

DIALOGICIDAD, DOLOR, CULTURA, BIOÉTICA

Apuntes para una algología antropológica.

Fernando Lolas Stepke¹

Introducción

Propósito de este texto es examinar algunas perspectivas sobre el dolor como compleja vivencia que contiene experiencia y expresión. No se revisa la extensa literatura fisiológica ni las perspectivas terapéuticas. La finalidad es proponer una respuesta al “desafío”(Melzack y Wall, 1983) que significa el dolor, especialmente el crónico *sine materia*, que ocupa ingentes recursos humanos y financieros en todo el mundo. Este desafío es más que un puzzle a descifrar y es probable que siga ocupando a la medicina, la literatura y las ciencias sociales indefinidamente. Se propone la formulación de un discurso disciplinar - una *algología*- enraizada en una reflexión antropológica que integre distintos discursos sobre un radical humano que exige explicaciones causales, comprensiones intuitivas, empatía y fusión de horizontes interpretativos.

El dolor y el sufrimiento: invariantes antrópicas, diversidades culturales

Como el dolor y el sufrimiento son experiencias humanas universales no extraña que estén presentes en las culturas de todos los pueblos. Cabe preguntarse si la *experiencia* y las *vivencias* asociadas al dolor son universales o diferentes según el *ethos* social. La *expresión* del dolor y del sufrimiento, su dimensión demostrativa o comunicativa, se asocia a formas de socialidad propias de diferentes grupos humanos en distintos períodos históricos. Este “principio de grupalidad” (Bueno,2001) debe considerarse al distinguir entre *experiencia* y *expresión* del dolor. Los dolores del medioevo son distintos de los de la modernidad. Las culturas modelan las formas de manifestarlos y quizá también las formas de vivenciarlos y darles significado. Los dolores, como las emociones, anulan o relativizan toda dicotomía entre mente y cuerpo, construcciones culturales cambiantes y a veces incomprensibles (Morris, 1991).

Se pertenece a un grupo por genética, lenguaje y costumbre. Se tiene por obvio y evidente lo familiar y se teme, desprecia o envidia lo distinto. Las pautas culturales determinan *por qué, cómo y cuando* manifestar lo que individualmente se siente. Hay culturas más expresivas y culturas más comprensivas del sufrimiento, del dolor y las dificultades vitales. Normas implícitas, derivadas de la costumbre, el uso o la creencia, prescriben y proscriben comportamientos. No solamente de quien sufre. También de quienes participan del dolor y del sufrimiento. En algunas culturas, los lazos familiares imponen obligaciones de acompañamiento y ayuda. Se supone, casi universalmente, que aún sin lazos de parentesco o amistad, habrá quienes se ocupen de acompañar,

¹ Profesor Titular y Director del Centro Interdisciplinario de Estudios en Bioética, Universidad de Chile. Investigador, Universidad Central de Chile. Académico de Número, Academia Chilena de la Lengua, Correspondiente de la Real Academia Española y de la Academia Nacional de Ciencias Médicas, Córdoba, Argentina. Académico Honorario, Academia Chilena de Medicina y Nacional

aliviar, sanar y curar: son personas que ejercen *oficios éticos* identificados con la idea de ayudar, lo que evoca la palabra terapia o terapéutica.

De terapias y terapeutas derivan *profesiones* cuando su cometido se hace no por voluntad azarosa sino por elección vocacional. Se profesa el acompañamiento, el alivio, la cura o la sanación como modo de vida. Y se obtienen las recompensas de prestigio, dinero, poder y amor que las sociedades otorgan a quienes prestan servicios públicamente reconocidos como útiles porque satisfacen necesidades o deseos legítimos (Lolas, 2013). La profesión médica corporiza la noción de ayuda; históricamente se dio prescripciones y proscripciones sobre el “hacer correcto”; los filósofos Platón y Aristóteles la tomaron como ejemplo. Descartes usa la medicina para ilustrar sus concepciones sobre el alma. El arte de curar siempre se asoció a lo divino, como lo demuestran los asclepiades y los hipocráticos. Fue también prominente la divinidad de quienes sanan en el panteón egipcio y en la tradición shintoísta.

La concepción clásica de la salud la equipara a armonía. Armonía del microcosmos humano reflejada en equilibrio de los humores, en correcta función de los “nervios” o en integración al ambiente, humano y no humano. La salud se puede predicar del cuerpo, del alma, del espíritu y de la sociedad. Para Rudolf Virchow, fundador de la patología celular, la medicina era también *ciencia social*. Pues atiende no solo al equilibrio de los cuerpos sino también a la integración societaria. Del derecho se puede decir que vela por la salud social y de la teología que se ocupa de la salud del alma. (“*medicina corporis*”, “*medicina societatis*”, “*medicina mentis*”, “*medicina animus*”). La política podría ser medicina del cuerpo social, así como la medicina es política del cuerpo. Si los cuerpos sanos se caracterizan por el silencio de los órganos, las sociedades sanas encuentran en la paz el silencio de su salud.

