

EVALUACION DEL DOLOR TOTAL EN PACIENTES TERMINALES. APLICACIONES EN MEDICINA (ONCOLOGIA CLINICA)

Sergio Litovska

Presentación

Con el advenimiento de los nuevos métodos de diagnóstico y el mayor conocimiento a nivel molecular y génico de distintos neuroinmunomoduladores, surgió la necesidad de una visión integradora de los distintos sistemas unidos por estos *mensajeros* sospechados desde hace mucho tiempo. En los últimos años una nueva ciencia se abre camino: la psiconeuroinmunología, que como no puede descartar lo endocrinológico, ha sido llamada por nuestro grupo de estudios “PINE”: psicoimmunoneuroendocrinología; un neologismo demasiado largo que expresa la incertidumbre a la que lleva el reduccionismo y la apertura hacia un nuevo enfoque del conocimiento y del estudio de las distintas enfermedades involucradas. Pero esto no es extraño, pues en realidad es volver a la fuente. Es volver a ver al hombre íntegro, *persona humana*; al hombre libre capaz de un acto libre, resultante de la interacción de sus propios valores y sentimientos, de su reflexión con la cultura en la que está inmerso y su propia naturaleza.

Ni el campo de concentración, como contara Víctor Frankl, a quien cita el autor, ni la enfermedad debieran hacer perder al hombre su libertad y, así estuviera totalmente impedido, su *Insistencia-Persona* le permitiría seguir *SER*.

El presente trabajo aborda el estudio del dolor total en pacientes terminales desde la concepción filosófica *In-sistencial* de Ismael Quiles S.J., y cómo en la afirmación de la oración y la espiritualidad el paciente puede mejorar su estado en algunos casos variar la evolución de su enfermedad. Es también una propuesta abierta para profundizar el estudio del comportamiento humano y su superación desde su *estar en sí*, para poder continuar con su vida, la aceptación de su dolor, el estar mejor con su medio, familia, sociedad, y con Dios mismo. Y es en ese *estar en sí*, en su interioridad, en el descubrir su espiritualidad, que desde un plano superior puede equilibrar sus sistemas, su PINE, mejorando en ese nuevo equilibrio su calidad de vida.

Kumiko E. de Palmero
Miembro del Grupo de Psicoimmunoneuroendocrinología
Academia Nacional de Ciencias de Buenos Aires.
Investigadora de la Universidad del Salvador

Introducción

En la actualidad se han desarrollado nuevos tests (por ejemplo, *Spiritual well-being Scale*) (1) para evaluar al paciente oncológico en su totalidad. De todas maneras, esta evaluación global fue ignorada por la falta de instrumentos adecuados, pues existen numerosos problemas en la recolección de datos; por ejemplo, uno de los métodos más usados, el del Análogo visible, tiene ventajas como test psicométrico pero a su vez hay dificultades de procedimiento para la elaboración del mismo (2). Una de las primeras evaluaciones fue la de Priestman y Baum (3), que trató de valorar estados subjetivos tales como la sensación de bienestar o si el tratamiento ayudaba al paciente.

Posteriormente se diseñó uno de los instrumentos con más confiabilidad y validez: el *Functional Living Index (FLI)*, que evalúa, por ejemplo: dolor, depresión, stress, recreación, satisfacción por el trabajo, satisfacción por las tareas del hogar, interacciones familiar y social y otros temas tan subjetivos como el temor por el futuro y el sentimiento de desaliento en la vida (4).

De todos modos, en este caso, no son evaluados, por ejemplo, el espíritu de lucha del paciente con sus planes y proyectos, las creencias religiosas, que son evaluados en la *Spiritual well-being Scale*.

Tal vez, debido a que el FLI no evalúa las subjetividades descriptas, este índice tenga correlación positiva con la evaluación física de Karnofsky (una de las escalas más usadas en Oncología). Además, debido a las dificultades para contestar algunas de las preguntas del FLI, según la investigación de Ganz et al. se diseñó una escala de evaluación global del dolor total con 10 preguntas. A su vez, tratando de focalizar el interés hacia los aspectos filosóficos y espirituales del paciente, se efectúa una pregunta en relación con los planes y proyectos y cuánto éstos le ayudan al paciente. Por último, se realiza otra pregunta que trata de evaluar la creencia en Dios y si ésta ayuda al paciente. En un intento de analizar el espíritu del paciente ("Espirituanálisis" o Esencialismo).

El objetivo de esta investigación es la evaluación de la correlación, o sea el grado de asociación entre el *European Clinical Oncology Group (ECOG)* performance status (que evalúa solamente el aspecto físico), con la evaluación global del dolor total que intenta valorar, entre otros, aspectos filosóficos y espirituales del paciente terminal con cáncer.

Así, el objetivo fue detectar a las personas humanas enfermas con conflictos espirituales y/o filosóficos muy graves, en relación con la evaluación del dolor total en el período terminal de la enfermedad, que no estaban afirmadas en su interioridad desde el punto de vista de la filosofía in-sistencial. El término *in-sistencia*, acuñado por el Padre Ismael Quiles en su maravillosa obra *La Persona Humana*, deriva etimológicamente de "sistere", que significa estar firme, de pie o en pie; la preposición *in*, del griego *éndon*, acentúa el aspecto de interioridad, y el *estar*

firmemente, de *sistere*, significa que la persona se vuelve hacia el interior; por lo que *in-sistere* debería traducirse como “estar afirmado”, es decir firmemente afincado, en el interior de sí mismo.

A su vez, según las cuatro versiones del humanismo descriptas por el Padre Quiles en el libro antes referido, estas personas humanas enfermas, con conflictos espirituales y/o filosóficos muy graves (según la evaluación del dolor total), podrían encuadrarse en una concepción de humanismo sin Dios y sin naturaleza. Sobre esta concepción Quiles escribió en *La Persona Humana*:

“La conclusión a que nos lleva de modo ineludible este humanismo sin Dios y sin naturaleza es simplemente a una negación total del hombre: un humanismo nihilista. El hombre y su situación en el mundo han perdido todo su sentido. La realidad del hombre es absurda. Sus inclinaciones y sus aspiraciones no tienen ninguna razón de ser. Sus posibilidades y su libertad, su esencia de ser un proyecto abierto a lo infinito, todo se torna inútil. Si lo que se pretende es destruir al hombre, tornar su vida individual y social imposible, hacerlo sufrir más, hacerlo más infeliz y aumentar la angustia, el sufrimiento, la degradación y la muerte en el mundo, está bien implantar o abogar por ese humanismo, contrario a la naturaleza del hombre. Pero si lo que se pretende es una filosofía que nos haga conocer la realidad íntima del hombre, tal como en su existencia concreta se va manifestando, y llevar al hombre hacia una más auténtica existencia humana, hacia un mayor progreso, perfección, felicidad y bienestar individual y social, no será, por cierto, a través de un humanismo ‘sin naturaleza y sin Dios, sino sobrepasándolo...’”

Hipotéticamente, este grupo de pacientes terminales tendría peor calidad de vida y menor sobrevida que los pacientes relacionados con Dios y/o con la naturaleza, afirmados en su interioridad, que tienen un porqué para vivir (como refirió Frankl V. en *El hombre en busca de sentido*: “...quien tiene un porqué para vivir puede soportar casi cualquier cosa...”). Ismael Quiles expresó en *Cómo ser sí mismo*:

“...ahora bien, cuando yo hago la pregunta ¿qué soy yo?, ¿cuáles son mi esencia y mi destino? estoy preguntando por la esencia y el destino de mi “yo” profundo, esencial. La esencia de mi “mismidad” esencial, simplemente de mi auténtico ser un yo y, por lo tanto, de mi destino individual. Todos mis constitutivos y mis circunstancias tienen sentido por su dependencia o relación con ese mí mismo; tienen valor en tanto y en cuanto me sirven para mantener y desarrollar esa, mi mismidad esencial, mi yo esencial (...) Así, *mi sí mismo* es más sí mismo. Pero no por un sí mismo egoísta, sino para poder ser mejor y ayudar a los demás a ser mejores. Sin perder la paz, la paciencia, el amor, la sonrisa, el optimismo. Así, desde mi ‘centro interior’, ‘mi sí mismo esencial’, he recorrido mi camino de autorrealización conforme al impulso óntico de ‘mi sí mismo’: insistencia (ser en mí), ex-sistencia (ser con todos los seres, culminando en los ‘otros’ y en Dios por el Amor), in-sistencia (retornar a ser más en mí). Siendo cada vez más sí mismo...”

