

El dolor: una encrucijada entre cuerpo y subjetividad (1º parte)

José Manuel García Arroyo¹, María Luisa Domínguez López²

Alcmeon, Revista Argentina de Clínica Neuropsiquiátrica, vol. 16, Nº 1, octubre de 2009, págs. 26 a 37.

Resumen

En este trabajo nuestra pretensión consiste en estudiar el dolor, uno de los síntomas más frecuentes en medicina, desde un punto de vista psicológico, que suele ser el aspecto olvidado en la mayoría de las investigaciones sobre el tema. Al referirnos a esta experiencia, nos encontramos con algo bastante complejo, pues se halla formada por numerosos elementos, de ahí que tengamos que proceder a una descomposición analítica para obtener algunos resultados.

Una vez realizada ésta, se descubre el dolor como una sensación desagradable, que tiende al desbordamiento, de ahí que quién lo vive ponga distintos medios para dominarlo, como es el caso de su "imaginarización" o la percepción de la zona corporal afectada.

Además, el dolor siempre dispara las emociones, las cuáles explican numerosos problemas antes no resueltos, como son: las disparidades entre la extensión de las lesiones/dolor percibido o el mismo "umbral doloroso", el cuál

puede aumentar o disminuir dependiendo de la propia reacción emocional. En esta última sustentaremos, en buena parte, nuestro abordaje psicoterapéutico, dado que las emociones son entendidas como elementos que modulan de forma directa la sensación dolorosa.

Palabras clave

Dolor. Imaginario. Expresión emocional. Umbral doloroso. Representación mnésica. Análisis.

Abstract

Our aim here is to explore the pain, one of the most common symptoms in medicine, from a psychological point of view, which is often the forgotten aspect in the majority of research on the subject. When discussing this experience, we find something quite complex because it is composed of many elements, hence we have to proceed with an analytical decomposition to get some results. After this the pain is discovered as an unpleasant feeling that tends to overflow, so who suffers it employs several ways of handling it, such as it's "imaginarization" or the perception of body area

1 Psiquiatra. Profesor Asociado. Departamento de Psiquiatría de la Facultad de Medicina de la Universidad de Sevilla.

2 Psicólogo clínico. Unidad de Salud Mental de La Palma del Condado (Huelva).

Correspondencia: José Manuel García Arroyo. Luis Montoto nº 83- 3º C. 41.018. Sevilla. Tel. 954574592. E-mail: jmgarroyo@us.es

affected. Besides the pain always triggers off emotions, which explains many unresolved problems, such as: the disparity between the extent of the injuries and perceived pain or the "pain threshold", which can increase or decrease depending on one's own reaction emotional. In the latter we mostly support our psychotherapeutic approach, given that emotions are understood as elements of directly modulating pain.

Key words

Pain. Imaginary. Emotional expression. Pain threshold. Mnésica representation. Analysis

Introducción

El dolor es uno de los síntomas fundamentales en medicina, citándose como la razón más frecuente para buscar ayuda médica⁽¹⁾. Asimismo, la conducta prioritaria de los profesionales de la salud debe coincidir con reducir o hacer desaparecer aquel cuando se presenta; se ha llegado a decir, incluso, que la medicina es la instancia competente para encontrar los medios de luchar contra el dolor⁽²⁾.

De todos es sabido la función protectora del dolor sobre la vida, resultando un mecanismo biológico de seguridad en distintos sentidos: advierte cuando el organismo no funciona bien y muchas enfermedades potencialmente letales son diagnosticadas gracias a él, su detección permite romper de inmediato el contacto con agentes externos que pueden ser destructores o, incluso, impide repetir ciertos actos que resultarían peligrosos. Su importancia puede advertirse claramente en aquellos casos en los que existe una insensibilidad congénita al dolor, en donde se multiplican las lesiones sin que el sujeto apenas pueda adver-

tirlo y suelen morir a edad bastante temprana⁽³⁾.

El dolor al que vamos a referirnos aquí es el provocado por una alteración física (o psíquica) concreta, dejando de lado aquel otro causado, bien por la hiperestimulación de cualquier receptor sensorial (por ejemplo: luz cegadora, sonido estridente, posturas mantenidas,...) o el asociado a las necesidades básicas. Estas últimas producen sensaciones displacenteras de dos formas: por el estado de tensión asociado, que se resuelve tan pronto como son saciadas y por las sensaciones debidas a las molestias locales inherentes a ellas (ejemplo: contracciones de hambre, sequedad de las mucosas en la sed, dilatación gástrica en la hiperfagia, etcétera).

