

Una reflexión sobre el dolor¹

Lelio Fernández D.²

EXTRACTO

Se trata el sufrimiento, considerado como situación de enfermedad y como realidad reductora de la capacidad humana. Se analiza la situación del médico ante la dimensión dramática de tal situación y se critican algunas propuestas de modificar la relación terapéutica. En lo que se refiere a las críticas a la especialización, sitúa el problema en el vínculo entre las especializaciones restringidas del conocimiento y las decisiones de la práctica terapéutica; además lo vincula con el modo de concebir la formación y la práctica médica en la vida social.

En filosofía, como en el lenguaje corriente, el término **dolor** se utiliza para designar la sensación producida por una lesión y también para el estado psíquico **sui generis** que suele acompañarla. Además, el lenguaje se ha encargado de equiparar con una lesión la pérdida de personas o de objetos muy queridos y ha llamado dolor al sentimiento correspondiente. Ese término remite, entonces, a la idea de lesión —corporal o psíquica— como centro de fenómenos concomitantes. La palabra **sufrimiento**, en cambio, parece mantener un sentido muy ligado a su etimología, que tiene que ver con la idea de estar bajo el peso de una carga.

Desde las diversas costumbres lingüísticas de la filosofía, se hace difícil determinar cuál de los dos términos es preferible para designar, en toda su complejidad, **la situación de enfermedad, como situación nueva y distinta en el**

hombre, tomada como objeto de esta reflexión. Tanto en filósofos de hace algunos siglos como en algunos contemporáneos, se encuentra con frecuencia la palabra dolor.

En el lenguaje médico, sin embargo, el término dolor se usa en su sentido más restringido: el que está ligado a la localización. Eso se debe a la necesidad, común a las ciencias y a las técnicas, de tomar una palabra del lenguaje corriente según una de sus acepciones, para aislar sin ambigüedades un fenómeno preciso. Eso es lo que hace preferible, en este trabajo, utilizar la palabra sufrimiento. Al hacerlo, no quiero ocultar una preocupación. Cuando el médico consigue "desconectar" quirúrgicamente "dolor" y "sufrimiento", puede pensar que ha borrado una dimensión psíquica. En cierto sentido, sí. Pero lo psíquico no se reduce a lo consciente, no se puede tener la seguridad de haber cancelado totalmente la eficacia del fenómeno.

Tal vez sea una reflexión de antigua sabiduría médica la que afirma que "... tal como esta hecho, el hombre se siente sostenido por una sobreabundancia de medios de los que normalmente abusa"¹. En el hombre hay más pulmón, más estómago, más riñón de lo que habitualmente necesita. Parecería que el hombre sano asentara sobre eso un sentimiento de sobrada seguridad. Pero el sufrimiento destruye ese sentimiento y lo substituye por el de indefensión. El sufrimiento desubica al hombre con respecto a tres frentes. Ante todo, con respecto a sí mismo, pues modifica la percepción y la estimación de su propio cuerpo y de su personalidad. Lo desubica con respecto a la realidad exterior, a las cosas, porque lo constriñe a retirar de ellas todo interés. Modifica su relación con los demás, porque altera su autonomía habitual, hasta llegar a destruirla en algunos casos: lo hace sentirse molesto, indeseado u objeto de sentimientos ambivalentes. En la correspondencia de Freud se encuentra expresada, en una sola palabra, lo sombrío que puede llegar a ser esa experiencia. En una carta escrita a Lou Andreas-Salomé el 10 de Mayo de 1923, después de haber sido sometido a una operación de la mandíbula afectada por un cáncer, le dice: "Estoy plenamente de acuerdo contigo en lo que respecta a

1. Texto ampliado de una ponencia en el Seminario sobre el Dolor, organizado por la División de Salud de la Universidad del Valle, Cali, el 14 de Mayo de 1981.

