

INFLIGIR Y MANEJAR EL DOLOR: UN DESAFÍO PARA ENFERMERÍA^a

Irena Madjar^b

Resumen

En este artículo deseo comentar el fenómeno del dolor clínicamente infligido, es decir, el dolor que experimentan los pacientes y está directamente relacionado con los procedimientos o las tareas que realizan sobre ellos las enfermeras y otro personal de salud. En particular, deseo desafiar la presuposición, generalmente aceptada, de que el dolor infligido clínicamente es el mismo que cualquier otro tipo de dolores agudos, y quiero, además, delinear la naturaleza encarnada de este dolor. Los temas claves del daño y la dolorosidad del dolor infligido, la naturaleza lesionadora del dolor infligido, entregar el cuerpo a otros, y restringir el cuerpo y la voz serán discutidos, y se señalarán sus implicaciones para enfermería.

Palabras clave

*Dolor
Cuidados de enfermería*

^a Conferencia presentada en la Facultad de Enfermería de la Universidad de Antioquia, Medellín, Colombia. 4 de noviembre de 1999. Traducida por Carmen de la Cuesta Benjumea. Profesora Asociada, Facultad de Enfermería, Universidad de Antioquia, Medellín, Colombia

^b RN, Ph.D. Facultad de Enfermería, Universidad de Newcastle, NSW, Australia.

PAIN MANAGEMENT AND INDUCEMENT: A CHALLENGE FOR NURSING

Summary

In this article, the clinically induced pain phenomenon is discussed, say, the pain experienced by patients and directly related to the procedures and tasks performed by Nurses and health personnel. Particularly, the author would like to dare the presupposition, generally accepted that clinically induced pain is the same as any kind of acute pain. Furthermore, I will outline the nature of this pain. Key topics such as damage and pain of induced pain, the harmful nature of induced pain, giving the body to others, and restrains the body and voice will be also discussed. Finally, the implications for nursing will be pointed out.

Key words

Pain

Nursing care

Es un gran placer y un privilegio hablarles a ustedes hoy. Quiero agradecer a la Decana y a la doctora de la Cuesta por facilitar mi visita, y a todos ustedes por asistir; sé lo ocupadas que están las enfermeras ya sea en la práctica clínica o en la vida académica. Estoy muy complacida de estar aquí y de tener esta oportunidad de compartir con ustedes.

La investigación cualitativa, que depende del lenguaje y de los matices de los significados que expresamos después de una selección cuidadosa de palabras y de frases, es particularmente difícil de comunicar en contextos entre lenguas y entre culturas. Por otro lado, creo que compartimos preocupaciones humanas, que tenemos mucho que aprender los unos de los otros. Creo que, con frecuencia, para entendernos a nosotros mismos necesitamos vernos como nos ven los otros.

En la conferencia de hoy quiero hablar de dolor y quiero sugerir que, nosotros como profesionales de enfermería, necesitamos ir más allá de la percepciones del dolor como puramente nocicepción, esto es como un fenómeno neurofisiológico, o como puramente sufrimiento, esto es un fenómeno cognoscitivo-psicológico. Esto no es como la gente experimenta dolor. Incluso en el siglo XVII el filósofo René Descartes, mientras argumentaba que el cuerpo y la mente eran dos fenómenos totalmente diferenciados y separados, reconocía que el dolor proporcionaba una demostración muy potente de la unidad de la mente y cuerpo.¹

Este artículo es sobre encarnación o de manera más específica, sobre cómo las personas experimentan dolor al mismo tiempo que ocurre en sus cuerpos y crea el sufrimiento. Teniendo en cuenta el tiempo, me centraré en los hallazgos de una investigación que realicé y no en las ideas filosóficas que han contribuido a la interpretación y las conclusiones derivadas de esta investigación.²

