

UNA PERSPECTIVA ANTROPOLOGICA DEL DOLOR

Discurso de inauguración del Curso Académico 2018.

Ilmo. Sr. D. Raimundo Carlos García. Académico de Número

Granada, 25 de Enero de 2018

Excmo. Sr. Presidente de la Real Academia de Medicina y Cirugía de Andalucía Oriental.

Excelentísimos e Ilustrísimos Señores Académicos

Señoras y Señores:

En primer lugar, quisiera dar las gracias a nuestra Ilustre Académica y vicesecretaria, la Dra. Raquel Osorio Ruiz, por haberme liberado de dar lectura a la memoria Académica del curso pasado. Sin duda, para mí, la representación de dos papeles distintos en un mismo acto, hubiese resultado una labor ardua, pero, sobre todo, para ustedes habría sido mucho más difícil de sobrellevar. Por tanto en nombre de todos los presentes repito mi agradecimiento y le felicito por la brillantez de su exposición.

Por mandato estatutario, me corresponde pronunciar el discurso de apertura de este año académico 2018. No son los méritos propios los determinantes de este quehacer, sino la simple antigüedad en el escalafón. Sin duda es un orgullo para mí este cometido, pero también les puedo decir que elegir un tema y desarrollarlo de forma que resulte atractivo para un diverso y selecto auditorio, como el que hoy se congrega aquí y además, darle un contenido con la suficiente profundidad intelectual que exige esta tribuna, no ha sido una tarea fácil.

Y me decidí por el dolor y su relación con el ser humano. Entendí que este tema pudiera ser de interés, no solo para los Académicos aquí presentes, la mayoría médicos, sino para todos ustedes, que en algún momento de sus vidas habrán sufrido o podrán sufrir el tormento del dolor.

Puedo justificar además la elección de este tema porque durante muchos años, en mi actividad profesional como anestesiólogo, desempeñé la gratificante labor de evitar el dolor producido por las intervenciones quirúrgicas, así como aquel otro que se ocasiona con la práctica de procedimientos diagnósticos o terapéuticos hospitalarios de diversa índole. Esta ha sido mi particular y principal relación con el dolor en la clínica. Al mismo tiempo, en mi tarea docente, impartí lecciones o seminarios con el objetivo de transmitir a los alumnos la importancia de comprender bien el concepto, el significado y las repercusiones negativas, de índole somática o psíquica, que puede tener el dolor. Obviamente, en mi papel de profesor de anestesiología y farmacología,

les indicaba, en primer lugar, que el principio básico para conseguir un alivio efectivo del mismo, era utilizar correctamente los fármacos analgésicos; pero además, les advertía que en ocasiones, y aun teniendo en consideración lo anterior, no lograrían el pretendido objetivo de abolir el dolor, debido a que esta sensación tiene unas características peculiares, entre las que destaca su subjetividad y su forma distinta de manifestarse en cada paciente, hasta el punto que enfermos con lesiones o estímulos nociceptivos semejantes, percibían su dolor de forma diferente entre ellos. Les decía que debían, por tanto, tener en cuenta, a la hora de establecer la terapéutica analgésica, no solo el proceso puramente fisiopatológico, orgánico, que originaba el dolor sino , y sobre todo, tenían que conocer bien como es la persona que siente el dolor, el ser humano en toda su extensión. Precisamente sobre la base del recuerdo de estos razonamientos y advertencias dadas a mis alumnos he construido este discurso, haciendo una breve incursión en el terreno de la antropología filosófica y social, alejándome un tanto del dolor como una realidad biológica pura, versión a la que estamos más acostumbrados los médicos, para acercarme más al hombre como sujeto de dolor.

En consecuencia, desde esta perspectiva antropológica, voy a articular mi disertación en dos apartados: uno, sobre el concepto, significado o interpretación del dolor como experiencia subjetiva y otro, para considerar la influencia que ejercen distintos factores culturales y sociales en la manifestación dolorosa de cada individuo.

El dolor como experiencia subjetiva

El dolor está entrelazado con la historia de la humanidad. Desde que tenemos constancia de los inicios del desarrollo del pensamiento humano, el deseo de conocer qué es el dolor físico y como aliviarlo, está ligado con la historia del hombre.

A lo largo del tiempo las distintas culturas han pretendido conceptualizar el dolor, intentando así gobernar su significado; el “mundo” del dolor ha sido construido en cada época de forma característica y particular. Cada cultura carga al dolor de significados múltiples, condicionando el concepto que cada individuo otorga al dolor que siente. Palabras, mitos y modelos son participantes activos en la representación del drama personal del dolor, que siempre debe interpretarse dentro del contexto

socio-cultural del propio individuo. Este contexto es, por ello, el marco adecuado para que el dolor resulte ser una experiencia personal y única. Fuera de él la sociedad, a su manera, valora y define el dolor de cada actor. Así ha sido a lo largo de la historia.

