

## REFLEXIONES SOBRE EL DOLOR

---

ÁNGEL FERNÁNDEZ DUEÑAS  
ACADÉMICO NUMERARIO

---

El tema de esta comunicación –si bien no debe parecer extraño al ser ofrecido por un médico– pudiera sugerir la aviesa intención de tratar sobre complicadas nociones neuroanatómicas o de complejos esquemas fisiopatológicos; y no ha de ser así, de ninguna manera, pues lo que únicamente pretendo es exponer algunas reflexiones sobre el dolor, digamos antropológicamente considerado, cosa, por otra parte, nada original ya que casi todos los autores que han analizado este eterno problema del hombre, desde Sauerbuch y Leriche, han llamado la atención sobre el hecho de que no basta conocer los mecanismos neurofisiológicos del dolor para comprender su naturaleza, sino que se precisa, además, ahondar en los aspectos psicológicos y antropológicos del mismo.

Iniciemos pues un acercamiento al tema, planteándonos una definición. ¿Qué es el dolor?

Citemos a vuelapluma el concepto de Platón, que la llama “pasión del alma” o la impresión que vierte Aristóteles cuando en su *Ética* afirma que “... entre los constitutivos de la felicidad, está el carecer de dolor...”. Dejemos constancia sólo de la postura spinoziana, que lo considera como una de las tres emociones fundamentales, contrapuesto al placer y con cierta relación con la melancolía. Asentémonos por fin en nuestra época y encontraremos las posturas de Thomas Lewis, Leriche y Piulachs, entre otros, que afirman la imposibilidad de su definición. Otros la aventuran, como hace Rodríguez Delgado de esta forma: “... El dolor es una sensación personal, no transferible, experimentada por casi todos los seres humanos, influenciados por la cultura, por la situación emocional y por las actividades cognoscitivas...”. Y otro neurofisiólogo, Barraquer Bordás, apoyándose en su realidad e importancia lo define como “... un síntoma que ocupa un lugar destacado en la vida del hombre, en su destino y en el sentido que ese destino tiene...” ya que el dolor, mucho más allá de una simple sensopercepción, es una experiencia, un sentimiento, una vivencia.

A mi juicio, sin embargo, es la definición de Rof Carballo, emitida en 1935, la

más justa y comprensible; dice así: "... El dolor como percepción, es una *reacción* y al mismo tiempo, una *expresión*, particularmente individualizada y diferente de un sujeto a otro y una *manifestación emocional*, que depende de lo vivido con anterioridad de la historia del sujeto. Las *reacciones centrífugas* que le acompañan están circunstancialmente ligadas al dolor...". El mismo Rof Carballo, ya en 1971, precisa que su definición es insuficiente, pues para una profunda y exacta comprensión del dolor, hay que introducir también su aspecto de *comunicación interpersonal*, lo que él llama *faceta dialógica*, a la que más adelante me habré de referir.

Si profundizamos en el significado íntimo de la palabra dolor, podemos observar que en todos los idiomas tiene un doble sentido: se aplica, tanto en referencia a los dolores físicos o somáticos, como a las vivencias anímicas en el sentido de pena. Y es curioso observar que este vocablo, *pena*, etimológicamente procede del latín *poena*, derivado del griego *ποινή* dolor, en relación con *πόνοξ*, que significa trabajo, fatiga, sufrimiento. La voz *pena* equivale pues, en su significado etimológico, a dolor, fatiga o sufrimiento, aunque su empleo siempre quiere expresar un padecimiento más moral que físico. Pudiéramos concluir estas apresuradas definiciones, repitiendo una frase al respecto, leída hace tiempo: la pena no es el sufrimiento de un mal, sino el mal de un sufrimiento.

Circunscribiéndonos ahora al dolor físico o somático –el que encontramos, a diario, en la clínica y que, realmente, ocupa una posición central en toda la patología– podemos comprobar que su consideración no siempre se ha abordado bajo la misma óptica y con similares perspectivas.

En el *Samkhya Sūtra* pueden leerse: "... El cuerpo es dolor, porque es asiento del dolor; los sentidos, los objetos, las percepciones, son sufrimientos, porque conducen al sufrimiento; hasta el placer es sufrimiento, porque conduce al dolor...", dolor que para Eckhard era "... el corcel que de manera más veloz lleva al hombre a la perfección..."; el "gran educador" según Anatole France; el "gran maestro de la humanidad" para Concepción Arenal.

