



ACADEMIA HISPANOAMERICANA DE DOCTORES

DISCURSO DE INGRESO PRONUNCIADO POR LA
ILMA. DRA. D.^a MARÍA DEL ROSARIO SÁEZ YUGUERO
EN EL ACTO DE INGRESO COMO ACADÉMICA DE NÚMERO
EN MADRID, EL DÍA 29 DE ABRIL DE 2025

Mis primeras palabras en este acto son de gratitud hacia los ilustres señores académicos por su generosidad, al admitirme como miembro de número en esta Academia Hispanoamericana de doctores. Es evidente que, en su generosa decisión ha prevalecido su amistad sobre el análisis riguroso de mi currículum científico y que se ha impuesto el afecto a la valoración de mis méritos profesionales.

Agradezco especialmente al Dr. D. Oscar Yecid, presidente de Academia Hispanoamericana de Doctores y a D. Gregorio Holguín por su generosidad al proponerme.

Mi gratitud al Profesor Dr. D. Antonio Bascones, maestro de maestros a quien tengo la suerte de conocer desde hace muchos años y considerarme amiga.

Es un honor formar parte de esta Academia Hispanoamericana de Doctores que nos reúne a los que hemos bebido y seguimos bebiendo en las mismas fuentes del saber. Doctores, profesores, investigadores y sobre todo maestros empeñados en la transformación social mediante la noble tarea de la educación y la investigación.

He querido elegir un tema siempre actual y que nos afecta a todos en algún momento de nuestra vida.



El dolor y el sufrimiento, que han estado irremisiblemente unidos al hombre en todas las épocas, y ha sido el principal impulso para el desarrollo de la Medicina.

El dolor es una preocupación constante del ser humano que se pregunta: ¿por qué?, ¿Cuál es la causa?, ¿Cómo aliviarlo?, ¿Por qué a mí? etc.

El dolor puede ser una simple molestia, pero en ocasiones puede ser tan intenso, que es una experiencia insoportable y quien lo sufre puede llegar a perder la conciencia. Un dolor intenso cuya causa se desconoce o no se encuentra puede alterar la vida del paciente y de su familia, incluso en determinadas circunstancias puede llevarle al suicidio.

Un principio universal de la medicina actual dice que nadie debería padecer de dolor innecesariamente; por lo tanto, uno de los compromisos que debe asumir un profesional de la salud es tratar la enfermedad, así como evitar cualquier dolor y estado de sufrimiento.

El dolor es un tema apasionante en el campo de las ciencias médicas, es un tema que debe estudiarse de una manera integral con el fin de comprender mejor los mecanismos que lo rigen, con ello se logrará determinar su origen y permitir proporcionar un tratamiento adecuado.

El Dolor y el Sufrimiento: definición

El dolor y el sufrimiento son dos conceptos profundamente interrelacionados pero que poseen distinciones claras en su naturaleza. El dolor se ha definido tradicionalmente como una experiencia sensorial y emocional desagradable, asociada con daño tisular real o potencial (International Association for the Study of Pain, 2020). Esta definición, resalta la naturaleza multidimensional del dolor, que abarca aspectos físicos, emocionales y sociales.



Se trata de una experiencia subjetiva y compleja que no solo se limita a la sensación física, sino que involucra factores psicológicos y sociales (Melzack & Wall, 1982).

El dolor supone percepción y conciencia de un proceso neurológico o de una señal corpórea indicativa de algún deterioro, daño o enfermedad somática.

La sensación de dolor proporciona una señal de alerta ante la presencia de un daño real o potencial al organismo, en determinadas ocasiones esta sensación deja de funcionar como señal de alerta para convertirse en una enfermedad propiamente dicha.