Por último, sobre la concepción de humanismo con Dios y con la naturaleza, leemos en *La persona humana*:

“una mirada de conjunto a este humanismo que hemos llamado ‘con Dios y con la naturaleza’ nos ofrece el panorama del hombre, si no exento de sombras, por lo menos rodeado de una luz y de un sentido esencial, que nos permite entender el valor de la persona humana, su razón de ser y su posición en el Universo: cada hombre, cada individuo tiene su propio sentido. No se puede decir ni que es un ser absurdo, ni se lo puede concebir siquiera dentro de un orden en el cual el absurdo y el irracional están implícitamente amenazando destruir la naturaleza del hombre y su sentido. La angustia y la desesperación sólo pueden afectar al hombre en una forma relativa, para servirle de estímulo, pero no en una forma absoluta que lo reduce a la nada...”

En este primer trabajo de evaluación del dolor total en pacientes con cáncer se intentó hacer una valoración descriptiva de detección de aquellas personas humanas enfermas con una actitud escéptica radical y nihilista, sin Dios, sin naturaleza y sin sentido. En próximos trabajos se tratará de evaluar la incidencia de esta actitud en la sobrevida de los enfermos.

Material y métodos

Criterios de inclusión:

- 1) Confirmación histológica de neoplasia.
- 2) Paciente terminal ambulatorio con más de un mes de expectativa de vida.
- 3) Paciente terminal bajo tratamientos paliativos (radioterapia, soporte psicosocial, analgésicos y/o soporte nutricional).

Criterios de exclusión:

- 1) Enfermedad psiquiátrica.
- 2) Edad mayor de 75 años.
- 3) Dificultad importante en la visión.
- 4) Sepsis, anemia (hematócrito menor del 30%), fiebre (mayor de 38° C).
- 5) Insuficiencia hepática, renal, cardíaca o respiratoria.

Guía para el uso del Análogo visible y del cuestionario categorizado:

La evaluación del dolor total consistió en contestar 10 preguntas, en las cuales el paciente debía narrar con un guión (*slash mark*) en el Análogo visible (*Visual Analogue Scale*) el punto que mejor representa su respuesta.

Tanto la valoración del *ECOG performance status (EPS)* como la evaluación del dolor total (*EDT*) se hacen en forma basal y transversal: a) administración directa por el médico; b) exclusión de pacientes con dificultades importantes en la visión; c) prohibición de marcar con círculos; d) cuestionario de 10 preguntas que incluye cuatro categorías de respuesta para cada una.

Antes de comenzar con el cuestionario se le informa al paciente que cada línea de 10 centímetros (que representa el análogo visible) está dividida, en forma aproximada e imaginaria, en cuatro fragmentos desde el 0 al 10, a los que les corresponde entre 0,1 y 2,5 la intensidad dolorosa de leve, entre 2,6 y 5 la moderada, entre 5,1 y 7,5 la grave y entre 7,6 y 10 la muy grave.

Cuestionario categorizado:

1) ¿Tiene náuseas y/o vómitos? ¿Cuál es la intensidad de esos síntomas?

Leve - moderada - grave - muy grave.

2) ¿Tiene falta de apetito? ¿Cuál es la intensidad de ese problema?

Leve - moderada - grave - muy grave.

3) ¿Tiene dolor físico? ¿Cuál es la intensidad de ese síntoma?

Leve - moderada - grave - muy grave.

4) ¿Tiene ansiedad? ¿Cuál es la intensidad de ese síntoma?

Leve - moderada - grave - muy grave.

5) ¿Tiene depresión, insomnio, temor por el futuro y/o desesperanza? ¿Cuál es la intensidad de esos problemas?

Leve - moderada - grave - muy grave.

6) ¿Tiene problemas familiares, en el desarrollo de sus pasatiempos, en su actividad sexual? ¿Cuál es la intensidad de esos problemas?

Leve - moderada - grave - muy grave.

7) ¿Tiene problemas económicos? ¿Cuál es la intensidad de esos problemas?

Leve - moderada - grave - muy grave.

8) ¿Tiene problemas laborales? ¿Cuál es la intensidad de esos problemas?

Leve - moderada - grave - muy grave.

9) Si cree en Dios, ¿cuánto le ayudan la fe y la esperanza en relación con Dios?

Mucho - más o menos - no sabe o no le interesa - no le ayudan.

10) En relación con los proyectos, planes, fuerza y/o deseos de vivir, ¿cuánto le ayuda el pensamiento de que tiene algo o alguien que le da fuerzas para vivir?

Mucho - más o menos - no sabe o no le interesa - no le ayuda.

Planilla de evaluación del dolor total (EDT)

Tabla de ECOG performance status (EPS)

0: actividad normal.

1: sintomático y ambulatorio.

2: en cama <50% del tiempo.

3: en cama >50% del tiempo.

4: en cama 100% del tiempo.

Basándose en esta escala de actividad física del ECOG, el dolor total (físico, psíquico, social y espiritual) puede valorarse, en forma conjunta, con el interrogatorio al paciente, según los cinco niveles de intensidad descriptos anteriormente.

Se considera como representativo el valor correspondiente a la intensidad mayor del dolor evaluado, durante las 24 horas del día. También se considera el conflicto más intenso como representativo de los otros conflictos que corresponden a un mismo tipo de dolor. Por ejemplo, si el paciente tiene un grave conflicto laboral, este valor ya es representativo del dolor social. Obviamente, es difícil evaluar el dolor total de la persona humana, por eso aclaramos que se trata de usar el método del Análogo visible que intenta representar objetivamente (aproximadamente) la subjetividad de la vivencia dolorosa individual.

Consideraciones estadísticas:

Se realiza la correlación entre ECOG performance status y la evaluación del dolor total aplicando la fórmula para el cálculo de r (coeficiente de correlación)

$$r = \frac{\frac{\sum xy}{n} - \frac{\sum x}{n} \frac{\sum y}{n}}{\sqrt{\frac{\sum x^2}{n} - (\frac{\sum x}{n})^2} \sqrt{\frac{\sum y^2}{n} - (\frac{\sum y}{n})^2}}$$

El valor de r evalúa el grado de correlación entre las dos escalas descriptas. Cuanto más bajo sea el grado de correlación entre ambas escalas sería mayor la probabilidad de que éstas evalúen universos independientes. Esto significaría que la evaluación del dolor total no sólo valoraría el ítem físico sino también otros aspectos como el filosófico y el espiritual, por ejemplo.

Para probar la significación de r se divide éste por su error standard y la relación r/ES se refiere a la tabla de la curva normal para su interpretación.

Cabe aclarar que los valores que se obtienen no son mediciones sino evaluaciones, cuya significación es válida solamente si tiene importancia biológica o humana.

Tabla 1

Diagnóstico Histológico

| | | | |
|---------------------|-----------|----------|-----------|
| Mama: | 6 (19,3%) | Kaposi: | 2 (6,4%) |
| Pulmón: | 4 (12,9%) | Ovario: | 2 (6,4%) |
| Linfoma no Hodgkin: | 4 (12,9%) | Sarcoma: | 2 (6,4%) |
| Próstata: | 3 (9,6%) | Riñón: | 2 (6,4%) |
| Linfoma Hodgkin: | 3 (9,6%) | Otros: | 3 (9,6%). |

Otras Enfermedades

| | |
|------------------------|-----------|
| Sida: | 6 (19,3%) |
| Hipertensión arterial: | 2 (6,4%) |
| Asma: | 1 (3,2%). |

Tratamiento Analgésico

| | | | |
|--------------------------------|------------|------------------|-----------|
| Antiinflamatorio no esteroide: | 20 (64,5%) | Morfina: | 6 (19,3%) |
| Nalbufine: | 1 (3,2%) | Sin analgésicos: | 3 (9,6%). |
| Buprenorfina: | 1 (3,2%) | | |

Tratamiento Previo

| | | | |
|-------------------------------|------------|----------------|-----------|
| Quimioterapia: | 20 (64,5%) | Radioterapia: | 1 (3,2%) |
| Quimioterapia + radioterapia: | 6 (19,3%) | Inmunoterapia: | 1 (3,2%). |
| Hormonoterapia: | 3 (9,6%) | | |

ECOG Performance Status

| | |
|---|------------|
| 0 | 7 (22,5%) |
| 1 | 17 (54,8%) |
| 2 | 3 (9,6%) |
| 3 | 4 (12,9%) |
| 4 | 0 |

Evaluación del Dolor Total

| | |
|---|------------|
| 0 | 0 |
| 1 | 12 (38,7%) |
| 2 | 8 (25,8%) |
| 3 | 9 (29,0%) |
| 4 | 2 (6,4%). |

Tabla2**EDAD**

| | |
|------------|-------------|
| 50 años | 14 (45,1 %) |
| 50-65 años | 10 (32,2 %) |
| 65 años | 7 (22,5 %) |

