

VIOLENCIA DEL DOLOR

Emilio Vaschetto; Carolina Alcuaz; Darío Charaf; Muriel Naymark; Ana Nucíforo;
Andrés Rousseaux; Mercedes Sánchez

Unidad Académica: Prof. Juan Carlos Stagnaro - Comisión B

RESUMEN:

Sabemos la importancia que posee para el practicante escuchar no sólo el sufrimiento corporal del paciente sino además las perturbaciones subjetivas que conlleva ese sufrimiento. En el presente trabajo intentaremos dar un breve pantallazo de una investigación en curso donde abordaremos sucintamente la dimensión antropológica del dolor, sus connotaciones subjetivas, el alcance de los conceptos psicoanalíticos y por último concluiremos con el recorte de un caso de interconsulta clínica en donde se pone de manifiesto la posición de complacencia ante el sufrimiento y el soporte agresivo del dolor.

Palabras clave: dolor – goce – subjetividad – medicina antropológica

Introducción

Sabemos la importancia que posee para el practicante escuchar no solo el sufrimiento corporal del paciente sino además las perturbaciones subjetivas que conlleva ese sufrimiento.

Pese a que tiene una elevada comorbilidad con cuadros psicopatológicos los profesionales de la salud mental siempre son los últimos en ser consultados frecuentemente como indicador de frustración ante la falta de hallazgos anatomopatológicos.

El DSM IV TR y el CIE 10 incluyen trastornos por dolor específicos como así también categorías más amplias de trastornos somatomorfos que involucran al dolor. La clasificación reciente de los trastornos mentales descarta de plano el Trastorno por dolor junto con la somatización, la hipocondría y el trastorno somomorfo indiferenciado para categorizarlo como Trastorno de síntomas

somáticos (300.82; F 45.1) quedando relegado a un apéndice el especificar si posee predominio de dolor (antes “trastorno doloroso”): “este especificador se aplica a individuos cuyos síntomas somáticos implican sobre todo dolor” (DSM V, p. 311).

En la CIE 10 se propone el diagnóstico de trastorno somatomorfo persistente por dolor, cuestionable también por su validez y confiabilidad. El principio descriptor para la clase es la presentación de reiterados síntomas físicos y demandas de investigación médica a pesar de los hallazgos negativos y de que los médicos hayan reafirmado que los síntomas no tienen fundamentos físicos. El trastorno somatomorfo persistente por dolor exige la asociación con un conflicto emocional o problemas psicológicos. No existen desafortunadamente en nuestro campo definiciones concluyentes acerca de los “fundamentos físicos” o el origen “psicógeno” de los síntomas.

Cualesquiera que sean los sistemas clasificatorios una característica que complica a los mismos es la asociación de los síntomas dolorosos con trastornos depresivos, ansiosos u otros.

De todos modos cabe aclarar que no existen dos hombres que reaccionen de la misma manera frente a una herida o una enfermedad. La anatomía y la fisiología no bastan para explicar las variaciones culturales, sociales, personales e incluso contextuales. Se trata de una relación íntima con el dolor, eso que Freud planteaba en términos de quantum de energía en su pasaje hacia lo cualitativo. Lo que transforma a esta experiencia en un hecho absolutamente singular y no en una recepción pasiva de una alteración fisiológica dentro de una conducción nerviosa.

Fue necesario que el impulso de Freud a través de los Estudios sobre la histeria, diera cuenta de una lógica inconsciente abriendo una brecha entre lo estrictamente neurológico y un cuerpo que se nutría de metáforas. A partir de allí el hombre ya dejará de ser una mera reunión de fibras nerviosas cuya confluencia en el cerebro es el horizonte más logrado de la psiquis.

En la medicina antigua el enfermo acudía al auxilio del médico no para curarse únicamente ni para ser librado automáticamente de su dolor, sino para obtener un sentido acerca de su enfermedad.

