



- ◆ Trabajo realizado por la Biblioteca Digital de la Universidad CEU-San Pablo
- ◆ Me comprometo a utilizar esta copia privada sin finalidad lucrativa, para fines de investigación y docencia, de acuerdo con el art. 37 de la M.T.R.L.P.I. (Modificación del Texto Refundido de la Ley de Propiedad Intelectual del 7 julio del 2006)

AQUILINO M. POLAINO-LORENTE

Profesor Agregado de Psicopatología de la Universidad Complutense

PSICOPATOLOGÍA Y ANTROPOLOGÍA DEL DOLOR *

Psychopathology and Anthropology of Pain

Introducción

Es patente que, en la mayoría de los casos, el motivo principal por el que el enfermo se decide a consultar al médico, no es otro que el dolor.

No obstante este hecho estadístico, se da la paradoja de que a la hora de explicar en qué consiste el dolor, casi nadie sabe hacerlo. Ni siquiera aquellos que lo sufren, que aun con tener un conocimiento experiencial, vivido, no llega a ser éste tan racional que pueda plenamente comunicarse.

De aquí el halo de misterio que siempre ha envuelto a la experiencia dolorosa. ¿Qué es esta experiencia con la que casi todos los hombres han de habérselas a lo largo de su existir?

La psicología de todos los tiempos ha tratado de dar respuesta a éstas y otras preguntas, sin haber conseguido del todo el esclarecimiento de esta realidad penosa.

Las líneas que siguen sólo tienen la pretensión de alumbrar, modestamente, el claroscuro de esta realidad soterrada en las ultимidades del hombre.

* Conferencia pronunciada en el Colegio Mayor Universitario Guadaiza (Universidad Hispalense), en mayo de 1974.

El contorno huidizo del dolor

El contorno huidizo de la experiencia dolorosa ha hecho que se vertiera mucha tinta sobre el papel, mientras se buscaba definirlo de una forma satisfactoria.

La psicología ha tratado de aportar explicaciones que, en su parcialidad, desgraciadamente, ni perduraron ni convencieron. Los esfuerzos realizados iban encallando conforme se aproximaban a estas arenas movedizas.

Spinoza lo concibió como una de las tres emociones fundamentales contrapuestas al placer, pero en cierta relación con la melancolía.

Fisiólogos como Sherrington dan a esta experiencia una interpretación naturalista, considerándola como un reflejo imperativo de protección-evasión, que preavisaría de otros sufrimientos mucho peores. En esta misma opinión se inscriben autores como Szasz, que contemplan el dolor como una señal o comunicación que el cuerpo hace al yo y lo alarma, porque estima que éste va a sufrir una pérdida.

A estas hipótesis se opuso radicalmente el cirujano francés Leriche. "Para los médicos que viven en contacto con los enfermos —escribía en 1940— el dolor es sólo una contingencia, un síntoma perjudicial, angustioso y nocivo, difícil de suprimir, y es que en general no tiene valor para el diagnóstico (...) El dolor sólo hace más penosa y desdichada una situación que es ya irrevocable (...) Debemos descartar la idea de que el dolor es beneficioso. Es siempre un regalo siniestro. Envilece al hombre y lo enferma, más de lo que realmente está. El médico tiene el deber ineludible de prevenirlo, si puede".¹

Otros autores, como Macbride, lo reducen a una nueva sensación desagradable producida por la acción de estímulos de carácter perjudicial. Pero tampoco el dolor se agota en este reduccionismo, pues como dice López-Ibor, "existen dolores que se producen en el organismo sin estímulo periférico que los desencadene".²

Cada una de estas hipótesis tienen un núcleo de verdad, de una verdad incompleta que no acaba de hacer diana en el complejo blanco de las explicaciones suficientes.

En cualquier caso, la experiencia álgica se manifiesta como un fenómeno complejo en el que se dan cita muy diversos acontecimientos.

El dolor es, además de una reacción estimular, un modo de expresión

1. *La chirurgie de la douleur*, 2.^a ed., Masson, París, 1940, pp. 39-40.

2. J. J. López-Ibor, *La angustia vital*, Paz Montalvo, Madrid, 1969, p. 601.

en el que queda patente el sujeto que sufre. Lo objetivo de la sensación dolorosa —lo encarnado de la misma— queda revestido en el hombre con el ropaje afectivo y personalizado que le caracteriza. Pero observemos más de cerca algunas de las hipótesis que sobre el dolor se han emitido.

