

APORTAR VIDA ANTE EL DOLOR. PENSAMIENTOS SOBRE EL DOLOR HUMANO

Gerónimo ACEVEDO

Resumen

Aportar vida al dolor no es un intento estéril de suprimirlo, es reconocerlo como un existencial ineludible que nos interroga. Es comprenderlo como un universal situado y en situación.

Frankl diferencia el dolor evitable del dolor inevitable y frente a ellos es que el ser humano toma decisiones.

Partiendo de una cosmovisión que incluye lo fáctico y lo facultativo, se percibe el dolor viviente, no como la avería de una máquina sino como la necesidad de ocuparse de las distintas dimensiones del dolor humano.

Se analizan algunos pensamientos sobre el dolor humano y se señala la realista y esperanzadora mirada de Viktor Frankl.

Abstract

Bringing life to pain. Thoughts about human pain

Bringing life to pain is not a sterile attempt to suppress it, it is recognizing it as an inescapable existential that interrogates us. It is to understand pain as a universal, situated and in a situation.

Frankl differentiates the avoidable pain from the inevitable pain and in front of them is that the human being makes decisions.

Starting from a worldview that includes the factual and the facultative, the living pain is perceived not as the breakdown of a machine but as the need to deal with the different dimensions of human pain.

Some thoughts on human pain are analyzed and the realistic and hopeful look of Viktor Frankl is pointed out.

Palabras clave: Sentido. Respuesta. Actitud. Sufrimiento.

Key words: Meaning. Response. Attitude. Suffering.

Introducción

“Sólo el que está convencido puede convencer a otros. Sólo el que, además de estar convencido de que la vida puede tener sentido aun en el caso de un *morbus little*, es testigo de que este sentido tuvo cumplimiento siquiera una vez, puede hacer creíble esa posibilidad al ‘caso’ siguiente” (Frankl, 2009, p. 258).

Dicen que Alejandro Magno llega a la India acompañado de su sabio Pirrón para reunirse con un sabio local. En ese encuentro surge la pregunta: ¿qué es el dolor? Pirrón argumenta teórica y profusamente sobre el dolor; el sabio indio se prende fuego y muere gritando: “¡Esto es el dolor!”. Pirrón (primer filósofo escéptico, 360 a.C.) se queda sin palabras, permanece callado un momento y después de exclama: “¡Qué puedo decir!” (adaptado de https://www.taringa.net/+ciencia_educacion/anecdota-como-dejar-mudo-a-un-filosofo_yf3e9).

El objetivo de la pregunta humana sobre el sufrimiento no es iluminar el dolor, sino iluminar lo que acontece en el ser humano.

No hace falta suprimir las incertidumbres para comenzar a pensar con claridad; es precisamente a partir de ellas que empezamos a iluminar lo que nos sucede con el sufrimiento. Lo que terminaríamos pensando claramente, si suprimimos todas las incertidumbres respecto del dolor, sería algo muy distinto al dolor humano (Morris, 1996). Todo el que insiste, desde un principio, en una definición absolutamente precisa y unívoca de los términos va a terminar instalándose en una claridad falsa. Frankl, a su vez, sostiene: “La sabiduría, en efecto, se puede definir como un saber acompañado de la conciencia de los límites de ese saber” (Frankl, 2009, p. 42).

El dolor viviente no es la avería de una máquina sino una realidad que implica la necesidad de ocuparse de las distintas dimensiones del dolor humano. La red de nervios es universal pero el significado del dolor es personal, situado y en situación. La concepción de *dolor viviente* es un *cambio suplementario* que incluye al ser humano con su temporalidad y posibilidad, mientras el pasado nos ayuda a comprender cómo llegamos a estar donde ahora estamos. En el presente empieza el futuro.

La relación de la persona con el organismo no es solo instrumental sino expresiva. En palabras de Viktor Frankl (2011):

“Pues una cosa es pretender entender una enfermedad y otra cosa muy distinta es pretender tratar a un enfermo: para este último fin, el enfermo debe poder apartarse interiormente de alguna forma de su enfermedad -por no decir, apartarse (*abrücken*) de su ‘locura’ (*Ver-rücktheit*)-. Pero si considero desde un principio la enfermedad como algo que atraviesa y configura uniformemente, que por así decir infiltra de forma difusa, a todo el hombre, entonces nunca podré captar ni aferrar al enfermo ‘mismo’, a la persona (espiritual) que está detrás y por encima de toda enfermedad (incluso psíquica)- y sobre todo entonces sólo tengo ante mí la enfermedad, pero nada de lo que pueda servirme en contra de la enfermedad, en contra de la fuerza del destino de un deber ser en el mundo así (melancólico, maniaco, esquizofrénico, etc.) y no de otra forma” (p. 102).