El pensamiento naturalista y mecanicista despersonaliza el dolor, el sufrimiento y la minoración. La hegemonía de las “ciencias naturales” en el siglo XIX se sirvió de “ciencias de objeto”, aquellas que objetivan entes y causalidades, olvidando que la medicina es una *praxiología*, una “ciencia de acciones” (Lolas, 1996). Su valor no reside en precisiones conceptuales ni abstracciones sino en *acciones* bien realizadas. Como el artesano, que no siempre “sabe” pero “ejecuta”, la medicina como *tekné iatriké* es arte que se sirve de muchas racionalidades y discursos con finalidades prácticas. La “conciencia de valor en el hacer”, título de un libro de Paul Christian (1948), se aplica a todas las praxiologías, prácticas guiadas por finalidades deseables y enjuiciables según sus logros.

Los discursos del dolor

Es corriente hablar de la deshumanización de la medicina, de sus objetivaciones despersonalizantes, de sus alianzas con el poder político o económico. Es también lugar común clamar por la dimensión humana, integral, del arte de curar, que considera no solamente los datos objetivos que recogen el oído, el tacto y el ojo sino también los que emanan de las subjetividades de quienes piden o dan ayuda. La medicina es una *praxis dialógica*. Si alguna relevancia ha tenido la *bioética*, rectamente entendida, es hacer del diálogo esencia

constitutiva de lo valórico (Lolas, 2011, 2015). Las éticas filosóficas clásicas han sido monológicas; derivan de sistemas filosóficos concebidos por pensadores que dialogaron solo “en” o “con” textos. Esperando que buenas prácticas deriven de sensatos pensamientos. Esperanza refutada frecuentemente por la realidad.

El dolor, como la aflicción, la pesadumbre, el sufrimiento no son patrimonio exclusivo de la medicina. Son radicales antropológicos, que anteceden al arte de curar o la institución social de la medicina (Lolas, 1995). La vida humana transcurre en una zona gris, ni plena felicidad ni completo abatimiento. Consiste en padecer o experimentar diversas sensaciones, vivencias, contradicciones. Lo expresaba Viktor von Weizsäcker cuando aludía a “lo pático” del existir. Pático no es patológico, excepto cuando quien lo experimenta siente menoscabo, discapacidad o minusvalía. Entonces, el discurso pático se transforma en solicitud de ayuda, comprensión y empatía. Primero, en el círculo íntimo de la familia, luego de los allegados o amistades, también de la fe y la religiosidad y finalmente en ayuda socialmente rotulada de “experta”. Experta, por supuesto, en las ministraciones de la medicina. O, más bien, de las medicinas, pues muchas concepciones reclaman este apelativo, desde las puramente instrumentales hasta las completamente rituales. No hay en este campo una sola verdad: existe la verdad que emana del poder de soberanía, que impone por creencia y confianza, y la verdad derivada del poder de disciplina, entendida como orden social que legitima prácticas hegemónicas en algún período histórico o en alguna sociedad determinada (Foucault, 2005).

Las concepciones de lo médico deben ser escrutadas en el contexto de la cultura y de la “urdimbre creencial” y valórica de su circunstancia. La historia conceptual de lo médico, al igual que la historia de los conceptos morales y políticos -íntimamente ligados- experimenta mutaciones (Rothschuh, 1978). No todas ellas pueden describirse como progreso o retroceso. Las creencias y las certidumbres, como las modas, aparecen, desaparecen, reviven y perecen. Todo progreso concibe unilateralmente ideales y pondera su cumplimiento. Es relativo. Si la disponibilidad de medios tecnológicos puede considerarse progreso en algún sentido, puede acompañarse de deficiencias. La reflexión antropológica destaca que cada cierto tiempo las creencias se convierten en datos (*facts*) y la preeminencia de algunos tipos de datos obliga a descartar otros. Opera aquí algo que Weizsäcker denominó “principio de la puerta giratoria” (*Drehtürprinzip*): una realidad oculta otras. Quien pregunta “somáticamente” recibe respuestas somáticas, quien pregunta “psicológicamente” recibe respuestas psicológicas. Un aporte de la hermenéutica de Hans Georg Gadamer (1977) fue valorar el modo de preguntar más que las respuestas, que vienen prefijadas por aquel. En este sentido, el verdadero progreso en una ciencia o una disciplina humana (humanística) consiste en considerar totalidades. No debe olvidarse la “totalidad histórica” que determina el presente bajo la forma de “prejuicios”. El desafío es hacer un uso creativo de los prejuicios y recordar, con Ortega, que los seres humanos no tienen naturaleza: tienen historia y circunstancia. Historia macro, de las instituciones y las creencias. Historia micro, de las individualidades. Y por tener historia también hay futuro. Todo padecer implica una expectativa, un horizonte que se avizora o presagia bueno o malo. A la idea de salud como *estado* debe incorporarse la idea de salud como *proceso y construcción personal*. Toda enfermedad amenaza el futuro, todo padecer limita posibilidades. El valor proléptico o anticipatorio del dolor y el sufrimiento es parte de la angustia que produce y le acompaña. Pues la angustia, a diferencia de la depresión,