Psicofisiología del dolor

Para algunos psicofisiólogos el dolor sería una consecuencia de los estímulos atemorizantes innatos, es decir, de aquellos estímulos capaces de producir miedo sin un aprendizaje previo o especial, en relación con su carácter peligroso o nocivo.

En la teoría watsoniana del miedo se distingue bien entre el dolor (como miedo innato) y los otros tipos de miedos adquiridos. Pero esta distinción no es tan simple como puede suponerse a primera vista. Pues si bien es verdad que no hay un recuerdo puro del dolor, en sentido estricto, no es menos cierto que toda experiencia dolorosa deja un recuerdo importante, no en cuanto que dolor, sino en tanto que experiencia dolorosa.

Esa huella de la experiencia álgica no puede interpretarse como algo innato, sino adquirido. Y en tanto que adquirida puede condicionar —condiciona de hecho— determinados tipos de actitudes frente a nuevas situaciones dolorosas.

Como dice Gray, "resulta evidente que la teoría de Watson, que reducía todos los estímulos atemorizantes innatos al ruido intenso, pérdida súbita de apoyo y dolor, era demasiado simple".³

La experiencia dolorosa es mucho más rica y compleja que la mera sensación de dolor. Esta afirmación, lejos de ser gratuita, ha recibido suficientes confirmaciones neurofisiológicas.

Las formaciones reticulares mesencefálicas situadas en los sistemas periventriculares a donde van a parar las fibras del haz espinotalámico, están específicamente comprometidas en la provocación del dolor, como demostró Olds con sus estimulaciones de castigo por medio de implantación de electrodos en esas regiones. Lo mismo cabe afirmar de los núcleos intralaminares y centromediano correspondientes a la porción talámica del S. R. A.

Pero existen otras estructuras responsables del componente afectivo del dolor. Es el caso del sistema límbico, cuyo bloqueo por sustancias

3. Jeffrey A. Gray, *La Psicología del miedo*, Ed. Guadarrama, S. A., Madrid, 1971, p. 19.

como la morfina y la petidina, atenúan las resonancias afectivas que acompañan a los estímulos dolorosos.⁴

De otra parte, la lesión de los lóbulos frontales, aunque no incapacita al enfermo para sufrir la sensación dolorosa, sí que modifica el modo en que aquella es vivida. Una vez que se ha producido esta lesión el enfermo continúa percibiendo la sensación dolorosa, pero se muestra ahora indiferente con relación a esas sensaciones. En la intimidad de estos enfermos, apenas si resuena con la intensidad acostumbrada la experiencia dolorosa. La atención que, ordinariamente, era fuertemente atraída por la sensación dolorosa, se hace ahora como impermeable a esa experiencia.

En otro orden, algo parecido acontece cuando se lesionan los lóbulos parietales.⁵ Sucede, entonces, que la inquietud y la tendencia a la evitación del dolor —respuestas casi reflejas a los estímulos dolorosos— no se producen. A pesar de este silencio respondente, el sujeto continúa sintiendo el dolor, produciéndose en ocasiones respuestas paradójicas consistentes en que el enfermo busca el estímulo doloroso en lugar de evitarlo.

Por todo ello parece que los componentes subjetivos de la experiencia dolorosa van imbrincados o entreverados con aquellos otros, más objetivos, de la percepción álgica.

La corteza cerebral tendría la función de gobernar no sólo la percepción dolorosa, sino además las actitudes, las disposiciones y las posturas —el talante, en una palabra— que enmarcan el escenario de la conducta respondente a la situación dolorosa.

La corteza sería, en definitiva, la responsable de los aspectos intencionales, cognitivos y motivacionales concurrentes en el dolor humano que, desgraciadamente, todavía no son suficientemente conocidos. El sistema límbico se responsabilizaría del dolor-sentimiento, ampliando o restringiendo el eco afectivo que toda sensación dolorosa desencadena.

A la formación talámica del S. R. A. A. y a las formaciones reticulares mesencefálicas, corresponden el control del grado de intensidad y de la cualidad de la percepción-dolor-sensación, elicitada por la estimulación dolorosa.

