es un valor tan fundamental como la vida humana. Y ese control previo no puede ser más que ético. Por eso la ética no puede ser nunca vista por el médico (Odontólogo) como algo externo a su actividad profesional, sino como un elemento intrínseco y constitutivo suyo (Gracia, 2007, p. 289).

Si hay algo que nos distingue es precisamente la moralidad de nuestras acciones y su connatural humanidad en oposición al *Homo Mechanicus*,

En realidad, la civilización burocrático – industrial que triunfó en Europa y los Estados Unidos, creó un tipo nuevo de hombre, que puede describirse como el hombre organización, el hombre autómatas y el homo consumens y mechanicus, por lo que entiendo un hombre artefacto, profundamente atraído por todo lo que es mecánico y predispuesto contra lo que vivo. La gente que vive en ese sistema se hace indiferente a la vida y hasta es atraída por la muerte (Fromm, 1966, pp. 62, 63).

Ahora bien, aproximándonos a las implicancias sociales y familiares del dolor, es evidente que rebasan ampliamente al paciente. Cuando un miembro de la familia está dañado en su vitalidad, da paso a un sufrimiento grupal por consecuencia de los lazos afectivos y el amor compartido; resulta innegable que el dolor de un amigo, un hermano, el padre o la madre tiene una connotación muy disímil a la de un extraño. La respuesta o actitud hacia el sufriente por parte de otros, sean estos profesionales, familiares o miembros de la comunidad, define en toda su amplitud la dimensión moral del comportamiento profesional. La real cercanía con el que sufre motivará esfuerzos de mitigación, lo cual facilitará la recuperación del bienestar, calidad



de vida, alegría y plenitud, pero sobretodo compañía. “El bienestar y no el estar es la necesidad fundamental para el hombre, la necesidad de las necesidades” (Ortega y Gasset, 1961, p. 328). El que sufre se hace dependiente de la red de ayuda que le ofrecen los profesionales, sus familias y el conjunto de la sociedad a través de los mecanismos de protección. No puede haber peor abandono que el que se ejecuta con los enfermos, y en la ausencia el paciente profundiza la soledad del sufrimiento.

La pregunta que surge finalmente es: ¿dolor, quién eres realmente?, muéstranos tu verdadera cara.

### **La vivencia del dolor: una experiencia vital, irrepetible e intransferible**

Hoy, como entonces, el tratamiento del dolor sigue siendo uno de los capítulos más acuciantes de la sociedad en general y de la comunidad científica y los profesionales sanitarios en particular. El dolor es la causa más frecuente de sufrimiento e incapacidad que afecta a millones de personas en todo el mundo  
Dou, 1992, p. 19.

Si bien en los animales podemos identificar reacciones ante el dolor únicamente moduladas por la intensidad del estímulo, en la especie humana la respuesta ante la sensación dolorosa no se basará solo en el síntoma y sus características, sino que se hará en virtud de múltiples factores. La reacción del paciente ante el dolor se verá ponderada o modulada por su historia de vida o biografía, su constitución corporal y psíquica, factores emocionales y culturales, educacionales, de género, sociales, etc., cada ser humano proyecta experiencias de vida disímiles, “una comprensión biográfica de la enfermedad no puede ser vinculada a una explicación de las ciencias naturales” (Weisäcker, 2005, p. 191).

El padecimiento corresponde a una respuesta frente a una emoción, es común escuchar a los pacientes decir: “doctor padezco de tal o cual enfermedad”, con lo que proyectan un llevar consigo el padecimiento sobre sus espaldas, recae el gran peso de la vivencia de la enfermedad, vulnerabilidad y finitud. Emmanuel Kant en su libro *Antropología* lo expresa así: “El sentido interno no es la pura apercepción, conciencia de lo que el hombre hace, pues ésta pertenece a la facultad de pensar, sino de lo que padece, en tanto es afectado por el juego de sus propios pensamientos” (2010, p. 69).

Reconociendo los avances científicos y sus aportes para la salud humana, los clínicos debemos cambiar la superficialidad del ejercicio clínico por una cultura del actuar reflexivo sobre el hombre; abrámonos a los aspectos desconocidos de nuestra profesión para crear su trascendente sustento moral.

El miedo es quizás la emoción que más se presenta en los estados de enfermedad y dolor; su presencia es consecutiva a la incertidumbre, a un futuro menos claro y seguro, no hay plena certeza de lo que sucederá, se difumina el porvenir, lo que estaba proyectado para mañana no será posible. La siguiente expresión de un paciente reafirma el miedo asociado al dolor: "jamás en mi vida había sentido un dolor de muelas, por lo que mi alarma fue bastante inquietante", o la siguiente: "este dolor me tiene bastante deprimido".

