
EL DOLOR EN “EL DOLOR DE MARÍA”

ANABELLA BARRAGÁN SOLÍS

A Miriam Magali

A MANERA DE INTRODUCCIÓN

Aliviar el dolor ha sido una de las principales preocupaciones humanas; para ello se han constituido múltiples estrategias de atención de las que se han hecho cargo los diversos grupos sociales y las distintas personas constituidos en curadores. En torno a la experiencia dolorosa se ha desarrollado un sinfín de representaciones acerca del significado de su causalidad, las relaciones subjetivas con éste y las manifestaciones corporales que lo denotan.

Un fenómeno relativamente nuevo ha aparecido en el mundo a partir de los años setenta, el dolor crónico, que visto desde los datos epidemiológicos indica un incremento significativo en las enfermedades llamadas crónicas y crónico-degenerativas. Estas enfermedades aparecen en individuos y grupos con características sociales, económicas y culturales específicas, y son producto de las condiciones reales de vida. En la mayoría de estas enfermedades: osteoartropatías, cefaleas, dolores post-traumáticos, cáncer, enfermedades vasculares, neuropatías virales y neuralgias, entre otras, el dolor es un elemento fundamental del padecimiento, el que produce una disminución significativa de la calidad de todos los aspectos de vida de las personas afectadas y grados diversos de incapacidad, lo que conlleva pérdida de ingresos y aumento del gasto familiar y social.

Por otra parte, en el contexto biomédico, la construcción diagnóstica del dolor crónico se ve inmersa en una serie de situaciones socioculturales que condicionan la interpretación de los signos y síntomas. En ellos interviene la subjetividad que forma el complejo contexto de representaciones que incluyen no sólo a lo que se considera lo orgánico y lo psicológico de las personas, y a las diversas características y condicionantes del desarrollo de la enfermedad, sino también a los factores socioeconómicos y culturales de los individuos y los grupos sociales involucrados, significativamente mediatisados por las condicionantes de género. Por tanto, la subjetividad y la intersubjetividad son constructores de significados del dolor, que hoy es un problema de salud pública.

Antropología Médica, Escuela Nacional de Antropología e Historia, INAH, México.
Este texto comenta el artículo de José Luis Díaz (2002), “El dolor de María”, *Ludus Vitalis* 10 (18): 149-154. Disponible en www.ludusvitalis.org/debates.

Ludus Vitalis, vol. XI, num. 20, 2003, pp. 213-220.

La respuesta de la biomedicina ha sido crear instituciones especializadas en el diagnóstico y tratamiento del dolor, ya no de la enfermedad, sino de la sintomatología dolorosa exclusivamente. Esta es la tarea de las clínicas de dolor, manejadas por los especialistas en el área, los médicos algólogos. Para darnos cuenta de la magnitud del problema observemos sólo los datos numéricos de una de las clínicas del dolor con mayor concentración de casos en nuestro país, la Clínica del Dolor del Hospital General de México: entre 1991 y 1995, se estableció un promedio de 400 consultas cada mes a pacientes con dolor crónico, que incluyen un promedio de 80 pacientes mensuales de nuevo ingreso, cifras que tienden a aumentar paulatinamente. En el año 1990, se efectuaron más de 4 000 consultas en total; en 1994, la cifra se incrementó un ciento por ciento, con casi 9 000 casos atendidos, cantidad que se ha mantenido de manera más o menos regular hasta el año 2003. Por otra parte, más de la mitad de los pacientes atendidos en esta institución, entre 1985 y el año 2003, han sufrido una dolencia que los aqueja por un periodo de tres meses a un año, y aproximadamente la cuarta parte ha padecido dolor entre año y medio y cuarenta años¹. El dolor crónico se caracteriza por ser resistente a los cuidados biomédicos convencionales, por lo que se hace necesario un tratamiento por medio de técnicas quirúrgicas, recursos farmacológicos y electrónicos especializados, además de estrategias de atención psicológicas, con lo que se logra controlar de manera total o parcial la sintomatología dolorosa.

Ante esta realidad, el trabajo de José Luis Díaz, sobre esa rara enfermedad, “defecto, tara”, de María, nos suscita las siguientes reflexiones.

