
Hablemos del dolor...

Aunque nos duela

William Ramírez-Salas

Sólo se ha visto la mitad del universo

aquel a quien no han mostrado la casa del dolor.

Ralph Waldo Emerson

A pesar de todos adelantos con respecto al tema del dolor, todavía no es posible llegar a una conclusión para su estudio, esto por cuanto no se comprende claramente su neuroanatomía ni su neurofisiología y mucho menos los contextos culturales en el que este se experimenta.

Con el apoyo de algunas investigaciones y con lo escuchado en una práctica profesional de muchos años en la atención de pacientes que sufren porque algo les duele, se sugieren algunas directrices para ello. Es lo que se intentará hacer a continuación.

* Master en Psicoterapia Analítica: Mención Psicoanálisis por la Universidad Autónoma de Centro América, Licenciado en Psicología por la Universidad de Costa Rica. Estudios en Educación Virtual por Latin Campus. Estudios en Homeopatía. Profesor en las carreras de Psicología, Psicopedagogía y Enfermería en la Universidad de Costa Rica, Estatal a Distancia de Costa Rica, Universidad Autónoma Monterrey, Universidad Latina y Universidad Autónoma de Centro América. Catedrático y Decano de la Facultad de Ciencias Humanas en la Universidad Autónoma de Centro América Director de la Clínica de Psicología y Psicoanálisis, Coordinador del Proyecto Salud Integral (PSI), Clínica de Psicología- UACA. Consultor internacional Instituto Panamericano de Capacitación IPAC

De los trabajos revisados, es el Dr. David Morris quien presenta una síntesis del tema en su libro 'La cultura del dolor'. De igual manera, aquí en Costa Rica, recientemente, el Psicólogo Javier Rojas Elizondo presentó en la Universidad Autónoma de Centro América su tesis doctoral en la que analiza los eventos psicológicos involucrados en la aplicación de un método de desensibilización y reprocesamiento del dolor, esto referido a personas con neuralgia posherpética².

No cabe duda que los mencionados, son excelentes trabajos, pero a mi entender, no dejan claramente definido a lo que se están refiriendo cuando se habla del dolor, hasta podría decirse que en algunos aspectos son omisos o contradictorios. ¿De cuál dolor se está hablando y dónde es sentido el mismo?, ¿en el cuerpo o en el "alma"?

Lo cierto del caso es que, por lo revisado en estos trabajos, lo vivido con nuestros pacientes, y por qué no decirlo experiencias propias, nos atrevemos a decir que el dolor no es solamente un asunto de nervios o neurotransmisores, consideramos que lo que experimentan las personas que sufren de dolor, es un encuentro en una cultura, en un determinado contexto, entre el significado del mismo y la persona que lo sufre. Compartamos lo que al respecto nos dice el Dr. Morris.

... el dolor implica también inevitablemente, nuestro encuentro con el significado. La red de nervios y de neurotransmisores, decisiva para el dolor, parece tener características universales: es la misma en todos. El significado, en cambio, es algo que existe dentro del cambiante proceso de la cultura humana y de la mente individual. El significado del dolor como el de cualquier texto complejo, siempre permanece abierto a variables interpretaciones interpersonales y sociales. Contiene zonas de oscuridad o misterio donde sencillamente no es posible hallar respuestas firmes. Sus significados deben dejar entonces espacios no sólo para lo que conocemos y llegaremos a conocer, sino también para lo que permanecerá desconocido para siempre³.

1. David Morris, *La Cultura*, Editorial Andrés Bello, Chile 1994.

2. *Acta Académica Nº 44, Universidad de Centro América, "Reseña de tesis doctorales", página 302, Costa Rica 2009.*

3. *David Morris, La Cultura del Dolor, Pág. 29. Editorial Andrés Bello, Chile 1994*

La pregunta que nos queda es si la búsqueda de los significados, nos ayuda a aumentar o disminuir los sentimientos de aflicción en la persona. A mi modo de ver las cosas, se considera que para comprender el dolor se requiere de muchos otros conocimientos; pero al tratar de establecer la relación de éste con su significado, a pesar de los muchos conocimientos que podamos tener, nos damos cuenta que para interpretar el dolor, es en lo que más frecuentemente fallamos -en la interpretación- y no encontramos una relación satisfactoria entre el dolor, su causa y su significado.