En el Bhagavad Gita, el sagrado y extenso poemario indú, escrito en sánscrito, 3000 años antes de Cristo, el dios Krishna dice, «*la vida, donde reside el dolor...*». ¿Qué es, pues, el dolor si su lugar en la vida es tan crucial? En un intento de descifrar este enigma debemos observar cómo se ha comprendido e interpretado el dolor hasta nuestros días. Hasta época reciente, su conocimiento se podía circunscribir a tres paradigmas. El primero, que podríamos denominar el punto de vista premoderno, contempla el dolor como algo más que una experiencia corporal, pues refleja un ámbito espiritual, imbuido de significados y metáforas que van desde los demonios que lo inducían, abriendo sus alas en la antigua Mesopotamia, hasta la tradición judeocristiana en la que el dolor surge tras la expulsión del Paraíso. “*La tierra espinas y cardos os deparará*”, es la condena de Dios a Adán, una maldición que la cristiandad ha transformado en una vía de redención. También se ha considerado el dolor como una fuerza que podría servir para una positiva transformación espiritual. Los peregrinos y los ascetas de diferentes tradiciones religiosas, elegían aproximarse a Dios sometándose a dolorosos ritos y adquirirían la consideración de mártires aquellos que se abrazaban a una muerte dolorosa.

Esta concepción espiritual del dolor perduró durante muchos siglos y aún no se ha extinguido completamente. En todo ese tiempo, el dolor sufrimiento fue visto por muchos como algo que puede, debe o debería ser soportado. A pesar de que resulte difícil de creer, la introducción de la anestesia quirúrgica a mediados del siglo XIX desató una controversia en su tiempo. Muchos estaban de acuerdo con el presidente de la Asociación Dental Americana, quien declaró: «*Estoy en contra de esos agentes satánicos que impiden al hombre sobrellevar lo que Dios quiso que sobrellevara.*» El uso de la anestesia en los partos fue especialmente controvertido porque se pensaba que transgredía el mandato divino de parir con dolor.

La concepción premoderna del dolor fue suplantada a mediados del siglo XIX por una nueva visión biológica, propugnada por la filosofía cartesiana, que lo consideraba como un simple proceso mecánico: la sensación se producía porque una serie de señales predecibles originadas en las terminaciones nerviosas, eran enviadas

al cerebro, el cual, a su vez, daba una respuesta dolorosa, pasiva y proporcionada a la intensidad del estímulo lesivo.

Evidentemente, la biología tenía el privilegio de poder estudiar el «mecanismo» de dicho proceso, describir con la objetividad requerida el origen, el recorrido, y el punto de llegada de un estímulo, pero ocultaba la parte del hombre en la construcción del sufrimiento; éste sufrimiento se veía como un efecto mecánico de saturación, simple consecuencia de un exceso de búsqueda de sentido. El hombre no era más que una hipótesis secundaria, y hasta desdeñable. El fenómeno sólo concernía a la «máquina» del cuerpo. A esta concepción correspondía la definición médica del dolor como: *“Una sensación desagradable, causada por una estimulación de carácter nocivo de las terminaciones nerviosas sensoriales”*. Al dolor se le imputa el valor de ayudar al médico a establecer un diagnóstico, atribuyéndole además una función defensiva del organismo, muy en consonancia con las ideas darwinianas de la época. De no ser por el dolor físico no advertiríamos la presencia del mal. La existencia humana sería terriblemente vulnerable si se la privara de la capacidad de padecerlo, ya que fuerza al aprendizaje lúcido y esforzado de peligros que amenazan la integridad física. Sin duda esto así. Pero esta idea no puede confundirnos ahora. La interpretación finalista del «sentido defensivo» del dolor resulta candorosa e insuficiente, como señala Mauricio Pradines. Útil hasta cierto punto, porque si se hace contumaz, si el síntoma dolor se prolonga hasta el infinito y acaba siendo su propio fin, se transforma en enfermedad, en la enfermedad del dolor, la enfermedad que hay que tratar. La conciencia dolorosa es el suplemento que elimina la tentación de otorgar al dolor un mero estatuto de defensa orgánica.

Este modelo biológico prevaleció durante la mayor parte del siglo XX y sigue vigente, no sólo para muchos pacientes, sino también para algunos médicos. A pesar de que esta concepción nos ha ayudado a progresar en el tratamiento del dolor agudo y en el desarrollo de la anestesia, nos ha impedido reconocer y comprender bien el dolor crónico. Con este modelo tampoco se puede explicar por qué algunos dolores empeoran por sí solos, aun cuando el estímulo haya menguado o desaparecido. Incluso, para entender el dolor agudo, el modelo es insuficiente, pues con él no podemos demostrar por qué, en condiciones de laboratorio, el mismo estímulo térmico puede ocasionar un dolor más intenso en una persona que en otra o por qué

unas lesiones graves pueden causar un dolor moderado en algunos, mientras que en otros una lesión mínima puede resultarles insoportable. Además, esta concepción del dolor como hecho puramente sensorial ha omitido, durante largo tiempo, la importante y trascendente dimensión afectiva del mismo.