En principio, las cuestiones relativas al dolor parecen pertenecer casi en exclusiva al territorio organísmico y así resultan fáciles de entender, particularmente si se cuenta con el concurso del sustrato neuro(fisio)lógico-base (vías y centros nerviosos, neurotransmisores, receptores, etcétera). A menudo estas explicaciones hacen creer al médico que el problema acaba en la biología, pero la realidad clínica resulta bastante más complicada, no pudiéndose dejar de atender los aspectos psicológicos del dolor. En efecto, este último va a repercutir sobre la vida mental de quién lo sufre y, a su vez, cuando nos adentramos en los aspectos relativos al sujeto que lo soporta, vemos la notable influencia de aquel sobre este último. Aquí advertimos no sólo variaciones individuales (por ejemplo: personas que lo aguantan mejor que otras) sino que encontramos reacciones paradójicas que resultan inexplicables sin el concurso de unas bases psicológicas y hasta psicopatológicas; por poner algún ejemplo: en la clínica hallamos personas que no sólo soportan bien el dolor sino que, además, lo buscan activamente, llegan-

dose a producir lesiones o enfermedades que corren parejas a grandes sufrimientos. En cambio, otros manifiestan tal insensibilidad al mismo que es casi imposible de entender para cualquier persona "normal".

Con esto, damos cuenta de la inmensa variabilidad que existe en relación a una experiencia, bastante común por lo demás, que parecería a primera vista que su repercusión tendría que ser uniforme o monótona en todos los individuos. Supuestamente, cualquiera debería huir del dolor, no aceptarlo, buscar tratamiento o consuelo, etcétera; nada más lejos de la realidad. De ahí, que nuestra pretensión en este artículo consista en estudiar el dolor en sus aspectos más generales para, después, en otra publicación, elucidar las posibilidades de reacción ante esta afección en distintos individuos de acuerdo con su organización y características psicológicas.

En nuestras apreciaciones nos hemos basado en una amplia muestra de casos registrados durante años, tanto en el Equipo de Salud Mental del Distrito "Macarena" como en la Unidad de Agudos del Hospital "Virgen Macarena", ambos ubicados en Sevilla. Estos pacientes consultaron por dolor crónico o por otras patologías (físicas o psíquicas) en las que las sensaciones nociceptivas se hallaban presentes (por ejemplo: cáncer, reumatismo, depresión, fibromialgia, etcétera). Dichos consultantes fueron tratados por nosotros mediante psicoterapia (de orientación psicoanalítica), donde la escucha atenta se convierte en el requisito fundamental. Esta última, junto con la continuidad de las sesiones, nos ofreció la oportunidad de obtener un material propicio sobre el tema de esta publicación que, como veremos, nos habla de la gran versatilidad de la experiencia dolorosa, que llega a sorprender, y que plasmaremos en las páginas que siguen.

Pero, el dolor en sí mismo es una experiencia compleja, lo que quiere decir que contiene numerosos componentes (perceptivos, afectivos, creenciales, culturales, de género, familiares, sociales, médicos, etcétera) que se hallan soldados entre sí en lo que parece una única vivencia. De ahí, que tengamos que proceder a realizar un análisis capaz de descomponerla en cada uno de sus elementos y así pasar a estudiarlos por separado y después, si cabe, determinar cuáles son las conexiones que se establecen entre ellos. No existe otra forma de conseguir esta meta si no es mediante el concurso de la palabra del enfermo el cuál, en los diferentes encuentros, pone de manifiesto uno o varios aspectos particulares de ese conglomerado que es el dolor.

Por tanto, lo que aquí se expone no consiste solo una recopilación de material teórico hallado en unos u otros textos, sino que recogemos observaciones clínicas directas, de ahí que todo el desarrollo que hacemos se encuentre salpicado de frases de pacientes, que son las que aportan el descubrimiento de los componentes del fenómeno doloroso y sus interacciones. Son dichas verbalizaciones las que nos han conducido a las conclusiones últimas hacia las que apunta este asunto tan interesante y prometedor, de lo contrario, lo que aquí se expone sería una mera repetición de lo que se ha dicho con anterioridad.