El enfoque de la investigación fue en la experiencia humana del dolor clínicamente infligido, cómo es para los pacientes que lo experimentan mientras se llevan a cabo en ellos procedimien-

tos de diagnóstico y tratamiento en el hospital, y para los profesionales de enfermería que con frecuencia son los que infligen el dolor en el curso de los procedimientos médicos delegados que realizan a los pacientes que están a su cuidado. Por *dolor clínicamente infligido*, quiero decir *cualquier dolor experimentado por pacientes que está directamente relacionado con los procedimientos o las tareas que realiza sobre ellos el personal del hospital*. Incluye el dolor asociado con los procedimientos durante los cuales el cuerpo del paciente es tocado, manipulado, invadido por instrumentos como agujas, o cuando se remueve tejido del paciente (por ejemplo en biopsias o durante la desbridación de heridas en las que se requiere cortar o retirar el tejido lesionado o muerto para eliminar las fuentes de infección y facilitar la cura).

El estudio fenomenológico implicó a catorce pacientes y a veinte profesionales de enfermería que estaban directamente implicados en su cuidado. Incluyó cinco meses de observación participante en el área clínica y un total de 89 entrevistas grabadas con pacientes y profesionales de enfermería. Se incluyeron dos categorías de pacientes: aquéllos con diagnóstico de cáncer que recibían quimioterapia intravenosa, y los que habían sufrido quemaduras y eran tratados en la unidad de quemados. El propósito principal del estudio fue el de proporcionar una descripción fenomenológica de la vivencia del dolor clínicamente infligido tal como es para los que lo tienen que soportar, así como para los que con sus acciones contribuyen a producirlo.

Mi enfoque ahora es en el contexto de la experiencia, el cuerpo al cual se le inflige dolor, y la naturaleza esencial del dolor clínicamente infligido.

El dolor como una experiencia encarnada

Para aquellos que lo experimentan, el dolor no es una entidad objetiva y mensurable como aparece en la bibliografía médica. Más bien, el dolor tiene la capacidad de entrar al funcionamiento esencial del propio cuerpo y destruir nuestro estar en el mundo familiar y que damos por hecho. Addis (1986) sugiere que el dolor impone su presencia, requiriendo que uno lo atienda, no sólo por su intensidad sino también, como Merleau-Ponty ha indicado, por su *espacialidad* pues siempre se encuentra localizado en cierto espacio del cuerpo.³

Elaine Scarry identifica las *cualidades* esenciales del dolor que incluyen la *invisibilidad* y la *inexplicación*, haciendo posible que una persona esté físicamente cerca de alguien con dolor y no ser consciente de ese dolor.⁴ Gabriel Marcel también habla del aspecto *incomunicable* del dolor que puede contribuir a los sentimientos no solo de estar amenazado, sino también atrapado en un cuerpo herido que ha tomado el papel de amo, un amo poco amable.⁵ Más importante quizá, la subjetividad del dolor hace que sea algo que no se puede ni confirmar ni negar. Es precisamente porque conocemos nuestros cuerpos de una manera que es fundamentalmente diferente a la manera que conocemos cualquier otro cuerpo que:... tener un gran dolor es tener certidumbre; escuchar que otra persona tiene dolor es tener duda.⁴

Para los pacientes que experimentan el dolor clínicamente infligido no hay duda sobre la realidad y la dolorosidad de su dolor. El contexto de este dolor no es tanto el mundo físico del hospital o el mundo social de la familia, el personal hospitalario o los otros pacientes. Para estos pa-

cientes, el contexto más íntimo de su experiencia son los cambios encarnados en el *self* (yo mismo) resultantes de una enfermedad o de una lesión. Los cambios provocados por un cáncer o quemaduras se relacionan con el dolor, por lo menos, de dos maneras.