SEXO

| | |
|-----------|-------------|
| Femenino | 14 (45,1 %) |
| Masculino | 17 (54,8 %) |

RAZA

| | |
|--------|------------|
| Blanca | 31 (100 %) |
|--------|------------|

ESTADO CIVIL

| | |
|---------------------|-------------|
| Casado | 23 (74,1 %) |
| Soltero | 7 (22,5 %) |
| Divorciado/Separado | 0 |
| Viudo | 1 (3,2 %) |
| Vive solo | 1 (3,2 %) |

| | |
|--------------------|-------------|
| EDUCACION | |
| Primaria | 18 (58 %) |
| Secundaria | 10 (32,2 %) |
| Terciaria | 3 (9,6 %) |
| INGRESOS MENSUALES | |
| <500 USS | 17 (54,8 %) |
| <1000 USS | 8 (25,8 %) |
| >1000 USS | 6 (19,3 %) |
| COBERTURA MEDICA | |
| Sin cobertura | 15 (48,3 %) |
| Obra Social | 14 (45,1 %) |
| Prepago | 2 (6,4 %) |
| RELIGION | |
| Católico | 26 (83,8 %) |
| Judío | 1 (3,2 %) |
| Evangelista | 2 (6,4 %) |
| Ateo | 2 (6,4 %) |
| PROFESION | |
| Ama de casa | 12 (38,7%) |
| Empleado/a | 14 (45,1 %) |
| Jubilado | 3 (9,6 %) |
| Ministra Religiosa | 1 (3,2 %) |
| Comerciante | 1 (3,2 %) |

Tabla 3
Características médicas y demográficas de los pacientes con conflictos espirituales y/o filosóficos. Nivel de intensidad: 4

| SEXO | EDAD | DIAGNOSTICO | TRATAMIENTO | RELIGION |
|------|------|-----------------------|-------------|----------|
| 1) F | 54 | Ca. de mama | Morfina | Católica |
| 2) M | 34 | Linf. no Hodg (HIV +) | AINE * | Ateo |
| 3) M | 66 | Ca. de pulmón | AINE * | Católico |
| 4) M | 45 | Linf. no Hodg (HIV +) | AINE * | Católico |
| 5) F | 36 | Ca. de mama | Morfina | Católica |
| 6) M | 28 | Linf. no Hodg (HIV +) | AINE * | Ateo |

* Antiinflamatorios no esteroides.

Tabla 4

Conceptos expresados por los pacientes en relación con los conflictos espirituales y/o filosóficos. Nivel de intensidad: 4.

- 1) "Me siento enojada con Dios por lo que me sucedió. No tengo proyectos".
- 2) "Odio a la humanidad. No tengo proyectos".
- 3) "Me siento defraudado por la enfermedad".
- 4) "Estoy sin proyectos debido a mi enfermedad".
- 5) "La vida siempre me castigó".
- 6) "Soy ateo, pero creo en algo superior que no es Dios".

Tabla 5

Características médicas y demográficas de los pacientes con conflictos espirituales y/o filosóficos. Nivel de intensidad: 0

| SEXO | EDAD | DIAGNOSTICO | TRATAMIENTO | RELIGION |
|------|------|-----------------------|-------------|-------------|
| 1) F | 54 | Ca. de mama | AINE * | Evangelista |
| 2) M | 23 | Linf. no Hodg (HIV +) | AINE * | Católico |
| 3) M | 61 | Ca. de pulmón | AINE * | Evangelista |
| 4) M | 50 | Linf. no Hodg (HIV +) | AINE * | Católico |
| 5) M | 71 | Ca. de próstata | AINE * | Católico |
| 6) F | 62 | Ca. de riñón | AINE * | Católica |

* Antiinflamatorios no esteroides.

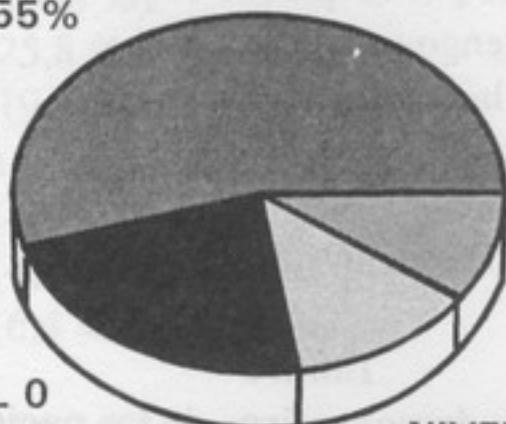
Tabla 6

Niveles de intensidad de los conflictos espirituales/filosóficos.

| CONFLICTOS ESPIRITUALES | | CONFLICTOS FILOSOFICOS | |
|-------------------------|-------------|------------------------|-------------|
| 0 | 6 (19,3 %) | 0 | 5 (16,1 %) |
| 1 | 17 (54,8 %) | 1 | 16 (51,6 %) |
| 2 | 3 (9,6 %) | 2 | 3 (9,6 %) |
| 3 | 2 (6,4 %) | 3 | 1 (3,2 %) |
| 4 | 3 (9,6 %) | 4 | 6 (19,3 %) |