El sufrimiento abarca una dimensión más amplia que el concepto de dolor, refiriéndose a la experiencia emocional que surge como respuesta al dolor, la pérdida, o la adversidad (Cassell, 2004). Se refiere a la experiencia emocional que acompaña al dolor, influenciada por factores psicológicos, culturales y espirituales. El sufrimiento puede ser considerado como un estado afectivo que emerge como consecuencia de la percepción del dolor, aunque no todos los casos de dolor llevan necesariamente al sufrimiento (Smith BH et al., 2019).

No todo sufrimiento va asociado al dolor físico. Hay dificultades humanas de carácter existencial, económico, familiar, espiritual, psíquico, social, etc. que son una fuente de sufrimiento personal.

Clasificación del dolor

Según la Asociación Internacional para el Estudio del Dolor (IASP) y la evidencia científica más reciente, el dolor puede clasificarse según la duración del mismo en dolor agudo, si dura un corto periodo de tiempo (menos de 3 meses). Suele ser causado por una lesión tisular, como un corte, una quemadura o una fractura. Este dolor actúa como señal de alarma para



advertir sobre daño potencial en el cuerpo. Generalmente está bien localizado, de intensidad variable y relacionado con la causa inmediata.

El dolor crónico, persiste por más de 3 meses, mucho después de que la causa inicial haya sanado. Puede estar relacionado con enfermedades crónicas (como la artritis o la fibromialgia) o no tener una causa clara. A menudo está asociado con problemas de adaptación en el sistema nervioso y puede ser incapacitante.

El dolor puede clasificarse también según los mecanismos fisiopatológicos de producción del mismo. Esta clasificación se basa en cómo se genera y mantiene el dolor en el sistema nervioso. Actualmente, se reconocen tres grandes mecanismos fisiopatológicos del dolor: el dolor nociceptivo, que es causado por la activación de nociceptores (receptores del dolor) en respuesta a daño tisular real o potencial. Este dolor puede ser somático: bien localizado; asociado con piel, músculos, huesos o visceral: difuso, mal localizado; asociado con órganos internos. Ejemplos: esguinces, artritis, quemaduras (Treede, R. D., et al., 2019).

El dolor neuropático es causado por una lesión o enfermedad que afecta el sistema nervioso somatosensorial, ya sea periférico o central. Las características clínicas de este dolor incluyen: ardor, descarga eléctrica, hormigueo, alodinia (dolor ante estímulos no dolorosos). Ejemplos: neuropatía diabética, neuralgia postherpética, dolor central post-ictus. (Jensen, T. S., et al., 2021).

El dolor nociplástico, es un dolor que surge de una alteración en el procesamiento del dolor en el sistema nervioso, sin evidencia de daño tisular o lesión nerviosa. Se trata de un dolor difuso, hipersensibilidad al tacto o presión, fatiga, trastornos del sueño. Ejemplos: fibromialgia, síndrome del intestino irritable, cefalea tensional crónica (Kosek, E., et al., 2021).



La nueva clasificación del dolor crónico en la CIE-11 (Clasificación Internacional de Enfermedades, 11.^a edición), desarrollada por la Asociación Internacional para el Estudio del Dolor (IASP) en colaboración con la Organización Mundial de la Salud (OMS), representa un avance importante en la conceptualización y categorización del dolor crónico a nivel mundial (Barke A et al., 2022).

En esta clasificación, el dolor crónico se define como dolor que persiste o recurre durante más de 3 meses. Puede originarse por diversas causas y tiene consecuencias físicas, psicológicas y sociales importantes.

La CIE-11 clasifica el dolor crónico en 7 grandes categorías:

1. Dolor crónico primario. Dolor no atribuible completamente a otra afección médica, como el dolor crónico generalizado, dolor crónico musculoesquelético primario, fibromialgia. Enfatiza la disfunción del sistema de procesamiento del dolor.
2. Dolor crónico oncológico. Asociado con el cáncer o su tratamiento (quimio, cirugía, radioterapia).
3. Dolor crónico postquirúrgico o postraumático. Dolor persistente tras una cirugía o traumatismo.
4. Dolor neuropático crónico. Derivado de una lesión o enfermedad que afecta el sistema nervioso somatosensorial, como la neuralgia del trigémino o la neuropatía diabética.
5. Dolor crónico secundario a enfermedades musculoesqueléticas, como el dolor debido a osteoartritis, artritis reumatoide, etc.



