

Aspectos psicológicos del dolor

Soffy Martínez*

El enfoque científico del dolor es relativamente joven y se inició con consideraciones sólo de tipo anatómico, que lo propusieron como una función nerviosa autónoma, con sus receptores, sus vías y sus propios centros. Esta hipótesis tuvo a su favor ilustres garantes y significó una apertura seria para las investigaciones en esta área. Sin embargo, la sustentación experimental de estas teorías dejó más interrogantes de los que se pudieron resolver, pero por otro lado esbozó nuevas rutas en la explicación y el tratamiento de este angustiante problema humano.

Aunque algunos autores creen que se ha avanzado muy poco en este sentido no se puede menospreciar lo que hoy se sabe en relación con este tema. Tal vez se podría justificar tal concepto, más por la desarticulación en que se mantuvieron los diferentes investigadores, que por la simplicidad de los actuales abordajes que se hacen en este campo. En efecto, es grande la diferencia entre sólo las hipótesis de una vía, un receptor y un centro específico para la aparición y sensación del dolor y el análisis exhaustivo de los mecanismos fisiológicos y los mediadores bioquímicos. Esta es precisamente ahora la forma más obligada y segura de tomar los hechos biológicos.

Todavía se mantienen antiguos y útiles métodos en el tratamiento del dolor aunque difícilmente puedan ser penetrados teórica y experimentalmente, según las estrategias occidentales, pero se conservan y tienen vehementes defensores por la efectividad de sus resultados en el alivio del dolor, como es el caso de las "técnicas de la acupuntura".

Asimismo, los modernos hallazgos en la explicación del dolor despejan el camino hacia la fabricación de fármacos de mayor especificidad de acuerdo con la naturaleza y caracterización del dolor, aunque tampoco se debe creer que se ha llegado a la perfección en este sentido, pues muchos productos no actúan como se esperaba y sobre todo todavía no se han podido

controlar los efectos secundarios que se pueden derivar de ellos.

Indudablemente estos desarrollos en el control del dolor se han logrado gracias a la coordinación de los distintos aportes interdisciplinarios y por la comprensión final que las estructuras orgánicas se ordenan según múltiples variables. Sin embargo, la comprensión fue incompleta pues sobre todo para el dolor "humano" se olvidó su factor más esencial, la dimensión psicológica que necesariamente participa de forma activa en la sensibilidad y en la expresión del dolor.

Se entiende este descuido, porque inicialmente fue una preocupación que sólo competía a los médicos y por supuesto su línea de investigación se desplegó hacia los aspectos anatómicos y fisiológicos; además, como siempre, se creyó que el dolor era una experiencia puramente sensorial. Así, las influencias psicológicas se desplazaron a un plano secundario o se ignoraron por completo, aunque los psicólogos por su cuenta daban sus propias explicaciones y tratamientos que fueron y son, ahora que se han integrado a otras disciplinas, de vital importancia¹.

Sternbach y colaboradores², fueron pioneros en la investigación psicológica en relación con el dolor e insistieron en hacer primero la diferencia entre el dolor agudo y el dolor crónico. Así, para ellos el primero es un síntoma de enfermedad y el segundo es la enfermedad misma.

La Asociación Internacional para el Estudio del Dolor lo ha definido como: una experiencia sensorial y emocional desagradable asociada con una lesión tisular real o potencial o descrita en términos de tal lesión. En esta definición se pone de inmediato en alerta respecto a los factores emocionales implicados en el dolor. Así no es rara la similitud que han encontrado Sternbach *et al.*² entre los efectos fisiológicos del dolor agudo y los de la ansiedad, mientras que los del dolor crónico son característicos de la depresión.

Los mismos autores consignan que puede haber un mecanismo común subyacente en algunos de los signos vegeta-

* Profesora Asistente, Departamento de Psiquiatría, Facultad de Salud, Universidad del Valle, Cali, Colombia.

tivos. Un agotamiento en los niveles centrales de serotonina puede dar como resultado un trastorno del sueño, una disminución de la tolerancia al dolor y de modo análogo depresión y los procesos serotoninérgicos forman parte de los mecanismos endógenos inhibidores del dolor.