Primero, los cambios corporales que produce el trauma de los tejidos y la patología de la enfermedad predicen el dolor, pues sin ellos el dolor no ocurriría y no se necesitarían procedimientos diagnósticos y de tratamiento que originan el dolor infligido. Segundo, los cambios corporales también sitúan el dolor en un cuerpo que no es el normal, confortable y familiar que la persona conoce y a través del cual él o ella conocen el mundo. Desde una situación en la que se toma el cuerpo de forma gratuita, ignorado en términos de su estructura anatómica, y simplemente vivido, el enfermo con cáncer o quemaduras se emplaza en una situación de conciencia aguda de su cuerpo la cual es una fuente de procuración y de sensaciones desagradables, que no se comporta de manera predecible, que ya no es confiable y que bien puede amenazar la misma existencia de uno. Es en este contexto, en el que los pacientes experimentan más asaltos en la integridad de su cuerpo a través de experiencias relacionadas con la enfermedad, así como dolor clínicamente infligido.

Perdiendo el cuerpo habitual

El cuerpo habitual es para muchos de nosotros el cuerpo en el que vivimos y que conocemos nosotros mismos desde dentro, el cuerpo que tomamos de manera gratuita, el cuerpo que es erecto y confiable, el cuerpo que duerme de noche y se despierta en la mañana, el cuerpo que se mueve sin esfuerzo y sin nuestra voluntad consciente de hacer así en cada paso del camino. Es la pérdida de este cuerpo, que es familiar, lo que indica enfermedad y una necesidad asentada (encarnada) profunda de volver a tener el sentido familiar del cuerpo habitual, o como las personas que con frecuencia lo expresaban en mi estudio, volver a ser uno mismo.

Para los participantes de mi estudio, la pérdida del cuerpo que es familiar comienza con la sensación de que *algo va mal*. Bien sea esto repentinamente, como en el caso de las quemaduras, o lentamente y, a veces, insidiosamente como en aquellos que desarrollan cáncer, hay una falla, en el sentido de discontinuidad, con el mundo que ha perdido su predicción y su relación de respuesta a la persona.

La pérdida del cuerpo que es familiar se acentúa más con el ser consciente de *parecer diferente a uno mismo y al mundo*. Para los pacientes con cáncer esto llega lentamente a medida que los efectos de la quimioterapia cobran su peaje y pierden peso y pelo, y pierden la elasticidad en su paso. Para aquellos con quemaduras, hacer frente a un cuerpo extraño, desfigurado y herido era más confrontador y con frecuencia extremadamente difícil. Una mujer joven cuya cara y cabeza estaban quemadas, después de mirarse al espejo por primera vez, expresó su batalla con las siguientes palabras:

Traté y puse un parche en ello. Traté e imaginé que no estaba allí, o que no era tan malo como parecía...

En cierta manera no siento que esto es parte de mi cuerpo. Esto es algo más y Geraldine será en unas semanas la Geraldine que era el viernes.

(¿Pero esta no es Geraldine?)

¡No!, no, este es otro cuerpo.

(¿Otro cuerpo?)

Mm Este es otro cuerpo que no conozco. No soy yo. No lo merezco. No soy yo. No lo merezco. Me he estado diciendo esto todo el día. Esperando que esto desapareciera.

Varias semanas más tarde, a medida que esta mujer continuaba batallando para hacer frente a sus heridas, la sensación de alienación de su propio cuerpo desfigurado y la pérdida de la persona que había sido, era aún muy evidente:

Pienso que estaría bastante satisfecha con todos los injertos en mi cuerpo, excepto los de mi cabeza. Pienso que perder mi cabello ha sido bastante desagradable para mí... Me gustaba mi pelo.

Hoy me miré en el espejo y pensé que parecía algo que provenía de otro espacio. Sabía que me vería de esa manera. Simplemente es demasiado pronto aún.

(¿Qué es lo que ves cuando te miras al espejo?)

Una cara hecha ruinas... al menos la mitad de ella, y me hace sentir muy furiosa... Y me gustaría poder volver a mi vida y olvidarme de lo que ocurrió y esto es imposible... no es que crea que yo voy a salir de aquí con una cara como era exactamente igual antes. Puedo darme cuenta de esto ahora. No va a ser lo mismo. Va a haber diferencias, y las personas se van a dar cuenta de las diferencias... Y pienso que me siento muy muy vulnerable y expuesta. ... De una manera extraña no me puedo ver a mí misma como yo misma. No realmente. Pienso que tengo que recorrer un camino muy largo antes de que esto ocurra.

