

# Conceptos históricos y teorías del dolor

ANTONIO R. CABRAL

*Divinum est opus sedare dolorem*  
Hipócrates

**E**n todas las culturas de todos los tiempos el dolor ha sido una preocupación constante. Nadie ha escapado de su influencia. Sus descripciones abundan en la literatura científica, humanística y filosófica de todas las épocas. Por estas razones es natural que el hombre se haya interesado en entender la naturaleza del dolor y haya hecho (y siga haciendo) incontables intentos para controlarlo<sup>1</sup>.

El hombre prehistórico tuvo pocas dificultades para entender el dolor que le provocaba una herida de flecha o el ataque de un animal, en cambio aquel que provenía de su interior, de su organismo interno, lo percibía como algo de origen místico. Al primero lo trataba a base de masajes o de presión sobre la zona adolorida, mientras que para aliviar el segundo llamaba a la cabeza de familia quien, de acuerdo con los expertos normalmente se trataba de una mujer. Ésta, además de utilizar sus instintos maternos (Gran Madre), actuaba, por medio de arrullos, como sacerdotisa que alejaba a los demonios causantes del dolor. Gradualmente, los hombres reemplazaron a las mujeres en este menester, pero por carecer de instintos maternos y por parecerse físicamente al resto de sus compañeros hombres, utilizaban sus disfraces y así ayudaban a los demonios invisibles

**Antonio R. Cabral:** Departamento de Inmunología y Reumatología, Instituto Nacional de la Nutrición, Salvador Zubirán.

causantes del dolor; así aparecieron los chamanes, quienes realizaban su tarea básicamente en su casa, donde ejecutaban sus conjuras, encantamientos y pelearas. En algunas de las sociedades primitivas, el curandero llegaba incluso a causar heridas a su ya adolorido enfermo, y a través de ellas succionaba los demonios y los absorbía en su propio organismo, en donde los neutralizaba con sus poderes mágicos.

## El concepto de dolor en la antigüedad

Los antiguos egipcios creían que el dolor interno era el resultado de la influencia de sus dioses o que provenía del hecho de que los espíritus de los muertos llegaban durante la noche y entraban por la nariz o por los oídos al cuerpo mientras dormían. En los papiros de Ebers y Berlín se consigna que esos mismos espíritus, podían también abandonar el cuerpo a través de la orina, heces fecales, vómitos, estornudos o hasta por el sudor de las piernas. De acuerdo con el primero de esos papiros, en el organismo existe una intrincada red de vasos (*metu*) que transportan el soplo de vida y las sensaciones hacia el corazón. Este es el principio del concepto de que la actividad sensorial y los sufrimientos residen en el corazón (*sensorium commune*). Concepto que, como se verá más adelante, habría de prevalecer por más de 2 000 años.

La literatura hindú es rica en conocimientos tradicionales según se asienta en los Vedas y los Upanishads. Buda atribuyó el origen del dolor a los deseos frustrados. Como los egipcios, los

indios también pensaban que era en el corazón donde residía el centro del dolor y de los sentimientos.

En los libros *Nei Ching* escritos en China en tiempos del emperador Amarillo Huang Ti, alrededor de 2 600 años a. de C, está registrado el canon de la medicina china y que de esa manera sale de la leyenda para colocarse en el plano de la medicina tradicional tal y como se conoce actualmente en China. De acuerdo con tal canon, una misma persona tiene dos fuerzas, el *Yin* (fuerza femenina, negativa y pasiva) y el



*Yang* (fuerza masculina, positiva y activa) equilibradas perfectamente por una energía vital llamada *chi*. Esta fuerza unificadora circula en todo el cuerpo por medio de una serie de 14 meridianos o canales conectados con los órganos internos. La deficiencia o el exceso de *chi*, es decir el desequilibrio de las fuerzas, es lo que provoca la enfermedad y el dolor. La acupuntura, se dice, corrige ese desnivel a través de los más de 365 puntos localizados a lo largo de esos meridianos.