La personalidad queda también comprometida en toda experiencia dolorosa, modelando el modo de respuesta, desde la síntesis unitaria que realiza a través de la totalidad de las estructuras nerviosas referidas.

4. A. Soulairac y cols., "Effects of Pain and of Several Central Analgesics on Cortex, Hippocampus and Reticular Formation of Brain System", *Int. J. Neuropharmacol.*, 6, 71-81, 1967.

5. R. Willet, "The Effects of Psychosurgical Procedures on Behaviour", en Eysenck, H. J. (dir.), *Handbook of Abnormal Psychology*, Londres, 1960, pp. 566-610.

El dolor como tendencia

Desde la teoría de la motivación, el dolor puede definirse como una tendencia de evitación que surge de esa necesidad imperiosa del organismo a escapar del malestar e intolerancia producidos por una lesión determinada. Sería, pues, una tendencia aversiva fisiológica, consistente en reducir el sufrimiento del organismo, eludiendo la situación dolorosa.

Como tal tendencia fisiológica es innata, aunque el modo en que se lleva a cabo puede depender de un cierto aprendizaje. Es decir, hay aspectos tendenciales objetivos en las respuestas dolorosas que son innatos, y aspectos tendenciales subjetivos cuya plasticidad está en función de las influencias aprendidas. Pero más que una tendencia, propiamente dicha, el dolor es la causa de esa tendencia; su razón, más que su consecuencia.

El dolor es lo que impulsa al organismo a la acción de huir, sosteniendo la dirección de esa acción, hasta que desaparece el estímulo.

En este modo de conducirse hay aspectos reflejos —en los que casi no conviene hablar de conducta motivada— y aspectos subjetivamente elaborados, dependientes más bien del modo en que se ha aprendido el control motivacional.

Unas y otras formas de reaccionar tienen su correspondencia en estructuras neurofisiológicas, de las que dependen, aunque en la facticidad de la experiencia se den completamente ensambladas.

Por el polo motivacional y subjetivo, la experiencia dolorosa se abre a una multiplicidad de formas de vivir esa experiencia. Esas motivaciones pueden sufrir metamorfosis muy diferentes, de modo que, en cierto modo, contribuyen, poderosamente, a la transformación de la vivencia dolorosa.

Sobre la motivación primaria de la conducta álgica puede suponerse una motivación secundaria —intencional, finalista, teleológica y con sentido— que reelabora la vivencia dolorosa y hace que ésta tenga otros contenidos capaces de trascender lo meramente sensitivo, situacional y afectivo.

El dolor-sentimiento y el dolor-sensación

Lo dicho más arriba me obliga a hacer una distinción necesaria: la del dolor como sentimiento y la del dolor como sensación. Ya Lipps en 1926 supo distinguir entre *Gefühl* (dolor-sensación) y *Empfindung* (dolor-sentimiento).⁶

6. Th. Lipps, *Von Fühlen, Willen und Denken*, Leipzig, 1926.

Hasta aquí me he ocupado del dolor como sensación; observémoslo ahora desde la vertiente pática.

El dolor-sentimiento es una emoción que surge de la vitalidad cuya temática está afectada.

El contenido de la vivencia dolorosa es el sufrimiento, un estorbo del yo en el que se hace patente el aislamiento de nuestra existencia personal.

“La esencia del dolor —escribe Buytendijk— reside en que desorganiza la intimidad del hombre en toda su estructura vital y psíquica...; (la manifestación de que) la vida oculta en sí misma la posibilidad de convertirse en su propio enemigo (...) El dolor es el más real, inevitable e innegable, que desde dentro sale al encuentro de la vida, la inhibe y la amenaza.”⁷

Junto a este esfuerzo del estímulo doloroso que agujonea nuestra existencia cuestionándonos desgarradamente acerca de ella, de su sentido y finalidad, conviene no olvidar que hay otros componentes objetivos que van subsumidos en aquél y que son como el esqueleto, el andamiaje orgánico en que tal vivencia hunde sus raíces y se entrelaza sin que sea posible una exacta distinción.

El dolor es lo que muda la vida de experiencia agradable en desagradable. La eclosión del dolor surge repentinamente para poner en duda el sentido de la vida, y encaminarnos hacia cuestiones existenciales más penetrantes y auténticas, de modo que actúa como provocador de un encuentro con la vida hecha, rutinaria e inauténtica.

