

Sujeto y dolor: introducción a una filosofía de la medicina

Subject and pain: introduction to a philosophy of medicine

Dr. Gonzalo Pérez Marc^a

RESUMEN

El dolor no se puede explicar. Su comprensión no es posible si no lo es desde la más ingrata de las posiciones: su padecimiento. Así, en el intento por explicar sus múltiples apariciones, significados y mecanismos, surge como imprescindible el desarrollo de una filosofía del dolor. El acercamiento a estas cuestiones por parte de la medicina occidental tradicional, no ha tenido en cuenta el lenguaje particular en el que éstas se enmarcan, el cual se ve atravesado por una doble subjetividad: la que él mismo representa y la que encuadra a la relación entre los agentes por la que este lenguaje circula. La articulación de la medicina científica tradicional con disciplinas sociales, antropológicas y artísticas permitiría conformar una respuesta satisfactoria a esta doble subjetividad, con un profundo cambio en las terapéuticas actuales del dolor.

Palabras clave: dolor, filosofía, tratamiento, subjetividad, medicina tradicional.

SUMMARY

Pain cannot be explained. It may only be understood from the most unpleasant of positions: suffering it. Thus, in the attempt to account for its multiple occurrences, meanings and mechanisms, developing a philosophy of pain appears to be essential. The approach to these issues by traditional occidental medicine has not considered the particular language in their background, which contains a double subjectivity: the subjectivity it represents itself, and that which frames the relationship between the agents where this language circulates. Articulating traditional scientific medicine with social, anthropological, and artistic disciplines would allow for a satisfactory response to this double subjectiveness, resulting in a deep change in current pain therapies.

Key words: pain, philosophy, treatment, subjectiveness, traditional medicine.

La experiencia del dolor es, sin dudas, una de las cuestiones que más incomodan al pensamiento filosófico en su constante propósito de construir un "sistema de proposiciones capaz de integrar todas las cosas en un orden inteligible".¹ El dolor es definido desde un ámbito multidisciplinario y desde una gran variedad de agentes participantes en su dinámica (el sufriente, el tratante, el observador),

pero el carácter de "inexplicable" se sustenta fundamentalmente en su disposición azarosa y no en la posibilidad de su análisis. Ambiguo, injustificado, el dolor es irreductible, inseparable de las nociones de sujeto, vida y muerte. El dolor es subjetividad, experiencia común y solidaria irremisiblemente asociada al hombre desde el inicio de los tiempos; inconmensurable desde su exterior e intransmisible desde un lenguaje que no sea el que él mismo determina. El dolor iguala, manifiesta la densidad y profundidad del hombre. Es un hecho personal, que torna palpable la condición de finitud del sujeto. El dolor es proximidad a la muerte, conciencia de fin que se nos aparece de forma violenta, imprevista, pero también es signo de humanidad: el sufrir está en el ser del hombre, así como lo está el morir.

El dolor es también una construcción social y cultural, un concepto que se sufre, pero que también se construye. Cuando sentimos dolor nos duelen siglos de sufrimiento ajeno, experiencias pasadas y dolores conocidos. Por eso la necesidad de propiciar una hermenéutica del dolor, de otorgarle un significado que nos delimite un contexto de apreciación desde el que podamos llevar a la práctica mecanismos que nos permitan tolerarlo, acompañarlo, reducirlo. Porque ése es el objetivo de la filosofía que se ocupa del dolor: la acción. Una filosofía práctica que debe tener en cuenta la mirada clínica, deudora de una articulación con las disciplinas que procuran la remisión del dolor, pero que, a su vez, son deudoras del análisis en profundidad que un concepto como el del dolor merece. Las concepciones médicas tradicionales aún hoy vigentes, sustentadas en una medicina orgáni-

a. Médico Especialista en Pediatría. Estudiante de Filosofía. Facultad de Filosofía y Letras (UBA). Servicio de Pediatría del Instituto Médico Congreso.

Correspondencia:
Dr. Gonzalo Pérez Marc: gperezmarc@yahoo.com.ar

Conflicto de intereses:
Ninguno que declarar.

Recibido: 28-1-10
Aceptado: 13-7-10

co-mecanicista con una pretensión totalitaria, se deben todavía un contacto serio con disciplinas como la filosofía, la sociología o la antropología. La filosofía práctica debe comprometerse en su inclusión dentro de la actividad clínica diaria, pero no a partir de la mera abstracción de conceptos, sino desde la praxis más pura, junto al lecho del que sufre, allí donde el médico lleva a cabo el tratamiento.