Los ensayos clínicos hasta con muestras reducidas proporcionan pruebas todavía discretas pero indicativas que los antidepresivos tricíclicos amínicos terciarios que son específicos de los receptores serotoninérgicos (pero no de los noradrenérgicos) no sólo invierten o reducen la gravedad de los signos vegetativos sino que también pueden poseer propiedades analgésicas.

Sternbach **et al.**² ofrecen un cuadro comparativo de los diversos "signos del dolor":

Dolor agudo	Dolor crónico
Frecuencia cardíaca aumentada	Trastornos del sueño
Volumen minuto aumentado	Irritabilidad
Presiones sanguíneas aumentadas	Trastornos del apetito
Dilatación de la pupila	Estreñimiento
Sudoración palmar	Retardo psicomotor
Hiperventilación	Reducción de la tolerancia al dolor
Hipermotilidad	Apartamiento social
Comportamiento de huida	Comportamiento patológico
Estado de ansiedad	Depresión (enmascarada)

Según esta lista y tomándola desde el ángulo mental, se puede intuir para el caso del dolor agudo hasta dónde se pueden alterar las funciones mentales, pues no es posible ninguna ideación organizada, ninguna actividad laboral, ninguna participación social, sólo una excitación motora sin finalidad. En el dolor crónico se evidencian signos depresivos y es así como Sternbach **et al.**² comentan que el paciente con dolor crónico 'comienza a considerarse a sí mismo como inválido, tiene incapacidad laboral, pronto se siente atado al hogar y dentro de éste, como fuera del mismo, su principal interacción con los demás es a través del papel de enfermo... Especulan con temor sobre el origen del síntoma, porque los pacientes creen que el dolor es una señal de advertencia de algún proceso patológico'.

El paciente inválido por el dolor pierde algo en su posición familiar debido a su invalidez y frecuentemente tiende a tiranizar a la familia directamente, por la irritabilidad o indirectamente por manipulaciones asociadas con la situación de inválido crónico. Las manipulaciones son posibles debido a los sentimientos de culpabilidad de los miembros de la familia que son incapaces de ayudarlo en sus sufrimientos.

También se ha observado que los pacientes con dolor crónico se vuelven más vulnerables a otras dolencias orgánicas y hasta tienden a somatizar el estrés psicológico de los más variados orígenes e intensidades.

Otra contingencia no menos grave que las anteriores es la posibilidad de buscar un alivio indiscriminado en un arsenal de fármacos que van desde los analgésicos, hasta los "tran-

quilizantes, antidepresivos e hipnóticos", lo cual puede propiciar una farmacodependencia.

Hay factores caracterológicos como la extroversión que hacen más explosivas y dramáticas las expresiones del dolor en grupos étnicos como los negros.

Sin embargo, vale la pena destacar hechos curiosos en relación con el dolor, en los cuales el ejercicio de actividades puramente corticales (cálculo, razonamiento, reflexión) puede oponerse no sólo a la percepción consciente del dolor, sino hasta a la aparición de ciertos reflejos que habitualmente lo acompañan...². Por ejemplo: 'Pascal sumergido en sus problemas escapaba a las neuralgias'. Federico Nietzsche, que sufrió toda clase de tormentos físicos: 'brutales dolores de cabeza, calambres de estómago con vómitos de sangre, migrañas, fiebres, abatimiento, falta de apetito, hemorroides, debilidad intestinal, escalofríos, sudores nocturnos, además con unos ojos que eran en sus tres cuartas partes ciegos', sensible y obsesivo ante las variaciones atmosféricas 'porque su cuerpo reacciona dolorosamente al compás de las oscilaciones de la naturaleza' primero se rebela con la furia volcánica de esta personalidad arrolladora 'con gritos penetrantes que le hacen exhalar sus nervios lastimados al menor movimiento, al menor paso que Nietzsche da en su vida'³.