La publicación de los estudios de Freud y Breuer en 1895, ilustrando la lógica del inconsciente en los sufrimientos de la histeria, abrió una primera brecha en este acercamiento estrictamente neurológico, dejando entrever que el dolor no es una mera serie de fibras nerviosas o el apéndice indiferente de una actividad biológica autónoma del cerebro. Estas ideas, junto al gran progreso de las ciencias fisiológicas e histológicas a partir de los años finales del siglo XIX, propiciaron la génesis de un tercer paradigma, una síntesis que incorpora elementos de las dos tradiciones previas. Este nuevo modelo contemporáneo considera el dolor como una interacción compleja entre diversas partes del cerebro. En su desarrollo se toma como base la vieja teoría de la puerta de entrada de Melzak y Wall: Numerosas estaciones intermedias separan el lugar desde donde se origina y se irradia el dolor hasta otro en donde se percibe el mismo. Dichos filtros acentúan o disminuyen su intensidad. En el camino del dolor hay puertas que se abren acelerando su paso y otras que se cierran y lo ralentizan o lo amortiguan. Otras percepciones sensoriales pueden confluir con él y contribuir a su modelado (calor, frío, etc.). Ciertas circunstancias lo inhiben (concentración, relajación, diversión, etc.), mientras que otras aceleran su difusión y la acrecientan (miedo, fatiga, etc.). Con esta propuesta, los propios sistemas fisiológicos de regulación y de transmisión de la sensación dolorosa, interactuarían con otros centros ajenos a las vías del dolor y darían cabida, y explicación, a los procesos psicológicos (conductuales, cognitivos, y emocionales) que acompañan siempre al dolor. Por tanto el fenómeno doloroso, ya no se trata solo de una cuestión de estímulos que se disparan desde determinadas terminaciones nerviosas periféricas y llegan hasta el SNC, sino también de una experiencia creada por zonas del cerebro generadoras de significados, posibilitando así una interpretación más realista del mismo. Todo dolor comporta un padecimiento moral, un cuestionamiento de las relaciones entre el hombre y el mundo. No hay dolor sin sufrimiento, es decir, sin significado afectivo que traduzca el desplazamiento de un fenómeno fisiológico al centro de la conciencia moral del individuo.

La dicotomía entre dolor físico, como dolor del cuerpo y dolor psíquico, dolor moral o dolor del alma, como expresión del sufrimiento, establecida por los clásicos y defendida después por Descartes, se mantiene hasta que, en concordancia con los avances en las ciencias biológicas de finales del XIX, antes citados, surge un movimiento filosófico, la fenomenología, que desarrolla un marco teórico que permite hacer una nueva lectura del cuerpo y en consecuencia del dolor. Quizás haya sido el filósofo francés Maurice Merleau-Ponty y entre nosotros, Pedro Laín Entralgo, quienes hayan impulsado las objeciones más lúcidas al universo cartesiano. En la obra del francés, titulada *Fenomenología de la percepción*, se considera que el cuerpo es condición misma del hombre, es el sitio garante de su identidad. La percepción, mediada por el cuerpo, es la responsable del conocimiento del mundo exterior. El cuerpo adquiere así un lugar privilegiado: es el vínculo de inserción del hombre con el mundo, aquél que permite la “humanización” de la conciencia, abriendo los campos para la percepción.

Ahora bien, ¿qué es lo que sucede cuando un sujeto, cuyo cuerpo que es medio absoluto de comunicación con todo lo que lo rodea, siente dolor? ¿Qué ocurre cuando su acceso al mundo se ve velado por la experiencia del dolor? Es fácilmente comprobable cómo aquél 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”, tal como señala Gustavo Pérez Marc. Por tanto, desde este movimiento que advertimos de Descartes a Merleau-Ponty, la filosofía pasa de una idea del cuerpo como algo que se tiene a otra diferente, como algo que se es; más que tener mi cuerpo, soy mi cuerpo. El cuerpo deja de ser un extraño a nuestra yoidad y a nuestro ser. Por tanto desde este pensamiento, la disociación entre “dolor físico” y “sufrimiento” se nos aparece ahora como un imposible. Ambos se entremezclan en un cuerpo-sujeto, desdibujando sus límites, borrando su frontera: no se tiene dolor, se es dolor.

No se puede negar la doble construcción del dolor: sensorialidad y afectividad se integran en una vivencia desagradable, aflictiva, que transforma al sujeto, lo subyuga. Pero curiosamente, ante la mirada clínica, el dolor aún continúa enmarcado en lo físico, en lo corporal. Sólo el psicoanálisis ha sido capaz de dar cuenta de la imbricación entre dolor y sufrimiento, entendiendo a la experiencia dolorosa como un eslabón intermedio entre la interioridad y la exterioridad del sujeto.