2. Profesor Asociado, Departamento de Filosofía, División de Humanidades, Universidad del Valle, Cali, Colombia.

nuestra impotencia frente a los sufrimientos físicos, sobre todo si son dolorosos. A mí, como a ti, me parece algo deplorable, y si pudiera reprochar personalmente a alguien, le diría que era una bajeza". Desactivada de patetismo por un leve toque de humor, la palabra bajeza manifiesta una experiencia de depreciación vital, de humillación. Por eso, el sufrimiento debe ser considerado como una realidad natural o biológica y, al mismo tiempo, como una realidad dramática, es decir, como una secuencia de acontecimientos que tiene resonancias afectivas, en cuanto modifican la situación existencial del hombre: "El dolor físico —escribía Leriche— no es un mero hecho de influjo nervioso que corre de determinada manera por un nervio. **Es la resultante del conflicto entre un excitante y el individuo entero**"². Es oportuno notar, de paso, cómo este neurólogo francés, citado literalmente por Canguilhem —filósofo de la medicina—, prefiere mantener el término dolor, para señalar que la sensación de lesión nunca es totalmente escindible del psiquismo humano, aun cuando se la pueda separar de la función conciencia.

El sufrimiento es reductor de la capacidad de actuación humana. Esta concepción se encuentra desarrollada en la obra de dos hombres separados por tres siglos: Baruch de Spinoza y Sigmund Freud. Ambos, desde perspectivas distintas, coincidían en considerar el sufrimiento como una realidad que, de por sí, restringe la actividad psíquica del hombre, reprime su potencia de vida, lo empequeñece.

Una trivial conclusión, es decir, una verdad fácil que surge de esta consideración es de que no se debe incurrir en la costumbre de exaltar el sufrimiento como causa de elevación intelectual, ética o estética. Puede ser una situación que se integra en los procesos de excepcional rendimiento psíquico de algunas vidas. Pero ese rendimiento no puede ser atribuido al sufrimiento mismo, sino a disposiciones naturales nada comunes —entre las que tal vez deba contarse el beneficio de un feliz quimismo— y a una historia personal que permite sobrellevar su impacto con un deterioro menor o menos comprobable y asumirlo, a veces en una reflexión espontánea o crítica.

En todas las literaturas y en la filosofía, este tema ha generado reflexiones sin las cuales nuestra cultura sería distinta. Si se quiere una ilustración clásica, basta con pensar en el **Libro de Job**: en él, la reflexión sobre el sufrimiento construyó un monumento, todavía en pie, de una crisis profunda de la cultura. De todos modos, el hecho de que el sufrimiento pueda ser integrado en reflexiones excepcionalmente ricas no puede fundar una doctrina que lo exalte como causa de cosas buenas, doctrinas que bien merece el feo nombre de dolorismo. Un ejemplo no muy ilustre de esta postura puede ser el de Julien Tepe, quien fundó en Francia la **Revue Doloriste** (1936) para sostener el **dolorismo** como doctrina que atribuye un alto valor moral, estético e intelectual al dolor físico y que ve en la enfermedad una inhibidora útil de los "impulsos animales" del hombre. No pueden adscribirse al "dolorismo", en cambio, algunas doctrinas en las que el sufrimiento es tenido muy en cuenta dentro de una perspectiva paradójica. Es el caso, por ejemplo, de Kierkegaard. Su pensamiento se basa en la paradoja de la fe: el individuo (limitado) puede comunicarse con el Absoluto. Desde esta paradoja, todas las

realidades (también la del sufrimiento) pueden cobrar un sentido inesperado. Cuando este pensamiento se banaliza, cuando pierde su carácter paradójico, puede transformarse fácilmente en un "dolorismo", sobre todo si se es acaparado por el masoquismo moral.

En nuestra cultura, el médico es sentido como el hombre que, por vocación o por oficio, se encuentra en oposición a la exaltación del sufrimiento. Aparece como el que conoce sus senderos en el cuerpo, el que puede advertir los nexos entre el dolor y la muerte, el que puede disminuir o anular el sufrimiento y devolver esa forma de salvación que es la salud.