Es oportuno establecer y subrayar la distinción entre dolor y sufrimiento. El primero lo podríamos definir como percepción desagradable o invalidante relativamente localizada en un órgano o zona de nuestro cuerpo, en definitiva, una sensación corporal somática o, como lo define la Asociación Internacional para el Estudio del Dolor, "una experiencia emocional o sensorial desagradable asociada a un daño real o potencial de los tejidos o que se describe como producida por dicha lesión" (Milos, Larraín y Simonetti, 2010, p. 73). El sufrimiento afecta al ser en su integridad, se difumina, lo abarca todo. "En el sufrimiento puede haber o no dolor, por lo que una mejor definición del mismo podría ser una respuesta espiritual o psicológica negativa frente a una situación angustiante de la vida" (Callahan, 2006, s. p.). Si nos remitimos a la odontología, un paciente que recibe la mala noticia, por ejemplo, de que debe someterse a una extracción dentaria, podría no tener dolor, pero puede desencadenarse un sufrimiento insospechado. Lo mismo ocurre frente a diagnósticos desmoralizadores graves como una enfermedad potencialmente mortal, como un cáncer o un dolor que altera el diario vivir. No es lo mismo un dolor intenso, agudo pero de corta duración, que otro crónico, persistente y continuamente presente en la actividad de la persona. Esta multiplicidad de factores complejiza el modo individual de enfrentarlo y más aún el sufrimiento, no hay un dolor sino modos diversos de vivirlo.

En la esfera antropológica adquiere un real significado como experiencia individual e irrepetible del síntoma, no es posible co-sentir el dolor. El dolor resalta la clara distinción de lo que conocemos como cuerpo biológico o cuerpo vivo constituido de materia y que puede enfermar, en contraposición con aquella dimensión de estimar el cuerpo como una experiencia de vida, lo que denominamos cuerpo vivido, donde la corporalidad se transforma en un medio irremplazable para desarrollar

la vida a cada instante. La denominación de cuerpo vivo y cuerpo vivido puede quizás ser vista como una sutileza semántica, pero desde una aproximación moral resultan ser esencias profundamente dispares aunque ampliamente complementarias. El cuerpo humano no sufre ante la aparición de síntomas dolorosos, el sufrimiento recae a fin de cuentas en nuestra interioridad metafísica del ser que toma razón de la incomodidad, vivimos nuestro dolor con una modulación histórica de nuestra biografía, "cada biografía es una historia de dolor. Bastaría con escuchar de verdad la confidencia sincera de cualquier individuo" (Schopenhauer, 2006, p. 271); somos lo que hemos vivido y no somos lo que nos queda por vivir. "Cuando miramos a un hombre o una época, la primera impresión es de algo quieto y fijo. Pero es en parte una ilusión óptica. Esa forma de vida relativamente quieta, contemplada en su real sentido íntimo, consiste en un venir de otra anterior y en un tender a otra posterior" (Ortega, 1961, p. 496).

La vida exigente, intensa, rápida, individualista y solitaria nos repercute bloqueando nuestra capacidad afectiva como el placer, la alegría, la satisfacción, la vitalidad, la felicidad, el bienestar y el optimismo, etc., en otras palabras, nos impide la capacidad de sentir, disminuye nuestra atención por el otro y se incrementa el individualismo y la abstracción del ser. Cuando sobreviene el dolor, nos recuerda que aquí estamos con nuestra fragilidad, materialidad y finitud. El dolor pasa a ser un testimonio, sufrimos espiritualmente, nos enfrentamos a una interrogación, "el sufrimiento espiritual tiene indudablemente una dimensión interrogativa" (Buytendijk, 1958, p. 36). En otras palabras, tomamos conciencia de nuestra vida y de nosotros mismos. "El dolor sentido y manifestado está sujeto a importantes variaciones culturales y personales, pero en última instancia es una manifestación orgánica que clama por una terapéutica corpórea" (Kottow, 2005).

## Emociones y dolor

"Debemos señalar que nuestro mundo, éste que ostenta las maravillas de la creatividad científica, se debate todavía en tremendas limitaciones que conlleva la escasa comprensión emocional que los seres humanos tenemos es relación a nuestro mundo humano" (Ferrer, 2008, p. 43). Si el odontólogo no logra emocionarse por el dolor y la angustia de su paciente, difícilmente podrá entregar a ese doliente lo que requiere. No solo es pertinente la acción clínica efectiva, sino que también la acogida, el

Es oportuno establecer y subrayar la distinción entre dolor y sufrimiento. El primero lo podríamos definir como percepción desagradable o invalidante relativamente localizada en un órgano o zona de nuestro cuerpo, en definitiva, una sensación corporal somática,

acompañamiento y la comprensión, que encuentre a alguien que demuestre preocupación por su aflicción. Las emociones son el motor de nuestro accionar y la falta de empatía hace más penetrante la soledad,

Yo tengo confianza en la biología, en particular en la biología del amor que es el fundamento de lo social. Las relaciones humanas se ordenan desde la emoción y no desde la razón, aunque la razón dé forma al hacer que el emocionar decide. Cuando uno se conecta con el otro en la emoción y se mueve con el otro, y por lo tanto se mueve con él o ella en su razonar (Maturana, 1991, pp. 47-61).

