

## *Epistemología médica: Diez postulados sobre el dolor*

### *Resumen*

Ha sido mi interés en los últimos años reflexionar formalmente sobre la conciencia en referencia a sus fundamentos y aspectos biológicos, en especial los cerebrales y los de comportamiento. Urdiendo sobre sus aspectos fisiológicos, fenomenológicos, epistemológicos y ontológicos, he explorado la naturaleza del dolor como un estado paradigmático de conciencia en un cuento de “neurociencia ficción” (Díaz, 2002), en un trabajo publicado en *Salud Mental* (Díaz, 2007) y en un libro sobre la conciencia viviente (Díaz, 2007). Estos análisis utilizan al dolor como un fenómeno de conciencia fértil para examinar las principales conjeturas vigentes sobre la relación mente cuerpo y el problema epistemológico del acceso científico a la conciencia. La presente comunicación es un breve repaso de las principales ideas exploradas que se especifican en un decálogo de afirmaciones sobre la naturaleza y el conocimiento del dolor.

*Palabras clave:* conciencia, naturaleza del dolor, conocimiento del dolor, neurociencia ficción, conciencia viviente, conciencia fértil, relación mente-cuerpo.

### *Medical Epistemology: Ten Postulates on Pain Abstract*

It has been my interest in recent years to formally reflect on consciousness’s biological aspects and foundations, especially the brain-related and behavioral ones. In dwelling on its physiological, phenomenological, epistemological and ontological aspects, I have explored the nature of pain as a paradigmatic state of consciousness in a “neuroscience-fiction” tale (Díaz, 2002), in a work published in *Mental Health* (Díaz, 2007), and in a book on living consciousness (Díaz, 2007). These analyses use pain as a fertile consciousness phenomenon in order to examine the main current conjectures on the mind-body relation and the epistemological problem of scientific access to consciousness. This work is a brief summary of the main ideas explored, specified as a Decalogue of statements on the nature and knowledge of pain.

*Keywords:* Consciousness, Nature of pain, Knowledge of pain, Neuro-science fiction, Living consciousness, Fertile Consciousness, Mind-body relationship.

---

\* Universidad Autónoma de México.

Nota recibida en junio de 2011 – Arbitrada en noviembre de 2011

*Apuntes Filosóficos*. Vol. 20. N° 39 (2011): 295-301.

Las primeras cuatro afirmaciones propuestas (I a IV) se refieren a la búsqueda de una definición del dolor desde la perspectiva de una experiencia representativa de una lesión la cual tiene una base nerviosa nociceptiva. Las siguientes tres afirmaciones (V a VII) se refieren a la naturaleza misma del dolor, más allá de constituir en parte síntomas, signos, lesiones o fenómenos fisiológicos, particularmente cerebrales. Finalmente los tres últimos postulados (VIII a X), se refieren al conocimiento del dolor.

*I) El dolor es una sensación desagradable usualmente referida, localizada y ligada a una lesión corporal*

Esta noción de sentido común, mantenida por la Sociedad Internacional de Estudio del Dolor (IASP), es un punto de partida necesario. Sin embargo la definición es insatisfactoria pues se limita a proclamar que se trata de una sensación “desagradable” usualmente vinculada a un daño corporal. En compensación, la definición adecuadamente acepta que se trata de un fenómeno consciente que debe tener una base fisiológica en tanto constituye una sensación. Esa base fisiológica esta muy bien dilucidada excepto por aspectos cruciales del mecanismo cerebral. En efecto, en la fisiología del dolor se conocen en gran detalle los mecanismos funcionales que llamamos nociceptivos, desde los receptores, las vías periféricas y sus relevos en el sistema nervioso central hasta terminar en la corteza cerebral.

*II) La representación cerebral del dolor abarca un enlace funcional de áreas sensoriales, cognitivas, afectivas y volitivas del encéfalo*

La representación “central” del dolor parece abarcar una “neuromatriz”, es decir un enlace funcional de diversas áreas del encéfalo, en particular zonas de la corteza como la somato-sensorial, la ínsula, la corteza parieto-límbica y el cíngulo anterior. La mayor dificultad estriba en conocer el mecanismo por el cual el componente cerebral deviene en el estado subjetivo de dolor. La fisiología considera al dolor como una sensación en la cual no parece necesario tomar en cuenta a la conciencia para definir los mecanismos fisiológicos. Esta aproximación es necesariamente incompleta pues el dolor, más que una sensación simple, constituye una percepción legítima en el sentido de que la sensación dolorosa necesariamente integra una representación mental como se postula a continuación.