DISTRIBUCION DE NIVELES DE PERFORMANCE CLINICO SEGUN EL ECOG PERFORMANCE STATUS

NIVEL I
17 55%



NIVEL I
3 10%

NIVEL 0
7 23%

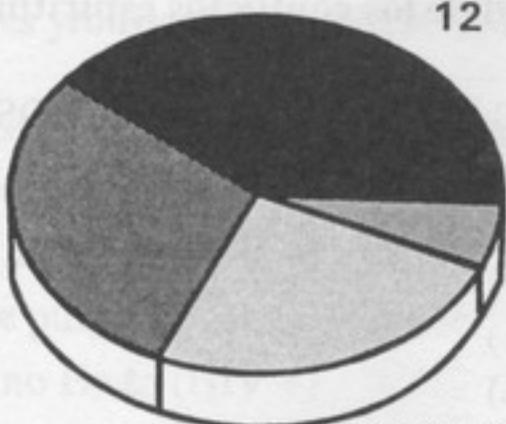
NIVEL III
4 13%

Total de pacientes 31

Figura 1

DISTRIBUCION DE NIVELES DE PERFORMANCE CLINICO SEGUN ESCALA DE EVALUACION GLOBAL

NIVEL III
9 29%



NIVEL I
12 39%

NIVEL II
8 26%

NIVEL IV
2 6%

Total de pacientes 31

Figura 2

EVALUACION DE LA INTENSIDAD DE CONFLICTOS FILOSOFICOS

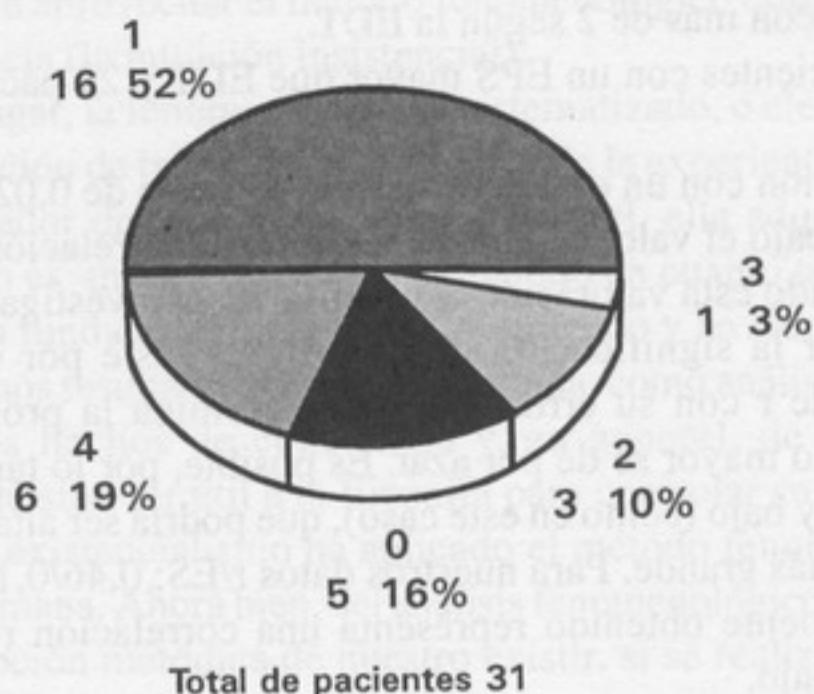


Figura 3

EVALUACION DE LA INTENSIDAD DE CONFLICTOS ESPIRITUALES

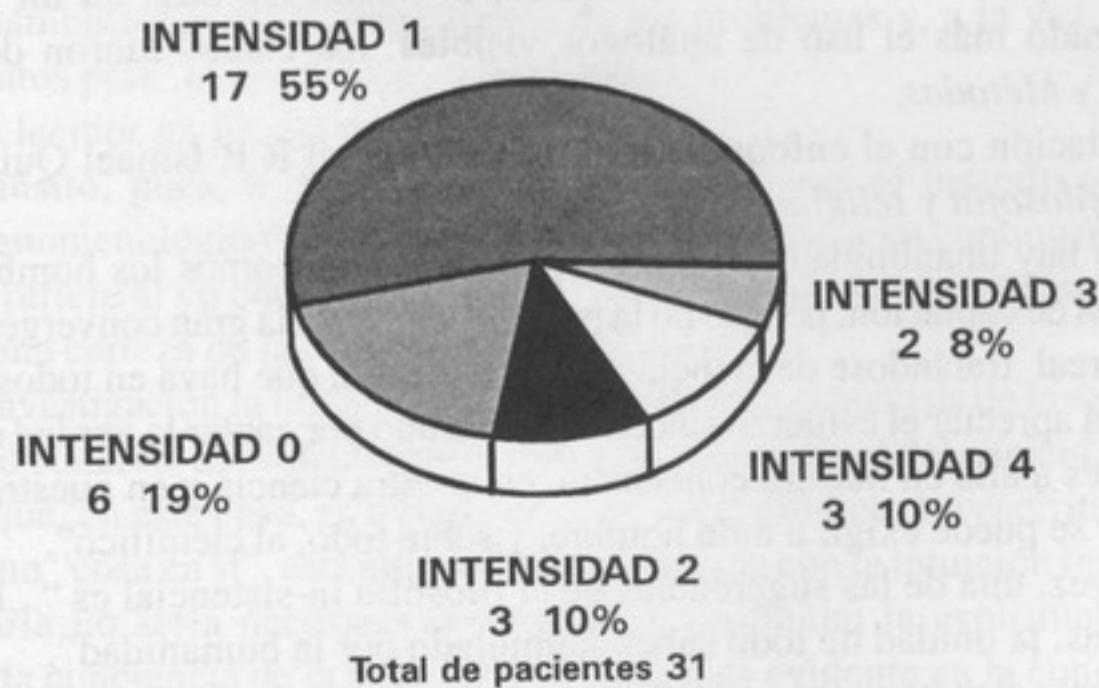


Figura 4

Con respecto a la media de la evaluación del dolor total (EDT) fue de 2,12 y la media de ECOG performance status (EPS) de 1,12. Según el EPS, había un 12,9 % de pacientes con más de 2 de nivel de performance (hasta 2 de nivel de performance, el paciente oncológico puede ser incluido en protocolos de investigación clínica) versus 35,4 % con más de 2 según la EDT.

Hubo 2 pacientes con un EPS mayor que EDT y 29 pacientes con EPS menor que el EDT.

La correlación con un eps y edt fue $r: 0,46$ con p de 0,02.

En este trabajo el valor de r mide el grado de correlación entre las dos escalas descriptas, siendo esta valoración el objetivo de la investigación.

Para probar la significación de r se dividió éste por su error standard. La comparación de r con su error standard determina la probabilidad de que una correlación tal o mayor se dé por azar. Es posible, por lo tanto, tener un grado de correlación muy bajo (como en este caso), que podría ser altamente significativo si la muestra es más grande. Para nuestros datos $r/ES: 0,46/0,18: 2,55$ $P: 0,02$. Por lo tanto, el coeficiente obtenido representa una correlación real, aunque de grado relativamente bajo.

Discusión

El enfoque de la evaluación del dolor total en el paciente terminal con cáncer es multidisciplinario, tratando de hacer converger conceptos de científicos, filósofos y teólogos.

En relación con el método de evaluación, éste es el fenómenológico, que ha sido aprobado por el Concilio Vaticano II para el análisis de los fenómenos empíricos de la espiritualidad.

Con respecto al instrumento utilizado, el mismo se basa en un cuestionario categorizado más el uso de análogos visibles, los cuales fueron descriptos en *Material y Métodos*.

En relación con el enfoque multidisciplinario, el R.P. Ismael Quiles, S.J., en *Ciencia, filosofía y religión*, refirió que:

“...No hay unanimidad, repetimos, pues tal como somos los hombres tenemos diferencias de captación; por eso no la puede haber. Pero la gran convergencia muestra una base real tratándose de ciencias humanas. Basta que haya en todos honestidad. Dios sabrá apreciar el esfuerzo sincero de cada uno por captar la verdad en lo posible y ser fieles a ella en nuestra conciencia, en nuestra ciencia y en nuestra vida. Es lo único que se puede exigir a todo hombre, y sobre todo, al científico”.

A su vez, una de las sugerencias de la filosofía in-sistencial es “...la unidad de las ciencias, la unidad de todo saber acumulado por la humanidad”.

En cuanto al método fenomenológico, el mismo es un método clínico, relacionado con la realidad concreta, aplicable a los casos individuales.

Husserl E, en su libro *La filosofía como ciencia estricta*, escribió que: "...con la captación fenomenológica de la ciencia se abre un campo infinito de trabajo".

Al respecto, el R.P. Ismael Quiles, S.J., en *La persona humana* analizó las siguientes razones para aprovechar el método fenomenológico que coincide con el método de la in-sistencia (la intuición insistencial):

"... 1) En primer lugar, la fenomenología ha sistematizado, o elevado a método, el análisis o la descripción de las esencias, partiendo de la experiencia misma. Si es cierto que en el fundador de la fenomenología, Husserl, ella adquirió un tinte o tendencia idealista, no es menos cierto que el método en cuanto tal prescinde del sentido idealista de su fundador y que puede ser utilizado y ha sido utilizado en el plano realista con buenos resultados. La fenomenología, como análisis y descripción metódica de nuestros hechos de conciencia y, en general, de todas nuestras experiencias, no puede sino ser útil a la filosofía para controlar su mejor contacto con la realidad. 2) El existencialismo ha aplicado el método fenomenológico a la existencia concreta humana. Ahora bien, del análisis fenomenológico de la existencia humana, de la descripción metódica de nuestro existir, si se realiza con fidelidad, no puede seguirse ningún mal a la filosofía, sino provecho; ya que el análisis de una realidad, y mucho más de la realidad humana, no puede dar como resultado sino un mayor contacto de nuestra inteligencia y de nuestro conocimiento con el ser. Es evidente que el contacto con el ser no puede sino beneficiar a la inteligencia y a la filosofía. Este contacto con la realidad concreta, cuando se trata de la existencia humana, es en particular beneficioso, por cuanto muestra las necesarias relaciones de aquélla con el mundo que la rodea y aun con un principio trascendente, con el cual, de hecho y de una manera que afecta lo más profundo de su psicología, se halla intimamente relacionada. 3) Por eso mismo, tales análisis no pueden ser sino el mejor preámbulo para el planteamiento de los problemas y, a la vez, el mejor arsenal de datos para la solución de los mismos...".

También leemos en *La persona humana*:

"...El tránsito, pues, a la Trascendencia absoluta por el método que ahora llamamos 'fenomenológico' del análisis de nuestras experiencias contingentes, tanto en lo que se refiere al yo como al mundo exterior, es no sólo en sí valioso, sino que nos lleva a una certeza de la existencia del Absoluto."

En esta investigación la fenomenología sería útil para el análisis de la experiencia de la realidad concreta del sufrimiento filosófico y/o espiritual del paciente terminal con cáncer que, en este caso, es tratado en el hospital público. La espiritualidad se presenta como "cosa en sí", está allí y puede ser captada con la intuición insistencial. Para evaluarla no sería necesaria la psicología profunda; la espiritualidad está presente en la conciencia de la persona y se haría más evidente en la conciencia de la persona humana enferma que sufre la realidad concreta "en su carne y en su alma" del dolor total (físico, psíquico, social, filosófico y/o espiritual) durante el

período terminal de su enfermedad. En la situación límite que está representada por las últimas etapas de una enfermedad terminal (tal vez sea uno de los fenómenos vitales más evidentes para el análisis de las esencias, partiendo de la experiencia misma) la realidad humana de los conflictos espirituales y/o filosóficos se haría más concreta si se facilitara el planteamiento de los problemas.

Saunders C. (5), Ventafridda V. (6) y Foley K. (7), entre otros, refieren que:

“...el sufrimiento del enfermo terminal puede definirse como dolor total, es decir, el conjunto de un dolor que, además de físico, es también social, psíquico y espiritual. Por tanto, el control del dolor en estos pacientes no puede basarse sólo en métodos médicos, sino que debe apoyarse en una asistencia continua de carácter informal, afable y desarrollada en un medio adecuado, que controle o reduzca todos los fenómenos de aislamiento en los que van a encontrarse este tipo de pacientes”.

