

EVOLUCION DEL CONCEPTO DE DOLOR: UN ANALISIS HISTORICO

JORDI MIRO**

Departament de Psicologia de la Salut
Universitat Autònoma de Barcelona.

RESUMEN

Este trabajo revisa de forma selectiva la historia del concepto de dolor en Occidente, desde las concepciones de la Grecia antigua hasta la postura interaccionista contemporánea. La aparición de los modelos multidimensionales y sus implicaciones para la práctica clínica también son analizados. El autor destaca la necesidad de elaborar una definición que incluya las contribuciones aportadas por las diferentes disciplinas científicas.

SUMMARY

This paper selectively reviews the history of the pain concept in the West, from ancient Greece conceptions to the contemporary interactionist position. The emergence of multidimensional models and their implications for contemporary clinical practice is discussed. The author highlights the necessity of a perspective that incorporates medical as well as psychological contributions to the comprehensive concept of pain.

INTRODUCCION

El dolor es uno de los fenómenos más estudiados en la historia del mundo occidental. No en vano resulta ser el principal factor que suele

* Este trabajo ha sido posible gracias a la beca concedida a su autor por el Departament d'Ensenyament de la Generalitat de Catalunya.

** Toda correspondencia relativa a este artículo debe dirigirse a:

Jordi Miró
Departament de Psicologia de la Salut
Facultat de Psicologia, Edifici B
Universitat Autònoma de Barcelona
08193 Bellaterra

determinar la búsqueda de ayuda médica, en nuestra sociedad (Bayés, 1986).

Al igual que sucede en cualquier otra disciplina científica, las aproximaciones conceptuales al dolor aparecen determinadas, históricamente, por las teorías imperantes y las líneas de trabajo más importantes del momento. Así, a finales de la década que cerraba el siglo XIX la teoría de la especificidad emerge en un periodo en el cual la corriente filosófica del estructuralismo es la de mayor trascendencia. En los albores del siglo XX domina la escena filosófica la corriente funcionalista. A la luz de éste movimiento se elaboran las teorías del patrón, encaminadas a definir los procesos o funciones que dan lugar a los síndromes de dolor. En la década de los sesenta Wilbert E. Fordyce y sus colaboradores (Fordyce, Fowler y Delateur, 1968; Fordyce, Fowler, Lehmann y Delateur, 1968) desarrollaron un modelo explicativo del dolor crónico siguiendo la teoría más en boga de la época: el modelo de aprendizaje de Skinner (1953). Con la aparición del modelo de Melzack y colaboradores (Melzack y Casey, 1968; Melzack y Wall, 1965, 1982) y tras un periodo en el que el dolor es calificado como una sensación específica, se catalogan las variables cognitivas-evaluativas y motivacionales-afectivas como factores que interactúan con los procesos sensoriales en la percepción del dolor.

Una de las consecuencias más importantes de la aparición de este modelo, es el nacimiento de una asociación mundial dedicada al estudio del dolor, y en la que se integran todas aquellas personas interesadas por aspectos relativos al problema. Conocida como IASP ó International Association for the Study of Pain (Asociación Internacional para el Estudio del Dolor), fue fundada en Mayo de 1973 durante el simposium internacional sobre dolor que tuvo lugar en Issaquah (Estado de Washington), aunque más tarde sería incorporada a Washington D.C., en Mayo de 1974. Uno de los propósitos con los que inicia su andadura es conseguir una clasificación, una terminología y una definición uniforme de dolor y de los síndromes de dolor. Con ello, se intenta evitar la proliferación de constructos que por proceder de diferentes campos dificultan el entendimiento interprofesional. No obstante, a pesar de los esfuerzos realizados desde la IASP 2 - y desde otros fóruns afines, los progresos conseguidos no se corresponden con las expectativas creadas a su entorno.

Conceptualmente hablando, podemos afirmar junto a Schneider y Karoly (1983) que el mayor avance del presente siglo, en el estudio del dolor, ha sido el reconocimiento de que el dolor debe ser descrito como una experiencia perceptual compleja. Aunque hace más de 20 años que se empezó a utilizar esta definición de forma sistemática (ver Melzack y Wall, 1965), aún hoy día perduran los problemas de entendimiento.

1 Así, por ejemplo, el concepto de nocicepción, -derivado del de nociceptor e introducido por Sherrington-, ha ido restringiendo su significación desde el modelo de la compuerta. En la actualidad se utiliza para definir el fenómeno sensorial; mientras que el término dolor, se reserva para cuando hacemos referencia a la percepción subjetiva (ver IASP, 1979).

2 La IASP cuenta con más de 4200 afiliados de 71 países diferentes. Según datos registrados en el Directorio de miembros de 1990, existen en España 85 afiliados de los que 5 son psicólogos (ver IASP, 1990).

El presente trabajo tiene por objetivo estudiar la evolución que ha experimentado el concepto de dolor, en Occidente, y las implicaciones e influencias que las diferentes conceptualizaciones han ejercido en la práctica clínica. Como veremos, en la historia del estudio del dolor existe un reciclaje de las conceptualizaciones teóricas más que una progresión lineal, basada en el incremento de nuestros conocimientos (Turk et al., 1986).

EVOLUCION DEL CONCEPTO DE DOLOR

Para poder considerar y evaluar correctamente las perspectivas teóricas contemporáneas, suscitadas en torno al tópico del dolor, es menester contemplar sus raíces filosóficas. Por ello, iniciaremos este recorrido histórico observando las matizaciones que los filósofos de la Antigua Grecia vierten en el concepto de dolor.

No es de extrañar que en tiempos al dolor se le considerase como un aspecto más de la vida mental, si tenemos en cuenta los trabajos de Platón y Aristóteles. En los libros VI y VII de la República, Platón (427-347 a. C.) nos habla de su teoría de las ideas. Distingue entre el mundo sensible o de las sombras (cósmos aisthetós) y el mundo inteligible o de las ideas (cósmos noetós). El primero representa lo imperfecto y como tal únicamente perceptible a través de los sentidos que, a su vez, son imperfectos, también. El segundo de ellos es lo perfecto. La forma en que Platón entendía el dolor estaba basada en una conexión entre ambos mundos. El dolor era el resultado de violentas reacciones corporales que impactan en la psyche. De manera que el dolor no representaba una sensación aislada sino un acto perceptivo realizado por la mente (psyche) o alma racional, y que en último término era el resultado de una intensa actividad en cualquiera de los sentidos materiales.

Aristóteles (384-322 a. C.), por su parte, y aún siendo un filósofo de las postrimerías del periodo Helénico (600-322 a. d. C.) muestra en su obra un fuerte énfasis sobre el naturalismo. Aristóteles era, ante todo, un científico que creía en la realidad del mundo sensible y en la valía de la

percepción sensorial. El cuerpo no era para él una tumba (Leahey, 1982). En efecto, para Aristóteles el alma es inseparable del cuerpo. Según Leahey (1982), su concepción se asemeja a lo que en la actualidad denominamos la posición del doble aspecto: hay sólo una realidad material, el cuerpo, pero éste tiene dos aspectos, el fisiológico y el mental. En palabras de Aristóteles (cit. en Leahey, 1982) "... es tan inútil (hablar de la cuestión de si el alma y el cuerpo son una sola cosa) como plantearse si la cera y la forma que se le imprime con un sello son la misma cosa...".

Aristóteles, probablemente, fue el primero en definir los cinco sentidos: vista, oído, olfato, gusto y tacto (Dallenbach, 1939; Merskey, 1980). Aunque indicó claramente que la verdadera causa del dolor era la materia, no incluyó al dolor dentro de las 5 sensaciones. Sino que, al igual que Platón, suscribió un modelo de intensidad para el dolor, situando a éste entre las pasiones del alma. Aunque probablemente no fuera su intención, esta clasificación sería interpretada, más tarde, por los filósofos de la Edad Oscura (s. VI-X d. C.), como indicativa de que el dolor es un proceso emocional (Merskey, 1980). Dallenbach (1939), no considera que apartar el dolor de los sentidos o considerarlo como la antítesis del placer pueda calificarse de sorprendente. Razonándolo como sigue: "a diferencia de la vista, oído, olfato, gusto y tacto, el dolor no posee ningún órgano propio ni está restringido a ninguna zona corporal, sino que lo podemos encontrar en cualquier parte. Además, no es un tipo de cualidad externa a los objetos como puedan serlo los de los mencionados cinco sentidos; y por otra parte, su característica más importante (inherente) es lo desagradable (...) Una vez identificado con lo desagradable, por oposición al placer, el dolor trasciende las limitaciones del ámbito sensorial insertándose dentro de la esfera mental" (p. 331).

