

Páginas de Filosofía, Año XII, N° 15 (2011), pp. 33-54

CUERPO Y SUBJETIVIDAD: UNA FILOSOFÍA DEL DOLOR

Gonzalo Pérez Marc
Universidad de Buenos Aires

Resumen: Se intenta aquí de dar cuenta del dolor como componente esencial de la subjetividad del cuerpo y participe necesario de una dinámica particular, cuyo resultado es la vulneración de la identidad del sujeto que lo padece. Este es el punto de partida para una teoría de la participación del dolor en el proceso de *despersonalización* del sujeto sufriente, en el que las sensaciones de alteridad y extrañeza respecto de la *narración* de su identidad juegan un papel fundamental: son la exclusión y el aislamiento los que imposibilitan la acción humana, degradando al sujeto sufriente en su mismidad.

Palabras Clave: dolor, identidad, narración.

Abstract: This paper takes pain as an essential component of body subjectivity, as well as a necessary participant part in a particular dynamic that results in the infringement of the aching subject's identity. This is the starting point for a theory of pain's involvement in the depersonalization process that the suffering subject undergoes. In this process, feelings of alterity and estrangement vis-à-vis his or her identity narrative regarding play a cardinal role. It is exclusion and isolation that make human action impossible and degrade the subject in its own self (or in his or her sameness).

Key Words: Pain, Identity, Narrative.

“El dolor es la destrucción del yo en la agonía del cuerpo.”

V. Gebattel

I.

¿Por qué escribir acerca del dolor? ¿Por qué intentar sumergirse en la indescifrable trama del sufrimiento humano? Sin embargo, ¿cómo no hacerlo? ¿Cómo no afrontar la evidencia del padecimiento, de la aflicción a la que el sólo hecho de vivir nos expone? Sin dudas es la experiencia del dolor una de las cuestiones que más incomodan al pensamiento filosófico en su constante propósito de construcción de un “sistema de proposiciones capaz de integrar todas las cosas en un orden inteligible”

[Porée, 1996, p.989]. No se puede explicar el dolor, no se puede comprenderlo sino es desde la más ingrata de las posiciones, su padecimiento. Entonces, ¿cómo dar cuenta de sus diferentes apariciones, de sus significados, de sus mecanismos y consecuencias en la mismidad del sujeto que lo sufre? A menudo creemos que los conceptos que no encuentran una definición clara y concisa, universalmente aceptada, son aquellos que reposan en su indeterminación, quedando “abiertos” a múltiples lecturas. La singularidad del dolor reside en su inexplicabilidad, la cual está dada fundamentalmente por su distribución azarosa, más que por la dificultad de su justificación. Su participación es a nivel del *ser*, tanto en su positividad como en su negatividad: la potencia del *no-ser* -la copresencia de la vida y la muerte- y el *ser-dolor* son estructuras enmarcadas ambas dentro del campo del sufrimiento, partícipes de un juego que involucra al sí-mismo, vulnerándolo y excluyéndolo de su relato de vida. El dolor es *concepto*, remite a su vez a otros conceptos, no sólo en su historia, sino también en su devenir y en sus conexiones actuales. Cada uno de sus componentes puede ser tomado como concepto, todos ellos inseparables dentro de él: *sujeto, alteridad, finitud, enfermedad y muerte* estructuran y modelan la noción del dolor, determinando su *endoconsistencia*.

“El dolor es subjetividad, experiencia común y solidaria irremisiblemente asociada al hombre desde el inicio de los tiempos. Experiencia inconmensurable desde su exterior, intransmisible desde un lenguaje que no sea el que él mismo determina. El dolor iguala, manifiesta la densidad y profundidad del hombre. Es un hecho personal, que hace palpable la condición de *finito* del hombre: aquél que sufre se reconoce como mortal. El dolor es proximidad a la muerte, conciencia de fin que se nos aparece de forma violenta, imprevista. Es signo de humanidad, está en el ser del hombre el sufrir, así como lo está el morir” [Pérez Marc, 2010, p.434]. El dolor es la presencia de la muerte durante la vida, y al igual que ésta se define por su opuesto: sentimos al dolor como dis-placer, lo percibimos como sensación desagradable porque previamente experimentamos una placentera.

Pero el dolor también se edifica desde lo socio-cultural: toda sensación dolorosa nos retrotrae a otra previamente percibida, cada dolor ajeno refiere a siglos de sufrimientos similares. El reconocimiento de esa “cultura” es el primer paso en la donación de sentido y significación de la experiencia del dolor. La filosofía práctica –de la *acción*- debe comprometerse en este movimiento, delimitando el marco de apreciación

desde el que se llevan a cabo las prácticas médicas tendientes al acompañamiento, tratamiento y contención del sujeto sufriente. La clínica médica actual, que es una clínica *de la mirada*, no ha aceptado aún su responsabilidad -su necesidad de dar respuesta- a la cuestión del sufrimiento de aquellos a los que *mira*. Conciente de esta situación -que en mi carácter de médico experimento cada día de mi ejercicio-, trataré de llevar a cabo una hermenéutica del dolor, describiendo las definiciones que construyen nuestras concepciones actuales al respecto, pero entendiéndolas como en un continuo progreso y enmarcadas dentro de un campo al que no puede otorgársele una dimensión fija. “El dolor desborda la lógica, lo racional, el lenguaje” [Negri, 2002, p.161]. Se expresa siempre desde *su* lenguaje particular, atravesado por una doble subjetividad: la que él mismo representa y la que encuadra a la relación entre los agentes por el que este lenguaje circula.

II. Dolor: dualismo y fenomenología.

Es casi una tarea imposible descubrir definiciones del dolor que no se sustenten en una apreciación dualista del concepto. La dicotomía dolor-sufrimiento es la que rige la mayoría de las caracterizaciones. Desde la medicina, se denomina dolor a la “sensación desagradable causada por una estimulación de carácter nocivo de las terminaciones nerviosas sensoriales. Es un síntoma cardinal de la inflamación y es valorable en el diagnóstico de gran número de trastornos y procesos. Puede ser leve o grave, crónico, agudo, punzante, sordo o vivo, localizado o difuso” [Clarós, 1994, p.412]. La definición médica es limitada y contradictoria: no sólo excluye a la dimensión afectiva del dolor –centrándose exclusivamente en la anátomofisiológica-, sino que incluye dentro de un relato meramente objetivo, a la noción de “síntoma”, de pura referencia subjetiva. Esto se opone a una concepción *sintomática* del dolor, que involucre necesariamente a la doble subjetividad de aquél que lo siente y que lo expresa. “Estos dos momentos -el de sensación y el de comunicación- de la experiencia sintomática se afirman en la ambigüedad, contraponiéndose de forma absoluta al signo clínico objetivable. Así, el dolor actúa como síntoma por antonomasia, subjetividad pura enmarcada en la objetividad de la transmisión sensorial. No se puede negar la doble construcción del dolor, sensorialidad y afectividad se integran en una vivencia desagradable, aflictiva, que descubre la densidad del sujeto transformándolo de forma avasallante. Es común denominar “sufrimiento” al aspecto mental,

espiritual del dolor y dejar al “dolor” o “dolor físico” como la expresión de la serie de mecanismos que participan en su fisiología” [Pérez Marc, 2010, p.435]. Según Juan Nasio, existiría el dolor (la transmisión del mensaje nociceptivo en el seno del sistema nervioso) y después sus prolongaciones emocionales. En el caso en que el sujeto dolorido sólo expresara una evocación dolorosa sin lesión responsable de la misma, el dolor se definiría como *psicogénico*, quedando el rótulo de *dolor psíquico* reservado para aquellos dolores más “existenciales” como el duelo. Siguiendo esta línea, Buytendijk distingue al *dolor físico* del *sufrimiento mental*: “la diferencia radica en la actitud interrogativa que surge del sentimiento en sí mismo y no de la intensidad, profundidad o efectos del sufrimiento” [Buytendijk, 1962, p.27]. Al tiempo que el dolor físico reinaría en el mundo de lo somático, el sufrimiento lo haría en el de lo psíquico. Dolor del cuerpo y dolor del alma, dolor físico y sufrimiento, dolor somático y dolor moral, son todos ejemplos de la tendencia que los analistas del dolor han seguido a lo largo de los años.