Por otro lado, como es bien conocido, los griegos antiguos son los pioneros en el estudio de la naturaleza de las sensaciones y de los órganos de los sentidos. Alcmeón de Crotona discípulo de Pitágoras, además de distinguir las venas y las arterias, fue el primero que sugirió que el cerebro, y no el corazón, era la sede de los sentidos y del intelecto. A pesar de que Alcmeón contó con el apoyo de Anaxágoras, Diógenes, Demócrito y de otros filósofos contemporáneos, su concepto no fue aceptado por otros debido, en parte, a la oposición de Empédocles de Agrigento, pero sobre todo, a la influencia que ejercían las opiniones de Aristóteles, para quien el corazón constituía inequívocamente la sede de todos los sentimientos (*sensorium commune*).

Hipócrates (mediados del siglo V y hasta el primer tercio del IV aC) sostiene en su *Corpus hipocraticum* la teo-

ría de los cuatro humores: sangre, flema, bilis negra o melancolá y la bilis amarilla o colé, según la cual el dolor surge cuando la cantidad de alguno de esos humores aumenta o disminuye.

Platón (427-347 aC) creyó que las sensaciones humanas provenían del movimiento de los átomos, los que llegaban al corazón y al hígado (los centros de residencia de todas las sensaciones) a través de las venas. El discípulo de Sócrates, propuso además, que el dolor surgía de una experiencia emocional del alma, cuya residencia era también el corazón.

Aristóteles (384-322 aC) reconoció los cinco sentidos, pero para él, el cerebro no tenía ninguna función directa sobre los procesos sensoriales más que la de enfriar el aire y la sangre calientes que emanaban del corazón. El dolor, entonces era un exceso de calor vital.

En la Roma antigua, Celso consideró al dolor, junto con el rubor, tumor y calor, como uno de los cuatro signos cardinales de la inflamación, conceptos que por cierto, persisten hasta nuestros días. También reconoció las ideas de Erasístrato y Herófilo, referentes al concepto del dolor, pero, contrariamente a ellos, no creyó que los nervios eran sus posibles conductores. Es a Herófilo a quien se debe la hipótesis de que el cerebro es el órgano central del sistema nervioso y la sede de la inteligencia y de los sentimientos.

Por casi cuatro siglos, el trabajo de los egipcios y de los griegos fue desconocido por el mundo romano, hasta que lo rescató Galeno (131-200 dC). Este médico nació en la población griega de Pérgamo y fue educado en Grecia y Alejandría; vivió la mayor parte de su vida en Roma en donde fue el médico de Marco Aurelio y de su hijo Cómodo. Galeno llevó a cabo numerosos estudios sobre la fisiología sensorial y reestableció la importancia de los nervios centrales y periféricos. Basado en experimentos efectuados en cerdos recién nacidos, Galeno desarrolló una complicada teoría de las sensaciones y definió tres clases de nervios: 1. Nervios "blandos" con funciones sensoriales. 2. Nervios "duros", con funciones motoras. 3. Los encargados de sentir el dolor. Para Galeno el centro de la sensibilidad era el cerebro.

A pesar de las grandes contribuciones que hizo el gran Galeno al conocimiento del funcionamiento del sistema nervioso central, los conceptos aristotélicos de los cinco sentidos y del dolor, como una "pasión del alma" sentida en el corazón, prevalecieron por más de 20 siglos. Aunque este concepto ya ha sido superado, las frases "lo siento en el corazón", "pensar con el corazón" y otras similares, son quizá remembranzas vivientes de lo que en esos tiempos representaba el órgano cardíaco.

Durante la Edad Media la filosofía de Aristóteles fue la dominante, aunque el concepto de que el corazón era la sede de los sentimientos y de la razón ya no era tan aceptado por todas las autoridades de la época.

Avicena (980-1038 dC), el príncipe de los médicos, fue la figura dominante de esta etapa de la historia. En su *Canon*, describió cinco sentidos "externos" y cinco "internos", y los localizó en los ventrículos cerebrales. El también llamado Galeno del mundo árabe, describió la etiología de 15 tipos diferentes de dolor, debidos a distintos cambios humorales y sugirió el ejercicio, el calor, el masaje, además del opio y de otras drogas, como medidas analgésicas.