Decía Eckehart que “la cabalgadura que con más rapidez conduce a la perfección es el sufrimiento”. No hay que ver en esta máxima el tono pesimista y casi maniqueo de quien considera la vida menos como un don, que como un castigo, una culpa o una condena. El místico quiere denunciar con esta proposición el carácter que de perfectibilidad tiene el dolor sobre la vida humana, casi siempre reificada en una sucesión de momentos monótonos y sin relieve.

El dolor constituye un poderoso estímulo para sacarnos de nuestra indiferencia. En este sentido, el dolor es lo que nos libera de la esclavitud de pensar que la vida es el supremo bien, abriéndonos a los dilatados horizontes del espíritu. La experiencia dolorosa es la puerta por donde penetrar en una crisis veritativa, que cada uno ha de resolver personalmente.

7. F. J. J. Buytendijk, *Teoría del dolor*, Ed. Troquel, Argentina, 1965.

El dolor en psicopatología

El dolor empapa buena parte del quehacer clínico psiquiátrico. De la simulación a la neuralgia del trigémino (en que el dolor es a veces insufrible), de la neurosis hipocondríaca al síndrome hiperestésico-emocional posconmocional de los traumatizados craneales, de las migrañas y cefaleas a los sentimientos disfóricos y distimias depresivas, todo el vasto y polimorfo escenario clínico está transido de la experiencia dolorosa.

El latido del dolor —como el de la angustia— martillea hoy en muchos enfermos mentales. En unos esta sensación palpita soterrada bajo la carne. En otros, se metamorfosea en formas de sentimientos apenas encarnados. En muchos, sin embargo, unas y otras formas de presentarse el dolor, aparecen ensabladas, y es casi imposible su distinción.

Su interés en la actualidad es todavía de mayor importancia, por cuanto han disminuido los niveles de tolerancia álgica en el hombre contemporáneo.

Como escribe Alonso-Fernández, "el epicureísmo es la filosofía del hombre tecnificado. Por eso se han impuesto en él la excesiva preocupación por el cuerpo y el miedo al dolor y al sufrimiento. **La morada corpórea del ser aparece como algo más importante que el ser.**

El miedo al dolor y al sufrimiento que campea en la sociedad contemporánea, a mi forma de ver, procede de dos raíces: por una parte del epicureísmo, por otra, de los propios beneficios aportados por la técnica. El hombre de hoy, gracias sobre todo a los progresos de la anestesia y de la analgesia, está mucho menos familiarizado con el dolor que sus antecesores. Por eso lo teme mucho más. La algofobia constituye una verdadera plaga social".⁸

Este carácter de insoportabilidad dolorosa —una característica no necesariamente dependiente del tipo de dolor, sino más bien del modo en que el hombre vive su dolor— prepara el camino para que el hombre se arroje en las toxicomanías más diversas, hoy desgraciadamente tan frecuentes. Pero además, el dolor constituye el subsuelo donde se cimentan muchas alteraciones psiquiátricas. El dolor, como sentimiento sensorial que es, modifica, remueve y altera el fondo vivencial del enfermo, atemperando la orquestación de reacciones vivenciales de fondo (*Hintergrundreaktionen* de K. Schneider), que surgen ante situaciones anodinas y sin importancia, pero con una carga patológicamente importante. Muchas de las reaccio-

8. F. Alonso Fernández, *Fundamentos de la Psiquiatría Actual*, Ed. Paz Montalvo, Madrid, 1969, tomo II, p. 76.

nes anómalas a la vivencia de la enfermedad tienen su origen en esta alteración del fondo vivencial, por fuerza de una resonancia dolorosa, sensorial y afectiva.

Y, sin embargo, no siempre se transforma el dolor en el eco pregonero cuya voz es ampliada en la caja de resonancia de la afectividad.

En otras ocasiones el dolor no sólo no amplifica el componente afectivo que lo acompaña, sino que le impone una sordina silenciosa, haciendo que pase inadvertido. Es el caso, por ejemplo, de algunos tumores cerebrales en sus fases iniciales. El silencio pático traiciona la gravedad del cuadro clínico al que enmascara. El enfermo habla de sus sufrimientos como si fuera otra persona distinta de él, quien los sufriera. Informa objetivamente, más aún, imperturbablemente, casi con indiferencia. Como si hubiese una lejanía insalvable entre sus sufrimientos y sus sentimientos. Tan escasa es la participación emocional, que el médico puede confundirse, e interpretar aquel cuadro como un mero agotamiento nervioso o como un estado neurasténico-hipocondríaco; incluso como un intento de simulación dolorosa.