*III) El dolor es la percepción y representación consciente de una lesión corporal sujeta a diversos grados de congoja y entendimiento*

En el humano adulto normal el dolor constituye una verdadera percepción y representación cuyo contenido es la conciencia de una lesión corporal sujeta a diversos grados de entendimiento. Como sucede con toda percepción, en el dolor pueden ocurrir ilusiones (como es el dolor referido), alucinaciones (el dolor del miembro fantasma), influencias cognitivas (la analgesia del placebo, del deportista y del soldado), componentes semánticos (conceptos, ideas y expresiones verbales sobre el dolor) y patologías o intervenciones en las que disocia el estímulo de la representación (como en ciertos casos de esquizofrenia y de lobotomía prefrontal). Estas características indican que la neuromatriz no sólo se activa por señales de los receptores o los relevos centrales, sino intrínsecamente, de manera tal que no necesitamos una lesión para sentir un dolor. Una teoría perceptual y representacional del dolor abre la posibilidad de que la conciencia del dolor abarque más que la neuromatriz para incluir al sitio de la lesión.

*IV) El dolor es la representación psicofísica (subjetiva y objetiva) de una lesión corporal con seis componentes entrelazados: sensitivo, afectivo, cognitivo, volitivo, conductual y cultural, siendo el primero el núcleo central*

Aunque el dolor bien puede ser la representación subjetiva de una lesión corporal, esa representación es compleja pues tiene normalmente seis componentes: (1) el sensitivo (la cualidad o qualia misma de la sensación dolorosa), (2) el afectivo (la emoción adjunta aversiva y de congoja que en condiciones normales se suma y confunde con los qualia sensitivos) (3) el cognitivo (la detección, localización, reconocimiento y evaluación de la lesión), (4) el volitivo (la disposición de la acción necesaria para remediar el dolor y la lesión), (5) el conductual (acciones, movimientos, lamentos, interjecciones o locuciones para expresar la dolencia, contender con el daño, comunicar la dolencia y solicitar ayuda) y (6) el cultural (la modulación la experiencia dolorosa por la ideología y el aprendizaje social).

- V) *El dolor emerge como un fenómeno psicofísico de doble aspecto, es decir como un proceso neurofisiológico de complejidad e integración suficientes para permitir el surgimiento de un cariz subjetivo*

La expresión de dolor es general a especies vivientes con sistemas nerviosos muy distintos, lo cual previene una identificación general tipo, como sería “el dolor es la activación de x red de neuronas.” Tal identidad tendría que ser exclusiva de una especie particular como Homo sapiens. Pero esta posibilidad es además inverosímil porque le falta el componente subjetivo en el sentido que no toma en cuenta la brecha explicativa entre la cualidad del dolor y los fenómenos neurobiológicos. Mejor que la identidad se puede sostener una doctrina de emergencia pues la posibilidad de llegar a conocer el mecanismo emergente hace de esta una teoría no sólo lógica sino heurística. Ahora bien, para hacerla viable debemos proponer que el proceso nervioso de alto nivel de integración no genera una entidad mental descarnada, sino otro proceso nervioso convergente e integral que, por el nivel mismo de complejidad que involucra, permite la aparición de un aspecto subjetivo. El doble aspecto del dolor da pie para investigar las correlaciones psicofísicas del dolor y de toda actividad consciente.

- VI) *El doble aspecto del dolor permite y requiere del establecimiento de leyes psicofísicas mediante una aproximación metodológica de múltiples perspectivas coordinadas.*

La teoría del doble aspecto es adecuada para entender la naturaleza del dolor pues implica la emergencia de un fenómeno neurofisiológico del más alto nivel de integración, capaz de ser crecientemente dilucidado por una psicofisiología científica. A su vez, este fenómeno tendría un aspecto subjetivo y cualitativo capaz de ser crecientemente dilucidado por una fenomenología avanzada de la conciencia basada en una decodificación de informes en primera persona obtenidos en condiciones estandarizadas. La correlación entre estos dos aspectos o facetas necesitaría de una aproximación capaz de integrar las dos perspectivas, la subjetiva y la objetiva, en un acercamiento verdaderamente psicobiológico. Desde el punto de vista de la investigación científica, sería conveniente que los datos neurofisiológicos y los fenomenológicos deban ser desarrollados y obtenidos en paralelo y al mismo tiempo.

*VII) Las correlaciones reiteradas entre contenidos sistemáticos del informe verbal y eventos fisiológicos específicos pueden constituir leyes psicofísicas del dolor*

Las correlaciones reiteradas y persistentes entre estos dos aspectos mediante una aplicación metodológica particular son candidatas a constituir leyes psicofísicas. Tal aproximación de correlación y no de reducción implica el estudio del dolor en protocolos que integren la descripción sistematizada por parte del paciente con la exploración fisiológica simultánea por parte del investigador. Las leyes psicofísicas pertinentes al dolor deberán ser obtenidas mediante la correlación sistemática y reiterada entre contenidos específicos del informe verbal en primera persona y eventos fisiológicos específicos. La correlación no implica causalidad, sino la manifestación de dos facetas o aspectos, uno subjetivo y otro objetivo, pero que pueden integrarse como un hecho correlativo de suficiente constancia y fortaleza como para considerarse nomológico, es decir científicamente refrendado y funcionalmente natural. Es necesario definir y explorar los aspectos involucrados en el conocimiento del dolor, pues estos proveen de la plataforma metodológica de entendimiento del fenómeno.