La Edad Media "se extinguió" el domingo 20 de marzo de 1453, un año después del nacimiento del gran Leonardo da Vinci, quien consideró que los nervios eran estructuras tubulares y que el dolor estaba relacionado con el



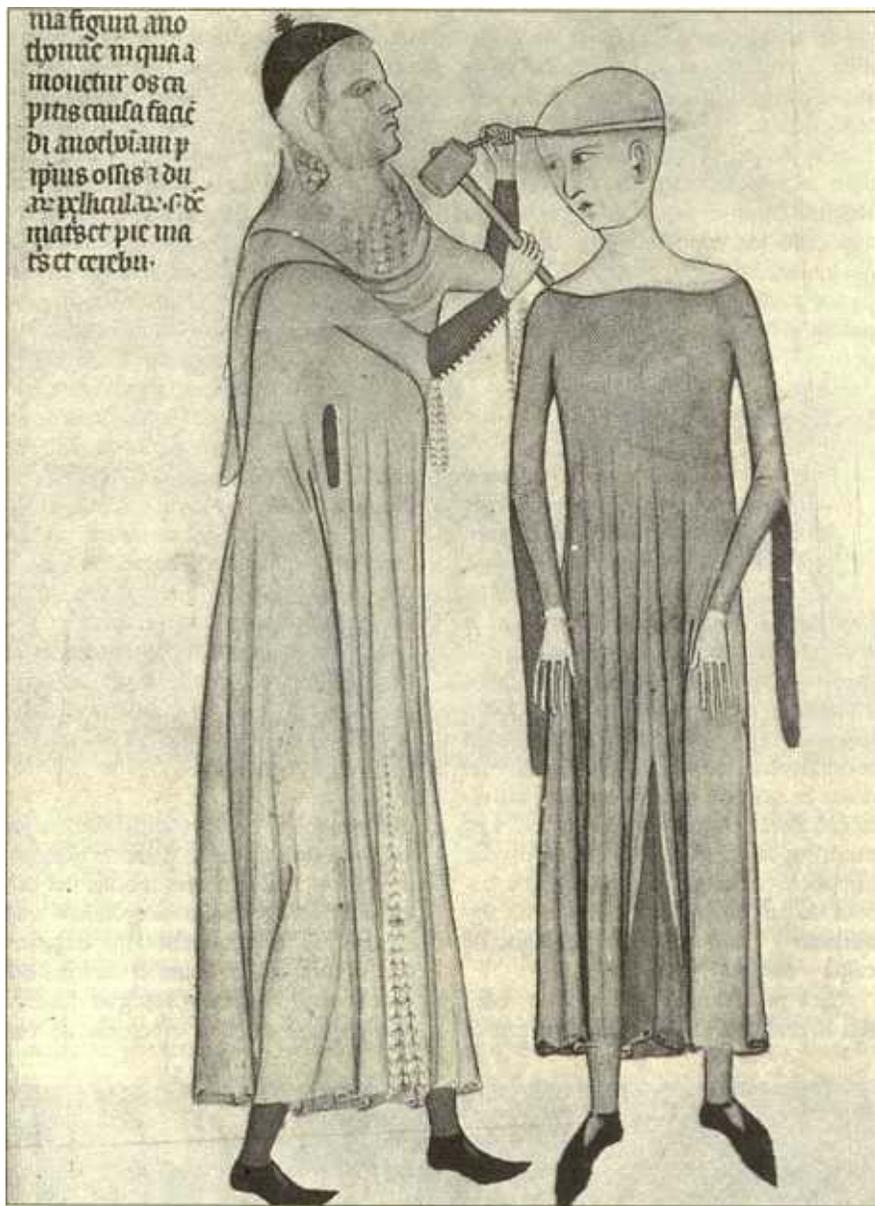
tacto. Situó la *sensorium commune* en el tercer ventrículo cerebral y consideró como Vesalio y Varolio, que la médula espinal era la encargada de transmitir las sensaciones hacia el cerebro.