Contrariamente, la sintomatología dolorosa que otras veces acompaña a los tumores cerebrales es, a este respecto, extraordinariamente resonante. Es el caso de los tumores que afectan por ejemplo, el núcleo ventropósterolateral (uno de los núcleos más importantes en el relevo de las vías sensitivas) en los que los fenómenos dolorosos se prolongan y agigantan, expresándose, extraordinariamente, en la vertiente afectiva de la personalidad (síndrome de Dejerine-Roussy).

Para una fenomenología del sufrimiento humano

La distinción entre el dolor-sensación y el dolor-sentimiento, a pesar de su riqueza, no consigue contestar la pregunta inquisitiva acerca del dolor.

La cuestión antropológica, ¿qué sentido tiene el dolor para la vida humana?, se repite como un eco insistente y reiterativo.

La pregunta cuestiona desde el horizonte del deseo de encontrar un sentido, gracias al que la existencia dolorosa quede elevada por encima de sí misma en forma de una actitud trascendente, ante la que palidezcan el sinsentido, la absurdidad y el vacío del dolor.

El acceso a esta búsqueda de sentido del sufrimiento humano supone zambullirse y bucear, fenomenológicamente, en las aguas profundas de estas experiencias. Una tarea que tal vez se facilita si consideramos dicha experiencia en relación con su opuesta, el placer.

He aquí ensamblados estos dos aspectos de la experiencia álgica.

Como dolor-sensación conviene tener en cuenta la intensidad del estímulo que suscita esta experiencia, el umbral de sensibilidad del receptor, las diferencias interindividuales de sensibilidad, las alteraciones somáticas que se ponen en marcha (sudor, temblor, náuseas, modificaciones del tono vasomotor, de la pupila, de la presión arterial, etc.), pudiendo interpretarse todo este cortejo como un reflejo de retirada o de evasión.

Pero considerado en tanto que dolor-sentimiento, debemos atender a otros aspectos no menos importantes, como el estado pático del sujeto, su nivel de conciencia, la carga emocional con que se recibe, las motivaciones implicadas en cada caso, las experiencias sufridas anteriormente, la personalidad del sujeto, e incluso la connotación significativa que las circunstancias socioculturales de ese momento proyectan sobre estos sentimientos.

En cuanto que es una sensación, el dolor tiene un movimiento **centrífugo** que arroja la vida humana exponiéndola al mundo que lo rodea; en cuanto que sentimiento, nos liga a la vivencia del cuerpo propio —movimiento **centrípeto**— y hace que nos repleguemos a los límites epidérmicos propios.

Dolor y placer constituyen dos estados del yo, dos formas de ser en el mundo. Ambos hacen referencia a circunstancias situativas, aunque de formas muy diferentes.

En el placer, como en el dolor, el hombre establece una cierta dependencia de los estímulos que le rodean, pero esta articulación varía mucho de una a otra experiencia.

El placer es la resonancia reactiva a una situación estimular. La dependencia contraída con el estímulo placentero es mayor que en el dolor. La experiencia, sin embargo, también está enraizada en la corporalidad, pero de forma más volátil y huidiza. La experiencia placentera se vive en el cuerpo, pero en tanto que éste continúa unido al estímulo que pone en marcha aquella experiencia. En este sentido cabe afirmar que el estímulo placentero mediatiza más la experiencia placentera, que el estímulo doloroso, la dolorosa.

El placer puede originarse en otros estratos de la personalidad. La contemplación de un paisaje, la emoción ante una obra de arte, el arrebataamiento y la excitación del espíritu ante los sonos acompañados de un concierto, son ejemplos de ello. Pero en todas estas experiencias, por diversas que sean, hay siempre una participación corporal, un modo de colaboración que objetiva esas situaciones.

En la experiencia dolorosa acontece otra cosa. La participación de la corporalidad aquí es más importante y distinta. El hombre está más in-

cluido y penetrado por la misma actividad respondente. El automatismo de los estratos biológicos inferiores es más radical y descontrolado. La entrega del hombre a la situación, más comprometida. El abandono en la experiencia dolorosa es casi automático. Ante el dolor —que en última instancia, no puede dejar de ser nada más que *mi dolor*—, el hombre que yo soy resulta siempre alcanzado, zarandeado. No es posible impermeabilizarse ante esa experiencia. En el caso del placer sí que el hombre puede distanciarse o al menos poner un límite a sus resonancias participativas.