Desde la interioridad, desde lo más íntimo, la conciencia del dolor amenaza la identidad del sufriente, ya que 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. Es el síntoma que “barre” con todos los intereses.

El dolor modifica directamente al yo. Lo desagradable de su aparición se convierte en un profundo desamparo en quien lo sufre: Pérdida de identidad, aislamiento, desinterés por el mundo que le rodea... sentimientos muchos de ellos, que han sido reflejados en la literatura y en las artes de diversa manera.

El escritor y pintor francés Henri Michaux, que padeció una larga enfermedad acompañada de intenso dolor, en su obra (*Face à se qui se dérobe*), investigó la relación del hombre con el sufrimiento y en uno de sus capítulos relata cómo, en una reunión con un grupo de amigos, sintió dicha sensación de aislamiento. Dice así: «*En la calma habitación, en apariencia también yo estaba tranquilo. En silencio tragaba mi bocado de dolor, ante las miradas (un tanto fastidiadas) de aquellos que tenían algo mejor que llevarse a la boca. Me hablaban. Amigos sin duda. Yo, en el infierno, ellos fuera. Nunca era del todo igual.*» Yo, en el infierno, ellos fuera.

Otro escritor francés Alphonse Daudet, enfermo de una tabes dorsal que le producía unos fuertes y continuos dolores, escribió una obra titulada *In the Land of pain*. En ella colecciona una serie de notas para describir su dolencia. Decía entre otras cosas lo siguiente: “*Cuando el dolor se instala, lacera cada instante de la existencia. Matiza toda relación con el mundo, se interpone como una pantalla que aparta de las cosas. «Dolor que se desliza por todas partes, en mi visión, mis sensaciones, mis juicios; es una infiltración. En mi pobre carcasa hueca, vaciada por la anemia, el dolor resuena como la voz en una habitación sin muebles ni cortinas. Días, largos días, en los que lo único vivo en mí era el sufrir.*” En su cuerpo, “su pobre carcasa hueca” retumba el dolor porque no hay nada que lo atenúe. Daudet añadía en su diario: «*Mi dolor abarca todo el horizonte, lo llena todo*», “*pone los nervios a flor de piel...una mínima molestia, un ruido, una contrariedad, alcanzan proporciones que dejan atónita a la gente que nos rodea; perturba la percepción del tiempo e invade los hechos del día, convirtiendo al hombre en un espectador indiferente, incapaz de interesarse en lo esencial.*

Estos testimonios revelan, sin duda, que la historia de sus vidas, atraviesa un proceso de desestructuración y deterioro. El dolor paraliza la actividad del pensamiento o el ejercicio de la vida. El sujeto ya no es quien era, ya no es él mismo: representa ahora a su síntoma, su vida es el dolor.

Son descripciones, las de estos autores franceses, profundas, que dejan ver la angustia y el sufrimiento que conllevó su experiencia dolorosa. Obviamente la mayoría de los pacientes expresan su dolor con menor precisión y muchas veces desbaratan la impotencia de su lenguaje para definir su dolor, empleando metáforas, mediante las cuales, con la riqueza adjetiva de sus palabras, quieren hacer llegar a su interlocutor, como perciben el mismo: «*Es como si me pegaran cuchilladas*» o «*me dieran mordiscos*». Probablemente quien formula estas imágenes aproximativas nunca ha recibido navajazos ni ha sido mordido por un perro. No obstante estas metáforas convertidas en tópicos expresivos acaban siendo un recurso a menudo suficiente para alertar al médico acerca del posible diagnóstico. El impresionismo de las descripciones delimita un campo patológico virtual.

Otras veces la insuficiencia de las palabras se compensa con gestos y actitudes. El dolor además de la fragmentación del lenguaje, suscita el grito, la queja, el gemido, los lloros o el silencio. Mímicas específicas, y socialmente identificables, que ejemplifican el ir y venir del dolor.

Los testimonios, antes relatados, contruidos por hombres de letras, nos aproximan a una definición del dolor en su concepto integral sensorial y afectivo. Pero debemos tener en cuenta que solo son la expresión de **su dolor**. A diario, cada uno de los miles de seres humanos, cuando son interrogados por el médico, o por cualquier otra persona de su entorno inmediato, describen su dolor de manera distinta unos de otros. **Millones de relatos distintos**. Probablemente, la mayoría de estos sufrientes anónimos lo relatan de una forma menos elocuente, más imprecisa, que aquellos a los que nos hemos referido; pero hay que comprender que no es fácil hacerlo; tenemos que reconocer que el dolor es una experiencia sumamente difícil de poner en palabras. El médico y escritor, mejicano, Arnoldo Kraus en su obra, *Dolor de uno, dolor de todos*, señala: *El dolor transformado en palabras, duele distinto*". El dolor es difícilmente transmisible desde un lenguaje que no sea el que él mismo determina. A propósito de esta afirmación, Alain Pascal en un excelente trabajo publicado en el año

1988 decía: «*El dolor es siempre subjetivo, es lo que el enfermo afirma que es y no lo que los otros creen que debería ser*».