### Siglos XVII y XVIII

Durante el siglo XVII, seguía vigente la idea de que el corazón era el centro sensorial. El mismo William Harvey, quien en 1628 descubrió la circulación de la sangre, pensaba que el corazón era la sede de los sentimientos. En cambio, René Descartes (1596-1650) se adhirió a la teoría galénica y consideró que el cerebro era el asiento de las funciones motoras y sensoriales. En su libro *L'Homme*, Descartes describe los resultados de sus extensos estudios anatómicos y de la fisiología sensorial. El filósofo-científico francés, pensaba que los nervios periféricos eran tubos formados por hebras finas que a su vez conectaban el cerebro con las terminaciones nerviosas de la piel y de otros tejidos. Es decir, Descartes fue el precursor de la teoría de la especificidad nerviosa que habría de ponerse en boga 200 años después de su muerte (*vide infra*).

Los textos de medicina del siglo XVIII siguieron apoyando las ideas de Hipócrates y Aristóteles referentes a asiento cardiaco de las sensaciones. Durante este periodo Willis, Borelli, Malpighi y otros, hicieron progresar rápidamente la anatomía y la fisiología del sistema nervioso central. Hacia fines de ese siglo, se inició una nueva era del tratamiento del dolor cuando Priestley descubrió el óxido nítrico, Davy sus propiedades analgésicas y Lister puso en boga la anestesia.

A principios del siglo XIX surgió la fisiología como una ciencia experimental independiente; esto permitió la expansión de la investigación científica de las sensaciones en general y del dolor en particular. Bell y Magendie, a través de sus estudios experimentales en animales, demostraron los revolucionarios conceptos de que las raíces espinales anteriores y posteriores eran motoras y sensitivas respectivamente. Este ímpetu científico recibió un mayor impulso gracias a Johannes Muller, quien en 1840 fundamentó que el cerebro recibe información de los objetos externos y de las estructuras corpora-



les, sólo a través de los nervios sensitivos y que cada sentido (tacto, vista, etc) tiene una forma peculiar de energía. Para Muller el dolor, el calor, el frío y la comezón, son cualidades de la misma experiencia.

### Nuevas teorías

Gracias a las teorías de Bell, Magendie y Muller, a finales del siglo pasado surgió por primera vez, la formulación explícita de dos teorías del dolor:

*Teoría de la especificidad sensorial:* el dolor es una sensación específica, con su propio aparato sensorial independiente del sentido del tacto. Esta teoría cuyos pioneros fueron Galeno, Avicena

y Descartes, y más tarde Loetze, fue formulada por Schiff en 1858.

*Teoría de la intensidad:* Propuesta por Erb en 1874, según ella cualquier estímulo sensorial es capaz de causar dolor, siempre y cuando alcance la intensidad suficiente.

Durante las primeras seis décadas del presente siglo, continuó la controversia iniciada por Schiff y Erb. Cada una de sus teorías del dolor encontró seguidores y adversarios, hasta mediados de los años 50, cuando la teoría de la especificidad ganó más popularidad. En la actualidad esta teoría se enseña con mayor frecuencia y, aún más la modificada por Melzack, Wall y Casey,<sup>2</sup> conocida como teoría del control de

compuertas (*vide infra*). Según esta teoría la estimulación periférica se transmite a tres sistemas: las células en la sustancia gelatinosa, las columnas dorsales que se proyectan al cerebro y las células de la médula espinal que median la información hacia el cerebro. Recientemente estos autores le han agregado los conocimientos derivados de los estudios de comportamiento y de los psicológicos que enfatizan los aspectos afectivos y cognocitivos de la experiencia dolorosa<sup>2</sup>.

