

Algolagnia: La paradoja del dolor

Dr. Enrique Hernández-Cortez
Director de la revista Anestesia en México

Cuando el dolor es un placer, aparece entonces la algolagnia. En los últimos años el dolor ha sido uno de los temas centrales en cualquier área de la medicina. Conocemos cada vez mejor su neurofisiología y por ende su tratamiento, contamos con más y mejores terapias analgésicas.

El dolor ha pasado de ser el quinto signo de la Algología, a un derecho básico fundamental de la medicina, independientemente de la edad del paciente. Hoy en día todo paciente tiene derecho a recibir analgesia perioperatoria en cualquier tipo de hospital o sistema de salud, por muy rudimentario que se encuentre, con fármacos seguros potentes y de bajo costo.

La definición de dolor clásica, destaca el hecho de ser una desagradable y compleja constelación de experiencias, lo cuestionable es, ¿siempre se trata de un evento totalmente desagradable?. Parece ser que la respuesta es no. No siempre ocurre este fenómeno, el sufrimiento físico que acompaña al dolor, en algunas situaciones especiales, el individuo es capaz de convertirlo en placer.

El termino algolagnia es un neologismo que fue introducido en la primera década del siglo XX, por un médico Alemán, el barón Von Schrenk-Notzing. Para referirse al erotismo del dolor, al placer sexual relacionado con las sensaciones dolorosas. Palabra que proviene del griego algos dolor y lagneia placer. Rápidamente se relacionó a la algolagnia con dos conductas patológicas, el sadismo (algolagnia activa) y el masoquismo (una algolagnia pasiva). Hoy se define como una reacción psicológica al dolor que involucra directamente un proceso de enseñanza social y cultural aprendido.

La forma clásica de algolagnia, se presenta en personas que se autoflagelan y torturan en forma de castigo corporal, que consiste en golpearse fuertemente sobre la piel desnuda, golpeándose hasta sangrar. El sitio más común es sobre la espalda, pero puede ser cualquier zona o parte del cuerpo. Diversos instrumentos de piel o flagelos que suelen ser látigos, correas o cadenas metálicas en forma de

rosarios han sido utilizados, para la autoflagelación. En la mayoría de las veces es por aspectos religiosos o morales. La autoflagelación pretende aliviar un sentimiento de culpabilidad irreal de la persona. Fisiológicamente estos individuos producen un placer divino más que un dolor o castigo por cada golpe. Es aquí en donde podemos apreciar que el dolor es un síntoma complejo eminentemente de carácter subjetivo, fenómeno dinámico que involucra factores psicológicos, sociales y religiosos.

Los grupos étnicos que generalmente acostumbran la autoflagelación, corresponden a un proceso cultural y social bien definido. Valores, conceptos, actitudes, ideas, creencias, características y reglas que guían el comportamiento de un grupo social o un conjunto de comportamientos aprendidos.

Entendiendo como grupo étnico al conjunto de personas que comparten rasgos culturales, idioma, religión, festividades, música, vestimenta, nexos históricos, alimentación, y muchas veces un mismo territorio, mientras que raza se refiere a las características físicas y su herencia biológica, también se le conoce como casta o linaje.

Las influencias culturales son tan importantes, con respecto a la percepción del dolor, que por ejemplo los grupos de personas que migran a otros países, terminan por adoptar los valores, creencias, cultura y estilos de vida, del país de residencia, especialmente si las nuevas generaciones han nacido en este último país, reportando niveles de dolor y enfermedad semejantes. Por lo tanto la culturalización es el factor más importante y determinante para la percepción y comunicación del dolor. De ahí que el dolor sea conceptualizado como una experiencia privada influenciada por factores culturales, sociales y psicológicos.

Por ejemplo algunos grupos sociales expresan una gama importante de emociones en presencia de dolor, mientras que otros grupos culturales, se caracterizan por su comportamiento estoico, restringiendo al máximo las expresiones dolorosas.

Diversos estudios han sugerido que la respuesta a la morfina puede variar de acuerdo al grupo étnico o racial de que se trate, las diferencias en la farmacocinética y los efectos secundarios, pueden ser mayores en algunos grupos, con respecto a otros, sugiriendo un posible papel en la variabilidad genética, hasta ahora no demostrada.

