

Demorarse ante el dolor del otro. Una mirada médica

LUIS ESPINO TORÓN

*La aceleración actual tiene su causa en la incapacidad general para acabar y concluir*¹

La tesis de esta comunicación es intentar mostrar cómo en apenas cuatro décadas el acelerado desarrollo de las tecnologías punta y la vertiginosa expansión mundial de internet, han provocado una sociedad caracterizada por la prisa, por lo instantáneo. Vivimos en la cultura de la inmediatez, sometidos a un presente continuo, a un sucesivo aluvión de instantes efímeros. No hay tiempo para el silencio, no hay pausa para la contemplación, no hay reposo para la reflexión. Como refiere el filósofo Byung-Chul Han en su ensayo sobre *El aroma del tiempo*: “Las prisas el ajeteo, la inquietud, los nervios y una angustia difusa caracterizan la vida actual. En vez de pasear tranquilamente, la gente se apremia de un acontecimiento a otro, de una información a otra, de una imagen a otra”². Y un pensamiento similar exponía Ortega y Gasset en 1930³, sobre el hombre-masa, el hombre hecho de prisa, de pobres y escasas abstracciones, e idéntico de un cabo de Europa al otro.

Planteamos que esta aceleración incide negativamente en el encuentro ante el dolor del otro, y más específicamente en el encuentro clínico. Encuentro

¹ HAN, BYUNG-CHUL, *El aroma del tiempo. Un ensayo sobre el arte de demorarse*. Barcelona. Herder editorial, 2015, p. 14.

² *Ibidem*, p. 53.

³ ORTEGA Y GASSET, JOSÉ, Prólogo a los franceses, en *La rebelión de las masas y otros ensayos*. Alianza Editorial, S.A. 2014, p. 35

que tiene lugar entre un doliente/sufriente que solicita alivio y consuelo, y una persona a la que se presupone conocimientos, habilidades y actitudes. Pero para llegar a buen puerto, es necesaria una navegación pertrechada: del tiempo oportuno –la madurez de las cosas–, de la escucha atenta, de la sedimentación de la memoria, de la construcción del relato, en definitiva. del encuentro con el otro.

*What is pain? If no one asks me, I know what it is. If I wish to explain it to him who asks, I do not know*⁴.

Desde el punto de vista médico, la Asociación Internacional para el Estudio del Dolor (IASP), lo definió en 2020 como: “Una experiencia sensorial y emocional desagradable asociada o similar a la asociada a una lesión tisular real o potencial”⁵; destacando en esta definición que, aunque no se observe ni exista lesión objetiva, se valida el dolor como algo indudable. Es decir, la experiencia del dolor en primera persona puede aparecer en ausencia de lesión somática. Una experiencia que sentimos como certera, pero en muchas ocasiones difícil de explicar. Cuando el dolor irrumpe en nuestro cuerpo no tenemos duda de su existencia, no tenemos duda de que lo que padecemos es dolor. No obstante, esa certeza del dolor va de la mano de un grado de inefabilidad, de dificultad lingüística, de una impotencia para expresar mediante palabras el dolor que sentimos. Paradójicamente el dolor presenta un doble carácter, primero como un acontecimiento universal, todo ser humano va a presentar dolor a lo largo de su vida; pero simultáneamente, el dolor es una experiencia de exclusiva subjetividad: mi dolor es solo mío, es mi propia experiencia, nadie puede saber qué intensidad tiene mi dolor, ni cómo lo sufro, ni cómo lo vivencia mi cuerpo. Un dolor que, a pesar de ser un acontecimiento universal, narrado y simbolizado desde el principio de nuestros tiempos^{6,7,8}; se vivencia como experiencia singular, individual y única.

⁴ GENIUSAS, SAULIUS, *The Phenomenology of Pain*. 2020. Ohio. Athens, Ohio University Press, p. 1. Parafraseando a San Agustín de Hipona sobre el tiempo, en *Confesiones* (XI, cap.14, 17).

⁵ RAJA, SRINIVASA Y COL., *The revised International Association for the Study of Pain definition of pain: concepts, challenges, and compromises*. Pain, 2020 Sep. 1;161(9):1976-1982

⁶ KRAMER, SAMUEL NOAH. *La historia empieza en Sumer*. Alianza Editorial, 2020, Madrid. (El primer “Job”, cap. 15, pp. 147-151.

⁷ Génesis 3, 16-19.

⁸ Libro de Job.