Aristóteles fue el último gran filósofo de la Edad Clásica. Después de él, el pensamiento tomó nuevas direcciones. La corriente naturalista dominante entra en declive. En vez de investigar cuestiones de ciencia, los filósofos se dedicaron ahora a buscar recetas para la felicidad humana. Filósofos como los Estóicos, los Cínicos, los Hedonistas o los Escépticos estaban más interesados en otros aspectos que no en los propios de la Psicología. Pero se puede decir de ellos que seguían pensando en el dolor como en una emoción. De tal manera que, por ejemplo, los Estoicos creían poder sobreponerse al dolor mediante el razonamiento (Turk y Rudy, 1986), puesto que desconfiaban de la percepción sensorial.

A medida que el Imperio Romano empezó a desmoronarse la gente necesitó algo más plausible y estable en lo que creer. De entre las religiones que pugnaban por conformarse como la oficial del Imperio, la gran triunfadora, si cabe calificarla así, fue el Cristianismo. Con ella, las ideas naturalistas dejaron paso a las trascendentalistas, y en el mundo occidental

afloró un cierto aire de espiritualidad. La posición frente a la filosofía clásica fue de rechazo. Erigiéndose como uno de los mayores representantes de la filosofía católica San Agustín, que combinó las ideas provenientes del estoicismo, el neoplatonismo y la fe cristiana (Leahey, 1982). Nuevamente se adopta una posición dualista, donde el alma es algo completamente independiente del cuerpo. Como consecuencia de este retorno al dualismo platónico, la idea que sobre el dolor se venía observando cambia radicalmente, para transformarse en una concepción diametralmente opuesta. Tal es, que el dolor era consecuencia de algo mal hecho, un castigo por una mala acción y no, como apuntaban los filósofos anteriores (p. ej. Aristóteles), un producto de procesos corporales. Esta concepción del dolor llevó a utilizar la oración como una primera forma de alivio, aportando a la cultura occidental el primer método psicológico de enfrentarse al dolor (Moitza y Espin, 1980).

Con el inicio de la Edad Media (s. XI-XV), llegó un gran renacimiento intelectual, conforme las obras de Aristóteles comenzaron a conocerse en el mundo occidental. En esta época se intenta asimilar la ciencia y la filosofía naturalista en el marco de la doctrina cristiana. Quizás el personaje más representativo de este intento sea Santo Tomás de Aquino (1225-1274). Adoptó el sistema de Aristóteles y probó que no era incompatible con el cristianismo. En su propósito por retomar la ciencia naturalista, altera el concepto aristotélico de alma racional convirtiéndola en una entidad independiente del cuerpo cuyo único objetivo era el conocimiento de Dios. En este contexto, el dolor es considerado como una consecuencia de estimulaciones externas (concepto ya visto en los filósofos griegos), pero mediatizado por "operaciones internas" de la persona. Sto. Tomás, consideró las sensaciones corporales como necesarias pero insuficientes en la percepción del dolor (preludio de los modelos contemporáneos en los que se tienen en cuenta las variables psicológicas).

El periodo renacentista (s. XV-XVIII) da entrada al mundo moderno. Durante este periodo, y como consecuencia del interés que despierta el hombre para los estudiosos de la época, los filósofos europeos clarificaron las relaciones entre cuerpo y alma, que Sto. Tomás de Aquino había obviado, acaso premeditadamente. Tres fueron las diferentes soluciones que se dieron, cada una de las cuales lleva a distintas visiones del dolor.

En un primer lugar encontramos la propuesta por Descartes (1596-1650).

Planteó un dualismo en el que la mente y el cuerpo son percibidos como entidades diferentes, la una física -el cuerpo- y la otra no -la mente-. Según Descartes hay una grandísima diferencia entre el espíritu y el cuerpo. Aunque entidades separadas y diferentes están en estado de continua

interacción. La mente adquiere información del mundo material a través de los sentidos, mientras que la mente puede dirigir las acciones de nuestro cuerpo. La interacción mente-cuerpo la explicó mediante procesos fisiológicos, por contraposición a Sto. Tomás de Aquino quien proponía procesos mentales o procesos internos de la persona. A diferencia de Sto. Tomás, propuso la existencia de unas vías de dolor que comunicaban al cerebro las sensaciones de la zona afectada.

"[...] cuando siento dolor en el pie, la física me enseña que ese sentimiento se comunica por medio de los nervios repartidos por el pie, los cuales son como unas cuerdas tirantes que van desde los pies hasta el cerebro. [...] Advierto también que, puesto que cada uno de los movimientos habidos en la parte del cerebro, de la cual recibe el espíritu una impresión inmediata, no hace sentir al espíritu sino un solo sentimiento, lo mejor que puede imaginarse y desearse es que ese movimiento haga sentir al espíritu, de entre todos los sentimientos que pueda causar, el más propio y ordenadamente útil para la conservación del cuerpo humano sano.

"[...] un mismo movimiento del cerebro no puede producir en el espíritu sino un mismo sentimiento, y como ese sentimiento lo excitan con más frecuencia las causas que hieren el pie, que otras causas en otras partes, resulta muy razonable que ese movimiento lleve siempre al espíritu del dolor del pie y no el de otra parte cualquiera." (Descartes, R.: El discurso del método. Traducción del original: Espasa-Calpe, pp.179-181, 1976; el subrayado es nuestro).

Esta visión de una vía directa entre un centro cerebral propio del dolor y distintas partes del cuerpo sería recogida más tarde por las modernas teorías fisiológicas del dolor.

Una segunda formulación es la aportada por Baruch Spinoza (1632-1677).

Basó su filosofía en una reconstrucción radical de la naturaleza humana. Para él, la mente no es algo separado del cuerpo. Mente y cuerpo son una sola cosa, aunque puedan ser contemplados bajo dos aspectos: como procesos cerebrales fisiológicos o como sucesos mentales - pensamientos-. Como vemos, Spinoza sigue, en buena medida, las directrices iniciadas con Aristóteles, relativas a la naturaleza del hombre y su concepción del doble aspecto. Donde el cuerpo y la mente son diferentes aspectos de una misma sustancia, que él identifica con Dios. El hombre era un aspecto de Dios, y mente y cuerpo aspectos inseparables del hombre. Spinoza rechazó el dualismo cartesiano y esa es la razón de que para él no exista el problema de la interacción. Los estados mentales no pueden afectar al cuerpo, y de igual manera, tampoco el cuerpo puede afectar los

estados mentales. Por tanto, para Spinoza, la actividad mental y la fisiológica son 2 aspectos diferentes del dolor. El dolor no es un producto de la interacción entre procesos mentales y procesos fisiológicos.

La tercera propuesta es la introducida por Gottfried Wilhelm Leibnitz (1646-1716).

La solución del problema mente-cuerpo fue realizada en virtud de su teoría de las mónadas. En esta teoría adopta conceptos de Descartes y de Spinoza. Mente y cuerpo son entidades separadas (dualismo cartesiano) y a la vez independientes (doble aspecto).

Descartes había propuesto que mente y cuerpo interactuaban, aunque no estaba muy claro cómo tenía lugar este fenómeno. Leibnitz aportó una respuesta que desde entonces ha venido llamándose: paralelismo mente-cuerpo (o psicofísico). Según Leibnitz, la mente refleja exactamente lo que ocurre en el cuerpo pero sólo debido a la armonía preestablecida por Dios y no por una conexión causal. Para él, existía una correlación una-a-una entre las sensaciones y las impresiones mentales de la percepción. Ello quiere decir que la percepción de dolor está en perfecta correlación con, pero completamente independiente de, la sensación física de dolor.

Posteriormente, fue Kant (1724-1804) quien adoptó el supuesto de una correlación entre cuerpo y mente. Aunque, en líneas generales, seguía la línea trazada por Leibnitz, éste utiliza mecanismos fisiológicos para explicar tal relación, y no habla de procesos metafísicos armónicos regidos por Dios. Para Kant, la unidad del hecho perceptivo era algo considerado como de *facto*.

