

DOLOR Y SUFRIMIENTO

MARCOS GÓMEZ SANCHO

♦♦ OBJETIVOS ♦♦

- ♦ Conocer los distintos mecanismos por los cuales los aspectos emocionales influyen en la percepción del dolor.
- ♦ Aprender los distintos factores que pueden modificar el umbral y la percepción del dolor.
- ♦ Conocer la influencia que el entorno cultural puede tener sobre la percepción del dolor en un enfermo al final de su vida.
- ♦ Conocer la importancia que los aspectos emocionales tienen en la explicación del fenómeno placebo.
- ♦ Conocer la influencia que la educación religiosa puede tener en la interpretación del dolor.
- ♦ Aprender las posibilidades de soporte que se puede dar a un enfermo para ayudarle a asumir el dolor y el sufrimiento inevitables.
- ♦ Conocer las actitudes que se pueden adoptar ante el sufrimiento y las vías para trascenderlo y darle un sentido.

ASPECTOS EMOCIONALES DEL DOLOR DEL CÁNCER

INTRODUCCIÓN

*Sesenta minutos tienen las horas
Unas son largas y otras son cortas*

*Quien no lo crea
tenga una hora de goces
Y otra de penas.*

Anónimo

Es imprescindible saber que el tratamiento analgésico, forma parte de un control multimodal del dolor (“la morfina enviada por correo, no es tan efectiva”). Mal camino lleva el médico si piensa que simplemente administrando analgésicos, aunque sean potentes, va a conseguir controlar el dolor de sus enfermos. El tratamiento farmacológico del dolor, siempre e inexcusable-

mente debe ir acompañado de medidas de soporte. El enfermo debe ver en el médico a un interlocutor fiable en quien podrá confiar, que le transmitirá seguridad y amistad y con quien podrá establecer una relación honesta y sincera. Dentro de este contexto relacional, cuando se haya instaurado una relación médico-enfermo terapéutica, se podrá esperar el máximo efecto analgésico de los fármacos¹. Por ello tiene razón C. Saunders² cuando dice que gran parte de los dolores pueden ser aliviados sin recurrir a analgésicos, una vez que el médico se sienta, escucha y habla con el paciente.

Es imperativo actuar sobre una multitud de circunstancias que inevitablemente acompañan a la enfermedad terminal para poder tener éxito en el tratamiento del dolor. Aparte de la localización del tumor y del estadio evolutivo de la enfermedad, el dolor dependerá y mucho, de una serie de factores individuales que pueden modificar de forma importante el umbral de percepción del dolor. Estos factores tienen una importancia muy grande y además, muchas veces no se les tiene suficientemente en cuenta.

En efecto, el dolor es una experiencia subjetiva, es una emoción. Por eso se oye decir muchas veces que el dolor no se puede medir, lo mismo que no se puede medir el amor, el miedo, etc.

En 1973, en Seattle (Washington), se celebró el Primer Simposio sobre el Dolor y se crea la Asociación Internacional para el Estudio del Dolor (I.A.S.P. de las siglas en inglés). Dicha Asociación ha propuesto una definición del dolor que es la siguiente³:

“Es una experiencia sensorial y emocional desagradable, asociada con una lesión histica presente o potencial o descrita en términos de la misma”.

La importancia de esta definición es la aceptación del componente emocional y subjetivo del síntoma. Hasta entonces, no se aceptaba muy bien que pudiese existir dolor sin haber un daño tisular. Existía la creencia general de que el dolor opera únicamente mediante la transmisión de impulsos nerviosos desde el sitio del daño en los tejidos hasta el cerebro. Los descubrimientos científicos que durante el siglo diecinueve apoyaron este modelo son tan impresionantes que cualquier otra hipótesis sencillamente pasó de moda. En la actualidad,

sin embargo, los trabajos más innovadores en la investigación del tratamiento del dolor indican que ese modelo necesita de una radical modificación. Un investigador estudió 10.553 casos de dolor de espalda, desde 1977 en adelante, en el estado de Washington. El 75% de esos enfermos no presentaba causa orgánica detectable para ese dolor de espalda⁴.

Es más, el dolor no está en proporción con la gravedad de la lesión: una quemadura, el dolor de muelas, hacen sufrir más que alteraciones orgánicas que ponen en peligro la existencia del individuo. Un dedo aplastado por una puerta o una uña arrancada producen sufrimientos agudos, mientras que una lesión cerebral a veces resulta indolora, aun cuando pueda resultar mortal.

El viejo modelo orgánico (enfocado al entendimiento del dolor agudo) sencillamente es incapaz de dar razón de las olas de dolor crónico que atraviesa el mundo moderno. Rechina y cruje cuando se le obliga a trabajar con la nueva noción de que el dolor no es una sensación sino una percepción: una experiencia en la cual desempeñan una función importante la conciencia, la emoción, el significado y el contexto social. Está claro que la investigación efectuada con gatos y ratas, por más útil que sea, no nos dice mucho sobre las dimensiones cognitivas y psicosociales del dolor crónico en los seres humanos. Los especialistas destacan ahora hasta qué punto el dolor crónico elude las terapias que suponen un simple mecanismo sensorial que transmite los impulsos nociceptivos desde el sitio del daño hasta el cerebro. El cuerpo, lo estamos aprendiendo, contiene múltiples senderos de dolor. Sus recursos no sólo incluyen al sistema nervioso central, sino también a los sistemas simpáticos que influyen en el sistema límbico que gobierna nuestras emociones y hace del dolor crónico un estado psicológico. Aún no comprendemos completamente lo que ocurre al impulso nociceptivo en el nivel de la corteza cerebral, pero es un hecho el que el tálamo conduce la señal que recibe a los centros superiores del cerebro y la conciencia. El dolor, en efecto, no es un mero acontecimiento fisiológico. Es, a un tiempo, emocional, cognitivo y social.

La creencia a ultranza en el modelo organicista puede traer consecuencias terribles para los enfermos en el momento en que su dolor es etiquetado como “psicológico”. La neuralgia del trigémino o las cefaleas a tensión, las migrañas o los dolores de espalda incurables, son ejemplos clásicos de dolores lacerantes que no responden a ninguna causa fisiológica reconocible. Lesiones a causa de accidentes, incluso a veces heridas de poca importancia, continúan provocando terribles sufrimientos después de su curación. Los dolores que afectan a los miembros fantasmas, ausentes, muchos años después de la mutilación, ofrecen una penosa ilustración de estas ambigüedades. Ciertos pacientes afectados por estos obstinados dolores, a veces son blanco de las sospechas de los médicos, irritados por su impotencia para aliviarlos pese a los esfuerzos realizados. El dolor, llamado entonces “psicológico”, escapa a la jurisdicción médica.

El enfermo emprende entonces una búsqueda incansable de una causa orgánica a su dolor para que el diagnóstico de un dolor “psicológico” no caiga sobre él. Para él, “psicológico” significa “imaginario” y esa expresión suena como una sospecha que cuestiona su sinceridad. Por eso, donde todo paciente es feliz al oír la palabra tranquilizadora del médico anunciando “no hay nada”, el doliente crónico se amarga, decepcionado con una medicina que fracasa en descubrir su enfermedad y parece ubicar lo que siente en el limbo de la ilusión o de la mentira⁵. Por el contrario, la denominación de la enfermedad levanta toda hipoteca y se recibe con un júbilo bastante desacostumbrado para el médico. Por fin fue reconocida la legitimidad de su mal, el paciente tiene el sentimiento de que acaba de reconocerse su inocencia. Que el enfermo pueda de este modo sentirse culpable de su sufrimiento es un hecho inquietante y dice mucho acerca de la interiorización de un deber de organicidad para acreditar su queja, y también sobre la actitud de ciertos médicos.

El mal se presenta a la evaluación del facultativo, pero como el dolor no proporciona prueba alguna, salvo que es sentido por el individuo, éste se expone a que no se lo crea, e incluso a ser tachado de “simulador” por un médico atrapado en una estrecha visión organicista. Sólo él está habilitado para justificar socialmente el sufrimiento que experimenta el demandante. Este monopolio médico de prescribir la verdad o la ilusión de la enfermedad es motivo de conflicto con el enfermo, estupefacto ante la indiferencia del facultativo hacia lo que siente, y la puesta en duda de su palabra. En caso de incertidumbre, en efecto, el médico se atribuye la gracia de decidir si un individuo que reclama el reconocimiento de su enfermedad, o la atribución de sus derechos, padece dolor o no. La medicina “crea” habitualmente la enfermedad o el dolor nombrándola y tomándola a su cargo, asignando al paciente una función social, pero en algunas circunstancias sus dictámenes contrastan con lo que el afectado siente o debería sentir⁶. Sin embargo, un médico tan atento como René Lariche⁷ descarta estas sospechas con vigor: *“He podido levantar un gran número de hipótesis de simulación. Estoy convencido de que casi siempre, los que sufren, sufren como dicen, y aportan a su dolor una atención extrema, sufren más de lo que podemos imaginar. Sólo hay un dolor fácil de soportar, y es el dolor de los demás”*.

El dolor no tiene la evidencia de la sangre derramada o del miembro roto, exige una minuciosa observación o la confianza en la palabra del enfermo. No se prueba, se siente. En este sentido acusa un rasgo de la condición humana que la inclusión en la sociedad se esfuerza por negar: la soledad, o más bien, la enfermedad en sí. Quebrado, el hombre doliente suele padecer el drama de que su dolor no se reconozca o su intensidad se ponga en duda. Y no puede aportarse ninguna prueba de la sinceridad de un suplicio subterráneo e invisible a la mirada. Aunque el hombre afirme la intensidad de su dolor, sabe por adelantado que nadie la puede sentir en su lugar o compartirla con él.

En muchas ocasiones los enfermos se quejan de la persistencia de sus dolores a pesar de haber concluido los tratamientos médicos y de la convicción de los facultativos de que “no tienen nada”. Explica Le Breton que aunque al médico le alegre decir a su paciente que los exámenes demuestran su buena salud, con frecuencia no ocurre lo mismo en aquel que continúa agobiado por el sufrimiento. De la misma manera que el mapa no es el territorio, el examen no es el hombre y el paciente se resiste a no ser comprendido, o se rebela contra la impotencia del médico para descifrar el contenido de sus molestias. Reclama un nombre para su enfermedad, un alivio para sus penas.

Las palabras tranquilizadoras del médico son dolor suplementario que le enfrenta al sinsentido. Si sufre, algo tiene. ¿Cómo pueden decirle que “no tiene nada” si no es para poner en duda su palabra, negar la realidad de los dolores que padece? Al mantenerse en un enfoque organicista estricto y convencional, mirando las hojas precedentes de los exámenes y no el rostro del hombre que sufre, el médico, sin saberlo, contribuye a cristalizar con creces su dolor. Estos pacientes corren entonces de un hospital a otro con el montón de radiografías y certificados médicos bajo el brazo sin recibir jamás la respuesta esperada. Su existencia se transforma en una búsqueda desesperada del reconocimiento de un dolor o una lesión que la medicina no identifica en el plano anatómico o fisiológico. La sospecha de problemas psiquiátricos acentúa todavía más el sufrimiento de estos enfermos, convencidos de ser víctimas del desprecio o de una injusticia. La disociación entre medicina (ciencia del cuerpo enfermo) y la psiquiatría (¿ciencia del resto?), dualismo heredero de la historia médica, divide al hombre en un cuerpo añadido a un espíritu⁸.

En algún capítulo anterior se explicaba la importancia de creer siempre al enfermo que manifiesta tener dolor.

EL UMBRAL DEL DOLOR

Se trata, entonces, de reemplazar el viejo modelo orgánico unidimensional por un nuevo modelo multidimensional que incluya los aspectos interactuantes fisiológicos, cognitivos y sociales del dolor. El dolor no es un código simple, estático, universal, de impulsos nerviosos, sino una experiencia que continúa cambiando mientras atraviesa las complicadas zonas de interpretación que llamamos cultura, historia y conciencia individual⁹.

El dolor es una señal biológica que exige su inmediata supresión. Podemos decir que el dolor es lo que la persona que lo sufre dice experimentar y como experiencia emocional, se verá modificado por una serie de factores que modularán la vivencia o intensidad dolorosa.

Algunos factores¹⁰ aumentan el umbral al dolor y están expresados en la Tabla I.

Tabla I. **FACTORES QUE AUMENTAN EL UMBRAL DEL DOLOR**

Sueño
Reposo
Simpatía
Comprensión
Solidaridad
Actividades de diversión
Reducción de la ansiedad
Elevación del estado de ánimo

Esto significa que potenciando todos estos factores, el dolor va a disminuir. A algunos enfermos se les “olvida” el dolor cuando ven un partido de fútbol, una película interesante o tienen una visita entretenida.

Otras circunstancias, por el contrario, pueden disminuir el umbral del dolor y que habrá que intentar evitar. (Tabla II).

Tabla II. **FACTORES QUE DISMINUYEN EL UMBRAL DEL DOLOR**

Incomodidad
Insomnio
Cansancio
Ansiedad
Miedo
Tristeza
Rabia
Depresión
Aburrimiento
Introversión
Aislamiento
Abandono social

Lo cual quiere decir, que un enfermo que se encuentre en alguna de estas circunstancias, va a experimentar más dolor. Hay algunos pacientes que tienen muchos de estos problemas juntos y cuyo dolor es extraordinariamente difícil de controlar aún después de suministrar dosis increíblemente altas de morfina y a veces, a pesar de realizar destrucción nerviosa química o quirúrgica.

Un enfermo ingresado al que fuimos a visitar a requerimiento de su médico del hospital, se quejaba de un dolor intenso lumbar con irradiación a la pierna derecha, consecuencia de una hernia discal que padecía ¡desde hacía dieciocho años!. La diferencia era que la víspera le habían hecho una broncoscopia y el enfermo -según él mismo manifestaba-, estaba muerto de miedo.

La inmensa mayoría de las veces que oímos decir que a determinado enfermo no se le quitaba el dolor aunque le diesen analgésicos potentes y a dosis muy altas, se trata sin duda de una falsa resistencia a dichos analgésicos y que el problema está en otro tipo de necesidades del paciente no suficientemente reconocidas o cubiertas.

Concretamente las necesidades psicosociales. Los aspectos físicos, psicológicos, sociales y espirituales del dolor están interrelacionados y a veces es difícil distinguirlos. Se fortalecen recíprocamente y entran fácilmente en un círculo vicioso que se repite indefinidamente. Como recuerda B. Mount¹¹, *“la previsión espantosa de la continuidad del dolor provoca ansiedad, depresión e insomnio, que a su vez intensifican los componentes físicos del dolor. Lo que caracteriza al mundo de las pesadillas en que se ve sumergido el enfermo víctima del dolor crónico es la ausencia de sentido, de remedio y de esperanza. El dolor recuerda inevitablemente al paciente la gravedad de su enfermedad y aumenta así su angustia”*.

El dolor tiene asimismo dimensiones sociales. Es el dolor del aislamiento, de tener que depender de los demás, de tener que redefinir las propias relaciones, de la pérdida del propio papel laboral y social. La dificultad para expresar lo que se está experimentando conforme uno va muriéndose crea un sentido de soledad justamente en el momento en que más se necesita de compañía. La falta de voluntad o la incapacidad de los demás para hacer compañía a los moribundos visitándolos, escuchando sus sentimientos y experiencias o discutiendo las implicaciones de lo que les está sucediendo, no hace sino agravar su aislamiento.

Muy a menudo, la experiencia dolorosa afecta a las relaciones familiares. Replegado en sí mismo, menos investido en relación con los suyos, frenado en su actividad, limitado en sus proyectos, quejándose de su estado, suscita la indisposición o la impaciencia ante una situación que se prolonga. Los suyos acompañan la búsqueda de alivio pero el cansancio se impone con frecuencia a causa de los repetidos fracasos y el tiempo que pasa. El equilibrio anterior está roto, la situación exige del grupo familiar una reorganización de sus relaciones y modo de vida. El hombre sufriente ya no es el mismo, pero se le suele considerar a la luz de sus comportamientos pasados. Se le reprocha ese cambio sin considerar circunstancias atenuantes. El dolor provoca la irritabilidad, solicita la comprensión y la indulgencia del grupo o desemboca en conflictos.

Iván Illich¹² (el protagonista del relato de Tolstoi), presa de un dolor persistente que lo espanta, siente crecer un mal humor que envenena la vida familiar. Las disputas se multiplican.

“Al decidir que su marido tenía un carácter detestable y que la había hecho desdichada, se compadeció de su propia suerte... Después de una escena en cuyo transcurso Iván Illich se mostró singularmente injusto... él admitió que se había vuelto irritable, pero que eso era enfermizo”.

La sospecha surge a veces de la mala voluntad de un enfermo que podría “poner un poco de sí” o “hacerse menos caso”. La acusación de complacencia es intolerable para el hombre sufriente que se debate en una red que no para de cerrarse en torno a él. La solidaridad inicial se transforma en desconfianza, y a veces en re-

chazo. Las familias permanecen solidarias mientras la voluntad de curación les parece fundada y sincera. Pero otros acaban cayendo en la incompreensión por aquel de quien se sospecha que exagera y que podría ocuparse más de sí. Continúa el relato de Iván Illich:

“Y sólo él sabía, quienes lo rodeaban no lo comprendían o no querían comprender e imaginaban que el mundo era como en el pasado. Eso era precisamente lo que más atormentaba a Iván Illich”.

La depresión suele sumarse al cuadro doloroso y entonces acaba de desestructurar la existencia. Las capacidades personales de adaptación y de tolerancia son vivamente reclamadas por los demás miembros de la familia. A veces los vínculos afectivos se debilitan. Los allegados tienen el amargo sentimiento de vivir inmersos en una sola fuente de obligaciones, sin ser retribuidos con el reconocimiento o el amor del enfermo¹³.

La dimensión espiritual del dolor no es un asunto baladí. Esta dimensión humana se analiza más adelante junto con el problema del sentido y del sufrimiento. El conjunto de todos estos factores (psicológicos, sociales, espirituales, económicos, etc.) es lo que Saunders llama *Dolor total*. En nuestra experiencia, los desórdenes en estos aspectos constituyen los motivos más frecuentes, con diferencia, de los casos de dolor de difícil control, más que algunos tipos de dolor de por sí rebeldes por su fisiopatología.

Teniendo en cuenta estos aspectos psicológicos y emocionales, debemos evitar uno de las tentaciones más frecuentes: psiquiatrizar a los enfermos. Los fármacos psicótropos no deben usarse por rutina (*“El mejor psicofármaco es un médico atento y disponible”*).

Algunas veces por una larga historia de un dolor no controlado, otras simplemente por la enfermedad que el paciente sufre, la realidad es que muy frecuentemente en la primera consulta nos encontramos ante un enfermo “triste” y más o menos abatido.