En occidente, desde la antigüedad el dolor es vinculado con la naturaleza y materializado. Sus causas son las penas de los Dioses, castigos divinos que imponen conductas y dejan enseñanzas. Es Hipócrates el primero en desligarlo de los templos y el Olimpo, estableciendo en su *Corpus* la necesidad de su búsqueda en el cuerpo y el entorno. Con él comienza la investigación científica, que desde sus orígenes verá en la medicina al arte de su aplicación: Galeno describirá al dolor según sus mecanismos y lo definirá en tanto suma de una alteración y una percepción; Claude Bernard enseñará el pensamiento fisiológico. Sin embargo, durante la Edad Media, de mano del cristianismo, la percepción social del dolor retoma la senda del martirio divino: el significado mágico da lugar al religioso¹. Recién en el siglo XV Descartes decreta el divorcio entre alma y cuerpo, construyendo una imagen del cuerpo en términos mecánicos. Aparato poseído y dirigido por el alma, el cuerpo queda confinado “a ser el límite de la individualidad” [Le Breton, 1990, p.68]. Se produce el

¹ Para una genealogía del dolor, véase: Fernández-Torres, B., Márquez, C, de las Mulas, M., “Dolor y enfermedad: evolución histórica. I. De la Prehistoria a la Ilustración”, en *Rev. Soc. Esp. Dolor*, 6: 281-291, 1999; y Fernández-Torres, B., Márquez, C, de las Mulas, M., “Dolor y enfermedad: evolución histórica. II. Del siglo XIX a la actualidad”, en *Rev. Soc. Esp. Dolor*, 6: 368-379, 1999. También Romero-Salinas et al, “El dolor y su significado a través de la historia”, en *Enlace*, Nueva época, Año 4, N°4, versión electrónica, en http://www.organizacionessociales.segob.gob.mx/UAOS-Rev4/el_dolor.html, 2006.

nacimiento del cuerpo occidental, actuante a partir de allí como frontera, límite que marca la diferencia entre un sujeto y el otro. El cuerpo cartesiano se “posee”, no se “es”, la escisión definitiva entre mente y cuerpo queda establecida.

Sin embargo, es el dolor el que pone en aprietos la postulación de tal ruptura: “es notable que Descartes, después de haber introducido en la segunda de sus *Meditaciones metafísicas* una distinción real entre el alma y el cuerpo, regrese en la sexta sobre esta distinción y lo haga justamente a propósito de la experiencia del dolor: el dolor no existiría, escribe, si sólo estuviera «alojado en mi cuerpo así como un piloto en su navío», si no estuviera, por el contrario, «confundido y mezclado de tal forma con él» que «compongo con él un todo único»: pues, «si no fuera así, cuando mi cuerpo está herido no sentiría dolor sino que me apercibiría de esta herida sólo por el entendimiento»; no sería por tanto mía y no me concerniría” [Porée, 1996, p.994]. Así, si alma y cuerpo fuesen entidades autónomas, le sería imposible a Descartes afirmar la realidad de la sensación dolorosa. De hecho, es su padecimiento el que obliga a Descartes a la *unión real* entre ambas. El dolor es una señal corporal de alerta, un artificio para el mantenimiento de la integridad “mecánica”. Aún basándose en una contradicción irresuelta, la teoría cartesiana subsistió a lo largo de toda la modernidad, configurando un dualismo mecanicista que determinó todas las apreciaciones posteriores acerca del dolor y la enfermedad. De éstas son herederos los conceptos de “dolor físico” y “sufrimiento” en sus formas disociadas.

Fue la fenomenología la que desarrolló un marco teórico que permitió una nueva lectura del cuerpo, el sujeto y -en consecuencia- del dolor. Quizás haya sido Merleau-Ponty quien haya impulsado las objeciones más lúcidas al universo cartesiano. En su obra *Fenomenología de la percepción*, el cuerpo es condición misma del hombre, es el sitio garante de su identidad. El cuerpo no es ya “ni el simple efecto de una causalidad natural ni el puro instrumento de una voluntad soberana. En él se anudan y se desanudan las oposiciones de las que Descartes había primeramente hipostasiado los términos” [Porée, 1996, p.994]. El cuerpo fenomenológico de Merleau-Ponty parece ser la consecuencia lógica de ese cuerpo “atípico” al que Descartes se ve dirigido al final de las *Meditaciones metafísicas*. La percepción -mediada por el cuerpo- es la responsable de todo conocimiento del mundo. Para percibir un objeto ya no es necesario “pensar”, es decir, no es necesario recurrir a representaciones de ningún tipo –conceptos, palabras, categorías, etc.-

Tampoco se puede pensar a la percepción como una mera “asociación” de intuiciones simples –a la manera empirista-, no hay tal cosa como “sensaciones” o “átomos” perceptivos que sean recibidos pasiva, inmediata y aisladamente por un sujeto que los une mediante reglas de asociación determinada. Su postura no es asociacionista ni tampoco intelectualista, a la manera de Descartes o Kant: queda excluida la facultad del entendimiento como primordial en la síntesis de los datos perceptivos. No es –para Merleau-Ponty-, imprescindible suponer una actividad intelectual (consciente o inconsciente) para que una cosa nos sea dada, percibida: las estructuraciones del comportamiento corporal son pre-conscientes, pre-intelectuales y pre-lingüísticas. Son hábitos motrices básicos que, en general, no cuentan con “instrucciones” ni indicaciones verbales o conceptuales. Como dijéramos, la actuante es una conciencia inseparable del cuerpo, un cuerpo-conciencia representado en un *yo-cuerpo*; el cual difumina la distinción empírico-trascendental que rigiera a la teoría kantiana. La conciencia es, entonces, un sustrato de habitualidades, mientras que el objeto es un tipo empírico. El sujeto de experiencia es una “conciencia carnal”. Es el cuerpo mismo el que “aprende” hábitos que le permiten la percepción de esos objetos. Son estos hábitos adquiridos² los que estructuran al comportamiento corporal, noción central de esta teoría corporal de la percepción.

Pero esto no es todo: el cuerpo también es “construido” culturalmente por y entre otros cuerpos. La imitación, el “contagio” de habitualidades, incluso las disposiciones arquitectónicas permiten la configuración “en espejo” de nuestro cuerpo con los que lo rodean.³ No hay una *imagen del cuerpo*, sino un *esquema corporal*; la forma en que el cuerpo es sentido no está dada por una imagen psicológica propia, sino que más bien se trata de un cuerpo sintiéndose a sí mismo al moverse. Así, Merleau-Ponty va en búsqueda de una “tercera vía”, en pos de dar cuenta del cuerpo en tanto aquello que no es ni una representación psíquica ni un mecanismo físico. Siguiendo a Heidegger en su concepción del mundo –en tanto “horizonte de acciones”-, el cuerpo no aparece como “una cosa en el mundo”, sino como el término de una relación pragmática con él. Es un conjunto de posibilidades de acción, en el que la cosa es, básicamente,

² Hábitos que han sido adquiridos intersubjetivamente desde la infancia, que son propios de la cultura en la que el sujeto crece y se desarrolla, y que poseen cierta variabilidad individual y cierta plasticidad histórica.