El reduccionismo físico propuesto por Descartes unido a la idea de una correlación una a una entre aspectos físicos y mentales propuesto en un principio por Leibnitz y más tarde adoptado por Kant, iban a convertirse en los cimientos a partir de los cuales se estructurarían las teorías del dolor, durante los siglos XIX y XX. De cualquier modo, esta extensión del reduccionismo físico kantiano, realizado por los modernos fisiólogos, no parece corresponderse con la idea de la unidad perceptiva propuesta por Kant. Más bien parecen estar en clara contraposición. Según Schneider y Karoly (1983), Kant parece anticipar los modelos actuales -cuando nos habla de la unidad del acto perceptivo-, en los que se concibe al dolor como un fenómeno perceptual complejo, y en los que, a la vez, se evitan explicaciones simplistas y reduccionistas como pueda ser la enunciada por Leibnitz.

Llegado este momento, nos situamos ante las puertas de las modernas teorías del dolor. La concepción aristotélica de los sentidos y la inclusión del dolor entre ellos como una sensación específica se nos muestra como factor determinante en la formación de estas teorías.

Desde Themisitus (317-387) hasta Bell (1774-1842) los comentarios referidos a la doctrina de los 5 sentidos estaban divididos en 2 posiciones y anticiparon lo que posteriormente se transformaría en las teorías del patrón y la teoría de la especificidad:

En un primer lugar encontramos aquellos que siguen la línea iniciada por Aristóteles. Creen que el dolor no es una sensación específica, pero sí de una alta intensidad. El primero en formularlo explícitamente fue Erb en 1874, aunque con anterioridad otros habían suscrito tal fórmula, como por ejemplo Bimplicius (s. VI) o Philoponus (s. VII).

En el lado opuesto se sitúan los que creen que el dolor es una sensación específica. Este grupo no tenía en cuenta la división sensorial realizada por Aristóteles y cada uno de ellos dividía los sentidos a su antojo. El primero de situarse en esta posición fue Avicenna en el s. XI, aunque no fue formulada definitivamente hasta el año 1858 por Schiff.

Ambos puntos de vista, dolor como sensación específica y dolor como sensación de una alta intensidad, unidos a las respuestas del problema mente-cuerpo son, sin lugar a dudas, la base fundamental de las modernas teorías fisiológicas del dolor.

A principios del s. XIX empieza a tomar parte la tradición fisiológica en las explicaciones del dolor. Los nuevos descubrimientos en el campo de la neurofisiología y de la psicofísica van a influir decisivamente en las conceptualizaciones futuras. De entre los trabajos más influyentes cabe citar el de Johannes Müller (1801-1858), quien en 1840 enunció su teoría de la energía específica de los sentidos. Siguiendo la línea iniciada por Descartes, Müller sugiere que el cerebro diferencia las sensaciones en función de las propiedades del nervio estimulado. Esta teoría, en la que un centro cerebral es el responsable de la percepción de las sensaciones, comunicadas por un órgano sensorial a través de una línea directa, no es más que una extensión del paralelismo psicofísico propuesto por Leibnitz. Donde, en el fondo de la vinculación entre cuerpo (órgano sensorial) y el alma (cerebro) se escondería un matemático paralelismo, un perfecto ajuste temporal entre la aparición de un fenómeno anímico y la aparición de su correlativo proceso somático (Gómez-Bosque, 1977). El paralelismo psicofísico que de esta teoría se desprende llevó a entender que existe una equivalencia entre la sensación física y la impresión mental de dolor. Así

entendido, la cantidad de dolor experimentado es directamente proporcional a la magnitud de la lesión física que lo produce.

Con las ideas de Müller se inicia un periodo en el que el dolor va a ser definido únicamente en función de los correlatos fisiológicos. Unas ideas que impregnarán el pensamiento occidental y que van a tener en la disciplina médica a su máximo encomiador.

En 1895, Max von Frey amplía la teoría de Müller al sistema nervioso periférico (Kenshalo, 1971) y reivindica, con la formulación de la teoría de la especificidad (specificity theory), la existencia de un sistema sensorial específico que comunica al cerebro la sensación de dolor. Esta teoría sigue la tradición iniciada con Avicenna en el s. XI, continuada posteriormente por Liebnitz y Lotze. Aunque era muy poca la evidencia respecto a la especificidad de los receptores sensoriales, von Frey no hacía más que seguir las tendencias existentes por aquel entonces, tanto en el campo de la Fisiología como de la Psicología donde se había identificado tal especificidad para otras sensaciones (Schneider y Karoly, 1983).

A mediados del s. XIX, tiene lugar un cambio importante en la línea de las investigaciones psicológicas. Hacia los años 30 la notable influencia del Funcionalismo se deja sentir en la Psicología y con ello se abandona el énfasis por descubrir elementos y estructuras -propio del Estructuralismo- para investigar las funciones o procesos que dan lugar al dolor. El interaccionismo se convierte, por ello, en la fuerza dominante del campo psicológico. Al igual que hiciera Spinoza, los estructuralistas intentan preservar la unidad del hombre. Si bien entienden que existe una cierta dualidad en él (mente y cuerpo) destacan la importancia de las interacciones entre ambos aspectos. Tal disposición, unida a los errores conceptuales de la teoría de la especificidad, como pueda ser el del paralelismo psicofísico, provocan la aparición de nuevas teorías, basadas en los conceptos de la interacción sensorial.

Con ello llegamos a un nuevo estadio en el desarrollo de las teorías fisiológicas del dolor. Estas nuevas teorías pueden agruparse bajo el epígrafe de teorías del patrón (pattern theories) (Melzack, 1973). A grandes rasgos, podemos decir que estas teorías sostienen que el dolor es producto de la intensidad de la estimulación sensorial y de la sumación estimular. El teórico más importante de este movimiento es Goldscheider, quien en 1894 fue el primero en proponer que no existen estímulos dolorosos, sino estímulos que provocan dolor..

Estas teorías derivan de la formulada por Erb en 1874, y que en primera instancia había sido expuesta por Aristóteles y más tarde continuada por Spinoza. Sería algo así como el punto medio de los partidarios del dolor

como emoción y los partidarios del dolor como una sensación específica (Merskey y Spear, 1967).

A la disputa entre los seguidores de la especificidad y los partidarios del modelo de intensidad, se unía una nueva corriente de teóricos que apoyaban la tradicional teoría del dolor como lo opuesto del placer, y que data de los tiempos de Platón. El dolor era presentado por ellos como una característica afectiva. De los que profesaban una mayor simpatía y subscribían el modelo de dolor como característica afectiva, cabe citar a Wundt en Alemania; Bain, Bradley y Spencer en Inglaterra y a Dewey, James y Marshall en América (Dallenbach, 1939). Entre todos ellos, destacaba uno por su firmeza y su gran actividad, se trata de Henry Rutgers Marshall. Aunque Marshall fue un hombre prolijo en publicaciones no consiguió consolidar su modelo del afecto ni tan siquiera entre aquellos que seguían su misma línea.

El dolor como lo opuesto al placer fue rápidamente excluido del pensamiento científico, probablemente por la enorme importancia que por aquel entonces daban a los procesos fisiológicos y por otra parte, por la extrema posición adoptada por Marshall (1894) quien afirmaba que el dolor es solamente una emoción que colorea todo pensamiento y sensación.

Los tres modelos propuestos a principios de este siglo: teoría de la especificidad, teorías del patrón y teoría del afecto expusieron, en su momento, diferentes visiones del dolor. Cada uno de ellos conceptualizó al dolor en virtud de distintos aspectos observados en la génesis de los cuadros dolorosos. Todos excluyentes entre sí, puesto que las divergencias llegaron a acentuarse hasta tal punto que cualquier intento de reconciliación resultaba imposible. Se hacía inevitable la entrada de savia nueva para que la necesaria reconciliación se llevase a efecto. Con la unión de los esfuerzos de Melzack y Wall (Melzack, 1961; Melzack y Wall, 1962; Wall, 1958, 1964) parece que se alcanza tal reconciliación.

Melzack y Wall, en 1965, publican en Science una nueva teoría (gate control theory) sobre los mecanismos del dolor en la que integran el plano fisiológico con el psicológico como hasta entonces no se había elaborado. Los autores (i.e. Melzack y Wall, 1965), ponen especial énfasis en la importancia que tanto el sistema periférico como el central tienen en la percepción del dolor. Melzack y asociados (Melzack y Wall, 1965; Melzack y Casey, 1968) sugieren que la percepción del dolor es el resultado de la interacción de los factores cognitivo-evaluativos y motivacional-afectivos con los procesos fisiológicos. De acuerdo con estos autores, será la interacción entre todos estos factores quien determinará la experiencia de dolor.