Dolor: dualismo y fenomenología

Al acercarse a las definiciones del dolor resulta casi imposible evadirse de la dicotomía existente entre las que se refieren a éste y las que lo hacen respecto del sufrimiento. La definición médica, exigua, no hace referencia más que a la dimensión anatómico-fisiológica del dolor, excluye su faceta afectiva y se organiza simplemente a partir de una temporalidad inespecífica. Sin embargo, la contradicción se descubre en ella misma, la enunciación del dolor en tanto "síntoma" nos remite de inmediato a la más pura parcialidad. El síntoma es la "referencia subjetiva" que expresa aquel que percibe algún cambio o anomalía en sí mismo. Esto concuerda con una concepción del dolor en donde, en tanto síntoma, se incluye necesariamente la subjetividad de aquel que lo siente y lo expresa. Estos dos momentos –el de sensación y el de comunicación– de la experiencia sintomática se afirman en la ambigüedad, contraponiéndose de forma absoluta al signo clínico objetivable. Así, el dolor actúa como síntoma por antonomasia, subjetividad pura enmarcada en la objetividad de la transmisión sensorial. No se puede negar la doble construcción del dolor: sensorialidad y afectividad se integran en una vivencia desagradable, aflictiva, que descubre la densidad del sujeto y lo transforma de forma avasallante. Es común denominar "sufrimiento" al aspecto mental o espiritual del dolor y dejar al "dolor" o "dolor físico" como la expresión de la serie de mecanismos que participan en su fisiología. Mientras que el dolor se vincularía con la condición inmanente del sujeto, el sufrimiento implicaría una modificación del "sentido de vida"; es decir, se vincularía con la trascendencia del sujeto.

En paralelo con el desarrollo de las ciencias del conocimiento del cuerpo, la salud y la enfermedad, una gran cantidad de construcciones teóricas acerca del dolor han transitado un camino cuyo punto de partida fueron las simbolizaciones y mitos de los mundos antiguo y medieval, y cuya estación más prolongada se produjo en el dualismo cartesiano de la modernidad. A partir de esta

concepción dualista del hombre se estructura el análisis del dolor desde su escisión en "dolencia corporal" y "dolencia mental" o "del alma". El cuerpo es organismo, el espíritu, mera abstracción. Sin embargo, es el dolor el que pone en aprietos la postulación de tal ruptura. Descartes no puede resolver el hecho de que, si ambas estructuras –alma y cuerpo– fueran entidades autónomas, nos sería imposible la percepción del estímulo doloroso: es el padecimiento del dolor el que obliga a Descartes a la unión real² entre cuerpo y alma. Y en su obra, el dolor se convierte en una señal de alerta para el cuerpo, en un artificio que permite el mantenimiento de su integridad mecánica. Aun pese a este "conflicto del dolor", la epistemología mecanicista cartesiana subsistió a lo largo de toda la modernidad, estableciendo las normas por las cuales se rigieron todas las apreciaciones posteriores acerca del dolor y la enfermedad.

La fenomenología desarrolló un marco teórico que permitió una nueva lectura del cuerpo, el sujeto y, en consecuencia, del dolor. Sin dudas, la filosofía de Merleau-Ponty es la que ha impulsado las objeciones más lúcidas al universo dualista. Las relaciones entre cuerpo y conocimiento son centrales en su obra: la percepción, mediada por el cuerpo, es la responsable de todo conocimiento del mundo. El cuerpo adquiere así un lugar privilegiado: es el vínculo de inserción en el mundo, aquel que permite la "humanización" de la conciencia, que abre los campos para la percepción. Ahora bien, ¿qué es lo que sucede con un sujeto cuyo cuerpo –desde su sensorialidad– es medio absoluto de comunicación con todo lo que lo rodea, cuando siente dolor? ¿Qué ocurre cuando su acceso al mundo se ve velado por esta experiencia? Es fácilmente comprobable cómo aquel que sufre pierde noción de su entorno. El medio se vuelve extraño, hostil, se produce un distanciamiento del sujeto respecto de su mundo pre-dolor. Con el movimiento de Descartes a Merleau-Ponty, la filosofía pasa de pensar al cuerpo como algo que se tiene a pensarlo como algo que se es. La disociación entre "dolor físico" y "sufrimiento" se nos aparece ahora como un imposible; el dolor nos toma por entero, actuando como un fenómeno global. Ya no tenemos dolor, ahora más bien somos dolor. De esta manera, la filosofía fenomenológica ha logrado integrar –desde el mundo de la percepción corporal– a la división establecida por Descartes, hace casi cinco siglos, entre cuerpo y alma. Este desplazamiento no ha ido, sin embargo, en paralelo con el universo teórico de la medicina. Esta última ha quedado

estancada en un dualismo que la rige de forma paradigmática, a partir del modelo biofísico de la enfermedad.³ Ante la mirada clínica, el dolor continúa enmarcado fundamentalmente en lo físico, en lo corporal.