6. Dolor crónico secundario a enfermedades viscerales, por afecciones como enfermedad inflamatoria intestinal o endometriosis.

7. Dolor crónico secundario a cefaleas o dolores orofaciales, como la migraña crónica o la disfunción temporomandibular.

Se puede añadir un código de gravedad que incluye tres componentes: intensidad del dolor, interferencia con las actividades diarias o malestar emocional relacionado. Cada uno se evalúa en una escala de 0 (ninguno) a 10 (máximo), y se clasifican como: leve, moderado o grave.

Esta nueva clasificación del dolor crónico facilita una codificación precisa del dolor, mejora la investigación y vigilancia epidemiológica del dolor, reconoce al dolor crónico como una enfermedad en sí misma, no solo como un síntoma y mejora el enfoque biopsicosocial en la atención clínica.

El Sufrimiento es un concepto muy amplio que abarca no sólo la reacción generalmente desagradable o negativa ante el dolor, también la pérdida de una función, la crisis emocional, la inseguridad económica, la pérdida de orientación vital y la amplia gama de dificultades de la existencia humana.

Vamos a limitarnos a reflexionar sobre el aspecto del sufrimiento que está más íntimamente ligado a la experiencia de dolor corpóreo.

El sufrimiento no se explica por mecanismos fisiológicos o bioquímicos. Algunos lo llaman “misterio” que trasciende el orden empírico y las destrezas ordinarias del profesional clínico ante los problemas.



De cara a este misterio, los médicos pueden asumir actitudes como las siguientes:

- . Ignorar el sufrimiento considerándolo aclínico.
- . Asignar responsabilidades a otro profesional, a la familia o a un ministro religioso.
- . En caso de definirlo como problema “clínico”, lo reduce a datos empíricos.

Sería oportuno que los médicos además de realizar el correcto tratamiento del dolor, establecieran empatía con el paciente, además de la compasión y el cuidado paliativo.

. La experiencia clínica muestra que a menudo la persona enferma y con dolor sufre, y que tal sufrimiento puede asumir diferentes formas: sensación de aislamiento, pérdida de armonía psicosomática, incertidumbre, carencia de libertad para actuar, ruptura de la vida cotidiana, dudas ante el futuro, pérdida de interés, atención enfocada sobre el cuerpo o zona dolorida. El sufrimiento suscita el anhelo de encontrar una explicación y un significado del mismo, de aceptarlo como inherente a la existencia humana. Normalmente el sufrimiento despierta o agudiza el anhelo humano de trascender el orden natural.

En suma, el sufrimiento puede entenderse como un estado específico de malestar severo inducido, que acarrea pérdida de integridad, coherencia y sentido de totalidad y autopertenencia. Es evidente que el sufrimiento sólo es posible para quien es persona. (Los animales sienten el dolor, pero no sufren).

Cada individuo responde al sufrimiento de acuerdo con su historia personal, cultural, social y étnica, tradición religiosa, valores y circunstancias personales. Puede verse a sí mismo como víctima de una discriminación, confrontado con lo absurdo de la vida o bien - si es cristiano - como favorecido por la Providencia Divina-.