Hacia una concepción moderna del dolor sustentada en la experiencia clínica

Aunque los autores clásicos, como Lewis o Leriche, intentaron definir la experiencia dolorosa sin demasiado éxito, estamos obligados a proponer una conceptualización de la misma, sobre todo en relación a cuáles son los sucesos psíquicos implicados a la luz de la

experiencia clínica. Esto es necesario, pues a partir de ahí será posible su descomposición analítica. Inicialmente, son dos los integrantes de la concepción de la afección que estudiamos:

Dolor como sensación

Podemos decir, para empezar, que el dolor es una sensación como cualquier otra (táctil, olfativa, térmica,...), pero posee la cualidad de ser desagradable o displacentera. Se halla ubicado en un sector de la "corporalidad" o "cuerpo vivido" y resulta ser la consecuencia, las más de las veces, de un daño en los tejidos. Estas ideas no son nuevas pues se recogen, con ciertas variaciones, en los textos de la International Association for the Study of Pain (IASP)⁽⁴⁾.

Se trata pues, de una experiencia sensorial que va más allá de las sensaciones físicas de incomodidad, entumecimiento, agarrotamiento, contractura, calambre, etcétera, aunque cualquiera de ellas puede acompañarse de dolor, y que el paciente sabe bien diferenciarlas (Varón, 32 años: "Lo que he sentido últimamente, este gran dolor no es, ni mucho menos, nada parecido a lo que he notado antes"). Muestra un carácter esencialmente subjetivo, de tal manera que solo el consultante sabe que lo siente, no siendo directamente accesible a otras personas. Esto hace que en algunas ocasiones el médico pueda tener la duda racional acerca de lo que el paciente dice sentir y, por consiguiente, cabe la posibilidad de ser simulado, como tendremos ocasión de estudiar.

El componente sensorial del dolor es justo por el que suele interesarse el médico, quién intenta precisar sus características para formular un diagnóstico certero, con ello se procura objetivar el material subjetivo aportado por quién demanda asistencia. De esta ma-

nera, se valoran clínicamente todas sus cualidades (sensoriales), que se refieren a: espacio (localización, irradiación), tiempo (duración, evolución), aspectos cualitativos (modalidad), cuantitativos (intensidad, extensión) y circunstanciales (activadores y reductores). Tales precisiones quedarán fielmente recogidas en la historia clínica.

Aunque la sensación dolorosa puede tener una cualidad diferente según de donde proceda: piel, músculos y estructuras osteoarticulares o plano visceral⁽⁵⁾, presentamos como características generales las siguientes:

a) La imposibilidad de negarla, sobre todo si es intensa, aunque sí se puede disimular, cuando las circunstancias así lo requieren (ejemplo: reuniones, exámenes, celebraciones, etcétera). Un varón de 52 años, director de un negocio familiar, precisaba: "Tengo muchísimo trabajo y no puedo pararme porque me venga este infame dolor. La cosa es así: tengo muchas veces delante de los clientes que hacer como si no me pasara nada, pero por dentro estoy rabiando".

b) Suele producirse de modo instantáneo, quiere decir, al mismo tiempo que aparece la lesión que lo origina. Esta especificación es más evidente en las alteraciones superficiales (piel, músculos, etcétera), aunque el dolor visceral puede diferirse.

c) No puede ser verificado de ningún modo, lo que lleva a la inexistencia de aparatos que lo muestren en forma de imágenes, gráficos o registros; en consecuencia, tampoco puede ser medido objetivamente. Para acceder al dolor tenemos que contentarnos con fenómenos indirectos, como son las expresiones anexas o la extensión del daño, pero ninguno de ellos es totalmente fiable.

Estas características son muy conocidas por los simuladores, quiénes se valen de ellas

para presentar como cierto un dolor inexistente.

Expresión del dolor

Quien sufre por dolor no se queda solo en la sensación sino que pone en marcha, de modo directo, su componente expresivo. Precisamente, por intervención de este último conocemos que alguien se encuentra dolorido y si no fuera por estas manifestaciones no sabríamos que está sintiendo algo desagradable.

Los modos de expresión suelen ser diversos, contando como más frecuentes el grito o la queja y, en casos donde la intensidad es difícil de soportar, registramos: llanto, muecas, lamentos, contorsiones, tensión muscular y contracturas, sacudidas, etcétera. Tales manifestaciones pueden entenderse como la muestra de un sufrimiento físico y también como una llamada primitiva de auxilio a los congéneres para poder ser asistido. Se trata de un asunto que tendrá su importancia y nos detendremos en él al analizar cómo en el humano se trasciende la simple llamada animal, para convertirse la experiencia dolorosa en un suceso de carácter "intersubjetivo".