Centrarse en la persona no en el síntoma, nos decía genialmente Paco Maglio (citado por Capurro, 2017): “*Con el interrogatorio estamos al lado del paciente. Con el escuchatorio estamos del lado del paciente*” (p. 214).

Es importante reconocer que el dolor es parte de la vida, pertenece a las experiencias humanas más fundamentales, las que nos hacen ser como somos. Como *existenciario* no puede abolirse; de allí que el no reconocimiento de esta realidad puede conducir a un fracaso: el del guerrero iconoclasta que trata de eliminarlo de la vida.

El vivir es frustración, aprendizaje y misterio, es un oxímoron existencial que solo se puede comprender desde una dimensión superior, no es un problema para ser resuelto, es un misterio para ser vivido.

En cierto sentido, el velo es lo que hace visible el misterio, da presencia o apariencia a lo desconocido. Los velos que rodean el dolor no entrañan sólo unos pocos hechos faltantes que oscurecen una comprensión científica; manifiestan un misterio.

Nadie lúcidamente consentiría en vivir si poseyera sabiduría, conocimiento y memoria de todas las cosas pero careciera de todo sentido

del placer y del dolor y no fuera afectado por esos sentimientos o por otros semejantes.

El mito de los *dos dolores*, de un *dolor físico* o un *dolor mental*, es un error cultural de la medicina moderna clásica, producto de su interpretación modular específica (módulo físico - módulo mental). El dolor es visto como la falla en un módulo. Esta forma de ver olvida (en contraste con la ontología dimensional) que los módulos están conectados (unidad múltiple) y en un *diálogo cruzado* (*cross toc*). No hay un dolor físico si se rompe un brazo y mental si se rompe el corazón.

El dolor nunca es mero asunto de los cuerpos y nunca es intemporal. Es una experiencia (percepción), no solo una sensación. Nos interroga en un momento particular de la existencia y es frente a esa pregunta que tenemos que responder, siendo esta respuesta la actitud ética, que es el valor moral de trascendencia. Si se interrumpe esta dinámica, es el comienzo antropológico de la disfunción existencial; si se reintegra, comienza la sanación.

Cosmovisión y dolor. Algunas aportaciones de la logoterapia

Para comprender el sufrimiento humano es importante tener en cuenta la cosmovisión desde donde se lo considera. Dice Viktor Frankl (2009, p. 30): “No es irrelevante ni indiferente la construcción de una imagen adecuada del hombre que no afecta sólo a la ‘teoría’ o ‘visión’, sino a la práctica, a la clínica”.

A partir de las cosmovisiones, los agentes cognitivos, ya sean personas o sociedades, interpretan su propia naturaleza y la de todo lo existente, y definen las nociones comunes que aplican a los diversos campos de la vida, desde la política, la economía o la ciencia hasta la religión, la moral o la filosofía.

A partir del reconocimiento de la dimensión espiritual como cualitativamente diferente de la psico-física se percibe el salto cuántico filogenético del ser humano, que partiendo de la potencialidad de lo espiritual construye, progresa y diferencia (no es una producción sino una posibilidad). Señala Viktor Frankl que “[El ser humano] es el único ser que plantea la cuestión del sentido. Pero no sólo pregunta en cada caso por el sentido de la facticidad, sino también por el sentido de su propia existencialidad; no sólo pregunta por el sentido de hechos concretos, sino por el

sentido de sí misma, por el sentido de su ser, único capaz de formular la cuestión del sentido” (Frankl, 2009, p. 252-253).

La pregunta por el *sentido en la vida* es una categoría cualitativa no cuantitativa, el peso de la prueba no carga sobre las espaldas del que cree en un supersentido; sólo recae sobre él el peso de la indemostrabilidad de este supersentido.

¿La pregunta que plantea el dolor?

El ser humano se pregunta: ¿qué sucede? (fáctico), ¿qué hago? (facultativo). Su existencia se mueve entre los condicionamientos y las posibilidades, en la respuesta que da ante ellos y con ellos. Es la autonomía a pesar de la dependencia. Está condicionado, pero no determinado.

Es dependiente en la realización de los valores creativos y vivenciales, pero es libre en la realización de los valores actitudinales: *libre de* todas las condiciones y circunstancias y *libre para* el dominio interno del destino, *libre para* el sufrimiento auténtico. Esta libertad no tiene condiciones, es una libertad *bajo cualquier circunstancia* y hasta el último suspiro.