Epidemiología del dolor y el sufrimiento

En cuanto a la epidemiología del dolor, se ha observado que afecta a una proporción significativa de la población mundial, considerándose que, aproximadamente el 20% experimenta dolor crónico en alguna de sus formas, con prevalencias particularmente altas en adultos mayores y en personas con enfermedades crónicas como la artritis y la fibromialgia (Berkley, 2005; Breivik et al., 2006). Sin embargo, la prevalencia del dolor crónico varía significativamente según la población estudiada y los métodos de medición empleados. Un estudio de revisión sistemática y metaanálisis realizado por Mills et al. (2019) reveló que la prevalencia del dolor crónico en estudios poblacionales europeos oscila entre el 12% y el 48%, dependiendo de la región y los criterios diagnósticos utilizados. Este estudio destaca la importancia de emplear definiciones operativas consistentes y herramientas de evaluación estandarizadas para obtener estimaciones precisas. Un estudio realizado por GBD 2017 Disease and Injury Incidence and Prevalence Collaborators (2018) reportó que el dolor lumbar es la causa más común de discapacidad a nivel mundial, afectando a millones de personas en todas las edades.

El sufrimiento, aunque más difícil de medir, también tiene un impacto significativo en la salud pública. Las investigaciones indican que los pacientes con dolor crónico experimentan niveles elevados de sufrimiento psicológico, como ansiedad y depresión, lo que contribuye a una disminución en la calidad de vida (Jensen et al., 2011). En este contexto, el sufrimiento no solo tiene repercusiones emocionales, sino que también afecta las funciones sociales y laborales de los individuos (Gore et al., 2011). Además, estudios recientes han destacado la interrelación entre el dolor crónico y el sufrimiento existencial, señalando que las personas con enfermedades graves o incurables enfrentan no solo dolor físico, sino también un sufrimiento relacionado con la incertidumbre sobre su futuro (Kovacs et al., 2016).



Diversos estudios han identificado factores sociodemográficos, psicológicos y clínicos que influyen en la prevalencia y la intensidad del dolor crónico. Mills et al. (2019) señalaron que la edad avanzada, el sexo femenino, el bajo nivel socioeconómico y la presencia de trastornos mentales como la depresión y la ansiedad están estrechamente relacionados con una mayor prevalencia de dolor crónico. Además, la comorbilidad con enfermedades como la diabetes, la hipertensión y las enfermedades cardiovasculares agrava la situación, aumentando la discapacidad y reduciendo la calidad de vida. El impacto del dolor y el sufrimiento no se limita a la experiencia individual, sino que tiene implicaciones sociales y económicas. La carga global del dolor crónico es considerable, con costos asociados tanto a la atención médica como a la pérdida de productividad laboral (Loeser & Melzack, 2007). Según estudios de la Organización Mundial de la Salud (2017), las enfermedades asociadas al dolor crónico, como la osteoartritis y la neuropatía diabética, contribuyen significativamente a la carga de morbilidad en la mayoría de las naciones. Además, investigaciones recientes han mostrado que el acceso limitado a tratamientos adecuados para el dolor y el sufrimiento sigue siendo un desafío importante en muchas regiones del mundo, particularmente en países de bajos recursos (Bromley et al., 2019).

Un estudio realizado por la Clínica Mayo (2015) subraya la carga económica del dolor crónico, estimando que los costos directos e indirectos asociados al tratamiento y la pérdida de productividad laboral representan una proporción significativa del gasto en salud en países desarrollados.

Tratamiento y manejo del dolor

En términos de tratamiento y manejo, se ha demostrado que enfoques multimodales que incluyen intervenciones farmacológicas y no farmacológicas son los más efectivos para reducir tanto el dolor como el sufrimiento asociado (Turk & Okifuji, 2002). La integración de terapias psicológicas como la terapia cognitivo-conductual también ha mostrado



beneficios significativos en la reducción del sufrimiento emocional derivado del dolor (Veehof et al., 2016).

La definición y medición precisa del dolor y el sufrimiento son esenciales para su manejo adecuado, y las investigaciones en estos campos continúan evolucionando, contribuyendo a un mejor entendimiento de cómo estos fenómenos afectan la vida de millones de personas a nivel global.