No es extraño que el dolor provoque la aparición de posturas antálgicas (por ejemplo: genupectoral en el aquejado de pericarditis) o incluso la inmovilidad (por ejemplo: en la luxación), que intentan impedir su desarrollo en la medida de lo posible o incluso, facilitar la curación de las lesiones (por ejemplo: la inmovilidad en las fracturas). En cualquier caso, se trata de actos automáticos, no pensados, ni elaborados, fácilmente reconocibles y que, debido al carácter puramente reflejo y a la falta de organización que muestran, no pueden ser considerados como conductas.

La expresión del dolor se halla facilitada en las mujeres y casi impedida en los hom-

bres. Hallamos aquí una cuestión meramente cultural que impulsa al hombre a disimular cuanto siente, para no parecer débil ante la mirada ajena. Un varón de 32 años, afectado de braquialgias decía: "Muchas veces no puedo manifestar que me duele ante mi familia o mis amigos, porque me tomarían por marica".

Dadas las características particulares de la sensación que analizamos es muy difícil para quién la padece definirla mediante palabras, pues su asiento es corporal y, como tal, pertenece más a lo vivenciable que a lo articulable enunciativamente. Esto se debe a que nos hallamos ante lo que Lacan^(6,7) llamaba "lo real" del cuerpo, algo que se produce espontáneamente, que está ahí y escapa a cualquier forma de "simbolización". En consecuencia, cada paciente verbaliza su sensación mediante expresiones propias, que siempre tendrán un valor aproximativo y no fiel ("algo me corroe", "una descarga eléctrica", "es un puñal que me atraviesa", "me cortan con una sierra", etcétera). Luego veremos el imponente valor terapéutico que tiene la verbalización en la psicoterapia de estos enfermos.

Componentes imaginarios de la experiencia dolorosa

Una vez efectuada una primera aproximación al asunto que nos ocupa, es el momento de proceder a la descomposición sistemática de esta complicada experiencia, comenzando por la dialéctica entre los componentes imaginarios y los propios de la realidad.

La imaginarización del dolor

Hemos indicado antes que el dolor es algo inasimilable mentalmente (o simbólicamente) por quién lo padece, debido a su oscuro nacimiento en las raíces somáticas; de ahí, que se necesite alguna forma de representación que

lo inserte en la vida mental. El modo habitual de integrarse inicialmente en el aparato psíquico es mediante la aparición de complejas manifestaciones de carácter imaginario, tratándose de una "imaginarización de lo real", que se muestra en forma de figuras características y que, en el diálogo con el paciente, se desvela de una forma bastante plástica, como: "calambrazo", "pinchazo", "descarga", "ser aserrado", "atravesado por una espada", etcétera. Cualquiera de ellas consiste en concentrar la experiencia en una imagen específica, lo que supone la reunificación de una manifestación física de por sí dispersa.

En determinadas ocasiones, cuando el paciente posee cualidades artísticas, se pueden recoger de modo claro estas representaciones; en este sentido, Frida Kahlo, de quién se cree padecía fibromialgia⁽⁸⁾, pintó en su diario un dibujo en el que aparece ella misma con once flechas clavadas, con las que pretende mostrar otros tantos puntos dolorosos.

Esta "imaginarización" corporal hace que no existan dos sensaciones dolorosas idénticas debido a que cada paciente, con su particular idiosincrasia, otorga una representación particular a su dolor, aunque puedan darse algunas formas más comunes (por ejemplo: "como si me mordiera un perro en la espalda") y que nos recuerda cómo en las paraidolias cada persona interpreta a su manera un campo perceptivo sin demasiada organización (manchas, nubes,...).

Pero, no siempre la imagen puede sostener la experiencia dolorosa, en cuyo caso la contención no resulta demasiado eficiente, lo que se refleja en la aparición de expresiones que se caracterizan por su desmesura. Así, quién lo sufre puede experimentar como si la zona afectada se separase del resto del cuerpo; una paciente muy inmadura y sensible al dolor, con una quemadura en el antebrazo

derecho, decía: "Siento que mi brazo dolorido está separado de mí, como si no fuera mío. Luego lo pienso de verdad y me siento un poco tonta". Puede ocurrir, incluso, que la región afectada, convertida en una especie de presencia, invada al sujeto desde el exterior; un varón (neurótico) con dolor en el muslo debido a una artrosis de cadera indicaba: "No sé en realidad cómo explicárselo, pero noto que la pierna está ahí para joderme cuando intento caminar o aún cuando estoy sentado y entonces me enfado con ella".