EL DOLOR EN “EL DOLOR DE MARÍA”

En primer lugar, sorprende que sea una mujer precisamente el personaje que carece de la capacidad de sentir dolor, cuando a nivel mundial se reconoce que en la mayoría de los servicios de salud son las mujeres las principales usuarias, y que por sus cualidades fisiológicas y sociales son las mujeres las que padecen mayores dolencias. María resulta entonces un “fenómeno”; no siente dolor a pesar de ser “una chica muy lista y sensible”, esta última cualidad positiva, deseable para una mujer. Digamos que es normal que una mujer sea sensible, no hay nada de extraordinario en ello, pero además era “muy lista”, si entendemos lista como inteligente y decidida no hablamos de cualquier mujer. Sin embargo, “a pesar de estas virtudes”, tenía “un terrible y misterioso defecto”: era incapaz de sentir dolor. Cualidad deseable por muchos o defecto visto por algunos. El sentido del relato la convierte en una especie de monstruo insensible, amenazador de la norma del ser mujer, fuera de lugar, no completamente humana; ese “defecto” se constituye como un *estigma*, un atributo profun-

damente desacreditador, que al mismo tiempo confirma la normalidad del otro².

Una mujer insensible al dolor, ¿acaso un atributo masculino?; porque nuestra cultura fuerza a los hombres a no sentir dolor, a no hacer caso del dolor, a soportar el dolor, ahí está el ejemplo del boxeo, deporte eminentemente masculino, y el fútbol, por señalar los más populares. Además, se reconoce desde la biomedicina que son los hombres los últimos en atender sus padecimientos; ellos "se aguantan" hasta que la incapacidad los obliga a acudir a consulta médica. No obstante, durante los tratamientos hay marcadas diferencias, condicionadas por las experiencias de vida para afrontar dichos procesos, como se muestra en la siguiente cita:

Los hombres rehuyen mucho más el dolor que las mujeres. Las mujeres tienen un umbral al dolor altísimo, es impresionante, sobre todo las que han tenido hijos, y aun las otras que no los han tenido. Los hombres no soportan tanto el dolor como las mujeres. Tengo yo esa apreciación, en mi experiencia yo me percato de eso. (Entrevista al doctor Carrillo, neurocirujano, en el Hospital General de México, julio 2003.)

En María, su insensibilidad se constituye como un "defecto"; ello la convierte en un ser incompleto, imperfecto. Su "defecto" al decir del autor, se valora como "terrible", que connota lo horrible, espantoso, temible, insoportable, enorme, desmesurado³. Además, de ese "misterioso defecto" no se sabía la causa, a pesar del afán *cuaipatológico* de María por buscar explicación a su extraña cualidad enmarcada siempre en el contexto fisiológico.

"Como es de suponerse, había crecido con grandes dificultades", y a diferencia de las demás personas, los golpes o lesiones le provocaban una sensación intensa, pero no desagradable, de punción, calor o presión, incluso jugueteaba provocándose esas sensaciones, graciosas. ¿Eso que sentía podría llamarse placer⁴?

María estaba negada para el dolor, pero tal vez no para el placer. María aparece progresivamente fuera de lugar, su monstruosidad crece. Ella, *una persona que es mujer*⁵, como nadie más, no huía del dolor, no hacía muecas ni voces extrañas. Para constituirse como parte del resto de los "normales", "creyó durante un tiempo que el dolor era gritar y hacer gestos y se puso a intentarlo y a pesar de sus esfuerzos nunca logró llorar".

¿Por qué era tan necesario para María mostrar a los otros su dolor? La literatura antropológica muestra que el ambiente laboral y social condiciona la representación del dolor y que, de acuerdo con los tipos y formas familiares, dicha representación contribuye a mantener la estabilidad emocional, ya que la incapacitación que genera el dolor así como su duración pueden fortalecer el afecto. Por otra parte, la enfermedad se puede transformar en energía y eficacia, en cambio y dominio, sólo que

en el caso de María la representación del dolor no tenía sentido. ¿Por qué María se esfuerza de manera particular en demostrar “su dolor” con el llanto?

El llanto es un lenguaje de la corporeidad, lenguaje que será leído de manera diferencial si se trata de un hombre o de una mujer, ya que las lágrimas no pueden ser entendidas sin tomar en consideración las demandas de desempeño emocional. Llorar es también una forma de comunicarse, como trabajo emocional tiene un valor muy real y es recompensado de varias maneras, un intento de “motivarse” negativamente a sí mismo y a otros a “hacer algo que controle el llanto”. El llanto forma parte de una dramatización; permite conformar un puente entre las emociones interiores y la manifestación exterior del dolor, además de que debemos tomar en cuenta que tradicionalmente el llanto también ha tenido una cualidad terapéutica o catártica.

