

I

Dolor: un Futuro Digno que Cuesta Crear

Carlos Francisco Fernández Rincón, M.D.

¿Dónde está el dolor cuando lo sientes en una pierna que te han amputado?. Si dices que está en tu cabeza, ¿estaría en tu cabeza si no te hubieran amputado la pierna?. Si contestas que sí, ¿qué razón hay entonces para que creas que tienes pierna?.

-Bertrand Russell-

Es un hecho que durante las cuatro o cinco últimas generaciones la humanidad ha vivido con un modelo orgánico de dolor, heredado de la segunda mitad del siglo XIX. Es asombroso lo poco que han cambiado las exposiciones sobre el dolor en los textos de medicina en los últimos cien años. Todo lo demás ha experimentado significativas transformaciones. El nacimiento ocurre en resplandecientes hospitales, al cuidado de obstetras cuya profesión no existía a principios del siglo XX. La muerte es un fenómeno clínico que se mide al tenor de ondas cerebrales, la atención de personas enfermas dejó de ser una práctica hogareña, supervisada por tías o esposas, para convertirse en una actividad de alto precio y alta tecnología, generada por especialistas, regulada por las leyes de mercado, normatizada por el Estado, y vendida a los consumidores por enormes corporaciones.

El dominio del modelo orgánico se debe, en mucho, al paso incesante del dolor desde el hogar hacia el mercado. El *marketing* del dolor ha colaborado en la diseminación de la creencia general de que éste opera únicamente mediante la

transmisión de impulsos nerviosos desde el sitio del daño en los tejidos hasta el cerebro. Los descubrimientos científicos que durante el siglo XIX apoyaran este modelo fueron tan contundentes que una hipótesis diferente sencillamente pasó de largo. En la actualidad, sin embargo, los trabajos más innovadores en el tratamiento del dolor indican que ese modelo necesita una radical modificación.

El viejo modelo orgánico, (enfocado al entendimiento del dolor agudo) sencillamente es insuficiente para explicar las olas de dolor crónico que atraviesan el mundo moderno. Tambalea y vacila cuando se le obliga a armonizar con la nueva noción de que el dolor no es una sensación sino una percepción: una experiencia en la cual desempeñan una función importante la conciencia, la emoción, el significado y el contexto social. Está claro que la investigación efectuada con gatos y ratas, por útil que sea, no dice mucho sobre las condiciones cognitivas y psicosociales del dolor en los seres humanos. Los especialistas, destacan hasta qué punto el dolor crónico elude las terapias que suponen un simple mecanismo sensorial que transmite los impulsos nociceptivos desde el tejido alterado hacia el cerebro. El cuerpo contiene múltiples senderos del dolor. Sus recursos no sólo incluyen al sistema nervioso central, involucran también al sistema simpático que influye en el sistema límbico, encargado de gobernar las emociones y hacer del dolor un estado psicológico. Aún no se comprende completamente lo que le ocurre al impulso nociceptivo a nivel de la corteza cerebral, pero es un hecho que el tálamo conduce la señal que recibe a los centros superiores del cerebro y la conciencia. El dolor, en efecto, no es exclusivamente un acontecimiento fisiológico. Es, a un tiempo, emocional, cognitivo y social.

Es probable que el futuro contemple a gran cantidad de médicos y pacientes que complementen o reemplacen el viejo modelo orgánico unidimensional por un nuevo modelo multidimensional que incluya los aspectos fisiológicos, emocionales cognitivos y sociales interactuantes del dolor. El dolor no es un código simple, estático, universal de impulsos nerviosos; es una experiencia que cambia mientras atraviesa las complicadas zonas de interpretación que conforman la cultura, la historia y la conciencia individual. El dolor es un complejo evento perceptual, que desborda el sistema nervioso, para sembrarse en el campo abierto y social del pensamiento y la acción de los humanos. En este sentido es mucho más que un asunto médico. Existe dentro de las personas, en la medida en que se contextualice en algún significado emocional.