El dolor sobrecoge de un modo más penetrante que el placer. En la experiencia placentera hay una especie de sobreaviso, una cierta anticipación que en muchas ocasiones hace que se busque conscientemente.

En el dolor las premoniciones no son tan constantes, y cuando preludian a la experiencia dolorosa propiamente dicha, se viven como amenazas y desconocidas, como algo sombrío que no desearíamos que llegase nunca. El dolor, en condiciones normales, jamás se desea. El placer casi siempre, aunque sea de forma tortuosa, soterrada e inconfesable. Y hoy más que nunca, al haberse instalado el hombre en la cresta de esa gran ola del hedonismo.

En el dolor algo sobreviene de forma súbita e inesperada. El niño que se pincha mientras distraídamente juega con un objeto punzante, tras unos segundos de sobrecogimiento, prorrumpe en un llanto asfixiante.

El dolor es más concreto y objetivo, el placer más abstracto y subjetivo. El placer está menos encarnado y más diversificado, en función del grado y de la diversidad de los órganos que en él participan. El dolor es más homogéneo (a pesar de las distintas modalidades que puede adoptar en el variado espectro formal con que es percibido) y hunde sus raíces más profundamente en la corporalidad.

El placer no sólo no destruye las relaciones del hombre con su cuerpo, sino que las amplía— desde la eclosión del hormigueo de la dicha, de la sonrisa y de la carcajada—, y las traspasa por encima, como manifestación del señoreamiento de una cierta armonía.

El dolor desorganiza esas relaciones del hombre con su cuerpo. Más aún, las entorpece, obstaculiza y hace disarmónicas.

En el placer el hombre se desentiende de su cuerpo; con el dolor el hombre toma conciencia de su cuerpo. En el placer hay una cierta liberación y fuga de la corporalidad, que se percibe como ingrávida y ligera. En el dolor la corporalidad se percibe como impuesta, como un pesado fastidio atenazante frente al que uno no es dueño de sí y que obliga a capitular. Con el placer el cuerpo se abre a nuevas e ignoradas cordilleras de los sentidos. En el dolor el cuerpo se repliega sobre sí mismo, y se hace

hermético para todo lo que no sea su mismo cuerpo, incluido en aquella situación.

El placer nos abre a un mundo menos personalizado y más diversificado. El dolor en su clausura nos permite otra apertura más desconocida: la de nuestro cuerpo como límite, como lugar ignorado y que, sin embargo, a todas partes nos acompaña.

Al dolor nos entregamos irremediabilmente, el placer se nos entrega de modo mediato y circunstancial. El dolor nos sobreviene, al placer arribamos. La mediatez incircunscrible del placer contrasta con la inmediatez circunscrita del dolor. Hay placeres anónimos, niveladores, despersonalizados. El dolor es siempre singular, intransferible, irreplicable y personalizado.

El dolor se tiene en sí mismo y de sí mismo. La compasión, como elemento subjetivo que acompaña en ocasiones al dolor, puede ser de sí mismo o de otro, pero no se siente como un zarpazo en uno mismo. El placer se tiene en parte en sí mismo y se obtiene en parte de otro —más por otro que por sí mismo—, pero jamás de sí mismo (la complacencia narcisista en sí mismo es siempre en sí mismo y no de sí mismo). Los aspectos subjetuales del dolor son, sin embargo, ambivalentes y nada específicos. Así, por ejemplo, el llanto puede ser una manifestación subjetiva de dolor, pero también de emoción, de dicha, de alegría o de placer. Lo mismo acontece con la risa.

Lo subjetivo puede enmascarar y tergiversar lo objetivo, puede traducir traicionando la objetividad. Sea como fuere los elementos subjetivos comprometidos en estas experiencias, tienen mayor poder metabólico en la experiencia placentera que dolorosa.

Sucede que esos elementos subjetivos están contrabalanceados por aquellos otros, más objetivos, que concurren simultáneamente en esas experiencias. Y en las experiencias placenteras —ya antes lo hemos indicado— hay como una participación lejana de esos elementos objetivos, por cuanto al hombre se le hace la vida más llevadera, tanto que casi le es connatural un cierto olvido de ésta, de sí mismo, y de su corporalidad.