Dolor: construcción sociocultural de una subjetividad

Unido al hombre desde el inicio de los tiempos, este “mundo” del dolor ha sido construido en cada época de forma característica y particular. Cada cultura carga al dolor de múltiples significaciones, condicionando a aquel que lo sufre de diferentes maneras. Palabras, mitos y modelos son participantes activos en la forma de racionalización del dolor que cada individuo lleva a cabo. Es por esto que, para que una experiencia dolorosa constituya un sufrimiento en su sentido más pleno, siempre debe comprenderse dentro de su contexto sociocultural. Como producción cultural, el dolor actúa tanto a nivel social como individual: el enfoque sociocultural es el que “interpreta” nuestro dolor solitario, personal. Es este enfoque el que aporta el marco adecuado para la transformación del dolor en una experiencia individual y única. La íntima conciencia del dolor amenaza a la propia identidad, se torna omnipresente y “barre” con todos los intereses. Implica la reconcentración en el sí mismo y la desatención a los placeres de la vida y a la interacción con el medio. Cuando aparece, el dolor se hace omnipresente. En su estado de sufriente, el sujeto ya no es quien era, ya no es él mismo: representa ahora a su síntoma, a una subjetividad extraña y temida.

Inscripto, casi con exclusividad, dentro del ámbito de la medicina, el tratamiento del dolor se sucede en el contexto de una dinámica bidireccional entre quien lo sufre y quien lo trata: la relación médico-paciente. El dolor es el síntoma esencial de toda enfermedad, aquello que el sujeto padece; es decir, que lo transforma en paciente-enfermo. No hay requerimiento más desesperado por parte de éste hacia su médico que el de la supresión del dolor. Así, la objetivación de este padecer del sujeto por parte del médico en el contexto de la subjetividad de su relación, ubica al dolor en el lugar de “nexo” entre objetividad y subjetividad: su sustento en una determinada anomalía orgánica implica la necesidad de una “lectura” y resolución por parte del médico.

Desde la Ilustración, la medicina considera al dolor como una mera reacción sistémica plausible de verificación, medición y regulación. Es la medicina la que determina qué es dolor y qué no

lo es, a veces, incluso en contraposición con quien lo refiere. Para poder comprenderlo y tolerarlo, los médicos nos vemos impulsados a incluir al dolor ajeno en un proceso de despersonalización que nos permite verlo, no ya como una experiencia íntima del sujeto que lo sufre en un espacio y un tiempo determinados, sino como la expresión de una falla o deterioro que corresponde reparar o detener. Así es como el universo médico propicia, en su conjunto, la separación radical entre el sujeto al que trata y el objeto de su conocimiento. Llevado a cabo de esta manera, el tratamiento del dolor es ineficaz, parcial e incompleto. El vuelco hacia las medicinas “alternativas” o no tradicionales viene de la mano de las fallas y de la falta de reflejos que el mundo médico tradicional ha demostrado en cuanto a las posibilidades e intenciones de mitigar el dolor en todas sus dimensiones.

Para los médicos occidentales, cada acontecimiento del paciente debe ser registrado, cada cambio sopesado y organizado en alguna clasificación que le permita mantener su estructura de pensamiento. La objetividad más aséptica es el rasgo central de la práctica clínica del dolor y la enfermedad. Esto alcanza su punto de mayor contradicción cuando incumbe a la esfera del dolor, mediada por la más pura subjetividad. Porque, si bien la intención médica es la de objetivación de la clínica a partir de la observación, cabe aclarar que esta última reposa, principalmente, en la sintomatología del paciente. Pero el síntoma, como vimos, está marcado por la arbitrariedad desde su misma definición. Mientras los médicos sigamos convencidos de que la exactitud, la sagacidad y la atención son las principales cualidades requeridas en pos del tratamiento de los pacientes, el cuerpo sufriente sólo seguirá siendo un mero “espacio”, la superficie de expresión del suceso doloroso: aquel sitio en donde, simplemente, se disputa la lucha entre la dolencia orgánica y el saber científico. Esta postura es la tributaria de la habitual frustración médica ante el diagnóstico de dolores psicógenos, sin correlato en una alteración orgánica. Diagnóstico que, como es esperable, sólo se lleva a cabo luego de la minuciosa eliminación de todas las posibilidades diagnósticas que refieren a trastornos físicos.