Es importante retomar lo referido por Sto. Tomás de Aquino para observar la existencia de ciertos paralelismos con los enunciados de Melzack y sus colegas. Como fue reflejado con anterioridad, Sto. Tomás consideró los procesos somáticos como necesarios pero insuficientes en la percepción del dolor. Y como podemos ver en el modelo de la compuerta se suscribe un proceso de interacción igual que sucede con Sto. Tomás. También Kant nos habla de la unidad del acto perceptivo, adelantándose así a lo que a mediados-finales de los años 60 Melzack, Wall y Casey iban a formular.

La teoría de la compuerta, por su radical distanciamiento respecto de los modelos existentes fue ampliamente discutida. Los mecanismos anatómicos hipotetizados, para quienes "sufrían" el encorsetamiento de los modelos unidimensionales, no pasaban de ser simples hipótesis sin validez clínica alguna. Posteriormente, propiciado por nuevos descubrimientos en el campo de la fisiología, Melzack y Wall (1982) reformularon su antiguo modelo, introduciendo algunas variaciones. Lo cierto es que su modelo no ha sido definitivamente confirmado por investigaciones posteriores. Aunque sus detractores, (ver por ejemplo las críticas de Algom, Raphaeli y Cohen-Raz, 1986) dicen, no sin razón, que algunos mecanismos hipotetizados no están comprobados, lo realmente importante de esta teoría es lo que prevalece a pesar de estas críticas: la noción de un mecanismo de control y la naturaleza multidimensional del dolor.

Melzack y Wall (1982) están de acuerdo en que "... la teoría de la compuerta no supone la verdad última sobre el dolor", y observan que "... Si bien existen algunos a los que les gustaría suprimirla, éstos no han aportado una alternativa razonable, sino que más bien pretenden volver al confort que supone la ortodoxia del modelo de la especificidad" (pags. 235-236). La situación suscitada en torno al modelo de la compuerta, se refleja con absoluta claridad en la frase utilizada -aunque en otro contexto- por Fordyce et al. (1985) "Probablemente no existe ninguna otra actividad intelectual más difícil, que aprender y asimilar que aquello considerado por nosotros como correcto y verdadero, resulta no serlo" (p. 123).

La aparición del controvertido modelo de Melzack y Wall (1965) provocó un renacimiento del interés por el dolor en varias disciplinas que hasta entonces no se habían implicado en su estudio, con suficiente intensidad. De estas disciplinas, la que acogió con mayor interés e intensidad las propuestas lanzadas por aquellos autores, fue, sin lugar a dudas, la Psicología.

En los años 60, la corriente dominante era el conductismo popularizado por Skinner (1953). De sentido común es entender que la mayor parte de trabajos realizados, durante ese periodo, siguiesen la línea

conductual. Las definiciones de dolor que aparecen, lo hacen dentro de un esquema E-R, donde el dolor es definido como una reacción a un daño tisular. Así, por ejemplo, Merskey y Spear (1967) retomando anteriores trabajos, definen el dolor como "una experiencia desagradable que en un principio asociamos con un daño tisular o que es descrita en función de ese daño, o definida por ambos aspectos" (p. 65)

Siguiendo esta línea, Sternbach (1968) define el dolor como un concepto abstracto que hace referencia a:

- 1.- una sensación (del daño) personal y privada.
- 2.- un estímulo dañino que denota la existencia de un daño tisular o la posibilidad de su inminente aparición
- 3.- un patrón de respuestas que operan para proteger al organismo de algún mal.

Ambas definiciones son insatisfactorias porque no trascienden el ámbito sensorial y, en todo caso, reducen el fenómeno a una situación de estímulo-respuesta. Por una parte, sabemos que puede existir dolor sin lesión y lesiones sin dolor (ver los ejemplos referidos por Melzack, 1973; Miró, 1990). Además, como afirman Melzack y Wall (1982), hacer referencia a un estímulo dañino es confundir la causa con la experiencia, el evento físico con el complejo proceso psicológico

También existen definiciones, que si bien siguen un modelo estímulo-respuesta fijan su atención en otros aspectos distintos del meramente sensorial. Se trata del modelo conductual elaborado por Wilbert E. Fordyce y colaboradores. Un modelo que junto al de Melzack y Wall (1965, 1982), se ha mostrado como el de mayor influencia en el estudio del dolor. En 1978, Fordyce amplía la definición de Merskey y Spear (1967) y define el dolor como "una experiencia desagradable que asociamos, en primer lugar con una lesión tisular o que describimos en función de tal lesión o de ambos, y la presencia de la cual se nos muestra por alguna forma de conducta visible o audible" (subrayado original) (Fordyce, 1978: p 54)

La influencia de Fordyce se observa en la formulación del modelo de Loeser (1980) relativo a la experiencia de dolor. En esta, según Loeser, hay que distinguir 4 niveles que de más a menos simple, son los siguientes: nocicepción, dolor, sufrimiento y conductas de dolor. Loeser (1980) considera que nocicepción, es la energía térmica, mecánica o química que actúa sobre las terminaciones nerviosas de las fibras A-delta y C. Este es el componente iniciador del input, esto es, el estímulo. El dolor es definido

como la experiencia sensorial que refleja la percepción de la estimulación nociceptiva por el sujeto. Este parámetro no forma parte de la respuesta y vendría a ser, según Fordyce (1989), el indicador de la transmisión de la nocicepción, por tanto, parte del input o estimulación. Sufrimiento es la respuesta afectiva generada en los centros nerviosos superiores por el dolor y por otras situaciones, tales como: pérdida de seres u objetos queridos, ansiedad, etc. No cabe considerar el sufrimiento como parte del estímulo, dado que aquél puede aparecer sin la presencia de este último. Mientras que las conductas de dolor, son todo tipo de acciones que permiten inferir a un observador que el individuo que las emite está sufriendo.

Fordyce (1989), propone restringir el término dolor al componente estimular de la experiencia y reservar el vocablo sufrimiento o conductas de sufrimiento (incluyendo conductas de dolor) para el componente responsivo o de respuesta.

El periodo que media entre la aparición del modelo de la compuerta (Melzack y Wall, 1965) y el inicio de los años 80 cabe considerarlo como de transición. En el sentido de que el concepto de dolor como un fenómeno perceptivo complejo va adheriéndose al pensamiento científico, progresivamente. Siguen existiendo definiciones de dolor en términos de sensorialidad, aunque paulatinamente se integran los conceptos de subjetividad propios de las dimensiones psicológicas.

Un hecho crucial que acontece durante este periodo es la constitución de la IASP (International Association for the Study of Pain) en 1973. Esta asociación, pretende unificar criterios para avanzar en la comprensión y tratamiento del dolor, siendo uno de sus primeros y más importantes cometidos (Penzo, 1989) la creación de un comité para la nomenclatura y la taxonomía del dolor, el resultado de cuyos esfuerzos fue la definición del mismo.

La necesidad de una taxonomía fue expresada por Bonica, quien observó que: "el desarrollo y la adopción de definiciones universalmente aceptadas así como una clasificación de los síndromes de dolor se encuentra entre los objetivos y responsabilidades más importantes de la IASP (...) Aun cuando la clasificación y las definiciones adoptadas no sean perfectas, siempre serán mejores que las condiciones de Torre de Babel en las que nos encontramos actualmente..." (Bonica, 1979; p 2). Así, en 1979, el Subcomité de Taxonomía definió el dolor como "una experiencia sensorial y emocional desagradable, asociada a una lesión hística real (actual) o potencial o descrita en términos de la misma" (IASP, 1979).

Esta definición, supera las anteriores porque, conceptualmente, entiende que en el dolor hay componentes sensoriales y emocionales. Y

además, aunque depende de lesiones somáticas, el dolor es definido independientemente de los estímulos. Es decir, tiene en cuenta los síndromes de dolor donde la percepción de éste no depende de una lesión o herida actual (por ejemplo, en el miembro fantasma). Sin embargo, no ha sido una definición exenta de críticas. Melzack y Wall (1982), por ejemplo, aun cuando manifiestan la importancia que tiene el hecho de reconocer la vaga relación existente entre lesión y dolor, y la inclusión de la dimensión emocional en la experiencia de dolor, subrayan el problema que significa utilizar la palabra desagradable. Para Melzack y Wall (1982), el dolor es ciertamente desagradable, pero es mucho más que eso. "Las cualidades de lo desagradable son complejas y comprenden múltiples dimensiones que aún están por determinar" (Melzack y Wall, 1982; p. 70).