El dolor de cada uno: factores culturales y sociales que lo modulan.

La singularidad en la expresión del dolor viene determinada, en gran parte, por la inclusión de un nuevo elemento en la concepción del mismo: la cultura. La cultura en su acepción más amplia, como conjunto de conocimientos, de desarrollo científico, en una época, en un grupo social.

Tenemos que considerar, por tanto, que el dolor que sentimos cada uno de los seres humanos no es un simple flujo sensorial, sino una percepción que no escapa a la condición antropológica de las otras percepciones. Es simultáneamente sopesada y evaluada, integrada en términos de significación y de valor. Va más allá de lo puramente fisiológico: da cuenta de lo simbólico. La propia sensación se integra en la experiencia vital de cada individuo, en su personalidad, en su cultura, lo cual hace que cada paciente perciba su dolor de una manera distinta a los demás y lo interprete también de forma diferente. Estaríamos por tanto ante un nuevo modelo, un nuevo paradigma, en donde el dolor sería la resultante de la interacción de elementos fisiológicos, psicológicos y culturales. Estos últimos elementos culturales están integrados en la trama social en la que vive inmerso el hombre que, como ser racional, es un infatigable creador de significados. Este significado determina la relación de cada sujeto con su dolor: Unas veces la relación es aceptable; el sujeto que lo sufre encuentra alguna razón para comprenderlo; otras por el contrario no concibe el porqué de su padecimiento.

Algunas personas para entender su dolor encuentran soporte en la religión.

En las más antiguas civilizaciones y creencias religiosas, el dolor era considerado como un castigo de los dioses infligido a los hombres por su debilidad. Estos, lo soportaban como una ofrenda a las deidades para obtener su perdón.

Las tres religiones monoteístas, Judaísmo, Cristianismo e Islam, son especialmente sensibles al sufrimiento: ¿cómo es posible que un Dios bueno y salvador permita el sufrimiento? ¿Qué sentido puede tener éste? Las respuestas a estos

interrogantes tienen aspectos comunes y también sus propios acentos, derivados de las particulares formas de comprender a ese Dios.

El Judaísmo bíblico más antiguo propone que el dolor, la enfermedad o la desgracia son castigos divinos causados por las transgresiones cometidas por el sufriente o por algún miembro de su familia. Esta experiencia del sufrimiento como purificación del pecado se ve cuestionada por una realidad evidente: el sufrimiento del justo. El libro de Job es el gran ejemplo de ello: un justo sufre, sin pecado alguno. Por ello, la tradición bíblica, judía y también la cristiana, propone otro posible sentido a ese dolor injusto: El sufrimiento, sea causado por Dios o por el demonio o por el mismo ser humano, acrisola a la persona, le permite probar su fidelidad y concentrarse en lo central: la experiencia de su Dios como una fuente de salvación. De esta manera el sufrimiento adquiere sentido y valor.

La tradición cristiana considera al dolor como una consecuencia del pecado original de Adán y Eva y lo contempla como una oportunidad de participar en los sufrimientos de Cristo. Su significado evoluciona desde un dolor por redención a un dolor por compasión. En el cristianismo, sobre todo en su versión católica, se lo considera una suerte de alquimia que transmuta el alma y acerca el individuo a Dios. El dolor prueba el espíritu del creyente y le ofrece la oportunidad de demostrar sus méritos ante él. El hombre de fe acepta el sufrimiento que lo desgarrar, porque le concede también un significado y un valor. Lo considera una prueba enviada por Dios para enmendarlo.

Para los musulmanes, todo acontecimiento histórico y personal, incluido el dolor, se debe a la voluntad de Dios: Los fieles se ponen con paciencia en sus manos quien les perdona por su resistencia y su aceptación de la prueba. Para ellos el dolor no es la sanción por una falta, está predestinado, inscrito en el hombre mucho antes de su nacimiento.

Y no podemos extendernos en la consideración del dolor en las grandes religiones orientales porque haría infinito este relato. En general los fieles de estas religiones son testigos del carácter doloroso de la condición humana, reconocen el sufrimiento como algo inseparable de sus vidas y al dolor físico como una ayuda para recuperar la pureza original y así completar el ciclo de reencarnaciones.

En definitiva, las religiones imponen su marca en los comportamientos y valores de los individuos a la manera de un inconsciente cultural. La integración del dolor en una cultura religiosa que le da sentido y valor es para los seres humanos un soporte simbólico que les otorga resistencia. Por ello, la mayoría de los creyentes o practicantes de cualquier religión, seguramente sufren menos, tal como lo sugiriera el psiquiatra alemán Viktor Frankl al decir: *el hombre no se destruye por sufrir, sino por sufrir sin sentido*. Y el mundo del sentido es el mundo de las religiones.