Lo que, si podemos decir hasta ahora con lo expuesto anteriormente, es que el dolor no es una respuesta automática de las personas ante un hecho traumático; en ellas existe una historia personal que los determina, por lo tanto, el significado del dolor y su interpretación se debe dar dentro de una cultura y en un contexto social específico. Es una respuesta que se da en un escenario donde está inmerso un significado y es allí donde habría que incursionar y buscar para intentar su alivio o su "cura"

Es cierto que el dolor es una sensación que el cerebro de las personas interpreta, pero, insistamos en esto, sin perder de vista que esa interpretación se da en una estrecha interacción con la subjetividad que les caracteriza como sujetos. Es en esa subjetividad donde el dolor se transforma en sucesos mentales y emociones.

En este sentido es en el que decimos que, para su análisis e interpretación, se pasa de un campo del conocimiento que le era exclusivo a la Medicina, para compartirlo ahora con otras disciplinas, entre ellas la Psicología o el Psicoanálisis, particularmente estas últimas en aquello que tiene que ver con las percepciones. Esto viene a dar cuenta de algo que ya conocíamos algunos Psicólogos y particularmente los Psicoanalistas- que la mente y el cuerpo están ligados inextricablemente-.

Considerando lo anterior y a manera de síntesis, podemos decir que el dolor no es una sensación sino una percepción de los seres humanos, es una experiencia donde entran en juego la conciencia, las emociones, el significado y el contexto social en el que en esa experiencia se llevan a cabo.

Precisamente por ser una experiencia netamente humana, los experimentos llevados a cabo con animales, o por algunos

psicólogos conductuales, no nos dicen mucho sobre las dimensiones psicosociales del dolor crónico en los seres humanos. Los que así lo hacen, llevan a cabo experiencias con terapias que suponen en el dolor un mecanismo sensorial que transmite tal sensación desde el lugar del daño hasta el cerebro. Esto ha resultado un rotundo fracaso por cuanto se excluyen de esas experiencias a las emociones, siendo este dato en particular es el que nos permite llevar el tema del dolor crónico, a un estado que compete también al conocimiento de la subjetividad que caracteriza a cada sujeto y por lo tanto a la Psicología, particularmente la que se orienta con el marco conceptual del Psicoanálisis.

Lamentablemente, algunos todavía no lo piensan así, son lo que heredaron desde mediados del siglo diecinueve, un modelo orgánico del dolor, particularmente proveniente del campo de la Medicina, que dicho sea de paso ha cambiado muy poco con respecto a este tema, contrarrestando con las grandes transformaciones de esta disciplina en casi todo lo demás, particularmente después de la Guerra Civil Norteamericana.

Antes de ese gran acontecimiento, la Medicina era una actividad que tenía una importancia relativamente insignificante en lo económico para los que la ejercían, parte de su papel era el de estar al cuidado de los enfermos, generalmente dentro del seno de la familia. Este panorama empieza a cambiar considerablemente cuando los enfermos se dan a la tarea de recurrir a médicos externos; la Medicina pasa del hogar al mercado, se paga por el cuidado hospitalario, se compran los medicamentos que ahora se empiezan a patentizar en lugar de preparar los propios medicamentos caseros como se hacía, se da lugar a una gran industria donde se mueven millones de dólares e intereses como lo es la producción en masa de medicamentos y se da la apertura de grandes clínicas y hospitales.

Es un panorama que termina de favorecer el dominio del modelo orgánico con respecto al conocimiento del significado del dolor, se creó firmemente en las mayorías, que el dolor opera mediante la transmisión de impulsos nerviosos que viajan desde el tejido dañado hasta el cerebro, y este modelo pasa a ser un marco de referencia, un paradigma obligado en el pensamiento científico de la época. Si lo vemos con cuidado, es un modelo que también se basa en el entendimiento de lo que es el dolor agudo, pues este

sí, es producto de un trauma. Pero lo que se dice del dolor agudo, es incapaz de dar razón o explicaciones, para comprender lo que sucede con del dolor crónico, dado que este no obedece a ningún trauma aparente. Esto nos agrega otro elemento, otro acercamiento para comprender sobre el significado del dolor: es la diferencia que se plantea entre el dolor agudo y el dolor crónico.

Investigaciones realizadas particularmente en los Estados Unidos, nos dicen que el dolor crónico es de los más frecuentes en el mundo moderno. A manera de ejemplo, un estudio llevado a cabo en Washington donde se incluyó a 10.553 pacientes con dolor de espalda, el 75 por ciento de esos pacientes no presentaron ninguna causa orgánica, cuestionando de esta manera el saber establecido en el campo de la Medicina, que seguía para su interpretación aspectos que conciernen al dolor agudo.