³ Vivimos en nuestros propios cuerpos las conductas de otros cuerpos; existe una *intercorporalidad* de la que los cuerpos forman parte como “los nudos de una red”.

algo que hacer. “El cuerpo adquiere así un lugar privilegiado: es el vínculo de inserción en el mundo, aquél que permite la “humanización” de la conciencia, que abre los campos para la percepción.⁴

Ahora bien, ¿qué es lo que sucede con un sujeto cuyo cuerpo -desde su sensorialidad- es medio absoluto de comunicación con todo lo que lo rodea, cuando siente dolor? ¿Qué ocurre cuando su acceso al mundo se ve velado por la experiencia del dolor? Es fácilmente comprobable cómo aquél que sufre pierde noción de su entorno. El medio se vuelve extraño, hostil, se produce un distanciamiento del sujeto respecto de su mundo pre-dolor” [Pérez Marc, 2010, p.435]. El cuerpo se aplica al espacio y al tiempo y los abarca, midiendo nuestras existencias dolorosas: *poseemos un mundo de dolor*.

Con el movimiento de Descartes a Merleau-Ponty, la filosofía pasa de pensar al cuerpo como algo que *se tiene* a pensarlo como algo que *se es*; más que *tener mi cuerpo, soy mi cuerpo*. El cuerpo deja de ser un extraño a nuestra yoidad y a nuestro ser. La disociación entre “dolor físico” y “sufrimiento” se nos aparece ahora como un imposible. Ambos se entremezclan en un cuerpo-sujeto, desdibujando sus límites, borrando su frontera: no *se tiene* dolor, *se es* dolor.

Sin embargo, este desplazamiento especulativo entre Descartes y Merleau-Ponty no ha ido en paralelo al universo teórico de la medicina. Esta última persiste dentro de un ámbito eminentemente dualista que la rige y determina. El *modelo biofísico de la enfermedad* admite la consideración de la enfermedad en tanto “problema” que afecta sólo al cuerpo que lo padece. *Cuerpo* y no *persona*: el sujeto es aquí el recipiente de una causa patológica -exógena o endógena- de resolución puramente entrópica. Quizás sea ésta una visión extremista o demasiado desesperanzada, pero es seguro correlato de la tendencia dominante en la medicina científica contemporánea y en el inconsciente colectivo de los

⁴ En su *Teoría del dolor*, J. Buytendijk se pregunta acerca de la naturaleza perceptiva o sensorial del dolor. Luego de descartar a la percepción sensorial por no dar cuenta en su real medida del “factor *dinámico*” del dolor -ni de la relación existente entre él y el “centro del individuo-, Buytendijk niega también al dolor como sensación, en tanto no existe en general una correlación real entre la intensidad del dolor y su verdadera peligrosidad. El dolor, según Buytendijk, es la “experiencia de una *performance* del organismo”, una “pasión del espíritu”, más dependiente de la emoción física que de su intensidad. En Buytendijk, F.J.J., *Teoría del dolor*, Buenos Aires, Troquel, 1965, pp. 133-138. Si bien Buytendijk todavía se mueve dentro de una estructura dualista del concepto de dolor, su distinción entre percepción y sensación se diferencia poderosamente de la cartesiana, en la que el dolor es una percepción del alma.

pacientes. Como lúcidamente nota Laplantine, es el discurso biomédico el prevalente en la construcción del particular lenguaje que constituye la relación paciente/enfermedad – dolor/médico. El modelo biofísico/biomédico “es la *negación de la relación de la enfermedad con lo social e histórico*, así como todo lo que escapa a la medida y especialmente a la subjetividad y las fantasías no sólo del enfermo sino también del médico, del deseo (del enfermo y del médico), de la satisfacción (del enfermo y del médico, como lo revela ya el sermón de Hipócrates), en suma, la relación entre el lenguaje, el inconsciente y la cuestión del sentido” [Laplantine, 1999, p.330]. Ante la mirada clínica, el dolor continúa enmarcado en lo físico, en lo corporal. Sólo el psicoanálisis ha sido capaz de dar cuenta de la imbricación entre dolor y sufrimiento, entendiendo a la experiencia dolorosa como un eslabón intermedio entre la interioridad y la exterioridad del sujeto.

III. Dolor: subjetividad e identidad.

“Unido al hombre desde el inicio de los tiempos, el “mundo” del dolor ha sido construido en cada época de forma característica y particular. Cada cultura carga al dolor de significaciones múltiples, condicionando a aquél que lo sufre de diferentes maneras. Palabras, mitos y modelos son participantes activos en la forma de racionalización del dolor que cada individuo lleva a cabo. Es por esto que para que una experiencia dolorosa constituya un sufrimiento en su sentido más pleno, siempre debe comprenderse dentro de su contexto socio-cultural” [Pérez Marc, 2010, p.436]. Únicamente éste es el que da el marco adecuado para la transformación del dolor en una experiencia personal y única. Como bien notara Susan Sontag, el dolor y la enfermedad son siempre artefactos culturales, metáforas.

Desde este encuadre es comprensible que sea la sociedad la que “interprete” la cultura del dolor a nivel individual. La íntima conciencia del dolor amenaza nuestra identidad, ya que implica la reconcentración en el sí mismo y la desatención a los placeres de la vida y a la interacción con el medio. Cuando aparece, el dolor se hace omnipresente. Es el síntoma que “barre” con todos los intereses. En su estado de sufriente, el sujeto ya no es quien era, ya no es *él mismo*. Representa ahora a su síntoma, a una subjetividad extraña y temida. “El dolor es sacralidad salvaje ¿Por qué sacralidad? Porque forzando al individuo a la prueba de la trascendencia, lo proyecta fuera de sí mismo, le revela recursos en su interior cuya propia existencia ignoraba. Y salvaje, porque lo hace

quebrando su identidad” [Le Breton, 1990, p.274]. Lo des-agradable de su aparición se convierte en quien lo sufre en un profundo des-amparo. Íntimamente ligado a la realidad de la naturaleza humana, el dolor afecta al sujeto en su mismidad, modifica directamente al *yo*. Nietzsche se refiere a un *yo* que “habla del cuerpo” y cuya verdadera vida es la del cuerpo sano. ¿Qué sucede entonces con este sujeto nietzscheano abrazado por el dolor o la enfermedad? Sin dudas es comprensible que la historia de vida que lo identifica como sí- mismo atraviese un proceso de des-estructuración y deterioro. El sufriente se ve sumergido en una subjetividad que no sólo va a comprender como “extrañamiento” de *sí*, sino que además va a estipular las bases de su relación terapéutica.

Inscripto casi con exclusividad dentro del ámbito de la medicina, el tratamiento del dolor se sucede en el contexto de una dinámica bidireccional entre quien lo sufre y quien lo trata: la relación médico-paciente. Es el dolor el síntoma esencial de toda enfermedad, aquello que el sujeto padece, es decir, que lo transforma en paciente-enfermo. No hay requerimiento más desesperado por parte de éste hacia su médico que el de supresión del dolor. Así, la objetivación de este padecer del sujeto por parte del médico en el contexto de la subjetividad de su relación, ubica al dolor en el lugar de “nexo” entre objetividad y subjetividad: su sustento en una determinada anomalía orgánica implica la necesidad de una “lectura” y resolución por parte del médico.