Una consecuencia muy importante de estas posibles modificaciones en el umbral del dolor es que las dosis se deberán regular individualmente. Veámos, al hablar del dolor agudo y crónico, que ésta es una de las principales diferencias entre el abordaje de uno y otro tipos de dolor.

UMBRAL DEL DOLOR Y CULTURA

Aunque el umbral de sensibilidad es semejante para el conjunto de las sociedades humanas, el umbral del dolor en el cual reacciona el individuo, y la actitud que éste adopta a partir de entonces están esencialmente vinculados con la trama social y cultural. Todas las sociedades humanas integran el dolor en su concepción del mundo, confiriéndole un sentido, y hasta un valor.

El dolor nunca es un simple asunto de nervios y de neurotransmisores, sino que siempre exige un encuentro personal y cultural con el significado. El remedio del

dolor es más eficaz cuando se abre a varias estrategias y toma en seria consideración los problemas psicológicos, interpersonales, sociales y culturales, abandonando el dualismo reduccionista mente-cuerpo y pasando, como observa Kleinman¹⁴, “de las redes neurológicas a las redes sociales”. El dolor no es un hecho fisiológico sino existencial. Más allá de las estructuras nerviosas, el dolor físico es el resultante del conflicto entre un excitante y el individuo entero. No es el cuerpo el que sufre, sino el individuo entero. El enfoque meramente fisiológico, desarraigado del hombre, determina una medicina tangencial al enfermo.

El dolor que nosotros percibimos -la cantidad y la naturaleza de esta experiencia— no depende solamente del daño corporal, sino que está determinado también por las experiencias anteriores y por el modo de recordarlas, por nuestra capacidad de entender la causa del dolor y de apoderarnos de sus consecuencias. La misma cultura en la que crecemos tiene un papel esencial en el modo como percibimos y respondemos al dolor¹⁵.

Esto tiene que ver con el aprendizaje. Nosotros aprendemos desde niños ciertos modos de reaccionar observando simplemente día tras día e imitando los comportamientos que nuestros padres y otras personas mayores importantes para nosotros ponen en movimiento en determinadas situaciones. Y lo que aprendemos lo registramos en nuestra memoria y tendemos a repetirlo en ocasiones futuras. Esto explica por qué en determinados grupos sociales se producen modos bastante parecidos de reaccionar ante el dolor. La percepción, la tolerancia y la respuesta ante el dolor no dependen únicamente de la función del estímulo nocivo o del daño en alguna parte de nuestro cuerpo, sino que están condicionados, además de por las características personales del individuo, por la experiencia pasada y por las creencias y expectativas propias y del núcleo social y cultural al que pertenecemos.

El hombre elabora su dolor a partir de condicionantes sociales, culturales y psicológicos. Dice Le Breton¹⁶ que entre el estímulo y lo percibido está la trama del individuo como singularidad personal, historia, pertenencia social y cultural. Normas implícitas que escapan al juicio determinan la relación con el dolor. Éste no responde a esencia pura alguna, traduce una relación infinitamente compleja entre modificaciones corporales y su apreciación por un individuo que ha “aprendido” a reconocer esa sensación y a relacionarla con un sistema de sentidos y de valores. Y atribuyen a su dolor un sentido y un valor diferente según las orientaciones colectivas propias del medio en que viven.

En un estudio sobre los componentes culturales en la respuesta al dolor, Zborowski observó en los pacientes americanos originales escasas reacciones emotivas ante el dolor. En cambio, inmigrantes judíos e italianos se manifestaban mucho más emotivos, y así lo hacían entender al lamentarse en voz alta y buscar claramente apoyo y comprensión. Se trataba de diferencias culturales en la respuesta a estímulos dolorosos, que se producían también en situaciones experimentales y recondu-

cibles, según diversos analistas, a un modo diferente de percibir (y no sólo de comunicar) el dolor. Según el autor del estudio, cada miembro de la sociedad asimila estas actitudes ante el dolor y el modo de reaccionar desde la primera infancia, juntamente con otras actitudes y valores culturales transmitidos por los padres, por quien hace sus veces, por los hermanos y por el ambiente al que pertenece¹⁷.

Igualmente, René Lariche¹⁸, al evocar sus recuerdos como cirujano en el frente durante la primera guerra mundial, observó diversas maneras culturales de reaccionar frente al dolor. La sensibilidad física de los franceses no era exactamente la de los alemanes o ingleses. Y sobre todo había un abismo entre las reacciones de un europeo y las de un asiático o un africano. “Por indicación expresa de un grupo ruso muy aristocrático, que afirmaba que era inútil dormir a ciertos cosacos para operarlos, porque no sentían nada, aunque el asunto me repugnara un tanto, desarticulé sin anestesia tres dedos y los metacarpianos de un herido ruso, y el pie entero a uno de sus compañeros. Ni uno ni otro mostraron el menor temblor, giraron la mano, levantaron la pierna, cuando se lo pedí, sin flaquear ni un instante, como bajo los efectos de la más perfecta de las anestésicas locales”.

Otro estudio fue realizado por Zola¹⁹ en dos grandes hospitales de Boston sobre 144 personas, irlandeses (de tercera o cuarta generación) e italianos (hijos de inmigrantes). La investigación demostró que para un abanico de patologías semejantes, los irlandeses tendían a minimizar sus malestares al tiempo que los italianos eran prolijos acerca de la intensidad y extensión de sus enfermedades. Los italianos hablaron y se quejaron de más síntomas, mencionaron más zonas del cuerpo afectadas y más clases de malestares que los irlandeses. Los italianos manifestaban una tendencia cultural a la dramatización de su estado mientras que la actitud convencional de los irlandeses consistía en encajar la situación en congruencia con el sentimiento de los difícil que es la vida y que es necesario saber hacerle frente.

Veinte años después y en el mismo hospital, Koopman, Eisenthal y Stoockle²⁰ evaluaron la persistencia o la erosión de los esquemas culturales de la percepción del dolor y de los síntomas en el seno de las mismas poblaciones. Se comprobó de nuevo la trascendencia de los modelos culturales descritos por Zola.

Estos estudios son válidos sobre todo como ejemplos significativos de la dimensión social y cultural del dolor. Sin embargo, es probable que desde que se realizaron las cosas hayan cambiado. Estas últimas décadas el mundo ha cambiado, y sobre todo la relación con el dolor en las sociedades occidentales, de tono más individualista y atomizado. En otro capítulo de este tratado se reflexiona sobre la creciente y generalizada intolerancia al dolor y al sufrimiento y la conducta automática a la ingestión de analgésicos ante el más mínimo dolor en los países de nuestro entorno el día de hoy.

Es probable que los datos y las diferencias expresadas en estos estudios se desdibujen a medida que se realiza la integración social y cultural de dichas poblacio-

nes. La demostración de la resistencia al dolor como signo de virilidad o de pertenencia al grupo disminuye de valor en una sociedad acuciada por el temor a sufrir, donde los antiguos modos de enfrentarse al dolor han perdido todo arraigo.

MOMENTOS EMOCIONALMENTE ESPECIALES

*¡Ay, el viejo dolor
arraigado que no tiene alba!*

Salvador Espriu²¹

Unas líneas más arriba, se han enunciado los factores que modifican el umbral del dolor y sobre los cuales tenemos que actuar enérgicamente. El componente emocional juega un papel importantísimo en la percepción del dolor en el enfermo canceroso. Existen, de hecho, unos momentos emocionalmente especiales y que analizaremos, aunque sea someramente, dada su gran importancia en la práctica diaria.

LA NOCHE

“A la noche se empiezan a encender las preguntas”

Pedro Salinas²²

Por la noche impera la oscuridad, el silencio y la soledad, circunstancias que, si bien a lo largo de nuestra vida, en algún momento, nos inducirán a la reflexión, el crecimiento personal, el trabajo creativo etc. son muy malas consejeras todas ellas para un enfermo que sabe que va a morir. Por este motivo, entre otros, el insomnio debe ser tratado enérgicamente. (Figura 1)

Como hemos comentado, una noche en vela suele ser muy mala compañera para este tipo de enfermos. Pero es que además, indirectamente va a afectar al dolor. Cuando empieza a obscurecer, las visitas empiezan a irse del hospital, empieza a instaurarse el silencio, las enfermeras saben que empiezan a sonar los timbres porque los enfermos empiezan a tener dolor. Pero también saben que muchas veces la situación se resuelve con un rato de compañía y de soporte, en vez de administrar sistemáticamente dosis extra de analgésicos.

Después de una noche sin dormir, el enfermo estará cansado y el umbral del dolor disminuido. Algunos enfermos tienen pánico a la noche y su insomnio es muy difícil de tratar, sobre todo en enfermos que padecen disnea y tienen miedo a morir asfixiados mientras duermen.

Es frecuente asociar la muerte con la noche. De hecho muchas personas mueren de noche (sobre todo a primeras horas de la madrugada). Lo expresa muy bien Unamuno²³ en su poema “Vendrá de noche”:



Figura 1: Es frecuente que los enfermos experimenten más dolor por las noches.

*“Vendrá de noche cuando todo duerma,
vendrá de noche cuando el alma enferma
se emboce en vida ...”*

El silencio, la oscuridad y la soledad es una mezcla que se presenta con frecuencia a un enfermo en situación terminal y que puede llegar a atormentarle. Esa sensación se puede entrever en el poema “La Mina” de José Luis Hidalgo²⁴

[...]
*No. Nada se oye, nada.
Es la noche profunda. Siempre la agria noche que
escupe sus esquinas.
La noche que te agarra como un cuerno de toro,
la noche que te aprieta la voz en la garganta
como un grito de muerte,
como un tiro lejano.
[...]*

EL ALTA Y EL INGRESO

Curiosamente las dos circunstancias pueden suponer un impacto emocional para el enfermo y aumentar su dolor. Cuando el enfermo está ingresado en el hospital, y en relación directamente proporcional al tiempo que lleve en él, va a experimentar un cierto miedo al darle el alta. Aunque puede estar deseando irse a casa, cuando llega el día de irse (o casi siempre, la víspera), empieza a tener miedo de perder la sensación de protección que el hospital le brinda.

Un enfermo, por el contrario, que está en su casa, cuando es preciso hospitalizarle, puede sentir una fuerte angustia al irse de un medio conocido y seguro, como es su casa a otro lejano, extraño y con frecuencia hostil, como suele ser el hospital.

En el primer caso, es muy importante poder ofrecer, como hacemos nosotros, la continuidad de los cuidados a través de Equipos de Asistencia Domiciliaria coordinados con los profesionales de su Centro de Salud, así como la garantía absoluta de que, si en un momento determinado necesita volver al hospital, tendrá garantizada una cama de forma inmediata. (Muchos en-

fermos temen el alta porque “pierdo la cama, con el trabajo que me costó y el tiempo que tuve que esperar para ingresar”).)

Algunos hospitales, disponen de un hospital de día, al que acuden los enfermos por la mañana y hasta media tarde, bien para algún tipo de rehabilitación o curas o simplemente para distraerse y ser cuidados permitiendo así que los familiares puedan descansar o cumplir con sus trabajos. Es un buen sistema, además, para que los enfermos conozcan previamente el hospital y un eventual ingreso, sea menos traumático.

LA SOLEDAD

Muchos enfermos temen más a la soledad que a la propia muerte. Las enfermeras del hospital saben muy bien lo que sucede a media tarde, cuando empiezan a irse del hospital las visitas y algunos enfermos se quedan solos. Con mucha frecuencia deben repartir dosis “extra” de analgésicos, pero saben también que en muchas ocasiones, si se sientan un ratito a hablar con el enfermo, puede que no necesiten dichas dosis extra de analgésicos. (Figura 2)

Es notable que Archie Cochrane, el padre de la Medicina Basada en la Evidencia describiera en su autobiografía “One man’s medicine” la importancia del trato humano a los enfermos²⁵. Cochrane relata cómo una noche, en el campo de concentración de Elsterhorst, recibió a un joven prisionero soviético; la enfermería estaba llena por lo que tuvo que poner al joven en su cuarto. Además, estaba muriéndose, no paraba de gritar y Cochrane no quería que despertara a los otros enfermos. Sufría de graves cavernas en ambos pulmones y de roce pleural grave. Cochrane pensó que ello era la causa del dolor y de los gritos. No disponía de morfina y la aspirina no era efectiva. Finalmente, de manera instintiva se sentó en la cama y lo rodeó con sus brazos: los gritos se acallaron. El joven soldado murió en paz, en los brazos de Cochrane, horas después. No era la pleuresía la que causaba los gritos, era la soledad. Cochrane añade que fue la mejor lección que había recibido acerca del cuidado de los pacientes que van a morir; se sintió avergonzado por su error diagnóstico y mantuvo la historia en secreto.

Una experiencia similar a un campo de concentración puede ser una cárcel, donde la soledad puede hacer que el tiempo se detenga. Escribió Oscar Wilde²⁶ en 1898 desde la cárcel:

*No sé si las leyes son justas
O si las leyes están equivocadas;
Todo lo que sabemos los que estamos en prisión
Es que los muros son espesos;
Y que cada día es como un año,
Un año cuyos días son largos.*

Por todo esto tiene mucha importancia lo que P. Verspieren²⁷ llama efecto antiálgico de la relación hu-

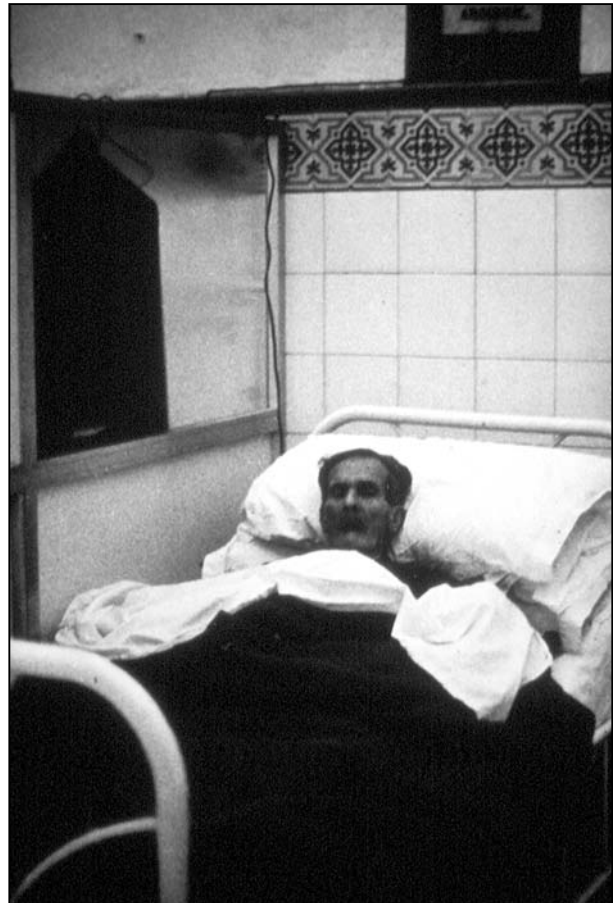


Figura 2: Muchos enfermos temen más a la soledad que a la misma muerte

481

mana: “Cuando a una terapia antiálgica, minuciosamente llevada a cabo, se añade un clima de atención, de escucha serena, de presencia junto al enfermo, la mayor parte de las veces con los medios de que disponemos, el enfermo se calma, el dolor desaparece”.

Un estudio ha medido la incidencia del efecto antiálgico del cóctel de Brompton en tres contextos diferentes: salas colectivas, habitaciones individuales en un marco hospitalario corriente y en un servicio de cuidados paliativos. Los enfermos que gozaban de acompañamiento sufrieron menos dolores que los demás pacientes. En el servicio de cuidados paliativos no sintieron ningún dolor clasificado como “devastador, terrible o atroz”, mientras que el 10% de los enfermos atendidos en habitaciones individuales y el 13% de los atendidos en salas colectivas se quejaron de ellos²⁸.

El ambiente, el tono de un lugar desempeña así un papel en la manera en que el enfermo asume su condición. Una investigación realizada sobre 69 operados de vesícula biliar demuestra que los pacientes cuya habitación tiene una ventana que permite ver los árboles consumen dos veces menos analgésicos que aquellos cuya ventana da a un muro de ladrillos. Asimismo, los de este último grupo sufren una hospitalización suplementaria de una jornada como media²⁹.

“Permaneced aquí y velad”. El mismísimo Jesucristo no quiso estar sólo, tuvo miedo y rogó a sus amigos que no le abandonasen en el comienzo de su agonía³⁰. En

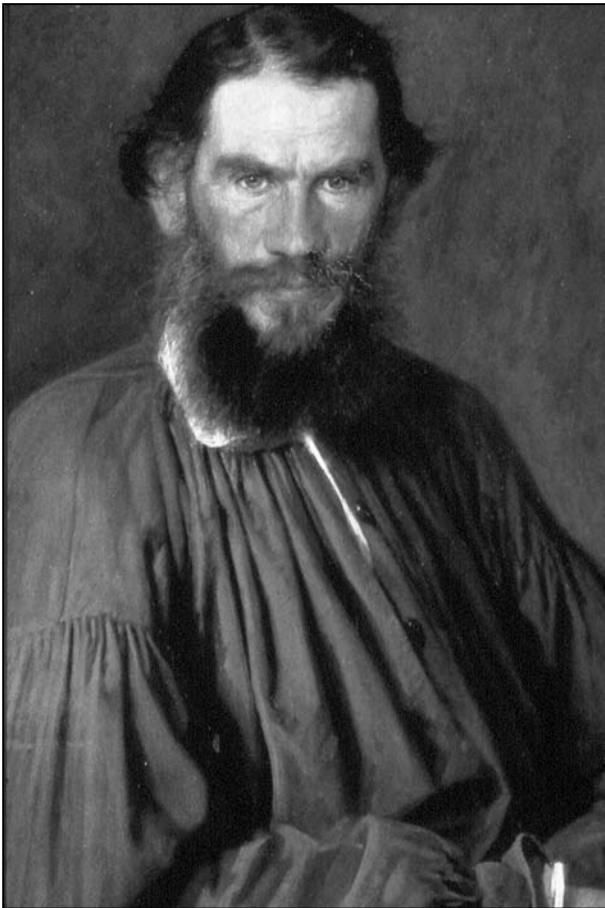


Figura 3: Leon Tolstói (I. Kramskov).

482

el capítulo dedicado al Voluntariado, se incide en el problema de la soledad de los pacientes, ya que su misión más importante, es precisamente acompañarles y evitar la soledad.