es anticipación de lo funesto o lo malo. Cuando no la experimenta el sufriente, afecta a sus personas cercanas y se espera que mueva a los terapeutas (los que ayudan).

Existen distintos discursos *del* dolor y *sobre* el dolor.

Sauerbruch y Wenke (1962), en un texto que integra contribuciones de la fisiología y la filosofía, observan que el lenguaje es a menudo insuficiente para comunicar el dolor. Destacan que las palabras que lo designan genéricamente tienen etimologías diferentes en distintas lenguas. *Schmerz* no equivale exactamente a *pain*, a *douleur*, a *dolore* o a *dolor* si se consideran las raíces históricas de los vocablos. A menudo, la intraducibilidad de la vivencia dolorosa se supera mediante metáforas y adjetivaciones que cumplen una función evocadora pero no siempre descriptiva. Los cuestionarios y las escalas visuales analógicas son auxilios para la comunicación, no definiciones. De hecho, las expresiones que comunican dolor son en buena medida polisémicas, admiten muchos significados y raramente quien las escuche o recibe las reconstruye en el exacto espíritu de quien las emite. De allí se deriva la conveniencia de un metalenguaje que integre las distintas perspectivas.

El dolor *experimentado* en primera persona es distinto del *observado* o *imaginado* por otros. Wittgenstein observaba que la experiencia dolorosa es difícilmente comprensible para quienes no sufren; solamente por analogía con la propia interioridad pueden representársela. El doliente *siente* su dolor, el acompañante u observador lo *imagina* o *conceptualiza*. Este segundo discurso es com-pasivo, es participante, pero con cualidades diferentes. Kant llamaba la atención hacia qué significa respetar a los animales u otros seres no racionales; experimentar compasión y cuidado hacia otros seres vivos por ser sintientes es reflejo de moralidad y despierta sentimientos de solidaridad y cuidado.

El discurso de las ciencias empíricas propone causalidades y explicaciones mediante una racionalidad objetiva. Paradoja de la profesión médica es que, siendo praxis compasiva y empática, debe tener esa virtud que William Osler llamaba *ecuanimidad*. Una cierta distancia que permite resoluciones razonables y racionales en medio de la adversidad, el temor y el sufrimiento. La mezcla de cercanía y lejanía convierte la compasión en cuidado sin obnubilaciones que opaquen las decisiones necesarias.

Estos tres discursos, el personal, el interpersonal y el científico-profesional están inmersos en la constelación de creencias y usos sociales que impone la cultura impregnando las formas de ayudar, las instituciones que asumen esta tarea y las expectativas de las personas. La cultura, ese omnipresente “aire” o espacio vital que todo lo permea y cualifica, es infaltable *con-texto* para los distintos “*textos*”: el del sufriente, el del acompañante y el del tratante. Cada época tiene una *episteme*, un modo único de articular creencias y saberes.

Hay una forma de discurso del y sobre el dolor que apela a las creencias y la religiosidad. Todas las formas anteriores son expresiones que no consideran la “voluntad de creer” de que habla William James. Esta voluntad de creer es ubicua. Puede basarse en los datos de las ciencias, en las capacidades individuales, en las aseveraciones de personas influyentes, pero también en entidades suprapersonales. Toda creencia se origina en una voluntad de dar sentido, que puede ser explicación o comprensión. La dimensión suprapersonal da sentido al dolor en forma especial. Lo interpreta como castigo o voluntad divina, como designio inapelable (recuérdese la resignación de Job, ejemplo bíblico). Indefectiblemente, toda textualidad que afinque en lo suprapersonal y lo

humanamente incomprensible está teñida de un sentimiento cósmico, diverso según las personas y sus circunstancias, mas siempre relevante cuando de ayudar se trata. Es sorprendente que esta dación de sentido, metafísica en un muy cabal sentido, sea la que permite a veces soportar y aún celebrar el padecimiento. Éste aúna a los creyentes, que así se identifican con la vida y el sufrimiento de líderes carismáticos en la espiritualidad humana, mantienen la esperanza en poderes sanadores más allá de la voluntad personal, de la compasión humana y de las explicaciones causales de las ciencias.