En las culturas donde la convicción o el sentimiento de la supervivencia individual es consistente y generalizada, la consideración del sufrimiento se entrelaza con la creencia en la trascendencia. Pero en las culturas en las que tal creencia ha desaparecido o se atenúa y se hace imprecisa y fluctuante —ya sea de manera abierta o larvadamente— el sufrimiento remite sólo a los límites de la vida, a la idea de la muerte y a la confianza en un conocimiento y en una técnica que aseguren la recuperación del bienestar, el beneficio de la tranquila costumbre de vivir. Esto hace que el sufrimiento sea una realidad dramática también para el médico.

Dramática no quiere decir sentimental. Hay que tener en cuenta que lo habitual, lo cotidiano en la vida del médico es la presencia de quienes están aquejados por el dolor mientras que, por el contrario, la experiencia del dolor es lo que perturba lo acostumbrado de la vida en quien de pronto se encuentra convertido en paciente. Se podría pensar entonces que es la cotidianidad de la experiencia lo que vela a los ojos del médico la dramaticidad del sufrimiento, según el adagio de que lo habitual se desvaloriza. Pero esto no pasa de ser una generalización abusiva del sentido común, pues, desde muchos puntos de vista, lo habitual acrecienta y refuerza el valor de muchas cosas. Lo que al médico le puede suceder es que algunas defensas psíquicas —no necesariamente conscientes—, añadidas al necesario control afectivo en la relación con el paciente, desalocen de su campo de consideración todo aspecto dramático. De todos modos, hay por lo menos tres factores capaces de repercutir en su vida anímica, de manera consciente o inconsciente: los motivos de la ineficacia de su práctica en muchos casos, la intensidad de las expectativas y de las demandas que su intervención genera y —sobre todo— el hecho de que para algunas decisiones, en casos extremos aunque frecuentes, los conocimientos estrictamente médicos no bastan y entran en juego una concepción de la vida y un juicio sobre los límites de la propia responsabilidad.

Cuando se juzga lo que se da en llamar la crisis actual de la medicina, de manera inevitable son llamadas a comparecer algunas formas de la especialización que se consideran como prácticas reduccionistas y disgregadoras y, además, lo que se describe como falta de humanidad de algunos médicos ante el sufrimiento.

Esta última acusación es muy antigua. En el siglo IV antes de nuestra era, cuando en Grecia el médico era considerado como el representante del saber teórico más refinado y la medicina era el modelo en el que se inspiraba la más exigente reflexión

ética, se encuentran críticas a una forma de relación con el paciente, considerada indigna. En *Las Leyes*, Platón compara la práctica de los médicos de esclavos con la de los médicos de hombres libres. Describe así la de los primeros: "...ninguno de ellos da a sus pacientes la menor explicación sobre el mal que sufren, ni les permiten dar detalles. Después de haberles formulado lo que les dicta su rutina, con aires de quien conoce su oficio al dedillo y con una arrogancia de tiranos, pasan de un salto a otro paciente"³. Platón los describe como médicos que no investigan a fondo cada situación particular, no estiman para nada los datos que les pueden venir del paciente y se apoyan en una experiencia estrecha que jamás se formula problemas. Además, creen que es una tontería explicarle al paciente lo que le está sucediendo.

Para entender el sentido de esta crítica, hay que tener en cuenta que la preocupación dominante de la medicina griega en ese siglo era la de establecer el tipo más conveniente de vida para el hombre sano. Para eso, el médico debía constituirse en observador atento y metódico de los fenómenos y ser un participante activo en el proceso educativo de la sociedad política.