De las 17 escalas de calidad de vida analizadas por Donovan et al., solamente dos incluyen el ítem ‘espiritualidad’ (8), intentando confeccionar una medida de calidad de vida total. Estas son: la escala de Izsac (1972) y la de Irvin (1982). Sin embargo, el porcentaje que le corresponde a la problemática espiritual en la escala de evaluación de calidad de vida es sólo del 6% para la primera y del 5% para la segunda, a diferencia de la escala propuesta para este trabajo, en el que la espiritualidad y el aspecto filosófico abarcan un 20%, equilibrándose con las valoraciones de los otros conflictos: físicos, psicológicos, socioeconómicos y familiares.

Con respecto a estas áreas, también les corresponde un 20% a cada una, en cuanto a la evaluación de su importancia relativa en la problemática del dolor total en el paciente terminal.

Existen dos escalas de calidad de vida -el FLI y la de Heinrich (9)- que balancean en forma adecuada la importancia relativa de las áreas social y psicológica, pero en éstas no se analizan puntualmente ni el tema espiritual ni los conflictos metafísicos. La escala propuesta tiene cinco características, que intentan reflejar la intensidad con que cada conflicto (muy relacionados entre sí) afecta al paciente terminal, analizando los hechos de conciencia en la realidad concreta del dolor total:

- 1) incluye los ítems físico, psicológico, social, espiritual, metafísico, y se equilibra la importancia relativa de los distintos conflictos que están muy interrelacionados;
- 2) se basa en datos generados por los pacientes a través de las vivencias de los conflictos, captadas con la intuición de las respuestas a un cuestionario;
- 3) puede confeccionarse en forma más o menos sencilla, por medio de Análogos visibles;
- 4) el objetivo no es la medición sino la evaluación o valoración de estados subjetivos. Es un intento de analizar el espíritu (“Espirituanálisis”) del paciente terminal;
- 5) se efectúa un cuestionario de 10 preguntas con 4 categorías de respuesta.

En nuestra investigación no hubo dificultades mayores en la recolección de datos. Coincidimos con Ganz et al. en que la mayor variabilidad está en el área social. En este caso, diez pacientes no contestaron el ítem en relación con los problemas laborales porque no trabajaban. No hubo otras pérdidas de datos, tal vez debido a que el procedimiento del Análogo visible era efectuado por el paciente bajo la supervisión directa del médico (no por enfermería). Se excluyó un paciente debido a dificultades importantes en la visión que le impedían la marcación en el Análogo.

En relación con la pregunta 9 del cuestionario categorizado, al paciente se le pregunta si cree en Dios y cuánto esta vivencia religiosa le ayuda. Este interrogante espiritual es evaluado, por ejemplo, por el Brief Pain Inventory del Servicio de Neurología de la Universidad de Wisconsin en el análogo visible que trata de reflejar si el paciente está desesperanzado.

Con esta pregunta se intenta evaluar la vivencia o sentimiento religioso, tratando de captar con la intuición insistencial la vivencia religiosa que siente el enfermo. Se emplea el verbo ayudar en la pregunta referida pues se trata de representar la protección que da la religión, la amistad del enfermo con Dios, la alianza del paciente con Dios, que lo ayuda (así, por ejemplo, Isaías llamaba a Abraham amigo de Dios, en tanto que San Juan refería que los discípulos de Jesús se habían convertido en sus amigos). Esta pregunta es un intento de captar con la intuición el sentimiento de ayuda de Dios al enfermo (como el náufrago en el mar que pide auxilio), como una manera de evaluar si el paciente se siente ayudado o tiene una actitud escéptica y nihilista durante la enfermedad. Además, el verbo ayudar representa un lenguaje sencillo para que sea comprendido por la mayoría de los enfermos en el hospital. Con respecto a la pregunta 10 del cuestionario, es decir la relacionada con el área de los planes y deseos de vivir del enfermo, al paciente se le pregunta si los tiene y cuánto éstos le ayudan para vivir. Este ítem, tan subjetivo, es evaluado también por Brief Pain Inventory del Servicio de Neurología de la Universidad de Wisconsin en el análogo visible que trata de expresar si el paciente está "listo para pelear" frente a la adversidad de la enfermedad, intentando la evaluación del concepto "quien tiene un porqué para vivir puede soportar casi cualquier cosa", referido anteriormente. Con la intuición insistencial se intenta captar el sentimiento de ayuda que percibe el paciente, a partir de sus planes y sus deseos de vivir durante la enfermedad o, por el contrario, se capta una actitud escéptica y nihilista de la persona humana enferma. Desde el punto de vista filosófico, Abbagnano N. se refiere al existencialismo positivo que se resume en el concepto "la búsqueda es lucha" (10) y en lo referido por Nisenbom: "...ser persona es estar abierto a la maravilla y al misterio de lo que nos rodea, es estar preparado para la realización del proyecto..." (11).

Globalmente, considerando una perspectiva filosófico-espiritual, habría dos tipos de respuestas en la persona humana enferma, en el período terminal de la enfermedad,

a la pregunta formulada por Bochenski J.: “¿Cuál es el sentido, en el fin de la vida?” (12), según sea encuadrada en la concepción de humanismo con Dios y/o con naturaleza o en la concepción sin Dios y sin naturaleza.

Al respecto, Juan Pablo II afirmó en su Encíclica *Salvifici Doloris*, Cap. III:

A la búsqueda de una respuesta a la pregunta sobre el sentido del sufrimiento. Dentro de cada sufrimiento experimentado por el hombre, y también en lo profundo del mundo del sufrimiento, aparece inevitablemente la pregunta ¿por qué? Es una pregunta acerca de la causa, la razón; una pregunta acerca de la finalidad (¿para qué?); en definitiva, acerca del sentido. Esta no sólo acompaña el sufrimiento humano, sino que parece determinar incluso el contenido humano, eso por lo que el sufrimiento es propiamente sufrimiento humano. Obviamente el dolor, sobre todo el dolor físico, está ampliamente difundido en el mundo de los animales. Pero solamente el hombre, cuando sufre, sabe que sufre y se pregunta por qué; y sufre de manera humanamente más profunda, si no encuentra una respuesta más satisfactoria. Esta es una pregunta difícil, como lo es otra, muy afín, que se refiere al mal: ¿por qué el mal? ¿Por qué el mal en el mundo? Cuando ponemos la pregunta de esta manera hacemos siempre, al menos en cierta medida, una pregunta también sobre el sufrimiento...”

Así, la respuesta adaptada o positiva (afirmación del hombre) tendría dos matices: a) *el sufrimiento tiene un sentido gracias a Dios*. A propósito de esto, Juan Pablo II refirió en la encíclica *Salvifici Doloris* (Cap.III):

“...Para hallar el sentido profundo del sufrimiento en la palabra revelada de Dios, hay que abrirse ampliamente al sujeto humano en sus múltiples potencialidades; sobre todo, hay que acoger la luz de la Revelación no sólo en cuanto expresa el orden trascendente de la justicia, sino en cuanto ilumina este orden con el Amor como fuente definitiva de todo lo que existe. El Amor es también la fuente más plena de la respuesta a la pregunta sobre el sentido del sufrimiento. Esta pregunta ha sido dada por Dios al hombre en la cruz de Jesucristo.”

También estas afirmaciones serían válidas para otras creencias religiosas. A su vez, el Padre Ismael Quiles escribió en *Cómo ser sí mismo*:

“Impulso al absoluto. Siento la aspiración de salvación, el impulso del absoluto en quien apoyarme para compensar mi limitación y para superar mi angustia. Esta vivencia del Absoluto nunca se puede arrancar de mi experiencia interior. De hecho es la presencia activa de Dios en nuestro ser, en nuestra mismidad, que se hace sentir en nuestra interioridad (...) Si Dios está conmigo, es mi Pastor, nada me puede faltar; mi limitación, mi angustia, se compensa ante el rostro infinito de Dios...”

b) A pesar de la enfermedad, la vida de la persona humana enferma con cáncer terminal tiene sentido: hijos, obras. En el texto anteriormente descripto, Quiles afirmó:

“Podemos establecer las siguientes igualdades: unidad = in-sistencia = ser-en-sí = sí mismo = persona. En la realidad de mi vida, cuanto más mantengo o desarrollo mi unidad óntica soy más in-sistencia (ser-en-sí); cuanto más soy in-sistencia, soy más mí mismo (mismidad, identidad, uno consigo mismo); cuanto más desarrollo y afirmo mi mismidad, soy más persona. Me preguntan cómo ser más uno, más in-sistencia, más mí mismo, más persona. Esta es la tarea de mi vida, el fin de mi educación, la realización de mis aspiraciones como ser humano, como persona...”.