Todos los lenguajes son intentos por hacer comprensibles las vivencias, pues la búsqueda del significado es un factor, humano por excelencia, que traduce lo inefable en inteligible.

La sensorialidad y el dolor

Es experiencia corriente que la diferencia entre la sensación dolorosa y otras modalidades sensoriales estriba en que la atribución perceptiva no se refiere al ambiente externo sino al propio cuerpo. Se dice de un paisaje que es bello, de una música que agradable, de un alimento que sabroso. Si se produce una lesión por un objeto contundente o cortante, la percepción -esto es, la elaboración consciente de la sensación - no se atribuye al objeto causante sino al propio cuerpo. “Me duele”, se dice, no “el cuchillo es cortante”. Haciendo un símil con otras modalidades sensoriales, podría decirse que el dolor es como la belleza, que solamente radica en quien percibe (*beauty lies in the eyes of the beholder*). Es cierto que todo el mundo puede “ver” un cuadro, pero su “percepción” y las vivencias que despierta son individuales y personales. El dolor es, más que sensación, percepción y vivencia. El estímulo externo, cuando lo hay, es solamente ocasión y desencadenante de procesos interiores que solo el doliente experimenta. Y hay casos de dolor crónico en que no parece haber objeto exterior o no es posible determinar daños tisulares que justifiquen la nocicepción.

El dolor, para la antigua fisiología alemana, era más que una sensación, *Empfindung*. Se la aludía como *Gefühlsempfindung*, una sensación coloreada por sentimiento y emoción. Debe reconocerse sin embargo, que aquellos dolores más “somáticos” se encuentran más cerca del polo sensación que aquellos dolores anímicos (la “*tristitia*” de Spinoza) que parecen más próximos a la emoción y el sentimiento. De allí podría derivarse una estrategia de afrontamiento del dolor consistente en disociar su componente emocional (a menudo asociado a miedo y angustia) de su aspecto puramente sensorial. En los casos de dolor agudo -por antonomasia, dolor somático- esta estrategia de estolidez fue recomendada por aquellos filósofos que destacaron que la razón humana todo lo puede, incluso la indiferencia (*ataraxia*), que mitiga o controla el dolor. Los dolores crónicos, que no siempre tienen espacialidad específica (o cuando ésta existe es más referencial que causal), ponen a prueba estas nociones y su persistencia a menudo transita por las fases de la incredulidad, la desesperación y el abatimiento.

La semántica y la retórica del dolor, su percepción consciente, remite a un cuerpo animado que siente; es autorreferente. La vieja ley de las “energías nerviosas específicas”, pilar de la fisiología novecentista de Johannes Müller (primera cátedra de fisiología en Berlín en 1833), es difícil de aplicar a la sensación dolorosa, que no tiene una sino varias formas; a veces la connotación dolor remite a intensidad desusada o a un *locus* inhabitual de estimulación, postura que desafía la noción de especificidad de receptores y vías nerviosas. No es

irrelevante señalar que desde el punto de vista fisiológico, la polémica entre especificidad de receptores e intensidad de estimulaciones en varias modalidades se ha zanjado en favor de la primera alternativa; lo cual no obsta para afirmar que la experiencia suele sugerir alternativas (Bonica, 1980)

La diversidad retórica para referirse a los dolores es prueba de su complejidad pero también de la autorreferencia implícita en su percepción. Transformada en vivencia y experiencia, la solicitud de ayuda es difícil de objetivar. Lo prueban las numerosas iniciativas, que recuerdan la antigua psicofísica, para llevar la condición de *síntoma* subjetivo del dolor a *signo* objetivo, comunicable públicamente. En esto se parece a muchos síntomas psiquiátricos, como la angustia, cuya existencia e intensidad solamente pueden estimarse mediante observación de la conducta o ponderando la comunicación verbal. Aunque existen indicadores fisiológicos de emociones y procesos vivenciales, raramente ellos permiten intervenciones específicas. También hay circunstancias en que se simula el dolor con el fin de obtener ganancias secundarias, especialmente cuando concurren sistemas de seguridad social que lo permiten.