Bayés (1986) apunta, al respecto, que en realidad: 1) puede darse una lesión sin percepción del dolor, 2) puede existir dolor sin lesión en los tejidos, 3) aunque a menudo el dolor constituye la señal de una lesión inminente, como en el caso del dolor que precede a una quemadura, no siempre es así, especialmente en los numerosos casos de dolor crónico, y 4) aún cuando, generalmente, el dolor es desagradable y tenemos tendencia a evitarlo, algunas veces, como en determinados comportamientos sexuales, el dolor se busca en lugar de evitarse.

Estamos completamente de acuerdo en los 3 primeros apuntes y consideramos, al igual que Blasco (1986), que cualquier tentativa de definición debe tenerlos en cuenta. No sucede así con el cuarto, porque entendemos que de la experiencia de dolor resulta una conducta de evitación (ver Gentry y Bernal, 1977; Lethem et al., 1983). Conducta que muy probablemente sea consecuencia de lo desagradable y aversiva que resulta aquella experiencia.

No queremos decir con ello que la respuesta sea siempre la de huida, pero si estamos convencidos de que la respuesta normal del individuo es la de evitar, en lo posible, las situaciones susceptibles de ocasionar dolor. Podemos afirmar, sin temor a equivocarnos, que vivimos en una sociedad que huye del dolor, y si no que se lo pregunten a los laboratorios médicos. Basta retomar la cita con la que iniciábamos este trabajo para apoyar el aserto anterior y que pertenece al mismo Dr. R. Bayés: el dolor es el principal factor que suele determinar la búsqueda de ayuda médica, en nuestra sociedad.

De igual modo que el Dr. Bayés alude a determinadas prácticas o comportamientos sexuales, alguien podría recordar, en el mismo sentido, los experimentos que llevó a cabo Pavlov. Ante ello no podemos dejar de preguntarnos ¿es que acaso los perros de Pavlov o los sujetos a los que alude el Dr. Bayés están, realmente, experimentando dolor? Si es así, volvemos a reducir la experiencia de dolor a la estimulación, y el

pretendemos eludir explicaciones mecanicistas y reduccionistas como las que se desprenden de la teoría de la especificidad, pongo por caso, difícilmente lo conseguiremos.

¿Cómo conoceremos que un sujeto está experimentando dolor? Creo que podremos ponernos de acuerdo en que la principal fuente de información es la conducta que emite aquél. En estos momentos, quisiera recordar el añadido de Fordyce a la definición de Mersekey y Spear: "... y la presencia de la cual se nos muestra por alguna forma de conducta visible o audible". ¿Podemos inferir de la conducta de estos sujetos que padecen dolor? ¿Cabe considerar la salivación de unos o los gestos de placer, de otros, como indicativos de dolor y/o sufrimiento? Ciertamente creemos que no. En todo caso, estos ejemplos nos pueden servir para reflejar que la ecuación E-R no funciona, que no nos sirve para explicar la experiencia de dolor. Quizás fuera bueno utilizar la definición de dolor de Schoenfeld (1980), para verter un poco de luz a tan oscuro concepto. Para el mencionado autor, el dolor es una construcción social, una respuesta del individuo que ha sido moldeada por la historia sociocultural de éste. Lo doloroso del dolor de un individuo depende de cómo identifica ese dolor, su origen, sus propósitos y su posible resolución. Lo doloroso de un estímulo, por tanto, no debería juzgarse a través de las características de éste, sino a partir de la respuesta del organismo ante dicho estímulo. Lo que de acuerdo con cualquier criterio es doloroso en una situación, no necesita serlo en otra.

Dicho con otras palabras, la estimulación nociceptiva no resulta, en determinados casos, causa suficiente para inducir dolor en un individuo. Estamos de acuerdo cuando la IASP afirma que el dolor es siempre un estado subjetivo y que es incuestionable alguna sensación corporal. Sin embargo, "la actividad inducida en el nociceptor y en las vías nociceptivas no es dolor, el cual es siempre un estado psicológico, aún cuando podamos apreciar muy a menudo que presenta una causa física" (IASP, 1986: p. S217, subrayado añadido).

El dolor, por tanto, es considerado por la IASP como una experiencia psicológica y no es sinónimo de la actividad que tiene lugar en la neurona.

Con lo dicho no queremos polemizar ni un ápice, ni ha sido un sentimiento de crítica el que ha guiado nuestros pensamientos. Antes al contrario. Nuestro posicionamiento ante el problema del dolor y por ende al de su definición, está tan próximo al del Dr. Ramón Bayés que lo hacemos nuestro. Así, por ejemplo, estamos totalmente de acuerdo en que no puede satisfacernos definir el dolor en términos de lesión histica, señal de peligro, sensación desagradable o comportamiento de evitación. Otra cosa es considerar que el dolor no desencadena una clara conducta de evitación. Lo cierto es que todos estos problemas dialécticos presentes en el ámbito del

dolor, del cual son fiel reflejo las líneas anteriores, no son sino un traslucir de las dificultades y controversias existentes en este campo.

Algunos, como Weisenberg (1977), han señalado que cualquier definición de dolor es inadecuada. Probablemente, y con ello seguimos la impresión de Blasco (1986), el autor pretende poner de manifiesto la complejidad del fenómeno, aludiendo a aquellos intentos de delinir el dolor que se han basado en el componente sensorial de la experiencia. Otros, como Melzack y Wall (1982), afirman que el valor de cualquier definición contemporánea es heurístico, sosteniendo que para poder definir el dolor con precisión antes será necesario aprender mucho más sobre sus mecanismos. Y los hay, como Turk (1989) que se refieren a él como un constructo hipotético, puesto que no puede ser observado directamente.

A pesar de las críticas que ha suscitado la definición de la IASP (1979), esta sigue siendo vigente y aparece, sin modificación alguna, años más tarde. Así, en 1986, y con la aparición de la clasificación de los síndromes de dolor crónico, en la lista de definiciones y notas al uso (A current list with definitions and notes on usage) la IASP vuelve a definir el dolor como "una experiencia sensorial y emocional desagradable, asociada a una lesión histica real (actual) o potencial o descrita en términos de la misma" (p. S217).

Si bien es cierto que esta definición de dolor deja que desear, no es menos cierto que en ella pueden observarse importantes avances en la conceptualización del dolor (Chapman, 1986). En este sentido, cabe destacar como especialmente significativas, las siguientes: (1) considera el dolor como algo subjetivo, (2) invalida el concepto de dolor como modalidad sensorial y lo presenta como una experiencia compleja, y (3) otorga gran importancia al informe verbal del sujeto en la delimitación del síndrome.

Hasta el momento y a pesar del continuo debate que sobre el concepto de dolor se viene sosteniendo, no se ha conseguido aportar una definición satisfactoria para todos. Creemos, que la consecución de una definición comprensiva pasa por un incremento de nuestros conocimientos acerca de los mecanismos que contribuyen en la experiencia de dolor, tanto a nivel periférico como a nivel central. Pensamos que ha pasado ya el momento de definir el dolor como una simple sensación. El dolor ha entrado de lleno en el ámbito de la percepción, y como afirma Chapman (1978), el dolor puede ser estudiado por el psicólogo como una percepción. Aunque, a lo que parece, la distinción entre sensación y percepción, según Schwartz (1983), es algo artificial y no está totalmente de acuerdo con los hechos empíricos; sin embargo nos proporciona una manera de organizar el problema, y con este fin ha sido introducida. Mientras la sensación hace referencia a los procesos de recepción implicados en la conversión de la energía en forma de estímulos procedentes del medio ambiente en

fenómenos nerviosos para los que el organismo está preparado; la percepción, -siempre según Schwartz- continua esta conversión aplicando algún tipo de proceso organizativo o interpretativo a los acontecimientos nerviosos producidos por los estímulos primarios.

Como decíamos, el dolor es susceptible de ser estudiado desde la Psicología como una percepción y entendemos al igual que Penzo (1989) que la Psicología "frente a los múltiples problemas de explicación psicológica que en el dolor se plantean, donde tiene que ir a buscar es dentro de su campo teórico (...) Recurrir a la terminología, y, aún más, a las explicaciones fisiológicas es una forma de atajar pero no de resolver las complejidades de un problema de interpretación psicológica" (p. 42). La Psicología no puede hablar de nocicepción porque ésta, como tal, pertenece a otro discurso. No puede por lo tanto decir si existe o no justificación nociceptiva para un determinado cuadro de dolor, ni le concierne (Penzo, 1989).