“Desde la Ilustración la medicina considera al dolor como una mera reacción sistémica plausible de verificación, medición y regulación. Es la medicina la que determina qué es dolor y qué no lo es -a veces incluso en contraposición de quién lo refiere-, clasificándolo en pos de su tratamiento. Este se llevará a cabo, a su vez, bajo el estricto régimen profesional que regula la práctica clínica. Para poder comprenderlo y tolerarlo, el médico se ve necesitado de incluir al dolor ajeno en un proceso de despersonalización, en el cual ya no lo ve como una experiencia íntima del sujeto que lo sufre en un espacio y un tiempo determinados, sino como la expresión de una falla o deterioro al que hay que reparar o detener. Así es como el universo médico propicia en su conjunto la separación radical entre el *sujeto* al que trata y el *objeto* de su conocimiento” [Pérez Marc, 2010, p.436]. El hombre queda “en suspenso” mientras los médicos se dedican con ahínco al análisis y tratamiento de su dolor. Sin embargo, la práctica profesional evidencia las carencias del sistema: el tratamiento actual del dolor es generalmente ineficaz, parcial e incompleto. Esta incapacidad para dar cuenta del dolor

en todas sus dimensiones que la medicina actual ha demostrado, ha tenido su correlato en el acercamiento masivo por parte de sus pacientes a los diferentes tipos de medicinas no alopáticas.

El establecimiento de la objetividad como rasgo central de la práctica clínica alcanza su punto de mayor contradicción cuando incumbe a la esfera del dolor, mediada por la más pura subjetividad, ya que la primera reposa esencialmente en la observación semiológica –signo-sintomatológica- del sujeto enfermo. Desde el siglo XVIII el síntoma es aquello “más cercano a lo esencial; y es la primera transcripción de la naturaleza inaccesible de la enfermedad” [Foucault, 1963, p.172]. Sin embargo, los médicos -cada vez más próximos a una medicina “de la acción” que a una “de la espera y la escucha”-, persisten hoy en su contradictoria concepción de la enfermedad como una *colección* de síntomas. La resolución de tal incongruencia se da a partir del infructuoso intento de conversión de los síntomas (subjetivos, particulares, esenciales) en meros signos clínicos mensurables y catalogables. Es la medicina del cuerpo y no del hombre, la que se fascina por los procesos orgánicos y las investigaciones tisulares y microscópicas. En el actual convencimiento de los médicos acerca de la vital importancia de la exactitud y la sagacidad en la atención de sus pacientes en donde se cifra la imposibilidad de que el cuerpo doliente deje de significar un mero espacio de disputa entre el saber y la enfermedad. Esto no sólo deriva en una habitual frustración profesional, sino que relega al diagnóstico de los trastornos psicógenos o psicosomáticos a la última línea de las alternativas diagnósticas: la del descarte.

Pero la subjetividad nunca se apoya en una relación dual, sino que define al cuerpo-sujeto-individuo en su totalidad. “El hecho percibido y, de una manera general, los acontecimientos de la historia del mundo no pueden ser deducidos de cierta cantidad de leyes que compondrían la cara permanente del universo; a la inversa, es la ley precisamente una expresión aproximada del acontecimiento físico y deja subsistir su opacidad” [Merleau-Ponty, 2002, p.5]. Es decir, ya no podemos tener la ilusión de acceso al corazón de las cosas, al *objeto* mismo. Debemos reconocer lo subjetivo, lo doloroso como proveniente de un sujeto y no de un objeto. Porque, desde Merleau-Ponty, el cuerpo ya *no es un objeto*. Lo que le impide ser un objeto, nunca estar “completamente constituido, es que el propio cuerpo es aquello gracias a lo que existen los objetos. En la medida que es lo que ve y lo que toca, no es ni tangible ni visible.

“Capto mi cuerpo como un objeto-sujeto, como capaz de «ver» y «sufrir»” [Merleau-Ponty, 1945, p.109-112].

El hombre es, entonces, objeto-sujeto de las ciencias. En su relación con las prácticas de la terapéutica del dolor es, a la vez, *objeto* de investigación y *sujeto* de sufrimiento; *objeto* de experimentación y *sujeto* indagador. El que sufre es *sujeto* de su enfermedad, no el *objeto* transitorio del cual el dolor se ha adueñado.

Es hora de que comprendamos que el hombre que sufre se ve envuelto en un misterio intangible que merece el respeto de quienes lo rodean. Es la acción compasiva el medio para su tratamiento, medio que no niega, sino que actúa sobre lo incomunicable del padecimiento del otro. El dolor no sólo es subjetividad, sino también subjetividad “ante el otro”. Es subjetividad enraizada en los presupuestos culturales, sociales e históricos de quien lo sufre; es remembranza inconsciente de dolores pasados, dolor siempre único y privado.

IV. Dolor y alteridad.⁵

a. *Identidad narrativa y diferencia.*

La cuestión de la identidad se ha desarrollado de muy diversas formas en la filosofía contemporánea. El debate principal ha girado, quizás, en torno a la noción de “identidad personal”. Al respecto, Amélie Rorty describe las cuestiones sobre las que se centran actualmente las principales controversias: el análisis de la diferenciación de las categorías (fundamentalmente en referencia a la de “personas” con el resto), de la diferenciación entre los individuos, y de identificación y reidentificación de las personas. Rorty hace referencia a la noción de “identidad esencial”, constituida por aquellas características personales que “identifican a una persona como siendo *por esencia* lo que es” [Montefiore, 1996, p.768]. Descripta tanto acerca de personas individuales como de grupos humanos, se encuentra ligada necesariamente a las contingencias históricas, sociales y políticas. Al igual que otros autores (como Paul Ricoeur y Hannah Arendt), Rorty

⁵ Este apartado contiene conceptos que ya se encuentran desarrollados en otros dos trabajos de mi autoría. Al respecto, véase: Pérez Marc, G., “Filosofía de la enfermedad: vulnerabilidad del sujeto enfermo”, en *Archivos Argentinos de Pediatría*, Vol. 105, n° 2 y Pérez Marc, G., “El sujeto enfermo. fragilidad y exclusión”, en Barrancos, D., Domínguez, N. y cols. (comps.), *Criaturas y saberes de lo monstruoso*, Buenos Aires, Editorial de la Facultad de Filosofía y Letras, UBA, 2008.

entiende como requisito primordial (pero no exclusivo) en la mayoría de las culturas, a la continuidad espacio-temporal del individuo.

Haciendo nuestras las palabras de Leonor Arfuch, podríamos afirmar que “la identidad sería entonces no un conjunto de cualidades predeterminadas -raza, color, sexo, clase, cultura, nacionalidad, etc.- sino una construcción nunca acabada, abierta a la temporalidad, la contingencia, una posicionalidad relacional sólo temporariamente fijada en el juego de las diferencias” [Arfuch, 2002, p.21]. Arfuch reconoce la importancia del factor temporal, pero a su vez nos introduce a la perspectiva deconstructivista de Stuart Hall, quien en su artículo *¿Quién necesita identidad?* propone la supresión de la “positividad” de la noción de identidad y su relectura desde un nuevo paradigma que acentúe la parte “negativa” del término, es decir, que defina a la identidad desde su contracara misma: la *diferencia*. El valor otorgado a la diferencia nos aleja ahora de las concepciones esencialistas de la identidad y pone el énfasis en la *otredad*, en el “otro diferente” como constitutivo de la mismidad del individuo. Esto nos abre un camino importante en la intención de develar la identidad del sujeto sufriente: el dolor que lo embarga es *diferencia* pura, el cuerpo mismo, se constituye ahora como un *otro* absoluto del *sí mismo*.