González-Blasco (2013), citando a Sierra, escribe lo siguiente: “Se puede entender algo intelectualmente, pero si afectivamente no hay disposición positiva en esa dirección, todo el discurso resultará estéril” (2013, p. 35). Existe una férrea intimidad entre las emociones y la sensación dolorosa, un ejemplo de ello es el relato de un paciente: “Llevo meses sin comer sólido, sin sonreír, solo llorar de dolor, hasta las ganas de vivir han sido mermadas”. Frente al miedo, la persona es capaz de reaccionar al más mínimo estímulo. Una experiencia dolorosa nos hará apartarnos de una situación similar en el futuro, o quizás evitaremos asistir a un determinado lugar o cambiaremos nuestra trayectoria por una que nos evite el recuerdo; o frente a la imposibilidad de evitar el revivir se expresará la vivencia con sudoración, incomodidad, intranquilidad, incremento del ritmo cardíaco, deseos de dejar ese lugar, etc.

Por su parte, una mala experiencia de un tratamiento dental pasado puede ser suficiente para que ese paciente evite asistir al dentista aunque lo considere necesario,

lo hará únicamente frente a la situación extrema que no le deje alternativa o escapatoria, y de esta manera se transforma la situación en un callejón sin salida, entre el requerimiento y el íntimo impulso de querer evitarlo. No solo los niños tratan de evadirse o esconderse para abstraerse de su pasado, los adultos también nos vemos motivados a hacer caso omiso de ciertos síntomas, o alargamos los plazos para consultar frente a sensaciones dolorosas, o muchos dilatamos la consulta a la espera de su remisión espontánea.

De esta manera, la práctica clínica conlleva intrínsecamente aspectos emocionales y espirituales de la vivencia de la enfermedad y del dolor que aquejan a un paciente, ¿cómo marginarnos de tal realidad? “Todo paciente, en mayor o menor grado, es un ser angustiado por su enfermedad debido a la incertidumbre que tiene sobre su naturaleza y pronóstico” (Goic, 2012, p. 100). El dolor altera la vida, y el miedo ante la incertidumbre propia de la enfermedad debe motivar a los odontólogos hacia actitudes de acompañamiento y compasión. “La compasión puede definirse como la virtud de las virtudes de la praxis médica, como la condición de posibilidad del acto médico” (Torralba, 2001, p. 155). En otras palabras, el acto médico es intrínsecamente moral y valórico. La compasión representa aquella actitud efectiva para comprender el sufrimiento contribuyendo a impulsar la acción de ayudar. La voluntad y los sentimientos conforman una dupla íntimamente relacionada. Para ejemplificar aún más los estragos vivenciales del sufrimiento, se hace alusión a Lain: “las grandes emociones enturbian la conciencia y relajan la voluntad y el control

Una mala experiencia de un tratamiento dental pasado puede ser suficiente para que ese paciente evite asistir al dentista aunque lo considere necesario, lo hará únicamente frente a la situación extrema que no le deje alternativa o escapatoria, y de esta manera se transforma la situación en un callejón sin salida, entre el requerimiento y el íntimo impulso de querer evitarlo.

de los impulsos. Lo mismo ocurre con las pasiones negativas: la angustia, el miedo, el sufrimiento o la desesperación resultantes de la enfermedad grave son malas consejeras a la hora de realizar juicios de realidad y llegan a incapacitar al sujeto para actuar con lucidez y prudencia" (2003, p. 11). Frente al dolor el paciente espera y desea la máxima comprensión con confianza y esperanza, la desesperanza y frustración deviene conjuntamente con aquellos desempeños pobres en afectividad.