Pero independientemente del significado o sentido que el individuo le confiera a su dolor por sus creencias religiosas, otra serie de factores personales pueden modular su percepción y expresión: etnia, sexo, edad, nivel educativo o cultural, condición social y/o económica.

Es muy difícil apreciar la influencia particular que tiene en ello cada uno de estos factores, puesto que lógicamente se solapan unos con otros y el valor de uno, en su relación con el dolor, puede verse influenciado en un sentido u otro por el valor de los demás. Considerando estas limitaciones voy hacer referencia en primer lugar a algunos estudios con los que se ha pretendido establecer una correspondencia entre etnia y experiencia dolorosa, entendiendo el concepto de etnia como una comunidad humana definida por afinidades raciales, lingüísticas o culturales.

En el año 1952, Mark Zborowski publicó un artículo pionero sobre la influencia de la cultura en la percepción y manifestación dolorosa. En el hospital de Veteranos de Kingsbridge, en el barrio neoyorquino del Bronx, interrogó a doscientas cuarenta y dos personas, casi todos hombres. Esta muestra poblacional comprendía individuos de origen italiano, judío, irlandés y americanos de toda la vida, de "pura cepa" como él dice. Comprobó en su estudio que los italianos y los judíos provenientes de Europa del Este, reaccionaban ante el dolor de una forma parecida: eran muy sensibles a los estímulos dolorosos y tendían a la emotividad y a la dramatización. En el caso de los judíos lo percibían como un signo nefasto, que les provocaba ansiedad y miedo del futuro, algo congruente con la historia dolorosa y trágica del pueblo judío. Los italianos, por su parte, viven el dolor con la inmediatez de la queja y del pronto y esperado tratamiento con analgésicos. En cambio, los americanos desestimaban su dolor, pareciendo que sólo molestaba a los otros. Los irlandeses de confesión católica

se parecen a los americanos: Unos y otros, manifestaban una misma capacidad de resistencia, de tolerancia al dolor.

Este estudio de Zborowski, y otros con similares objetivos publicados a lo largo de la última mitad del siglo XX, casi todos ellos realizados en los Estados Unidos de América, quizás nos sirven como referencia para percatarnos, a groso modo, de la relación entre etnicidad y dolor. Sus resultados no podemos despreciarlos. Pero, contemplados desde una perspectiva actual, debemos al menos matizarlos. El paisaje social a día de hoy, tanto en Estados Unidos como en el resto de países occidentales, está lejos del que se avistaba cuando Zborowski hizo su trabajo; aquellas poblaciones de judíos, italianos e irlandeses, recién emigradas, estaban aún muy apegadas a cierto número de valores y comportamientos. Estos han ido cambiando a medida que los emigrantes de aquellos orígenes se han ido integrando social y culturalmente en la propia sociedad americana. Si en aquellos trabajos, en sus resultados se homogeneizaban con exceso los comportamientos colectivos de dichas poblaciones, ahora sería mucho más complejo incluir a los descendientes de dichos individuos italianos, judíos o irlandeses, dentro de una misma etnia y por lo tanto los resultados serían aún más discutibles.

Por tanto, en la actualidad, reducir la interpretación de dolor a un estereotipo debido a orígenes sociales y culturales del paciente quizás es un error tan importante como el de la desconsideración absoluta de estos orígenes. Ante el dolor, las diferencias encontradas en la misma cultura a veces son más marcadas que las que se encuentren entre culturas entre sí. El estereotipo es más patente cuando el paciente y el médico, o quien sea la persona que trate a aquel, tienen dos orígenes étnicos diferentes. A veces, se invoca la influencia de la cultura en el dolor rebelde observado en sujetos emigrantes, como una forma de justificar la ineficiencia médica para tratar el mismo.

Entre las múltiples, complejas e interactivas variables que pueden contribuir a la variabilidad inter-individualidad en la percepción o expresión del dolor, en personas pertenecientes a una misma comunidad cultural o étnica, el sexo y la edad, han sido consideradas como muy influyentes.

Con respecto al sexo varios estudios experimentales han demostrado que el umbral de percepción y tolerancia al dolor fue menor en las mujeres y aunque este

hecho no ha sido confirmado en otras investigaciones, nadie fue capaz de desterrar de forma definitiva esta hipótesis. Los que mantienen que las mujeres son más sensibles, formulan varias supuestas para interpretar su diferencia con los hombres: Para unos, ellas tendrían un mayor número de receptores nociceptivos por área de piel o bien serían más ricas en receptores opioides tipo kappa, los que tienen una influencia mínima en el control endógeno del dolor. Otros han pensado en el menor grosor de su piel y en fin, como no, se ha dicho que las hormonas femeninas, pueden ser un regulador potencial de la sensibilidad al dolor, pues se sabe que ciertas fases del ciclo menstrual se asocian a un menor umbral de percepción del mismo. Como en todas las investigaciones a este respecto es muy difícil evitar sesgos en los resultados, si antes no se tienen en cuenta otros factores que pueden modificar la tolerancia al dolor en la mujer. Fíjense, se ha descrito en estudios al respecto, que cuando el investigador que evalúa el dolor es un hombre, tiende a infravalorar el mismo, en su intensidad o en su calidad, si es una mujer el sujeto de estudio.