El autodistanciamiento ético es la posibilidad de diferenciar lo que soy de lo que tengo y asumir la responsabilidad. Pero hay también un autodistanciamiento del dolor sin responsabilidad ética, como la del piloto Paul Tibbets, que comandó la misión del bombardero y arrojó la bomba atómica en Hiroshima, pero nunca se arrepintió de esa decisión, no asumió su responsabilidad.

Lo espiritual y la autoconfiguración

La realidad existencial podríamos graficarla con la siguiente fórmula:

$$(C + H) \times A = RE$$

Integra conocimiento (C) y habilidad (H), que por la actitud (A) resulta en realización existencial (RE), autoconfiguración, plenitud; mientras conocimiento y habilidad suman, la actitud multiplica.

El que no puede configurar el destino mediante la realización de valores creativos, puede realizarlo a pesar de todo, efectuando valores actitudinales, es decir, adoptando una actitud correcta frente al destino mediante el adecuado sufrimiento.

Esto presupone la previa adquisición de la capacidad de sufrimiento. Este dominio interno -con renuncia a la configuración externa- resulta ser, en definitiva, una configuración: la autoconfiguración. Porque la adquisición de la capacidad de sufrimiento es un acto de autoconfiguración.

Pero en lo que respecta a la autoconfiguración, el ser humano no puede conformarse sólo con la unicidad de una acción; hace algo más: fijar el acto en un hábito. Lo que era acción, pasa a ser actitud. Pero su valor no es ahora menor, sino más elevado.

La logoterapia, una cartografía existencial

El mapa es una representación de un todo estático. La cartografía es un diseño que acompaña y se hace al mismo tiempo que los movimientos de transformación del paisaje. Ese hacer al mismo tiempo permite comprender *el vivir* como *viviendo* (gerundio existencial). La actitud del gerundio es estar *siendo*, *viviendo*, *conversando*, *construyendo* lenguajes comunicacionales, *cruzando* diferencias, *generando* puentes; no para invadir sino para *visitar al otro*. Puede haber amistad, amor, comunicación entre personas de edades muy diferentes y puede ser difícil entre seres de edades convenientes. Estar *viviendo*, a pesar de las múltiples muertes en vida, nos permite comprender la vida de una manera diferente, sufrir con esas muertes es haber vivido lo que murió.

Lo que está sufriendo no es sólo el tejido o el órgano, sino la persona misma en su identidad, en su integridad, y es allí donde debe dirigirse la atención, porque de este modo es la vulnerabilidad del enfermo la que se va reparando, y no el síntoma. Si lo vulnerable de la persona no ha sido atendido en primer lugar, el síntoma reaparecerá en otras variantes.

Para un adolescente con granos en la cara el diagnóstico es acné, pero él siente vergüenza. Un paciente con diagnóstico de sida puede sentir discriminación. Para la Medicina Basada en la Evidencia, los síntomas son identificables como causas, objetividades medibles; para la Medicina Basada en la Narración son subjetividades dolientes que pueden ser

mediadores adaptativos. Los síntomas pueden ser adaptativos y disfuncionales; el dolor, la fiebre, los vómitos, la angustia no son la causa de la disfunción, son marcadores adaptativos y, en muchas situaciones, recursos temporales para la supervivencia y la toma de decisiones saludables. No todo síntoma es una deficiencia, puede ser defensa; hay síntomas que son mediadores adaptativos, representan la respuesta adaptativa al entorno, y otros que son disfuncionales (manifiestan una alteración).

En el Síndrome de *couvade* (síntomas de embarazo en el padre), el varón siente náuseas y malestares físicos que siente la mujer embarazada, sin tener ninguna alteración objetivable. Igual sucede con los placebos y los nocebos que solo se manifiestan cuando la gente cree en ellos. Esta narrativa consiste en la representación de su enfermedad, que es la experiencia personal y social de lo humano vivido como enfermo.

El dolor viviente es *un universal más un particular*. La Asociación Internacional para el Estudio del Dolor define al dolor como: “una experiencia sensorial y emocional desagradable relacionada con el daño real o potencial de algún tejido o que se describe en términos de tal daño” (Merskey y Bogduk, 1994, p. 210). Debemos destacar que no definen el dolor como una *sensación* sino como una *experiencia* (percepción). Es importante señalar que no se requiere que haya daño real orgánico, sino sólo la experiencia descrita *en términos de* daño orgánico (ver Tabla 1).

Tabla 1. Dolor y sufrimiento.