Baraousse A. (13) describió la respuesta adaptada de esta manera:

“El creyente acepta la muerte como un tránsito a la otra vida. El no creyente la acepta como la prolongación de su existencia en sus hijos o en sus obras...”.

Es decir, que la respuesta adaptada representaría la concepción de humanismo con Dios y con naturaleza expuesta por el R.P. Ismael Quiles, S.J., en *La persona humana*:

“La única visión, en la cual el hombre tiene conciencia de ocupar, en verdad, su puesto en el universo, y, por así decirlo, se recobra y se salva a sí mismo; es la de un humanismo con Dios y con naturaleza...”.

En cambio, la respuesta desadaptada o negativa (negación del hombre) representaría la concepción de humanismo sin Dios y sin naturaleza. Sobre la misma, el R.P Quiles, S.J., escribió:

“El ateísmo lleva necesariamente al irracionalismo y al caos intelectual. El irracionalismo lleva de la misma manera al ateísmo. En este sentido, el existencialismo ateo no ha hecho otra cosa que ser más consecuente, en comparación con los otros ateísmos. Al parecer, en este caso, Sartre y sus discípulos han ido del irracionalismo, del absurdo y de la náusea al ateísmo. El caso no es, por lo demás, aislado. La actitud escéptica radical y la actitud irracionalista han llevado siempre, por consecuencia lógica, al ateísmo. Ha sido la filosofía sin naturaleza y sin Dios...”.

Esto se ejemplifica en la frase: *existir es ser para nada* (Sartre), *existir es ser para la muerte* (Heidegger). El *Affect Balance Scale* trata de expresar el balance entre afectos positivos (satisfacción) y afectos negativos (depresión) (14). Por ejemplo, en un estudio prospectivo sobre la respuesta psicológica, Greer S. et al (15) comprobaron que las pacientes con cáncer de mama que tenían espíritu de lucha y optimismo tenían mayor sobrevida libre de recaída que las pacientes que sufrían desesperanza. A continuación, describiremos dos casos con distintas respuestas filosófico-espirituales.

Caso 1: ejemplo de paciente con respuesta desadaptada o negativa

Paciente de 28 años portador de HIV con Linfoma no Hodgkin. Tiene un performance clínico de 1(ECOG), tiene dolor físico grave (3), está muy deprimido (dolor psíquico grave) (3), tiene problemas laborales muy graves (dolor social muy grave) (4). No se siente ayudado por Dios ni por sus planes; ni siente fuerzas para vivir. No le encuentra sentido a la vida (dolor espiritual y/o filosófico muy grave)

(4). Englobando las intensidades de los 5 conflictos evaluados y al dividir por 5, la valoración es 3,2, es decir, que es mayor de 1 que era la que le correspondía según el ECOG performance status, debido a que hemos evaluado otra serie de conflictos (psíquico, familiar, espiritual y filosófico), además del dolor físico.

Se usó como instrumento el cuestionario más análogo para la valoración de cada dolor según la opinión del paciente, en cuanto a la intensidad con que cada conflicto le afectaba, con el objetivo de tratar de captar con la intuición, en forma más o menos objetiva, su vivencia actual. Cabe aclarar que puede darse la situación, por ej., de un paciente que también se sienta escéptico con respecto a la vivencia religiosa, pero por su personalidad, al trasladar este conflicto en el análogo no adquiera la intensidad de dolor grave, como en el caso referido. Así también puede ocurrir con cualquier otro conflicto evaluado pues las valoraciones son subjetivas y variables según las características de cada paciente. Por ello, lo más importante es tratar de evaluar, de captar con la intuición la vivencia ante cada conflicto. Un conflicto que para un paciente puede tener una intensidad leve, cuando se inscribe en el análogo, para otro paciente, ese mismo conflicto puede tener una intensidad muy grave.

Caso 2: ejemplo de paciente con respuesta adaptada o positiva.

Paciente de 77 años portador de sarcoma de útero metastásico. Su performance físico es de 3 (ECOG), tiene dolor físico moderado (2), depresión moderada (2), la familia la respalda constantemente, no tiene problemas económicos (dolor social leve: 1, es muy creyente en Dios y tiene planes y proyectos (dolor espiritual y/o metafísico: 0).

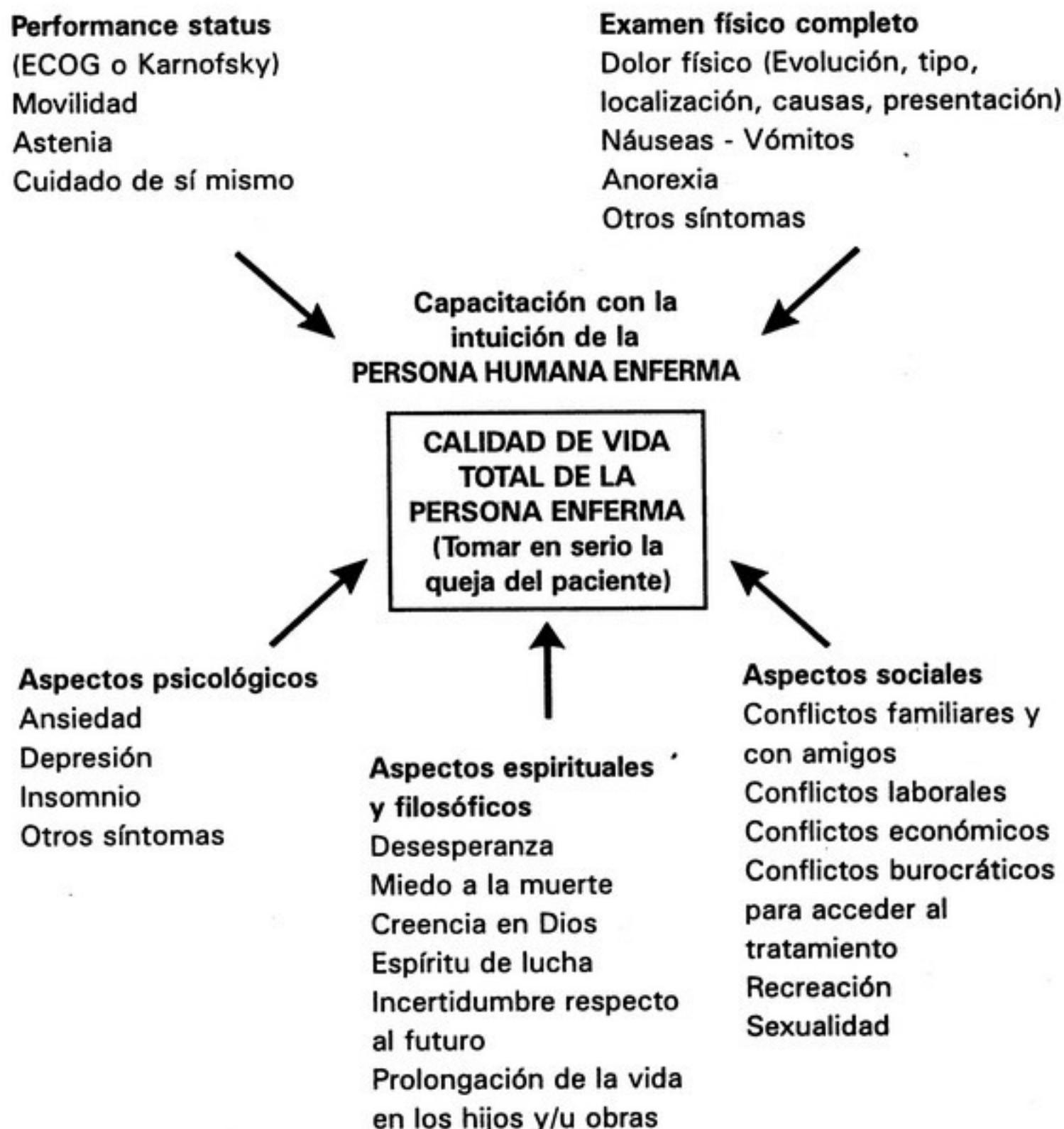
Haciendo el mismo procedimiento anterior, la valoración es de 1,8, es decir, en este caso, menor de 3, que era la evaluación que le correspondía según el ECOG performance status.

A su vez, el concepto de respuesta adaptada o desadaptada (desde el punto de vista filosófico-espiritual) puede ser dinámico; hay pacientes que van cambiando sus estados subjetivos, en mayor o menor grado, durante la enfermedad, por ej. Kübler-Ross (16) describió el aumento de la religiosidad en las últimas etapas de la misma. Es decir, que un paciente puede ir cambiando el sentido de la vida y de su sufrimiento según los diferentes estados subjetivos y las distintas fases de la enfermedad.