En la actualidad, disponemos de algunos datos que nos hacen pensar que la diferencia en la percepción y tolerancia del dolor, entre hombres y mujeres, no es tan notoria; seguramente, esto es así debido más a los cambios socioculturales operados en el entorno de la mujer, que a los aducidos de tipo fisiológico. Por esta, al menos, *“igualdad de sexo”* en la percepción del dolor, pensamos que debería abandonarse el calificativo de sexo débil para ellas, una acepción que ha sido borrada recientemente del diccionario de la Lengua española.

En relación a la edad, varios estudios han demostrado que los niños y las personas mayores reciben menos analgésicos que los jóvenes adultos para aliviar su dolor. ¿Quiere esto decir que niños de corta edad y ancianos, toleran mejor el dolor que las personas de edad media? Creemos que no. Las diferencias descritas entre unos y otros, pueden explicarse, en parte, aduciendo que los primeros tienen una mayor dificultad que estos últimos para expresar su dolor. El niño, que todavía no tiene la capacidad de verbalizar, ha sido durante mucho tiempo considerado como resistente al dolor. Se decía que los niños no sentían dolor porque no estaban suficientemente desarrollados para sufrir. Sin embargo, hoy sabemos que aunque los mecanismos inhibitorios de la transferencia del mensaje doloroso tardan algún tiempo en desarrollarse, el sistema de transmisión del mensaje nociceptivo es maduro y realiza su

función desde el nacimiento. Es cierto, sin embargo, que el dolor genera reacciones emocionales menos prolongadas en niños y adolescentes que en los jóvenes y adultos.

En el otro extremo de la vida, el dolor es muy frecuente, sin duda porque en estas personas mayores abunda la patología que justifica que el dolor sea un síntoma común en este grupo de edad. No obstante, los ancianos tienen menos tendencia a quejarse: parecen tener el estoicismo y el fatalismo que le falta a los más jóvenes. Se ha dicho que en ellos la sensibilidad al dolor cutáneo disminuye, mientras que la reacción ante un dolor intenso aumenta; por ello, con frecuencia, se habla de que las personas mayores tienen un umbral mayor de dolor. El hecho de que responden favorablemente, como antes hemos señalado, a dosis más bajas de analgésicos, puede obedecer a dicha razón, aunque ello quizás puede explicarse más fácilmente, aludiendo a las diferencias farmacocinéticas entre ancianos y personas más jóvenes.

En definitiva, podemos decir que el dolor de cada persona está condicionado por estos factores individuales de carácter biológico; sin embargo no podemos olvidar que el dolor es producto de un contexto; es la expresión de una educación social.

Algunas diferencias interindividuales en la percepción y expresión del dolor pueden tener un trasfondo educativo. La sensibilidad a estímulos dolorosos, las reacciones emotivas "socialmente correctas", la comprensión del dolor y las formas de enfrentarlo están condicionadas en cierto modo por nuestra educación. Desde una edad temprana, la educación juega un papel clave en el aprendizaje social. La manera en que un individuo responde al dolor se arraiga en gran parte en los primeros años de vida. El niño que no recibe ninguna respuesta excesiva de sus padres, cuando él está herido o enfermo, le endurece. La familia es por tanto el primer y más importante lugar de educación en este sentido.

También se aprende teniendo dolor. La percepción del dolor se basa en las experiencias previas vividas por el individuo. Estas experiencias son almacenadas en el cerebro y servirán como modelo de comparación ante la llegada de estímulos dolorosos posteriores, dando respuestas similares y/o integrando señales diferentes. En términos generales, las personas que han tenido experiencias de dolor más numerosas y más intensas, se muestran más resistentes cuando este se presenta de

nuevo. Un ejemplo de ello lo podemos dar con el dolor del parto: el umbral del dolor en mujeres que han experimentado este dolor es, con mucha frecuencia, más alto que las mujeres que nunca hayan dado a luz.

Por otra parte, al enfermo con dolor hay que contemplarlo, incluido en la trama social en que vive ya que aquí se pueden dar varias circunstancias que modulen la percepción de su dolor. A esto hace referencia el modelo biopsicosocial de enfermedad, propuesto por el psiquiatra George Engel en 1977, al tener en cuenta no solo los aspectos biológicos y psicológicos de la misma, sino también, los sociales. Con este enfoque, se considera al dolor como una experiencia personal en un entorno social determinado.