En el caso de María, el llanto es fundamental, como lo muestra la narración en su parte final: “gritó y lloró auténticamente”. Raúl Dorra subraya que el llanto es la expresión característica del cuerpo sintiente, expresión-expresión del cuerpo sintiente⁶. María necesitaba el llanto para reflejar que poseía un cuerpo sensible, pero le era imposible llorar precisamente porque carecía de él.

Y como ante todo padecimiento de manera estructural se establecen prácticas de atención, para no parecer un “fenómeno” incluso tomó “una que otra aspirina”⁷ en público”.

M. Zborowski, en 1958, determina que la experiencia dolorosa está condicionada por el contexto social y cultural de pertenencia, en cuyo interior se aprende la significación del dolor, tanto como la manera de manifestar la dolencia ante sí mismo y hacia los demás. Este autor subraya que todo dolor es una unión interdependiente, inseparable, multidimensional, de dos fuerzas humanas que los griegos llamaron *psique* y *soma*; el dolor, por tanto, no es un código simple, estático, universal, de impulsos nerviosos, sino una experiencia que cambia de continuo mientras atraviesa las complicadas zonas de interpretación que llamamos cultura, historia y conciencia individual.

En ese mismo sentido, C. Baeyer (1984) concluye que el lenguaje no verbal en el dolor está determinado por el estado afectivo y la ansiedad. Advierte, además, que las expresiones faciales pueden ser utilizadas como medio de falsificación de los síntomas con el fin de obtener ventajas de este problema.

José Luis Díaz nos sugiere que María falsifica lo que en algología se denomina “*facies de dolor*⁸” con la finalidad de integrarse a la norma. Su “defecto” le impide identificarse ya no con el resto de los humanos, ni siquiera con los animales, pues éstos, a diferencia de ella, sí son capaces de sentir dolor.

En el texto se señala que María percibía una sensación a la que denominó *ersatz*, una especie de sensación de alarma⁹, que incluso alguna vez se tornó “una sensación tremenda de *ersatz*”. ¿Acaso un especial umbral de dolor¹⁰?

Después de una cirugía a la que fue sometida, María “no pudo disfrutar de los efectos de una inyección de morfina”. Su tara la hacía insensible a sus poderosos efectos eufóricos y narcóticos. Ante esta referencia nos permitimos anotar una segunda, que demuestra que María no se perdía de mucho:

...lo que pasa que, del viernes al sábado, como me pusieron morfina pues me quedé totalmente dormida. El sábado sí me sentía algo mareada. Me la inyectaron aquí, en el tobillo. Todo este día me quedé dormida, totalmente. Al salir de aquí íbamos apenas en el Metro y ya me estaba durmiendo... para amanecer el sábado me dolía mucho la cabeza, y la garganta, que también la tengo mal; me dieron ganas de volver, todo el día, pero nada más una vez volví el estómago y fueron puras espumas, y ya ayer ya me sentí mejor. (Entrevista a Orieta, 24 años de edad, con cinco años de evolución de lupus eritematoso, actualmente con dolor en la articulación de ambos tobillos, Clínica del Dolor del Hospital General de México, diciembre 2003.)

A pesar del conocimiento profundo de neurofisiología que había adquirido la ya doctora María, tuvo que afirmar “inesperada y dramáticamente que nada sabía del dolor”. Aquí el autor subraya que la búsqueda de las respuestas a las interrogantes de María no estaban en los intrincados procesos bioquímicos y fisiológicos, y que aun siendo médica, no comprendía la complejidad del dolor. Podríamos poner en labios de María la siguiente reflexión:

...somos médicos, deberíamos llevar una materia que se llamará dolor y desgraciadamente en ninguna facultad de medicina existe una materia así; es increíble, el 95 por ciento de nuestros pacientes que van a vernos a nuestros consultorios, ¡lo hacen por dolor!, dolor de muelas, dolor de estómago, dolor de ojos, dolor de cabeza, dolor de muchas cosas. Los pacientes de dolor son pacientes muy complicados, muy difíciles de ver. Dolor pudiera ser el proceso nociceptivo, exclusivamente fisiopatológico, en el cual se estimula el receptor, que pasa de unas fibras nerviosas y finalmente llega a médula espinal, tálamo, cerebro y hay una respuesta, o se distorsiona. El sufrimiento no es exclusivamente eso, sino es esa parte emocional del ser humano. (Entrevista al doctor Carrillo, neurocirujano, en el Hospital General de México, julio 2003.)