Sin embargo, aunque coincidamos en los supuestos anteriores, ello no quiere decir que podamos estar de acuerdo con las consideraciones de la misma autora, en el sentido de que "definir lo que es el dolor no es algo que esté en condiciones de hacer la Psicología, ni es de su competencia" (Penzo, 1989; p. 43). Si esto es realmente así, ¿quién o qué tiene esas competencias?, ¿quién ostenta esa autoridad que le permite definir qué es el dolor? y ¿cuáles son las condiciones que se deben reunir para poder optar a definir el dolor?

La respuesta a nuestras preguntas la encontramos en el análisis que realiza la Dra. Penzo y, como podrá apreciarse, las líneas que siguen no tienen desperdicio: "Son los investigadores, no los fenómenos, quienes pertenecen a las disciplinas científicas. Los fenómenos no son esencial o intrínsecamente físicos, biológicos o psicológicos. Estos términos denotan la forma en que son conceptualizados, explicados o estudiados. Los fenómenos suelen ser investidos de las dimensiones a las cuales hacen referencia estos términos por razones históricas, en función de la disciplina que primero los individualizó. Por historia, el dolor es un fenómeno biológico. Y como toda historia, esto crea una hipoteca. Sólo recientemente se ha planteado la posibilidad de que fuera también un ámbito de estudio para la Psicología, un "fenómeno psicológico" (...) El dolor (y lo propio ha ocurrido con la enfermedad) no se consideró en los inicios de la historia de su conocimiento como algo susceptible de ser entendido según explicaciones psicológicas" (opus cit., p. 40-41; el subrayado es nuestro).

Desgraciadamente, el análisis que hiciera R. Bayés hace ya más de 10 años, sobre la interacción, cooperación y conflicto entre Psicología y Medicina sigue estando vigente. En su obra (Bayés, 1979), el autor

manifiesta la necesidad de operar un cambio, de emprender una operación de desmedicalización de muchos problemas. Un par de citas recogidas del trabajo de Bayés (1979) reflejan, cuanto menos, un cierto recelo, de algunos, hacia la práctica médica. Así Illich (1975) considera que la "medicina institucionalizada ha llegado a convertirse en una grave amenaza para la salud" y Freidson (1970) apunta que "a diferencia de los trabajadores menos cualificados, no obstante, los profesionales (médicos) afirman que no se trata de su propio interés; ellos declaran servir a la humanidad antes que a sí mismos. Pero, a diferencia de menos humanistas aficionados, sostienen que su pericia esotérica es tal que sólo ellos pueden determinar lo que está mal en la humanidad, cómo se debe entender, y a qué precio... Existe un peligro real de una nueva tiranía que se expresa sinceramente a sí misma en el lenguaje del humanismo y que impone sus propios valores sobre otros por lo que se ve que es su propio bien" (p. 61, el subrayado es nuestro).

Cierto es que no hacen referencia al problema del dolor pero, cuanto menos, es sintomático de la situación que se da en torno al estudio y tratamiento de la enfermedad. (ver también los comentarios de Armstrong (1987). Otros, si hacen referencia concreta al dolor, como es el caso de Bond (1980), quien sugiere que las culturas tradicionales se han equivocado al pensar que la medicina puede librarnos del dolor.

Todo esto lo hemos traído a colación porque las líneas anteriores (ver Penzo, 1989; p. 40-41) nos han sorprendido, aunque no gratamente. Es indudable que "son los investigadores, no los fenómenos, quienes pertenecen a las disciplinas científicas", por eso nos extraña tanto que posteriormente se afirme que el dolor es un fenómeno biológico, aunque para sustentarlo se recurra a los ropajes de la historia. Son las personas quienes hacen la historia y no al revés. Depende de nosotros mismos lo que es la historia y está en nuestras manos la posibilidad de modificar el presente y el futuro. En cuanto a que la historia es inamovible no vamos a discutirlo, aunque como todos sabemos la disyuntiva reside en el color del cristal con que se mira. Si queremos aludir a la historia, hagámoslo, y recordemos que en la Grecia Antigua (p. ej. Platón) el dolor fue considerado no como una sensación aislada, sino un acto perceptivo realizado por la mente o alma racional, ergo el dolor entraba de lleno en el ámbito de lo que es hoy la Psicología.

La adopción de un modelo sensorial no es abrazado definitivamente, por las corrientes científicas, hasta los siglos XIX y XX como consecuencia de la eclosión de conocimientos que tienen lugar en las ciencias médicas básicas. Desde entonces hasta nuestros días, en el mundo occidental ha predominado un tipo de pensamiento del que se excluyen las relaciones entre lo físico (corporal) y lo psicológico (mental), mientras que no sucede así en las culturas orientales, quienes atribuyen un mayor peso específico a

estos factores (Tu, 1980). Que la historia cree hipotecas pase, pero que por ello deba continuar así nos parece excesivo. Como bien dice Caparrós (1985) todo pensamiento científico es progresivo y autocorrectivo. Si por algo se caracterizan los conocimientos científicos es por la susceptibilidad de ser abandonados cuando nuevos hallazgos nos indican su inexactitud. Y esto, no es nada más ni nada menos lo que está sucediendo en el ámbito del dolor. Que sigan existiendo hipotecas en el ámbito de la ciencia es grave. Como grave es que además no se haga nada ante estos hechos. La permanencia de hipotecas denota cuanto menos, el escaso interés, por parte de algunos, de integrar los conocimientos procedentes de otras disciplinas científicas. De las líneas aludidas rezuma la postura de toda una rancia tradición médico-biologicista. Que fueran las ciencias médicas básicas las que en primer lugar acotasen y escludasen los síndromes de dolor, y por tanto fueran aquéllas las que primero lo individualizasen podría ser indicativo de que no existiera ninguna otra disciplina científica interesada en este problema, y no por ello podemos afirmar que el dolor es, o deja de ser, un fenómeno biológico. Las hipotecas las crean y mantienen los investigadores, nunca el objeto de estudio. Expresarse en los términos que Penzo (1989) emplea, no nos parece correcto. Reclamar unos derechos para la ciencia que primero se acercó a su estudio es exagerado.

El dolor no es la actividad inducida en el nociceptor, aunque algunos lo olviden premeditadamente. Como afirma la IASP, el dolor es siempre un estado psicológico, y, sin intención de entrar en disputas ideológicas, quisiera recordar que si alguien entiende de estados psicológicos es, sin duda alguna, la Psicología. Por tanto, la aportación de los conocimientos psicológicos, al estudio del dolor, y, concretamente, a la definición de éste, no sólo se ajusta a derecho sino que además es necesario. La Psicología y por ende los psicólogos, no sólo pueden, sino que deben aportar sus conocimientos a tamaña tarea.

El dolor es una compleja experiencia perceptual en la que además del componente sensorial-fisiológico, intervienen los componentes motivacional-afectivos, cognitivo-evaluativos y socioculturales. Solamente si se pretende equiparar dolor a daño tisular, lesión hística o a cualquier otro sinónimo que pueda idearse, la Psicología no debe ni puede pretender aportar nada a su definición, porque como refiere Penzo (1989) no le concierne, al ser éste un discurso ajeno al propiamente psicológico. Una admisión plena de la dimensión psicológica del dolor no equivale sólo en disponer de una herramienta más; supone el abandono del viejo modelo biomédico tradicional y su sustitución por un nuevo paradigma que ya no es biomédico sino esencialmente multidisciplinar. Se trata de un cambio radicalmente revolucionario y este tipo de cambios, en ciencia, suelen ser de difícil y lenta aceptación (Bayés, 1986; p. 116).

Anteriormente aludimos a nuestra extrañeza ante las líneas escritas por la Dra. Penzo. En efecto, conocedores de sus trabajos en el ámbito del dolor (ver por ejemplo Penzo, 1986) y teniendo en cuenta exposiciones recientes de sus ideas (p. ej. Penzo, 1990) relativas a la salud y a la enfermedad no podemos por menos que extrañarnos ante un discurso de este tipo. Máxime cuando está inscrito en una obra (Penzo, 1989) que en absoluto puede tildarse de biologicista.