La figura arrodillada que incluyó Descartes, en el siglo diecisiete, en su *Tratado el hombre* (Figura 1) es una buena referencia para analizar la evolución que en los últimos tiempos ha tenido el dolor como concepto. La fisiología cartesiana empleaba la idea de que el cuerpo se movía con la ayuda de pequeños organismos llamados *espíritus animales*, que se producían y almacenaban en el cerebro. Estas raras partículas

diminutas viajaban por nervios que se suponían parecidos a vacías tuberías que contenían tenues filamentos que terminaban en el cerebro. La respuesta corporal del dolor, según la describió Descartes, funcionaba como un mecanismo simple. Las veloces partículas de fuego perturbaban los filamentos del nervio. La perturbación viajaba por el filamento y activaba a los “espíritus animales del cerebro”. Estos, a su vez, viajaban por los nervios hasta los músculos y producían el movimiento que apartaba el pie de la llama. Esta relación causal, que Descartes postulaba entre daño y dolor, se refleja en esta analogía mecanicista: el impulso que viaja desde el sitio de la lesión hasta el cerebro produce dolor “como quien hace sonar una campana al tirar de una cuerda que está en el otro extremo”.



Figura 1. El Dolor según la Fisiología Cartesiana

El modelo de “tira la cuerda” de Descartes, es predecesor directo del modelo orgánico de dolor que se desarrolló a mediados del siglo XIX. Los médicos e investigadores que aceptan este modelo cambiaron los filamentos y los “espíritus animales” por nociceptores y neurotransmisores; la idea básica es la misma: el dolor es el resultado de un mecanismo interno, universal, que envía una señal desde la lesión al cerebro. Las implicaciones de este punto de vista mecanicista son reveladoras si se observa que en el diagrama cartesiano hay algunas ausencias. Entre otras, Descartes suspende

la figura humana en un limbo sin espacio ni tiempo. Literalmente no hay suelo donde posarse. El diagrama no explicita si el hombre es americano, europeo o africano, si es cristiano, judío o musulmán. Esto evidencia el deseo de situar la verdad científica en un terreno abstracto o universal más allá de los irrelevantes accidentes históricos de un tiempo, un espacio o una condición determinada. Esa vacuidad del dibujo es justo lo que importa. Descartes en esa versión temprana del modelo orgánico entrega lo que siempre ha imperado, un cuadro de dolor en el vacío.

El diagrama advierte otra omisión importante. Descartes evita detallar si la figura pertenece a la aristocracia o a la clase baja. Esto contrasta con el hecho evidente de que uno de los efectos de la civilización es que la idea misma del dolor se mantiene lejos de la vista de aquellas clases que gozan plenamente de los beneficios del desarrollo. Es decir la civilización no solo aísla de la incomodidad a las clases superiores sino que de manera transitiva intenta alejarlas del contexto de sufrimiento que tiene implícito el dolor. En este sentido una representación distanciada, vacía, científica del dolor facilita el pensar que esto no es más que una respuesta mecánica, como tirar la campana de una cuerda. El modelo cartesiano permite pensar que las variables sociales son simplemente accidentes históricos irrelevantes, desvinculados de los asuntos del dolor. El diagrama, convenientemente, permite olvidar la pobreza, el hambre, la violencia, el desempleo, a favor de una discusión científica sobre nociceptores, filamentos nerviosos, neurotransmisores o *spiritus animales*.

Las teorías científicas no son intemporales; están enraizadas en una historia muy humana de la ciencia. El modelo orgánico del dolor implica un asalto deliberado contra modos de entendimiento que científicos anteriores al siglo XIX juzgaban inadecuados. Será útil considerar una segunda ilustración que sugiera hasta qué punto Descartes y sus sucesores modernos se las han arreglado hasta hoy para suprimir la compleja urdimbre de experiencias culturales que envuelven al dolor.

El frío e inocuo modelo orgánico deja de serlo al escuchar las historias sociales que involucren a los pacientes con dolor. Con frecuencia estas parecen tragedias brutales. Las personas pueden verse atrapadas en trabajos menores sometidas a excesos que se acompañan de deterioro de la salud, depresión, violencia. A menudo los factores que acompañan al dolor crónico incluyen alcoholismo, obesidad, drogadicción, desempleo, bancarrota, trabajos sin futuro, descomposición familiar. En algunos casos la pregunta pertinente es ¿por qué estos individuos no experimentan más dolor?.

La historia social del dolor se relaciona con historias psicológicas complejas. Hay pacientes furibundos o asustados que niegan su furia o su miedo. Emociones profundas de pena o de culpa que no hallan salida o soluciones externas. No se puede menospreciar el ingenio (inconsciente) que el ser humano posee para producir el dolor que necesita para dar expresión a angustias explícitas, escondidas o simuladas.