Analicemos alguno de estos escenarios. Nos detendremos primero, para observar a las personas que sufren dolor, en su entorno más inmediato como es el familiar. Aquí advertimos que muchas de ellas, conllevan su dolor con un sentimiento de insignificancia personal y carga familiar que incrementa su sufrimiento. Por otra parte la soledad, la falta de apoyo o la incompreensión familiar generan una sensación de aislamiento social y una situación de estrés que magnifica la sensación dolorosa de muchos individuos.

En un escenario mucho más amplio, vemos al hombre doliente, en situaciones distintas, dependiendo del estrato social o del nivel económico en el que se incluya.

Alguno de estos individuos, aparecen vinculados a las capas sociales más desfavorecidas y muestran, generalmente una escasa preocupación por su salud y por su dolor. David le Breton en su libro *Antropología del dolor*, se refiere a ellos de esta manera: "*son duros en la enfermedad. Y la fuerza para soportar el dolor está investida de un cierto orgullo*". La etnóloga Colette Pétonnet también relataba hace unos años cómo reaccionaban ante el dolor algunos ciudadanos habitantes en barrios marginales de París. Ella se preguntaba: "*¿Fingen despreciar el cuerpo doliente, o acaso se trata de un real desprecio al representar el cuerpo la única posesión sobre la cual ejercen su poderes?*" El sentimiento de impotencia experimentado en una sociedad donde es difícil encontrar su lugar se transmite aquí por una forma de venganza tomada en su propio cuerpo. El alemán Rene Fulop-Miller en un libro titulado *El triunfo sobre el dolor*, publicado hace ya tiempo, afirmaba que la sensibilidad al dolor es subjetiva y depende de sus circunstancias sociales y a propósito señalaba: "*El campesino es menos sensible*

al dolor que quienes viven en las ciudades y los que trabajan intelectualmente son más sensibles que los trabajadores manuales”

Evidentemente en la actualidad las circunstancias sociales han cambiado a las constatadas en el libro de Fulop- Miller. Las teorías populares sobre la sensibilidad al dolor, que atribuían gran valor al sufrimiento de las élites mientras que desechaban el del resto de los mortales por considerarlo carente de importancia, e incluso inexistente, quizás, merecen solo el siguiente comentario: los individuos que situamos en un estrato social y económico medio o alto, muestran un mayor interés por todo lo concerniente a su salud. Para ellos la importancia de mantenerse en forma contribuye a una autoconciencia, especialmente dirigida a cualquier señal de enfermedad o dolor, lo que les lleva a combatirlo sin demora. Ernst Jünger, filósofo alemán, explica que esta preocupación o miedo a tener dolor, en la sociedad moderna, sería debida al hecho de que el cuerpo se ha convertido en un valor en sí mismo; por ello, ahora el mundo rechaza el dolor y no acepta fácilmente su existencia. Esta actitud de rechazo hace que sea imposible que el hombre se cuestione a sí mismo sobre el origen de su dolor y sentido. ¡Por qué tener dolor y por qué padecerlo!

En definitiva, con una perspectiva simplista y muy abstracta de un mundo de pobres y ricos, unos hacen de la necesidad virtud, considerando que la vida es difícil de todas maneras, y en consecuencia soportan daños corporales que juzgan inevitables; otros, por el contrario, dichos daños los encuentran intolerables y los combaten con el conjunto de los recursos médicos a su alcance.

Detrás de esta diversidad de sensibilidad y tolerancia al dolor entre los distintos individuos pertenecientes a diversas etnias o culturas e independientemente a su edad, sexo, o condición social, parece existir una base genética importante. Los límites de tiempo de esta disertación no nos permiten extendernos en ello; podemos comentar brevemente que en pruebas de laboratorio se han identificado variantes del gen que codifica la COMT, (catecolmetiltransferasa) asociados a diferentes grados de sensibilidad al dolor y también se ha reconocido otro gen (el SCN9A) implicado en el funcionamiento de las neuronas nociceptivas, de tal forma que mutaciones del mismo

en uno u otro sentido, pueden originar síndromes dolorosos extremos o por el contrario una analgesia congénita completa.

Podemos pensar que estos son los primeros pasos de un largo camino que seguramente tardaremos mucho en recorrer, hasta llegar a conocer cómo es el dolor en cada individuo, comprender y explicar su por qué y para qué. **El enigma del dolor perdurará.** Mientras tanto, todos, y en particular los médicos, deberemos escuchar más al hombre que mirar al síntoma, y haciendo nuestra la vieja sentencia hipocrática deberíamos recapacitar que no hay dolor, sino **personas** con dolor. Así contribuiremos a humanizar la medicina, a humanizar la vida, “la vida donde reside el dolor....” según consta en el viejo y celebre poemario indú, desde hace ya más de 5000 años.

Muchas gracias por su atención