Sin embargo, estas posturas, que mantienen el común denominador de buscar la quintaesencia, incluso positiva, para la sensación dolorosa, chocan con muchas de las mantenidas de nuestra época, cada vez menos proclive a cantar sus excelencias. Hoy, el hombre esquiva plantearse el problema del dolor, importándole más el disfrute de los placeres de la vida. Socialmente, en los últimos años se ha originado una desmesurada *algofobia*, que está dando lugar, en primer lugar, a una cada vez más marcada pusilanimidad del hombre de hoy, que no puede tener otro fin que la *ataraxia*, es decir, la indiferencia ante los cotidianos problemas de la existencia en general, que le traerá como consecuencia un excesivo consumo de tranquilizantes y analgésicos, con el lógico final de la farmacodependencia.

Estas dos distintas posturas enunciadas, la primera estoica, la segunda epicúrea o hedonista, cada cual a caballo de sus propias circunstancias, aún siguen emplazadas, intentando contestar, cada una por su lado, a esta doble pregunta: ¿Cuál es el sentido del dolor? ¿Por qué y para qué existe?

Hay quien ve el dolor como una especie de alarma frente a los peligros, por lo que, incluso, tendría en algunos casos algo de bueno y conveniente. En este sentido se pronuncia el psicoanalista Szass, cuando dice que el dolor sería una

“señal” o “comunicación” que el cuerpo hace al *yo*, alarmándole porque estima que éste a va sufrir *una pérdida*. Claro que no siempre ocurre así ni podemos estar de acuerdo con la frase del gran cardiólogo Mackenzie, cuando decía que el más patético de los dolores, el del *angor pectoris*, era como una *luz roja* que avisaba al enfermo del peligro de someter su corazón a sobreesfuerzos. Todos conocemos muchos casos en los que la *luz roja* no se enciende o lo hace a destiempo y también sabemos cómo, tantas veces por desgracia, la Naturaleza no nos avisa con ningún tipo de señal, incluso en casos de disturbios morfológicos mortales como sucede en las neoplasias. Esta... “sordomudez” de la Naturaleza en muchísimas ocasiones, la caricaturizaba Leriche cuando, refiriéndose al dolor del cólico nefrítico, simultáneo a la existencia de un cálculo ya configurado, afirmaba que la Naturaleza no siempre se mostraba atenta con nosotros, al no lanzar alguna *señal* o *luz roja*, precisamente cuando el cálculo comenzara a formarse y no, cuando constituido, se manifestaba dolorosamente.

Así pues, hemos de coincidir en que, si bien a veces el dolor “avisa”, en otros muchos casos se instala como una nueva enfermedad.

Dentro del dolor somático, y sin entrar en diferenciaciones de corte fisiológico, habría que citar el agudo y el crónico y entrar en digresión sobre las características de uno y otro, sería desviarme de lo que he considerado fundamento de esta comunicación. Sí me referiré de pasada, con respecto al primero, salvando paradojas tales como la necesidad de conservarlo hasta tanto se haya aprovechado todo su valor diagnóstico y volviendo a aludir a la incógnita de las graves agresiones no dolorosas, que nos encontramos en la clínica, me referiré digo, porque nos compete a todos, a la *utilidad social del dolor*, ya que merced a la universal capacidad del hombre para señalar el punto de su dolencia, se ha transformado, gracias a la peculiar organización de nuestro sistema de asistencia sanitaria, en el procedimiento más usual de clasificación de los enfermos en su visita al médico general. Caricaturescamente, la erradicación del dolor supondría para este peregrino sistema médico actual, una auténtica catástrofe.

Del dolor anímico no voy a tratar hoy, aunque intentaré hacerlo en alguna ocasión futura, pero sí quisiera referirme ahora a dos cuadros incluidos en la psicopatología, en los que, junto al particular estado anímico del sujeto, existen dolores físicos de mayor o menor entidad; me refiero a la *ansiedad* y a la *hipocondría*. En ambos cuadros, la aparición de tales algias es considerada por López Ibor entre otros, como “equivalentes depresivos” o “equivalentes patoafectivos”, que significan, en definitiva, que las sensaciones de dolor somático que pueden presentar ansiosos e hipocondríacos, así como deprimidos e incluso esquizofrénicos indagnosticados—en los que el dolor representa la avanzada de un sistema delirante o alucinatorio— no es algo que deba ser considerado *como añadido* a la enfermedad psíquica de la que se trate, sino que pertenecen por principio al cuadro anímico. Por eso no es justo hablar en los síndromes anímicos de “somatizaciones” por ello implicaría la idea de algo secundario. Refiriéndose a estos casos, Schneider dice que las algias que dichos enfermos refieren son sensaciones dolorosas reales sentimentalmente exacerbadas, afirmación que se resume en la siguiente frase de Gross: “... La psiquis presta forma al dolor, pero no lo crea de la nada...”.