Las investigaciones sobre cuál de los grupos étnicos puedan percibir mayor o menor dolor, han sido contradictorios, ante todo muestran una característica común, que es el aspecto *discriminatorio*.

No se ha demostrado por completo, la presencia de mayores índices de dolor, en ninguno de los grupos étnicos. Pero a cambio de ello, destaca el llamado "*bulling terapéutico*". Lo anterior derivado de la confluencia de diversos grupos étnicos en países como, E.U. A. en donde conviven varios grupos étnicos, como latinos, afroamericanos, asiáticos, blancos, indígenas americanos y canadienses. En ellos es claro dos cosas, primero, que los latinos y afroamericanos reciben menor cantidad de analgésicos ante semejantes escalas de dolor y diagnósticos similares, con diferencias hasta del 20% a favor de los grupos de blancos o nativos de este país, tanto en el dolor agudo como en el crónico.

Varios estudios sugieren que los médicos, tienden a prescribir menor cantidad de analgésicos, a las minorías étnicas en relación a los blancos. El idioma y el aspecto cultural, constituyen las barreras más importantes para que estas minorías sean fuertemente discriminadas. Segundo, que el factor cultural es propio de cada grupo, sin olvidar que se encuentran involucradas las experiencias previas al dolor, la personalidad, el sexo, y muy probablemente una predisposición genética.

De los 30 mil genes, que el genoma humano ha descubierto casi en su totalidad, la gran mayoría están involucrados en la mediación del dolor, pero tienen características de polimorfismo, es decir son los responsables de las características interindividuales para la percepción del dolor. Cada uno de nosotros llevamos un set específico de genes con características de polimorfismo, que se expresan de diferente manera, pero que no obedecen a la información estrictamente contenida en los genes. Por ejemplo los genes que codifican para el metabolismo de la morfina como (UGT1A8, UGT2B7), para receptores opioides como (OPRM1) y otros opioides relacionados podrían ser los responsables de las diferencias hasta ahora encontradas.

Son pocas las enfermedades existentes hoy en día, cuyas manifestaciones obedecen a una serie de mutaciones genéticas, en donde el dolor es responsabilidad al 100% debido a estas mutaciones, dos ejemplos sobresalen en la literatura, la primera es la migraña hemipléjica familiar y la segunda es el síndrome de insensibilidad al dolor, este último es una enfermedad, extremadamente rara, en donde los niños son insensibles al dolor pero cursan con demencia. En estos casos el dolor es determinado estrictamente por el papel que juegan los genes.

Por lo tanto podemos concluir que, son los patrones culturales hasta hoy en día, los que determinan la forma de como reaccionamos al dolor y no los genes, es decir la respuesta al dolor no está determinada genéticamente. Podemos concluir señalando que el dolor es un fenómeno aprendido bajo contextos sociales específicos, determinado por la pertenencia a un grupo étnico, por un nivel escolar, por los aspectos psicológicos individuales, por una herencia familiar cultural, y por la propia enfermedad.

Referencias

1. Edwards RR, Doleys DM, Fellingim RB, Lowery D. Ethnic differences in pain tolerance: Clinical implications in a chronic pain population. *Psychosomatic Medicine* 2001;63:316-323.
2. Peacock S, Shilpa P. Cultural influences on pain. *Reviews in pain*.2008;1:1-2.
3. Tamayo-Sarver J, Hinze SW, Cydulka RK, Baker DW. Racial and ethnic disparities in emergency department analgesic prescription. *Research and practice* 2003;93:2667-2073.
4. Sery O, Hrazdilova O, Matalova E, Sevik P. Pain research update from a genetic point of view. *Pain practice* 2005;5:341-348.
5. Coronado-medici, Fraga V, Rey A, Scavone A. Migraña hemipléjica esporádica: a propósito de un caso clínico. *Arch Pediatr Urug* 2010;81:87-90.
6. Jiménez N, Anderson GD, Shen DD, Nielsen SS, Farin FM, Seidel K, Lynn AM. Iethnicity associated with morphine's side effects in children? Morphine pharma cokinetics, analgesic response, and side effects in children having tonsillectomy. *Pediatric Anesthesia* 2012;22:669-675.