Pero toda identidad es también el *relato* de esa temporalidad. El proceso del *devenir* del sujeto, sugiere Arfuch, se define por nuestra utilización de los recursos discursivos: el lenguaje, la historia y la cultura estructuran una narración, una representación en el tiempo del individuo. “Esa dimensión narrativa, simbólica, de la identidad, el hecho de que esta se construya en el discurso y no por fuera de él, en algún universo de propiedades ya dadas, coloca la cuestión de la interdiscursividad social, de las prácticas y estrategias enunciativas, en un primer plano” [Arfuch, 2002, p.22].

Es desde la acción y el discurso a partir de donde los hombres revelan quiénes son: su identidad está implícita en sus palabras y sus actos. “Ninguna otra realización humana requiere el discurso en la misma medida que la acción” [Arendt, 1958, p.203], afirma Hannah Arendt, otorgándole a la pregunta por el *¿quién?* una respuesta necesariamente *narrativa*.

Sin dudas, la reflexión acerca del carácter narrativo de la identidad alcanza su punto más alto en la obra de Paul Ricoeur. En *Sí mismo como otro* la indagación filosófica involucra al proceso de individualización del sujeto, a la posibilidad de reconocimiento del “sí mismo” al ser

atravesado por esa otredad que implica la temporalidad. La identidad se construye como una bipolaridad dialéctica entre dos modelos de permanencia temporal del individuo: a) la identidad concebida en término de conjunto de disposiciones durables que distinguen a una misma persona (carácter) y b) la identidad en tanto fidelidad a sí mismo, constituida como la capacidad de “mantenerse” en el transcurso del tiempo. La resolución del problema la proporciona la identidad narrativa: es esta la que disuelve el dilema entre la identidad entendida en el sentido de *un mismo (idem)* y la identidad entendida en el sentido de *un sí mismo (ipse)*, al ubicarse como “una oscilación, un intervalo entre el *idem* y el *ipse*, sin fijarse definitivamente en uno u otro polo” [Arfuch, 2002, p.24]. La dimensión narrativo-discursiva-literaria es la que configura a la identidad: “el carácter es un adjetivo, un atributo, un predicado” [Barthes, 1970, p.160]. El lenguaje es necesariamente dialógico, todo lo dicho es dicho en un contexto histórico y social que forma parte de un devenir constante. En cada enunciación el sujeto “comparte” el lenguaje con siglos previos de enunciaciones. Dicha multiplicidad de voces es la que permite a Arfuch introducir a la otredad en el “corazón mismo del lenguaje”. Si coincidimos con Barthes en que el personaje y el discurso son cómplices uno del otro, es evidente que entonces la construcción de la identidad no puede menos que sustentarse en la *diferencia* que ese otro partícipe de mi lenguaje me impone. A partir de aquí, ¿cómo es que se constituye la identidad del sujeto sufriente, teniendo en cuenta esa doble experiencia de *otredad* que implican las relaciones sujeto-dolor y sujeto-cuerpo?

b. El dolor y la cuestión del otro.

Dentro del paradigma biomédico que describiéramos previamente, en el que el modelo etiológico-terapéutico se sostiene en causales de enfermedad de origen ontológico, exógeno o maléfico, la cuestión del *otro* y de la alteridad se afirman como prioritarias en la adecuada comprensión del relato de identidad de la persona con dolor. No hay aquí intención de resumir el tratamiento teórico que esta cuestión ha recibido por parte de la filosofía, dado que la comprendemos como una estructura compleja dentro de la cual se entretajan infinidad de conceptos metafísicos, gnoseológicos y éticos. El enfoque recaerá entonces en aquellas particularidades que se evidencian exclusivamente en el contexto de la relación individuo-dolor-sociedad, deteniéndonos en el

sujeto dolorido en tanto díada sujeto-cuerpo y en la sociedad en cuanto incluyente del mundo médico.

Comprendidas las causas del dolor por la cultura occidental como originadas por elementos extraños, hostiles al sujeto que lo padece, la otredad se instala a partir de la afirmación de esa introducción (de *un otro* en *mí*) con un significado indeterminado. Una segunda persona se instala dentro del cuerpo del dolor. Esta concepción del “dolor como un otro” es la primera de las formas en que la alteridad extiende su problemática a la de la identidad del enfermo, dando origen a la segunda, íntimamente relacionada con ésta: la del “sufriente como un otro”.

“Se sufre solo. (...) El mal es intransferible: es lo que no se comparte. (...) El sufrimiento produce una individuación radical; él clava sin recurso a cada quién a su ser. El infierno no es “los otros”: es la ausencia total del otro. (...) El que sufre no reside en sí mismo como en un lugar familiar; su propia estancia se le vuelve extranjera; no puede ni reposar al lado de sí ni huir al encuentro de sí. Esta contradicción -imposibilidad de ser y de no ser sí mismo, *ser sí mismo no pudiendo serlo-* es irreductible; es la estructura misma del sufrir” [Porée, 1996, pp.995-996].

La experiencia del *dolor del otro* es inconcebible para aquellos no-sufrientes, que la desplazan en su conciencia por el temor de que esta se reproduzca en ellos. El estigma del dolor del otro es rechazado y ocultado en un *más allá* del sí-mismo. El otro y su situación dolorosa son un “aparte” que no nos involucra. El contexto social capaz de otorgarle significación al dolor que abrumba al otro cada vez es más reducido: su experiencia es desviada al lugar de lo indeseable, de lo anormal e *indecible*. El dolor del otro es inconveniente, nos pone en contacto con algo que imaginamos y esperamos lejos de nosotros. La propia preservación se traduce en rechazo del otro que nos interpela con su sufrir.

“La dependencia de los demás explica la vulnerabilidad del uno con respecto a los otros”. Aquella persona en quien recalca el dolor, “de la manera más desprotegida, se expone a ser herida en unas relaciones que necesita para desplegar su identidad y conservar su integridad” [Habermas, 2001, p.51]. El dolor considerado como alteridad expresa el hecho de ese *sentirse otro* que el sujeto dolorido padece respecto a las normas vigentes de su propia sociedad. Lo *extraño dentro de mí* y el *sentir-me como un extraño* son dos facetas del juego de la otredad que se adueña del universo doloroso.

La tercera forma de *lo otro* se reduce al cuerpo mismo del sujeto sufriente. Como vimos, en nuestra sociedad occidental el dolor aún no es comprendido en tanto conmoción del individuo en su totalidad, sino sólo como alteración de su cuerpo o más exactamente, de una determinada parte del mismo. No *duele* el cuerpo-sujeto, el que duele es un mero organismo vivo. El cuerpo es “vehículo del ser-del-mundo” [Merleau-Ponty, 1945, p.100], garante del ser viviente en su conexión con el medio. En el dolor, su correspondencia con el mundo también es *dolorosa*. El contacto con lo externo se pervierte como consecuencia de ese “rechazo en sí mismo” que el sujeto sufre. El sujeto se “enfrenta” a su propio cuerpo, se pone en oposición contra él. El *yo* que siente se escinde del cuerpo, primero *objeto* del ataque exógeno y ahora *fuentes* de la sensación dolorosa. Esta disociación es una pata fundamental del conflicto generado por la llegada del dolor.