El dolor como "molestia aflictiva, sensación de limitación, amenaza, vivencia de la corporalidad, sensación de anormalidad, soledad y necesidad de interpretación" (Pizzi, 2001, p. 16), nos hará entender que algunos pacientes desarrollen precarias condiciones anímicas y emocionales, limitando el ejercicio de la autonomía que le permita analizar con objetividad. Como consecuencia, los odontólogos debemos actuar con sigilo, comprensión, quizás aliviando pero postergando un tratamiento de ser posible, prestando toda la ayuda posible, tanto en lo clínico, como desde el punto de vista moral. Nuestras decisiones clínicas deben estar orientadas hacia la búsqueda del mejor interés del paciente. "El hecho de estar enfermo conlleva, en general, una reducción de los intereses personales, y una concentración o focalización creciente en la propia corporeidad. La atención a sí mismo aleja cada vez más la atención del paciente a su entorno y a los otros, lo que puede traducirse en un cierto egoísmo personal" (Torralba, 2001, p. 59).

Conviene recordar que la sustantiva condición del dolor es la intimidad, el mí, mi dolor, lo que acontece con mi intimidad no les sucede a otros, hay una suerte de exclusividad del síntoma. En este punto se vuelve a reiterar el sentido de soledad de la vivencia como sensación opresiva y autocontenida. Zubiri habla de esta intimidad con estas expresiones: "el bloque entero, el sujeto con su dolor es el que está poseído como propiedad real y efectiva de sí mismo; y en esto consiste el mí. El mí no es sujeto, sino el carácter de intimidad que tiene todo cuanto personalmente compete al hombre" (1986, p. 133). El padecer nos aflige y la vida se hace más difícil. Cambia la intimidad y nuestra relación con el mundo; si previo al dolor nos sentimos con la capacidad de manejar el mundo, ahora la situación se invierte, la incertidumbre vuelca nuestra mirada hacia nosotros mismos, podemos caer en la desesperación que obstruya una de las capacidades de la que los seres humanos nos vanagloriamos: manejar el medio. Ahora perdemos

el control y la relación con el mundo; se modifican las prioridades, la preocupación empieza a ganar terreno, lo externo y lo material se difuminan, nos centramos el mayor tiempo en la propia interioridad. El dolor debilita nuestras funciones personales y sociales.

Es evidente que los seres humanos no estamos en general preparados para el sufrimiento, —sea este psíquico y corporal—, lo rehuimos, lo evitamos, incluso el solo hecho de pensar en situaciones futuras de peligro nos altera, nos irrita y nos preocupa, nos aproxima a la muerte. El dolor como mecanismo de alerta y aviso nos pone en evidencia un posible daño y afloran ciertos interrogantes: ¿qué tendré?, ¿será grave?, ¿será necesario que consulte a un especialista?, ¿a quién?, ¿o espero hasta que pase? Las cosas ahora ya no son las mismas que antes de iniciarse la sintomatología, no trabajamos con la misma atención, estamos más irritables, silenciosos y meditativos; nos apartamos de la gente que nos rodea, tratamos de buscar una explicación ante el dolor que nos evite la consulta profesional, esperamos un tiempo por su remisión natural con la expectativa de volver nuevamente a la tranquilidad cotidiana, etc.

## NUESTRA RESPUESTA FRENTE AL SUFRIENTE

Para comprender el origen de nuestras reacciones ante los otros, hay que citar por ejemplo una afirmación de J. Bautista en su libro *Antropología Médica*: “No olvidemos también, que el arte fluye y emerge del ser, más que venir del conocimiento, lo que quiere decir que puede coincidir con una personalidad poco inteligente, casi analfabeta, ya que el artista viene explicado por el ser genético, por la imagen entelequial de su alma singular” (1971, p. 66), es decir, las obligaciones heterónomas o normas impuestas externamente por otros no aseguran nuestra buena voluntad y “de no abandono del profesional de la salud en todas las circunstancias” (Gracia y Júdez, 2004, p. 198). “Las decisiones que se toman en los conflictos bioéticos son aquellas que surgen desde una reflexión racional y también emocional” (Feito, 2011, p. 80), es lo que comúnmente expresamos como buena voluntad. La razón reconoce que una determinada persona sufre por sus gesticulaciones y expresiones, tanto verbales como no verbales; sin embargo, podremos permanecer inmovilables e impertérritos ante la evidencia, nos mantendremos en una actitud de observación e incluso de evasión; la inmovilidad o la negación prevalecerán.

Surge entonces el cuestionamiento acerca de las razones de por qué algunas personas se muestran solícitas para reaccionar, actuar y ser solidarias; otras muestran actitudes diametralmente opuestas e indiferentes. Para la volición es perentorio sentir, acoger, ser empáticos; en definitiva, emocionarnos. Solo la propia actitud motivadora nos evitará caer en la apatía, “las actitudes y sentimientos impersonales, reflejan y se apoyan en las mismas exigencias que tienen las emociones reactivas personales, a saber, que los seres humanos manifiesten en sus relaciones mutuas un grado razonable de buena voluntad o estima” (Hansberg, 2007, p. 115).