El dolor es mucho más que un problema de desigualdad social. No conoce límites de clase, raza, género o profesión. Cualquier persona puede caer de súbito en el infierno de un dolor inexplicable que no terminará. Pero mientras el mundo especula con múltiples razones para considerar que el dolor no es problema significativo, éste seguirá creciendo como una epidemia invisible. Mientras médicos y pacientes se aferren a la creencia de que en algún punto de la masa corporal existe una herida no hallada que envía señales electroquímicas de dolor, este último seguirá cautivo sin solución en la medicina del siglo diecinueve. El futuro del dolor exige que se avance hacia un modo de pensar nuevo, menos seguro, pero tal vez por eso más eficiente.

El futuro, para empezar, debe obviar las rígidas categorías mal llamadas dolor físico y dolor mental enraizadas en los profesionales de la salud. El dolor, requiere de la simbiosis de mente y cuerpo. Esta claro que es algo fisiológico. Pero la fisiología del dolor se ajusta poderosamente según amplias influencias cognitivas como la cultura, el significado y la emoción. El tratamiento clínico que se concentra sólo en el cuerpo ó sólo en la mente tiene pocas probabilidades de éxito. Cuando fracasan los bloqueos nerviosos, cuando el analgésico pierde potencia, cuando los estímulos eléctricos producen acostumbamiento, el dolor regresa para instalarse a mayor profundidad como consecuencia del poder que evidencia para superar *todas* las habilidades técnico-terapéuticas hasta hoy conocidas.

Del dolor en general se puede decir que es un suceso físico que desde un principio se transforma en un suceso emocional ó simbólico. El dolor crónico expresa a un tiempo necesidades emocionales y fisiológicas: es el prototipo de una reacción sicofisiológica.

Esta compleja comprensión de la enfermedad convierte al dolor en un suceso simbólico cada vez que se sobrepone y se vincula a las necesidades personales y culturales para descubrirle un significado a la dolencia. Esto a pesar que en la mayoría de los casos sólo simbolice el sin sentido de los contratiempos cotidianos. El sin sentido que se atribuye al dolor ayuda a manejarlo. Si la lesión sana pero persiste el dolor, los temores sobre el significado de esta situación anormal permiten convertirla en una crisis de menor molestia. Es aquí donde reside el valor del dolor como suceso simbólico que permite una categorización no orgánica pero válida para abordar su manejo de manera novedosa.

Como ejemplo que resume los significados simbólicos intrínsecos al dolor, se puede tener en cuenta la curiosa costumbre conocida como *couvade*. La *couvade* (del francés *empollar*) se refiere a un conjunto de costumbres que rodean el parto en culturas antiguas y modernas. En su versión pintoresca, la mujer da a luz casi sin tener un minuto de descanso en las faenas del campo. El padre, simultáneamente, se queda en la cama. Gime y se retuerce con estrépito. La mujer que acaba de dar a luz

regresa al lecho de su esposo y espera que los parientes terminen de felicitarlo. Estas prácticas ocurren en sociedades tan distintas y distantes que el hecho sugiere que en ello hay algo más que una curiosidad aislada. Las referencias en la literatura mundial de la *couvade* se encuentran desde *la Argonáutica*, escrita por Apolonio de Rodas en el siglo primero, hasta *Ulises* de James Joyce (1922).

Las explicaciones son variadas. Algunas teorías destacan el lazo patriarcal entre el hijo y el padre. Otras sugieren que su función es facilitar, de algún modo, los sufrimientos de la madre. Como símbolo, la *couvade* es un elemento para estudiar desde la óptica del dolor y no desde el contexto exclusivo de la antropología. En este sentido la medicina describe hoy una condición conocida como *Síndrome de Couvade* que afecta, como mínimo, a un quince por ciento de todos los padres cuyas mujeres esperan un hijo. Mientras la mujer está embarazada, el padre experimenta algunas molestias propias del embarazo, como náuseas, vómito, aumento de peso y anorexia. El síntoma principal es el dolor abdominal. Este dolor es tan intenso que amerita hospitalización y en no pocos casos exploraciones quirúrgicas.