Como vemos, cada vez más se cuenta con evidencia de estar involucrados en la interpretación del dolor crónico, los aspectos mentales; es por eso que también se le conoce con el nombre de dolor psicogénico, por cuanto es un dolor mantenido por la mente y en donde la Medicina tradicional no sabe qué hacer, aparte de negar su existencia. Incluso los pacientes se resisten a aceptar el hecho de que ellos mismos son en cierto modo, la causa de su propio sufrimiento.

Dichosamente, no todos los médicos se quedan aferrados al paradigma orgánico de la interpretación del dolor. Morris nos habla en su libro del Dr. Benjamín L. Crue, Jr., un estudioso del tema del dolor por más de 30 años, quien fundó en los Ángeles en 1960 uno de los primeros centros interdisciplinarios para su tratamiento.

El Dr. Crue en un enfoque magistral sobre el dolor crónico, no solo fue innovador, sino que fue controversial con el paradigma oficial. Para sustentar su teoría, Crue trabajó con un paciente que padecía de un problema específico de dolor facial llamado tic doloroso.

Explicado desde el oficialismo, el dolor de los pacientes que padecen este tic, son tratados como si se diera una transmisión de impulsos nerviosos desde el sitio del daño hacia el cerebro, y para detener el dolor, la medicina tradicional intenta interrumpir

la transmisión de los impulsos del dolor desde la periferia. Los anestesiólogos lo intentan mediante compuestos químicos, los neurocirujanos desarrollaron una serie de operaciones como la rizotomía, la cordotomía, etc., que pretendían interrumpir el sendero normal del dolor.

El Dr. Crue, que es neurólogo, se dio cuenta que esta forma de tratamientos no funcionaba y que algunos pacientes no respondían al corte de los nervios periféricos, ni al bloqueo con ningún tipo de anestesia ni a intervenciones quirúrgicas. Llegó a la conclusión entonces que el dolor del tic no se podía explicar completamente por medio del paradigma oficial; postuló que dicho dolor no se originaba en la periferia sino en el cerebro.

Es una teoría que se topó con la incredulidad y la desconfianza, dado que se opone a lo aceptado por la mayoría de los Médicos, pero en su beneficio, podríamos decir que no es culpa de ellos, actúan así según lo que aprenden en sus respectivas escuelas de Medicina de las diferentes universidades.

A pesar de contar con muchos detractores, el Dr. Crue insistió en sus puntos de vista y pronto se reconoció lo que él consideró como un salto cualitativo en el saber de la época, llegando a reconocerse que muchas formas de los dolores crónicos se adecuaban a la pauta que se propuso para explicar el tic doloroso, donde la fuente del dolor no es periférica sino central.

Esto lleva al Dr. Crue a proclamar su teoría sobre el origen central del dolor crónico. No estaba diciendo con esto que fuera un dolor imaginado, irreal o meramente mental, lo que estaba diciendo es que la mayoría de los dolores crónicos empiezan en un daño orgánico, pero que el dolor se continúa mucho tiempo después que la lesión o daño original han sanado, y el dolor se transforma en una condición crónica enteramente central, dirigida por el cerebro.

Evidentemente este es un nuevo planteamiento que requiere también de nuevos métodos de tratamiento y nuevos senderos de investigación. Muy pronto el Dr., Crue se dio cuenta que para sus clínicas del dolor debía contratar a psicólogos y psiquiatras hasta completar un equipo interdisciplinario que incluía neurólogos, anestesiólogos, terapeutas ocupacionales, neurofisiólogos,

dietólogos y ortopedistas. Incluso termina acusando a sus colegas médicos... "aferrarse a un envejecido modelo periférico que provoca tratamientos invasores y equivocados, inútiles y caros en los pacientes con dolor crónico"⁴.

Compartimos entonces que el dolor, en efecto, no es un mero acontecimiento fisiológico, implica en un mismo escenario, lo emocional, lo cognitivo y lo social. Pasa a ser una experiencia individual que se va modificando conforme se le interpreta dentro de un contexto social, cultural, emocional y cognitivo. Por lo tanto, se reconoce en la actualidad que el dolor no es únicamente un asunto que les compete exclusivamente a los Médicos. Existe, dentro de las personas que lo padecen, para bien o para mal, un significado que está inmerso dentro de sí, y únicamente se podrá aclarar sí se habla directamente con los pacientes sobre el significado de ese dolor.