La pérdida del cuerpo que es familiar ocurre no sólo cuando uno parece diferente sino también cuando *se siente diferente*. Para los pacientes con cáncer, este *sentir diferente* comienza con el diagnóstico y se intensifica a medida que pasan por procedimientos diagnósticos y comienzan quimioterapia. La lucha para estas personas era rendirse a la terapia, la cual les hacía sentirse incómodos, deprimidos y diferentes, y que les encerraba en una situación en la cual sentían que no tenían elección ni control. Una persona describió este cuerpo como el del campo de batalla donde el cáncer y la medicina eran las partes en oposición y él mismo como un mero espectador:

O bien el cáncer va a controlarme o la medicina lo va a hacer, y aparte de hacer lo que se me dice, y mi dieta, y cosas como esa, no creo que haya algo más que yo personalmente pueda hacer. O bien el cáncer va a ganar, o la medicina va a ganar. No lo sé.

(¿Dónde te deja esto a ti?)

Me deja con un sentimiento real horrible, ya que no sé quién va a ganar. ¡Sé quién quiero que gane!... Quien gane va a ser bien la medicina o bien el cáncer quien gane, y no es mucho lo que yo pueda hacer.

Reconquistando el cuerpo habitual y volviendo a ser uno mismo

Para algunos pacientes esta sensación de parecer, sentir y ser diferente, de no ser ellos mismos, era persistente y abrumadora. Algunos no podían ver una salida. *Reconquistando el cuerpo habitual y volviendo a ser uno mismo* requiere que los pacientes se vean a sí mismos yendo hacia un mejor futuro, y no que permanecen atrapados en su presente o que desean un retorno mágico a un pasado más feliz. Para algunos, reconquistar su sentido de encarnación fue una experiencia excitante y casi jubilosa a medida que retomaban la interrupción temporal de sus vidas:

Estaba contenta de que ella lo estuviera cortando [desbridando de la piel muerta], y podía ver otra vez debajo la piel suave. ... Supongo que es una buena sensación saber que debajo de la piel muerta hay otra vez vida; hay nueva piel por debajo.

Uno depende de que alguien haga lo que puede por uno.

(¿Cómo te hace sentir esto?)

No sé como contestarte a esto pero sé que no era yo, no era mi cuerpo. Me sentía como si tuviera la ayuda para que otras personas me devolvieran lo que era mío antes de que todo esto ocurriera. Supongo que el cuerpo de uno ha pasado por un gran choque. El cuerpo se tiene que reajustar. Me agradaba que el fisioterapeuta llegara para devolverme, para empezar, el movimiento en mis dedos. Estaba bastante dolorido cuando ella comenzó a trabajarlos y entonces ella trabajó mi muñeca y sentí "Oh bueno, algo está regresando". Y ella llegó hasta mi codo y sentí "¡Hurra!, mi brazo regresó". Uno siente como si hubiera perdido una parte del cuerpo, y dependes de otros para tenerlo de regreso.

Para algunos pacientes *la conquista de sentirse ellos mismos* era mucho más difícil y aquellos que nunca podían regresar a donde lo habían dejado, tenían primero que *crear una nueva clase de futuro*.