Crucial en la expresión del dolor es la *traducción* de la experiencia personal en una retórica con valencia comunicativa. Se precisa una *semántica* (relación entre significante y significado, entre los signos y lo que designan), una *sintaxis* (relación de coherencia entre los signos utilizados, lo que incrementa la potencia comunicativa de lo comunicado) y una *pragmática* (un uso socialmente aceptado del intercambio de signos y símbolos).

La experiencia histórica demuestra que la experiencia del dolor es una construcción cultural. Su reducción a pura sensorialidad es simplificadora.

La dimensión antropológica

¿En qué consiste, propiamente, la “(re)introducción del sujeto” en la medicina, programa y proyecto de la medicina antropológica en la forma propiciada por la escuela de Heidelberg?(Lain Entralgo, 1950)

Institucionalizar esta concepción del trabajo médico no ha sido fácil. Aunque muchos de sus asertos han llegado al dominio público y se han convertido en expresiones corrientes, las etapas de su inserción al corpus de la medicina académica muestran que no siempre fueron evidentes. La expresión *medicina psicosomática* significó al principio la introducción del pensamiento psicoanalítico (y con él, de la narrativa y la hermenéutica) a la clínica médica; fue resistida por internistas y psiquiatras. Weizsäcker luego habló de *medicina antropológica* para destacar la integración de discursos, desde la fisiología a la sociología. El proceso debía concluir con una *antropología médica*, realización teórica que concibe al ser humano desde la radicalidad de su “*infirmas*” y la necesidad de una dialógica interpelación a otros seres humanos. No sería ya la sola razón ni tampoco el puro sentimiento lo que cualificaría lo humano; sería esta condición esencial del “encuentro” (*Begegnung*) y por ende la dialogicidad fundante de lo humano. Expresada en lenguaje y conducta, también tendría en la fisiología expresiones y ecos. Esta fue decisiva aportación del concepto de *Bipersonalidad* de Paul Christian (1949). Un ámbito descubierto observando que hay realidades que se manifiestan solo en la conjunción de personas aunadas por tareas o intenciones comunes. Idea que puede expandirse a las asociaciones de varias personas, fundando así una sociología médica de cuño antropológico que merece reflexión y análisis, especialmente en relación con el

dolor, su sensorialidad y sus discursos (Eich, 2014). La experiencia y la expresión del dolor están “encarnadas” (*embodied*) en personas pero “inmersas” (*embedded*) en la interpersonalidad; su análisis debe ser *relacional* (Lolas, 2015). La vivencia del dolor siempre se sirve de los cauces expresivos que proporcionan el lenguaje y la cultura.

La teoría del *Gestaltkreis*, de Viktor von Weizsäcker, que imbrica percepción y movimiento en indisoluble unidad, permite entender que todo dolor, especialmente el agudo, tiene una espacialidad motora. Se expresa en movimientos de alejamiento o contención. De modo que ciertas formas de dolor van asociadas a movimientos posibles que se inhiben o no pueden realizarse para atenuar la sensación (von Weizsäcker, 1950, original 1940) Construir en el diálogo realidades operantes es tarea de difícil concreción personal e institucional . En realidad, toda científicidad es dialógica, pues el diálogo con interlocutores presentes o ausentes es la base de todo texto. Pues texto es interpelación a lectores u oyentes; siempre tiene interlocutores, reales o imaginados. La palabra escrita dialoga con sus lectores a quienes, consciente o inconscientemente, tiene presentes quien escribe (“escucho con mis ojos a los muertos”, escribe Quevedo). Todo saber articulado es saber que *se* participa a otros *y del cual* se participa. En todo saber válido hay com-presencia de ausentes. Esta *presencia de lo ausente* es intuición fértil para la medicina, especialmente en su dimensión teórica. También en la práctica porque, como es sabido, el arte sobrepasa e informa toda teoría. Lo ausente es no solo lo que la teoría propone sino, especialmente, el *pronóstico*, aquel conocimiento “proléptico” y anticipatorio que es nota esencial del verdadero diagnóstico médico (Lolas, 2014).

Los discursos o textos en que se basa el quehacer del médico o del psiquiatra, cada uno con su retórica, su semántica, su sintaxis y su pragmática, tienen sus propios cultores pero sus asertos se hacen comprensibles en el contexto de otros textos. Los datos fisiológicos, las expresiones verbales, las observaciones del comportamiento y la historia en la cual se producen y perpetúan constituyen aspectos parciales de la *tríada psicofisiológica* que solo *integradamente* brinda conocimiento (Lolas, 1988). El conocimiento es la *articulación* de las informaciones en construcciones comunicables y comprensibles. Esta tríada psicofisiológica - lenguaje, conducta, fisiología- embebida en una circunstancia histórica y social permite definir totalidades con sentido. Las emociones y los síntomas no son solamente conducta o vivencia especiales, o fisiología particular, sino integración construida por varios textos o discursos. Cada uno, aisladamente, no es interpretable, se debe construir síndromes o totalidades a las que llamamos emociones, cuadros clínicos, formas de existencia. El papel de la comprensión y la interpretación es ineludible.