Y si es verdad que la soledad puede incrementar el dolor, también es cierto que el dolor puede conducir a la soledad: a la soledad interior. El dolor sitúa al individuo fuera del mundo, lo aparta de sus actividades, hasta de las que más le agradan. Al perder la elemental confianza en su cuerpo, el individuo pierde también la confianza en sí mismo y en el mundo, su propia carne se transforma en solapada e implacable enemiga con vida propia. Así podemos entender los tremendos versos de Thomas Bernhard³¹:

[...]
júzgame Señor

hace mucho estoy dispuesto
destrózame Dios mío
y no me dejes solo
no puedo descansar en el lecho
no hay sueño que me invada
oh Señor
aniquíllame
no me dejes solo ya
no ahora
[...]

El magistrado Ivan Illich³² (el protagonista del libro de Leon Tolstói varias veces citado en éste y en otros capítulos), está atormentado por una enfermedad grave que a veces olvida o imagina alejada para siempre de él. “Pero, de repente, el dolor en el costado, sin preocuparse del proceso en curso, iniciaba su sorda y obstinada labor. Ivan Illich se esforzaba en pensar en otra cosa, pero continuaba su tarea, llegaba, se colocaba frente a él, y le contemplaba. Ivan Illich se sentía paralizado, la vista se le nublaba: ‘¿Sólo es verdad el dolor?’, se repetía. Sus colegas, los subordinados, veían con asombro y tristeza que él, un juez tan brillante, tan fino, se trastornaba, cometía errores”. (Figura 3)

No hay duda de que el hombre nunca está tan solo como cuando es presa del dolor.

LOS FINES DE SEMANA

De viernes a domingo tenemos el doble de llamadas de urgencia que el resto de los días de la semana juntos. El fin de semana, de alguna manera, da al enfermo la sensación de desamparo y desprotección. Muchas de las llamadas que recibimos esos días detectamos que son exclusivamente para “comprobar” que estamos ahí.

ASPECTOS EMOCIONALES DEL DOLOR Y EFECTO PLACEBO

Otra enseñanza práctica importante que se extrae de la comprensión de los aspectos psicológicos y emocionales del dolor, es la de no usar jamás un placebo. Es evidente que el dolor, igual que muchos otros síntomas, pueden desaparecer con la administración de un placebo. No pueden utilizarse los placebos para valorar el predominio de los componentes psicológicos ya que hasta 30 a 49% de personas con dolor de origen orgánico pueden mostrar respuesta analgésica al placebo³³. De hecho, algunos autores no recomiendan la utilización de un placebo en los estudios doble ciego, precisamente por la posibilidad de alterar la respuesta -a veces durante tiempo muy prolongado- y por eso recomiendan no aplicar ningún tratamiento en la muestra testigo³⁴.

Un placebo es un tratamiento que produce efectos en los signos y síntomas del enfermo, pero no a partir de acciones específicas y conocidas de fármacos, efectos anatómicos de alguna cirugía o efectos explicables de tratamientos físicos, sino basado en otras acciones asociadas con las creencias y actitudes de los enfermos.

Evans descubrió que los placebos eran igual de eficaces que la morfina en un 56% para el alivio rápido del dolor, siendo la eficacia directamente proporcional a la intensidad del dolor sufrido³⁵. La relación con la intensidad del dolor ha sido demostrada en otros estudios³⁶. También se ha estudiado la relación entre ansiedad y respuesta al placebo. Beecher demostró que hasta el 35% de las personas a quienes se administró un placebo

Tabla III: RESPUESTA ANALGÉSICA AL PLACEBO

Tipo de dolor	Estudios	Enfermos	Buen efecto placebo (%)
Dolor experimental	13	173	3
Herida quirúrgica	5	453	33
Angina pectoris	3	112	34
Metástasis tumorales	1	67	42
Dolor de cabeza	1	199	52
TOTAL	23	1004	

bo para aliviar el dolor pudieron obtener alivio, notando una relación directa entre nivel de ansiedad y el alivio logrado³⁷.

Pueden obtenerse las mismas tasas impresionantes de respuesta a placebos o fármacos inactivos en estados dolorosos crónicos y agudos, en presencia o ausencia de enfermedad orgánica. Moertel et al observaron que el 50% de 288 pacientes con cáncer obtuvieron alivio del dolor con medicación placebo³⁸. Benson y McCaillie, invirtiendo la eficacia de la terapéutica medicamentosa en 1.187 pacientes con angina, encontraron que el 85% alcanzaron alivio subjetivo de los síntomas con drogas que habían demostrado ser ineficaces³⁹.

Goodman et al⁴⁰ demostraron que 16 de sus 25 pacientes respondieron al placebo y obtuvieron un alivio total o casi total en un síndrome de disfunción por dolor miofascial. 13 de estos pacientes continuaban sin dolor de 6 a 29 meses después.

Todo parece indicar que la sugestión puede tener una importancia primordial sobre el efecto placebo. Pollack, en un estudio con 500 pacientes dentales, observó que los que recibieron placebo acompañado por la sugestión del pronto alivio del dolor, refirieron menor molestia que aquellos a quienes se dio un placebo sin sugestión o inclusive analgésico verdadero sin instrucciones previas, respecto al efecto que podía esperar⁴¹. Una demostración impresionante de la fuerza de la sugestión placebo ocurrió en un estudio donde pacientes que sufrían náusea y vómito fueron capaces de obtener alivio con la ingestión de tintura de ipecacuana, un potente emético⁴².

Un estudio de dolor postoperatorio, demostró que entre el 5% y el 63% de 525 enfermos obtenía más del 50% del máximo alivio posible del dolor cuando eran tratados con analgésicos, frente a 7% al 37% de los que recibieron un placebo⁴³.

El dolor osteoartrítico también ha demostrado responder al placebo. Sidel y Abrahams⁴⁴ han notado mejoría sintomática en el 86% de sus 64 pacientes con este tipo de dolor y que recibieron una solución salina por vía subcutánea. En otro estudio de Trant y Passarelli⁴⁵, mejoraron el 59% de 182 enfermos tras la administración de comprimidos de lactosa y, ade-

más, el 57% de los que no habían mejorado con estos comprimidos, mejoraron con la inyección de una solución salina.

Lamentablemente, es muy común la falta de conciencia de los médicos sobre la eficacia de los placebos al tratar dolor orgánico. Muy a menudo los médicos prescriben los placebos, no para aliviar el sufrimiento, sino para demostrar que el dolor de un paciente no tiene base orgánica. Se prescriben placebos a los enfermos que molestan o de los que se sospecha que exageran sus síntomas. Hay escasa evidencia que sugiera que el dolor aliviado por un placebo no es real cuando se le compara con un dolor que no se alivia de dicha manera. De hecho, las pruebas sugieren exactamente lo contrario: por lo general, los simuladores y los adictos a narcóticos son menos susceptibles de mostrar alivio con placebos^{46,47,48}.

Un estudio realizado por Beecher⁴⁹ analizando 23 trabajos relativos a la respuesta analgésica al placebo, arrojó los datos recogidos en la Tabla III.

Como se puede observar, el dolor experimental es el único que apenas responde al placebo y esto se puede explicar sencillamente porque falta el componente emocional en ese tipo de dolor. La persona sometida al experimento sabe que en el momento que lo solicite, será suspendida la maniobra que le está provocando el dolor. Es fácil comparar esta situación con el enfermo que no sabe muy bien el origen de su dolor, que intuye que algo atenta contra su vida, que no puede sospechar su duración, etc.

En efecto, dice Le Breton que el dolor del laboratorio es un juego de sociedad, un simulacro que deja al individuo libre de retirarse de la escena en cualquier momento e interrumpir la experiencia sin que sufra secuela alguna. A lo sumo suelta una carcajada liberándose de los electrodos y dice al experimentador que no aguanta más. El dolor es infligido mediante máquinas que no provocan miedo alguno, y los estímulos aplicados en la piel están bajo el permanente control de la mirada y, sobre todo, de la voluntad. Si estas experiencias son indicativas, permanecen mudas en lo esencial: la relación íntima del hombre enfrentado a un dolor cuyo origen no conoce y del cual nada ve, un dolor marcado

en el centro de su ser cuyo tormento no puede regular a su gusto y del cual ignora sus consecuencias. ¿Es posible entonces hablar de umbral del dolor cuando se elimina la ansiedad, el miedo, la sorpresa, el desmantelamiento duradero de la identidad del hombre sufriente? El dolor concreto no concierne sólo a la superficie cutánea, es una experiencia entera del ser, puede dejar sin aliento, aumentar el ritmo cardiaco, trastornar la expresividad, etc. Estos estudios de laboratorio miden sensaciones puras en condiciones de comodidad moral de los sujetos⁵⁰.

El dolor de laboratorio no conoce el miedo, el sentimiento de impotencia. De hecho, el fisiólogo, en las condiciones de laboratorio, trabaja sobre una experiencia sensorial, cuando en la percepción del enfermo el dolor es también una experiencia afectiva, una insoluble maraña de sensaciones y emociones.

Evans⁵¹ actualizando los trabajos de Beecher quince años después, con la realización de una serie de estudios en el período 1959-1974, obtuvo un resultado de un 36% de pacientes aliviados de manera significativa gracias a placebos. Dice el autor que aunque no arrastre un sufrimiento crónico, el paciente experimenta un sentimiento de calma y bienestar después de la ingestión de un placebo. Cuando éste ha sido legitimado como tratamiento eficaz se produce un aumento significativo de la capacidad de soportar el dolor. El placebo es casi tan eficaz como los medicamentos activos más reputados.

La duración del efecto placebo también ha sido estudiada. Generalmente, la duración es similar a la que ofrecería el agente farmacológico, pero a veces es mucho mayor. Fine et al estudiaron el test de fentolamina intravenosa en pacientes con lumbalgia idiopática. Encontraron que el efecto placebo duraba algunas veces varios días, a pesar de que la fentolamina tiene una actividad muy corta⁵².

El efecto placebo, no suficientemente bien estudiado, puede incluso cambiar reacciones inmunológicas en las personas y su actividad está relacionada con la sugestión. Muchas de las llamadas medicinas paralelas o no ortodoxas, de los curanderos, brujos, chamanes, etc. basan su efectividad, en mayor o menor medida, en el efecto placebo. Y también parte de la eficacia de los fármacos que utilizamos se debe a este efecto. Sabemos que *“la efectividad de un agente terapéutico es directamente proporcional a la fe que transmite quien lo prescribe y a la confianza que tiene en él quien lo recibe”*. Una investigación realizada acerca de la ligadura de las arterias mamarias en el tratamiento de la angina de pecho nos suministra la prueba. Esta intervención quirúrgica fue practicada durante muchos años, con entusiasmo por ciertos médicos, y con dudas por otros. Beecher tuvo la idea de comparar los resultados operatorios de estos diferentes cirujanos, con el objeto de medir la incidencia de las convicciones en el estado posterior de los pacientes. Cuatro balances de operaciones realizadas por cirujanos “entusiastas” demuestran que sobre un total de 213 pacientes, el 38% experimentaban un completo alivio después de la intervención y entre un 65 y 75% una

clara mejoría. Por el contrario, los enfermos operados por los “escépticos” sólo registraban un 10% de alivio. Estudios sobre pacientes tomados al azar demostraron la inanidad fisiológica del tratamiento, aunque con él se hubiese restablecido la salud de numerosos pacientes. Su eficacia procedía de la convicción que compartían los médicos con los enfermos⁵³.

En este sentido también Cobb et al⁵⁴ habían estudiado el procedimiento de ligar la arteria mamaria interna para el tratamiento del dolor en el angor pectoris. Obtuvieron el asombroso resultado de que mejoraron de sus síntomas lo mismo que aquéllos a quienes fue realizada una revascularización quirúrgica.

Por todo ello, se ha concluido que los placebos son más eficaces cuando el médico los describe como medicamentos potentes que cuando se dice que son medicamento experimental, y de preferencia cuando se inyectan en comparación con la vía oral. Para Dimatteo y Di-Nicola el efecto placebo será tanto mayor cuanto el médico sepa transmitir al enfermo la seguridad de que le va a aliviar su dolor y cuando la relación médico-enfermo o enfermera-enfermo sea positiva⁵⁵.

Escribe Le Breton⁵⁶ que la comprobación de la eficacia simbólica del placebo es tanto más significativa por cuanto los analgésicos activos no siempre bastan para la total supresión del dolor. El suplemento de sentido que proporciona la manera de suministrar el medicamento o de proceder a la atención, apacigua la ansiedad que crispa al individuo librado a sus propias fuerzas, constituye un vector simbólico susceptible de influir de manera evidente en los efectos esperados del producto, e incluso hasta de neutralizarlos. La convicción de que el producto es un medio eficaz de alivio nunca es neutra, no sólo para el paciente, sino también para quien lo prescribe. Ejerce un efecto reduplicado cuando el facultativo sanitario está convencido de su bien fundada eficacia, y atenúa o desbarata su efecto cuando, por el contrario, éste se muestra escéptico. Entre las esperanzas del paciente y las del médico se genera una “solidaridad” que genera la eficacia deseada. El poder de acción que oculta el agente terapéutico (medicamento, cirugía, etc.) está sometido a las variaciones que introducen las esperanzas y creencias de los facultativos, y la manera en que éstas son percibidas por el enfermo.

Cualquier fármaco de nueva aparición, se nos presenta comparando su efectividad con la de un placebo. Y aunque siempre aquel es más eficaz que éste (sólo faltaría), debería asombrarnos que quizás al 30% de los enfermos se les mejoró su depresión con una píldora de sacarosa.

Sin embargo con los pacientes terminales, es ética y clínicamente inaceptable su utilización. No todo el mundo tiene por que conocer los mecanismos de acción intrínsecos del placebo y sin embargo corremos el peligro de que alguien malinterprete su efecto y piense que el enfermo miente (“No le dolería tanto, ya que le he puesto una inyección de suero fisiológico y se le ha pasado el dolor”). Goodwin et al⁵⁷ hallaron que más del 50% de los médicos residentes y enfermeras con quienes conversa-

ron creían que si un paciente con dolor mejoraba tras la inyección de agua estéril, el dolor era “funcional”, es decir, imaginario y que no podía responder a una causa orgánica o patológica. Esto representa pasar de una premisa falsa a una conclusión anticipada. Lasagna et al⁵⁸ observaron en pacientes recién operados y con dolor intenso en la herida quirúrgica que, como término medio, en tres o cuatro de cada 10, el dolor mejoraba después de la inyección placebo de suero fisiológico.

El uso de placebos en el tratamiento del dolor a menudo se acompaña de mayores riesgos que beneficios y puede afectar en forma grave la relación médico-enfermo. Generalmente, el uso del placebo se debe a la falta de conocimiento y a la frustración al tratar de lograr analgesia. Se administran placebos a los pacientes en situaciones en que se ha desarrollado un extremo conflicto médico-enfermo o enfermera-enfermo. El empleo de placebos en tales condiciones empeora la relación profesional-enfermo y cuando éste lo descubre, lleva a exacerbación de los síntomas, así como a generar un lógico sentimiento de desconfianza y enojo⁵⁹.

Por lo que respecta a los mecanismos de acción del placebo, queda mucho camino por recorrer para su comprensión. Dos estudios de Levine et al (utilizando naloxone con antagonista), han sugerido que puede haber mediación de opioides endógenos^{60,61}. Otros autores son más escépticos y opinan que todavía son necesarios más estudios⁶².

Mucho que ver con el efecto placebo debe tener el auge de los curanderos y las llamadas medicina paralelas. Se analizarán en un capítulo posterior al estudiar la esperanza de los enfermos.

LA EXPRESIÓN DEL DOLOR Y EL SUFRIMIENTO

*Es sincero el dolor
de quien llora en secreto.*

Marcial⁶³

El dolor “habla” sin palabras: cuenta en los quejidos, alaridos o silencios el drama que esa persona está padeciendo intensamente: dice de la soledad, del miedo, de la angustia, del espanto... El paciente deviene un grito vivo que inunda el ambiente y construye una suerte de muralla sonora alrededor del paciente (figura 4). Asistimos a la desolación extrema, a la imposibilidad del diálogo. La persona está viva pero el dolor la ausenta, la confina a su diálogo interno con la presencia de ese otro que se enraza en el soma. El dolor siderante coarta las relaciones de objeto, fulmina. Los pacientes temen más al dolor físico que a la misma muerte. El dolor físico se presenta como un instrumento extraño, un visitante siniestro y poderoso llegado para torturar el cuerpo, que puede surgir de improviso y atacar cuando menos se lo espera. Esta nefasta presencia resta calidad de vida.

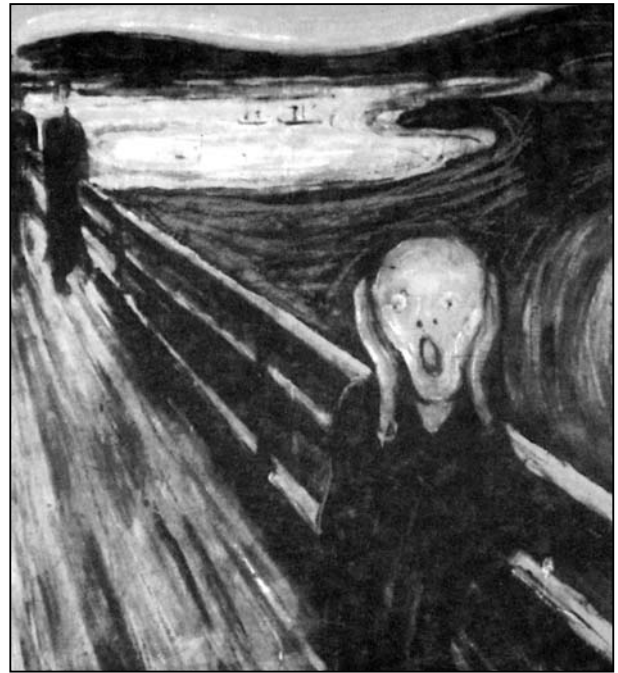


Figura 4: “El Grito” (Edvard Munich).

Es lo que expone Salvador Rueda⁶⁴ (Benaque, Málaga, 1857-1936) en su poema “Miserere” (canto de odio):

[...]
Dentro de mi cráneo
anda una centella
dando vueltas, vueltas, para hallar salida,
vueltas y más vueltas.
Temo el acostarme
más que si muriese:
qué noche tan larga, tan larga, tan larga,
cuando no se duerme.
[...]
Que vengan los lobos
y perros del monte;
gozaré mirando cómo dando aullidos
mi cuerpo se comen.
En mi frente caiga
de golpe un incendio
y en tirabuzones de carne que grita
retuerza mi cuerpo.
[...]
A la media noche
oigo en el silencio
igual que si un perro dentro de mí mismo
aullara a lo lejos.
A la media noche,
cuando todo calla,
una gota lenta oigo que imposible
romper mis entrañas.
El sol se ha apagado;
el mundo está a oscuras;
palpando la tierra voy a ver si toco
con mi sepultura.
[...]