### Los lenguajes del dolor

*Habla sido escrito en el primer testamento del hombre: no lo desprecies porque ha de enseñarte muchas cosas.  
(Del dolor) Jaime Sabines.*

Uno de los aspectos que más llaman la atención a quien estudia el dolor, es precisamente el que diferentes grupos hablen de él en términos y contextos distintos. Quizá por eso, Wittgenstein reiterativamente decía que hablar del dolor es uno de los fenómenos más difíciles de la actividad lingüística. Los neurólogos lo hacen en términos de impulsos nerviosos, los psicólogos hablan de emociones, los filósofos de significado y funciones y los teólogos de culpa y castigo.<sup>3</sup>

Esos profesionales, aunque se refieren a realidades diferentes, aplican la

palabra "dolor" para tratar conceptos igualmente subjetivos. Este es el llamado "paralelismo lingüístico" de Sternbach<sup>3</sup> o, siguiendo a Wittgenstein, lo que Degenaar<sup>4</sup> llama juegos de lenguaje neurológico, psicológico o filosófico. En 1974 la Asociación Internacional para el Estudio del Dolor lo definió como "experiencia sensorial y emocional desagradable asociada a daño tisular real o potencial". Tal concepto incluye la siguiente nota complementaria: "El dolor es siempre subjetivo. Cada individuo aprende a aplicar la palabra a través de las experiencias tempranas de su vida."<sup>5</sup> El propósito de cada uno de esos lenguajes es, para decirlo desde el principio, describir las diferentes realidades en la que se encuentra un ser humano cuando tiene dolor. Este enfoque multidisciplinario del dolor, como se verá en breve, tiene además el potencial de ofrecer simultáneamente, el mismo número de alternativas terapéuticas.

### Lenguaje neurológico

Este lenguaje, que por satisfacer mejor los fines de este texto llamaré "lenguaje médico", es el de las teorías del dolor y el de los tractos anatómicos que comunican directamente los órganos con el cerebro, así como el de los diferentes neurotransmisores que funcionan como moléculas efectoras de esa

comunicación. Según este lenguaje, lo que el ente experimenta como dolor, está gobernado por los diferentes estímulos que lo producen y por los filtros que, a manera de compuertas, modifican los impulsos a lo largo de esas vías anatómicas. De los lenguajes del dolor, éste es quizá el menos subjetivo, pues aun cuando existen instrumentos objetivos para medirlo, por la naturaleza misma de la experiencia dolorosa, su respuesta y su cuantificación siempre están matizadas por la subjetividad del doliente.

### Lenguaje psicológico

Este lenguaje se ocupa primordialmente de la influencia de la mente y de los patrones culturales y étnicos durante la experiencia del dolor. Un aspecto interesante del que también trata el lenguaje psicológico, pero que está íntimamente relacionado con lo anotado en el párrafo anterior, es el de la mente como generadora de dolor y como reguladora de la respuesta del doliente (ansiedad, sufrimiento, estoicismo, indiferencia, depresión) frente al estímulo nocivo. El dolor fantasma espontáneo o el que experimenta la persona después de recordar episodios desagradables alrededor de la amputación (dolor inducido), ilustra bien estos dos últimos puntos.

### Lenguaje filosófico

Las actitudes personales ante la experiencia del dolor así como el significado de las *funciones* biológicas, psicológicas y morales del dolor, son los temas centrales del lenguaje filosófico. En este contexto, esas funciones se entienden como señales de alarma de los trastornos corporales, mentales y éticos, respectivamente, que conducen al doliente a involucrarse directamente con lo que le pasa y, en la mayoría de los casos, a buscar ayuda y a cooperar en la consecución de su alivio.

En mi opinión, el mérito de estos lenguajes del dolor, es el de proporcionar el mismo número de idiomas terapéuticos. Aunque este enfoque tiene utilidad práctica en el tratamiento del enfermo con dolor agudo, tiene mayor relevancia para quien lo padece crónicamente y quizá más aún para aquellos enfermos que sufren padecimientos in-



curables. Este último punto lo describe de un modo perfecto Tolstoi en su novela *La muerte de Iván Ilich*. En ella, el escritor ruso retrata, de manera insuperable también, un aspecto muy importante del ser humano con dolor: las reacciones negación, rechazo, indiferencia, sufrimiento, culpa, remordimiento, angustia, depresión- de las personas que rodean al enfermo frente a su dolor y ante la incurabilidad de su padecimiento.