Cicerón, criticando a Epicuro (el filósofo hedonista) en su libro II de las *Conversaciones en Túsculo* quien refiere que “el dolor es el mayor de los males” (14, p. 86) expresa que más bien “el dolor es un movimiento áspero del cuerpo contrario a lo que piden los sentidos”. Esto hace a la diferencia buscada entre dolor y esfuerzo.

El dolor sabemos no es una cualidad inherente a los objetos exteriores susceptible de ser aprehendida por un órgano específico. Ningún órgano sensorial está especializado en el registro del dolor.

El dolor es una manifestación ambigua de defensa del organismo. 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.

Si el dolor es un estado molesto, también es una defensa apreciable contra la inexorable hostilidad del mundo. Sin embargo, no es posible agotar su definición en la comodidad de una función defensiva pura. Es más desconcertante y no se explica con ninguna fórmula simple. El hombre no es una máquina ni el dolor un mecanismo: entre éste como herramienta virtual de protección y el primero, existe una ambivalencia y la complejidad de la relación que une al hombre con el mundo. Hay un intervalo entre la unión de una aversión motriz de origen reflejo (bien sabemos que sobrevienen incluso con abolición total de la conciencia y hasta la descerebración) y el estado afectivo que está “injertado” dice Pradines en la intimidad del primero. La conciencia dolorosa es el suplemento que elimina la tentación de otorgar al dolor un mero estatuto de defensa fisiológica. La relación entre dolor como advertencia y enfermedad es dudosa. Leriche (quien acuñó la famosa frase de que la salud es el silencio de los órganos) ubicó en el dolor un síntoma contingente, molesto, ruidoso y penoso pero que no posee gran valor para el diagnóstico ni el pronóstico. Por ejemplo, en algunos estados crónicos parece que la enfermedad no existiera si no fuera por él. La mayoría de las

enfermedades se instalan silenciosamente. Cuando el dolor llega es demasiado tarde. En ocasiones cuando el dolor señala la afección que se prolonga, acaba siendo su propio fin y se transforma en enfermedad; como la muerte, nadie puede pretender escapar de él, ya que está enraizado en la condición humana.

El hombre no huye siempre del dolor aunque la modernidad vea en él un arcaísmo que la medicina debería erradicar sin demora. Existen usos sociales del dolor, de hecho es un instrumento susceptible de diversos empleos:

- La ofrenda cristiana (el sacrificio, la pasión). Esto ha cambiado por supuesto hoy y ya no se impone el camino a la cruz para los fieles. Como así tampoco la necesidad imperiosa de padecer ya no está ligada necesariamente a una visión religiosa del mundo.
- La coerción, el castigo corporal y el suplicio clásicos como las vías donde opera eso que Hanna Harendt llamó la banalidad del mal. El arte de hacer sufrir al otro para humillarlo o destruirlo. El dolor infligido por el ansia de poder sobre el otro.
- Los “ritos de pasaje” en la adolescencia o en el debut de la juventud (servicio militar en su momento, las manteadas en la escuela, en algunas civilizaciones las perforaciones, la circuncisión, las amputaciones).

El dolor es un momento de la existencia en que el individuo confirma la impresión de que su cuerpo es extraño a él o más bien diremos que el sujeto constata que es un cuerpo sino que tiene un cuerpo y que se agita pese a la Gestalt de su imagen. Precisamente, el doctor Lacan advierte en su conferencia titulada “La tercera” que la angustia es un miedo del cuerpo¹. Una fenomenología elemental del sufrimiento nos lleva a comprometer las líneas de fuerza y las relaciones específicas con el mundo.

El problema ético del más allá del placer

La cuestión del placer en el dolor, de la satisfacción pulsional que conlleva el dolor y el displacer, exige para nosotros un abordaje ético.