Desde antaño objetivar o figurar el sufrimiento, exteriorizándolo con palabras, imágenes, objetos o sonidos ha sido un medio no sólo para aliviarlo, sino también para conocerlo. El problema consistiría en dirimir qué tipo de representación deja que el ser del dolor se manifieste con mayor autenticidad: un ritual iniciático, una tragedia, un poema, la crónica de un torturado, la imagen del Calvario, la recitación de Buda, un tratado metafísico o un informe clínico. Si bien el verbo poético puede discernir matices que se zafan tanto al sentido común como al lenguaje científico, una visión amplia del dolor humano no debería privilegiar ninguna fuente específica: tan relevante puede ser un poema de Trakl o Rilke como la descripción que un enfermo anónimo o una víctima torturada ofrece de su dolor. Meditar sobre el dolor exige atender a individuos que sufren, a sus respuestas o reacciones culturales, a métodos ingeniosos para afrontarlo o a sus causas elementales: el cuerpo, sujeto a decadencia orgánica y enfermedades, el mundo exterior como foco de estímulos potencialmente traumáticos y, sobre todo, a relaciones sociales y culturales con otros individuos⁶⁵.

Dice Ocaña⁶⁶ que sorprende cuán pobre es el verbo humano para discernir cualidades del sufrir. Tal escasez no parece responder tanto a un defecto cultural cuanto a una propiedad real del dolor. A esa elusividad contribuye sobremedida el hecho de que no exista una esencia única del dolor sino más bien una pluralidad irreductible de pasiones innominadas que desafían al más rico acervo lingüístico. Esa diversidad no deja indiferente a quien padece, cuyo padecimiento se exacerbaba precisamente por la reluctancia a comunicar su singularidad. Solemos identificar un dolor gracias a dos vagos atributos: intensidad y duración. La ausencia de otros criterios incrementa su condición fantasmal. Dominado por una sola dimensión y desvinculado de cualquier otro contexto en virtud del cual exteriorizar su sensación, el doliente tiende a sentirse cautivo de su propio dolor. El carácter reservado, reactivo al más cierto verbo, podría denominarse -parafraseando a Kierkegaard- el sesgo demoníaco del dolor, su angustioso ocultamiento. No obstante, es el poeta una vez más quien nos arroja algo de luz al describirlo utilizando el lenguaje simbólico. Tal es el caso de Dámaso Alonso⁶⁷ en su poema "Dolor":

*Hacia la madrugada
me despertó de un sueño dulce
un súbito dolor,
un estilete
en el tercer espacio intercostal derecho.*

*Fino, fino,
iba creciendo y en largos arcos se irradiaba.
Proyectaba raíces, que, invasoras,
se hincaban en la carne,
desviaban, crujiendo, los tendones,
perforaban, sin astillar, los obstinados huesos durísimos
[...]*

*Sí, sí todo mi cuerpo era como un sauce abrileno,
como un sutil dibujo,
como un sauce temblón, todo delgada tracería,
largas ramas eléctricas,
que entrechocaban con descargas breves,
entrelazándose, disgregándose,
para fundirse en nódulos o abrirse
en abanico.
[...]
Y fue como un incendio,
como si mis huesos ardieran,
como si la médula de mis huesos chorreara fundida,
como si mi conciencia se estuviera abrasando,
y abrasándose, aniquilándose,
aún incesantemente
se repusiera su materia combustible.
Fuera, había formas no ardientes,
lentas y sigilosas,
frías:
minutos, siglos, eras:
el tiempo.
Nada más: el tiempo frío, y junto a él un incendio
universal, inextinguible.*

*Y rodaba, rodaba el frío tiempo, el impiadoso
tiempo sin cesar,
mientras ardía con virutas de llamas,
con largas serpientes de azufre,
con terribles silbidos y crujiidos,
siempre,
mi gran hoguera.
Ah, mi conciencia ardía en frenesí,
ardía en la noche,
soltando un río líquido y metálico
de fuego,
como los altos hornos
que no se apagan nunca,
nacidos para arder, para arder siempre.*

Si el grito es la manifestación del dolor agudo, el silencio suele ser la respuesta más frecuente al dolor crónico. Cesare Pavese reparó en el carácter infernal de ese enmudecimiento, donde el dolor deviene duración tediosa, sin sobresaltos, sin voz, sin instantes, todo él tiempo y todo él eternidad, incesante como el fluir de la sangre. No en vano por ello intentar prestarle palabras o figura mediante el canto, la danza o la representación dramática, pues de ese modo se logra exorcizar o conjurar su presencia en un espacio común. Ya la blasfemia o la maldición son un empeño por mitigar el mal que nos consume desde dentro. Cuando Job⁶⁸ rompió su largo silencio, y soltó la rienda al dolor que le guerreaba en el pecho, abrió la boca, y dio salida a la llama, que "le consumía el alma encerrada, y para desahogarla, dijo mal de su día, esto es, maldijo el día que nació".

Dice Le Breton⁶⁹ que la sensación de dolor, parcialmente señalada en las ciencias humanas, los testimonios literarios, y sobre todo los de enfermos y heri-

dos, es en primer lugar un hecho íntimo y personal que escapa a toda medida, a toda tentativa de aislarlo o describirlo, a toda voluntad de informar a otro sobre su intensidad y su naturaleza. El dolor es un fracaso del lenguaje. Ante su amenaza, el rompimiento de la unidad de la existencia provoca la fragmentación del lenguaje. Suscita el grito, la queja, el gemido, los lloros o el silencio, es decir, fallos en la palabra y el pensamiento; quiebra la voz y la vuelve desconocida. Lleva al rostro una tonalidad amarga, crispada. Mímicas específicas y socialmente identificables, crispaciones, ejemplifican el ir y venir del dolor intenso y la cerrazón al mundo. Las metáforas propuestas al médico o a quienes le rodean, la riqueza adjetiva de las palabras procuran aislar con pequeñas pinceladas los destellos de un dolor cuya imagen es la insuficiencia del lenguaje. “Es como si me pegaran cuchilladas” o “me dieran mordiscos”. Pero quien formula estas imágenes aproximativas no ha recibido navajazos ni ha sido mordido por un perro. Ahora podemos comprender las expresiones de Martín Descalzo⁷⁰ en su poema “El Laberinto” cuando intentaba describir su dolor:

[...]
 Y ahora estoy en esta encrucijada
 que no sé dónde acaba y dónde empieza,
 laberinto del todo y de la nada
 donde flota, entre sombras, mi torpoeza.
 ¡Y hay dos tigres dormidos en mi almohada!
 ¡Y hay un león bramando en mi cabeza!

Oscar Wilde (De Profundis) definió el sufrimiento como “un momento interminable, que no podemos dividir en estaciones”. El hombre se empeña en desbaratar la impotencia del lenguaje. Y dolor es uno, cautivo en la intimidad del ser humano que intenta inutilmente traducirlo para los otros.

DOLOR, SUFRIMIENTO Y RELIGIÓN

*Respeto al médico, pues lo necesitas,
 también a él lo ha creado Dios.
 (...)*

*Dios hace que la tierra produzca remedios:
 el hombre prudente no los desdeñará.
 (...)*

*Con ellos el médico alivia el dolor
 y el boticario prepara sus ungüentos.*

Eclesiástico⁷¹

En estos días se está desarrollando en catorce hospitales españoles una campaña llamada “Hacia un Hospital sin Dolor”, con el objetivo de mentalizar a profesionales y ciudadanos de que, con la ayuda de todos y con medidas concretas y sencillas, el problema del dolor puede mejorar bastante. Los datos provisionales de

varios de estos hospitales españoles en los que ya se ha hecho una encuesta de prevalencia del dolor, señalan que más de la mitad de los enfermos ingresados tienen dolor: en nuestro hospital, el 58.6%. Entre otros muchos datos, de los pacientes que tenían dolor, el 41.3% no solicitaron, a pesar de ello, la administración de un analgésico. Para explicar este dato, se puede pensar en sentimientos fatalistas y algún tipo de miedo, pero, sobre todo, en alguna creencia de tipo mágico-místico-religioso relativa al dolor y al sufrimiento derivada de una cultura judeocristina mal entendida.

Como consecuencia de una educación religiosa anómala, algunas personas pueden llegar a creer que, de alguna manera y como buen cristiano, está obligado a sufrir como sufrió Jesucristo. Es inimaginable la cantidad de dolor evitable que se ha sufrido a lo largo de la historia por culpa de estas ideas. Yo no sé si en algún momento alguien deberá responsabilizarse del escándalo de tanto dolor gratuito.

Hubo -y por desgracia sigue habiendo- una religiosidad o una espiritualidad del sacrificio, de la mortificación, de la penitencia, de la negatividad de la vida. Se justificaba inclusive, porque era consolar y acompañar a Jesús sufriente -y a la Virgen traspasada- en sus dolores por la salvación de la humanidad. Según el escritor norteamericano J. B. Twitchell, un ejemplo paradigmático de la profunda atracción por las imágenes de violencia que existe en la cultura occidental es la Pasión de Jesucristo, especialmente la crucifixión. La trama central y las escenas más penetrantes del cristianismo son las que muestran con detalle el sufrimiento y la tortura de Dios como hombre durante su paso por el mundo. De acuerdo con este autor, los actos de sadismo y de crueldad humana que configuran la Pasión, según el Nuevo Testamento, han constituido la imagen emblemática de la institución de la Iglesia. Al mismo tiempo, estas escenas brutales han creado un mensaje profundamente atractivo para millones de personas durante siglos, un símbolo extraordinariamente efectivo como lema publicitario, como signo de divulgación. De esta forma, en el corazón de la mitografía cristiana se escenifica un rito morboso, sorprendente y fascinante⁷².

La religión que aprendimos en otro tiempo -y que todavía se practica con amplitud- tenía mucho de eso, si es que no estaba centrada en eso. Así eran los ejercicios cuaresmales que se nos predicaban. Así quedan todavía muchas prácticas, como los penitentes en Semana Santa en nuestra religión de Viernes Santo y de confesionario, en nuestros templos de Cristos azotados y de Vírgenes dolorosas, en las prédicas y normas de cuaresma, en la cultura del cilicio. Libros espirituales, vida de santos, manuales de moral, tratados de ascética y mística de no hace muchos años -y algunos que todavía se venden- van por ese rumbo. Para no hacer a Dios responsable del mal y del sufrimiento, hacen del sufrimiento una obra privilegiada de Dios para contrarrestar el mal. Sirva como ejemplo el siguiente texto extraído de un libro de orientación espiritual⁷³:



Figura 5: Jesús de Nazaret aliviando el dolor y el sufrimiento.

“... y por esto nadie ha de ser admitido en el cielo, si no es por la puerta de la tribulación, y no de una tribulación sola, sino de muchas y muchas sin remedio.” “...no rehuse los padecimientos presentes y momentáneos, pues es condición indispensable, para ser glorificado, el haber padecido.” “...Por tanto, si eres prudente, en vez de huir de aquí en adelante de la tribulación, debes salirle al encuentro siempre que ella no te buscare; y luego que la hubieres hallado, hacer fiesta por ello y pedir el parabién y las albricias a aquellos que te aman, como lo hicieras si hubieras descubierto un gran tesoro”.

488

La solución no va por ahí, ni se le puede aplicar a Dios los conceptos de responsabilidad humana.

Jesús de Nazaret, fue torturado y asesinado y de ninguna manera se trasluce en su doctrina que estamos obligados a sufrir como Él. Por el contrario, los evangelios no se cansan de ponderar la misericordia del Maestro con los dolientes y su constante curar y aliviar a los enfermos (Figura 5). En toda clase de enfermedades, espirituales y corporales. Jesús quería el fin de todo sufrimiento⁷⁴. Porque hubo, ciertamente, expulsiones del espíritu maligno no pocas veces⁷⁵; y hubo también curaciones: del leproso^{76,77,78}, del hijo del centurión⁷⁹,⁸⁰, del paralítico^{81,82,83}, de una mujer hemorroísa⁸⁴, de ciegos^{85,86}, de muchos enfermos^{87,88,89,90,91}, del paralítico de la piscina⁹²; curó en una tarde a todos los que estaban mal; se ve en estas sanaciones el cumplimiento de Isaías^{93,94}:

“Él tomó nuestras dolencias y cargó con nuestras enfermedades”

Además, se preocupó de que sus seguidores hicieran lo mismo que Él⁹⁵:

“Los envió a proclamar el reinado de Dios y a curar a los enfermos. Ellos fueron de aldea en aldea, anunciando la buena noticia y curando en todas partes”.

No puedo saber en que momento de la historia sus seguidores, o alguno de sus seguidores, comenzaron a desobedecer el mandato divino de curar y aliviar el sufrimiento.

La misma protesta ha sido expresada por Antonio Gala⁹⁶:

“El fanatismo del dolor me provoca arcadas. He pasado por él y sé lo que me digo. Que nazcamos para sufrir es una gravísima falacia, la diga quien la diga. Es una aberración y el pecado mayor que puede cometerse contra la vida: el don supremo y el supremo destino. Quien agregue un gramo de dolor inútil al que ya hay en la Tierra será quien más atente contra cualquier dios que la sostenga. Detesto esas religiones o esas sectas que añaden más dolor al que los hombres han conseguido, por su torpeza y su egoísmo, sembrar a nuestro alrededor. Ellas son las responsables de la angustia, de la sombría sensación de culpabilidad que destrozan a tanto ser humano. Y deberían atenerse a las funestas consecuencias de sus funestos fanatismos”.

¿De donde se habrán sacado esas historias de que el dolor es bueno y necesario para compartir con Dios una eternidad apacible y feliz? Por si hubiese alguna duda al respecto es necesario decir que Jesús (Dios) no podía querer para sus hijos algo que tampoco quería para Él: al comenzar su agonía también Él pidió a quien podía ayudarle que le aliviase su sufrimiento⁹⁷:

“Padre mío, si es posible que se aleje de mi ese trago”.

En realidad⁹⁸, “no es sufrir lo que Jesús buscaba en su caminar hacia la muerte, sino la obediencia a Dios, la verdad y el amor por el hombre. Si esa búsqueda le ha llevado al calvario, no es ésa la meta de su camino. La cruz para Jesús es solamente el precio de la fidelidad y el amor (...) El dolor, la cruz y la muerte no son un bien que debe buscarse y en el que complacerse. Es la obediencia fiel a Dios, son la verdad y el amor los que cuentan. Por ellos vale la pena vivir, resistir, luchar, y morir si es necesario”. En otras palabras, sufrimiento por amor, no amor por sufrimiento. Así lo expresaba a su vez Thévenot⁹⁹: *“Lo que redime o libera no es el sufrimiento de Jesús en sí mismo, sino que en medio de su sufrimiento ha sabido mantenerse un hombre plenamente creyente, esperando, amando”.*

También López Azpitarte¹⁰⁰ dice que hay que superar una espiritualidad del dolor muy aceptada en los medios cristianos. Por aquello de que Jesús nos redimió con la cruz, hemos hecho del sufrimiento una teología demasiado sádica. Se dice con mucha frecuencia que Dios lo quiere o permite como castigo por los pecados, como instrumento de salvación, como signo de amor para aumentar los méritos personales o para conceder con abundancia sus múltiples gracias. El planteamiento, por muchas explicaciones que se busquen, provoca

un rechazo de Dios casi instintivo. ¿Se puede hablar de amor cuando se inflige voluntariamente el sufrimiento? ¿Dónde está la misericordia y compasión cuando se castiga de esa manera? ¿Qué benevolencia y gratitud es aquella que sólo se consigue por el camino del dolor? ¿No es monstruoso afirmar que Dios necesita del sufrir humano y se alegra de este tipo de ofrenda? ¿Qué padre se atrevería, sin ser un sádico, a utilizar tales procedimientos? ¿Cómo es posible someterse sin ninguna protesta a un ser que se impone de esta forma? Una relación cordial y afectiva se imposibilita con tales presupuestos y, a lo más, se llegaría a una actitud de resignación desconcertante y temerosa, porque cualquier gesto de rebeldía va a despertar un sentimiento de culpabilidad. Estas son las desconcertantes preguntas que se hace una vez más el cura-poeta Martín Descalzo¹⁰¹ :

[...]
 Tú, que en la noche oscura
 ves una hormiga negra
 sobre mármol negro,
 ¿cómo aceptas que el hombre arrastre sus cadenas
 sin encontrar respuesta?
 Es de noche, Halcón.
 Es de noche.
 Aún no hemos salido de aquel Huerto.
 Deja, pues, a tu pájaro que lllore mientras canta.

A modo de paréntesis se podría decir que este asunto del alivio del dolor, no es la única circunstancia en la que se observa una disparidad escandalosa entre lo que dijo e hizo Jesucristo y los mensajes que durante mucho tiempo han lanzado sus sucesores. No se dio mucha publicidad a la carta que Juan Pablo II envió al Ayatola Jomeini, en la que pedía que el régimen islámico de Irán no se fincara en la violencia, sino en el respeto a los derechos humanos. Mucho se hablaba entonces sobre el fanatismo y la violencia de la sociedad islámica que Jomeini promovía. Tanto, que el Papa se sintió obligado a escribirle a Jomeini para recomendarle moderación y humanidad. El ayatola respondió al Papa y su respuesta se difundió poco, si es que se llegó a difundir. Jomeini le recordaba al Papa la violencia en que se ha fundado la civilización cristiana: guerras religiosas, guerras papales por los estados pontificios, guerras contra los musulmanes, las Cruzadas, la Inquisición, la persecución secular de los judíos, las dictaduras cristianas, los odios de las iglesias cristianas entre sí, la tortura, la violencia mutua de los Estados cristianos, el colonialismo, las guerras mundiales, la violencia que los cristianos provocaron en Irán en tiempos del Sha y contra la que nunca protestó el Papa, el saqueo que los cristianos hicieron de las riquezas de Irán, entre otras la petrolera, y así toda la historia del cristianismo. ¿A cuál violencia se refería el Papa? ¿Cuál violencia ha sido peor? Eso, sin contar la violencia contra los oprimidos y los pobres en todos los países del Occidente cristiano. ¿Era ésa la violencia que el Papa quería evitar en Irán? ¿Por qué no evitaba la del Occidente cristiano primero?¹⁰² Y esto,

por no hablar de Jefes de Estado firmando sentencias de muerte bajo palio.

