

## El dolor como “Principium agendi et cognoscendi”

Escribe: GERARDO PAZ OTERO

Desde la antigüedad médicos y filósofos se han ocupado en interpretar psicológicamente el dolor; los primeros tratando de encontrarle su esencia fisiológica, los otros elucidando sus resonancias anímicas. Unos y otros trabajan sobre el hombre, sobre su personalidad, partiendo del hecho real de la diferente situación del paciente que sufre del dolor, del médico que trata de diagnosticarlo para curarlo, y del filósofo que le busca una interpretación psicológica y ética.

Como primera cuestión palpitante surge la finalidad o utilidad del dolor; de inmediato se le ha considerado como un principio universal de conservación de la vida con funciones de advertencia y prevención. Pero las cosas no son tan sencillas como pudiera suponerse; se trata de un complejo proceso que obliga subordinar el interrogante de su finalidad al problema general de la estructura teleológica de todo lo orgánico, que ha motivado serias controversias entre las corrientes mecanicistas, vitalistas y psicoanalistas.

El célebre cirujano alemán Ferdinand Sauerbruch escribió por el año 36, con la colaboración del filósofo Hans Wenke, un ensayo sobre “**Esencia e Interpretación del Dolor**” (Wesen und Bedeutung des Schmerzes), inspirado en la concepción filosófica de Kant de que toda finalidad representa siempre “una manera de juzgar” o sea, un principio de conocimiento que forzosamente conlleva una interpretación subjetiva.

Frente a esta dual interpretación de las causas finales del dolor, objeta Nicolai Hartmann que el concepto de finalidad

pertenece a una órbita distinta, y solo en forma auxiliar se puede trasladar al campo de lo orgánico; porque “lo mismo que la categoría causal para lo orgánico es válida la categoría-finalidad para el dominio de lo anímico, y con ello para las acciones humanas”.

Y aduce Sauerbruch: “El reino de lo orgánico está íntima e inseparablemente unido al mundo anímico, pero a pesar de ello tiene su propia vida, cuya legitimidad no conocemos. De ahí se explica la aspiración de aclarar —por el uno u otro lado— la vida orgánica y sus manifestaciones con los medios de reconocimiento disponibles en cada época. Conocemos simultáneamente interdependencias causales y finales; pero no ambas son exactas en el proceso de la vida. Casualmente aquí se abre la gran laguna de nuestro reconocer: ignoramos el tipo de determinación en el proceso vital, concientizado con representaciones causales o finales que oscurecen el hecho de que lo perteneciente o propio del fenómeno de la vida permanece un enigma metafísico”.

En el caso de una enfermedad el dolor representa un papel muy distinto para el enfermo y para el médico. La misma dolencia se presenta completamente diferente para el sujeto que la padece, y para el médico que la reconoce y trata; lo cual es de gran importancia para apreciar la relación médico-paciente. Frente a este binomio Oswald Schwarz ha introducido el concepto de “estar antropológicamente enfermo”, donde la estricta noción clínica del “cuadro morbosos” se sustituye por la más amplia de “imagen de la enfermedad” que cubre los frentes somático y espiritual simultáneamente, y capta el SER en su estado total existencial.

El dolor mirado introspectivamente, es decir, según la vivencia del enfermo, es un “**principium agendi**”, y contemplado desde fuera por el médico, es un “**principium cognoscendi**”; en el primer caso se tiene en cuenta la finalidad, pues alerta al enfermo para eliminar el trastorno que le indica y buscar la curación; resulta así válida la frase de que el dolor sea advertencia y defensa de la vida.

Para el médico las cosas se presentan distintas, se vale del dolor como necesario medio de diagnóstico diferencial con las salvedades desorientadoras provenientes por proyección, irradiación, reflexión, etc.

Porque el dolor no siempre es un síntoma inequívoco; un fuerte dolor abdominal puede anunciar muy diferentes trastornos, y solo producirá claridad cuando se valoran otros síntomas.

Además, el diagnóstico debe considerar la posición subjetiva de los enfermos: el uno reprime el dolor que debería darle al médico una clara visión; el otro lo describe en modo tal que desfigura el síndrome. No hacemos aquí referencia a aquellos casos especiales de dolores psicógenos, de naturaleza neurálgica, que a menudo aparentan una relación con enfermedades corporales.

En muchas enfermedades el dolor calla; con este silencio le falta al sujeto una motivación para acudir al médico. Hay aquí un verdadero rompimiento de la finalidad del dolor en la conservación de la vida del organismo; pues se trata a menudo de graves y peligrosos trastornos patológicos sobre los que el paciente solo será advertido mediante otros tardíos signos visibles o sensibles, señales de que ya la ayuda —que precoz hubiera producido curación— es ineficaz.

En las enfermedades cancerosas se presenta especialmente esa inadecuada relación entre dolor y enfermedades; al principio las perturbaciones biológicas discurren larvadas, el dolor calla, falta la oportuna advertencia al enfermo para acudir en solicitud facultativa; el silencio se romperá en períodos avanzados de la dolencia, cuando ya toda ayuda quirúrgica es inútil se presentarán atroces dolores que martirizan al enfermo sin ninguna función finalista, han perdido su misión utilitaria alertadora.

Todas estas consideraciones y observaciones sobre el problema de la finalidad biológica del dolor, obligan aceptar la relatividad entre su función "agendi" y su función "cognoscendi".