En este sentido puede decirse que los dolores son construcciones multiformes. No exactamente igual que las emociones pero de parecida contextura y estrechamente asociados a ellas. Un dolor que no se expresa es un dolor que se vive parcialmente, que no tiene ecos, que no *significa* nada. El autoolvido que se predica de quienes se sobreponen al dolor está en una esfera más allá de lo comprensible. El dolor interminable o intratable por medios médicos, rotulable como dolor crónico, se asocia a diferentes estados anímicos: estupor, desesperación, ira, resignación. La medicalización hace que las personas esperen de la medicina más de lo que ella puede dar. Esta “falsa esperanza” multiplica las intervenciones farmacológicas, quirúrgicas o psicológicas y produce

desesperanza cuando la meta declara es la abolición de la experiencia dolorosa.

La tríada psicofisiológica puede ampliarse a lo social y la comunidad espiritual de quienes comparten creencias. Como herramienta metódica, es eficaz la traducción entre distintos textos situados en apropiados contextos. Una simple estimulación sensorial sin manifestaciones conductuales no es comprensible (Lolas, 1985). Tampoco cabe excluir las vivencias y el ánimo de quien sufre. Pues los dolores, como construcciones culturales, no solamente cambian según los períodos históricos y las sociedades. Cambian también en relación a sus *significados*. Buscar significados no siempre equivale a dilucidar causas. Es dar sentido al dolor, permitir su expresión en la urdimbre creencial de las personas. A algunas conduce a la resignación, otras se rebelan por lo injusto del padecimiento. Las más sufren por el futuro, pues el dolor, especialmente el crónico sin causa somática aparente, amenaza el futuro y limita las opciones de vida.

La temporalidad y el dolor. El trabajo de sufrir

Las enfermedades y trastornos llamados *agudos* acaecen de forma inesperada y suelen terminar en crisis o en lisis. El dolor crónico en cambio, el que acompaña toda la vida e impregna toda la existencia, parece no tener fin. Moviliza afectos de maneras diferentes. Se transita por etapas de esperanza, estupefacción y desesperanza (¿por qué a mí?, ¿por qué así?, ¿por qué ahora?, preguntas clásicas de la medicina antropológica de Viktor von Weizsäcker). Produce la aflicción de lo interminable, exige comprensión más allá de sentimientos pasajeros o razones. Es una suerte de mutación global de la vida y afecta aquella dimensión de la salud que la identifica con horizonte de esperanza y la confianza en la mejoría. Es experiencia corriente entre los médicos que la estimación del tiempo se altera bajo la influencia de experiencias dolorosas. Son eternas las noches con dolor.

Cuando se trata de dolores persistentes, incapacitantes, desesperantes, ayudar no consiste solamente en intentar su eliminación. Todo dolor crónico implica, además de experiencia y expresión, un trabajo, un esfuerzo, una permanente búsqueda de alivio y sentido (von Weizsäcker, 1987). Acompañar este trabajo del doliente exige situarse en la constelación vital de quien sufre, especialmente del momento en que sufre. Pues no es igual sufrir en la juventud, en la adultez, en la senectud. En cada etapa de la vida la búsqueda de sentido se hace con recursos distintos y con esperanzas diversas. Correlativamente, el trabajo de ser doliente es distinto en cada edad y se inscribe en un campo de experiencias y un horizonte de expectativas que deben ser estimados y comprendidos.

La simulación del dolor y los desafíos bioéticos. Usos del dolor

Así como la histeria fue el cuadro clínico que desafió a la naciente psiquiatría por su carácter proteico e inasible, el dolor, especialmente el crónico, desafía a la medicina en formas notables. Exige distinguir cuidadosamente el dolor real del fingido. El dolor hace sufrir pero también permite ganar o dominar. Compensaciones económicas, mejor trato social, compasión capitalizable como excepciones y trato privilegiado. El dolor simulado, ficticio, sea deliberado o inconsciente, es una realidad y exige análisis. No solamente por la necesidad de ayudar a individuos; también por la justicia que debe imperar en la distribución de recursos escasos. El doliente crónico, como el enfermo crónico, desafía la clásica definición del papel de enfermo que la sociología clásica (Talcott Parsons) epitomizó en la necesidad de buscar ayuda competente, modificar las habituales asignaciones de rol

social y reintegrarse a la vida productiva. Con la instalación de las clínicas del dolor éste pasó de síntoma a enfermedad, esto es, foco de atención de diferentes especialidades sanitarias. Observando su evolución y desarrollo también se comprueba resistencias relacionadas con la apropiación de su manejo y tratamiento por diversos expertos. El doliente crónico suele entrar en una espiral de consultas, desde anesestesiólogos a psiquiatras sin que, por ausencia de una definición causal estricta y por la fijación en la concepción médico-sensorial del dolor, se encuentre un alivio permanente.