### Lenguajes corporal y verbal

Hasta aquí, he hecho referencia a cómo diferentes grupos de profesionales hablan del dolor. Vale ahora inquirir ¿qué lenguajes utiliza el sujeto para comunicar sus experiencias?

El proceso de eliminación (o no) del dolor, sigue un camino que puede iniciarse cuando la persona *está* o se *siente* enferma y decide buscar ayuda. En cuanto supera estas etapas y logra entrar al aparato burocrático de cualquier sistema de salud público o privado, el lenguaje -verbal y preverbal- que emplea para comunicar su dolor es crucial en las fases que siguen.

El lenguaje visual o acústico (llantos, quejas, interjecciones o gestos), como herramienta universal de comunicación del dolor, pertenece al equipo biológico instintivo de todos los seres humanos. Todas estas formas de expresión, a pesar de que pueden ser controladas al menos parcialmente, no ven modificado su significado con el desarrollo de cada individuo y tiene poca variación entre las personas de diferentes culturas. Por ejemplo, según Prkachin, bajar las cejas, cerrar y apretar los párpados, arrugar la nariz y elevar el labio superior, pueden



ser consideradas expresiones faciales universales de dolor.<sup>6</sup>

La descripción verbal del dolor es un fenómeno aparentemente simple. Esto requiere que el que lo padece, lo haga consciente, disponga de las palabras adecuadas para expresarlo, que su mismo estado doloroso le permita pronunciarlas y enlazarlas y, finalmente, que pertenezcan al mismo idioma de quien lo escucha. No es difícil imaginar, para ejemplificarlo con un extremo, el *impasse* que representa el que el médico hable un idioma ininteligible para el paciente y viceversa. Los límites de mi lenguaje significan los límites de

mi mundo, escribió Wittgenstein en su *Tractatus Logico-Philosophicus*.<sup>7</sup>

Cuando se satisfacen los criterios señalados, la descripción verbal del dolor empieza y termina con frases como: "me duele tal o cual parte del cuerpo". En las fases que siguen, el médico depende aún más de todo el mundo lingüístico de su enfermo, para que lo ayude a interpretar su dolor. La habilidad del médico para llevar a cabo este tipo de comunicación, no es otra que la de su propio lenguaje, adaptado al de su enfermo. En las escuelas de medicina no se enseña a hablar con el paciente, lo que el alumno aprende es a interpretar su lenguaje y el de sus enfermedades. De esta manera, médico y paciente, transforman las palabras en instrumentos potenciales de curación. En suma, si el médico no capta los elementos lingüísticos o paralingüísticos de su paciente o éste no es capaz de emitirlos, falta el elemento básico requerido para que la alianza médico-paciente sea fructífera. Aunque lo anotado en este párrafo se refiera sólo a la descripción del dolor físico, propiamente dicho, lo señalado también pertenece, con frecuencia, a la descripción que del dolor hacen los lenguajes psicológico y filosófico.

### Terapias

Un cronopio se recibe de médico y abre un consultorio en la calle Santiago del Estero. En seguida viene un enfermo y le cuenta cómo hay cosas que le duelen y cómo de noche no duerme y de día no come.

— Compre un gran ramo de rosas— dice el cronopio.

El enfermo se retira sorprendido, pero compra el ramo y se cura instantáneamente. Lleno de gratitud acude al cronopio, y además de pagarle el obsequio, fino testimonio, un hermoso ramo de rosas. Apenas se ha ido el cronopio cae enfermo, le duele por todos lados, de noche no duerme y de día no come.