Además podrían alterarse creencias disfuncionales por medio de técnicas psicológicas cognoscitivas, por ejemplo. A su vez, la antropología in-sistencial podría ser un correctivo.

A continuación se describen las cinco áreas que influyen en la calidad de vida total (adaptado de Tohenkedyan et al. (17) y del *Informe de la Organización Mundial de la Salud* sobre el alivio del dolor en el cáncer):

Figura 5



Tal vez, el paciente terminal represente al hombre en situación límite, lo que constituye un modelo biológico del fenómeno humano para que la ciencia, la filosofía y la teología intenten evaluarlo en su totalidad. Teilhard de Chardin (18) refirió:

“En el esfuerzo mutuo de estas dos potencias, Religión y Ciencia, todavía antagonistas, en la conjugación de la Razón y de la Mística, el Espíritu humano, por la misma naturaleza de su desarrollo, se halla destinado a encontrar el más remoto extremo de su penetración con el máximo de su fuerza vital.”

En relación con esto, el P. Quiles escribió:

“Adelantamos que tenemos un profundo aprecio y respeto por el avance científico tecnológico [...] Somos lo más cercano y lo más misterioso para nosotros mismos [...] Ninguna ciencia aislada puede dar cuenta total de sí misma. De ahí la necesidad de relación interdisciplinaria entre las ciencias fisicomatemáticas, biológicas, humanas y la filosofía .” (19).

Víctor Massuh expresó que:

“[...] Durante el período presocrático, con filósofos como Heráclito, Demócrito, Empédocles y Pitágoras; luego durante el Renacimiento y hoy con los aportes de la física cuántica; durante estos tres grandes momentos históricos se procuró una eliminación de las barreras (entre la ciencia, la filosofía y la religión). Distintas búsquedas se interpenetraban, los campos se confundían, el investigador acudía a otros campos, escuchaba otras voces [...]”. (20).

Y Mainetti afirmó:

“[...] La medicina es un fenómeno totalmente central en nuestra cultura y, por lo tanto, puede ser que la medicina sea la punta de lanza, aquel puente que se puede tender entre las dos culturas, la científica y la humanística [...]”. (21).

Los científicos, los filósofos y los teólogos se expresaron de diversas maneras con respecto a la evaluación del dolor y de la espiritualidad del enfermo. Por ejemplo, citaré a Donovan et al:

“[...] Dadas las cuestiones acerca del significado de la vida y de la muerte que el cáncer genera, nosotros sugerimos que la espiritualidad, hasta ahora abandonada, necesita ser analizada [...]” (22).

A su vez, el Papa Juan Pablo II escribió en la Encíclica *Salvifici Doloris*:

“[...] Aunque se puedan usar como sinónimos, hasta un cierto punto, las palabras “sufrimiento” y “dolor”, el sufrimiento físico se da cuando de cualquier manera “duele el cuerpo”, mientras que el sufrimiento moral es “dolor del alma”. Se trata, en efecto, del dolor de tipo espiritual [...] La extensión y la multiformidad del sufrimiento moral no son ciertamente menores que las del físico; pero, a la vez, aquél parece menos identificado y menos alcanzable por la terapéutica [...]” y “[...] En el tema del sufrimiento, estos dos motivos parecen acercarse particularmente y unirse entre sí: la necesidad del corazón nos manda vencer la timidez y el imperativo de la fe -formulado, por ejemplo, en las palabras de San Pablo- brinda el contenido, en nombre y en virtud, del cual osamos tocar lo que parece en todo hombre algo tan intangible: porque todo hombre, en su sufrimiento, es un misterio intangible.” (23).

Este sufrimiento englobaría aspectos del dolor que es muy difícil evaluar, pero nos preguntamos: ¿El paciente terminal está tratado adecuadamente en los aspectos físico, mental y espiritual? (24). Si no intentamos investigar estos aspectos filosóficos y/o espirituales (no preguntando sobre ellos o negándolos), el paciente, en su totalidad, sería abordado en forma incompleta (25).

Con respecto a esto, Mainetti J.A. refirió:

“Para la medicina es tiempo de reflexión. Por su raíz etimológica, medicina es meditación, cura del *homo infirmus*. Y si una vida sin reflexión no merece vivirse, tanto más la vida médica, que es metafísica, lógica y moral en ejercicio, filosofía concreta. En la era tecnológica se acentuó la necesidad del pensamiento crítico, cuya ausencia de la medicina resulta a la vez peligrosa y costosa” (26).

Ernesto Sábato escribió los siguientes conceptos:

“[...] La colossal crisis de Occidente (que por su fuerza planetaria está arrastrando a pueblos orientales como los japoneses) nos ofrece la oportunidad y hasta nos obliga perentoriamente a buscar una síntesis de culturas contrapuestas, que acaso sean precisas para la re-humanización de este hombre deshumanizado por la tecnología. Max Scheler señala tres clases de saber: el que desarrolló la India, que es un saber de salvación; el que culminó en China y en Grecia, que es un saber culto; y el saber técnico, que se desenvolvió en Occidente. Habría que encontrar una síntesis que evite los excesos a los que cada uno de ellos condujo [...]” y “[...] Una persona es mucho más que el conjunto de números, de presiones, cantidades de glucosa, radiografías y eritrosedimentaciones; es un ser complejo, una delicadísima unidad de materia y espíritu, donde todo influye sobre todo, y en el que es inútil, cuando no pernicioso, el informe especializado que no integre el armónico y difícil examen de la estructura [...]” (27).

Denominamos este armónico y difícil examen *Espirituanálisis*. Por otra parte, cabe aclarar que tal vez no puedan comprobarse, desde el punto de vista de la significación estadística, resultados objetivos en relación con la utilidad de las escalas de evaluación global (en estudios prospectivos), debido a que se intenta evaluar ítems de tan difícil valoración científica como lo son la espiritualidad y la filosofía de las personas enfermas. De todas maneras, hace muchas décadas Freud intentó valorar reacciones tan enigmáticas como las del subconsciente, lográndolo, en parte, a través de técnicas; hace algunos años, psicólogos y médicos comenzaron a valorar, en forma objetiva, problemas humanos como la ansiedad, la depresión, el dolor, que son vivencias muy difíciles de evaluar. No obstante ello, estas escalas, ya de por sí, son una excusa, una “ayuda memoria” para preguntarle al paciente sobre sus problemas familiares, laborales, recreativos, espirituales y/o metafísicos, que si el profesional no lo tuviera al alcance de la mano (como un instrumento fácil de utilizar y de confección más o menos rápida) no haría ese tipo de preguntas (no relacionadas directamente con la enfermedad ni con la toxicidad del tratamiento), debido al tiempo breve de la consulta y a la cantidad numerosa de pacientes. Subjetivamente, aunque no pudiera ser comprobado en forma objetiva, el paciente podría sentirse más comprendido en relación con su espiritualidad, por el hecho en sí de escuchar que su médico le pregunta sobre sus vivencias íntimas con su trabajo, su familia, su creencia o no en Dios, su sentido de la vida. Con esta escala no se trata de medir o

mensurar cada conflicto por separado, sino de aproximarse a una evaluación más o menos objetiva (utilizando un lenguaje común) (28) de los conflictos que globalmente y en conjunto afectan al paciente terminal. Esto no es fácil lograrlo pero hay que intentarlo, especialmente con un equipo multidisciplinario (29). Además, en futuros estudios, por ejemplo, se agregará la investigación longitudinal, en los pacientes, de los distintos estadios descriptos por Kübler-Ross.

Por supuesto, esta escala propuesta no tiene ningún tipo de utilidad diagnóstica, pronóstica o terapéutica, pues la misma sigue siendo una hipótesis que no fue demostrada en ningún trabajo prospectivo:

“Una escala de calidad de vida de moribundos -o de la pérdida de calidad de vida- fuera de ser una expresión patética de la tanatoítria, se justifica tan sólo en el caso del empleo fáctico de la escala para justificar intervenciones que mejoren la calidad de vida. Se diseña una de esas escalas, por inferencias lógicas, literarias y filosóficas -y por imitación- sin establecerse una base empírica que fundamente la metáfora del dolor total. Se plantea todo un experimento que debiera llevarse a cabo”. (30).