Pero después de esta larga lucha, invierte los términos de su significación y 'el conocimiento se vuelve reconocimiento y éste en gratitud; pues desde este elevado punto de mira que se alza por encima de sus propios dolores y de donde contempla la vida como el camino para llegar a sí mismo, descubre que a nada en el mundo está más unido y debe más que a su enfermedad y que ha de agradecer lo que en él hay de más elevado a ese verdugo de su vida; ha de agradecerle la libertad de su existencia, la libertad de su espíritu, pues siempre ha sido la enfermedad lo que lo ha aguijoneado cuando quería reposar, cuando tendía a la pereza, cuando tendía a fosilizarse en una profesión, en una ocupación o en una forma espiritual... Todas las trabazones que le privaban de su desenvolvimiento, todos los lazos que lo atacaban, han sido destruidos por sus padecimientos...' La enfermedad me liberta por sí misma, dice Nietzsche y "en verdad", cuenta Stefan Zweig, "que ha sido para él la feliz auxiliadora en el parto del hombre superior que ha salido de su existencia"; sus dolores han sido, pues, concluye Zweig, "los dolores vitales del alumbramiento; ha de agradecerles que, para él, la vida no haya sido un hábito, una rutina, sino una renovación, un descubrimiento"³.

Como en Nietzsche, quizás de pronto el dolor puede hacer emerger potenciales dormidos en quienes lo padecen, si se buscan otras alternativas en el tratamiento y si se busca su dimensión creadora.

¿Qué pasaba con ciertos lamas del Tíbet que se desgarraban y tajaban garantizados contra el dolor por su excitación? ¿Y qué con muchos mártires que en medio de las torturas sólo experimentaban su estado de arrobamiento?

Con esto se sugiere una práctica más humana y fructífera en el tratamiento del dolor y si bien hay técnicas nacidas de teorías psicológicas en el control del dolor, todavía no se han integrado completamente con las funciones yóicas para que

también se pueda regular por procesos mentales y además florezca el hombre latente esclavizado por el dolor.

Una de las técnicas, a las cuales se hizo referencia antes, se deriva de la teoría del condicionamiento (o conductal), llamado en esta modalidad "adaptación-relajación". La emplea D. J. Dalessio, según comenta Dumas¹, en el tratamiento de la "cefalea". Se caracteriza por la dilatación de los vasos sanguíneos periféricos de la mano y del brazo asociada con la reducción del flujo sanguíneo en el área de las arterias supraorbitaria y temporal superficial. Este reflejo, aprendido mediante técnicas de bio-retroalimentación, es un requisito esencial para el entrenamiento eficaz de la voluntad y se destina a conseguir el alivio de la jaqueca. Se asocia con la disminución de la actividad cardíaca. En los enfermos de jaqueca que mejoran clínicamente, el entrenamiento de bio-retroalimentación de la temperatura de los dedos no se acompaña con el acondicionamiento de una sola respuesta autónoma (es decir vasodilatación digital), sino que se asocia con una disminución general del flujo tónico simpático.

La necesidad de encontrar los métodos más efectivos para el tratamiento del dolor ha propiciado el desarrollo de la investigación en el sentido de precisar su causa o su explicación. Si bien ese debe ser el primero y último objetivo de la ciencia,

también tiene el peligro que los hechos que no sean susceptibles de ajustarse a los modelos de investigación escogidos por los diferentes autores, se descarten de los programas de estudio e interés por otras interpretaciones. Así, otras formas de entender el dolor, como sucede con la mayoría o todas las comunidades primitivas que controlan y tratan el dolor⁴ o como algunas psicoterapias⁵ que han logrado acallar las manifestaciones dolorosas desde otras perspectivas, se han relegado simplemente al campo de la magia y en el segundo caso a los albores acientíficos de la psicología. Al demeritar estas posiciones se pierde una de las grandes oportunidades de descubrir las relaciones entre lo orgánico y lo psicológico.

REFERENCIAS

1. Dumas, G.: **Nuevo tratado de psicología**. Editorial Kapelusz, Buenos Aires, 1948.
2. Sternbach, R. A. et al.: **El dolor crónico como entidad patológica**. p. 27. El dolor: Triángulo. Revista Sandoz de Ciencias Médicas. Vol. 20, 1982.
3. Sweig, S.: Lucha contra el demonio. p. 272. **Memorias y Ensayos**, Editorial Juventud, Barcelona.
4. Levi-Strauss, C.: La eficacia de los símbolos mágicos. **Magia y civilización**. De Martino E., Editorial El Ateneo, Buenos Aires, 1965.
5. Bassiu, F. V.: **El problema inconsciente**. Gránica Editor, Buenos Aires, 1972.