Críticas semejantes a ésta pueden tener lugar en toda época. Lo difícil es decir con precisión en qué consiste ese humanitarismo que debe ejercitar el médico ante el sufrimiento. A veces, se tiene la impresión de que las críticas están sostenidas por la pretensión de revivir la imagen más o menos idealizada del médico que no sólo cura, sino que consuela; así, se reduce la actitud humana del médico a su capacidad de consolar siempre. Sin duda, el desamparo psíquico extremo que produce muchas veces el sufrimiento hace necesario, también para conseguir los fines terapéuticos, un modo de actuación que disminuya la intensidad del sentimiento de indefensión. Pero todo médico experimentado sabe, por ejemplo, que el sufrimiento puede estar acompañado por fuertes componente masoquistas. Lo "humano" allí no es el consuelo, sino una actitud que le permita al paciente darse cuenta de su tortuosa complicidad con el sufrimiento. El ejemplo (y no es sino un ejemplo) permite ver que una actitud humanitaria exige una ponderación del caso como situación total del que sufre; supone un discernimiento que muchas veces no es fácil.

Otras veces, para tratar de asegurar una actitud más humanitaria, se recurre a lo que un historiador contemporáneo de la clínica describe como "fenomenologías acéfalas de comprensión", armadas apenas con un "vocabulario débilmente erotizado" que no aporta ningún pensamiento real para clarificar la situación del médico ante el sufrimiento⁴. Se trata de esfuerzos por describir la relación entre el médico y el paciente en términos de intersubjetividad; se insiste en que se trata de la relación entre dos sujetos y se pone énfasis en los elementos emocionales que circulan o que deberían circular en esa relación. Aun cuando no se desconozca cierta eficacia de estos intentos, lo que se les critica con justicia es la carencia de aportes conceptuales que lleven a pensar con precisión la realidad de la práctica clínica.

En un libro relativamente reciente sobre técnicas psicoterapéuticas en medicina, los autores invitan al médico a una forma especial de relación, designada como **identificación**: "... Para

identificarse, el observador debe ponerse a tono a tal grado que, en breve tiempo, quizá sólo en unos cuantos minutos, pueda sentir como si él mismo fuera la persona observada o el creador del objeto en observación. El observador debe ser lo suficientemente libre y seguro para desprenderse de la conciencia de sí mismo y de su papel, de sus afectos, de sus antipatías y su idiosincracia personal, de tal manera que, durante el momento en que se identifica, pueda sentir como que es la otra persona o el creador del objeto..."⁵. Aquí tenemos el caso de una teorización confusa de la relación terapéutica. Por una parte, corresponde a la demanda de muchos pacientes que exigen que el médico se ponga en el lugar de ellos. Esto me hace recordar la ácida crítica de un antropólogo inglés quien, al referirse a una pretensión análoga en el terreno del método antropológico, la describía como una psicología del "si yo fuera caballo"⁶. Esta "identificación" voluntaria no es sino un riesgoso espejismo. Querer ponerse en el lugar del otro, decidir sentir lo que el otro siente, para poder conocer la naturaleza y el alcance de su dolor, es una ilusión y el intento por conseguirlo puede enturbiar el conocimiento que se quiere obtener y puede hacer que la práctica terapéutica sufra el influjo de sentimientos nada claros. Pero si la teorización en cuestión es confusa se debe a que da como equivalentes dos formulaciones que en realidad no lo son. Supone que es lo mismo "ponerse en el lugar de..." que ver "el creador del objeto en observación". Esta última formulación puede ser todo lo pretenciosa y poco feliz que se quiera; pero sugiere algo muy distinto de aquella presunta identificación. Sugiere con acierto que el médico debe estar en condiciones de interpretar y de reconstruir la situación general del paciente, para poder estimarla y para poder determinar el modo de su propia intervención. Esto, por lo que implica, lleva a considerar las críticas dirigidas a la especialización.