En este sentido, la perspectiva bioética, simplificada en los principios del “mantra de Georgetown”(autonomía, beneficencia, no maleficencia, justicia) (Beauchamp y Childress, 1994), no solamente se aplica a quienes están en el papel de sanadores. También obliga a quienes padecen o sufren. Desafía unilaterales concepciones de autonomía, beneficencia, justicia y no maleficencia, esta vez aplicables a quienes están en el papel de dolientes. Los principios deben incluir también la reciprocidad y la solidaridad. Cualquier engaño transgrede estos principios. Ya no se es solidario con los auténticos dolientes ni se respeta la solidaridad interhumana, horizontal o vertical. Se pervierte la justicia como equidad, se hace de la beneficencia un concepto ambiguo y egoísta, se implementa una forma de no maleficencia que priva a otros más necesitados de ayuda y compasión.

La dialogicidad auténtica se perturba; una verdadera *praxis comunicativa* exige no solamente considerar a los partícipes del diálogo como interlocutores dignos de atención y respeto sino también mostración veraz del propio sufrimiento. Las prescripciones bioéticas no solamente se aplican a los profesionales. También comprometen a pacientes y padecientes. La “ganancia secundaria” no es solo creación de los sistemas de seguridad social -basada en la autenticidad y la transparencia- sino también del deseo de prevalecer y adquirir poder y licencias instrumentalizando el sufrimiento. A ello debe agregarse el dolor como fuente de satisfacciones y placer, epitomizada en el sadismo y el masoquismo. Producir y recibir estímulos dolorosos es parte de un acomplejo andamiaje cultural que no se agota en la psiquiatrización de conductas e inclinaciones, toda vez que también es parte de prácticas comunitarias de grupos y sociedades.

Cuando Paul Briquet describió la histeria señaló que el dolor y los “estigmas” eran parte del cuadro clínico. Charcot, en sus famosas demostraciones, popularizó fenómenos como la anestesia histérica y la naturaleza proteica, multiforme, de una enfermedad que cautivó la imaginación europea. Ninguna condición demuestra mejor el papel de las concepciones implícitas de un grupo social o de una cultura en la configuración de los dolores y los síntomas. Sus manifestaciones clínicas desafían la concepción mecánica del sistema nervioso “conceptual” (esto es, la construcción teórica del sistema nervioso, que puede ser morfológica, fisiológica o imaginaria) y la ortodoxia neurológica. Del mismo modo, el dolor crónico sigue siendo un enigma no reducible a pura fisiología.

A modo de conclusión. Bioética antrópica y dialógica y **algología antropológica**

La medicalización del dolor, como la medicalización de la vida en general, ha traído cambios importantes en la práctica de las profesiones de ayuda. También ha significado una reducción en las posibilidades de comprender y ayudar. Los progresos tecnológicos, especialmente en diagnóstico e intervención, no pueden ignorar que el dolor es un radical antropológico que preexiste a toda institución sanitaria. Tuvo y tiene vivencias y expresiones

cambiantes según cultura y período histórico. La dialogicidad inherente a las interacciones de ayuda es la aportación del pensamiento bioético, especialmente en la forma anticipada y desarrollada por la medicina antropológica, (Lolas, 2000, 2010) que reconoce en la *praxis comunicativa* la condición de interlocutores válidos de aquellas personas rotuladas como padecientes. La construcción bipersonalidad que encuentra expresión en muchas formulaciones como *illness negotiation* (negociación del padecer), *Krankheitsangebot* (oferta de enfermedad) y *Begegnung* (encuentro) es esencial para acompañar el *trabajo del dolor*, especialmente el crónico. La dación de significado en discursos en primera, segunda y tercera persona y el recurso a las creencias y la espiritualidad son un poderoso recurso terapéutico que, si bien no siempre sana o cura, acompaña siempre y renueva la esperanza.

Todo indica que es conveniente crear un discurso disciplinar, una **algología antropológica**, que permita unificar las distintas perspectivas, considerando fisiología, hermenéutica, comportamiento, ética y vivencia en ese espacio fértil de la bipersonalidad que crea vínculos entre personas y permite la expresión de razones y sentimientos en el medio brindado por el contacto interhumano.