De ordinario, se admite que siendo nuestro cuerpo el compañero inseparable que a todas partes nos acompaña (una realidad enormemente próxima a nosotros), obviamente debería sernos familiar y conocida.

Pero la realidad es muy distinta, tanto, que somos viajeros que caminamos con nuestros compañeros los cuerpos, sin apenas intercambiar con ellos algunas que otras palabras.

Precisamente es el dolor, en muchas ocasiones, el que rompe este silencio y toma la iniciativa en el diálogo que se interrumpió, allá lejos, hace quizá tanto tiempo.

En medicina se ha definido la salud como el silencio de los órganos, como un vacío de sonidos corporales que hace que la corporalidad se sienta más ligera y volátil, casi ingravida. En oposición a la salud, la enfermedad grita la presencia del cuerpo, el modo en que éste se nos hace presente, reclamando nuestra atención, que casi siempre le hurtamos. El dolor viene a recordar al hombre lo limitado de su ser, proyectándole hacia sí mismo, haciendo que se tome a sí propio como lo más importante de las tareas, mientras se hinca la atención en la carne dolorida.

El dolor nos lleva por las angosturas de un camino zigzagueante y poco carretero desde el que se divisan también nuevos horizontes, desconocidos hasta entonces: los recortados límites de las cordilleras y murallones de la corporalidad.

El placer, por el contrario, sitúa al hombre en la llanura de la vida fácil, donde el sentimiento de frescura vital pone acentos de desenvoltura y despreocupación corporal. En el placer hay un cierto olvido de la dimensión encarnada del existir humano. En el dolor un subrayar esa dimensión, hasta quedar del todo enfatizada.

Con el dolor la vida se reviste de angulosidades y relieves. Por eso el miedo al dolor —antes de que éste haga su aparición— se alimenta de la fantasía, de una fantasía ahora encarnada, que teme suceda ya lo peor.

Hay en el miedo al dolor una especie de presentimiento que preanuncia otros modos de vivirse la corporalidad. Acontece aquí algo parecido a lo que sucede con el pensamiento mágico. El hombre primitivo considera que sus temores irracionales hacia algún objeto, no sólo no alejan ese objeto sino que lo atraen y lo aproximan.

El temor vago se agiganta y metamorfosea en fobia para devenir en obsesión cristalizada y persistente. El miedo al dolor físico puede también deslizarse en la corporalidad y encarnarse allí como un sentimiento parásito y obsesionante. Ciertas preocupaciones hipocondríacas pueden ser comprendidas por esta vía. Cualquier pequeño sentimiento corporal resuena como un eco amenazante en la amplia orografía de la vitalidad. La existencia se torna plomiza, pesada, preocupante. La conciencia se agiliza y afila, mientras la atención anda a la escucha de cualquier sonido corporal. Todo es fuente de preocupación, de problematización, a la vez que se abandonan las ocupaciones de siempre. Rendir o no en el trabajo profesional apenas ya si interesa. Los proyectos se posponen y pierden su brillantez primera. El claroscuro y la pesadumbre acaban por adueñarse y enseñorear el horizonte en el que debe desplegarse la existencia personal, cercándola con sus cadenas de zozobra y desánimo.

La vida toda queda así apresada en el cepo de los acordes desacom-
pasados de esta sinfonía vital hiponcondríaca.

El dolor imaginario del enfermo imaginario ha conseguido transfor-
marse en un dolor objetivado y ambiguamente encarnado. Todo se per-
cibe como si fuera doloroso. Y este como si mantiene a raya a la vitalidad
desde lo provisionalmente amenazante.

El miedo al dolor asfixia la vida, la empobrece y la degrada a un
mero como si la vida fuera insufrible, que andando el tiempo, puede ha-
cerse realmente insufrible, penosa e insoportable.

El placer disuelve la autoconciencia, la anestesia y entontece con su
melodía de sensaciones caleidoscópicas. El dolor, por el contrario, la des-
pierta y agiliza, haciéndola penetrante y sutil, siempre que aquél no tenga
una intensidad desorbitada. El dolor es el banco de pruebas de la exis-
tencia humana, el fuego de la fragua donde ennoblecerse y templarse
como los buenos aceros. Y, sin embargo, para los hombres frágiles y pusil-
ánimes, el dolor puede ser la ocasión de su desmoronamiento definitivo.