Ante todo, no se puede descalificar, ni de frente ni de rondón, la investigación especializada. Lo que decía en el siglo XVII el filósofo Baruch de Spinoza sigue teniendo validez: "... nadie, hasta ahora, ha determinado todo lo que puede el cuerpo; (...) en virtud de las solas leyes de la naturaleza, puede hacer muchas cosas que resultan asombrosas a su propia alma..."⁷. Tres siglos de trabajo científico han modificado mucho la situación del conocimiento; de todos modos, los descubrimientos hechos y las teorías elaboradas hacen sentir que estamos lejos de "determinar todo lo que puede el cuerpo". La investigación rigurosa y perseverante intenta poner a la vista y decir en lenguaje preciso lo que el cuerpo es y lo que el cuerpo puede con respecto a la superación del sufrimiento y a la restauración de la vida. Tampoco se puede descalificar la práctica médica especializada. Basta con pensar en la complejidad técnica de ciertas formas de diagnóstico en la actualidad. Eso repropone cada día la verdad de la primera parte del primer aforismo hipocrático: "...La vida es breve, el arte duradero, la ocasión huidiza, la experiencia engañosa, el juicio difícil..."

Toda especialización es, evidentemente, una delimitación y toda delimitación se hace por negación: no se consideran sino tales o cuales aspectos de una realidad. La delimitación es entonces metodológica; en otras palabras, supone que lo que abarca la especialización es la parte de un todo y que el conocimiento analítico de esta parte necesita ser integrado en

la consideración de la totalidad. El biólogo tiene que recordar que "las formas vivientes, al ser totalidades cuyo sentido reside en su tendencia a realizarse como tales en el curso de su confrontación con su medio, pueden ser captadas en una visión, jamás en una división"⁸. De manera análoga, esto vale para el médico. Su conocimiento especializado tiene que servir para alcanzar —o para mejorar— la visión general de cada caso individual concreto. Esta afirmación se basa en el supuesto que el médico es el profesional de la salud del hombre y no simplemente el profesional de un órgano o de una función. Se puede enunciar de manera inversa esa misma afirmación: para la visión o comprensión general de un caso es necesario, en muchas ocasiones, un conocimiento especializado. La doble enunciación intenta abarcar tanto el trabajo del especialista como el del médico general; la tarea de ambos es, más que restaurar un órgano o una función, instaurar —por cuanto sea posible— un orden nuevo que permita superar situaciones desfavorables para la vida. Si el especialista puede caer en el error de sobrevalorar la precisión de su conocimiento, el médico general puede inclinarse a estimar la amplitud como exhaustividad. Además, en ambas prácticas puede darse una balcanización del cuerpo y el desconocimiento de lo que he denominado realidad dramática del sufrimiento. La desintegración de la unidad del hombre que sufre se puede dar cuando un conocimiento especializado, al aislarse, desconoce su propia ubicación y su propio sentido y pretende regir, desde ese aislamiento, una práctica clínica que afecta al hombre entero. Se da también cuando el recurso a los resultados de análisis y técnicas de laboratorio suple por completo, en el diagnóstico, eso que el lejanísimo tratado **Sobre la antigua medicina** denominaba **aísthesis**, "percepción", y que es el resultado de una coincidencia feliz de cierto tipo de memoria, amplitud y rapidez de percepción, imaginación e **insight**, unidos a una fuerte voluntad de curar. Se da en ambas situaciones una conexión inadecuada entre un conocimiento parcial, aunque preciso, y las decisiones de la práctica médica. Eso evoca lo que una vez escribió Gilbert K. Chesterton sobre la heterodoxia: es una verdad que se ha vuelto loca. Podríamos parafrasear; una verdad con manías de grandeza. La delimitación metodológica puede transformarse en indiferencia hacia la totalidad y negación práctica de la misma por otras razones. Es una situación que se da en el ejercicio de todas las profesiones que tienen que ver directamente con el hombre y sólo de manera muy accidental pueden relacionarse con la naturaleza de la especialización.

Se trata de una indiferencia que obedece a la necesidad de sobrevalorar los propios conocimientos para asegurar el prestigio personal y para defenderse de la inseguridad psicológica. Los resultados de una práctica profesional son muy distintos según que se busque en el conocimiento especializado la seguridad de esa práctica, mediante la reducción de obstáculos objetivos, o que se busque la seguridad propia.