Este atravesamiento por la otredad -en sus tres formas del exo-dolor, la sociedad y el cuerpo- se deja entrever constantemente en el marco de la relación médico-paciente (u *otro-sí mismo*), en la metáfora social acerca del otro sufriente o en la aplicación reparadora de las tecnologías sobre el cuerpo disfuncional. El sujeto sufriente es un *extraño respecto de sí mismo*, de la sociedad en la que vive y de su estado de paciente. Y esta extrañeza se desdobra en rechazo y exclusión por parte de su mundo externo, es decir, la sociedad en pleno. El hecho de que la medida de normalidad se ubique del lado de aquellos que no experimentan dolor, evita la inclusión de todos quienes sí lo padezcan en el campo de aparición esencial para la existencia de los hombres, en tanto individualidad explícita y no mera “cosa viva o inanimada”. La exclusión y el aislamiento imposibilitan la acción humana y degradan al sujeto en su mismidad, corolario del minucioso proceso de distinción y distanciamiento que la misma sociedad lleva a cabo: la creación de un grupo de exclusión dentro del cual las historias de vida de sus participantes parecerían no formar parte de las de nadie más.

V. Dolor propio y ajeno.

Ahora bien, teniendo en cuenta lo dicho, “¿cómo comprender el dolor del otro en su realidad? ¿Cuál es el mecanismo de resolución -si es que este existe- del conflicto generado por las tres formas de la alteridad del hábito doloroso? Esquiva, la respuesta probablemente se centre en la posibilidad de desciframiento de los dispositivos que se juegan en el sufrir desde la propia experiencia” [Pérez Marc, 2010, pp.436-437].

Según Merleau-Ponty, toda vida interior actúa como un primer ensayo de las relaciones con el otro. No se vive ni en la conciencia de nosotros mismos ni siquiera, sino en la experiencia del otro. Tampoco nos sentimos existir sino tras haber tomado ya contacto con los otros: la reflexión siempre es un retorno a nosotros mismos. Una aproximación al propio dolor implicaría la cercanía del otro doliente. Y si bien nadie puede entender el dolor propio como aquél que lo sufre ni compararlo con otros dolores, sí es cierto que cuando creo asir el significado de la palabra *dolor* en mí, también creo acercarme a su definición universal, germen de todos los dolores del mundo. Sin embargo, la dificultad de este movimiento radica en la necesidad de dar cuenta de un dolor que *no siento* a partir de uno que *sí siento*: la sensación dolorosa no es transferible, sólo es “pensable”. Es imposible convertirse en el otro sufriente, siempre su dolor será más tolerable que el propio. La estrategia empática debe estar dirigida a su descubrimiento como necesario para la propia experiencia.

Fue la médica, enfermera y trabajadora social Dame Cicely Saunders quién primero intuyó la necesidad de dar cuenta de una comprensión del dolor del otro que implicara el otorgamiento de un sentido a la narración y la biografía del sujeto sufriente, siempre desde una perspectiva polifacética que incluyera a todos sus componentes. Según Saunders, el dolor es un concepto que actúa como síntesis de fenómenos físicos, espirituales, mentales y sociales [Saunders, 1978]; multiplicidad que debe ser percibida por quienes se encargan de su tratamiento, aquellos que acompañan diariamente al sujeto del dolor. Así, el entendimiento de la experiencia dolorosa del otro ya no se sostiene principalmente en la práctica de técnicas específicas de atención, sino en la adecuada evaluación de sus posibles significados y matices.

Esta concepción de un “dolor total” que afecta a todas las esferas del sujeto conlleva la necesidad de un tratamiento holístico del mismo, habitualmente enmarcado en los servicios de cuidados paliativos de las instituciones de salud. En estos, la posibilidad de ofrecimiento de respuesta-al-otro se ve favorecida por el carácter multidisciplinario y global de la atención, la cual es llevada a cabo por individuos que aceptan el sufrimiento del paciente como una experiencia total que busca un otorgamiento de significado.

Para que esto sea posible, debemos ser capaces de reflexionar con la suficiente profundidad como para contemplar esa debilidad interna que niega nuestras individualidades absolutas, exponiéndonos a la mirada de

los demás. *Somos conciencias de dolor entre otras conciencias de dolor; el dolor del otro ya no nos puede resultar absolutamente ajeno.* Este es el discurso de la compasión, el de la *representación* del dolor de aquél que no soy *yo-sufriente*. Comprender es *compadecer*: es *padecer-con*. “Habiendo ya experimentado yo mismo el dolor y pudiendo imaginarlo, puedo imaginar también que me encuentro en el lugar del que sufre; y la capacidad de hacerlo le da a mi actitud una calidad que no tendría si yo hubiese sencillamente aprendido un conjunto de reglas relativas al momento en el cual atribuir un dolor a los demás y a la manera de ayudarlos” [Kripke, 1989]. Sólo podemos representarnos el dolor ajeno si atravesamos la experiencia con anterioridad, si nuestro dolor tiene un pasado; sólo podemos reconocer a ese otro sufriente desde la compasión, identificándonos con su sufrir y apartándolo de la extrañeza resultante de su sentir único y -en apariencia- inaccesible.

VI. El *Ser-dolor* y la finitud.

“Yo existo mi cuerpo”, escribe Sartre en *El ser y la nada*, y agrega: “La relación del yo-conciencia con el cuerpo no es una relación *objetiva*, sino una relación *existencial*” [Rábade Romeo, 1985, p.215]. Es decir: *somos* cuerpo. Como sujeto lo soy “todo a la vez”, sin mi cuerpo “no soy”. Sin embargo, mi cuerpo “tiene la extraña condición de que no lo puedo someter a un proceso reflexivo de conocimiento, porque, de hacerlo así, lo convierto en objeto, lo cosifico, dejo de *serlo*” [Rábade Romeo, 1985, p.255].

El dolor es el momento de sobrecogimiento, de oscurecimiento de ese *ser-cuerpo* (Leib). Ya no soy yo el que *lo* vive, sino que es él el que se *me* impone. Ahora vivo en su otredad corporal, expresión de mi dolor. Soy dolor tal como antes era cuerpo. *Soy dolor “en” el cuerpo (Körper)*. El sufrimiento como mera positividad de sentimiento conlleva, no sólo la pérdida de la unidad cuerpo-sujeto, sino su necesaria sustitución por la unidad “sujeto-dolor”. Es el dolor en su forma más pura en un presente invariable. “Lo que se quiebra, sufre y se convierte en dolor es todo el ser” [Nasio, 2007, p.18]. Es el dolor el que ahora *me posee*. Escapa de su producción fisiológica para transformarse en un “hecho de la existencia”. Ya no sufre sólo el cuerpo, sino el sujeto en su totalidad. Éste se pregunta: ¿Por qué a mí? ¿Por qué aquí y ahora? ¿Por qué este tormento, este desfallecimiento? Es el grito del dolor que reposa en su carencia de significado para hacerse doblemente doloroso. La renuncia ontológica se convierte en reclamo de respuesta.

Este *ser-dolor* es el de una narración suspendida, como entre paréntesis, partícipe de un presente continuo. La detención del relato de vida propicia la despersonalización. La identidad del sujeto del *ser-dolor* se ve vulnerada de forma radical. De esencia cada vez más frágil, la identidad narrativa del sujeto ahora encuentra su morada en el reino de lo privado. Esta *exclusión* del mundo público se patentiza como pérdida de su “lugar en el mundo”. Vivida como *des-socialización*, la subjetivación del sufrimiento lo es como *des-realización*. Este *otro* excluido es el otro del “no-poder”, ese otro que no posee poder de decir, poder de obrar ni de construir de manera coherente su propia historia de vida desde el sufrimiento que lo somete⁶.