*VIII) El dolor se conoce directamente desde una perspectiva en primera persona por constituir una experiencia compleja que se establece como un síntoma privado y reclamado por un sujeto*

Desde esta perspectiva en primera persona no sólo es posible describir y analizar la experiencia con herramientas narrativas y fenomenológicas sino que existen varios sistemas empleados en la medicina para que el paciente cuantifique la intensidad o describa la cualidad de su dolor. Para analizar la naturaleza subjetiva del dolor y la perspectiva en primera persona, es decir la fenomenología del dolor, hemos utilizado el Diario del dolor de María Luisa Puga (2001), escritora mexicana ya desaparecida y víctima de una artritis reumatoide muy severa. De este impresionante parlamento se desprende una fenomenología dolorosa compleja en la que no sólo intervienen los niveles ya descritos de percepción dolorosa, sino un cortejo de actividades mentales asociadas al dolor como otras percepciones, recuerdos, imágenes, sentimientos, deseos o intenciones. Se ponen en marcha múltiples estrategias de enfrentamiento al dolor y el relato resalta que

la experiencia privada y solitaria de dolor enciende facultades insospechadas, demanda recursos extraordinarios y escenifica costosas batallas en la conciencia.

*IX) El dolor se conoce indirectamente desde una perspectiva en tercera persona por el diagnóstico de una lesión causal que se establece mediante semiología, exploración corporal y correlación clínico-patológica*

La perspectiva en tercera persona del dolor intenta ser objetiva acerca de la subjetividad y se basa en la semiología y la correlación clínico patológica con el objeto de llegar a un diagnóstico y una terapéutica relativamente específicos y eficaces. La perspectiva es la más frecuente y ortodoxa del método científico y se basa en la publicidad del conocimiento obtenido y generado. En el caso del dolor el médico hace inicialmente una recolección de signos y síntomas con lo cuales puede constituir una descripción fundamentada en estos datos esgrimidos como evidencias. Esta descripción basada en la evidencia empírica y publicitada en la forma de “caso clínico” puede ser contrastada, con lo cual se van puliendo categorías, entidades fisiopatológicas y recursos terapéuticos sujetos a continua corrección. Las diferentes manifestaciones semiológicas de lesiones más o menos particulares han permitido llevar a cabo una taxonomía médica en síndromes, como serían los conceptos de angina de pecho, migraña, cólico, neuralgia del trigémino, lumbago o dolor radicular, entre muchos otros, verdaderas clases naturales de dolor. El postulado epistemológico de la perspectiva médica en tercera persona es la noción de que el enfoque crítico basado en evidencia ayuda a reducir la incertidumbre y, en consecuencia directa, ayuda al paciente.

Desde el punto de vista del método no hay necesariamente una contraposición entre las perspectivas en primera y tercera persona falazmente separadas, lo cual es uno de los orígenes del dualismo mente-cuerpo, sino una resolución de su aparente contradicción en esa interacción cara a cara que constituye la perspectiva en segunda persona.

*X) El dolor se conoce dialógicamente desde una perspectiva en segunda persona por una interacción que genera empatía y se establece y adquiere significado en la consulta*

Usualmente la conciencia de dolor se desborda hacia el otro y deja de ser un evento privado para adquirir una dimensión comunicativa, expresiva, ética y

empática. La comunicación médica en segunda persona tiene una doble fachada pues se basa en la solicitud de ayuda, consuelo, misericordia y beneficio por parte del paciente y en la provisión de atención, compasión, alivio y clemencia por parte del interlocutor basada en la empatía, la evocación y la representación del dolor ajeno. La segunda persona requiere haber tenido experiencias dolorosas, de comprender el lenguaje hablado o no verbal del paciente, de relacionarse afectivamente y generar una atención a través del diálogo, la anamnesis y la exploración llamada “física.” Una epistemología en segunda persona es necesariamente empática e interactiva y adquiere significado en la consulta, la entrevista y el diálogo cara a cara. Tiene como objeto el mundo de la comunicación sensitiva la cual, a partir de una adecuada comprensión y penetración en la realidad ajena, demanda y permite como objetivo primordial el bienestar subjetivo aún antes que la curación de la lesión.

Como un epílogo heurístico de las diez afirmaciones enunciadas, se puede proponer que las nociones filosóficas, las aproximaciones metodológicas y la obtención de hechos o datos empíricos deben desarrollarse conjunta y acopladamente para construir una psicofisiología del dolor más acorde con las características fenomenológicas de este extraordinario y tremendo suceso de la conciencia y de la medicina.