Incluso la región dolorida puede cobrar cierta autonomía y convertirse en un "ser" hostil o amenazante contra su portador; una mujer precisaba: "Muchas veces creo que cuando me duele tanto se convierte en una persona que está ahí para no dejarme en paz y entonces me cabreo tremendamente". También asistimos a frecuentes sensaciones de deformación del cuerpo: "la cabeza se me infla", "la pierna se hace pesada y entonces es una piedra que me impide andar", "noté tanto dolor que el corazón iba a romperme el pecho",... Tales manifestaciones pueden producir en quién la experimenta una impresión de realidad imponente, tanto como para asustarlo. Buytendijk⁽⁹⁾ captó con exactitud todos estos extremos cuando indicó que el dolor continuo da a la parte afectada algo así como una vida propia.

Consideramos a las manifestaciones relacionadas como formas de alienación del cuerpo, fácilmente captables en numerosas vivencias psicopatológicas, y podemos explicarlas gracias al concurso de las llamadas "experiencias de fragmentación corporal", que Lacan abordó a propósito del "estadio del espejo"⁽¹⁰⁾. Indica esto que, cualquier alteración física puede acompañarse de sensaciones en las que el cuerpo se muestra separado en distintos componentes, los cuáles pueden producir la

fuerte impresión de tener una vida propia e incluso mostrar un matiz destructor pues supone una amenaza a la unidad corporal⁽¹¹⁾. Se produce, entonces, la sensación de pérdida de la unidad corpórea, que expresa la falta de integración de las diferentes partes entre sí, que es necesaria para el propio bienestar psicológico. No hace falta ser psicótico para experimentar estas imaginarizaciones, como hemos podido comprobar con cierta asiduidad.

El papel de la integración perceptiva en el dolor

La sensación dolorosa va a conjugarse con la impresión visual de la lesión (si es que esta existe) y ambas, una interna y otra externa, van a integrarse en la conciencia en un solo acto perceptivo. Las dos confluyen en una representación mental única, contribuyendo la visualización a fijar la zona de dolor en un espacio preciso de la superficie corporal⁽¹²⁾. El dolor, entonces, se condensa en una imagen mental que es producto de la "integración perceptiva".

El dolor, como hemos visto, tiende a rebasar los límites de la lesión, mientras que la imaginarización procura contenerlo para no provocar el desconcierto, pero ahora incluimos un elemento nuevo de contención. En este sentido, la percepción visual procura enmarcarlo en el sitio donde se ha originado. Un paciente de 33 años explicaba: "Trabajando me hice un corte con una chapa en el vientre y al notarlo, llegué a creer que el intestino se me iba a salir y que me sucedería lo peor, entonces el dolor corría y se dispersaba a su antojo pero, cuando le eché valor y miré pude comprobar que no pasaba nada, pues la herida era superficial. Parece como si entonces el dolor se hubiese estabilizado. En ese mo-

mento, con lo aprensivo que suelo ser, me tranquilicé bastante".

La percepción visual parece poner en todo este entramado una nota de realidad suficiente como para poder controlar las producciones reales e imaginarias del dolor. En el paciente de la quemadura obtenemos las siguientes frases: "Llegué a creer que me iban a tener que cortar el brazo por aquella quemadura, que tenía un aspecto tan feo, pues se extendería. Luego, cuando me la curaron, y la vi mejor pensé que nada de aquello que yo me había supuesto iba a suceder". De lo dicho se sigue, que las producciones mentales deben estar debidamente controladas para no producirse experiencias corporales demasiado exorbitadas y la percepción visual procura hacer un cerclaje psicológico de la zona afectada. El remate final de todo este proceso se conseguirá mediante la palabra, la cuál es capaz de significantizar la experiencia, pero esto vendrá luego.

A veces la percepción visual puede producir el efecto contrario: complica el cuadro notablemente. Esto se debe a que, en ciertas personas, demasiado sensibles o aprensivas, la captación del lugar de la lesión se hace de manera deformada y alterada; se trata de un trastorno perceptivo de índole catatímica, parecido a las ilusiones. Este fenómeno es frecuente en los niños, cuyas experiencias son difícilmente definidas debido a la ausencia de una organización mental (significante) suficiente.

En aquellas circunstancias en las que se inicia el dolor y no existe impresión visual, como ocurre en el plano visceral, nos encontramos ante una posibilidad diferente: a la sensación dolorosa se le suma la incertidumbre de no saber qué está sucediendo, en cuyo caso el paciente puede ser llevado a ponerse en lo peor.

La atención en el dolor

Dadas las características de la nocicepción, sobre todo, su imposición sobre quién la sufre, como algo incontrolable y que le domina, hace que capte completamente su atención. Así, una parte del cuerpo, cuya existencia no se tenía presente hasta ese instante, se impone en la conciencia de un modo fuerte.