Ahora bien, es evidente el hecho de que el *ser-dolor* es, en su conciencia de sí, potencia del *no-ser*. A la vez potencia y acto, el *ser-dolor* es co-presencia de vida y muerte, de curso presente y fin: “(...) yo todo y todo mi yo, así hasta más allá de la muerte, de eso se trata”⁷. Durante la experiencia dolorosa, mi existencia como humano es vulnerable; soy *consciente de mi finitud*. “*Mors certa, hora incerta*, se creía antaño; hoy, el hombre que posee buena salud”, que se encuentra libre de dolor, “vive realmente como si no fuera mortal”. El sufriente, en cambio, vive mantenido en esa “ilusión de la *mors incerta*” [Ariès, 1975, p.257]. Es en el dolor, en la muerte y en el temor que nos inspiran que reconocemos nuestra finitud. Este temor se cifra en la implicancia de un riesgo de vida: desde su llegada la vida se ve “amenazada” por la muerte. A partir de aquí es que nos confesamos mortales.

A veces, dolor (medio) y muerte (fin) ven trastocados sus lugares: el dolor es el *sentirse muerto* -“me muero de dolor”- y la muerte, la única escapatoria posible. Contradictoriamente, el dolor actuaría como “propiciador” del deseo de muerte⁸. Esto queda expuesto de forma perfecta en el párrafo final de *La muerte de Iván Ilich* de León Tolstói:

⁶ “El sufrimiento no se define únicamente por el dolor físico, ni siquiera por el dolor mental, sino por la disminución, incluso la destrucción de la capacidad de obrar, de poder-hacer, sentidas como un ataque a la integridad del sí”, en Ricoeur, P., “Séptimo estudio. El sí y la intencionalidad ética”, en: *Sí mismo como otro*, Madrid, Siglo XXI Eds., 1996, p. 108.

⁷ Karpenstein-Eßbach, C., “Cáncer-literatura-conocimiento. De la personalidad cancerosa a la comunicación total”, en Bongers, W., Olbrich, T. (comps.), *Literatura, cultura, enfermedad*, Buenos Aires, Paidós, 2006, pp. 240-241. La cita corresponde a un fragmento de la novela de George Tabori, *Son of a bitch*.

⁸ “Numerosas observaciones demuestran que la solicitud de la eutanasia nace de la renuncia vital de un enfermo cuyos últimos días carecen de significado, privado del

“-¡Se acabó! –dijo alguien muy cerca de él. Iván Ilich oyó estas palabras y las repitió en su alma. «Se acabó la muerte –se dijo-. Ya no existe la muerte».

Aspiró aire, se detuvo a mitad, se estiró y murió.” [Tolstói, 1884, p.90]

El hombre no está hecho para conocer el momento de su fin, sino sólo para entreverlo. La experiencia del dolor vuelve a la vida “invivable”, puesto que “el dejar de ser no está comprendido en la noción de ser. El ser no implica su propio fin” [Jankélévitch, 1994, p.34]. Podemos pensar la muerte del otro, pero siempre postergamos la idea de un fin propio. “Sabemos” que vamos a morir, pero no lo “creemos” realmente. Es el sufrimiento el que nos golpea con la evidencia de nuestro error, el que actúa como argumento del fin. Como un “abatimiento” de la muerte sobre la vida, el dolor la “carcome constantemente, la disminuye y la debilita” [Foucault, 1976, p.221]. Efímera, la vida humana se transforma en su contacto con el dolor, permitiéndonos la percepción más clara del “ser-para-la-muerte” propuesto por Heidegger, en su intento de autenticación de la existencia a partir de la muerte.

VII. Propuestas para una filosofía médica del dolor.

No tendría sentido haber recorrido todos estos “senderos” del dolor si no intentáramos la proposición de ciertas respuestas a los interrogantes que el sufrimiento nos plantea. La carencia de sentido del *padecer* que la experiencia dolorosa representa, es quizás uno de los núcleos de mayor conflictividad de todo su proceso. La búsqueda del dolor es la búsqueda de su significado, de su nombre verdadero. Es en el ámbito del lenguaje en donde ese nombre se pronuncia. “La *esencia* se expresa en la gramática. (...) No analizamos un fenómeno (...), sino un concepto (...), y por tanto la aplicación de una palabra. (...) El *concepto* ‘dolor’ lo has aprendido con el lenguaje” [Wittgenstein, 1953, p.284-285]. Lenguaje significativo y lenguaje del dolor; expresado por la palabra: el gemido, el llanto y el grito poseen una intención reparadora, de alejamiento. *Hablamos* el dolor, expiándolo. La subjetividad se equilibra en la díada dolor-formas del lenguaje: literatura, pintura y música actúan como moderadores de la plena subjetividad carente de sentido en la que la experiencia del dolor nos sumerge. “Una novela, un poema, un cuadro,

reconocimiento de los otros, enfrentado a la indiferencia y la reprobación del personal sanitario, sin que su dolor sea tenido en cuenta lo bastante. Nada otorga valor a una existencia que el enfermo considera residual y hasta indigna”. En Le Breton, D., *Antropología del dolor*, Barcelona, Seix Barral, 1999, p. 40.

una pieza musical son individuos, eso es, seres en los que puede distinguirse la expresión de lo expresado” [Merleau-Ponty, 1945, p.168]. Cada uno de ellos es un nudo de significaciones vivientes.

En su cuento *En la colonia penitenciaria*, Kafka no tiene necesidad de describir al dolor extremo en detalle, su nombre está casi ausente, inhallable. Todo el cuento es una gran reparación del sufrimiento de su autor, moribundo por causa de la tuberculosis. No es el personaje, sino su creador mismo el que siente, en su habitación de Praga, el dolor de lo incomunicable, del sinsentido. Es este sufrir kafkiano el mismo que se graba en el cuerpo-carne-alma del comandante por medio de la máquina de tortura. El andar de la máquina es la que “purifica”, con un solo movimiento, al personaje y al escritor sufriente, quién -por medio de aquella- expresa descarnadamente su dolor en el papel.

Así como la literatura, también la medicina debería erigirse como una clínica de la mirada y de la palabra. Los médicos deberían conocer la existencia del lenguaje del dolor, responsabilizarse de la rectificación ética que les concierne, respecto de su tratamiento y seguimiento. El camino a seguir en cuanto a la terapéutica del sufrimiento no puede sostenerse únicamente en su reflexión teórica: el universo del dolor reclama una *práctica del significado*. Debemos, filósofos y médicos (y más allá, la sociedad toda), recuperar el significado del dolor. La comprensión de su subjetividad extrema implica aceptar el hecho de que la curación no depende exclusivamente de la intervención clínica de la ciencia. “Todavía tenemos mucho que hacer a fin de que nuestra medicina sea más profunda y más madura. Debemos empezar a perder el miedo a la introducción de hipótesis que contengan factores no observables (...). Es necesario filosofar, pero no solo en la parcela de lo ético y axiológico; la medicina plantea problemas filosóficos, desde los relacionados a las políticas científicas hasta los relacionados al análisis ontológico, lógico y metodológico” [Peña, 2004, versión electrónica].