Propuestas para una filosofía médica del dolor

La carencia de sentido del padecer que la experiencia dolorosa representa es, quizás, uno de los núcleos de mayor conflictividad de todo su proceso. ¿Cómo comprender el dolor del otro en su realidad? ¿Cuál es el mecanismo de resolución –si

es que éste existe— del conflicto generado por las formas de la alteridad del hábito doloroso? Sólo podemos creer en el dolor del otro, imaginarlo; nunca sentirlo como el propio que nubla nuestra existencia. No podemos convertirnos en ese que sufre y sufrir con él/como él, pero sí podemos descubrirlo, entenderlo como necesario para nuestra propia experiencia. La comprensión del dolor no es un acto intelectual, un mero aprendizaje de reglas preestablecidas para ser utilizadas durante la experiencia dolorosa de un otro diferente de mí, sino “una manera de compadecerse, de «padecer-juntos»”.⁴

La búsqueda del dolor es la búsqueda de su significado, de su nombre verdadero. Es en el ámbito del lenguaje, de su expresión por la palabra, en donde ese nombre se pronuncia: queja, llanto y grito son vocalizaciones del dolor en el proceso de reparación y alejamiento del que sufre. La subjetividad busca su equilibrio entre el dolor y el lenguaje, nivelándose por medio de la palabra: “hablamos” el dolor, expiándolo. No sería desacertado pensar que tanto la literatura como la pintura o la música pudiesen actuar como “catalizadores” de la plena subjetividad carente de sentido en la que la experiencia del dolor nos sumerge. De carácter privado, el dolor, sin embargo, se “refiere”, se dice. Lo nombramos con la intención de atribuirle un sentido, de aliviarlo. También la medicina debería erigirse como una clínica de la mirada y de la palabra. Los médicos deberíamos conocer la existencia del lenguaje del dolor, responsabilizarnos de la rectificación ética que nos concierne respecto de su tratamiento y seguimiento. El camino por seguir en cuanto a la terapéutica del sufrimiento no puede sostenerse únicamente en su reflexión teórica: el universo del dolor reclama una práctica del significado por parte de los médicos, y más allá, de la sociedad en su conjunto. Es hora de que, como médicos, comprendamos la necesidad de interacción con otras disciplinas tan disímiles como la antropología, la sociología, la filosofía o el arte. Dueña de la “voz dominante” de nuestra cultura occidental, habitualmente la medicina desecha sus energías en in-

fructuosos intentos por “acallar” esas otras voces. Voces que, en cuanto al entendimiento del dolor, aportarían nuevas y diferentes formas de significación y abordaje: escritores, pintores, psicólogos, filósofos y los pacientes mismos podrían “renovar” las formas de terapéutica y aceptación de la experiencia del sufrimiento. Estos lenguajes paralelos muchas veces reconocen aquellos silencios y luchas que los médicos solemos obviar. ¿Por qué, entonces, separar la ciencia de los médicos de la de los filósofos? Medidas políticas y sociales dirigidas al establecimiento de una educación filosófica y artística durante la carrera de grado de medicina, al fortalecimiento de la importancia de los comités de bioética en el medio hospitalario y a la continuación de estrategias de salud que permitan la organización de un mayor número de servicios interdisciplinarios de cuidados paliativos, son las que debemos impulsar como sociedad en pos de la conversión de la experiencia del dolor en un verdadero “desafío de la dignidad humana cuya victoria consiste en su aceptación”.⁵ ■

BIBLIOGRAFÍA

1. Poré J. Mal, sufrimiento, dolor. En: Canto-Sperber M, ed. Diccionario de Ética y Filosofía Moral, vol. II. México: Fondo de Cultura Económica; 2001. Pág. 989.
2. Descartes R. Meditaciones metafísicas. En: Descartes R, Discurso del método y Meditaciones metafísicas, La Plata: Terramar; 2004. Págs. 105-174.
3. Pérez Marc G. Filosofía de la enfermedad: vulnerabilidad del sujeto enfermo. *Arch Argent Pediatr* 2007;105(2):134-142.
4. Negri A. Job, la fuerza del esclavo. Buenos Aires: Paidós, 2003. Pág. 166.
5. Portillo J. Los significados del dolor. *Medicina y Sociedad* 2006;3:26. [Acceso: 20 de junio de 2007]. Disponible en: http://www.medicinaysociedad.org.ar/publicaciones/26_sep2006/dolorcompleto.htm.

BIBLIOGRAFÍA AMPLIATORIA

- Laplantine F. Antropología de la enfermedad. Buenos Aires: Ediciones del Sol; 1999.
- Le Breton D. Antropología del cuerpo y modernidad. Buenos Aires: Nueva Visión; 2006.
- Merleau-Ponty M. Fenomenología de la percepción. Barcelona: Eds. Península; 1975.
- Sontag S. La enfermedad y sus metáforas. El sida y sus metáforas. 2º ed. Madrid: Taurus; 2003.