Nuestro planteamiento no es ni debe aparecer como incompatible al propuesto por la Dra. Wilma Penzo. Es absolutamente necesario establecer puentes de entendimiento que permitan avanzar en el conocimiento de una temática tan compleja como es la del dolor y así entre todos (Melzack y Wall, 1975) remediar, en palabras de Melzack y Wall (1975), este accidente histórico. Además, plantear un modelo psicológico de tratamiento y/o de prevención de la enfermedad no constituye, creemos, ninguna forma de reduccionismo. Como tampoco lo es abogar por la inclusión de los procesos psicológicos en la definición de la enfermedad. Bayés y Ribes (1989) han expresado magistralmente esta idea. "Los conceptos de salud y enfermedad comprenden múltiples niveles analíticos, tanto en lo que se refiere al conocimiento de los procesos involucrados como en lo que corresponde a las acciones y prácticas implicadas. En este sentido su estudio constituye un campo interdisciplinario, y para poder abarcar la multiplicidad de procesos y factores afectados es preciso formular modelos que, aún reconociendo la complejidad del problema, desglosen unidimensionalmente los conceptos y estrategias que corresponden a cada una de las disciplinas participantes. Sólo de este modo será posible establecer, posteriormente, un modelo multidimensional de salud que evite errores categoriales, correspondencias ficticias y reduccionismos encubiertos" (Bayés y Ribes, 1989; p.122).

Como afirma Weisenberg (1987), dar una definición de dolor no es un mero ejercicio intelectual sino que tiene una serie de implicaciones tanto conceptuales como prácticas. Ya hemos aludido a las serias dificultades que existen para obtener una definición satisfactoria para todos. La mayoría de autores (ver p. ej. Crue et al., 1980; Schneider y Karoly, 1983) atribuyen esta ausencia de unidad a las serias dificultades de comunicación, así como a la falta de colaboración entre las distintas disciplinas científicas. Polaino-Lorente (1986), refiriéndose a los problemas de entendimiento existentes en el campo de la Medicina Comportamental, propone una solución que encaja perfectamente en la situación que actualmente está viviendo el estudio del dolor: "es preciso hablar un lenguaje común y estar dispuesto a aprender de todos y de todo, además de sacrificar los procedimientos rutinarios a los que cada uno está acostumbrado, una vez que se haya demostrado su ineficacia. Todos han de ceder en algo para beneficiar al enfermo" (p. 610).

La adopción en el mundo occidental del modelo de la especificidad ha traído consigo el estudio de los factores de tipo sensorial-fisiológico como únicas causas posibles del dolor. A juicio de Kotarba (1983), la adscripción a este modelo probablemente haya sido provocada porque la teoría de la especificidad, a diferencia de la teoría de la compuerta, no contradice los supuestos básicos del paradigma tradicional médico, en el cual no solamente se observa un divorcio entre el estado físico y mental sino que además atribuye un único síntoma a una única causa. De tal forma que los tratamientos utilizados han ido encaminados a sanar la patología orgánica subyacente (explicativa de las quejas, llantos y demás conductas de dolor observadas en los sujetos) a través de procedimientos tales como cirugía o estimulación eléctrica. La visión sesgada del fenómeno del dolor y la utilización de estos procedimientos dirigidos a tratar los factores orgánicos, ignorando la complejidad del síndrome, ha dado lugar a estrepitosos fracasos (Turner y Chapman, 1982) con las consiguientes complicaciones por yatrogenia (Bayés, 1986; Flor y Turk, 1984; Loeser, 1985; Melzack y Dennis, 1978; Schmidt, 1985; Valdés y Sender, 1981).

En suma, desde que el hombre viene dedicándose al estudio del dolor la polémica en cuanto a su conceptualización ha girado en torno a si éste es un fenómeno sensorial en sentido estricto, o bien cabe considerarlo como un acto perceptivo, en el sentido apuntado en páginas precedentes. A medida que nuevos conocimientos han ido llenando las lagunas existentes en este particular campo de estudio, el peso de la balanza se ha inclinado por la segunda acepción. Ciertamente es que las definiciones que podemos encontrar todavía siguen dando, en cierta medida, un mayor énfasis a los procesos sensoriales. Probablemente, este hecho sea consecuencia de la aludida influencia de la historia y porque, como recogimos anteriormente, las nuevas propuestas representan un cambio revolucionario en el estudio del dolor y este tipo de cambios, en ciencia, suelen ser de difícil y lenta aceptación. Aún con todo, autores de la talla de Merskey (1978, 1990) afirman que el dolor debe definirse en términos psicológicos y no fisiológicos.

La necesidad de una definición comprensiva no puede pasar desapercibida ante la magnitud de la empresa con la que tratamos. En ella, deben quedar recogidas las aportaciones que llegan desde diferentes disciplinas y entre las cuales, la Psicología, sin duda alguna, puede y debe participar.

REFERENCIAS BIBLIOGRAFICAS

- ALGOM, D.; RAPHAELI, N. y COHEN-RAZ, L. (1986) Integration of noxious stimulation across separate somatosensory communications systems: a Functional Theory of Pain. *Journal of Experimental Psychology: Human Perception and Performance*, 12(1), 92-102.
- ARMSTRONG, D. (1987) Theoretical tensions in biopsychosocial medicine. *Social Science & Medicine*, 25(11), 1213-1218.
- BAYES, R. (1979) *Psicología y Medicina*. Barcelona : Fontanella.
- BAYES, R. (1983) Biorretroalimentación y efecto placebo. *Revista Latinoamericana de Psicología*, 15, 63-85.
- BAYES, R. (1986) Aspectos psicológicos del dolor. *JANO. Medicina y Humanidades*. 708, 111-122.
- BAYES, R. y RIBES, E. (1989) Un modelo psicológico de prevención de enfermedad: su aplicación al caso del SIDA. *Papeles del Psicólogo*, 41-42, 122-125.
- BEECHER, H.K. (1956) Relationship of significance of wound to the pain experienced. *Journal of the American Medical Association*, 161, 1609-1613.
- BEECHER, H.K. (1959) *Measurement of subjective responses: Quantitative effects of drugs*. Nueva York : Oxford University Press.
- BLASCO, T. (1986) *Evaluación del dolor en sujetos humanos en condiciones de laboratorio*. Tesis de Licenciatura. Facultad de Filosofía y Letras: Universidad Autónoma de Barcelona.
- BOND, M.R. (1980) The suffering of severe intractable pain. En H.W. Kosterlitz y L.Y. Terenius (Eds.) *Pain and Society*. Weinheim: Verlag Chemie (Cit. en Craig, 1984).
- BONICA, J.J. (1979) The need of a taxonomy. *Pain*, 6, 247-252.
- CAPARROS, A. (1985) *Los Paradigmas en Psicología*. Barcelona: Horsori.
- CHAPMAN, C.R. (1978) Pain: the perception of noxious events. En R.A. Sternbach (Ed.) *The Psychology of Pain*. Nueva York: Raven Press.
- CHAPMAN, C.R. (1986) Pain, perception, and illusion. En R.A. Sternbach (Ed.) *The Psychology of Pain*. Nueva York: Raven Press (2ª Edición).
- DALLENBACH, K.M. (1939) Pain: History and present status. *The American Journal of Psychology*, 52(3), 331-347.
- FLOR, H. y TURK, D.C. (1984) Etiological theories and treatments for chronic back pain. I. Somatic models and interventions. *Pain*, 19, 105-121.
- FORDYCE, W.E. (1976) *Behavioral methods for the control of chronic pain and illness*. St. Louis: Mosby.
- FORDYCE, W.E. (1978) Learning processes in pain. En R.A. Sternbach (Ed.) *The psychology of pain*. Nueva York : Raven Press.