La teoría de Sigmund Freud sobre la coexistencia inevitable de las emociones de amor y de odio -Eros y Tánatos- nos ayuda a entender mejor la maquinaria del fanatismo. Dice Rojas Marcos que una ilustración de esta dualidad es el hecho de que las religiones de amor suelen ser simultáneamente religiones de odio. Durante siglos, la convicción de que los cristianos tenían el mandato divino de bautizar al mundo entero, impulsó a miles de entusiasmados y fervorosos creyentes a participar en todo tipo de cruzadas. Unos aportaban a la causa sus oraciones, sus riquezas o sus seres queridos como misioneros. Otros, sin embargo, contribuían con su violencia. Durante siglos, millones de hombres y mujeres que se resistieron a cambiar de fe pagaron con sus vidas la decisión de no alistarse en los ejércitos del cristianismo. Aún en la actualidad hay religiones que predicán la paz y, al mismo tiempo, son utilizadas por algunos de sus adeptos para justificar actos de odio contra otros. Periódicamente se producen ataques sangrientos en nombre del cristianismo, del judaísmo o del islamismo. Estos agresores vindican sus atrocidades alegando que actúan en nombre de Dios¹⁰³.

La cruz seguirá siendo una locura y un escándalo en la economía de la salvación. En el fracaso más absoluto de la cruz, símbolo del hombre impotente y destrozado, Dios ha puesto su fuerza salvadora para que todos comprendamos que hasta en lo más absurdo e incomprensible su gracia resulta eficaz¹⁰⁴. Pero no conviene aumentar más la profundidad de este misterio con nuestras insensateces humanas, y mucho menos valernos de ellas para engañar piadosamente al moribundo.

Decía Simone Weil¹⁰⁵ que:

“No hay que desear la desdicha; eso es contrario a la naturaleza; es una perversión; y, sobre todo, la desdicha es por esencia lo que se sufre a pesar de uno mismo. Si no se está hundido en ella, se puede tan sólo desear que, caso de que sobrevenga, constituya una participación en la cruz de Cristo”.

Y en otro lugar¹⁰⁶:

“El misterio de la cruz de Cristo se asienta en una contradicción, puesto que es a la vez una ofrenda consentida y un castigo que él padeció a su pesar. Si sólo viéramos la ofrenda, podríamos querer otro tanto para nosotros. Pero no podemos querer un castigo padecido a nuestro pesar”.

Por su parte ha escrito Wiederkehr¹⁰⁷:

“Equivocadamente, la cruz ha sido explotada como rechazo cristiano al futuro y una acción orientada hacia el mismo. La cruz no supondría una referencia positiva y activa hacia el futuro, sino que induciría, más bien, a una perseverancia

en el sufrimiento y a un aguante pasivo ante un mundo irredento lleno de opresiones (...)

Se llega así a formular un 'principio del fracaso', a una legitimación interna y mitificación del sufrimiento y del estado de irredención. El equívoco teórico se traduce también en un abuso práctico. A saber, cuando piadosamente se intentan hacer parecidas experiencias, cuando se excluye deliberadamente todo éxito y se mira con sospecha cualquier bienestar humano, cuando voluntariamente se desprecia o incluso se impide la felicidad del hombre y el progreso de la sociedad (jaduciendo la 'pia' argumentación de que la cruz no puede faltar!). Pero contra estas piadosas blasfemias habrá que afirmar una interpretación más auténtica de la cruz, la que hallamos en el contexto histórico de la vida de Jesús. Jesús experimentó la contradicción y llegó a ser crucificado no por aceptar pasivamente los acontecimientos sino por no haber aceptado los obstáculos que se oponían al anuncio y la realización de la salvación. Jesús no era un nostálgico del sufrimiento, que codiciaba la cruz y hacía cualquier cosa para alcanzarla (...)

Él permaneció simplemente fiel, a pesar de todas las contradicciones y a despecho de todas las resistencias que se opusieron a su vocación original, que era la de testimoniar el alegre anuncio del Reino de Dios (...)

Jesús no ha renunciado a esta actividad, no ha anulado el futuro ni lo ha reducido al presente; lo ha hecho irrumpir con su propia actividad y presencia, sanando y liberando a los hombres. Esta realización del futuro fue la que provocó una oposición contra Jesús. Y este fue el motivo de su condena a muerte".

El creyente sabe que el dolor es consecuencia del pecado. Uno de los modos, pues, de combatir el pecado es el de combatir, de aliviar el sufrimiento¹⁰⁸. El dolor no es una bendición de Dios; la cruz lo es: pero, precisamente, porque libera del pecado, del dolor, del sufrimiento, de la muerte. La cruz sigue siendo cruz: cruz que el Crucificado no buscó directamente. Y el dolor sigue siendo dolor. El que sufre no es solamente por eso un predilecto de Dios. Por otro lado la fe cristiana invita también, frente al dolor, a superar la interrogación: ¿Qué he hecho yo de malo? ¿Por qué me castiga Dios? En su poema "Grito del pájaro solitario en la noche solitaria" el cura Martín Descalzo¹⁰⁹ clama a Dios en medio de su tormentoso dolor:

[...]
ahora que mi existencia es un soy y un no soy,
con la palabra "mañana" sabiéndome a cenizas en los
labios,
¿cómo volver a hablar de la noche haciendo juegos
florales?
cómo regresar a Tí sin la boca aulladora?

Halcón, oh Halcón que arrebatas mi vida,
¿por qué, antes, comerte, mordisco a mordisco, mis entrañas?

¿Es que no sabes
pescar sino desguazando, celeste Halcón carnívoro?
¿Por qué hacer sufrir a esta leña seca?
¿No tiene bastante ya con estar muerta?
¿O es que aún esperas algo de mí?
[...]

Pero, ¿de veras es tan grande mi pecado
para que sean necesarios tantos litros de sangre en su colada?
[...]

El Dios de Jesús no es quien castiga: Él es el que salva. El dolor no está directamente vinculado a la voluntad de Dios; en el plan divino no hay dolor ni sufrimiento. La voluntad de Dios no es el sufrimiento, sino la liberación del mismo¹¹⁰. "Yo soy el Dios de Abraham¹¹¹, el Dios de Isaac, el Dios de Jacob". No es un Dios de muertos, sino de vivos". Dios no nos hizo dioses. Nos hizo limitados y libres -de frente y sin excusas-, porque sólo así podía hacernos. Y allí, en la limitación y en la libertad, están los orígenes del sufrimiento y del mal.

En todo caso, hay que decir aquí con claridad que, precisamente a la luz de una fe correctamente entendida, aparecen totalmente insostenibles esas visiones del dolor que lo presentan simultáneamente, por un lado, como bendición de Dios y signo de su predilección, por otro lado, como castigo divino, como su maldición: eso, con toda evidencia, es contradictorio. La misma realidad no puede ser simultáneamente consecuencia del castigo divino y fruto de sus favores¹¹². Así lo escribió Christoph Blumhardt¹¹³

"La resignación, que muchos cristianos creen deber tener en nombre de Dios bajo el peso de los males, no es cristiana. Por eso no estoy completamente de acuerdo con el dicho que a los enfermos se les cuelga a menudo en la habitación: 'Tengo que sufrir, puedo sufrir, debo sufrir, quiero sufrir'. Eso no es verdad -¡yo no quiero! Eso es una historia forzada. Eso no lo hubiese dicho nunca el Salvador, - él dice solamente: 'Yo me rindo', pero incluye una protesta callada".

La resignación, como respuesta religiosa al sufrimiento inevitable, no se puede aplicar, no se puede aceptar su aplicación, al dolor físico susceptible de alivio. Vectores políticos y, sobre todo, religiosos promueven intensamente la resignación con el único y descarado objetivo de sometimiento¹¹⁴. Las religiones- -sobre todo el cristianismo- han postulado como causa del dolor un estado ontológicamente real al que llamaron "culpa". El Estado y la Iglesia prefieren ciudadanos un tanto desconcertados, siempre algo culpables, "de la raza de los acusados", como decía Jean Cocteau, ya que ese gentío es más fácil de pastorear por demócratas y

dictadores. El hombre común ha de ser siempre culpable de algo, ante Dios o ante el Estado, vagamente. El hombre sin culpabilidades resulta peligroso¹¹⁵. Así decía E. Jünger¹¹⁶ que “en una situación dominada por leguleyos los únicos sufrimientos que llegan a los oídos son los de los acusadores, pero no los de los indefensos y silenciosos”. Así lo escribe Ángela Figuera Aymerich¹¹⁷ en su dramático poema “El Cielo” de “Belleza cruel” (1958):

[...]
No se llega hasta el cielo desde tantas prisiones,
desde tantos cuarteles con sargentos y piojos,
desde tantas escuelas con los bancos helados,
desde tantos lugares con letreros que dicen:
se prohíbe la entrada.

No puede verse el cielo desde el fondo del cáncer,
desde el fondo más hondo del infierno más negro,
desde el fondo de todos los que están en el fondo,
los que son tierra sucia que pisáis sin mirarla
cuando vais extasiados por las líricas nubes.

La idea del sufrimiento como castigo por nuestros pecados debiera ser sencillamente abandonada. Nuestros pecados son sólo los errores necesarios de cualquier aprendizaje y el sufrimiento que conllevan, el precio de la sabiduría, una de las formas como la existencia nos desvela sus secretos¹¹⁸.

“PARIRÁS HIJOS CON DOLOR”

En los albores de la aplicación de la anestesia general, también se produjeron situaciones conflictivas, de índole religioso, sobre todo con su aplicación en los partos sin dolor. En febrero de 1848, el Dr. J. Snow aplicó por primer vez el cloroformo a una parturienta en la Maternidad de Edimburgo. Este primer parto con cloroformo suscitó una enorme y prolongada controversia. No sólo entre los científicos (como siempre que se intenta introducir en la práctica algo nuevo), sino también en los pastores de la Iglesia presbiteriana. Luego la controversia adoptó no solamente caracteres científicos, sino teológicos. Se amenazaba con el infierno a las mujeres que pariesen sin dolor y con cloroformo. Los enemigos de este parto indoloro recordaban el célebre versículo del Génesis¹¹⁹:

“Dijo asimismo a la mujer: Mucho te haré sufrir en tu preñez, parirás hijos con dolor, tendrás ansia de tu marido, y él te dominará”.

La solución del problema vino inesperadamente a través de la persona a quien nadie podía discutir, ya que era cabeza de la Iglesia oficial de Inglaterra: la reina Victoria. Efectivamente, el 7 de abril de 1853 nacía el príncipe Leopoldo en un parto bajo anestesia con cloroformo, aplicada también por el Dr. Snow. De hecho, el que la reina Victoria se sometiera a la anestesia en su parto

hizo que ganara la batalla en toda la línea y no solamente en las intervenciones de obstetricia¹²⁰.

Estos son los inconvenientes de las lecturas parciales o interesadas de la Biblia, ya que en otro lugar del mismo libro se puede leer: “Y Dios sumió a Adán en un profundo sueño y él se durmió; y Él le sacó una de sus costillas”, en lo que se podría considerar como la primera anestesia general¹²¹.

El hombre sensato y amante de la humanidad sabe que no puede ser masoquista, encontrando un gozo enfermizo en el dolor. Sabe también que no puede ser como esos “devotos” que Tietza calificaba de “tenebrosos, murmuradores, pusilánimes que, encorvados, se arrastran hacia la cruz y envejecidos y fríos han perdido la gallardía de la mañana”. Sabe que la enfermedad, como cualquier otro sufrimiento, es en sí misma un mal. Una limitación que no puede por menos que suscitar en su corazón, ávido de felicidad y de bien, más que repugnancia y aversión. Pretender desfigurar con juegos ideológicos esta realidad es una traición a la humanidad. No se pueden “adornar con rosas las cadenas” (K. Marx) para que escondan las esclavitudes que provocan. El dolor es dolor. Y duele. No sentirlo es insensibilidad¹²².

Pío XII¹²³, dirigiéndose a un grupo internacional de médicos reunidos en el Vaticano en 1957 y ante la pregunta “¿Existe la obligación moral de rechazar analgésicos, con el fin de aceptar el dolor físico en nombre de la fe?”, el Papa respondió que “la anestesia está en concordancia con el deseo del Creador de que el sufrimiento sea controlado por el hombre”. Es imperativo explicar muy bien este asunto al enfermo y será muy útil la colaboración de un sacerdote sensato.

De hecho, en la actualidad, las líneas directrices de la Iglesia en su actitud ante el sufrimiento ha tomado una postura bastante más sensata. Así, M. Carreras recomienda “cultivar una actitud sana ante el sufrimiento”, y establece las siguientes recomendaciones¹²⁴:

- No buscar arbitrariamente el sufrimiento.
- Eliminar el sufrimiento innecesario.
- Quitar el sufrimiento de los demás.
- Asumir el sufrimiento inevitable en comunión con el crucificado.

Porque, efectivamente, el dolor y el sufrimiento son muchas veces inevitables. Son consustanciales con la existencia humana. El dolor¹²⁵ –en opinión de C. Cantú–, “posee un poder reformador; nos hace más buenos, más compasivos, nos centra en nosotros mismos, nos persuade de que la vida no es una distracción sino un deber”. Quizás por eso el escritor Cesare Pavese llamó a su diario “El oficio de vivir”. O el “oficio de ser hombres”, como llama a la vida el libro bíblico del Eclesiastés.

Los hombres causamos buena parte del sufrimiento de la tierra. Pero hay otro sufrimiento que es inherente a la limitación humana y, por tanto, inevitable.

No es Dios el responsable del sufrimiento, sino la libertad del hombre. Cuando Dios hace libre al hombre, introduce la incertidumbre en el mundo. Ya nada es

previsible ni planeable. El hombre libre es la improvisación de la historia. A partir de entonces, todo puede ser. Pero, si todo puede ser, todo es posible. En bien y en mal, en heroísmo y en cobardía, en sublimidad y en bajeza. Han sido posibles Francisco de Asís y Hitler, Juan Evangelista y Stalin, Ignacio de Loyola y Pinochet, los Macabeos y la CIA, Jeremías y Somoza, Teresa de Calcuta y Milosevic, Ghandi y Papá Doc. Son posibles el amor, la bondad, el heroísmo, la generosidad, los matrimonios felices, la compasión, la justicia, el derecho, la verdad. También son posibles la tortura, las brigadas de la muerte, la mentira, la crueldad, la Inquisición, Auschwitz, Hiroshima, el archipiélago Gulag.

CUANDO EL SUFRIMIENTO ES INEVITABLE

*Los que no han sufrido nada saben;
desconocen los bienes y los males;
ignoran a los hombres;
se ignoran a sí mismos.*

Fénelon¹²⁶

*Para pulir el diamante hay que frotar;
para perfeccionar el hombre hay que padecer.*

Proverbio chino¹²⁷

Que el sufrimiento es inevitable e inherente a la condición humana, es una triste evidencia. El primer momento de sufrimiento lo describe de forma bellísima el Dr. Carlos Cobo Medina¹²⁸ y habla de la “Primera lágrima en silencio”. Normalmente –dice–, los niños pequeños lloran escandalosamente como si su dolor o frustración fueran únicos en el mundo. Pero hay un instante en que empiezan a llorar sin hacer ruido y ha descrito ese instante purísimo, entrañado de la “primera lágrima en silencio”: esa que, en el niño, tras un breve momento colgando de la pequeña copa diamantina de sus ojos, rueda, por fin, sigilosamente por la mejilla encendida. Y en el estadio siguiente, es un brillo húmedo que le ilumina unos segundos la mirada, se adensa inmediatamente después en el borde de los párpados, destilando allí su pena, disipándose, sublimándose en sí misma. Apenas dura unos segundos y casi siempre transcurre inadvertidamente. Todos pasamos por esa primera vez, pero nadie se acuerda. Las cámaras más precisas de vídeo no pueden aún recoger esa imagen, su sola presencia entorpecería e incluso impediría su desarrollo.

Esa “lágrima en silencio” significa que, desde entonces, el pequeño humano sabe que nadie, ni siquiera los seres que más le quieren, pueden evitar que sufra, más aún: no pueden llegar a sentir su dolor como propio. Acceder al descubrimiento de la soledad del dolor es tan doloroso como el dolor mismo y lo aumenta. En la terrible mirada suplicante que el niño enfermito dirige a su madre o a su padre, no está sólo la expresión del mero dolor físico sino la tremenda soledad, la inmensa perplejidad –continúa Cobo Medina– de ver que ellos

también lloran, que no pueden hacer nada por él. El niño se da cuenta de que está solo con su dolor. Entonces el dolor se convierte en desgracia.

El dolor, el sufrimiento y la muerte son realidades inevitables. Son el lado sombrío de la vida. El dolor está extendido en la tierra en proporción infinitamente más vasta que la alegría. En este sentido la historia de un ser humano se comprende mejor a través de sus duelos que de sus júbilos, de sus dolores que de sus placeres, de sus fracasos que de sus éxitos. Quien crea que no ha sufrido, solamente tiene que tener un poco de paciencia. Así decía Séneca¹²⁹:

“¿Te enteraste ahora por vez primera que se cierne sobre ti la amenaza de la muerte, del destierro, del dolor? Has nacido para estos trances. Cuanto puede suceder pensemos que ha de suceder”.

El sufrimiento, pues, no es un accidente, es la consecuencia de nuestra imperfección, de nuestro ser creado y humano. Es inevitablemente humano y humanamente inevitable, porque no somos dioses. Somos seres creados, una combinación de materia y de espíritu, cualquiera que sea la interpretación que cada quien le dé. Como acontecimiento humano, entonces, no hay manera de poderlo evitar, sólo hay diferentes modos de enfrentarlo y de darle sentido. Según señaló Flannery O'Connor¹³⁰ “El mal no es simplemente un problema a resolver sino un misterio que hay que sobrellevar”. Karli¹³¹, enfrentando absurdo y misterio dice: “Hoy los científicos tomaron conciencia de que tienen pocas probabilidades de explicar totalmente el hombre, el mundo y la relación del hombre con el mundo. Tenemos entonces que elegir entre lo absurdo y el misterio. El creyente acepta el misterio; el no creyente tiene que refugiarse en el absurdo y arreglarse con eso, porque la razón ya no le aporta todas las respuestas. Yo prefiero ir del lado del misterio, porque veo en ello más esperanza y más amor que del lado de lo absurdo. El absurdo no puede generar esperanza; el misterio, sí”.

Cuenta una antigua leyenda china que una mujer, víctima de un gran sufrimiento por la muerte de un hijo, se presentó ante un sabio anciano para preguntarle de qué modo se podía devolver la vida a su hijo. “El sabio, tras valorar la situación le dijo: ‘Tráeme una semilla de mostaza de una casa donde nunca haya habido sufrimiento; con ella eliminaré el sufrimiento de tu vida’. La mujer se puso en camino y descubrió pronto que en todas las casas se habían sufrido dramas. Ante el espectáculo de los sufrimientos de los demás, la mujer se preguntó: ‘¿Quién podrá ayudar y entender a esta gente desafortunada mejor que yo que he sido probada de este modo?’. Y se quedó entre ellos para animarlos. Se comprometió en ayudar a los demás en sus sufrimientos de tal manera que se olvidó de seguir buscando la semilla mágica”. Y de este modo se olvidó también de su dolor, que pasó a un segundo plano¹³².