María vivía atormentada por la frustración de no comprender el dolor, de no conocer el dolor a partir de la experiencia. La pena, el sufrimiento de María no era la ausencia de sensaciones dolorosas, sino la carencia de la capacidad de percibir su propio cuerpo, el dolor era la vía por la cual podría acceder al sentido de su vida a través de “la fusión del alma y del

cuerpo en el acto, la sublimación de la existencia biológica en existencia personal¹¹.

Lo visible —señala Merleau-Ponty— es aquello que se capta con los ojos, lo sensible aquello que se capta por medio de los sentidos. No se trata entonces del cuerpo como una entidad fisiológica sino como una entidad pragmática; el cuerpo es en la medida en que se realiza y se concreta o bien en una experiencia o bien en un acto, este último elemento hace que podamos pensar el cuerpo en términos pragmáticos. De esta manera, las sensaciones no son parte de un estímulo fisiológico sino de un estímulo de tiempo y espacio, un estímulo de acción, al mismo tiempo cognitivo, lógico y moral, es decir, lo afectado no es el cuerpo en sí, sino la experiencia o la acción que pone en juego al cuerpo¹².

En María aparece "la corporalidad como el trasfondo sobre el cual se ordenan prácticamente todas las categorías de significación; en el cuerpo se proyecta toda posibilidad de construcción categorial, toda posibilidad de construcción de sí mismo, toda posibilidad de construcción de identidad¹³". María sin dolor es un ser extraño, ajeno, incompleto, sin referentes identitarios, sin cuerpo referencial.

Con todo, María milagrosamente "sanó"; se había curado de esa terrible enfermedad de insensibilidad al dolor; se corrigió el "defecto que le impedía sentirlo", se dio cuenta que era capaz de sentir, además de tristeza, angustia. Y al parecer ella tan "lista" se volvió torpe por un momento (al menos eso quiero creer) y rompió una cafetera de cristal que le quemó y cortó el pie: "sintió una sensación desconocida y terrible en la zona herida. Se tiró al suelo y acuñando el pie con toda delicadeza entre las manos, gritó y lloró auténticamente". ¿Era una mujer auténtica? Lloraba y gritaba tirada en el suelo, estaba en el drama del dolor, había caído en el cuerpo, al fin, un cuerpo sintiente.

COROLARIO

Siempre me ha gustado arreglarme, pintarme el pelo, pintarme los ojos, no, nomás me echo rimel, pero "ahorita" con el dolor, le diré, que no puedo ni usar zapatillas, ni pantalones, ni nada, ando siempre en *pants* por el ardor que le digo que siento, pero a mí no me gusta andar así, yo siempre he andado con pantalones, con zapatillas. Yo quisiera caminar, y es que eso es lo que me ha deprimido; me deprime porque, una, desde abril que he estado en la casa no he dormido. No duermo en las noches, y el dolor, y llorar y llorar, y me revuelco y todo por el dolor; no, pues me deprime porque no me compongo, y tomo esto y tomo lo otro, y veo a un doctor y otro, y no me compongo.

(Entrevista a María, 34 años de edad, paciente de la Clínica del Dolor del Hospital General de México. Con diagnóstico de cáncer cervicouterino, junio 2002.)