Existen estudios que demuestran que los pacientes que presentan dolor en cualquiera de sus formas han permanecido infratratados a pesar del enorme progreso científico y del imperativo ético de nuestra profesión, que no es otro que aliviar el dolor y el sufrimiento de nuestros pacientes (Apfelbaum, 2003) No podemos olvidar la realidad de que el dolor no tratado constituye un riesgo para la salud física y mental, constituye también un potencial de cronificación, así como, una muy importante disminución en la calidad de vida de los individuos afectados.

La comprensión del dolor y el sufrimiento requiere un enfoque integral que considere no solo los aspectos fisiológicos, sino también los factores psicológicos, espirituales, sociales y culturales que influyen en su percepción y manejo.

La investigación continua en este campo es esencial para desarrollar estrategias de prevención y tratamiento más efectivas, adaptadas a las necesidades específicas de cada población.

El avance de las ciencias de la salud en el alivio del dolor hoy es una realidad incuestionable (Unidades multidisciplinarias para el tto del dolor, tto quirúrgico, gran avance en tto farmacológico...), pero no sucede lo mismo con el alivio, tratamiento o manejo del



sufrimiento. No se afronta adecuadamente la enfermedad, si se prescinde de tener en cuenta su valor espiritual y sobrenatural.

El personal asistencial con frecuencia duda si debe involucrarse en las vivencias religiosas, espirituales y existenciales de sus pacientes, porque a su parecer se trata de cosas muy íntimas o ajenas a la enfermedad del paciente. Sin embargo, los médicos y otros miembros del equipo interdisciplinario deberían ser capaces por lo menos de detectar las necesidades espirituales y existenciales (Harrison. Medicina Capítulo 11).

El desasosiego espiritual puede agravar otros tipos de sufrimiento e incluso enmascararlos, como dolor físico resistente al tratamiento, ansiedad o depresión.

El médico debe averiguar la participación y la importancia de aspectos espirituales y la religión en la vida del enfermo; sólo así el paciente se sentirá "escuchado" y el médico permitirá identificar necesidades específicas.

Por lo común bastan las preguntas dentro de una buena historia clínica integral de la persona, para detectar las necesidades espirituales. La ayuda de sacerdotes o personal religioso será útil en estos casos, tanto si pertenecen a la institución clínica como a la comunidad del enfermo.

Termino con unos versos de Machado que ponen de manifiesto la constante alusión al dolor en la poesía.



ES UNA TARDE CENICIENTA Y MUSTIA

Es una tarde cenicienta y mustia,
destartalada, como el alma mía;
y es esta vieja angustia
que habita mi usual hipocondría.

La causa de esta angustia no consigo
ni vagamente comprender siquiera;
pero recuerdo y, recordando, digo:
—Sí, yo era niño, y tú, mi compañera.

Y no es verdad, dolor, yo te conozco,
tú eres nostalgia de la vida buena
y soledad de corazón sombrío,
de barco sin naufragio y sin estrella.

Como perro olvidado que no tiene
huella ni olfato y yerra
por los caminos, sin camino, como
el niño que en la noche de una fiesta

se pierde entre el gentío
y el aire polvoriento y las candelas
chispeantes, atónito, y asombra
su corazón de música y de pena,

así voy yo, borracho melancólico,
guitarrista lunático, poeta,
y pobre hombre en sueños,
siempre buscando a Dios entre la niebla.