Así pues, podemos concluir que la separación tajante entre dolor físico y

anímico no está justificada. Debe establecerse una escala, más o menos ideal, en uno de cuyos extremos se halle el dolor físico agudo o agudísimo, sin apenas elaboración posible y en el otro el dolor anímico puro, en el cual no hay manifestaciones externas que puedan identificarse como algias. Cada síndrome doloroso debe ser situado en su lugar correspondiente, valorando los llamados *componentes somáticos o anímicos*, que no son otra cosa que una resultante de la vivencia global que tenemos ante nosotros. Este modo de ver la cuestión es de gran importancia para la actitud que ha de adoptar el médico, tanto para que preste atención al dolor somático y a su elaboración por el sujeto, como para que le resulten un artificio del enfermo, algo casi despreciable, los llamados dolores psicógenos o los que acompañan a la depresión o a la hipocondría.

Desde cualquier enfoque que se considere, si se quiere abarcar la totalidad del proceso doloroso, deberán considerarse cuatro eslabones de un ciclo: 1) recepción nociceptiva, 2) transmisión del estímulo algico, de la periferia a los centros nerviosos, 3) vivenciación del dolor, 4) respuesta centrífuga. No voy a entrar en pormenorizaciones sobre las distintas fases de esta secuencia; sólo comentaré algunos aspectos relacionados con la vivenciación del dolor, que nos ayudará a comprender las diversas actitudes que puede tomar el sujeto doliente.

Superando la vieja distinción de Head entre sensibilidad protopática y epicrítica, hemos de reconocer con Barcia Goyanes que en todas las sensaciones existen dos elementos, uno *noético* o *discriminativo*, de conocimiento, que nos ayuda a elaborar nuestro mundo y otro, *pático* o *afectivo*, que nos proporciona una impresión agradable o desagradable de las sensaciones. Así por ejemplo, cuando olemos una flor, distinguimos cuál de ellas puede ser, una rosa, un clavel, pero además, "sentimos" algo agradable.

En lo que al dolor concierne, tras la doble percepción noética y pática, va a seguir una particular reacción psicológica en cuanto el sujeto interprete la importancia del proceso originario de la sensación dolorosa. Y, definitivamente, se puede asegurar que la respuesta será proporcionada al sentimiento de riesgo vital que experimente. Es obvio que esta valoración del dolor como riesgo vital, va a ser diferente en cada individuo, dependiendo de su personalidad, de sus conocimientos de los mecanismos de producción, de los hábitos adquiridos en experiencias dolorosas anteriores y de la interpretación que a la vivencia dolorosa le dé. Así por ejemplo, no es lo mismo el dolor que surge de un modo primario acaso como primera señal de aviso, que aquél que se presenta en el curso de una enfermedad ya establecida. O el que subsigue a un intervención quirúrgica, que, en principio, se considera pasajero. O el que acompaña a un traumatismo que no implica excesiva gravedad. En todos los casos reseñados, no existe o es muy escasa la amenaza existencial. Sin embargo, sí que existe ésta, aunque sólo sea como expresión afectiva, en el caso del amputado, que seguirá sintiendo su "dolor fantasma" hasta tanto no consiga olvidar su pérdida; o el dolor de una mujer joven, histerectomizada, que sabe que ha perdido una parte esencial de su organismo, la base de su femineidad.

Vemos, pues, que según como se vive el dolor, el hombre da una diferente respuesta en la que influyen su peculiar situación histórica y social, sus propios factores biológicos y aquellos otros, dependientes de la forma de ser individual,



del temple de una persona, de lo que Laín Entralgo ha denominado *endotimia*.

Con respecto a la topografía del dolor, todos hemos tenido ocasión de observar alguna vez cómo dolores muy intensos, por ejemplo el de un miembro isquémico, no son vividos con tanta proximidad al yo, con tanta angustia existencial en suma, como un discreto dolor precordial, cualquiera que pueda ser su causa. Indiscutiblemente eso es debido a la significación que, de forma apriorística, se le da al segundo como temida posibilidad de un infarto de miocardio, con el riesgo vital que, evidentemente, comporta.