NOTAS

- 1 Anabella, Barragán, 1999, *Las múltiples representaciones del dolor: representaciones y prácticas sobre el dolor crónico, en un grupo de pacientes y de médicos algólogos*. Tesis de maestría en antropología social. ENAH. México; 2002, "Dolor crónico: una revisión antropológica", *Clínica Dolor y Terapia*, vol. 1, num. 3, agosto, pp 17-20; 2003, "El cuerpo en la experiencia del dolor crónico: avances", *Memorias del Primer Foro de Investigación Científica*. ENAH (en prensa).
- 2 Irving, Goffman, *Estigma*. Amorrortu editores, Argentina, 1995.
- 3 Grijalbo, *Diccionario enciclopédico*. Barcelona, 1986: 1799.
- 4 Placer: satisfacción, goce que se alcanza con la posesión o contemplación de algo. Sensación agradable. Lo que divierte, sosiega o distrae. Consentimiento o gusto con que se hace algo. Sin trabas, con satisfacción plena (*ibidem*: 1467)
- 5 Como señalan los mixtecos poblanos al determinar a alguien de sexo femenino (Anabella, Barragán, *Santa Catarina Tlaltempan: una mirada antropológica*, 2003, Ms.)
- 6 Raúl, Dorra, 2003 , "Para una semiótica del llanto", en *Primer coloquio sobre el sentido y la significación*. Conferencia, agosto. ENAH. Ms.
- 7 La automedicación es parte de la autoatención, "primer nivel real de atención", ya que ante una dolencia o signo de malestar o enfermedad la tendencia es a procurarse atención sea con estrategias que decide el propio sujeto, o por las establecidas dentro del grupo familiar doméstico, sin la intervención de un curador profesional (véase Eduardo, Menéndez, *Hacia una práctica médica alternativa. Hegemonía y autoatención, gestión en salud*. Cuadernos de la Casa Chata num. 86, CIESAS, México, 1983). Por otra parte, Cathébras (1993) señala la construcción de una homogeneidad cada vez mayor en el uso de medicamentos biomédicos farmacéuticos en todo el mundo. Agregaríamos que se une a ello la actual cultura del "no dolor", donde ante la posibilidad de sentir dolor, y a modo de "prevención", se acude a sustancias analgésicas, con el beneplácito y apoyo de la exitosa industria farmacéutica.
- 8 *Facies de dolor*: depresión de la comisura labial, frente ceñida, ojos opacos, quejidos, sonidos angustiosos, dilatación de la pupila, sequedad de boca, taquicardia, respiración agitada, disnea, sensación de angustia, puede haber lágrimas (información personal de José Luis Gutiérrez, médico algólogo de la Clínica del Dolor del Hospital General de México, 2003).
- 9 "El dolor es una sensación de alarma, es nuestro ángel de la guarda, él nos avisa cuando hay un daño, o posible daño en algún órgano del cuerpo" (información personal Miguel Jiménez, médico algólogo de la Clínica del Dolor del Hospital General de México, 2003).
- 10 Dolor: experiencia sensorial y emocional desagradable relacionada con el daño real o potencial de algún tejido o que se describe en términos de tal daño (Asociación Internacional Para el Estudio del Dolor [IASP], 1973), en David, Morris, *La Cultura del Dolor*. Andrés Bello, Chile, 1993: 17.
- 11 Merleau-Ponty, *Fenomenología de la percepción*, Planeta-Agostini, España, 1994: 103
- 12 Edgar, Sandoval, 2003, "El ojo en la mano. Notas sobre una semiótica de los sentidos," en *Ver y saber. Memoria, acción, proyección*. Memorias del VII Congreso de la Asociación Internacional de Semiótica Visual, ITESM, Campus Ciudad de México, en prensa.
- 13 Raymundo, Mier, "Condenados al sentido", Conferencia dictada el 29 de agosto de 2003, Primer Coloquio Sobre el Sentido y la Significación. ENAH.

BIBLIOGRAFÍA PARA AMPLIAR EL TEMA

- Baeyer, Carl, *et.al.*, (1993), "Consecuences of nonverbal expression of pain: patient distress and observer concern," *Social Science and Medicine* 19(12): 1319-1324.
- Cathébras, Pascal J. (1993), "Doleur et cultures: au delá des stéréotypes", *Santé Culture/Culture Health* X(1-2):229-243. Départament d'Anthropologie, Université de Montréal, Québec.
- Del Vecchio Good, Mary-Jo (1994), "Work as a haven from pain," in Del Vecchio Good, *et.al.*, *Pain as Human Experience. An Anthropological Perspective*, pp. 49-76.
- Lafay, Arlette (ed.) (1992), *La Douleur. Approches pluridisciplinaires*. Paris: Editions L'Harmattan, Ecole Polytechnic.
- Morris, David, (1993), *La cultura del dolor*. Santiago de Chile: Andrés Bello.
- Zborowski, Mark (1958), "Cultural components in responses to pain," in Gartly, Jaco (comp.), *Patients, Physicians and Illness*. Glencoe, Illinois: The Free Press, pp: 256-268.