Julio Cortázar. *Historias de cronopios y de famas*



### Eutanasia y dolor

Estos dos aspectos están íntimamente ligados. El *Diccionario de la Real Academia Española* define a la eutanasia como "doctrina que justifica la acción de facilitar la muerte sin sufrimiento a los enfermos sin posibilidades de curación y que sufren". En medicina el concepto es casi el mismo: "terminación deliberada de la vida del paciente, con el objeto de prevenir sufrimientos posteriores". Como se ve ambas definiciones, hablan de sufrimiento como sinónimo de dolor. Este es un concepto equivocado, pues son dos fenómenos diferentes. Aunque el dolor casi siempre va acompañado de sufrimiento, y en la mayoría de los casos éste es directamente proporcional a la intensidad del dolor, puede ser que en ocasiones la intensidad hasta sea recompensante. El dolor de parto es el clásico ejemplo. Es decir, el significado del dolor es lo que determina el que se acompañe o no de sufrimiento.<sup>7</sup> La falla para entender esta dicotomía dolor-sufrimiento puede dar por resultado el que se reco-

mienden tratamientos insuficientes del dolor e incluso el que se provoque más sufrimiento. Este concepto tiene gran importancia cuando el médico y su paciente consideran la eutanasia como alternativa de tratamiento.

Sin duda uno de los dilemas éticos a los que se enfrenta un médico (neurólogos y oncólogos con más frecuencia) es qué hacer cuando después haber utilizado todos sus recursos técnicos y científicos que prolongaron la vida a su enfermo, éste recae, ahora sin esperanza de recuperación. Dicho de otro modo, el paciente llega a una etapa en la que su dolor-sufrimiento es grande y la dignidad a la que aspiró cuando optó por el tratamiento, es ya inexistente. En estas condiciones, la compasión, la intuición y el sentido común no dejan duda de que el médico debe actuar para terminar con el sufrimiento de todos.

El alivio del dolor humano, y el que los médicos actúen en contra de la vida de su enfermo, son algunos de los argumentos en pro y en contra de la eutanasia o de su derivado el suicidio asistido (el médico proporciona los me-

dios para que el paciente se los administre). Los proponentes de la eutanasia argumentan que su ejecución es más humana que forzar al paciente a llevar una vida con sufrimiento-dolor irrefrenables. Los contrarios a la eutanasia, proponen que su práctica degrada el valor supremo de la vida y que si llegara a legalizarse, se utilizaría con mayor frecuencia en los individuos débiles de la sociedad: los pobres, los ancianos y los minusválidos. La escalofriante experiencia nazi nos recuerda la posibilidad de esta última aseveración.

Con el crecimiento de la población anciana, el incremento en la frecuencia del cáncer y la pandemia del sida, la solicitud de la eutanasia va en aumento. Hay un estudio que revela, que, por ejemplo, en Holanda se solicita alrededor de 9000 veces al año.<sup>9</sup> Dos datos interesantes se desprenden de ese mismo estudio: 1. De encontrarse en las mismas circunstancias, la mayoría de los médicos que alguna vez practicaron la eutanasia (pasiva o activa), no volverían a hacerlo. 2. De las solicitudes de eutanasia (o de suicidio asistido) sólo la tercera parte se llevaron a cabo.<sup>9</sup> Es decir, los mismos médicos tienen sentimientos encontrados cuando de eutanasia se trata y en la mayoría de los casos hubo otra alternativa de tratamiento que ofreció la esperanza de una vida digna a quien ya no la tenía.

Lo anterior obliga a revisar periódicamente el problema de la eutanasia. ¿Existen alternativas? Me parece que la respuesta es un contundente sí. Por ejemplo, está demostrado que la mayoría de los médicos tienen un concepto equivocado de las probabilidades (alrededor de 0.1% de los casos) de que un enfermo se adicione a los analgésicos narcóticos;<sup>2,9-12</sup> el resultado es que la mayoría de los enfermos calificados como portadores de dolor "intratable" en realidad no lo son. A esto Melzack, uno de los grandes en la investigación del dolor, ha denominado "la tragedia del dolor innecesario".<sup>2</sup> ¿Es realmente relevante el que un enfermo en fase terminal desarrolle adicción a los analgésicos aunque la probabilidad sea mayor a la anotada? Lo que debe replantearse es el aspecto ético que implica "abandonar" un enfermo terminal en estado doloroso sin tratamiento, por el temor (infundado e innecesario) a la adicción, contradiciendo al mismo

tiempo la meta esencial de la medicina: aliviar el sufrimiento humano.<sup>8</sup>