Recuerdo particularmente a una niña que se quejaba de un fuerte dolor crónico de cabeza, todos daban por un hecho y la trataron por eso, hasta que un día se le preguntó que de donde le provenía ese dolor, para sorpresa de todos, la niña señaló su rodilla, lugar donde su madre le apoyaba la cabeza para quejarse del dolor que le producía un cáncer que la llevó a la muerte.

Este es un caso típico donde se vincula la historia personal con el dolor crónico, con un agravante en la mayoría de los casos, "la cura" es una situación que se complica, pues los dolores específicos por los cuales se recibe tratamiento, se dan en un ambiente dominado por el saber de la Medicina tradicional. Es el modelo de salud con el que funcionan nuestros centros de atención pública, donde no se discrimina lo que corresponde a la salud mental y a la salud orgánica; aunado a la incomodidad, la pobreza, mala administración y dificultades en general sobre las que no se tiene control alguno. Es común escuchar en nuestros centros hospitalarios de parte de sus funcionarios el que el mismo está colapsado o que "no hay cama pa tanta gente" como dice la canción.

En el caso de esta niña, llevada por sus familiares a recibir atención a uno de nuestros centros de salud, se insistía con "uy buena intensidad", una y otra vez en eliminar su síntoma infructuosamente con medicamentos, sin escuchar su significado.

4. David Morris, *La Cultura del Dolor*, Pág. 29. Editorial Andrés Bello, Chile 1994

Su maestra, quien sabía del Programa de Salud Integral de la UACA, (P.S.I.) **, refirió su caso para que uno de sus estudiantes de la carrera de Psicología de esta Universidad le dedicara un ratito y la escuchara. Se pasó entonces de la observación del campo de la Medicina al de la escucha como aporte del Psicoanálisis a la Psicología.

Mujeres atendidas dentro de ese mismo programa, reflejan a pacientes que viven con maridos agresores que las golpean o las violan, mujeres y niños llevando a cabo trabajos menores y con empleadores que les explotan. En esas condiciones se les deteriora su salud y un día aparece un dolor crónico que les incapacita para seguir asumiendo sus funciones.

También algunos hombres que sostenían y mantenían un dolor crónico, llegaron a consulta, los menos por razones culturales, pero igualmente tenían una historia oculta de padres abusivos y negligentes.

Lo cierto del caso es que la novela familiar individual que acompaña al dolor en cada sujeto, suele ser muy compleja. Son pacientes asustados, culpabilizados o furiosos, con una fuerte jaqueca, una insoportable depresión o una gastritis, detrás de las cuales esconden o niegan una verdad de la cual no quieren saber nada pero que se manifiesta en esos síntomas. Emociones que la mayoría de las veces, están cargadas de fuertes sentimientos de culpa o de pena sin encontrar una solución externa, con el agravante que, en lo inconsciente, se juegan una serie de fantasías que todos poseemos y que perfectamente se pueden expresar en el dolor, angustias explícitas o muy escondidas, reprimidas y simuladas que dan a ese dolor características muy particulares según cada caso. Es en el saber de Freud- el padre del Psicoanálisis-la formación sustitutiva, la compulsión a la repetición o el síntoma

*** Es un programa donde inicialmente participaron estudiantes de las áreas de Psicología y Psicopedagogía y pronto se incorporaron también estudiantes de otras áreas, como Derecho Ingeniería Civil. Transcurridos algunos años, la Universidad estima consolidado el Proyecto 5a el han acudido en busca de ayuda y consulta, una gran cantidad de personas procedentes de varios lugares del país, principalmente de aquellos lugares donde la Universidad cuenta con una sede, con diversas necesidades de atención a niños, adolescentes y personas nutchiras, tanto en materia psicológica, como jurídica, psicopedagógica, sanitaria, habitacional. Ello ha hecho necesario que se unan todas las Facultades de la Universidad para atender tan importante actividad de senado. De ese modo se ha convertido en el programa maestro de TCU.*

que nos presentan a consulta como motivo manifiesto de consulta y que siempre algo quiere decir más allá de lo aparente y que, por lo tanto, hay que escuchar.