Para otros el reto era *superar cada ronda* de quimioterapia por el cambio de un gran apósito, y el resto de su vida estaba en un limbo. Ser uno mismo era un logro temporal que perduraba sólo hasta que se acercaba la siguiente ronda de tratamiento. Un tema fundamental para algunos pacientes era *luchar para permanecer como persona*, más que permitirse a sí mismos ser unos observadores totalmente pasivos e impotentes de sus cuerpos heridos. Ellos se sentían capaces de soportar el dolor y la incomodidad de su enfermedad y de sus heridas pero no de la entrega pasiva que con frecuencia se les demandaba. Había también algunos pacientes que se sentían tan cambiados y quizás abrumados por su experiencia que no podían verse otra vez a sí mismos, como ellos mismos. Ellos se sentían alienados e incluso asqueados por sus cuerpos, consideraban a sus cuerpos como no cooperadores (por ejemplo, cuando sus cuerpos *no se manejaban* y entregaban fácilmente muestras de sangre), o como entidades hostiles que no se dejaban descansar o dormir. Se sentían abandonados por cuerpos en los cuales no se podía más confiar para parecer y sentirse normal, y se sentían atrapados en cuerpos y en situaciones que les gustaría abandonar pero que se daban cuenta que no podían hacerlo. Como una persona expresó bastante cabizbaja: *el problema es que sólo puedo tener este cuerpo y esto es todo*.

Antes de seguir adelante, hay un punto más que quiero señalar. La lucha para *reconquistar el cuerpo habitual y ser uno mismo otra vez* no depende de la extensión de las heridas de los pacientes o de sus probabilidades de remisión con la quimioterapia. En otras palabras, los riesgos definidos “objetivamente” de supervivencia y de recuperación no determinan para los pacientes su sentido de ser integrales y ellos mismos otra vez. Más bien, cuán lejos ellos llegaron estaba influido por su capacidad de mirar más allá de los confines de su situación presente y de proyectarse a un futuro personal con un grado de esperanza y optimismo.

El fenómeno del dolor clínicamente infligido

Para comprender el dolor clínicamente infligido como una experiencia vivida y no como una observada y, por tanto, objetiva, es necesario que volvamos a la cosa en sí misma (a la conciencia de vida inmediata, prerreflexiva) o, en este caso, la vida en dolor. La experiencia vivida proporciona el punto de partida para el proyecto de describir el fenómeno. Para el paciente con quemaduras, por ejemplo, la experiencia observada y registrada en las notas de enfermería es la de baños salinos, desbridamiento de tejido muerto, injertos de piel nueva y cambios de apósito. Pero, la experiencia vivida evidenciada en las narraciones de los pacientes es la del *daño y la dolorosidad* del dolor infligido, de su naturaleza *de lesión*, de la necesidad continua de *entregar el cuerpo de uno a otros* para que traten y hieran, y las presiones para *restringir el cuerpo y la voz* cuando hay dolor, para poder mantener la compostura y hacer más fácil el trabajo de otros. Estos son entonces los cuatro temas esenciales que describen el fenómeno del dolor clínicamente infligido.

El daño y la dolorosidad del dolor infligido

Quizás lo más obvio, y aún así lo más probable de que pase por alto es que la calidad del dolor infligido es su absoluta *dolorosidad*. Este dolor es mucho más que una sensación desagradable. Hace daño y tiene una inmediatez de presencia corporal que hace difícil ignorarlo y, al mismo tiempo, en su sentido encarnado, imposible de ser compartido con otros. Es esta incapacidad de ser compartida la dolorosidad esencial del dolor lo que crea una brecha entre los que sienten el dolor pero no lo pueden aliviar y los que, a pesar de su contribución personal a su génesis, no lo pueden sentir, pero que al mismo tiempo retienen el control de los medios para disminuirlo y aliviarlo. Para aquéllos, cuyo trabajo implica la realización de procedimientos invasivos y dolorosos, el manifestar dolor infligido invita a la duda sobre su presencia y su intensidad.