De ahí se sigue, que esa zona capte completamente la atención del dolorido, mientras tanto se sustrae de cuanto le rodea, reduciendo la concentración en otras actividades. Este acontecer que podemos calificar de "ensimismamiento" se ha interpretado erróneamente pues ha sido presentado como una forma de enriquecimiento espiritual de la persona. Suele ser menos que eso pues, al mantener la atención en la sensación de dolor se producen errores de cálculo en las tareas que se venían realizando. De ahí que el dolor crónico pueda producir, si no se trata convenientemente, un deterioro en las distintas esferas de la vida del paciente (social, familiar, pareja, laboral, etcétera). Un varón de 36 años indicaba: "Desde que tengo este dolor de estómago tan infame, me siento tan metido en mí mismo que ni siquiera tengo ganas de salir con los amigos y estoy perdiéndolos".

Añádase a lo expuesto, que todo este entramado se ha utilizado como estrategia de intervención con el paciente afecto de dolor, al intentar con él la distracción, pues sabemos que el dolor crece a medida que nos metemos más en él⁽¹³⁾.

Componentes emocionales del dolor.

El dolor no es sólo una experiencia sensorial o biológica, pues se acompaña de repercusiones psicológicas en quién lo padece, convirtiéndose así en un fenómeno subjetivo de pleno derecho. Aunque tenga un nacimiento

en el cuerpo, puede afectar secundariamente a quién lo experimenta, distinguiéndose así de las diferentes formas de sufrimiento psicológico de carácter "primario", como es el caso de la angustia, el miedo o la culpa.

Precisamente, esta innegable afectación psíquica del dolor fue lo que hizo que se modificasen las primeras teorías acerca de éste, pues lo entendían de una forma demasiado lineal (estímulo -> vía de conducción -> cerebro). La moderna "teoría de la compuerta" (gate control theory) enunciada por Melzack y Wall⁽¹⁴⁾ ha sido meritoria en este sentido al hacer intervenir las influencias afectivas y cognitivas.

Por lo tanto, el dolor se acompaña de un componente afectivo tan pronto como aparece, de ahí que Stumpf hablara de "sensaciones sentimentales" y Scheler de "sentimientos sensoriales". Esta simultaneidad en la presentación hace que el dolor y su componente afectivo aparezcan a primera vista como una única experiencia, siendo difícil su separación, que es lo que aquí intentamos. Para lograrlo, tenemos que filiar las vivencias afectivas que acompañan al dolor y veremos, seguidamente, que las primeras que se le asocian son las emociones para, más tarde, intervenir los sentimientos.

Reacciones emocionales en el dolor

Recordemos que una emoción consiste en una respuesta afectiva bastante intensa, pero poco duradera y casi siempre acompañada de un cortejo vegetativo (taquicardia, sudoración, taquipnea,...); son ejemplos, el miedo, la rabia o la angustia. En cambio, los sentimientos son estados afectivos que se establecen de modo paulatino, mostrando no tanta intensidad como las emociones pero sí una gran duración, tanto que pueden continuar toda la vida (ejemplo: amor, odio, celos, etcétera) y se caracte-

rizan por crear vínculos, aportando estabilidad a la persona.

Spinoza entendía el dolor como una emoción⁽¹⁵⁾ y Cannon⁽¹⁶⁾, el gran fisiólogo, estableció las afinidades entre el dolor, la cólera y el miedo y con ello daba cuenta del entramado que se produce entre dolor y emociones. El nexos que agrupa ambos territorios parece complicado de establecer, ya que a menudo se confunden entre sí, lo que puede verse en el hecho de que las mediciones efectuadas sobre el dolor evalúan más las respuestas emocionales que el dolor en sí mismo⁽¹⁷⁾. Pero, esta asociación inextricable explica muchas circunstancias difíciles de entender, como es el caso de la falta de relación directa entre la intensidad de una alteración anatómica y la intensidad del dolor o, incluso, cómo éste último puede producirse en ausencia de cualquier anomalía.

La experiencia dolorosa pone en acción, en primera instancia, el sistema de las emociones, de ahí que cuando éste se activa, ya no puede existir tranquilidad psicológica alguna. Las emociones suelen tener su punto de arranque en la realidad vivida; en el caso del asunto que ahora nos ocupa lo que las activa es la percepción del estado perturbado del cuerpo, debido a que el dolor rompe la armonía preestablecida o bien, la visión de la alteración física (por ejemplo: una deformación debida a una fractura), ante la que no cabe la indiferencia.

