

Dolor, cerebro y cultura



Autor: Gerardo Romero Salinas, editorialista de *Enlace*, revista de la unidad para la atención de las organizaciones sociales, y especialista en temas históricos relacionados con el dolor.

Los avances en anestesiología y los grandes hallazgos en anatomía y fisiología que realizaron Bell, Magendie, Müller, Weber, von Frey, Schiff y otros investigadores, sirvieron para difundir la idea de que el dolor obedece a estímulos nerviosos específicos, lo que es cierto parcialmente. En las décadas de los sesenta y setenta del siglo xx diversos investigadores (Martín, Perty Snyder, Simón y colaboradores, y Terenius) descubrieron en forma independiente sitios de unión o receptores estereoespecíficos que son saturables por opiáceos en el sistema nervioso de los mamíferos. En 1975, Hughes y Costerlitz aislaron en el encéfalo dos polipéptidos con efectos semejantes a los de la morfina. Ese año, Goldstein y colaboradores publicaron la existencia de un polipéptido con actividad opiácea que se produce en la hipófisis bovina y que contiene 311 residuos de aminoácidos. Hughes y colaboradores denominaron a los pentapéptidos: leucina-metionina-encefalina. Al polipéptido de mayor cadena: beta-endorfina. Durante el estrés o el shock el organismo humano genera polipéptidos que se denominan endorfinas, las cuales actúan como analgésicos opiáceos, lo que provoca parcialmente la insensibilidad al dolor. La mente y las emociones pueden exagerar o disminuir así la percepción del dolor y, por lo tanto, de los síntomas.

Sin embargo, el dolor no debe entenderse únicamente como un problema que implica la transmisión de impulsos nerviosos, sino como una experiencia que afecta la personalidad del individuo y da lugar a cambios profundos en el proceso cultural y biológico que constituyen la vida.

No se puede olvidar que el hombre es una unidad biológica, psicológica y social; consecuentemente, es producto del medio y las circunstancias. De ahí que el dolor cuenta con una significación y representación social en la que intervienen estos aspectos. Así, el doctor S. Weir Mitchell, famoso neurólogo norteamericano, afirmó: “hemos ganado, sospecho, una capacidad intensificada para sufrir. El salvaje no sufre dolor como nosotros”. Esta reflexión dio origen a conductas erróneas relacionadas con el dolor; se afirmaba que los indios eran insensibles a éste, lo que originó represión, supresión y genocidio sobre estos seres, de modo que se excusaron las crueldades que aparentemente se requerían para liberar al mundo de una amenaza siniestra e insensible. J. Marión Simms, ginecólogo y cirujano estadounidense, realizó cirugías mayores experimentales en mujeres negras esclavas; las justificaba afirmando que las blancas no resistirían el dolor. Comparaba a las esclavas con animales de experimentación. ➔

El dolor en el siglo xx se asoció a otros términos que guardan estrecha relación, pero que no son iguales, como el de daño y sufrimiento. Este último se define como una respuesta emocional al dolor; el sufrimiento corresponde a la dimensión de lo psíquico, mientras que el dolor se refiere a lo somático. El dolor como faceta de la enfermedad es matizado por la personalidad del paciente y en su apreciación influyen otros factores: cómo se relató la enfermedad, quién lo escuchó y cómo se escribió, pues suele ocurrir que el relato sea exagerado, disminuido, oculto, deformado e incluso inventado. En este sentido, Sigmund Freud (1856-1939) descubrió la transformación de traumatismos psíquicos en síntomas somáticos. Al dolor le son inherentes tres características: es útil, necesario y protector, por ejemplo, cuando retiramos la mano de la llama que nos quema; y es inútil o innecesario, cuando no desaparece después de eliminar la causa. En 1990, el doctor John Bonica denominó dolor maligno a esta patología. Ambos tipos de dolor pueden asociarse al sufrimiento.

El dolor crónico es un síntoma somático y un mecanismo de defensa frente a diversos conflictos; una forma de manifestación asociada al fracaso o a las necesidades, al afecto o a una conducta resignada frente a la falta de defensa, una reacción ante la monotonía. El dolor crónico requiere de especial cuidado, dado que no sólo limita físicamente al paciente, sino que lo lleva a la frustración y la confusión.

La investigación biomédica incrementó el conocimiento de la anatomía, fisiología y farmacología del dolor. Aunque algunos consideran por qué el dolor crónico alcanza grandes proporciones, las opiniones entre los investigadores están divididas, unos piensan que el dolor no existe, únicamente sus manifestaciones, mientras que para otros, el dolor crónico deriva de enfermedades del mismo tipo. Son los padecimientos crónicos los que producen dolor y alteraciones psíquicas, los enfermos

manifiestan depresión, angustia, astenia, adinamia e insomnio. Los habitantes del mundo moderno piensan que el dolor es sencillo y exclusivamente un problema médico. Cuando pensamos o sentimos dolor, lo relacionamos con médicos, drogas, ungüentos, cirugía, hospitales, laboratorios, recetarios. De ahí surge la necesidad de elaborar un nuevo concepto del dolor que permita escuchar las voces que algunas autoridades han dejado inaudibles. Esta percepción no debe perpetuar los errores del pasado o inmediatos, ni suprimir lo que la investigación biomédica nos ha enseñado. Lo que se requiere es que interactúen disciplinas que han permanecido aisladas.

Es evidente que las voces de este diálogo pertenecen a los médicos, enfermeras, investigadores clínicos, pacientes y todas las personas vinculadas con el dolor, incluido el que lo padece. El dolor que provoca el médico al paciente durante la exploración u otras maniobras, el segundo lo interpreta como un dolor necesario cuyo fin es la recuperación de la salud. Los pacientes que se han sometido a intervenciones quirúrgicas presentan malestar y dolor, a los que resisten estoicamente. Dado que no hay otra forma de resolver el problema de salud, lo consideran necesario.

Los escritores con frecuencia se han interesado en rescatar las experiencias relacionadas con el dolor, desgraciadamente las personas que luchan contra él con frecuencia son incapaces de transmitirlo: el relato difiere significativamente de la realidad y pone de manifiesto sus limitaciones. Estas expresiones indican que el dolor no es producto de la anatomía y la fisiología, sino el resultado de la interacción entre cuerpos, mentes y culturas. El dolor en ocasiones transcurre a través del tiempo en silencio, es común que se ignore el tratamiento y comúnmente se ve con indiferencia. **DOLOR**

Estimado médico, cualquier duda, comentario o sugerencia sobre esta publicación envíela al correo electrónico: cenactd@salud.gob.mx Visítenos en Internet en los sitios: www.imbiomed.com y www.intramed.net