No hay dos opiniones, los pacientes esperan del odontólogo que los libre de la enfermedad o del dolor y que se logre la rehabilitación del daño, pero también hay esperanza de ser acogidos en su intimidad, en lo que sienten y sufren. Me aventuro por expresar que los odontólogos reaccionamos preferentemente ante el dolor como síntoma, es fácilmente olvidada la vivencia como sufrimiento moral, “no hay nada tan peligroso y vil como el desprecio absoluto ante el dolor ajeno” (Nietzsche, 2006, p. 315).

Indicamos fármacos sin dudarlos e intervenimos la patología originaria con eficiencia; sin embargo, le restamos atención a sus efectos emocionales y consecuencias vitales. La respuesta ante el dolor y sufrimiento se conseguirá con una humana cuota de cercanía, “quién cree en sentido estricto acepta como real y verdadero un estado de cosas en virtud del testimonio de otro” (Pieper, 2008, p. 25). Algunos clínicos minimizarán un breve y moderado dolor, en cambio otros le prestarán la máxima atención. Deberíamos reflexionar acerca de si a la odontología científica le corresponde también afrontar el sufrimiento. No se puede actuar hacia el otro si no está presente nuestra buena y comprensiva disposición para entrar en concordancia o comunión con los sentimientos del otro, desde el cosentir surge el motor de la acción, “no basta, se dice, que los principios morales, la religión, etcétera, estén simplemente en el cerebro, deben estar también, en el corazón, en la sensación” (Hegel, 2006, p. 29).

La empatía resulta de un ejercicio moral complejo, por el cual el dolor del otro se hace propio; lo interior del otro pero exterior a nosotros se trasmite y se transforma en una vivencia compartida. Lo ajeno ahora es propio, representa un acto del todo altamente espiritual,



“una persona empática es también alguien que cuenta con una buena capacidad de escucha, diestra en leer pistas no verbales, artista en la combinación del arte de saber hablar y saber callar, todo lo cual le facilita el camino para influenciar y regular de manera constructiva las emociones de los demás, beneficiando así sus relaciones interpersonales” (Bermejo, 2012, p. 29). Vista así, representa lo opuesto a la crueldad, la tortura o el sadismo de alegrarnos por el dolor del otro; guarda una íntima relación con la compasión, la solidaridad y la búsqueda del bien determinando probablemente cuotas no despreciables de sacrificio moral, “de hecho la empatía es el fundamento de la comunicación de experiencia entre sujetos” (Boixareu, 2008, p. 260). “Los terapeutas que suministran atención paliativa saben que una palabra amable o una mano sobre la frente, la presencia junto al lecho del paciente, son los antálgicos más eficaces, aunque no basten” (Le Breton, p. 9). Lo opuesto queda más evidente a través de la siguiente opinión de un paciente odontológico “el dolor se ha hecho parte de mi vida sin conseguir ayuda por parte del profesional”. En virtud de los valores individuales o pluralismo moral, no

deja de ser controvertido y abierto a interpretaciones plantearnos la reflexión en torno a la red de ayuda y protección frente al que sufre, sea este el odontólogo, el médico, la enfermera, la familia, los amigos, la secretaria, el jefe, las instituciones y los servicios de salud, entre otros. Las personas damos por hecho que los profesionales de la salud han adquirido conocimientos que le permiten el ejercicio clínico, pero también esperamos actitudes que permitan la comprensión del paciente frente a la enfermedad. Es en este aspecto de la relación clínica donde se demuestra en el odontólogo la sensibilidad, la voluntad o el carácter moral, es decir, la disposición para actuar o hacer algo por el que lo necesita. El comportamiento hacia el prójimo es el reflejo de algo tan simple como desconocido: la voluntad, no hay nada peor en el hombre que la mala voluntad; resulta tan incomprensible como inexplicable poder hacer algo y rehusarnos ante el doliente.

La odontología ostenta destacadas responsabilidades morales que en su conjunto constituyen un desempeño que podemos catalogar como humanista. La técnica sin valores es vacía, imprime deshumanización, inhumanidad e inmoralidad, es decir, perdemos de vista los reales fines del quehacer clínico. “Humanizar es un verbo activo y transitivo que significa hacer humano,

hacer humana a la gente, dar humanidad, o también ayudar a los demás a ser humanos, es decir, ayudarles a realizar sus propios objetivos como seres humanos, ayudarles a vivir humanamente” (Gracia, 2004, p. 89). Cuesta llegar a comprender que exista deshumanización en la práctica clínica, pues cuando sufrimos frente a la debilidad, impotencia vital o miedos paralizantes, es cuando más humanidad requerimos. La deshumanización es una penosa realidad del mundo y de la medicina. La enfermedad y el dolor son situaciones externas que las personas no buscamos y que por cierto quisiéramos evitar, nadie espera sufrir un trastorno que afecte la vida y su porvenir. La respuesta frente al quiebre del diario vivir necesariamente debe ser humanizada, comprender los sentimientos y emociones más allá de la enfermedad y el dolor, para que nuestro desempeño se transforme en un motor que dé energía a la acción. La proyección moral del odontólogo transforma un síntoma clínico en un fenómeno moral con significado. El paciente encontrará su propio sentido al sufrimiento, y para el profesional el sentido remitirá hacia la entrega de ayuda.