Los hombres que sufren el síndrome de *Couvade* comprenden el significado de su dolor de manera diferente y a menudo curiosa. Pero el punto crucial, es que el dolor en este caso -como el dolor en general- tiene numerosos significados, no sólo personales sino absolutamente únicos. El ignorar este síndrome y los casos menos exóticos con tanta facilidad, tiene profundas implicaciones para el futuro del dolor. Es necesario reconocer que el dolor cumple múltiples objetivos y posee diversos significados que trascienden sus funciones básicas de indicador de daños en los tejidos. Ese reconocimiento no es fácil, especialmente para los médicos que son fieles al entrenamiento que recibieron. Esto obliga a revisar completamente la comprensión del dolor.

El rasgo que más limita del anacrónico, pero vigente, modelo orgánico es el supuesto de que, fuera de los estrechos límites del conocimiento médico, el dolor sencillamente carece de significado: que no es otra cosa que el efecto de impulsos nociceptivos que se disparan por el sistema nervioso. Este modelo decimonónico ha impregnado el quehacer sanitario a tal punto, que otros modos de pensar, como el del significado y el dolor como símbolo son irrelevantes. ¿Qué significado tiene o qué puede simbolizar un neurotransmisor?. Es, y punto. Sin embargo, los pacientes que viven diariamente con un dolor que no cede, sienten que la noción de un dolor sin significado bordea lo inhumano. Aquí la falta de significado agrega su propio peso inmisericordemente al de la dolencia misma.

El dolor hoy, en su concepción moderna, es un dolor sin significado: la expresión de una teoría que reduce el sufrimiento a las dimensiones de un suceso mecánico

que ocurre dentro de los circuitos del sistema nervioso humano. Las aflicciones están vacías de sus significados personales y sociales previos para convertirse en una sensación insignificante que discurre por los nervios. Esto es uno de los mitos del mundo médico actual. Pero la falta de significado del dolor no es un hecho inalterable, ni permanente, pertenece a un tiempo y lugar específicos, una etapa en la historia que es necesario remontar.

El futuro no va a rechazar completamente el viejo modelo orgánico. Explica mucho acerca del dolor agudo y aún hay bastante que entender acerca de los sistemas ascendentes y descendentes que el cuerpo tiene para modular señales nociceptivas. Pero las limitaciones del modelo actual hace varias décadas que están claras. Se vive una transición que debe continuar algunos años antes de completar el cambio sobre el modo de concebir el dolor. Esta época es un momento difícil para sufrir un dolor crónico. Pero el cambio está en proceso.

Es de crítica importancia preguntar por lo que sigue al terminar la transición, ¿Cómo será el ingreso a una época nueva de dolor posmoderno?. Lo que si es cierto es que se verán nuevas investigaciones y nuevas normas en el escenario del tratamiento médico. La investigación práctica inmediata muestra drogas que actúan en diferentes puntos del sistema nervioso central. Los investigadores planifican estrategias que combinan medicamentos con efectos simultáneos en distintas partes del extenso sistema de redes que controlan el dolor corporal.

Gran parte de la investigación actual todavía no permite aplicaciones prácticas, pero el creciente conocimiento del cerebro permitirá obtener terapias nuevas para el dolor. Un ejemplo de ello son los hallazgos de Howard L. Fields y sus colegas. Sus investigaciones evidenciaron que el cerebro de las ratas no solo tiene un tipo conocido de neuronas que bloquean la transmisión de dolor (células de apagado), sino también un tipo de neuronas antes desconocido que facilita la *transmisión* del dolor (células de encendido). El valor de las células que bloquean el dolor parece claro. Pero no es claro porque se necesitan células de "encendido" que potencian el dolor. Fields propone una explicación. "Potenciar el dolor *aceita* el sendero del dolor...". Un sendero "aceitado" por acción de estas células garantizaría un sistema hipersensible de alerta cuando hay peligro. Podría explicar, el círculo vicioso en que vive la persona que sufre de dolor crónico. Sus células de "encendido" incrementan la percepción del dolor. Aquí el peligro que anticipan es el de un estímulo nociceptivo ininterrumpido que al no potenciarse desaparecería.

Hay que esperar por las aplicaciones prácticas de estas y otras investigaciones. Trabajos recientes ya generan nuevas normas sobre el dolor. Hábitos médicos de vieja data son sometidos a ataques directos. Ronald Melzack en un ensayo titulado *La Tragedia del dolor Inecesario* ataca a los mitos, y concepciones erróneas que

incluso hoy impiden que los médicos receten dosis adecuadas de morfina. Eso logró que en la actualidad los especialistas prescriban los fármacos contra el dolor a intervalos regulares y a dosis adecuadas durante todo el día.