Abundan aquí las emociones de miedo, que se asocian a la persistencia de la experiencia desagradable, a su inminencia, a la imposibilidad de hacerla desaparecer espontáneamente y a la ausencia de control por parte de quién la sufre y también, en relación al desconocimiento de la situación que, evidentemente, puede ir a peor (ejemplo: quedarse inválido, perder la salud, etcétera). Cuando el dolor tie-

ne una evolución aguda, la emoción toma un especial relieve, pudiendo llegar a convertirse en una experiencia terrorífica, dado que el paciente la experimenta como la inminencia de la muerte (Varón, 22 años: "En aquel momento, cuando sentí ese malestar tan fuerte en el pecho, me puse fatal pues creía que sería mi último día en este mundo. Luego me dijo el médico que se trataba de una simple inflamación del cartílago intercostal y me tranquilicé. Tiempo después me he reído de lo imbécil que fui"). Por contra, el dolor crónico se suele asociar a rabia, cólera o enfado, particularmente si su presencia se da de modo casi constante y/o frustra los planes de quién lo padece. La sensación dolorosa se encuentra cosida a la reacción emocional correspondiente, de tal modo que la primera de ellas se modula, en buena parte, por la emoción que se le une; es más, a través de esta última, el dolor puede interferir en casi todos los aspectos de la vida del implicado, interrumpiendo el fluir de sus actividades laborales, económicas, matrimoniales, familiares, sociales, etcétera. El llanto, manifestación primaria del dolor, puede también conectarse con la alteración emocional consecuente, en cuyo caso su expresión, sobre todo si es intensa, puede llevar a un desahogo capaz de calmar la emoción asociada y, en consecuencia, mejorar algo el dolor. No significa que desaparezca, sino que se le otorga al mismo una tranquilidad que le viene bastante bien, pues lo suaviza y lo hace más tolerable. En este aspecto nos basamos cuando realizamos psicoterapia con el paciente dolorido.

Hasta ahora hemos visto que la percepción visual, cuando tiene lugar, trata de circunscribir el desbocamiento que el dolor impone. Pues bien, la emoción parece provocar justamente lo contrario, ya que provoca en la persona una generalización de la experiencia

dolorosa, en cuyo caso aquella se siente desbordada y, por consiguiente, absolutamente comprometida. En este sentido, Buytendijk⁽⁹⁾ decía que la esencia del dolor reside en que desorganiza la intimidad del hombre en toda su estructura vital y psíquica.

Cuando el clima emocional conectado con el dolor es demasiado intenso, las expresiones de esta sensación suelen ser bastante llamativas, lo que puede contrastar con la extensión de la lesión. En casos extremos se puede llegar a producir el desmayo o la caída como formas útiles de desconexión pues, en tal caso, se suspenden las percepciones dolorosa y la visual, como formas de romper el contacto con la anomalía (deformidad, herida,..) en lo sucesivo, al resultarle insoportable la experiencia a quién la vive. Funciona a modo de defensa ("no quiero saber nada en absoluto de lo que me está ocurriendo"). No olvidemos aquí cómo interviene el desbordamiento que el dolor produce en el sujeto, llevándole a maquinarse sobre las posibles nefastas consecuencias de su situación (mujer, 39 años: "Recuerdo una ocasión en la que me hice una herida en la mano cortando jamón. Para mí aquello era enorme y creía que en ese momento me iba a desangrar y que moriría de una infección. Me desmayé en ese instante y cuando volví mi marido me estaba vendando la mano. Creo que antes del desmayo pensé todo lo peor").

Una observación importante que hemos realizado consiste en que las emociones asociadas al dolor son las responsables del "umbral doloroso"; así, aquellas personas que tienden a reaccionar de modo muy exagerado suelen ser más sensibles al dolor (hiperalgesia). Una paciente decía: "No puedo tolerar el dolor, aunque sea producido por una tontería, por eso no consiento siquiera que me saquen sangre. Solo lo hago cuando no tengo más

remedio y mi médico de familia me insiste repetidas veces". Estos fenómenos han sido comprobados con toda claridad por nosotros en mujeres dismenorreicas⁽¹⁸⁾.