Al respecto, en una primera etapa experimental, esta escala podría constituir una evaluación global para identificar a aquellos pacientes escépticos e intentar darles un sentido filosófico y/o espiritual a sus vidas, a sus obras, alterando creencias disfuncionales por medio de técnicas cognoscitivas y conductuales, por ejemplo (31). El filósofo J. Barylco expresó:

“Todo hombre tiene una obra. Y esa obra es su propia vida, lo que hace consigo mismo y lo que le ocurre”. (32)

Por último, la escala propuesta tiene un coeficiente de correlación de grado relativamente bajo con la evaluación física del ECOG, es decir, la intensidad de asociación es baja, lo que significa que ambas escalas valorarían dos universos (una, el físico, y la otra, los aspectos globales del paciente) relativamente independientes.

De todas maneras, es muy preliminar afirmar que la escala de evaluación global sea confiable para la valoración de estados subjetivos (filosóficos y/o espirituales) mediante el método de la intuición insistencial.

En cambio, el FLI tiene correlación positiva con la evaluación física de Karnofsky (especialmente la subescala física del FLI) como lo demostró Ganz et al.

Otras escalas intentan evaluar no sólo aspectos físicos sino subjetividades como los estados de ánimo (*Hopkins Profile of Mood State*) o aspectos espirituales (*Beck Hopelessness Scale, Well-being Spiritual Scale*), pero no existen estudios de correlación positiva con la escala de ECOG. ¿Esto significa que la escala propuesta podría tener validez para valorar la espiritualidad del paciente, diferenciándose de una evaluación física? Es decir, hay una evidencia estadística y preliminar de una diferencia. Es una evidencia matemática, pero existe la obligación del investigador

de asegurar con mayor número de pacientes y seguimiento más largo que "la significación tenga importancia biológica y humana".

Por lo tanto, es necesario someter esta escala de evaluación del dolor total a una revisión cuidadosa para probar la consistencia de su información, su validez y confiabilidad. Para esto será necesario contrastarla con más instrumentos existentes en uso para pacientes con cáncer que evalúen los dominios de calidad de vida que se postulan en este diseño multidisciplinario: científico, filosófico y religioso, guiados por la filosofía in-sistencial y por la logoterapia, que se basan en la búsqueda del sentido de la vida. Cabe aclarar que la hipótesis de la difícil investigación científica de la espiritualidad del paciente terminal con cáncer es la expresión de nuestras dudas e incertidumbres: "Si uno empieza con certidumbres terminará con dudas; pero si uno se conforma con empezar con dudas terminará con certidumbres" (Francis Bacon).

Conclusiones

Esta investigación preliminar del dolor total en pacientes terminales con cáncer ha mostrado una correlación de grado bajo entre la escala de evaluación global y la escala de evaluación física, es decir, que ambas valorarían 2 universos independientes como se describió. Por otra parte, en ésta primera instancia descriptiva se detectó un 19,3 % de enfermos con conflictos espirituales y/o filosóficos muy graves (nivel 4 de intensidad de dolor), o sea con una actitud escéptica radical y nihilista sin Dios y sin naturaleza, es decir, no afirmados en el interior de sí mismos, desde el punto de vista de la filosofía in-sistencial, sin sentido de la vida, según la logoterapia. En las próximas investigaciones, se valuará la influencia de esta actitud en la sobrevida de los pacientes, intentando objetivar en la práctica médica la teoría de la Filosofía In-sistencial.

En relación con esta difícil investigación humanística, V. Frankl, el autor del libro *El hombre en busca de sentido*, mencionado en la *Introducción*, nos escribió en una amable carta lo siguiente: "Este es un trabajo que ciertamente representa una importante contribución a la validación empírica de la logoterapia" (33), y el querido Padre Quiles nos estimuló con amor, cuando realizamos una presentación preliminar del trabajo descripto en la Escuela de Estudios Orientales de la Universidad del Salvador, el 20 de octubre de 1992.

NOTAS

- 1) KACZOREWSKI J.M: *Spiritual well-being and anxiety in adults diagnosed with cancer*, Hosp.J. 1989; 5 (3-4): 105-116.
- 2) GANZ PA; HASKELL, CM; FIGLIN RA; LA SOTO, N; SIAU, J. *Estimating*

the quality of life in a clinical trial of patients with metastatic lung cancer using the Karnofsky Performance Status and the Functional Living Index-Cancer, 1988; 61: 849-856.

- 3) PRIESTMAN TJ; BAUM M. *Evaluation of quality of life in patients receiving treatment for advanced breast cancer*, Lancet, 1976; I: 899-901.
- 4) SCHIPPER, H; CLINCH, J; Mc MURRAY, A; LEVITT, M. *Measuring the quality of life of cancer patients: the functional living index-cancer. Development and validation*. J. Clin. Oncol, 1984; 2: 472-483.
- 5) SAUNDERS, CM. *The management of terminal illness*, London: EDWARD, Arnold, 1967.
- 6) BONADONNA, G; ROBUSTELLI DELLA CUNA, G. *Manual de Oncología Clínica*, Barcelona: MASSON, SA, 1983; 63: 980-985.
- 7) FOLEY, KM. *The treatment of cancer pain*. The New England J. Med, 1985; vol. 313, Nro. 2: 84-95.
- 8) SCHIPPER, H; CLINCH, J; Mc MURRAY, A; LEVITT, M. *op. cit.*
- 9) HEINRICH et al. *Living with cancer: the cancer inventory of problem situations*, J. Clin. Psychol, 1984; 40: 972-980.
- 10) ABBAGNANO, N. *Existencialismo positivo*, Buenos Aires, Paidós, 1964.
- 11) NAVIGANTE, A; LITOVSKA, S. *Propuestas en Oncología. Aspectos científicos, éticos, sociales, espirituales y filosóficos*. Buenos Aires, Akadia, 1992; 9: 154-198.
- 12) BOCHENSKI, JM. *Introducción al pensamiento filosófico*, Barcelona, Harder, 1975; 84-85.
- 13) BAROUSSE, AP. *Ars Moriendi*, Medicina, 1989, vol. 49, Nro. 4: 388-389.
- 14) HOLLAND, JC; MORRAW, GR; SCHAMALE, A et al. *Clin. Oncol.*, 1991; 9 (6): 1004-1011.
- 15) GREER, S; MORRIS, T; PETTINGALE, K. *Psychological response to breast cancer: effect on outcome*, The Lancet, 1979; I : 785-787.
- 16) KUBLER-ROSS, E. *On Death and Dying*, New York, The Macmillan Company, 1969.
- 17) TOHEKNEDYAN, NS. *Treatment of cancer anorexia with megestrol acetate: impact on quality of life*, Oncology, 1990; 4: 185-192.
- 18) TEILHARD DE CHARDIN. *El fenómeno humano*, Buenos Aires, Hypamerica, 1984; 4: 287.
- 19) QUILES, I. *Ciencia, Filosofía y Religión*, Buenos Aires, Universidad del Salvador, 1984; 3.
- 20) MASSUH V. *Flecha del tiempo*, Buenos Aires, Sudamericana, 1990; 219-220.
- 21) MAINETTI, JA. *VII Jornadas de Humanidades Médicas*, La Plata, Quirón, 1991; vol. 22, Nro. 4: 47-62.
- 22) SANSON-FISHER R; DONOVAN, J. *Clin. Oncol.*, 1989, vol. 7, Nro. 7: 959-968.

- 23) JUAN PABLO II. *Salvifici Doloris*, Buenos Aires, Paulinas, 1984; 1-2: 5-16.
- 24) MYERS, WP. *Cuidado del paciente con enfermedad en fase terminal*, In: CECIL, RL; LOEB, RE. *Tratado de Medicina Interna*, Philadelphia; SAUNDERS, EB; Tomo I, Parte 1:11.
- 25) LITOVSKA, S; NAVIGANTE, A; MARANTZ, A; NEGRO, A. *Evaluation of cancer suffering in terminal patients* (Abstr). Proc. Am. Soc. Clin. Oncol., 1992; 11: 386.
- 26) MAINETTI, JA. *La crisis de la razón médica*, La Plata, Quirón, 1988.
- 27) SABATO, E. *Vida y muerte, medicina y filosofía*, Comunicación personal.
- 28) AARONSON, NK. *Quality of life in cancer trial: a need for common rules and language*. Oncology, 1990; 70: 59-66.
- 29) CELLA, DF. *Measuring quality of life today: methodological aspects*. Oncology, 1990; 69: 29-38.
- 30) Comité de Redacción de la Fundación Revista Medicina, Buenos Aires. Comunicación Personal.
- 31) FISHMAN, B; LOSCALZO, M. *Cancer pain*, Med. Clin. North Am., 1987, vol. 71, Nro. 2; 269-284.
- 32) BARYLKO, J. *Perspectivas sistémicas*, 1992; 22; 12.
- 33) FRANKL, V. *Comunicación Personal*, Nov. 6, 1992.