Cada vez son más las corrientes que combaten las arraigadas costumbres de los médicos a quienes nunca se les preguntó por el dolor en los exámenes de las escuelas de medicina. Cuesta mucho trabajo convencer a los normatizadores y planificadores del sector de la salud de que la prevención del dolor es tan importante como su alivio, que la tolerancia al dolor es una respuesta individual, que los narcóticos no producen adicción en la población que sufre, que se pueden recetar dosis crecientes con toda tranquilidad, que no producen efectos colaterales dañinos y que las necesidades de medicamentos son tan distintas como distintos son los pacientes.

Las clínicas de dolor, con su interdisciplinariedad y trabajo en equipo, hoy desbordan la transición. Se ocupan no sólo del dolor como objeto de indagación y conocimientos sino también como sujeto de una urgente intervención emocional. Pero en una concepción posmoderna, las clínicas de dolor serán sólo la guía para que el paciente se haga cargo de su dolor, sobre el hecho inequívoco de que el progreso y la mejoría dependen en gran parte de la voluntad individual. Hacerse cargo no supone rechazar una buena ayuda médica. Tampoco supone la delegación de la responsabilidad por una causa supuestamente deliberada o involuntaria. Hacerse cargo del dolor incluye el asumir responsablemente la búsqueda de su significado; la cultura ha impulsado durante más de un siglo a abandonar este quehacer. La tarea es urgente sobre todo cuando falla la explicación biomédica. Aunque se parte de cero. Un buen inicio es no olvidar que la forma o el modo como se experimenta el dolor está completamente relacionado con el modo como se comprende.

El futuro del dolor sugiere que un tratamiento exitoso va a requerir de una medicina que intente trabajar dentro y no en contra del sistema individual de creencias de cada paciente. Si como sucede en la mayoría de los casos este sistema de creencias es un reflejo de los arraigados errores de la medicina del siglo XIX aplicados hoy, la primera tarea será reeducar a los pacientes y a los médicos sobre la naturaleza del dolor y sus significados.

Negar el dolor, ignorarlo bajo una montaña de fármacos, o confiar ciegamente en un anticuado modelo orgánico es anticipar un fracaso cultural. El hombre es algo más que nódulos de neuronas. Hay que recuperar la importancia de la cultura en la construcción del dolor y a partir de ella hacer proliferar los significados del dolor a fin de no reducir el sufrimiento a las dimensiones de un mero problema físico para el cual no hay siempre una solución médica.

El placer llega y se marcha, a veces en un solo instante; pero el dolor tiene el poder suficiente para quedarse. El dolor crónico cambia inevitablemente el mundo,

es como un invierno permanente. La medicina sola no puede presuntuosamente resolver todas las preguntas que plantea el dolor. Esta situación trasciende con mucho los límites de la práctica médica. El dolor debe convertirse en algo mediante lo cual el hombre debe aprender a pensar por sí mismo. No hay otra opción: no repensar el dolor es aceptar la agotada concepción mecanicista, que sólo agrava el tormento. La oportunidad para un decisivo desplazamiento de la relación médica equivocada con el dolor está al alcance. De hecho, cuando se aprenda lo que el dolor puede enseñar y cuando se aplique lo aprendido a los campos cultural y social nacerá un nuevo modelo de pensamiento que conducirá hacia ese futuro digno que merece el dolor y que hoy cuesta crear ☞

LECTURAS RECOMENDADAS

- CAVENAR, Jr. *Dolor abdominal en Padres que esperan. Psicósomatics* 19, 1978
- CLARKE, Edwin. *La doctrina del nervio en los Siglos XVII y XVIII. Mediana, Ciencia y Cultura*. MD Publicaciones. P 50-52.
- DAWSON, Warren. *Coaxide*. Universidad de Manchester. 1969. P. 194.
- DELEUZE, Gilles. *Masaquismo*. Zone Books. 1989. P. 14
- ENGEL, George L. *Dolor Psicógeno*. *Am J med*. 1976 P. 916
- LIPKIN, M Jr. *Síndrome de Coaxide: Estudio epidemiológico*. *Annals of Internal Medicine*. 1982. P 509-511.
- SACKS, Oliver. *Migraña: un desorden común*. UCLA Press. 1985. P 8.
- STARR, Paul. *La Transformación social de la Medicina Americana*. Libros Básicos. 1982. P. 60-61.
- STUART, John. *Civilización*. Universidad de Toronto Press. 1977. P 130.