Psicopatología

del

dolor.

El dolor

de cabeza *

Dr. RAMON DE LA FUENTE M.

CUANDO el fisiólogo habla de dolor, se refiere a la sensación dolorosa, es decir a un fenómeno aislado. Para el clínico la experiencia dolorosa sólo es comprensible cuando se considera en relación con el organismo como totalidad. En el ser humano que tiene dolor, la sensación se confunde con la reacción personal, es decir, con el significado que el individuo dá a la experiencia y la posibilidad de evitarla. En la práctica, la sensación dolorosa y la emoción que esta suscita son inseparables. Por ello puede decirse que el dolor participa en las características de las emociones; es decir, es un estado privado o subjetivo que se acompaña de cambios humorales y de una pauta expresiva. Cuando el dolor es agudo y de cierta persistencia, esta pauta consiste en movimientos de evitación del estímulo doloroso, contracciones musculares, palidez, sudoración, taquicardia, aumento de la tensión arterial, dilatación pupilar y eventualmente pérdida de la conciencia. Es fácil comprender que la experiencia dolorosa tenga un carácter individual, un matiz personal que depende del temperamento, del carácter y de la experiencia del sujeto. De ahí, que vgr. una persona dotada de gran sensibilidad para los valores estéticos o de desarrollo intelectual superior, en igualdad de condiciones experimenta el dolor con mayor intensidad y tiene menor tolerancia para él, que otras personas que se desarrollan en niveles más burdos y primitivos. El clínico debe siempre de valorar al lado de los caracteres propios de cada dolor tales como su localización, su matiz particular, sus irradiaciones etc., el factor personal subjetivo. El grado en que esa "resonancia afectiva" forma parte de la experiencia dolorosa se manifiesta en forma ostensible cuando quirúrgicamente se interfiere con la transmisión de impulsos provenientes de los núcleos de la base del cerebro a la corteza y los lóbulos frontales. A pesar de que en esta intervención,

* Tema del simposio de dolor.

conocida como lobotomía prefrontal, las vías del dolor no son afectadas y por lo tanto la sensación dolorosa continúa siendo percibida, la experiencia pierde su "resonancia afectiva" es decir desaparecen los elementos de aprensión y de angustia. El resultado es que el enfermo habla de su dolor como de algo que continúa sintiendo pero que ya no es capaz de afectarlo.

El dolor, como el miedo y la angustia, es un mecanismo de defensa que sirve para proteger al organismo de agentes ofensivos que provienen del ambiente exterior o que se generan en su intimidad. Podemos decir que el dolor es una señal de alarma que nos alerta y nos conmina a proteger nuestra integridad. Sin embargo, no siempre que hay dolor hay patología. La unidad del organismo y la interacción entre procesos que se integran en él a distintos niveles, hacen posible no sólo que el dolor de causa orgánico pueda ser intensificado por razones psicológicas sino que un dolor pueda producirse en un determinado territorio orgánico en relación con necesidades personales insatisfechas o como un intento de solución de conflictos mentales. Es de gran importancia en la clínica tomar en cuenta que muchos dolores están directamente relacionados con la necesidad de recibir atención y afecto, evadir responsabilidades o suscitar compasión. El dolor de etiología psíquica tiene su más clara expresión en los casos de "conversión histérica". En éstos, el sujeto presenta crisis dolorosa, precordiales, epigástricas, vesiculares, etc. que burdamente se asemejan a cuadros dolorosos que el enfermo ha experimentado en sí mismo en ocasión previa o que ha observado en otras personas.

EL DOLOR DE CABEZA

La cefalea es uno de los síntomas más frecuentes en la patología humana y obedece a causas y mecanismos diversos. El tejido cerebral es insensible, pero sus envolturas y sus vasos poseen una rica red nerviosa que es fácilmente estimulada por los cambios circulatorios y de otra índole. También los músculos y tegumentos que rodean a la cavidad craneana tienen una rica inervación. De ahí la facilidad con que se presenta la cefalea.

a) *Cefalea tensional.*

Sin duda alguna la forma más frecuente de cefalea es la que obedece a situaciones de tensión emocional, (estados de irritabilidad, temor, ansiedad, preocupación, etc.) Este hecho es reconocido suficientemente en el lenguaje popular cuando se dice que un mal hijo "causa dolores

de cabeza" a su madre o que una mujer casquivana es "un quebradero de cabeza" para su marido. La cefalea tensional, obedece directamente a la contracción prolongada de los músculos frontales y occipitales los cuales son particularmente susceptibles de ser puestos en tensión en estados emocionales.

b) Jaqueca o hemicraneal

La jaqueca o hemicraneal es una cefalea paroxística que se localiza en uno u otro lado de la cabeza y que en los casos típicos se inicia por trastornos oculares (fosfenos, hemianopsia, etc.) En el momento culminante de la crisis dolorosa, que dura varias horas y ocasionalmente varios días, se presentan náuseas y vómitos. El mecanismo de la hemicraneal es la constricción de alguna de las ramas de la arteria carótida interna. En la jaqueca, generalmente se reconoce una fuerte predisposición hereditaria y se considera que ciertos factores psicológicos juegan un importante papel. El mecanismo psicógeno más frecuentemente señalado en diversas investigaciones es la represión de la hostilidad.

c) Cefalea de la hipertensión intracraneal

Otra forma de cefalea que tiene caracteres típicos es la debida a la presencia de una lesión que ocupa espacio en la cavidad craneal inextensible. Su frecuencia, corre pareja con la gravedad de su significado y la necesidad de su identificación precoz. La cefalea cuyo mecanismo la hipertensión intracraneal, tiene localización variable, se intensifica con cualquiera maniobra que aumente la presión intracraneal, como la tos, la defecación etc. y se acompaña de otros elementos del síndrome de hipertensión intracraneal, tales como vómito en proyectil, bradicardia, edema de la papila y síntomas y signos focales que señalan la localización de la lesión generalmente tumoral o vascular.