La consideración de la situación de hombre enfermo como situación nueva de todo el individuo exige una perspectiva muy abarcadora, que incluye también conocimientos no estrictamente médicos. Esta perspectiva tiene que estar vinculada, de modo decisivo, con la manera de concebir la formación y la práctica médica en la vida social.

Platón, tal vez sin advertir todos los alcances de lo que señalaba, nos da una pista para reflexionar sobre esto al advertir que los médicos de esclavos, cuya práctica él criticó, eran esclavos y los médicos de libres, cuya práctica era para él un paradigma, eran hombres libres. Dejaba anotada así una indicación: la actitud ante el sufrimiento estaba condicionada, en la práctica médica, por la ubicación de los hombres — médicos y pacientes— en la organización social y política de la ciudad-estado. Como ya hemos visto, el médico-esclavo estaba atado a una práctica rígidamente estereotipada, dirigida únicamente a hacer desaparecer un malestar; el médico libre, en cambio, se empeñaba en la difusión del conocimiento de los factores de salud y de enfermedad.

Es una cuestión que obliga a reflexionar, el hecho de que la figura del médico aparezca, en nuestra cultura, inmediatamente vinculada con la idea de enfermedad. Esto se debe a un largo proceso histórico que concentró a la medicina en lo terapéutico, más que en la dedicación a la integración de los conocimientos médicos en la cultura popular, como quería la tradición hipocrática.

La empresa de difundir el conocimiento de los factores de salud y de enfermedad tiene un doble efecto positivo: la supresión del carácter endémico de las enfermedades y la mayor eficacia terapéutica contra una enfermedad cuando ha dejado de ser endémica. La dimensión social de las enfermedades y el hecho de que la higiene ha ganado batallas más grandes que la terapéutica son el anverso y el reverso de una misma realidad. En la medida en que el médico reconoce todo esto y lo hace conocer, su figura va siendo vinculada con la idea de bienestar, porque aparece como el profesional más eficaz en el cambio de la relación de fuerzas entre los factores de salud y los generadores de sufrimiento. Además, la enfermedad como situación de sufrimiento es, muchas veces, una manifestación extrema de la incapacidad para adecuarse a un medio sobresaturado de diversos tipos de exigencias.

Toda esta dimensión social debe ser uno de los elementos de la perspectiva desde la que se considera cada caso.

SUMMARY

The aim of this essay is to discuss pain, considered as a state of illness which alters human capacity. It analyzes the physician's position in front of pain in its dramatic dimension and it criticizes some proposals which have been made on modifying the therapeutic relationship.

As for criticisms made to medical specialization, it considers the problem to lie in the connection between a strict cognitive specialization and decisions made in therapeutic practice. This problem is deeply related to the role played by medical training and practice in social life.

REFERENCIAS

1. Canguilhem, G.: **Lo normal y lo patológico**. Editorial Siglo XXI, Buenos Aires-México, p. 153, 1978.

2. Leriche, R.: **La chirurgie de la douleur**. Paris, Masson, 1937, p. 488, cit. por Canguilhem G., o. cit., p. 68.
3. Leyes, 720 c; 857 d-e.
4. Foucault, M.: **El nacimiento de la clínica**. Editorial Siglo XXI, Buenos Aires-México, p. 8, 1979.
5. Balint, M. y E.: **Técnicas psicoterapéuticas en medicina**. Editorial Siglo XXI, Buenos Aires-México, p. 153, 1966.
6. Evans-Pritchard, E.E.: **Teorías de la religión primitiva**.
7. **Ética**, III, proposición 2, escolio.
8. Canguilhem, G.: **El conocimiento de la vida**, Editorial Anagrama, Barcelona, p. 10, 1976.



La Corporación Editora Médica del Valle es una corporación sin ánimo de lucro cuyos fines son la publicación y difusión de material tendiente a mejorar el nivel académico de las profesiones afines a la salud en el Valle del Cauca y en el país.

Colombia Médica Editada
por Carvajal S.A. Publicaciones
Suscripciones Calle 37 No. 13-08 A.A. 53550
Bogotá, Colombia