La experiencia vivida de la persona a la cual se le inflige dolor no es de duda sino de certidumbre de la presencia inescapable del dolor dentro de un cuerpo herido, lesionado. La naturaleza encarnada de la dolorosidad del dolor se experimenta de manera diferente a las incomodidades inherentes a la restricción de movimientos o a la necesidad de mantener una postura particular. La experiencia vivida de los enfermos es también diferente al mal (estar de la ansiedad, al temor de la anticipación o al temor a la mutilación) incluso cuando todos estos pueden estar presentes al mismo tiempo como un dolor. Así, mientras que las enfermeras pueden dudar del dolor de otro, interpretarlo como ansiedad, miedo o incapacidad de comportarse como un adulto maduro, los pacientes a los que se les inflige el dolor saben a través de sus cuerpos la lesión y la dolorosidad del dolor.

La naturaleza de lesión del dolor infligido

Mientras que la lesión y la dolorosidad son cualidades esenciales de todo dolor, una de las cosas que sitúa el dolor infligido aparte de otro dolor patológico resultante de enfermedades, es la naturaleza *lesionante* de aquél. No es solamente que los procedimientos invasivos que pinchan, seccionan, cortan o rasgan tejido vivo en sí mismo sean lesionantes, pero más específicamente es que el dolor que resulta de estos procedimientos es también lesionante. El cuerpo desfigurado por una enfermedad como un cáncer o por el trauma de las quemaduras y, en este último caso ya con dolor, se lesiona más aún en el curso de los procedimientos diagnósticos y de tratamiento. Para las personas que han perdido el sentido de una integralidad corporal, nuevos ataques al cuerpo traen dolor y sentimientos de ser expuesto y vulnerable a más lesiones y a más dolor.

La experiencia que se observa puede ser la de una persona a quien se le saca sangre para análisis de laboratorio o a la que se le cambian los apósitos. La experiencia vivida es de *lesión y vulnerabilidad* y, por lo general, siempre de dolor. La experiencia que se observa implica el uso de instrumentos médicos para realizar la tarea necesaria, pero la experiencia vivida es la de *armas* que invaden, atizan y hurgan, “escarbando” y “arponeando” el cuerpo que no ofrece protección ni escape. En palabras de un paciente describiendo la experiencia de una punción de arteria femoral:

Pueden pescar por aquí y digo “pescar” literalmente. Debe de ser “arponeado” porque si no lo hacen a la primera simplemente siguen hurgando y atizando. .../. Tiene que haber una mejor manera para obtener las muestras de gases [de sangre] que no sea escarbando. .../.

La última llevó veinte minutos y tú tienes que estar tumbado ahí como si eso no te estuviera ocurriendo.

Este es un lenguaje de metáforas poderosas que tratan de hacer visible lo invisible y de compartir lo que no se puede compartir. La gente con dolor, que espera que su dolor sea aliviado, depende de este tipo de lenguaje para ser escuchada, o para ser capaz de comunicar claramente y sin ambigüedad la naturaleza de su experiencia y para implicar a otros en la tarea de aliviar el dolor. El lenguaje metafórico sirve de medio para que la experiencia de *lesión* vivida “sea elevada al mundo visible”: un medio para que la experiencia les importe a otros, especialmente a aquellos que son capaces de detener la lesión y de aliviar el dolor.

Entregando el cuerpo propio a otros

Otra característica integral que añadir al dolor clínicamente infligido en los adultos, es el consentimiento del paciente y su implicación en la generación de este dolor. Los dolores producidos por el asalto físico, la tortura o autoinfligido tienen las cualidades de dolorosidad y lesión, pero comúnmente no requieren que la persona voluntariamente *entregue su cuerpo a los otros* para herirlo y lesionarlo. No obstante, en el contexto clínico este es un componente esencial que hace posible infligir dolor, y establece los límites de cómo la persona con dolor puede actuar en esa situación y hacer frente a ese dolor.