**Nota final**

El dolor ha sido el tema central de la medicina desde sus orígenes, su eliminación será siempre el ideal de todas las partes involucradas. Uno de los aspectos cruciales para lograr ese fin, como ya quedó dicho, es la habilidad que tiene la persona doliente para expresarlo. Pero si sólo ella, a partir de su propio caso, sabe lo que es la experiencia dolorosa, es válido preguntar: ¿hay tantos dolores como sujetos que lo experimentan?, o a la inversa: ¿se puede generalizar el dolor sólo porque todas las personas (en condiciones normales) son capaces de experimentarlo?

Dependiendo de su duración, el dolor se conoce como agudo o crónico. En términos generales todos los dolores agudos son de naturaleza orgánica, es decir, generalmente tienen una causa anatómica que los explique. Por el contrario, cuando la duración de los dolores crónicos, excede a la esperada, se dice entonces que ese dolor, o parte de él, tiene un origen psicogénico. Si se acepta que el dolor es una señal *benéfica* de alarma, es irrelevante hablar de dolor médico, psicológico, agudo, crónico, orgánico, uno o muchos. Estas palabras pertenecen a los lenguajes del dolor y son pertinentes y útiles para los profesionales que se dedican a su estudio y tratamiento. Lo importante es entenderlo y para el sujeto con dolor, eliminarlo.

El dolor, según el doctor Albert Schweitzer, es un amo más terrible para la humanidad que la misma muerte. El dolor prolongado destruye la calidad de la vida, puede incluso erosionar el deseo de vivir y no en pocas ocasiones es causa de suicidio. Aunque a veces pareciera, el dolor no es una enfermedad, es solamente parte de su vocabulario. Corresponde a los que saben y quieren escucharlo, transformarlo al idioma de la salud. Animados por esto, los lenguajes del dolor se esfuerzan en alcanzar su máxima ambición: la de liberar al hombre del dolor y mejorar su calidad de vida. Esta última aseveración lleva implícita la idea de que como instrumento de salud, el dolor es algo más que una mera experiencia individual.

**Referencias**

1. Esta primera parte fue tomada de varios autores. Una revisión excelente y actual está en: *Bionica JJ*: "History of pain concepts and therapies"; En *Bonica JJ*, ed., "The management of Pain". ed 2, vol 1, Lea & Febiger, 1990, pp 2-17.
2. Melzack, R., "The tragedy of needless pain", *Scientific American* 262:19-25, 1990.
3. Sternbach, RA., "Strategies and tactics in the treatment of patients with pain", en: B.L. Crue (Ed.), *Pain and suffering*, Thomas, Springfield, III, 1970, pp. 176-185. (Citado por Degenaar [4])
4. Degenaar, JJ., "Some philosophical considerations on pain" *Pain* 7:281-304, 1979.
5. International Association for the Study of Pain, "Pain terms: a list with definitions and notes on usage", *Pain* 6:249-252, 1979.
6. Prkachin, KM., "The consistency of facial expressions of pain: a comparison across modalities", *Pain* 51:297-306, 1992.
7. Prades Celma, JL y V. Sanfélix Vidarte, *Wittgenstein: mundo y lenguaje*, Editorial Cincel, Serie historia de la Filosofía, No. 46. Madrid, España. 1990. p 102.
8. Cassel, EJ., "The nature of suffering and the goals of medicine", *N Engl J Med* 306:639-645, 1982.
9. Van der Maas, PJ, JJM. van Delden, L. Pijnenborg, et al. "Euthanasia and other medical decisions concerning the end of life" *Lancet* 338:669-774, 1991.
10. Angell, M., "Euthanasia", *N Engl J Med* 319:1348-1350, 1988.
11. Cohen, FL., "Postsurgical pain relief: patient's status and nurses' medical choices" *Pain* 9:265-274, 1980.
12. Marks, RM., EJ. Sachar, "Undertreatment of medical inpatients with narcotic analgesics", *Ann Intern Med* 78:173-181, 1973.



Escultura de Rodin