Referencias

- Beauchamp, T.L., Childress, J.F. (1994) *Principles of biomedical ethics*. New York: Oxford University Press. 4a ed.
- Bonica, J.J. ed. (1980) *Pain*. Research Publications: Association for Research in Nervous and Mental Disease. New York: Raven Press
- Bueno, G. (2001) *¿Qué es la Bioética?*. Oviedo: Fundación Gustavo Bueno y Pentalfa Ediciones.
- Christian, P. (1948) *Vom Wertbewusstsein im Tun*. Stuttgart: Ferdinand Enke Verlag
- Christian, P. (1949) *Wesen und Formen der Bipersonalität*. Stuttgart : Ferdinand Enke Verlag (Beiträge aus der Allgemeinen Medizin). Traducción castellana de Fernando Lolos, *Esencia y formas de la bipersonalidad*. Monografías de Acta Bioethica , 2009, Centro Interdisciplinario de Estudios en Bioética, Universidad de Chile, Santiago de Chile.
- Eich, W. (editor) (2014) *Bipersonalität . Psychophysiologie und anthropologische Medizin*. Würzburg: Königshausen & Neumann.
- Foucault, M. (2005) *El poder psiquiátrico. Curso 1973-1974 College de France*. Buenos Aires: Fondo de Cultura Económica.
- Gadamer, H.G. (1977) *Verdad y método*. Salamanca: Ediciones Sígueme.
- Laín Entralgo, P (1950). *Introducción histórica al estudio de la patología psicosomática*. Madrid: Paz Montalvo.
- Lolas, F. (1985) *Aspectos psicofisiológicos del dolor*. Santiago de Chile: Mediterráneo
- Lolas, F. (1988) The psychophysiological triad and the verbal system in the study affect and emotion. *Psychopathology* (Basel) 21: 76-82.
- Lolas, F. (1995) *La perspectiva psicosomática en medicina. Ensayos de aproximación*. Santiago de Chile: Editorial Universitaria (2ª edición)
- Lolas, F. (1996) Theoretical medicine: a proposal for reconceptualizing medicine as a science of actions. *The Journal of Medicine and Philosophy* 21: 659-670.
- Lolas, F. (2000) *Bioética y antropología médica*. , Santiago de Chile: Editorial Mediterráneo.
- Lolas, F. (2010) Medicina antropológica y bioética. Viktor von Weizsäcker sobre el juicio de Nürenberg. En Lolos, F. *La medicina antropológica y el juicio de Nürenberg. El aporte de Viktor von Weizsäcker*, Monografías de Acta Bioethica N°5, Centro Interdisciplinario de Estudios en Bioética, Universidad de Chile. (pp.39-60)
- Lolas, F. (2011) *Schmerz und Bioethik*. En Schiltenswolf, M. & Herzog, W. (eds) *Die Schmerzen*. Würzburg: Königshausen & Neumann (pp 85-91)

- Lolas, F. (2013) Dimensión bioética de las profesiones. En Lolas, F., Drumond, JG. De Freitas (editores) *Bioética*. Santiago de Chile: Editorial Mediterráneo (pp. 47-56)
- Lolas, F.(2014) Paul Christian-Medizin als dialogische Handlungswissenschaft. En Eich, W. (Ed.) *Bipersonalität, Psychophysiologie und anthropologische Medizin*. Würzburg:Königshausen & Neumann,(pp.115-124) - Traducción española en pp.125-134)
- Lolas, F. (2015) *Fundamentos para una teoría de la medicina*. Madrid: Editorial Niram Art.
- Melzack, R., Wall, P.D. (1983) *The challenge of pain*. New York: Basic Books
- Morris, D. (1991) *The culture of pain*. Berkeley: University of California Press
- Rothschuh, K.E. (1978) *Konzepte der Medizin in Vergangenheit und Gegenwart*. Stuttgart: Hippokrates Verlag.
- Sauerbruch, F. y Wenke,H. (1962) *El dolor. Su naturaleza y significación*.Barcelona: Ediciones Zeus
- Weizsäcker, V.v. (1950) *Der Gestaltkreis. Theorie der Einheit von Wahrnehmen und Bewegen*. Stuttgart: Enke Verlag. 4ta. Ed.
- Weizsäcker, V.v. (1987) *Die Schmerzen*. En von Weizsäcker, V. *Gesammelte Schriften*, Vol 5, pp 27-47. Frankfurt a.M.:Suhrkamp Verlag. Original publicado en 1926 en la revista *Die Kreatur*