El dolor autentifica y singulariza; el placer nos hunde en el anonimato
del igualitarismo colectivista. Y..., sin embargo, el médico debe ahorrar
al enfermo, siempre que pueda, el someterse a esta experiencia. Pero en
aquellas ocasiones en que los tratamientos resulten impotentes, el médico
está también obligado a poner en las alforjas del peregrino doliente un
poco de este bálsamo, que aliviándolo, le ayuda a encontrar un sentido
para su dolor.

BIBLIOGRAFÍA *

1. ADLER, R., GERVASI, A., HOLZER, B., y HEMMELES, W.: "The relationship between perceptual style (quantified as field-orientation) and pain tolerance (submaximum effort tourniquet technique). II. The influence of an anxiolytic agent on this relationship". En *J. Psychosom. Res.*, en prensa.
2. BARRAQUER BORDAS, L., y HANE CARENCA, F.: *El dolor*, Paz Montalvo, Madrid, 1968.
3. BONICA (ed.): *International Symposium on pain*, Nueva York, 1974.
4. BUYTENDIJK, F. J. J.: *Über den Schmerz*, Huber, Berna, 1948.
5. CRUE, B. L.: *Pain suffering*, Springfield, Thomas, 1970.
6. DAVIDSON, P. O., y MCDUGALL, C. E. A.: "The generalities of pain tolerance", *J. Psychosom. Res.*, 13, 83-89, 1969.
7. ENGEL, G. L.: *Pain. Signs and Symptoms*, chapt. 3 (C. M. MacBryde, ed.), 5th Ed. Lippincott, Nueva York, 1969.
8. FRANKL, V. E.: *Homo patients*, F. Deutick, Viena, 1950.
9. FRANKL, V. E.: *Ein Psychologie erlebt das Konzentrationslager*, Verlag Für Jugend und Volk, Viena.

* Esta breve bibliografía transcrita, intenta mostrar solamente algunas de las publicaciones que sobre el problema del dolor se han emitido por los distintos investigadores. Naturalmente, ellas exponen algunos de los puntos de vista que sobre esta cuestión se tienen en la actualidad.

10. GARCÍA SANCHO: *Dolor. Diagnóstico y tratamiento*, Interamericana, Madrid, 1974.
11. GEBSATTEL, F. VON: *Prolegomena, zur einen medizinischen Antropologie*, Springer, Berlin-Göttingen-Heidelberg, 1954.
12. JANZEN, ed.: *Pain. Basic principales, pharmacology, therapy* (International Symposium on pain, 1969), Thieme, Stuttgart, 1970.
13. LIPPS, TH.: *von Fühlen, Wollen und Denken*, Leipzig, 1926.
14. LIM, R. K. S.: "Neuropharmacology of pain and analgesia", en *Pharmacology of pain*", Pergamon Press Oxford, 1968.
15. MELZACH, M., y WAAL, P. A.: "Pain mechanism: anew theory", *Science*, 150, 1965.
16. MORGAN, W. A., y ENGEL, G. L.: *The Clinical Approach to the patient*, Saunders, Philadelphia, 1961.
17. MURRAY, F. S., y SAFFERSTONE: "Pain threshold and tolerande of right and left hands", *J. comp. Physiol. Psychol.*, 71, 83-86, 1970.
18. PETRIE, A.; COLLINS, W., y SOLOMON, P.: "The tolerance for pain and for sensory deptivation", *Am. J. Psychol.*, 73, 80-90, 1960.
19. PETRIE, A.; COLLINS, W., y SOLOMON, P.: "Pain sensitivity, sensory deprivation and susceptibility to satiation", *Science*, 128, 1431, 1958.
20. PETRIE, A.: *Individuality in pain and Suffering*, University of Chicago Press, Chicago, 1967.
21. STERNBACH, R. A.: *Pain. A Psychophysiological analysis*, Acad. Press, Nueva York, 1968.
22. TRIGG, R.: *Pain and emotion*, Oxford, Clarendon Press, 1970.

Dirección del autor:

A. M. POLAINO-LORENTE
Prof. Agregado de Psicopatología
de la Universidad Complutense
MADRID (España)