DOLOR	DOLOR VIVIENTE SUFRIMIENTO
1. Desde la bio-medicina	1. -Desde lo personal y social
2. Sensación física ante un estímulo	2. Respuesta psico-afectiva-espiritual ante una situación negativa
3. Medicalización : analgesia	3. Resignificación
4. Discapacitado -Exclusión social : discriminación	4. -Personas con discapacidad Inclusión social: capacidades remanentes.

Ver el dolor solo como un problema médico nos lleva a la ilusión de poder suprimir todo dolor en la vida. En busca de la homeostasis se interpreta el dolor como un error a corregir e ignorar, que puede ser un punto de regulación.

Los dolores no siempre son errores, pueden ser mediaciones para corregir una disfunción (por ejemplo, dolor precordial punto de regulación para alertar de una isquemia).

La aspirina Bayer es el emblema de la errónea creencia del asalto químico contra el dolor.

Un aspecto positivo del reduccionismo materialista es reconocer el lugar de la función (por ejemplo, del lenguaje en el área Broca); el aspecto negativo es darle a la función la categoría de origen.

Vivencia del dolor

El dolor se puede vivir como eclipse, algo que se interpone al bien estar. Ello permite experimentarlo de una manera diferente, se convierte en un aprendizaje existencial. Proporciona una vivencia simultánea de límites y esperanza, aparentemente incompatibles antes de esa experiencia del dolor como eclipse.

Es posible vivir a pesar de la pérdida. En la adversidad, dejemos lugar para la esperanza; eso que nos parecía imposible, se puede lograr. Lo nuevo se vive no suprimiendo la pérdida (que es imposible), ni negando la pérdida. Se vive la vida como vida que incluye pérdidas y logros y toda gran pérdida es producto de un gran valor vivenciado, encarnado y disfrutado, que nos constituyó como personas. Estas vivencias nos ayudan a vivir con más paz el porvenir. Éste no depende de nosotros, pero sí depende de nosotros cómo lo vivimos.

Las condiciones de posibilidad de la esperanza coinciden con las de la desesperación; es únicamente la libertad la que puede triunfar sobre la tentación de ceder a la desesperación.

La desesperación consistiría ante todo en desesperar de la realidad. Se trata de una especie de fatalismo pesimista; sus raíces profundas se encontrarían en la reducción de la realidad a lo verificable, a lo inventariable, a lo objetivo, a lo problemático. Esto es lo que puede ser objeto

de técnicas. Esperar, en cambio, sería dar crédito a la realidad, confiar en ella, afirmar que hay en ella recursos para triunfar sobre el peligro. Esta confianza sólo es posible si se reconoce que el ser va más allá de lo inventariable, de lo problemático, de lo que puede ser objeto de las técnicas. La desesperación es la conciencia del tiempo cerrado, el tiempo como prisión, como si el porvenir no hubiera de ser más que el lugar de la repetición pura, la eternización de la situación de desesperación en que me hallo cogido. La esperanza, en cambio, supone una concepción abierta del tiempo, que implica una vinculación supra-lógica entre el retorno y la novedad pura. Toda esperanza, es esperanza de sentido.

Dolor evitable e inevitable

El sufrimiento innecesario es un sufrimiento absurdo; el sufrimiento necesario es un sufrimiento que tiene sentido (ver Tabla 2). Podría decirse que es la finalidad y la actitud frente al dolor la que le aporta vida al dolor y otorga sentido a la existencia. El sufrimiento sólo tiene sentido cuando se padece *por causa de*. Al aceptarlo, no sólo lo afrontamos, sino que a través del sufrimiento buscamos algo que no se identifica con él: trascendemos el sufrimiento. El sufrimiento dotado de sentido remite a una *causa* por la que padecemos. El sentido no solo consiste en afirmaciones sino también en acciones; la acción es en definitiva la transmutación de una posibilidad en realidad, de una potencia en acto.

Dolor evitable	Dolor inevitable
Innecesario. Necesario.	
Carente de valor – inútil.	Valioso útil.
Voluntario. Masoquista.	Voluntario. Heroico.

Tabla 2. Dolor evitable e inevitable.

Dejar sufrir innecesariamente a un ser humano no es digno del médico ni del psicólogo; si aceptamos como inevitable un sufrimiento que no lo es caemos en la apatía, la autocompasión o la *compasión* pasiva de la situación del otro y no pondremos nuestro esfuerzo en humanizar el entorno.

Eximir a un ser humano del sufrimiento necesario también es inhumano.

El ser humano tiene derecho a sufrir su dolor, la condición es que el dolor al que abandonemos conscientemente a un ser humano sea realmente *su* dolor, un sufrimiento propio del yo y no del ello (ver Tabla 2). Ahora bien, los dolores carcinomatosos pertenecen al tálamo y no al yo; pero la tristeza por un difunto es propia del ser humano y no de su tálamo.