Fue Freud quien situó el problema en el Más allá del principio del placer y lo amplió en su texto “El problema económico del masoquismo”. Bien sabemos que

¹Lacan Jacques. La tercera, en: Intervenciones y textos 2, Buenos Aires, Manantial, 1993, p. 102.

al demostrarse los principios de la segunda ley de la termodinámica, Freud va a verificar que la tendencia del aparato psíquico a “mantener lo más baja posible, al menos constante, la cantidad de excitación presente en él” no se corresponde con la tradicional idea de homeostasis. El principio de placer implicará ante todo un movimiento de inhibición del displacer. La llamada “fuerza de vida” depende de lo que se consume en ella. De tal manera que la energía englobada bajo el concepto freudiano de libido, no tiene nada de natural sino que es “algo hecho para el gasto”, “tan sólo una cifra de una constancia” (Lacan, Televisión, p. 548).

Ahora bien, estas paradojas terminan siendo no sólo económicas sino también éticas, en tanto que colaboran para hacernos alguna idea de lo que implican situaciones donde se instala por ejemplo un dolor crónico o bien cuando en determinadas circunstancias algunos sujetos se infringen dolores diversos (cortes, restricciones, automutilaciones).

Dolor agudo vs dolor crónico

El dolor crónico es un largo y penoso obstáculo para la existencia. En la actualidad, curando enfermedades que en otro tiempo habrían desembocado en la muerte y tomando bajo control exclusivo la fase terminal de la vida, la medicina ha contribuido a hacer inevitables los dolores más o menos agudos y duraderos que solían desaparecer con la muerte o que no tenían tiempo a desarrollarse a causa de defunciones más precoces.

Los dolores crónicos que se inscriben dentro de las llamadas “enfermedades funcionales” afectan a una numerosa población de enfermos, una masa de aquejados que atestiguan el fracaso de la perspicacia de los médicos, los procedimientos de la imaginería médica o los análisis. Ellos sufren pero los facultativos no encuentran nada.

Hay un lazo inevitable entre el dolor y lo que Freud llamó el desamparo (Hiflosickeit).

El *dolor total* habla, señala el momento en que el individuo ya no está unido al mundo más que por la irrupción de su dolor; sus sensaciones o sentimientos están inmersos en un sufrir que lo envuelve por completo.

El aplacamiento farmacológico del dolor total plantea graves interrogantes éticos para el paciente, ya que el procedimiento utilizado compromete la calidad de los últimos momentos de la existencia y la relación con los suyos; determina la calidad de la muerte. Cuando el dolor toma cuerpo, aplacarlo reclama mayores esfuerzos del medio y dosis masivas de antálgicos para romper el círculo infernal de una dominación que convoca en la memoria la inminente llegada de otra aún mayor. La experiencia muestra que la torpeza o la timidez para curar el dolor, prevenir su aparición, son la causa de una viva ansiedad que envenena los últimos momentos de la existencia. El enfermo termina muriendo inconsciente privado de un último contacto con los seres queridos. En esto hay una responsabilidad indelegable del médico y todo el equipo de salud, en particular cuando el ser humano no es más que dolor y la muerte avanza a grandes pasos. Existe un conflicto que no se salda con la elevación al comité de ética de la institución a la que se pertenece. Al mismo tiempo intervienen factores tales como las compañías prestatarias de salud, los aspectos defensivos de la medicina y los fríos algoritmos de decisión.

Dejaremos de lado deliberadamente la cuestión del estado terminal y la eutanasia que daría para otra charla, pero sí destacar que el deseo de morir presente en algunos enfermos se intensifica si el mismo tiene la impresión de que su existencia sólo se da en función del dolor y que los penosos cuidados soportados lo prolongan sin que pueda ejercer la menor soberanía sobre el resto de vida que le queda.

El 21 de setiembre Freud dijo a su médico: “Querido Schur, usted recordará nuestra primera conversación. Usted me prometió que me ayudaría cuando ya no pudiera soportar más. Ahora es solo una tortura y ya no tiene ningún sentido. “No había ni emoción ni autocompasión; sólo la realidad. Fue una escena inolvidable.”- dirá Jones en su biografía. También dirá que Freud murió como vivió: siendo un “realista”. Abandonó la existencia acosado por su dolor pero por decisión propia, con los ojos abiertos y en silencio.