- FORDYCE, W.E. (1988) Pain and suffering: a reappraisal. *American Psychologist*, 43(4), 276-283.
- FORDYCE, W.E. (1989) On animal research: pain measurement from a clinical perspective. En C.R. Chapman y J.D. Loeser (Eds.) *Advances in Pain Research and Therapy* (Vol. 12). Nueva York: Raven Press.
- FORDYCE, W.E.; BROCKWAY, J.A.; BERGMAN, J.A. y SPENGLER, D. (1968a) Acute back pain: a control-group comparison of behavioral vs. traditional management methods. *Journal of Behavioral Medicine*, 9 (2), 127-140.
- FORDYCE, W.E.; FOWLER, R. y DELATEUR, B. (1968b) An application of behavior technique to a problem of chronic pain. *Behaviour Research and Therapy*, 6, 105-107.
- FORDYCE, W.E.; ROBERTS, A.H. y STERNBACH, R.A. (1985) The behavioral management of chronic pain: a response to critics. *Pain*, 22, 113-125.
- FREIDSON, E. (1970) *Profession of Medicine*. Nueva York: Dodd, Med and Co.
- GENTRY, W.D. y BERNAL, G.A.A. (1977) Chronic pain. En R.B. Williams y W.D. Gentry (Eds.) *Behavioral Approaches to Medical Treatment*. Cambridge: Ballinger.
- INTERNATIONAL ASSOCIATION FOR THE STUDY OF PAIN (1979) Pain terms: a list with definitions and notes on usage. *Pain*, 6, 249-252.
- INTERNATIONAL ASSOCIATION FOR THE STUDY OF PAIN (1986) Classification of Chronic Pain: Descriptions of Chronic Pain Syndromes and definitions of pain terms. *Pain (Suplemento)*, 3, S1-S226.
- INTERNATIONAL ASSOCIATION FOR THE STUDY OF PAIN (1990) *Directory of members*. Washington: IASP.
- KENSHALO, D.R. (1971) The cutaneous senses. En J.W. Kling y L.A. Riggs (Eds.) *Woodworth and Schlosberg's Experimental Psychology*. Nueva York: Holt, Rinehart and Winston.
- KOTARBA, J.A. (1983) *Chronic Pain. Its Social Dimensions*. Beberly Hills: Sage.
- LABRADOR, F.J. y VALLEJO, M.A. (1986) Dolor Crónico. En J. Mayor y F.J. Labrador (Eds.) *Manual de Modificación de Conducta*. Madrid: Alhambra Universidad.
- LEAHEY, T.H. (1982) *Historia de la Psicología*. Madrid: Debate.
- LETHEM, J.; SLADE, P.D.; TROUP, J.D.G. y BENTLEY, G. (1983) Outline of a fear-avoidance model of exaggerated pain perception - I. *Behaviour Research and Therapy*, 21(4), 401-408.
- LOESER, J.D. (1985) Against dichotomizing pain. *The Journal of Behavioral and Brain Sciences*, 8(1), 65.
- MARSHALL, H.R. (1894) *Pain, pleasure and aesthetics*. Londres: Macmillan. (Cit. en Melzack y Wall, 1982)

- MELZACK, R. (1961) The perception of pain. *Scientific American*, 204(2), 41-49.
- MELZACK, R. (1973) The puzzle of pain. Nueva York: Basic Books.
- MELZACK, R. y CASEY, K.L. (1968) Sensory, motivational and central control determinants of pain: A new conceptual model. En D. Kenshalo (Ed.) *The skin senses*. Springfield: Charles C. Thomas.
- MELZACK, R. y DENNIS, S.G. (1978) Neurophysiological foundations of pain. En R.A. Sternbach (Ed.) *The psychology of pain*. Nueva York: Raven Press.
- MELZACK, R. y WALL, P.D. (1962) On the nature of cutaneous sensory mechanisms. *Brain*, 85, 331-356.
- MELZACK, R. y WALL, P.D. (1965) Pain mechanisms: A new theory. *Science*, 50, 971-979.
- MELZACK, R. y WALL, P.D. (1975) Psychophysiology of pain. En M. Weisenberg (Ed.) *Pain: Clinical and Experimental Perspectives*. Saint Louis: C.V. Mosby Company.
- MELZACK, R. y WALL, P.D. (1982) *The Challenge of Pain*. Nueva York: Basic Books.
- MERSKEY, H.A. (1978) Pain and Personality. En R.A. Sternbach (Ed.) *The Psychology of Pain*. Nueva York: Raven Press.
- MERSKEY, H.A. (1980) Some features of the history of the idea of pain. *Pain*, 9, 3-8.
- MERSKEY, H.A. y SPEAR, F.G. (1967) The concept of pain. *Journal of Psychosomatic Research*, 11, 59-67.
- MIRO, J. (1990) Respuesta al dolor inducido experimentalmente: determinantes psicológicos. Tesis de Licenciatura. Facultat de Psicologia: Universitat Autònoma de Barcelona.
- MOITOZA, E. y ESPIN, O.M. (1980) Pain. En R.H. Woody (Ed.) *Encyclopedia of clinical assessment*. (Vol. II). Nueva York: Jossey-Bass.
- PENZO, W. (1986) Evaluación conductual del dolor crónico. Tesis Doctoral Inédita: Facultad de Medicina, Universidad de Barcelona.
- PENZO, W. (1989) *El Dolor Crónico. Aspectos psicológicos*. Barcelona: Martínez Roca.
- PENZO, W. (1990) Conceptes actuals de salut i malaltia: model conductual? model biològic? quin model? Ponencia presentada en V Jornada de Teràpia del Comportament i Medicina Conductual en la Pràctica Clínica. Barcelona.
- POLAINO-LORENTE, A. (1986) *Psicología Patológica*. (Vol. II). Madrid: UNED (3ª Edición).
- RACHLIN, H. (1985) Pain and behavior. *The Behavioral and Brain Sciences*, 8, 43-53.
- SCHMIDT, A.J.M. (1985) Performance level of chronic low back pain patients in different treadmill test conditions. *Journal of Psychosomatic Research*, 29(6), 639-645.

- SCHMIDT, A.J.M. (1987) The behavioral management of pain: a criticism of a response. *Pain*, 30, 285-291.
- SCHDMIT, R.F. (1972) The gate-control theory of pain: an unlikely hypothesis. En R. Janzen (Ed.) *Pain*. Londres: Churchill Livingstone.
- SCHNEIDER, F. y KAROLY, P. (1983) Conceptions of the pain experience: the emergence of multidimensional models and their implications for contemporary clinical practice. *Clinical Psychology Review*, 3(1), 61-86.
- SCHOENFELD, M. (1980) El dolor: un reporte verbal. En V.A. Colotte y V.M. Alcaraz (Eds.) *Modificación de Conducta*. Méjico: Trillas.
- SCHWARTZ, M. (1983) *Psicología Fisiológica*. Madrid: Alhambra Universidad.
- SKINNER, B.F. (1953) *Science and Human Behavior*. Nueva York: Macmillan.
- STERNBACH, R.A. (1968) *Pain: a psychophysiological analysis*. Nueva York: Academic Press
- TU, W. (1980) A religiophilosophical perspective on pain. En H.W. Kosterlitz y L.Y. Terenius (Eds.) *Pain and society*. Weinheim: Verlag Chemie.
- TURK, D.C. (1989) Assessment of pain: the elusiveness of latent constructs. En C.R. Chapman y J.D. Loeser (Eds.) *Advances in Pain Research and Therapy* (Vol. 12) Nueva York: Raven Press.
- TURK, D.C.; MEICHENBAUM, D. y GENEST, M. (1983) *Pain and Behavioral Medicine. A Cognitive-Behavioral Perspective*. Nueva York: The Guilford Press.
- TURK, D.C. y RUDY, T.E. (1986) Assessment of cognitive factors in Chronic Pain: A worthwhile enterprise? *Journal of Consulting and Clinical Psychology*, 54(6), 760-768.
- TURK, D.C.; RUDY, T.E. y BOUCEK, Ch.D. (1986) The contributions of psychological factors to the experience of chronic pain. En C.A. Warfield (Ed.) *The anesthesiologist's guide to pain management*. Hingham: Kluwer Academic Publishers.
- TURNER, J.A. y CHAPMAN, C.R. (1982) Psychological interventions for chronic pain: a critical review. I. Relaxation Training and Biofeedback. *Pain*, 12, 1-21.
- TURNER, J.A. y CHAPMAN, C.R. (1982) Psychological interventions for chronic pain: a critical review. II. Operant Conditioning, Hypnosis, and Cognitive-Behavioral Therapy. *Pain*, 12, 23-46.
- VALDES, M. y SENDER, R. (1981) Reumatismo psicógeno: conductas yatrógenas en el tratamiento de los dolores aparentemente reumáticos. *Actas de la XVII Reunión de la Sociedad Española de Medicina Psicosomática*, 111-115.
- WALL, P.D. (1958) Excitability changes in afferent fibre terminations and their relation to slow potentials. *Journal of Physiology*, 142, 1-21.

- WALL, P.D. (1964) Presynaptic control of impulses at the first central synapse in the cutaneous pathway. *Progress in Brain Research*, 12, 92-118.
- WALL, P.D. (1986) Dolor y ausencia de dolor. En C.W. Coen (Ed.) *Las funciones del cerebro*. Barcelona: Ariel.
- WEISENBERG, M. (1977) Pain and Pain Control. *Psychological Bulletin*, 84(5), 1008-1044.
- WEISENBERG, M. (1987) Psychological intervention for the control of pain. *Behaviour Research and Therapy*, 25(4), 301-312.