Al pensar en el sufrimiento, lo primero que se comprueba es el carácter fugaz de la felicidad. Todo

momento dichoso lleva consigo la certeza de su corta duración. Vendrán tiempos difíciles. Apreciamos la felicidad cuando la perdemos. De ahí el drama de los que viven de recuerdos o languidecen con sus recuerdos. La felicidad parece rara y excepcional. En cambio, los disgustos abundan. En este sentido, decía Teilhard de Chardin¹³³: “Dentro del vasto proceso de preparación en el que surge la vida, advertimos que todo éxito se paga necesariamente con un amplio porcentaje de fracasos. No cabe progreso en el ser sin algún misterioso tributo de lagrimas, de sangre y de pecado”. O las palabras de E. Jünger¹³⁴ cuando decía que “el Dolor y la Muerte están al acecho detrás de cada salida marcada con los símbolos de la felicidad. Afortunado quien penetre bien equipado en esos espacios”. El sufrimiento es un mal inevitable que siempre está presente y que plantea la cuestión del sentido.

De esta forma, un hombre perfectamente feliz puede al mismo tiempo gozar plenamente de la felicidad y llevar su cruz, si tiene realmente, concretamente y en todo momento, conocimiento de la posibilidad de la desdicha¹³⁵. La verdadera fe cristiana es la fe, no en una vida futura, sino en la vida eterna, y si es eterna basta un instante de reflexión para comprender que ha comenzado. O la vivimos ahora o no la viviremos nunca¹³⁶.

La vida de todo hombre viene a ser un suspiro intermedio entre dos lágrimas: la del nacimiento y la de la muerte. Claro que ese intervalo del “suspiro intermedio” no es para todos los hombres lo mismo. A unos parece que la vida les presenta un rostro jovial. A otros, en cambio, un rostro cargado de amargura. Para unos casi siempre brillan las estrellas. En cambio, para otros la noche es cerrada y el día tormentoso¹³⁷.

El dolor tiene un sentido físico y el sufrimiento un sentido metafísico. El dolor se suprime con analgésicos, el sufrimiento no. El primero nos invita a reflexionar sobre el cuerpo; el segundo suscita preguntas más profundas y existenciales; sólo el sufrimiento nos abre las puertas del conocimiento profundo de la vida¹³⁸. El dolor del cuerpo y el dolor del espíritu, no obstante, parecen estar de alguna manera relacionados. La desdicha es inseparable del sufrimiento físico y, sin embargo completamente distinta. Incluso en la ausencia o la muerte de un ser amado, la parte irreductible del pesar es algo semejante a un dolor físico, una dificultad para respirar, un nudo que aprieta el corazón, una necesidad insatisfecha, un hambre, o el desorden casi biológico originado por la liberación brutal de una energía hasta entonces orientada por un apego y que deja de estar encauzada. Hablando de su propia muerte escribe José Bergamín¹³⁹:

*Siento que paso a paso se adelanta
Al doloroso paso de mi vida
El ansia de morir que siento asida
Como un nudo de llanto a la garganta.
Fue soledad, fue daño y pena, tanta
Pasión que en sangre, en sombra detenida,
Me hizo sentir la muerte como herida
Por el vivo dolor que la quebranta.
[...]*

Un dolor que no está concentrado de esta forma en torno a un núcleo irreductible es simple romanticismo, mera literatura¹⁴⁰.

Recientemente, ha dicho Juan Pablo II en Salvifici Doloris que: “Puede ser que la Medicina, en cuanto ciencia y a la vez arte de curar, descubra en el vasto terreno del sufrimiento del hombre el sector más conocido, el identificado con mayor precisión y relativamente más compensado por los métodos del ‘reaccionar’ (es decir, de la terapéutica). Sin embargo, éste es sólo un sector. El terreno del sufrimiento humano es mucho más vasto, mucho más variado y pluridimensional. El hombre sufre de modos diversos, no siempre considerados por la Medicina, ni siquiera en sus más avanzadas ramificaciones. El sufrimiento es algo todavía más amplio que la enfermedad, más complejo y a la vez aún más profundamente enraizado en la humanidad misma. Una cierta idea de este problema nos viene de la distinción entre sufrimiento físico y sufrimiento moral. Esta distinción toma como fundamento la doble dimensión del ser humano, e indica el elemento corporal y espiritual como el inmediato o directo sujeto del sufrimiento. Aunque se pueden usar como sinónimos, hasta un cierto punto, las palabras ‘sufrimiento’ y ‘dolor’, el sufrimiento físico se da cuando de cualquier manera ‘duele el cuerpo’, mientras que el sufrimiento moral es ‘dolor del alma’. Recamier¹⁴¹ definía el sufrimiento “como las heridas del alma que sangran en silencio, padecidas por el Yo cuando es confrontado a tareas imposibles y privado de todo refuerzo narcisista. Amenazado el sujeto de perecer, su único objetivo será el de sobrevivir”. Se trata, en efecto, del dolor de tipo espiritual, y no sólo de la dimensión ‘psíquica’ del dolor que acompaña tanto al sufrimiento moral como al físico¹⁴². La extensión y la multiformidad del sufrimiento moral no son ciertamente menores que las del físico, pero a la vez aquel aparece como menos identificado y menos alcanzable por la terapéutica”. O como decía G. Giusti¹⁴³: “Los sufrimientos del alma nos elevan; los del cuerpo nos abaten”.

Unamuno¹⁴⁴ se expresaba así: “Aunque lo creamos por autoridad, no sabemos tener corazón, estómago o pulmones hasta que no nos duelen, oprimen o angustian. Es el dolor físico, o siquiera la molestia, lo que nos revela la existencia de nuestras propias entrañas. Y así ocurre con el dolor espiritual, con la angustia, pues no nos damos cuenta de tener alma hasta que ésta nos duele...”

La misión de los profesionales de la salud es, precisamente, el alivio del dolor y el sufrimiento y posponer el momento de la muerte (curar enfermedades) siempre que sea posible. El alivio del dolor es casi siempre posible. El alivio del sufrimiento, no tanto. En algunos casos, entonces, los profesionales debemos recordar que nosotros no estamos ahí para que el enfermo no sufra, sino porque sufre. En aquellos casos en los que no sea posible evitar el dolor o el sufrimiento, al hombre le corresponde darle un sentido. Según sea nuestra actitud ante estas situaciones, dolor y sufrimiento pueden llegar a ser un camino de perfeccionamiento y crecimiento.

to interior. Es verdad que los grandes cambios en nuestras vidas se producen después de algún tipo de crisis más o menos dolorosas. Decía Alfred de Musset¹⁴⁵, poeta francés del siglo diecinueve que *“El hombre es un aprendiz, el dolor es su maestro”*. El coro de la Orestíada¹⁴⁶ proclama que el dolor es acerba dádiva de los dioses, por la cual el mortal adquiere, incluso contra su voluntad, experiencia y sabiduría:

*Él que abrió a los mortales
la senda del saber;
Él, que en ley convirtiera
“por el dolor a la sabiduría”.*

Escribe Lavelle¹⁴⁷ que cada cual, sin duda, sólo piensa en rechazar el dolor en el momento en que éste asalta; pero cuando se recuerda la vida pasada, entonces se advierte que son los dolores sufridos aquellos que ejercieron la mayor acción sobre cada cual; ellos lo han marcado, le han dado a su vida la seriedad y la profundidad; de ellos también ha aprendido acerca del mundo donde está llamado a vivir; y obtenido también las enseñanzas esenciales sobre el significado de su destino.

Por el contrario, Cesare Pavese (figura 6)¹⁴⁸ parecía más escéptico a la hora de ver el lado bueno del sufrimiento: *“Es cierto -dice- que, sufriendo, se pueden aprender muchas cosas. Lo malo es que, al haber sufrido, hemos perdido la fuerza para servirnos de ello. Y saber simplemente es menos que nada”*.



Figura 6: Cesare Pavese.

muerte, injusticia, fracaso, traición, cárcel, remordimiento, accidente, desastre natural, hijos anormales y así sin término. Unos podrían soportar la amputación de un miembro, pero no la quiebra económica; otros aguantarían la pérdida de sus bienes materiales, pero no el desprestigio; otros preferirían la muerte de un ser querido a la cárcel; otros son fuertes ante el dolor físico, pero no ante la humillación. Unos escogerían el hambre sobre la indignidad; otros, los bienes materiales sobre la dignidad; unos prefieren la muerte a la esclavitud; otros deciden vivir aunque sean esclavos; unos optan por su conciencia y otros por su bienestar; unos eligen el daño propio antes que el daño ajeno; hay quienes dan la vida por salvar a otros y hay quienes matan por salvarse.

E. Maza habla de las siguientes actitudes ante el sufrimiento¹⁵:

- *La amargura*. Los que se amargan se vuelven malignos, odian, hieren, tienen rabia, se desesperan. Surge la desconfianza. Ya no confían, ya no esperan, ya no creen, ya no aman. En el fondo les queda el vacío.
- Una segunda actitud es la de aquellos que *se deshacen* ante el sufrimiento. Pierden la voluntad de vivir, la fuerza, la capacidad de actuar. Se invalidan, se aplanan, se vuelven indiferentes. Les invade el cansancio de vivir. Ya no les importa si vienen nuevos golpes, los esperan, cuentan con ellos. Ya no se alteran ni se interesan por nada. De todos modos, lo que venga ha de venir.

No hay odio ni amargura. Eso implicaría que les queda fuerza, resistencia. Pero ya no tienen oposición ni asombro, sólo el miedo instintivo al nuevo golpe y a su vida que se deshace. Se protegen en la inactividad y soportan su martirio como si el sufrimiento tuviera la virtud de alargarse por sí mismo. Ni reaccionan por dentro ni reflexionan sobre el dolor. Ni se vuelven mejores ni se vuelven peores, ni más grandes ni más pequeños. Simplemente se adormecen. Se les amortigua la luz. Mueren antes de morir.

ACTITUDES ANTE EL SUFRIMIENTO

*¿Quién no lleva escondido
un rayo de dolor dentro del pecho?*

Espronceda

El hombre tiene que enfrentarse con el sufrimiento. No todos lo hacen igual. Unos se envenenan, otros se empequeñecen, otros se engrandecen.

No es que haya sufrimientos que destruyen y sufrimientos que elevan, unos que degradan y otros que dan vida. Cualquier sufrimiento puede dar resultados dispares. son los hombres quienes se destruyen o se edifican con el sufrimiento. No depende del sufrimiento, depende de los hombres. Hay gentes que se derrumban con las penas cotidianas. Hay otros a los que no quiebra ni la tortura. Unos son débiles, otros son fuertes.

Nadie es inmune a la tragedia. Escribe el buen cura Martín Descalzo¹⁴⁹ que *“el hombre, en una encrucijada de su vida, se encuentra con el dolor (y ya no el soñado o temido, sino el sangrante) y con todas las desgarradoras preguntas que plantea. La voz se vuelve “grito”, y sobre todo cuando se descubre que el problema no es el propio dolor, sino el del mundo entero que ya no tiene más respuesta que la de hundirse en el Huerto de los Olivos”*.

El dolor es inesperado y no perdona. Se reviste de mil formas: enfermedad, amputación, ceguera, vejez,

La apatía, por supuesto, no siempre es total. Tiene grados, según la persona. El sufrimiento no siempre tritura del todo. A veces sólo marchita. Dondequiera que hay dolor, hay gente que se quiebra y que se pasiviza.

- Otra forma de habérselas con el sufrimiento es *huir* de él, esconderlo donde no se vea, rodearse de murallas internas para que no hiera, caer en algún tipo de psicopatología que proteja la huida, que evite enfrentarse y luchar. El miedo a sufrir y la fuga.
- Una cuarta manera de responder al sufrimiento es *la pequeñez*. No es raro encontrar este efecto del dolor en el hombre. Se empequeñece y empieza a dar vueltas sobre sí mismo. Vive para su pena y se la impone a los demás. Lleva su corazón en una bandeja para llorar sobre él y despertar compasión y lástima. Se vuelve quisquilloso y mezquino. Exige ser el centro y pide ser mimado. Ya no emprende, ya no arriesga, por miedo de perder y de sufrir. Gira sobre su pequeñez y no tolera que los demás sean grandes. Condena el amor porque ya no lo tiene. Le molesta la alegría porque ya la perdió. Mide sus sufrimientos con los ajenos para probar que sufre más.
- Pero se da también la actitud opuesta a todas estas de *los que crecen con el sufrimiento* y aumentan su fuerza interior. sufren como los demás, y se rebelan ante el dolor, pero finalmente no queda en ellos nada amargo, nada odioso, nada mezquino. Todo se reabsorbe en un nuevo impulso de vida. su dolor engendró vida. Se enfrentan, se recuperan, maduran. Cuando se reacciona así ante el sufrimiento, se adquiere hondura, vigor, afán de vivir y de comprender. Se le abre una nueva visión de la vida, más honda, más comprensiva, más humilde y más auténtica. Adquiere un contacto más estrecho y más luminoso con el misterio de la vida y con el sufrimiento de los demás y engrandece las vidas que toca.

El dolor se vuelve fuente de humanidad, de equilibrio y de sabiduría. El dolor es una puerta hacia algo más grande y más bello, un reto que impulsa a la superación.

Así, por la vía práctica, se resuelve el enigma del sufrimiento. Ya no se pregunta por qué. Simplemente se lucha, se remedia y se eleva.

Es la virtud del sufrimiento: arranca la máscara. Ante el dolor, cada hombre se revela como realmente es. El dolor lo desnuda y descubre sus profundidades. Permite penetrar en lo íntimo de las personas. Hace surgir nuevas posibilidades. Allí, cada uno da su medida y demuestra su calidad. El sufrimiento no permite esconder lo que uno es por dentro, los valores que vive, la clase de hombre que es. Por eso el sufrimiento es juez de los hombres. su juicio es inevitable, porque es parte de la vida humana y revela lo que cada quien es, lo que ha hecho de sí mismo, lo que ha hecho de los demás. El sufrimiento despoja al hombre de lo que tiene y lo pliega sobre lo que es.

El sufrimiento nos hace la última pregunta sobre nosotros mismos. La respuesta es nuestra propia sentencia, como hombres y como sociedad.

Las palabras del sufrimiento son siempre las últimas.

DOLOR, SUFRIMIENTO Y SENTIDO

*Y no dejamos de preguntarnos,
una y otra vez,
hasta que un puñado de tierra
nos calla la boca...
Pero ¿es eso una respuesta?*

Heinrich Heine

Hay algunos criterios grandes e inmutables en los cuales se hace patente el significado del ser humano. El dolor es uno de ellos; él es el examen más duro en esa cadena de exámenes que solemos llamar vida¹⁵¹. El sufrimiento está ahí, para todos los hombres, como uno de los misterios de la vida humana, doloroso y omnipresente. Es una de las grandes preguntas sobre la vida, sobre el hombre y sobre Dios, a la que hay que darle una respuesta y un sentido. Así escribe A. Gala¹⁵²: “... *lo que más desasosiega al ser humano: no el sufrimiento, no el dolor, no la vejez, no la muerte, sino su incomprensión*”.

Hay un tremendo texto de Nietzsche¹⁵³ que revela el pensamiento pesimista que domina gran parte de la filosofía contemporánea sobre el dolor y que ha encallado al hombre de hoy en un miedo a los padecimientos que ha hecho de él otro de los tabúes y de los interrogantes más angustiosos de nuestro tiempo. “El hombre era, principalmente- afirma en su *Genealogía de la moral*- un animal enfermizo; pero, no era su problema el sufrimiento en sí mismo, sino más bien el hecho de que el grito de la pregunta ‘¿qué sentido tiene el sufrir?’ quedase sin respuesta... Lo absurdo del sufrimiento, ha sido la maldición que hasta hoy se ha extendido sobre toda la humanidad”.

Decía Viktor Frankl¹⁵⁴: “*El Hombre no se destruye por sufrir, sino por sufrir sin ningún sentido*”. También S. Weil¹⁵⁵ apelaba al sentido cuando escribía: “*Si el mecanismo no fuera ciego, no habría desdicha. La desdicha es ante todo anónima, priva a quien atrapa de su personalidad y los convierte en cosas. Es indiferente y el frío de su indiferencia es un frío metálico que hiela hasta las profundidades del alma a todos a quienes toca ... Quienes son perseguidos por su fe y lo saben, sea lo que fuere lo que tengan que sufrir, no son desdichados. Sólo caen en la desdicha si el sufrimiento o el miedo invaden su alma hasta el punto de hacerles olvidar la causa de su persecución. Los mártires arrojados a las fieras que entraban cantando en la arena no eran desdichados. Cristo sí lo era. Él no murió como un mártir. Murió como un criminal de derecho común, mezclado con los ladrones, sólo que un poco más ridículo. Pues la desdicha es ridícula*”.

Consideremos lo siguiente: se ha comprobado que los dos tipos de dolor más intensos son el dolor del parto y los provocados por la evacuación de un cálculo re-

nal. Desde un punto de vista exclusivamente físico ambos casos son, en intensidad, igualmente dolorosos y casi no existe nada peor. Pero desde el aspecto puramente humano los dos son muy diferentes. El dolor provocado por la evacuación de un cálculo renal es simplemente inútil, el resultado del mal funcionamiento de nuestro organismo, mientras el dolor del parto cumple una función creativa. Es un dolor al que podemos encontrarle un significado, un dolor que da vida, que nos conduce a algo. Es por eso que quien sufre un cólico renal sin excepción exige que se le suprima inmediatamente y pueda decir: "Daría cualquier cosa por no volver a sentir ese dolor" y sin embargo, una mujer que ha parido un niño, al igual que un corredor o un alpinista que se ha esforzado por llegar a su meta, puede trascender su dolor y considerar la repetición de la experiencia¹⁵⁶. No son raras las mujeres que se niegan a ser anestesiadas en el momento del nacimiento de sus hijos. Cesare Pavese anotó en sus diarios que aceptar el dolor significa conocer una alquimia para transmutar el fango en oro, la maldición en privilegio¹⁵⁷. En el extremo opuesto, encontraríamos el dolor absolutamente insentido y humillante, como el dolor de la tortura gratuita (por ejemplo, en los campos de concentración). En este sentido, Wittgenstein¹⁵⁸ alude a un grupo de personas encerradas en una habitación y sometidas a tortura mediante electrodos. El dolor provocado por presión, calor o corriente eléctrica no es tanto un dolor viviente cuanto un dolor artificial, un dolor de laboratorio, desvinculado de su escenario simbólico y comunicativo ordinario, lo que le hace más absurdo.