El "umbral doloroso" hay que contemplarlo como algo móvil, que puede descender o aumentar alternativamente con las reacciones y el estado afectivo en el que el sujeto se encuentre. Puede incrementarse en determinadas circunstancias, precisamente porque la emoción no es intensa, no aparece o puede ser controlada de alguna manera. Esto puede manifestarse de dos formas: transitoria o permanente, veámoslas:

a) Si la atención se halla dirigida hacia otro objetivo no se percibe el dolor, esto ocurre cuando los soldados entran en combate, captando la sensación cuando este ha finalizado. El efecto placebo, la acupuntura y otras técnicas basadas en la sugestión, provocan el mismo efecto de atemperar las emociones y es como si el paciente dijera: "ya puedo estar tranquilo, dado que me están ayudando y haciendo algo bueno por mí". La atención esmerada que se le da a estos individuos es lo que favorece la calma de las sensaciones nociceptivas.

Los fenómenos de autosugestión siguen el mismo proceso, pues la persona se impone a sí misma la idea de: "debo ser fuerte", como ocurre también en los soldados, quienes perciben menos el dolor que los civiles con idénticas alteraciones⁽¹⁾.

b) De modo permanente, contemplamos esto mismo en los psicópatas. La observación de estas personalidades anormales en nuestra Unidad de Agudos, con lesiones causadas por peleas y reyertas se acompaña de una sensación dolorosa inferior a lo esperado (hipoalgesia). Pudimos apreciar que mostraban una gran indiferencia a las alteraciones físicas, a pesar de que estas podían revestir cier-

ta envergadura. Al hospital llegó un psicópata que había participado en una pendencia con un camarero y, como consecuencia, presentaba una fractura abierta del antebrazo; lo vimos antes de que la fractura se redujera y el propio paciente, observando la sobrecogedora lesión, dijo: "Me veo el brazo roto así y con el hueso fuera, pero me da igual. Eso para mí es una cicatriz de guerra... además, sé que de esto no me voy a morir por eso estoy en el hospital".

Para comprender este fenómeno solo hay que atender a una de las características sobresalientes del psicópata: su frialdad emocional; solo así puede entenderse que la práctica ausencia de reacciones emocionales se halla en el origen de la hipoalgesia que muestran.

Memoria del dolor

Ubicamos aquí este apartado porque, como veremos, el recuerdo que se guarda dependerá más que nada de la emoción que acompaña a la experiencia dolorosa.

Es un hecho conocido que siempre se guarda recuerdo de la experiencia dolorosa, cumpliendo una función protectora pues se permite en lo sucesivo evitar el fatal accidente que llevó al daño, sobre todo si aquel revestía peligro vital (Mujer, 32 años: "Iba conduciendo a gran velocidad por la carretera porque quería ver a mis padres cuanto antes, estaba lloviendo, me salí de la carretera y acabé fatal con el hombro dislocado, entre otras cosas. Lo pasé muy mal y creo que me sirvió para ser más prudente. Además, cuando llueve intento que alguien me lleve y no conducir yo"). A la anticipación tendente a evitar el peligro, basado en el recuerdo del dolor, Rof Carballo lo denominaba "sistema nocidéfensivo"⁽¹⁹⁾.

Hablamos, por consiguiente, de una "representación mnémica" en la que se hallan condensados los elementos que se encontraban presentes en la situación peligrosa; este recuerdo puede tener una vivacidad impresionante, de tal modo que al ser evocado provoca idéntica respuesta emocional que cuando se produjo.

En muchos casos, cuando el impacto del accidente provoca un dolor agudo e intenso, casi intolerable, nos encontramos con una circunstancia que puede tener valor traumático, entonces la representación tiene una carga emocional excesiva y puede quedar reprimida, pasando a ser producto del inconsciente y seguir una actividad independiente de la conciencia, con todos los problemas que eso conlleva. En tal caso, la "representación mnémica" que contiene la huella del objeto agresor, ahora inconsciente, es muy sensible y cualquier nueva impresión puede reactivarla.

Esto puede dar lugar a numerosos sucesos psíquicos dignos de estudio que conforman reacciones características en el sujeto, entre las que podemos citar algunas: un dolor presente queda asociado a otro pasado presentando el primero una intensidad superior a lo que le correspondería, se evitan numerosas circunstancias similares a la que provocó el terrible accidente o, incluso, se puede traducir en un cambio radical de comportamiento o postura frente a la vida (Varón, 46 años, tiene un accidente de automóvil que casi es mortal, pues permanece en coma unos días: "Creo que desde el accidente yo cambié bastante, puedo decir que le vi las orejas al lobo, y ahora disfruto más con cosas pequeñas...").

Como vemos, tanto en la represión de estos recuerdos como en la reactivación de los mismos las emociones tienen un protagonismo fundamental y que podemos observar con claridad cuando estos recuerdos se reactivan.