La esencia del dolor clínicamente infligido no es solamente que *el dolor me duele*, o que *las acciones de otro me duelen*, pero que *invito al dolor poniendo a disposición mi cuerpo para que*

otro lo hiera y lesione. Entregar el propio cuerpo a otros no es un proceso pasivo de descargar. Más bien, requiere que los pacientes permitan a otros un acceso libre a sus cuerpos, sabiendo que tal acceso es probable que resulte en dolor, mientras que al mismo tiempo mantiene el control suficiente sobre sus cuerpos para retener una compostura dispuesta y no estorbar el trabajo de otros. El cuerpo vivo, con su intencionalidad, puede facilitar el trabajo de otro o puede ser un obstáculo frustrando ese trabajo y haciendo más probable el dolor. Así, mientras que son las acciones de otro las que infligen el dolor, el paciente no es un espectador pasivo del evento de generar dolor. No es simplemente que él o ella deba soportar el dolor, pero al presentar un cuerpo deformado, estropeado, no cooperador, o en cualquier otra forma un cuerpo inadecuado, la persona se implica en la generación del dolor.

El cuerpo que ha perdido su integridad durante la enfermedad o la lesión es más *lesionable* y está más abierto a la posibilidad de dolor. Por ejemplo, el paciente con cáncer que presenta un brazo hinchado con un edema linfático o con venas ya frágiles por su exposición a la quimioterapia, se le hace ser consciente de su cuerpo inadecuado que debe soportar alguna responsabilidad sobre el dolor infligido en él. De aquí que el dolor clínicamente infligido implique no sólo las acciones de otros en *mi* cuerpo, pero también en *mi* incapacidad para presentar un cuerpo adecuado que no impida el trabajo de otro

Restringiendo el cuerpo y la voz

Parte de entregar el propio cuerpo a otros implica retener un control adecuado del cuerpo de tal manera que no impida el trabajo de otros. Nuestro estar habitual en el mundo tiende hacia evitar el dolor y aún así, en la situación clínica, esta inclinación debe superarse y restringirse del cuerpo para que permanezca disponible a los que han de trabajar sobre él. Más aún, el dolor clínicamente infligido no solamente resulta también infligido por las acciones de otros, sino que gran parte debe ser soportado en su presencia. La situación social en la que el dolor clínicamente infligido debe ser soportado crea sus propios imperativos, incluyendo el requerimiento de que el paciente se comporte con compostura y coopere. Hacerlo de otra manera no sólo interfiere con el trabajo de los otros sino que también desafiaría la legitimidad de sus acciones, así como la disposición y la capacidad del paciente por cumplir con su parte del contrato implícito.

Por medio de *restringir el cuerpo y la voz* la gente con dolor ejercita un grado de dolor sobre ellos mismos y su mundo. Situado en mundo poco familiar y hostil en el cual dominan la enfermedad y las lesiones, las contingencias del tratamiento, y el poder de otros, ellos necesitan agarrarse a lo que aún permanece bajo su control. Así, *restringiendo el cuerpo propio y la voz* es un medio de ejercer control sobre una esfera de influencia personal que se va reduciendo, en este caso es el propio cuerpo (no importa cuán afectado por la enfermedad o la lesión) y la propia comunicación con el mundo (sin importar lo poco que este mundo responda a las necesidades y deseos de la persona).

Pero la experiencia es más compleja que esto. Cuando está presente, la voz tiene el poder para influir en la situación que se comparte, para forzar a otros a que se den cuenta; cuando está ausente permite a aquellos que infligen el dolor definir la situación en sus propios términos, sobrepasando la experiencia vivida de la persona con dolor. Así, *restringiendo el cuerpo y la voz* es una manera esencial de estar con dolor que facilita el trabajo con los otros, y permite mante-

ner una compostura dispuesta, mientras que al mismo tiempo añade la última incapacidad de compartir la experiencia del dolor.