Algo similar comprobó Beecher¹⁵⁹. Tratándose de heridas quirúrgicas muy parecidas, los heridos de guerra pedían menos analgésicos que los que pedían un grupo de civiles. Sólo uno de cada tres militares, contra cuatro civiles sobre cinco, pedía morfina. Los soldados no se encontraban en estado de shock y eran perfectamente capaces de percibir el dolor, pues se quejaban si se les ponía una inyección endovenosa. La explicación debe tener en cuenta, según Beecher, el contexto del dolor y de su interpretación. El dolor está determinado en gran medida por otros factores, y en este caso se da gran importancia al significado de la herida. En los soldados, la respuesta al daño era el alivio, la gratitud por haber salido vivos del campo de batalla, y hasta sentían euforia. En los civiles, la intervención quirúrgica era un acontecimiento deprimente, desastroso. Para los soldados la herida era algo parecido a una medalla al valor, la posibilidad de marcharse del campo de batalla y un salvoconducto de vida; para los civiles, el mismo tipo de herida podía ser el comienzo de una serie de complicaciones no sólo físicas, sino laborales y familiares.

La función que desempeña la valoración personal del dolor tiene incontables ejemplos en la situación de enfermedad. El dolor puede banalizarse cuando se conocen sus causas y se sabe que, pasado algún tiempo, desaparecerá. Éste es el sentido del poema de Martín Descalzo¹⁶⁰:

[...]

El dolor, Tú lo sabes, no es dolor hasta que no es multiplicado por el tiempo.

Lo que pasa, pasa;

y hasta la corona de espinas duró sólo seis horas.

Pero en mí tu cuchillo lleva años y años penetrando.

¿No te quedan heridas que, al menos, duerman durante la noche?

Mírame caminando sobre un campo de minas,

ah, pobre pájaro, que pesas más que vuelas.

¿No podrías llegar, muerte, antes de que termine de volverme estéril?

[...]

Desgraciadamente, en el dolor del cáncer avanzado no siempre se cumple el criterio de Cicerón "Si gravis brevis, si longus levis" (si el dolor es violento, es corto; si es largo es leve).

Cada uno de nosotros da un significado diferente a situaciones que producen dolor, y ese significado afecta mucho al grado y la cualidad del dolor percibido. Por eso decía Tiberi que quien consiga bautizar su dolor, dándole un significado, de alguna manera pone en movimiento mecanismos psicológico-emotivos y cognitivos que terminan por amansarlo: el valor analgésico de los grandes ideales¹⁶¹.

Aunque quizás nunca comprendamos la causa de nuestro sufrimiento ni seamos capaces de controlar las fuerzas que lo causan, todavía nos queda mucho por decir sobre cómo nos afecta el sufrir y en que clase de personas nos convierte. El dolor transforma a alguna gente en amargada y envidiosa; a otra, en sensible y compasiva. Es el resultado -y no la causa- del dolor el que hace significativas a ciertas experiencias dolorosas y vacías y destructivas a otras¹⁶².

La descripción que hace Martín Descalzo¹⁶³ de su forma de trascender su propio dolor, por intenso que éste sea, me parece una lección sencillamente admirable:

Nunca podrás, dolor, acorralarme.

Podrás alzar mis ojos hacia el llanto,

secar mi lengua, amordazar mi canto,

sajar mi corazón y desguazarme.

Podrás entre tus rejas encerrarme,

destruir los castillos que levanto,

ungir todas mis horas con tu espanto.

Pero nunca podrás acobardarme.

Puedo amar en el potro de tortura.

Puedo reír cosido por tus lanzas.

Puedo ver en la oscura noche oscura.

Llego, dolor, a donde tú no alcanzas.

Yo decido mi sangre y su espesura.

Yo soy el dueño de mis esperanzas.

Decía Séneca: "No importa qué, sino cómo sufrir", dando una importancia decisiva a la forma de enfrentarnos al sufrimiento como algo definitiva y exclusiva-

mente humano y que traduce, como seguiremos analizando, la dimensión espiritual del hombre.

Sufrir, envejecer, morir son las dimensiones de la humanidad exploradas para la rehumanización de la medicina, la transformación de ésta en clave humanística como consigna de la hora. Estos tres verbos conjugan los mayores interrogantes humanos, aquellos que ponen todo en cuestión, y por tanto son también las musas que rescatan el arte de curar de su sinecuria antropológica y metafísica, de su sistemático olvido del hombre de “carne y hueso” en la era científico-tecnológica¹⁶⁴.

♦♦ RESUMEN ♦♦

El umbral del dolor

Es imprescindible saber que el tratamiento analgésico, forma parte de un control multimodal del dolor (“*la morfina enviada por correo, no es tan efectiva*”). Mal camino lleva el médico si piensa que simplemente administrando analgésicos, aunque sean potentes, va a conseguir controlar el dolor de sus enfermos. El tratamiento farmacológico del dolor, siempre e inexcusablemente debe ir acompañado de medidas de soporte. El enfermo debe ver en el médico a un interlocutor fiable en quien podrá confiar, que le transmitirá seguridad y amistad y con quien podrá establecer una relación honesta y sincera. Dentro de este contexto relacional, cuando se haya instaurado una relación médico-enfermo terapéutica, se podrá esperar el máximo efecto analgésico de los fármacos

El viejo modelo orgánico (enfocado al entendimiento del dolor agudo) sencillamente es incapaz de dar razón de las olas de dolor crónico que atraviesa el mundo moderno.

Se trata, entonces, de reemplazar el viejo modelo orgánico unidimensional por un nuevo modelo multidimensional que incluya los aspectos interactuantes fisiológicos, cognitivos y sociales del dolor. El dolor no es un código simple, estático, universal, de impulsos nerviosos, sino una experiencia que continúa cambiando mientras atraviesa las complicadas zonas de interpretación que llamamos cultura, historia y conciencia individual.

Algunos factores aumentan el umbral al dolor, por ejemplo:

- Sueño
- Reposo
- Simpatía
- Comprensión
- Solidaridad
- Actividades de diversión
- Reducción de la ansiedad
- Elevación del estado de ánimo

Esto significa que potenciando todos estos factores, el dolor va a disminuir. A algunos enfermos se les “olvida” el dolor cuando ven un partido de fútbol, una película interesante o tienen una visita entretenida.

Otras circunstancias, por el contrario, pueden disminuir el umbral del dolor y que habrá que intentar evitar como, por ejemplo:

- Incomodidad
- Insomnio
- Cansancio
- Ansiedad

- Miedo
- Tristeza
- Rabia
- Depresión
- Aburrimiento
- Introversión
- Aislamiento
- Abandono social

Lo cual quiere decir, que un enfermo que se encuentre en alguna de estas circunstancias, va a experimentar más dolor. Hay algunos pacientes que tienen muchos de estos problemas juntos y cuyo dolor es extraordinariamente difícil de controlar aún después de suministrar dosis increíblemente altas de morfina y a veces, a pesar de realizar destrucción nerviosa química o quirúrgica.

La inmensa mayoría de las veces que oímos decir que a determinado enfermo no se le quitaba el dolor aunque le diesen analgésicos potentes y a dosis muy altas, se trata sin duda de una falsa resistencia a dichos analgésicos y que el problema está en otro tipo de necesidades del paciente no suficientemente reconocidas o cubiertas.

El dolor tiene asimismo dimensiones sociales. Es el dolor del aislamiento, de tener que depender de los demás, de tener que redefinir las propias relaciones, de la pérdida del propio papel laboral y social. La falta de voluntad o la incapacidad de los demás para hacer compañía a los moribundos visitándolos, escuchando sus sentimientos y experiencias o discutiendo las implicaciones de lo que les está sucediendo, no hace sino agravar su aislamiento.

La dimensión espiritual del dolor no es un asunto baladí. Esta dimensión humana se analiza más adelante junto con el problema del sentido y del sufrimiento. El conjunto de todos estos factores (psicológicos, sociales, espirituales, económicos, etc.) es lo que Saunders llama *Dolor total*. En nuestra experiencia, los desórdenes en estos aspectos constituyen los motivos más frecuentes, con diferencia, de los casos de dolor de difícil control, más que algunos tipos de dolor de por sí rebeldes por su fisiopatología.

Umbral del Dolor y Cultura

Aunque el umbral de sensibilidad es semejante para el conjunto de las sociedades humanas, el umbral del dolor en el cual reacciona el individuo, y la actitud que éste adopta a partir de entonces están esencialmente vinculados con la trama social y cultural. Todas las sociedades humanas integran el dolor en su concepción del mundo, confiriéndole un sentido, y hasta un valor.

El dolor nunca es un simple asunto de nervios y de neurotransmisores, sino que siempre exige un encuentro personal y cultural con el significado. El remedio del dolor es más eficaz cuando se abre a varias estrategias y toma en seria consideración los problemas psicológicos, interpersonales, sociales y culturales, abandonando el dualismo reduccionista mente-cuerpo y pasando “de las redes neurológicas a las redes sociales”. El dolor no es un hecho fisiológico sino existencial. Más allá de las estructuras nerviosas, el dolor físico es el resultante del conflicto entre un excitante y el individuo entero. No es el cuerpo el que sufre, sino el individuo entero. El enfoque meramente fisiológico, desarraigado del hombre, determina una medicina tangencial al enfermo.

El dolor que nosotros percibimos -la cantidad y la naturaleza de esta experiencia— no depende solamente del daño corporal, sino que está determinado también por las experiencias anteriores y por el modo de recordarlas, por nuestra capacidad de entender la causa del dolor y de apoderarnos de sus consecuencias. La misma cultura en la que crecemos tiene un papel esencial en el modo como percibimos y respondemos al dolor.

Momentos emocionalmente especiales

La noche

Por la noche impera la oscuridad, el silencio y la soledad. Cuando empieza a oscurecer, las visitas empiezan a irse del hospital, empieza a instaurarse el silencio, las enfermeras saben que empiezan a sonar los timbres porque los enfermos empiezan a tener dolor. Pero también saben que muchas veces la situación se resuelve con un rato de compañía y de soporte, en vez de administrar sistemáticamente dosis extra de analgésicos.

Después de una noche sin dormir, el enfermo estará cansado y el umbral del dolor disminuido. Algunos enfermos tienen pánico a la noche y su insomnio es muy difícil de tratar, sobre todo en enfermos que padecen disnea y tienen miedo a morir asfixiados mientras duermen.

El alta y el ingreso

Curiosamente las dos circunstancias pueden suponer un impacto emocional para el enfermo y aumentar su dolor. Cuando el enfermo está ingresado en el hospital, y en relación directamente proporcional al tiempo que lleve en él, va a experimentar un cierto miedo al darle el alta. Aunque puede estar deseando irse a casa, cuando llega el día de irse (o casi siempre, la víspera), empieza a tener miedo de perder la sensación de protección que el hospital le brinda.

Un enfermo, por el contrario, que está en su casa, cuando es preciso hospitalizarle, puede sentir una fuerte angustia al irse de un medio conocido y seguro, como es su casa a otro lejano, extraño y con frecuencia hostil, como suele ser el hospital.

La soledad

Muchos enfermos temen más a la soledad que a la propia muerte. Las enfermeras del hospital saben muy bien lo que sucede a media tarde, cuando empiezan a irse del hospital las visitas y algunos enfermos se quedan solos. Con mucha frecuencia deben repartir dosis "extra" de analgésicos, pero saben también que en muchas ocasiones, si se sientan un ratito a hablar con el enfermo, puede que no necesiten dichas dosis extra de analgésicos

"Permaneced aquí y velad".

El mismísimo Jesucristo no quiso estar sólo, tuvo miedo y rogó a sus amigos que no le abandonasen en el comienzo de su agonía. En el capítulo dedicado al Voluntariado, se incide en el problema de la soledad de los pacientes, ya que su misión más importante, es precisamente acompañarles y evitar la soledad.

Los fines de semana.

De viernes a domingo tenemos el doble de llamadas de urgencia que el resto de los días de la semana juntos. El fin de semana, de alguna manera, da al enfermo la sensación de desamparo y desprotección. Muchas de las llamadas que recibimos esos días detectamos que son exclusivamente para "comprobar" que estamos ahí.

La expresión del dolor y el sufrimiento

El dolor "habla" sin palabras: cuenta en los quejidos, alaridos o silencios el drama que esa persona está padeciendo intensamente: dice de la soledad, del miedo, de la angustia, del espanto... El paciente deviene un grito vivo que inunda el ambiente y construye una suerte de muralla sonora alrededor del paciente. Asistimos a la desolación extrema, a la imposibilidad del diálogo. La persona está viva pero el dolor la ausenta, la confina a su diálogo interno con la presencia de ese otro que se enraiza en el soma. El dolor siderante coarta las relaciones de objeto, fulmina. Los pacientes temen más al dolor físico que a la misma muerte.

El dolor físico se presenta como un instrumento extraño, un visitante siniestro y poderoso llegado para torturar el cuerpo, que puede surgir de improviso y atacar cuando menos se lo espera. Esta nefasta presencia resta calidad de vida.

Quando el dolor y el sufrimiento son inevitables

Que el sufrimiento es inevitable e inherente a la condición humana, es una triste evidencia.

El dolor, el sufrimiento y la muerte son realidades inevitables. Son el lado sombrío de la vida. El dolor está extendido en la tierra en proporción infinitamente más vasta que la alegría. En este sentido la historia de un ser humano se comprende mejor a través de sus duelos que de sus júbilos, de sus dolores que de sus placeres, de sus fracasos que de sus éxitos. Quien crea que no ha sufrido, solamente tiene que tener un poco de paciencia.

El sufrimiento, pues, no es un accidente, es la consecuencia de nuestra imperfección, de nuestro ser creado y humano. Es inevitablemente humano y humanamente inevitable, porque no somos dioses. Somos seres creados, una combinación de materia y de espíritu, cualquiera que sea la interpretación que cada quien le dé. Como acontecimiento humano, entonces, no hay manera de poderlo evitar, sólo hay diferentes modos de enfrentarlo y de darle sentido.

Al pensar en el sufrimiento, lo primero que se comprueba es el carácter fugaz de la felicidad. Todo momento dichoso lleva consigo la certeza de su corta duración. Vendrán tiempos difíciles. Apreciamos la felicidad cuando la perdemos. De ahí el drama de los que viven de recuerdos o languidecen con sus recuerdos. La felicidad parece rara y excepcional. En cambio, los disgustos abundan.

La vida de todo hombre viene a ser un suspiro intermedio entre dos lágrimas: la del nacimiento y la de la muerte. Claro que ese intervalo del "suspiro intermedio" no es para todos los hombres lo mismo. A unos parece que la vida les presenta un rostro jovial. A otros, en cambio, un rostro cargado de amargura. Para unos casi siempre brillan las estrellas. En cambio, para otros la noche es cerrada y el día tormentoso.

El dolor tiene un sentido físico y el sufrimiento un sentido metafísico. El dolor se suprime con analgésicos, el sufrimiento no. El primero nos invita a reflexionar sobre el cuerpo; el segundo suscita preguntas más profundas y existenciales; sólo el sufrimiento nos abre las puertas del conocimiento profundo de la vida.

La misión de los profesionales de la salud es, precisamente, el alivio del dolor y el sufrimiento y posponer el momento de la muerte (curar enfermedades) siempre que sea posible. El alivio del dolor es casi siempre posible. El alivio del sufrimiento, no tanto. En algunos casos, entonces, los profesionales debemos recordar que nosotros no estamos ahí para que el enfermo no sufra, sino porque sufre. En aquellos casos en los que no sea posible evitar el dolor o el sufrimiento, al hombre le corresponde darle un sentido. Según sea nuestra actitud ante estas situaciones, dolor y sufrimiento pueden llegar a ser un camino de perfeccionamiento y crecimiento interior. Es verdad que los grandes cambios en nuestras vidas se producen después de algún tipo de crisis más o menos dolorosas.

Actitudes ante el sufrimiento

El hombre tiene que enfrentarse con el sufrimiento. No todos lo hacen igual. Unos se envenenan, otros se empequeñecen, otros se engrandecen.

No es que haya sufrimientos que destruyen y sufrimientos que elevan, unos que degradan y otros que dan vida. Cualquier sufrimiento puede dar resultados dispares. son los hombres quienes se destruyen o se edifican con el sufrimiento. No depende del sufrimiento, depende de los hombres. Hay gentes que se derrumban con las penas cotidianas. Hay otros a los que no quiebra ni la tortura. Unos son débiles, otros son fuertes.

El dolor es inesperado y no perdona. Se reviste de mil formas: enfermedad, amputación, ceguera, vejez, muerte, injusticia, fracaso, traición, cárcel, remordimiento, accidente, desastre natural, hijos anormales y así sin término. Unos podrían soportar la amputación de un miembro, pero no la quiebra económica; otros aguantarían la pérdida de sus bienes materiales, pero no el desprestigio; otros preferirían la muerte de un ser querido a la cárcel; otros son fuertes ante el dolor físico, pero no ante la humillación. Unos escogerían el hambre sobre la indignidad; otros, los bienes materiales sobre la dignidad; unos prefieren la muerte a la esclavitud; otros deciden vivir aunque sean esclavos; unos optan por su conciencia y otros por su bienestar; unos eligen el daño propio antes que el daño ajeno; hay quienes dan la vida por salvar a otros y hay quienes matan por salvarse.

El dolor se vuelve fuente de humanidad, de equilibrio y de sabiduría. El dolor es una puerta hacia algo más grande y más bello, un reto que impulsa a la superación.

Así, por la vía práctica, se resuelve el enigma del sufrimiento. Ya no se pregunta por qué. Simplemente se lucha, se remedia y se eleva.

El sufrimiento nos hace la última pregunta sobre nosotros mismos. La respuesta es nuestra propia sentencia, como hombres y como sociedad.

Las palabras del sufrimiento son siempre las últimas.

Dolor, sufrimiento y sentido

Hay algunos criterios grandes e inmutables en los cuales se hace patente el significado del ser humano. El dolor es uno de ellos; él es el examen más duro en esa cadena de exámenes que solemos llamar vida. El sufrimiento está ahí, para todos los hombres, como uno de los misterios de la vida humana, doloroso y omnipresente. Es una de las grandes preguntas sobre la vida, sobre el hombre y sobre Dios, a la que hay que darle una respuesta y un sentido.

Decía Viktor Frankl: "El Hombre no se destruye por sufrir, sino por sufrir sin ningún sentido".