Antonio Machado



Referencias

- Apfelbaum, J. "Post operative pain experience: Results from a national survey, suggest post operative pain continues to be undermanaged" *Anesth. Analg.* 2003; 97: 534-540.
- Berkley, K. J. (2005). Pain and female sex hormones: Influence on pain and treatment in women. *The Journal of Pain*, 6(3), 163-169.
- Breivik, H., Collett, B., Ventafridda, V., Cohen, R., & Gallacher, D. (2006). Survey of chronic pain in Europe: Prevalence, impact on daily life, and treatment. *European Journal of Pain*, 10(4), 287-333.
- Bromley, J. A., Luntamo, M., & Kwen, Z. (2019). Access to pain management in low-resource settings. *Global Health Action*, 12(1), 1-10.
- Cassell, E. J. (2004). *The nature of suffering and the goals of medicine*. Oxford University Press.
- GBD 2017 Disease and Injury Incidence and Prevalence Collaborators. (2018). Global, regional, and national incidence, prevalence, and years lived with disability for 354 diseases and injuries for 195 countries and territories, 1990-2017: A systematic analysis for the Global Burden of Disease Study 2017. *Lancet*, 392(10159), 1789-1858.
- Gore, M., Sadosky, A., Stacey, B. R., & Tai, K. S. (2011). The burden of pain in the United States: Results of a national survey. *The Journal of Pain*, 12(10), 1010-1017.
- Harrison. *Medicina Interna*. Capítulo 11. Atención paliativa y terminal. Página 26-38. <http://www.harrisonmedicina.com/>
- International Association for the Study of Pain (IASP). (2020). IASP Taxonomy. <https://www.iasp-pain.org/resources/terminology/>
- Jensen, M. P., Turner, J. A., & Romano, J. M. (2011). Coping with chronic pain: A critical review of the literature. *The Clinical Journal of Pain*, 27(3), 151-167.
- Jensen, T. S., et al. (2021). "Diagnosis and management of neuropathic pain: Review and updates." *The Lancet Neurology*, 20(11), 834–847. DOI: 10.1016/S1474-4422(21)00244-2



- Kosek, E., et al. (2021). "What is nociplastic pain and how should it be assessed? Results of a systematic review and expert consensus." *Pain*, 162(3), 1003–1011. DOI: 10.1097/j.pain.0000000000002141
- Kovacs, F. M., Llobera, J., Gil del Real, M. T., & Cordero, G. (2016). Chronic low back pain and the burden of suffering: A population-based study in Spain. *European Spine Journal*, 25(3), 706-711.
- Loeser, J. D., & Melzack, R. (2007). Pain: An overview. *The Lancet*, 369(9562), 1-12.
- Mayo Clinic Proceedings. (2015). The epidemiology and economic consequences of pain. *Mayo Clinic Proceedings*, 90(1), 139-147. <https://doi.org/10.1016/j.mayocp.2014.10.019>
- Melzack, R., & Wall, P. D. (1982). *The challenge of pain*. Harper & Row.
- Mills, S. E. E., Nicolson, K. P., & Smith, B. H. (2019). Chronic pain: a review of its epidemiology and associated factors in population-based studies. *British Journal of Anaesthesia*, 123(2), e273-e283. <https://doi.org/10.1016/j.bja.2019.03.023>
- Smith BH, Fors EA, Korwisi B, Barke A, Cameron P, Colvin L, Richardson C, Rief W, Treede RD; IASP Taskforce for the Classification of Chronic Pain. The IASP classification of chronic pain for ICD-11: applicability in primary care. *Pain*. 2019 Jan;160(1):83-87. doi: 10.1097/j.pain.0000000000001360. PMID: 30586075.
- Treede, R. D., et al. (2019). "Chronic pain as a symptom or a disease: the IASP Classification of Chronic Pain for the ICD-11." *Pain*, 160(1), 19–27. DOI: 10.1097/j.pain.0000000000001384
- Turk, D. C., & Okifuji, A. (2002). Psychological factors in chronic pain: Evolution and revolution. *Journal of Consulting and Clinical Psychology*, 70(3), 678–690. <https://doi.org/10.1037//0022-006X.70.3.678>
- Veehof, M. M., Trompetter, H. R., Bohlmeijer, E. T., & Schreurs, K. M. G. (2016). Acceptance- and mindfulness-based interventions for the treatment of chronic pain: A meta-analytic review. *Journal of Behavioral Medicine*, 39(3), 395–411. <https://doi.org/10.1007/s10865-016-9782-x>



Dra. María del Rosario Sáez Yuguero
Académico de Número #18

Madrid, 29 de abril de 2025