El sufrimiento es intencional si posee una referencia al sentido y al valor. La realización de valores actitudinales se revela como el cumplimiento posible del sentido del sufrimiento necesario. Esta relación con el valor lo diferencia del esteticismo narcisista de tipo reflexivo, exclusivo, autorreferencial. El esteta lo vive todo como si estuviera dentro de un marco: como si fuera el tema de un cuadro, el argumento de una novela; y con esa actitud el ser se degrada en apariencia, huye de la vida.

Hay diferencias entre el sufrimiento heroico (por una causa), el del penitente (reparación de una culpa) y el masoquista (por la satisfacción de sufrir). La distancia entre aceptar el dolor y buscar el dolor es inmensa.

El sufrimiento, no puede ser un fin en sí mismo, la disposición al sufrimiento puede degenerar en masoquismo. El masoquista sufre presuntuosamente, caprichosamente; el mártir padece libremente. El martirio no tiene nada que ver con el masoquismo; tampoco se puede comparar al penitente con el masoquista. El mártir acepta el sufrimiento; el penitente se entrega a él. La penitencia del penitente es una expiación voluntaria, contrariamente al castigo o expiación involuntaria.

Como reflexión final retomamos las palabras realistas y esperanzadoras frente al misterio del dolor humano de Viktor Frankl, que sufrió el dolor y la incertidumbre como prisionero en el campo de concentración.

“Ahora bien, ¿cómo proceden de hecho el hombre y la mujer normales ante lo ‘incognoscible’? Para responder a esta pregunta, permitidme que yo, a mi vez, os pregunte: ¿Han estado ustedes alguna vez sobre un estrado? En ese caso recordarán que, deslumbrados por las candilejas y los reflectores, veían ante ustedes un ‘agujero negro’ más bien algo parecido a un auditorio. Y, no obstante, siguieron ustedes ‘creyendo’ en la existencia y presencia del auditorio. ¿No es así? Pues bien, eso mismo sucede con

una porción de la población humana de nuestro planeta, independientemente de que dicha porción sea grande o pequeña. Estos hombres y mujeres siguen también ‘creyendo’ (Frankl, 2011, p. 292).

Conclusiones

El modo de empezar a comprender el dolor no es definiéndolo, sino comprenderlo en su categoría existencial de dolor viviente, una realidad que implica la necesidad de ocuparse de las distintas dimensiones del dolor humano.

Ver el dolor solo como un problema médico nos lleva a la ilusión de poder suprimir todo dolor en la vida. Los dolores no siempre son errores, pueden ser mediaciones para corregir una disfunción

El dolor viviente es *un universal más un particular*. El dolor es parte de la vida, pertenece a las experiencias (percepción, no solo sensación), nos interroga en un momento particular de la existencia y tenemos que responder trascendiéndonos.

El que no puede configurar el destino mediante la realización de valores creativos, puede realizarlo a pesar de todo, efectuando valores actitudinales, es decir, adoptando una actitud correcta frente al destino mediante el adecuado sufrimiento.

El dolor se puede vivir como eclipse, como una vivencia simultánea de límites y esperanza. Toda esperanza, es esperanza de sentido. El sufrimiento sólo tiene sentido cuando se padece *por causa de*.

El ser humano tiene derecho a sufrir *su* dolor. Eximir a un ser humano del sufrimiento necesario (inevitable) es inhumano. Dejar sufrir innecesariamente a un ser humano no es digno y no pondremos nuestro esfuerzo en humanizar el entorno.

Gerónimo ACEVEDO es médico. Presidente del Centro Viktor Frankl (CEVF), profesor adjunto en la Universidad del Salvador, Argentina. Ha recibido el “Grand Award of the City of Vienna Viktor Frankl Foundation” por su vida dedicada a la logoterapia y la psicoterapia humanista.

Referencias

Capurro, O. (2014). Dr. Francisco Maglio. *Rev. Hosp. Niños (B. Aires)*, 59 (266): 213-214.

Frankl, V.E. (2009). *El hombre doliente*. Barcelona: Herder (original 1984).

Frankl, V.E. (2011). *Logoterapia y análisis existencial*. Barcelona: Herder (original, 1987).

Merskey, H y Bogduk, N. (Eds). (1994). *Classification of chronic pain. Descriptions of chronic pain syndromes and definitions of pain terms*. Seattle: IASP.

Morris, D. (1996). *La cultura del dolor*. Barcelona, Buenos Aires, Mexico DF, Santiago de Chile: Andrés Bello.