El encuentro táctil

El fenómeno del dolor clínicamente infligido que se presenta aquí, emergió de las experiencias de los pacientes; para ellos, este dolor, fue primero y más importante, una experiencia directa, encarnada y básica, cuyo significado aprehendido fue en términos de lesión inmediata y dolorosidad. Los profesionales de enfermería, por otro lado, no tuvieron y no pudieron tener una experiencia directa de los pacientes. En verdad, es porque no sienten el dolor que siente el paciente, que los profesionales de enfermería son capaces de realizar los procedimientos que los pacientes experimentan como dolorosos. Pero si las experiencias del dolor de los pacientes fueran completamente privadas e inaccesibles a los profesionales de enfermería entonces infligir dolor no presentaría un problema, ni sería fuente de estrés para los profesionales de enfermería. Si no fueran conscientes del sufrimiento del paciente entonces no tendrían la necesidad de protegerse a sí mismos de él.

Las realidades del tratamiento sitúan a los profesionales de enfermería y al paciente en un contacto físico estrecho de uno con el otro y es en este contexto en el que un encuentro táctil entre ellos que el dolor se hace presente. Pero es también el encuentro táctil lo que demuestra su separación y sus muy diferentes opiniones de la situación. El cuerpo del paciente está expuesto y abierto a la mirada de otros, el profesional de enfermería puede desvestir, exponer, examinar, tocar, manipular, confortar o herir el cuerpo. El profesional puede tratar el cuerpo como un objeto con distanciamiento y despegue, como un campo sobre el cual actúa con destreza y experiencia. Pero el paciente no puede hacer nada de esto. La enfermera está escondida detrás del uniforme, la bata estéril, la mascarilla, los guantes. Su cuerpo es inaccesible, incluso en la medida en la que el paciente puede desear alcanzar y apretar la mano de la enfermera en un pedido silencioso de comprensión y reafirmación. Hacer eso contaminaría el campo estéril e interferiría con el trabajo del profesional de enfermería. O puede ser que el profesional de enfermería se relacione con la persona como un cuerpo vivo todo el tiempo consciente de la necesidad de mantener su orientación hacia la persona viva con la cual uno puede formar un consorcio terapéutico. La experiencia del proceso doloroso se convierte entonces en un proyecto compartido; de compartir percepciones individuales, de dosificar el procedimiento, de ceder control sobre cuanto dolor debe soportar el paciente, de responder a la situación a medida que se despliega y no a una construcción abstracta de la situación que se utiliza para justificar infligir dolor.

Dado que los profesionales de enfermería experimentan infligir dolor como un aspecto difícil y que causa estrés, hay siempre la tentación de construirlo como necesario, como inevitable, como que no duele tanto o es tan largo como otros tipos de dolor, o como no lesionante e incluso benéfico para la recuperación del paciente. Tal construcción enmascara la naturaleza esencial del dolor clínicamente infligido de su presencia como algo encarnado. El reconocimiento y la comprensión de la experiencia vivida del dolor clínicamente infligido, por otro lado, llama a una práctica reflexionada y reflexiva que reconozca completamente su libertad y su responsabilidad, en particular cuando está implicada en acciones que pueden herir más a aquellos que son vulnerables y están expuestos por la enfermedad y la necesidad de tratamiento.

Referencias bibliográficas

1. Descartes R. *A Discourse Method: Meditations and Principles*. London: LM Dent & Sons; 1986.
2. Madjar I. Pain as embodied experience: A phenomenological study of clinically inflicted pain in adult patients. Ph.D. New Zealand: Massey University; 1992.
3. Merleau-Ponty M. *The phenomenology of perception*. New York: Routledge & Kegan Paul; 1962.
4. Scarry E. *The Body in Pain*. New York: Oxford University Press; 1985.
5. Marcel G. Reply To RM Zaner (Tyhe Mystery of the of the body-qua-mine). En: Schilpp PA, Hahn LE. *The philosophy of gabriel Marcel*. La Sale III: open Court Publishing; 1984:334-335.

Bibliografía

- Addis L. Pain and other secondary mental entities. *philosophy and Phenomenological Research*: 1986; 47(1):59-73.
- Madjar I. pain as embodied experience: A phenomenological study of clinically inflicted pain in adult patients. Ph.D. thesis. New Zealand: Massey University; 1992.

Fecha de recepción: enero de 2000