El dolor asesina la palabra. El mismo Freud lo anticiparía casi 20 años antes en su Introducción del narcisismo en palabras del poeta Wilhem Busch: “En la estrecha cavidad de su muela se recluye su alma toda” (p. 79). Lo paradójico es que la

evaluación del dolor se basa esencialmente en las declaraciones del paciente y en la intuición del médico o los allegados. Por lo general el médico le solicita una puntuación del 1 al 10 para que el paciente tipifique, como si por un momento pudiera dimensionar lo que sería la ausencia de dolor o el máximo dolor que pueda experimentar. Nunca sabrá cuánto es bastante. No hay evidencia del dolor (para los que aún creen en la MBE) sino confianza en la palabra del enfermo. No se prueba, se siente².

“Al afirmar que ‘el dolor no pertenece al orden de la naturaleza’, Leriche llamaba la atención del médico sobre los dolores que el enfermo acusa (y también sobre sus demandas) aun cuando no sean identificables en términos médicos. Como sabemos, esto ha contribuido a progresos apreciables en la cirugía del dolor, y a otros menos evidentes en el tratamiento medicamentoso de la angustia.” A esto llama Clavreul una “medicalización de la ‘enfermedad del enfermo’”, donde el sitúa una extensión del campo y del poder médicos.³

Para concluir, enunciaremos un pequeño fragmento de un caso que hemos tenido oportunidad de trabajar junto a los alumnos.

Oscar, de 35 años, dice haber “soportado” durante 10 años un algia (dolor) vascular. Luego de una exitosa intervención médica se pudo verificar que el término “soportar” estaba ligado a una situación de complacencia con el sufrimiento, sosteniendo este dolor al modo de un matrimonio mal avenido. Todo esto, de más está decir, es ignorado conscientemente por el paciente.

La persistencia por años de su padecimiento lo llevaría a períodos de adicción a los opiáceos (codeína, morfina) y a la ingesta compulsiva de analgésicos.

Oscar, tiranizado por un dolor en su organismo, devino un tirano en las relaciones con sus pares. Pero el apagamiento del dolor físico, a través de la citada intervención quirúrgica (liberación supuestamente muy ansiada por el paciente) lo

²Dirá Wittgenstein: “Si yo puedo representarme el dolor que siento, si el prójimo también puede hacerlo, o si decimos que podemos hacerlo, cómo podemos verificar si hemos representado correctamente este dolor, y con qué grado de incertidumbre. Puedo saber sin duda que N sufre, pero no sé hasta qué punto. He aquí algo que él sabe, pero de lo que no me informan las manifestaciones del dolor, algo puramente privado.”

³Clavreul Jean. El Orden médico, Barcelona, Argot, 1978, p. 44.

confrontó con su propia posición, la cual estaba atravesada por la imposibilidad de sostener sus proyectos, es decir, el impedimento de realizar sus deseos.

En consecuencia se puede afirmar que el algia vascular devino crucial a la hora de conferir a este paciente, una existencia; solución por cierto mediocre, insuficiente, pero que soportó durante muchos años para no tener que confrontarse a la vida y, por supuesto, al otro sexo.

Sus múltiples consultas que había realizado previamente a otros médicos, habían pasado banalmente, ya que impresionaba como alguien indeciso, alguien que esperaba el momento adecuado para tomar una decisión; cuando en realidad de lo que se trataba era de seguir sosteniendo ese síntoma (trastorno vascular) que cumplía la función de evitación del lazo social.

En consecuencia, habiendo sido operado y “despojado” (según sus palabras) de su síntoma más espectacular, se anoticia de que el mundo está lleno de exigencias laborales, sexuales y otras demandas, que gracias a su enfermedad había eludido de manera precaria.