La influencia que las circunstancias de producción de la sensación dolorosa tienen en su vivenciación, por parte del sujeto, queda suficientemente explícita en una experiencia, realizada por Boecher, padre de la anestesiología moderna, cuando amparaba la reacción de un grupo de soldados heridos en la batalla de la cabeza de puente Anzio, en la II Guerra Mundial —que se caracterizó por combates especialmente encarnizados, que depararon un gran número de bajas—, con otro contingente de heridos en la vida civil. Comprobó que en tanto en el primer grupo sólo el 25% de soldados se quejaban de dolor intenso y pedían analgésicos, en los civiles eran el 83% los que requerían medicación calmante. Boecher explica esta disparidad diciendo que, en tanto la persona civil experimenta un peligro intenso de su existencia como consecuencia de la lesión, el soldado, por el contrario, percibe una sensación de seguridad, por cuanto el hecho de estar herido, significaba la evacuación del peligroso campo de batalla, para él más amenaza existencial que la que pudiera tener la herida en sí.

También es indicativa otra experiencia, de la que se desprende que, mientras el dolor patológico, efectivamente, responde a los analgésicos, e incluso a los placebos, no sucede así con el dolor provocado experimentalmente. Ello es así porque medicamento y placebo actúan sobre el componente de reacción y actuarán, tanto más intensamente, cuanto mayor sea el grado de amenaza existencial. Por ello, en el dolor experimental, aceptado por el paciente como el resultado de un suceso que no agrada a su vivir, fracasa prácticamente tal terapéutica. Y por eso también nos podemos explicar por qué, tras intervenciones quirúrgicas de alto riesgo, cuando el enfermo, por su situación anímica bajo mínimos, reclama cualquier ayuda que se le ofrezca, hacen efecto, tanto el medicamento como el placebo, casi con similar eficacia, en tanto que en dolores poco intensos, cuando el enfermo percibe perfectamente riesgo vital, aunque sea escaso, el remedio aplicado —medicamento o placebo— actúa sólo como calmante, pero no como ayuda anímica adicional. Es por esto por lo que existe gran diferencia entre los efectos del medicamento analgésico y del placebo.

En sentido negativo o supresivo del dolor juegan un gran papel las situaciones emocionales límites, existentes en el momento de producirse el estímulo doloroso, como de hecho sucede, por ejemplo, en los éxtasis místicos, en los soldados en el campo de batalla, e incluso en los toreros heridos en el curso de una buena faena; en estos casos, es sabido que se minimiza, incluso se suprime, durante algún tiempo, la percepción del dolor, que, pasada esta situación excepcional, aparece con toda su intensidad. Esto pudiera explicarse racionalmente, aduciendo que, en situaciones de *stress* —y éstas lo son sin duda alguna— existe una hiperadrenalinemia reactiva y por ser la adrenalina un buen analgésico, durante el

tiempo de su descarga masiva por las glándulas suprarrenales, puede producir la fase de hipoalgesia descrita. Tal vez, en esa simple explicación fisiopatológica, descansa la afirmación que, en este sentido, hace Ortega y Gasset: “El héroe es el envés del dolor”.

Finalmente, hemos de convenir que, como todo acaecimiento del hombre, el dolor se halla inserto en la comunicación interhumana, en esa *faceta dialógica* que señala Rof Carballo. Edmund Wilson, en un minucioso análisis de la tragedia de Sófocles *Filóctetes*, comprueba cómo el establecimiento de una relación humana, la “simpatía” por el paciente—en el sentido de comunicación de sentimientos—, lo que Leriche llamaría “impulso de un hombre hacia otro hombre”, en definitiva, la primera raíz del humanismo, es uno de los fundamentos seguros para poder vencer o, al menos, atenuar lo *pático* del dolor.

Y, por supuesto, el principal dialogante con el enfermo doliente es el médico. Y acaso sea en esta esfera donde más es puesta a prueba su capacidad para explicar y comprender los factores que están interviniendo en la manifestación del dolor, sin recurrir, sin más, al cortocircuito de la prescripción incondicional y mantenida de analgésicos. Sólo el médico que valore el conjunto de los elementos que intervienen en la elaboración del dolor, será capaz de prestar a la personalidad del paciente la atención debida, sin mengua de las adecuadas prescripciones medicamentosas. Y no cabe duda de que, ante esta valoración y actitud, es donde la relación médico-enfermo puede resultar francamente eficaz o conflictiva.

Por fin, terminaré diciendo que, a pesar de que la dicotomía soma-psiquis, y muy especialmente en lo que al dolor se refiere, no ha desaparecido, nunca hemos de perder la ocasión de insistir sobre la unidad del ser humano en cualquier tema que se trate, porque ante el problema del dolor, como ante tantos otros, el médico sólo cumplirá íntegramente con su deber cuando, sin dejar de utilizar al máximo sus medios técnicos, realice su diagnóstico—así lo postula Laín— como una “inferencia interpretativa de un modo de vivir”.