Y aunque así lo parezca, interpretando el sentir del Dr. Morris, el dolor crónico no es un problema que le compete sólo a las clases más desposeídas; el mismo no conoce de límites de clase, de raza, de profesión o de género. Cualquiera puede caer de repente en un dolor inexplicable. Lo grave del caso es que, mientras nos aferremos a la idea que en alguna parte de nuestro cuerpo vamos a encontrar la causa que envía las señales del dolor crónico, quedaremos cautivos de una Medicina que, en esta materia, se quedó con el pensamiento del siglo diecinueve.

Los ejemplos y las investigaciones mencionadas, nos indican que seguimos sin percatarnos que el conocimiento que nos aporta el estudio del dolor, exige que avancemos en materia del mejoramiento de la salud, hacia un modo de pensar nuevo e integral. Aquellos intentos de tratamiento que se concentran por separado en el cuerpo o en la mente, tienen pocas posibilidades de éxito.

Todos lo que trabajamos en el campo de la salud, compartamos lo dicho o no, somos testigos que ante el fracaso de esos tratamientos, el dolor como una formación sustitutiva, como compulsión a la repetición y la a manera de un síntoma, regresa con mucha más agresividad debido al poder que manifiesta ante las debilidades técnicas, aquí lo más limitante del modelo orgánico, es el suponer que este carece de significado y para la Medicina tradicional, la pregunta por el significado del dolor, sigue careciendo de sentido.

Es casi un hecho que, en el futuro, las investigaciones aportarán nuevos elementos con respecto al tema del dolor, ojalá que nuestro modelo médico en la atención de la salud, los escuche.

Es cierto que, en la actualidad, a mi criterio, las investigaciones en la atención integral de las enfermedades y menos en la prevención, no aportan mucho en cuanto a aplicaciones prácticas, salvo intentos aislados como el de la UACA con el Programa de Salud Integral, pero es justo reconocer que los trabajos recientes

ya están aportando nuevas normativas con respecto al dolor. Los hábitos en médicos antiguos, están siendo sometidos incluso por los médicos más jóvenes, a duras críticas. Por ejemplo, algunos de los aportes y normas para el tratamiento del dolor, lo podemos ver en un artículo que doce médicos publicaron en 1989 en la "New England Journal of Medicine" titulado "La responsabilidad del Médico para con los pacientes terminales". Es importante destacar en el artículo, como estos médicos se ponen del lado del paciente y de sus familiares, aspecto difícil de encontrar en nuestro modelo de salud, sobre todo en los servicios públicos.

Lo cierto del caso es que no nos acostumbramos a pensar el dolor como algo abstracto. A pesar de ello, la humanidad intenta rehacer sus significados de diferentes maneras, el dolor implica necesariamente nuestro poder para crear y reformular sus significados, lo que nos lleva a afirmar que todavía hay mucho por hacer con respecto al cambio en el entendimiento y el paradigma imperante que se tiene del dolor en nuestra cultura. Las personas que se dedican al tratamiento del dolor crónico presentan muchas diferencias de filosofía, equipos y métodos.

Para finalizar, una recomendación a los que sufren de algún dolor, en el cuerpo o en el alma. Piensen detenidamente antes de decidir el tipo de tratamiento que van a, o quieren recibir. Si no lo hacen así pueden ser estafados, dado que el dolor es buen generador de dinero. Lo que vale la pena reconocer por pacientes y terapeutas es que "la cura" va a depender en gran medida, de la voluntad de mejoría del paciente, el cual debe hacerse cargo. Sin que esto suponga desde luego, desmeritar una buena ayuda profesional. Suele suceder que la mejoría se da cuando nos hacemos responsables de cambiar pautas de vida y de pensamientos que han demostrado ser insalubres o destructivos. Por lo tanto y dado que el dolor representa un problema no resuelto, es muy probable que primero, debamos resolver el problema antes, para que el dolor desaparezca.

Bibliografía consultada

Augé, M. Granoff, W. Y otros, *El Objeto en el Psicoanálisis*, Gedisa, España, 1987.

Freud, Sigmund, *Obras completas*, Amorrortu editores, buenos Aires 1980.

David Morris, *La Cultura del Dolor*, Pág 29. Editorial Andrés Bello, Chile 1994.

Mannoni, Mud, *El Síntoma y el Saber*, Gedisa, España, 1982.

Nasio, Juan David, *Los ojos de Laura*, Amorrortu editores, Buenos Aires, 1988.

Nasio, Juan David, *Los Gritos del Cuerpo*, Paidós, Buenos aires, 1997.