## FILOSOFÍA DEL DOLOR EN ODONTOLOGÍA

El título asocia la intelectualidad y el sentido solo si logramos percibir y reconocer de un modo u otro el mundo de los valores, ese cuasi lugar de Ortega y Gasset (1961, p. 282) que convive junto al mundo objetivo, este cuasi mundo transensorial que nos permite acceder a una percepción más fina de la vida. Podemos comprender una filosofía del dolor en virtud de compartir que es posible reflexionar más allá del síntoma, aceptando que el sufrimiento graba una huella, “Debemos tomar conciencia, finalmente, de que el mundo mágico-mítico coexiste también en la actualidad junto con el mundo racional de las ciencias naturales” (Weisäcker, 2005, p. 57). Si hemos remarcado la natural vulnerabilidad física y moral de las personas, en especial cuando nos encontramos enfermos y aquejados de un dolor invalidante, no es menor la importancia de analizar aquellas actitudes que debieran estar presentes en la atención odontológica hacia el doliente. “[...] muchas de las insatisfacciones y críticas a la profesión médica, así como juicios legales por negligencia médica, se deben a una relación clínica insatisfactoria más que a eventuales insuficiencias técnicas del profesional. De allí que todo análisis, reflexión y enseñanza respecto a la relación clínica nunca será excesiva” (Goic, 2000, p. 113).

La vida, las profesiones y la odontología constituyen un arte, el que proviene de la exquisita sensibilidad del artista. El arte de curar, cuidar y acompañar, de estar con el paciente surge desde la capacidad de emocionarnos para interpretar los aspectos valóricos y emotivos del paciente: "La odontología constituye una ciencia, una profesión y un arte del hombre y para el hombre, inmersa en toda la humanidad que ésta requiere, no para disgregar o fraccionar al hombre, sino que tratarlo en su integridad, no como cuerpo biológico, sino que también en tanto que el hombre constituye un ser racional, espiritual y social" (Oliva, 2012, p. 556). No hay odontología si no hay encuentro humano, de lo contrario estamos en presencia de un reduccionismo técnico insensible de la profesión, de ahí las bases de la relación humana establecida bajo criterios morales. A juicio de Goic (2012), "los fundamentos de la medicina son tres: Las ciencias, la clínica y la ética. A estos tres hay que agregar su dimensión espiritual. El propósito de la medicina es cuidar de la salud, y en último término, de la vida de las personas, resguardando su dignidad y su intimidad" (Goic, 2012, p. 139).

La odontología no es una ciencia exacta en la que los resultados sean predecibles, la seguridad proviene en gran medida de la disposición menor o mayor para que la toma de decisiones sea acertada. "Pellegrino considera que ser médico (Odontólogo) es una condición que afecta integralmente a la persona y que no puede reducirse a una mera función o papel social: se trata de una forma de vida que incluye la aceptación voluntaria personal y pública de las obligaciones ligadas a la profesión (Torralba, 2001, p. 33). El fin de la odontología no es la aplicación de más o menos tecnologías, el método instrumental es una herramienta, el fin está representado por el bienestar del paciente, su calidad de vida y su mejor interés de acuerdo con las circunstancias personales, biográficas, culturales, sociales, económicas, etc. La vida es un valor y por lo tanto cada persona le asigna una interpretación y fines subjetivos en la individualidad e intimidad. Además, la vida y la corporalidad tienen un carácter vulnerable y frágil, requieren entonces un manejo esforzado y cuidadoso. La especialización y súper especialización de la odontología promueve un reduccionismo del cuerpo y de la dignidad del ser humano, "La tarea de tomar una decisión en la práctica asistencial no puede reducirse a una mera deducción científica o estadística, sino que debe considerarse, y muy seriamente, la libertad del destinatario, sus derechos inalienables, su

La odontología ostenta destacadas responsabilidades morales que en su conjunto constituyen un desempeño que podemos catalogar como humanista. La técnica sin valores es vacía, imprime deshumanización, inhumanidad e inmoralidad, es decir, perdemos de vista los reales fines del quehacer clínico.