Consideremos lo siguiente: se ha comprobado que los dos tipos de dolor más intensos son el dolor del parto y los provocados por la evacuación de un cálculo renal. Desde un punto de vista exclusivamente físico ambos casos son, en intensidad, igualmente dolorosos y casi no existe nada peor. Pero desde el aspecto puramente humano los dos son muy diferentes. El dolor provocado por la evacuación de un cálculo renal es simplemente inútil, el resultado del mal funcionamiento de nuestro organismo, mientras el dolor del parto cumple una función creativa. Es un dolor al que podemos encontrarle un significado, un dolor que da vida, que nos conduce a algo. Es por eso que quien sufre un cólico renal sin excepción exija que se le suprima inmediatamente y pueda decir: "Daría cualquier cosa por no volver a sentir ese dolor" y sin embargo, una mujer que ha parido un niño, al igual que un corredor o un alpinista que se ha esforzado por llegar a su meta, puede trascender su dolor y considerar la repetición de la experiencia. No son raras las mujeres que se niegan a ser anestesiadas en el momento del nacimiento de sus hijos

Cada uno de nosotros da un significado diferente a situaciones que producen dolor, y ese significado afecta mucho al grado y la cualidad del dolor percibido.

Aunque quizás nunca comprendamos la causa de nuestro sufrimiento ni seamos capaces de controlar las fuerzas que lo causan, todavía nos queda mucho por decir sobre cómo nos afecta el sufrir y en que clase de personas nos convierte. El dolor transforma a alguna gente en amargada y envidiosa; a otra, en sensible y compasiva. Es el resultado -y no la causa- del dolor el que hace significativas a ciertas experiencias dolorosas y vacías y destructivas a otras.

Decía Séneca: "No importa qué, sino cómo sufrir", dando una importancia decisiva a la forma de enfrentarnos al sufrimiento

como algo definitiva y exclusivamente humano y que traduce, como seguiremos analizando, la dimensión espiritual del hombre.

BIBLIOGRAFÍA

- Gómez Sancho M. *Medicina Paliativa: la respuesta a una necesidad*. Madrid: Arán, 1998; 260-270
- Saunders C. *A death in the family: a professional view*. Br Med J 1973; I: 30.
- Merskey H. *Pain terms: a list with definitions and notes on usage*. Recommended by the IASP Subcommittee on Taxonomy. Pain 1979; 6: 249-252.
- Loeser JD. Low Back Pain. En: *Bonica JJ. Research Publications: Association for Research in Nervous and Mental Disease*. Nueva York: Raven Press, 1980; 58: 363-377.
- Le Breton D. *Antropología del dolor*. Barcelona: Seix Barral, 1999; 187.
- Ibid., 63.
- Lariche R. *La Chirurgie de la douleur*. París: Masson, 1949; 28.
- Le Breton D. Op. Cit., 56-57.
- Morris D. *La Cultura del Dolor*. Santiago de Chile: Andrés Bello, 1991; 309.
- Twycross RG, Lack SA. *Therapeutics in Terminal Cancer, 2ª ed*. Nueva York: Churchill Livingstone, 1990: 14.
- Citado por: Verspieren P. *Eutanasia? Dall'accanimento terapeutico all'accompagnamento dei morenti*. Milán: Paoline, 1985; 102.
- Tolstoi L. *La muerte de Ivan Illich*. Madrid: Aguilar, 1956; II: 1173-1210.
- Le Breton D. Op. Cit., 190-191.
- Kleinman A. *Il contesto umano del dolore: un approccio antropologico*. L'arco di Giano 1993; 3: 19-27.
- Melzack R. *L'enigma del dolore. Aspetti psicologici, clinici e fisiologici*. Bolonia: Zanichelli, 1976; 6.
- Le Breton D. Op. Cit., 138.
- Zborowski M. *Componenti culturali nella risposta al dolore*. En: Maccaro GA, Martinelli A, eds. *Sociologia della medicina*. Milán: Feltrinelli, 1977; 108.
- Lariche R. Op. Cit., 10-11.
- Zola IK. *Culture and symptoms. An analysis of patient's complaints*. American Sociological Review 1966; 31: 624-625.
- Koopman C, Eisenthal S, Stoeckle JD. *Ethnicity in the reported pain, emotional distress and request of medical outpatients*. Social Science and Medicine 1984; 18 (6): 487-490.
- Espriu S. *Antología lírica*. Madrid: Cátedra, 1987; 191.
- Salinas P. *La voz a ti debida*. Madrid: Clásicos Castalla, 1989; 95.
- Unamuno M. *Vendrá de noche*. Madrid: Escelcier, 1966. Obras completas; VI: 745.
- Hidalgo J. L. *Poesías completas*. Barcelona: DVD Ediciones, 2000; 34.
- Badger D. *Comunicación personal del Australasian Cochrane Centre*. Info request via Cochrane web. Jueves 2 de abril de 1998
- Holland V. *The Complete Works of Oscar Wilde*. Londres: Collins, 1983.
- Verspieren P. *Eutanasia? Dall'accanimento terapeutico all'accompagnamento dei morenti*. Milán: Paoline, 1985; 108-110.
- Melzack R, Ofiesh JG, Mount BM. *The Brompton mixture: effects on pain in cancer patients*. Canadian Medical Association Journal 1976; 115: 125-129
- Uhrich RS. *View through a window may influence recovery from surgery*. Science 1984; 224.
- Biblia. Mc 14, 35b.
- Bernhard T. *In hora Mortis*. Barcelona: DVD Ediciones, 1998, 23-24.
- Tolstoi L. Op. Cit.
- Stimmel B. *Tratamiento farmacológico del dolor*. México: Editorial Científica PLM. 1985; 271.
- Weisenberg M. *Pain and pain control*. Psychological Bulletin 1977; 84: 1008-1044.

35. Evans FJ. *The placebo response in pain reduction*. Adv Neurol 1974; 4: 289-296.
36. Levine JD, Gordon NC, Fields HL. *The mechanism of placebo analgesia*. Lancet 1978; 2: 654-657.
37. Beecher HK. *The placebo effect as a non-specific force surrounding disease and the treatment of disease*. En: Janzen R, Eidel WH, Herz A. et al. Pain: Basic Principles, Pharmacology and Therapy. Stuttgart: George Thieme, 1973; 175-180.
38. Moertel CG, Raylor WF, Roth A, FAJ Tyce. *Who responds to sugar pills*. Mayo Clin Proc 1976; 51: 96-100.
39. Benson H, McCallie DP. *Angina pectoris and the placebo effect*. N Engl J Med 1979; 300: 1424-1429.
40. Goodman P, Greene CS, Laskin DM. *Response of patients with myofascial pain-dysfunction syndrome to mock equilibration*. J Am Dent Assoc 1976; 92: 755-758.
41. Pollack S. *Pain control by suggestion*. J Oral Med 1966; 21: 89-95.
42. Wolf S. *Effects of suggestion and conditioning on the action of chemical agents in human subjects*. J Clin Invest 1950; 29: 100-109.
43. McQuay H, Carroll D, Moore A. *Variation in the placebo effect in randomised controlled trials of analgesic: all is as blind as it seems*. Pain 1995; 64: 331-335.
44. Sidel N, Abrahams MI. *Treatment of chronic arthritis, results of vaccine therapy with saline injections used as controls*. JAMA 1940; 114: 1740-1742.
45. Trant EF, Passarelli EW. *Study in the controlled therapy of degenerative arthritis*. Arch Intern Med 1956; 98: 181-186.
46. Moertel CG, Raylor WF, Roth A, FAJ Tyce. *Who responds to sugar pills*. Mayo Clin Proc 1976; 51: 96-100.
47. Shaphiro AK, Struening EL, Barten H, Shaphiro E. *Correlates of placebo reaction in an outpatient population*. Psychol Med 1975; 5: 389-396.
48. Bishop MP, Gallant M. *Observations of placebo response in chronic schizophrenic patients*. Arch Gen Psychiatry 1966; 14: 497-503.
49. Beecher HK. *Pain and Placebo*. Science 1960; 132: 91.
50. Le Breton D. Op. Cit., 198
51. Evans FJ. *Expentancy, therapeutic instructions and the placebo responses*. En White L. *Placebo: Theory, Research and Mechanism*. Nueva York: Guildford Press, 1985; 21
52. Fine PG, Roberts WJ, Gillette RG, Child TR. *Slowly developing placebo responses confound tests of intravenous phentolamine to determine mechanisms underlying idiopathic chronic low back pain*. Pain 1994; 56: 235-242.
53. Beecher HK. *Surgery as placebo*. JAMA 1961; 176:1102-1106.
54. Cobb LA, Thomas GI, Dillard DH, Merendino KA, Bruce RA. *An evaluation of internal mammary artery ligation by a double-blind technique*. N Engl J Med 1959; 20: 1115-1118.
55. Citado por Cousins M. *Acute and postoperative pain*. En: Wall PD, Melzack R, eds. Textbook of Pain, 2ª ed. Edimburgo: Churchill Livingstone, 1989; 289.
56. Le Breton D. Op. cit., 89
57. Goodwin JS, Goodwin JM, Vogel AV. *Knowledge and use of placebos by house officers and nurses*. Ann Intern Med 1979; 1: 106-110.
58. Lasagna L, Mosteller F, von Felsing JM, Beecher HK. *A study of the placebo response*. Am J Med 1954; 16: 770-779.
59. Goodwin JS, Goodwin JM, Vogel AV. *Knowledge and use of placebos by house officers and nurses*. Ann Intern Med 1979; 1: 106-110.
60. Levine JD, Gordon NC, Fields HL. *The mechanism of placebo analgesia*. Lancet 1978; 2: 654-657.
61. Levine JD, Gordon NC, Fields HL. *Naloxone dose dependently produces analgesia and hyperalgesia in postoperative pain*. Nature 1979; 278: 740-741.
62. Wall PD. *The placebo and the placebo response*. En: Wall PD, Melzack R, eds. Textbook of Pain, 3ª ed. Edimburgo: Churchill Livingstone, 1994; 1297-1308.
63. Palazzi F, Spaventa Filippi S. *El libro de los mil sabios*. Madrid: Dossat, 1984; 292
64. Rueda S. *Antología poética*. Madrid: Compañía Ibero-Americana de Publicaciones, (no figura el año); 258-265.
65. Ocaña E. *Sobre el dolor*. Valencia, 1997; 34.
66. Ocaña E. Op. cit., 38.
67. Alonso D. *Hijos de la ira*. Madrid: Castalia, 1988; 134-136.
68. Fray Luis de León. *Exposición del Libro de Job*. Madrid: Hyspamérica, 1985; 48.
69. Le Breton D. *Antropología del dolor*. Barcelona: Seix Barral, 1999; 43.
70. Martín Descalzo JL. *Testamento del Pájaro Solitario*. Estella (Navarra): Editorial Verbo Divino, 1991; 31.
71. Biblia. Ecl 38, 1-7.
72. Citado por Rojas Marcos L. *Las semillas de la violencia*. Madrid: Espasa Calpe, 1997; 169.
73. Pinamonti JP. *La cruz aligerada o sea Motivos de consuelo en las tribulaciones*. Bilbao: Imprenta del Corazón de Jesús, 1901; 62-64.
74. Biblia. Lc 4, 18ss.
75. Ibid., Mt 8, 28-34.
76. Ibid., Mt 8, 1-14.
77. Ibid., Mc 1, 40-45.
78. Ibid., Lc 5, 12-16.
79. Ibid., Mt 8, 5-13.
80. Ibid., Lc 7, 1-10.
81. Ibid., Mt 9, 1-8.
82. Ibid., Mc 2, 1-12.
83. Ibid., Lc 5, 17-26.
84. Ibid., Mt 9, 18-22.
85. Ibid., Mt 9, 27-31.
86. Ibid., Jn 9.
87. Ibid., Mt 8, 14-17.
88. Ibid., Mc 1, 29-34.
89. Ibid., Lc 4, 38-41.
90. Ibid., Mt 14, 34-36.
91. Ibid., Mc 6, 53-56.
92. Ibid., Jn 5, 5-13.
93. Ibid., Is 53, 5.
94. Ibid., Mt 8, 16s.
95. Ibid., Lc 9, 2.6.
96. Gala A. *La casa sosegada*. Barcelona: Planeta, 1998; 73-74
97. Ibid., Mt 26, 39.
98. Non di solo pane. *Il catechismo dei giovani*. Roma: Conferencia episcopal italiana, 1979; 149-150.
99. Thévenot X. *Souffrance, bonheur, éthique*. París: Salvator, 1990.
100. López Azpitarte E. *Ética y Vida*. Madrid: Paulinas, 1990; 250.
101. Martín Descalzo JL. *Testamento del Pájaro Solitario*. Estella (Navarra): Editorial Verbo Divino, 1991; 58-59.
102. Maza E. *El amor, el sufrimiento y la muerte*. México: Proceso, 1989; 141-142.
103. Rojas Marcos L. Op. cit., 199.
104. López Azpitarte E. *Espíritu Santo y Ley. La libertad de los hijos de Dios en la vida religiosa*. En: A.A.V.V. *Ungidos por el espíritu*. Madrid: Claretianas, 1989; 103-121.
105. Weil S. *Pensamientos desordenados*. Madrid: Trotta, 1995; 76.
106. Weil S. *La gravedad y la gracia*. Madrid: Trotta, 1994; 141.
107. Wiederkehr D. *Prospettive dell'escatologia*. Brescia: Queriniana, 1978; 45-46.
108. Serenthà M. *El Sufrimiento Humano*. Bilbao: Mensajero, 1995; 48-49.
109. Martín Descalzo JL. *Testamento del Pájaro Solitario*. Estella (Navarra): Editorial Verbo Divino, 1991; 55-59.
110. Duquoc Ch. *Cruz de Cristo y sufrimiento humano*. Concilium nº 119, 1976; 9: 403.
111. Biblia. Mt 22, 32.
112. Serenthà M. Op. cit., 83.
113. Citado por: Marti K. *Oraciones fúnebres*. Madrid: Hiperión, 1998; 43.
114. Gómez Sancho M. *Dolor y sufrimiento. El problema del sentido*. Rev. Soc. Esp. Dolor 1998; 5: 144-158
115. Umbral F. *La gallarda*. El Mundo 15/9/1997; 52.
116. Jünger E. *Sobre el dolor*. Barcelona: Tusquets, 1995; 33.
117. Figuera Aymerich A. En: *Primeras promociones de la postguerra*. Antología poética. Madrid: Castalia, 1997; 64-65.
118. Dopaso H. *El buen morir*. Buenos Aires: Era Naciente, 1994; 37.
119. Biblia. Gn, 3, 16.

120. Luján N. *150 aniversario de la Anestesia*. Jano 1996; 1170: 87-89.
121. Biblia. Gn 2, 21.
122. Vico Peinado J. *Profetas en el dolor*. Madrid: Paulinas, 1981; 97.
123. Citado por: Humphry D, Wickett A. *El derecho a morir*. Barcelona: Tusquets, 1989; 81.
124. Cerreras M. *La Comunidad Cristiana y los enfermos*. En: Pastoral de la Salud. Barcelona: Dossiers CPL 60, 1993; 137.
125. Palazzi F, Spaventa Filippi. Op. cit., 287.
126. Ibid., 289.
127. *Meditaciones*. Barcelona: Integral, 1996; 129.
128. Cobo Medina C. *El valor de vivir*. Madrid: Ediciones Libertarias, 1999; 28.
129. Séneca. *Epístolas morales a Lucilio*. Madrid: Biblioteca Clásica Gredos, 1986; I: 200.
130. Citado por: Szasz T, *Herejías*. México: Premiá 1987; 34.
131. Citado por: Meeroff M. *Ética Médica*. Buenos Aires: Akadia, 1993; 55.
132. Citado por Rovetto FM. En: AA.VV. *Sofferenza, Subirla o viverla?* Turín: Claudiana, 1985; 31.
133. Teilhard de Chardin P. Citado por: Maza E. *El amor, el sufrimiento y la muerte*. México: Proceso, 1989; 201.
134. Jünger E. Op. cit., 121.
135. Weil S. *Pensamientos desordenados*. Madrid: Trotta, 1995; 77.
136. Evely L. *El hombre moderno ante la muerte*. Salamanca: Sígueme, 1980; 44.
137. Vico Peinado J. *Profetas en el dolor*. Madrid: Paulinas, 1981; 93.
138. Rojas E. *Una teoría de la felicidad*. Madrid: Dossat, 1993; 269.
139. Bergamín J. *Antología poética*. Madrid: Castalia, 1997; 60.
140. Weil S. *El amor a Dios y la desdicha*. En: Weil S. *Pensamientos desordenados*. Madrid: Trotta, 1995; 61.
141. Recamier PC. *Souffrir et survivre dans les paradoxes*. Revue Française de Psychanalyse 1991; 4: 893.
142. Juan Pablo II. *Salvifici Doloris*. Madrid: Paulinas, 1984; 10-11.
143. Palazzi F, Spaventa Filippi S. Op. cit., 291.
144. Unamuno M. *Del sentimiento trágico de la vida*. Barcelona: Planeta, 1985; 204.
145. De Musset. *La Nuit d'Octobre*. Obras completas. París: Seuil, 1963; 158.
146. Esquilo. *La Orestía (Agamenón)*. En Tragedias completas. Madrid: Cátedra, 1983; 238.
147. Lavelle L. *Le mal et la souffrance*. París: Plon, 1940; 106
148. Pavese C. *El oficio de vivir*. El oficio de poeta. Barcelona: Bruguera Alfaguara, 1979; 169.
149. Martín Descalzo JL. *Testamento del Pájaro Solitario*. Estella (Navarra): Editorial Verbo Divino, 1991; 12.
150. Maza E. *El amor, el sufrimiento y la muerte*. México: Proceso, 1989; 156-161.
151. Jünger E. Op. cit., 13.
152. Gala A. *Las afueras de Dios*. Barcelona: Planeta, 1999; 173.
153. Citado por: Bellido JF. *Al otro lado de la muerte*. Madrid: Ciudad Nueva, 1994; 27-28.
154. Citado por Sherr L. *Agonía, muerte y duelo*. México: Manual Moderno, 1992; 47.
155. Weil S. Op. cit. (Ref 226), 66.
156. Kushner HS. *Cuando las cosas malas le pasan a la gente buena*. México: Diana, 1993; 79-80.
157. Ocaña E. Op. cit., 14.
158. Ibid., 39.
159. Beecher HK. Citado por: Melzack R, Wall PD. *La sfida del dolore*. Pádova: Piccin-Nuova Librería, 1988; 166.
160. Martín Descalzo JL. *Testamento del Pájaro Solitario*. Estella (Navarra): Editorial Verbo Divino, 1991; 57.
161. Tiberi E. *Il primato delle emozioni*. Milán: Giuffré, 1988; 166.
162. Kushner HS. *Cuando las cosas malas le pasan a la gente buena*. México: Diana, 1987; 80.
163. Martín Descalzo JL. *Testamento del Pájaro Solitario*. Estella (Navarra): Editorial Verbo Divino, 1991; 68.
164. Mainetti JA. Antropobioética. *La Plata* (Argentina): Quirón, 1995; 82.