La separación habitual que se hace entre la ciencia médica y la filosofía es un equívoco que va en contra tanto del origen común de ambas disciplinas, como de su destino respecto del sujeto sufriente. Su articulación durante las carreras de grado, el fortalecimiento de los comités de ética intrahospitalarios y el desarrollo de estrategias que permitan la inclusión de actividades artísticas dentro del ámbito científico, son medidas que debemos impulsar como sociedad en pos de la conversión de la experiencia del dolor en una cuestión primordial de análisis e intervención. Los médicos deberíamos comenzar a integrar a

disciplinas socio-antropológicas, filosóficas y artísticas en la búsqueda de un nuevo abordaje del mundo de la enfermedad y el dolor. El aporte de estas disímiles voces permitiría una resignificación de las formas terapéuticas y de acompañamiento de los sujetos sufrientes: son lenguajes paralelos que reconocen los silencios y las luchas inarticuladas que los médicos solemos obviar. Así como las obras de arte, el cuerpo es también un cúmulo de significaciones. Su comprensión ya no como objeto, sino como *sujeto* de percepción debe ir acompañada de la certeza de que su construcción es cultural e histórica. El advenimiento de la enfermedad no es más que la pérdida del “pivote” del mundo: el dolor conlleva la desarticulación del yo; el extrañamiento de la consciencia. Esta postura nos permitiría, finalmente, evadirnos como profesionales tratantes de la tendencia a la objetivación de ese *otro* enfermo y, por lo tanto, del riesgo de ser partícipes involuntarios de su alienación.

Bibliografía.

- Arendt, H. [1958], *La condición humana*, Buenos Aires, Paidós, 2003.
- Arfuch, L. (comp.) [2002], *Identidades, sujetos y subjetividades*, Buenos Aires, Trama ed./Prometeo libros, 2002.
- Ariès, P. [1975], *Morir en Occidente*, Buenos Aires, Adriana Hidalgo, 2007.
- Bajtín, M. [1979], *Estética de la creación verbal*, trad. cast., Buenos Aires, Siglo XXI Eds., 2005.
- Barthes, R. [1970], *S/Z*, Buenos Aires, Siglo XXI, 2004.
- Bongers, W., Olbrich, T. (comps.) [2006], *Literatura, cultura, enfermedad*, Buenos Aires, Paidós, 2006.
- Buytendijk, F.J.J. [1962], *Teoría del dolor*, Buenos Aires, Troquel, 1965.
- Canguilhem, G. [1989], *Escritos sobre la medicina*, Buenos Aires, Amorrortu, 2004.
- Clarós, M., d'Angelo, G. (eds.) [1994], *Diccionario de medicina*, Barcelona, Océano-Mosby, 2000.
- Deleuze, G., Guattari, F. [1991], *¿Qué es la filosofía?*, Barcelona, Anagrama, 2005.
- Fernández-Torres, B., Márquez, C, de las Mulas, M. [1999], “Dolor y enfermedad: evolución histórica. I. De la Prehistoria a la Ilustración”, en *Rev. Soc. Esp. Dolor*, n°6.
- Fernández-Torres, B., Márquez, C, de las Mulas, M. [1999], “Dolor y enfermedad: evolución histórica. II. Del siglo XIX a la actualidad”, en *Rev. Soc. Esp. Dolor*, n°6.
- Foucault, M. [1976], *Defender la sociedad*, México, Fondo de Cultura Económica, 2000.
- Foucault, M. [1963], *El nacimiento de la clínica*, Buenos Aires, Siglo XXI, 2003.
- Foucault, M. [1966], *Las palabras y las cosas*, Buenos Aires, Siglo XXI, 2003.
- Habermas, J. [2001], *El futuro de la naturaleza humana*, Buenos Aires, Paidós, 2004.
- Ilich, I. [1976], “Matar el dolor”, en *Némesis Médica*, México, Ed. Joaquín Mortiz, 1978.
- Jankélévitch, V. [1994], *Pensar la muerte*, Buenos Aires, Fondo de Cultura Económica, 2006.

- Jonas, H. [1985], *Técnica, medicina y ética*, Buenos Aires, Paidós, 1997.
- Kafka, F. [1914], *En la colonia penitenciaria*, Madrid, Alianza, 1995.
- Kripke, S. [1989], *Wittgenstein: reglas y lenguaje privado*, México, UNAM, 1989.
- Laplantine, F. [1999], *Antropología de la enfermedad*, Buenos Aires, Ediciones del Sol, 1999.
- Le Breton, D. [1990], *Antropología del cuerpo y modernidad*, Buenos Aires, Nueva Visión, 2006.
- Le Breton, D. [1995], *Antropología del dolor*, Barcelona, Seix Barral, 1999.
- Merleau-Ponty, M. [2002], *El mundo de la percepción*, Buenos Aires, Fondo de Cultura Económica, 2003.
- Merleau-Ponty, M. [1945], *Fenomenología de la percepción*, Barcelona, Eds. Península, 1975.
- Montefiore, A. [1996], “Identidad moral. La identidad moral y la persona”, en Canto-Sperber, M. (ed.), *Diccionario de Ética y Filosofía Moral*, trad. cast., vol. I, México, Fondo de Cultura Económica, 2001.
- Morris, D. [1991], *La cultura del dolor*, Santiago de Chile, Andrés Bello, 1994.
- Nasio, J.D. [2007], *El dolor físico*, Barcelona, Gedisa, 2007.
- Negri, A. [2002], *Job, la fuerza del esclavo*, Buenos Aires, Paidós, 2003.
- Nietzsche, F. [1883-84], *Así habló Zaratustra*, Barcelona, Alianza, 1999.
- Peña, A. [2004], “Medicina y filosofía: abordaje filosófico de algunos problemas de la medicina actual”, en *Anales de la Facultad de Medicina*, versión electrónica.
- Pérez Marc, G. [2010], “Sujeto y dolor: introducción a una filosofía de la medicina”, en *Archivos Argentinos de Pediatría*;108(5):434-437.
- Porée, J. [1996], “Mal, sufrimiento, dolor”, en Canto-Sperber, M. (ed.), *Diccionario de Ética y Filosofía Moral*, trad. cast., vol. II, México, Fondo de Cultura Económica, 2001.
- Portillo, J. [2006], “Los significados del dolor”, en *Medicina y Sociedad*, Vol. 26, n°3.
- Rábade Romeo, S. [1985], *Experiencia, cuerpo y conocimiento*, La Rioja (España), Consejo Superior de Investigaciones Científicas, 1985.
- Ricoeur, P. [1990], *Sí mismo como otro*, Madrid, Siglo XXI, 1996.
- Romero-Salinas y col. [2006], “El dolor y su significado a través de la historia”, en *Enlace*, Nueva época, Año 4, n°4, versión electrónica.
- Saunders, C. [1978], “La filosofía del cuidado terminal”, en Saunders, C. (ed.), *Cuidados de la enfermedad maligna terminal*, Buenos Aires, Ed. Salvat, 1980.
- Schopenhauer, A. [1851], *Sobre el dolor del mundo, el suicidio y la voluntad de vivir*, Madrid, Tecnos, 2002.
- Sontag, S. [2003], *Ante el dolor de los demás*, Buenos Aires, Alfaguara, 2003.
- Sontag, S. [1988], *El sida y sus metáforas*, Madrid, Taurus, 2003.
- Sontag, S. [1977-78], *La enfermedad y sus metáforas*, Madrid, Taurus, 2003.
- Tolstói, L.N. [1884], *La muerte de Iván Ilich*, Bogotá, Nuevo Siglo, 1994.
- Vattimo, G. [2003], “Metafísicas del dolor”, en *Letra Internacional*, n°79.
- Vigarello, G. [1993], *Lo sano y lo malsano*, Madrid, Abada, 2006.
- Wittgenstein, L. [1953], *Investigaciones filosóficas*, Barcelona, Crítica, 2001.

Recibido el 29 de julio de 2008; aceptado el 05 de enero de 2009.