El fin de la odontología no es la aplicación de más o menos tecnologías, el método instrumental es una herramienta, el fin está representado por el bienestar del paciente, su calidad de vida y su mejor interés de acuerdo con las circunstancias personales, biográficas, culturales, sociales y económicas.

noción de bien y su intimidad personal. La mutua interacción entre la razón ética y la razón científica es fundamental para una buena decisión, en definitiva, para una medicina óptima" (Torralba, 2001, p. 26).

La odontología vive a nuestro juicio circunstancias complejas, que sin duda hacen menester dedicar tiempo a la reflexión acerca de los fines de la profesión. Se con-fabulan en la actualidad la economía social de mercado, el incentivo por el consumo, el lucro con valores morales minimizados y privilegios sobre la formación científica, conjunto de hechos que facilita la instrumentalización de los pacientes. "La filosofía ocupa también un lugar privilegiado en el conjunto de las humanidades. Según Pellegrino, el médico (Odontólogo) debe estudiar filosofía, porque la filosofía permite, por un lado, desarrollar el arte de la lógica y de la dialéctica; pero, por otro lado, le permite comprender la naturaleza humana y penetrar en el misterio de la ética, en la noción de bien y de mal, de verdad y mentira, de libertad y de justicia" (Torralba, 2001, p. 47). Las humanidades médicas y la bioética en particular nos abren claras posibilidades por encontrar un camino concreto y práctico con metas definidas que enriquezcan el trabajo clínico con miras a la calidad de vida y bienestar de cada uno de los miembros de nuestra comunidad.

### PROPUESTAS FRENTE AL PACIENTE CON DOLOR

Finalmente, comprendiendo que el dolor representa una combinación de aspectos objetivos y clínicos que lo describen como síntoma y aquellos subjetivos que más

bien se relacionan con la vivencia o sufrimiento individual que cada ser humano adolorido lleva en su interior, serán aquellos desempeños o modos de enfrentar el sufrimiento ajeno lo que diferenciará a un odontólogo del otro. Una odontología de calidad en este sentido será responsabilidad de un adecuado desarrollo de conocimientos y personalidades que hagan posible y accesible el sentimiento del otro como propio, en lugar de una actitud poco acogedora frente al paciente que determinará frustraciones y sentimientos de desesperanza. El paciente que sufre requiere efectividad terapéutica junto a valores y sentimientos con efectivos procedimientos desde el punto de vista terapéutico. Así, adicional a los adecuados registros en la ficha clínica, examen físico, solicitud de exámenes complementarios, interconsultas y plan de tratamiento, queremos hacer hincapié en los siguientes aspectos objetivos y subjetivos de la relación con el paciente.

### Entrevista

- Dedicar a la consulta el tiempo suficiente para la atención.
- Durante la entrevista demostrar el máximo interés por el paciente.
- Acoger muy especialmente el motivo de la consulta.
- Escuchar al paciente con atención y sin interrupciones.
- Demostrar una actitud acogedora y cálida brindando tranquilidad.
- Poner atención a la ansiedad y el miedo.
- Mantener un contacto visual directo con el paciente.
- Evitar tomar notas en la ficha clínica mientras se escucha el relato.

## Aspectos objetivos

- Intensidad del dolor.
- Factores desencadenantes.
- Historia del dolor.
- Ubicación y zonas irradiadas
- Duración y frecuencia.
- Características.
- Respuesta a fármacos.
- Reacciones reflejas.
- Dificultades funcionales.
- Utilizar adecuadamente las escalas de medición objetiva del dolor de acuerdo con la edad del paciente.
- Durante el proceso de diagnóstico evaluar medidas de reducción del dolor: analgésicos orales o parenterales.

## Aspectos subjetivos

- Acoger los sentimientos asociados: miedo, angustia, temor.
- Evaluar apoyo familiar y compañía.
- Sugerimos preguntas tales como: ¿cómo se siente?, ¿qué consecuencias para su vida, trabajo y familia ha tenido por el dolor?
- Evitar juicios de valor o descalificar las descripciones.
- Evaluar el estrés, ansiedad y depresión.

## Posterior a la atención

- Mantener después de la atención, contacto con el paciente y facilitar la comunicación si fuese necesario.
- Si es oportuno, conversar con un familiar o quien pueda representarlo.

## REFERENCIAS

- Bautista, J. (1971). *Antropología médica*. Buenos Aires: Plus Ultra.
- Bermejo, J. (2012). *Empatía terapéutica*. España: Desclee de Brouwer.
- Boixareu, R. (2008). *De la antropología filosófica a la antropología de la salud*. España: He1rder.
- Buyetendijk, F. J. J. (1958). El dolor. *Revista de Occidente*.
- Callahan, D. (s.f.). *Dolor y sufrimiento en el mundo: realidad y perspectivas*. Recuperado de [www.fundacionmhm.org/pdf/Mono2/Articulos/articulo1.pdf](http://www.fundacionmhm.org/pdf/Mono2/Articulos/articulo1.pdf)
- Conill, J. y Cortina A. (2012). Bioética clínica. En J.P. Beca y C. Astete (Eds.), *La fragilidad y la vulnerabilidad como partes constitutivas del ser humano*. Santiago de Chile: Mediterráneo.
- Dou, A. (1992). *El dolor*. Madrid: Ortega.
- Feito, L., Gracia, D. y Sánchez, M. (2011). *Bioética: el estado de la cuestión*. Madrid: Triacastela.
- Ferrer, S. (2008). *Las emociones*. Santiago de Chile: Mediterráneo.
- Fromm, E. (1966). *El corazón del hombre*. México, D.F.: Fondo Cultura Económica.
- Goic A. (2000). *El fin de la medicina*. Santiago de Chile: Mediterráneo.
- Goic, A. (2012). *El paciente escindido*. Santiago de Chile: Mediterráneo.
- González-Blasco, P. (2013). Educar las emociones para promover la formación ética. *Revista Persona y Bioética*, 17(1).
- Gracia, D. (2004). *Como Arqueros al blanco*. Bogotá: El Búho. Bogotá.
- Gracia D. (2007). Problemas éticos en medicina. En O. Guariglia (Ed.), *Cuestiones morales*. España: Trotta.
- Gracia, D. y Júdez, J. (2004). *Ética en la práctica clínica*. Madrid: Triacastela.
- Hansberg (2007). Emociones morales. En O. Guariglia (Ed.), *Cuestiones morales*. Madrid: Trotta.
- Jonsen A., Siegler, M. y Winslade, W. (2005). *Ética clínica*. Barcelona: Ariel.
- Kant, E. (2010). *Antropología*. Madrid: Alianza.
- Kottow, M. (2005). *Antropología médica*. Santiago de Chile: Mediterráneo.
- Lain, P. (2003). *El médico y el enfermo*. Madrid: Triacastela.
- Le Breton, D. (1999). *Antropología del dolor*. Barcelona: Seix Barral.
- Milos P., Larraín, A. y Simonetti, M. (2010). *Humanidad y seguridad en la atención de pacientes*. Santiago de Chile: Mediterráneo.
- Novoa A. (2011). Paradigma de investigación en Bioética: lo cualitativo, el giro pragmático y la investigación-acción. En L. Feito, L. Gracia y M. Sánchez (Eds.), *Bioética: el estado de la cuestión*. Madrid: Triacastela.
- Oliva J. (2012). La bioética y la deliberación moral en odontología. En Beca, J.P. y Astete, C. (Eds.), *Bioética Clínica*. Santiago de Chile: Mediterráneo.
- Ortega y Gasset, J. (1961). *Obras completas* (Tomo 7). Madrid: Castilla Ediciones.
- Pieper, J. (2008). *Virtudes teologales*. Buenos Aires: Librería Córdova.
- Piza, T., Muñoz, A. L. y Fuller, A. (2001). *El dolor, la muerte y el morir*. Santiago de Chile: Mediterráneo.
- Rivera de Rosales, J. (2006). *Dolor y muerte en la filosofía hegeliana. Del dolor del animal a la lucha a muerte por el reconocimiento*. En M. González (Comp.), *Filosofía y dolor*. Madrid: Tecnos.
- Román (2012). Ética de la virtud para la Bioética: hábitos, excelencia y conciencia de pertenencia En J. P. Beca y C. Astete (Eds.), *Bioética clínica*. Santiago de Chile: Mediterráneo.
- Salgad Fernández, E. (2006). Dolor y Nihilismo. Nietzsche y la transmutación trágica del sufrimiento. En M. González (Ed.), *Filosofía y dolor*. Madrid: Tecnos.
- Sánchez, C. (2007). Problemas éticos en religión. En O. Guariglia (Ed.), *Cuestiones morales*. Madrid: Trotta.
- Suances Marcos, M. (2006). El problema del dolor en la filosofía de Schopenhauer. En M. González (Comp.), *Filosofía y dolor*. Madrid: Tecnos.
- Torralba, F. (2001). *Filosofía de la medicina, en torno a la obra de E. D. Pellegrino*. Madrid: Fundación Mapfre Medicina.
- Weisäcker, V. (2005). *Patosofía*. Buenos Aires: Zorzal.
- Zubiri, X. (1986). *Sobre el Hombre*. Madrid: Alianza.