Pero, ese dolor que es tan nuestro, tan de nuestro cuerpo e imposible de compartir como experiencia con el otro, con los otros, puede ser percibido como un bárbaro invasor que, “nos imbuye inmediatamente conceptos metafísicos; en el sitio del dolor imaginamos un mal, fantástico ser que se ha introducido bajo nuestra piel y al que querríamos arrojar por brujería”⁹. Un dolor que afecta y perturba nuestra atención, nuestro modo de estar en el mundo: tenemos una migraña que nos provoca una hipersensibilidad al ruido y a la luz; un dolor de cabeza que nos impide leer y que nos dificulta cualquier actividad intelectual; tenemos una úlcera gástrica que nos altera profundamente en el disfrute del comer, nos duele en ayunas y nos duele después de la ingesta; tenemos una lumbalgia que nos dificulta mantener una postura, una posición antiálgica, que nos duele al caminar, al estar de pie y al acostarnos. Un dolor que si es muy intenso solo podemos expresarlo mediante gritos, quejidos, gestos, posturas corporales, o a través de un rictus enajenado. Un dolor localizado en un lugar del cuerpo –cuerpo que estaba mudo, silente–, y que de repente nos interpela, nos conmina a evitar algunos movimientos y a adoptar insólitas posturas. Y si ese dolor persiste, se cronifica y no podemos calmarlo, entonces ya no es el cuerpo el que duele, sino que somos un cuerpo que duele. Y, parafraseando el cogito cartesiano podríamos decir: «J'ai mal au corps, donc je suis», donde el dolor encarnado en nuestro cuerpo inunda y arrolla nuestro ser. Un dolor que produce un quebranto en nuestra vida diaria.

Dese la perspectiva fenomenológica de Husserl, podemos afirmar que el sujeto del dolor no es el mero cuerpo anatómico –cuerpo/objeto– (Körper¹⁰), sino el cuerpo vivido –cuerpo/sujeto– (Leib)¹¹, dolor que provoca una afectación de la relación con uno mismo, una afectación que produce una pérdida de seguridad y de confianza. Y donde además acontecen una serie de manifestaciones, que pueden limitar, incapacitar y aislar al sujeto. Este fenómeno aparece sobre todo en el dolor crónico, como una experiencia que afecta a nuestro cuerpo, pero también a nuestra personalidad y que puede tener un efecto *despersonalizador*, es decir, una alteración en la percepción o experiencia de sí

⁹ ALAIN, *Sobre la felicidad*. 2016, Madrid. Hermida Editores, p. 165.

¹⁰ HUSSERL, EDMUND, *Problemas fundamentales de la fenomenología*. 2020, Madrid. Alianza Editorial. En la presentación de César Moreno y Javier San Martín, se traduce el Körper como el cuerpo de carne, cuerpo somático; y el Leibkörper como el yo que intuye aquel otro cuerpo de carne; y por la reducción el Leib del otro se reduce a Körper, pp. 23-24.

¹¹ *Ibidem*, p. 20. El Leib es el cuerpo vivido, el soma, el intracuerpo o la carne. Esta carne es el cuerpo vivido, el cuerpo sensible.

mismo, una agresión a nuestro cuerpo y a nuestra persona. Según el fenomenólogo Saulius Geniusas¹², el dolor crónico tiene cuatro características esenciales que influyen el proceso de *despersonalización*: 1) Afecta a la relación entre el yo y el cuerpo: se rompe la habitual sumisión del cuerpo al yo; 2) Afecta a la relación de la persona consigo misma: arrebatada a la persona la capacidad de realizar algunas de las actividades más básicas; 3) Afecta al yo y al mundo circundante: el dolor crónico altera la relación perceptiva, afectiva y conceptual de la persona con el mundo: transforma el cuerpo en un muro viviente que se interpone entre el yo y el mundo circundante; 4) Afecta a la relación entre el yo y los demás: produce una brecha entre la persona que sufre y los demás.

Al contrario, tenemos el dolor del otro, ese dolor que esta-allí, ese dolor que no nos duele, que puede llegar a no afectarnos e incluso a *des-afectarnos*; pues ese dolor nos rememora, nos confronta con la fragilidad de nuestro cuerpo, con la vulnerabilidad de nuestros sentimientos, con la inmanencia del vivir, con la incertidumbre del *por-venir*. Y ante este desasosiego que nos produce el dolor del otro, ante el precipicio en el que nos coloca la mirada del doliente, preferimos hacer *zapping* por el mundo¹³, cambiar rápidamente de cadena, esquivar el rostro y la tensión narrativa que le acompaña. Huimos del drama personal, para no afectarnos por la historia; rápido, de prisa, sin demora..., queremos otra imagen, queremos una historia sin dolor. No deseamos un relato que requiera pausa, que nos exija reflexión, que requiera relectura; al contrario, ansiamos la aceleración anestésica de lo fugaz, de *lo anodino*¹⁴, de lo que alivia el dolor.

Pero para aproximarnos al dolor que no es el nuestro, no es nuestro-aquí, que es el dolor que está ahí, es el dolor-ahí, el dolor del otro, del otro próximo; es necesaria la pausa, la demora, el tiempo para poder interpretar el dolor que se nos manifiesta en un rostro, en un nombre, en una historia personal, en un padecer. Pero la prisa impide la reflexión y el silencio, y sin silencio no puede haber escucha, y sin escucha no puede haber interpretación, y sin interpretación no podemos comprender la opinión del otro, la experiencia del tú¹⁵. Y si no

¹² GENIUSAS, SAULIUS, *The phenomenology of pain*. 2020. Ohio University Press, pp. 148-150.

¹³ HAN, BYUNG-CHUL. *El aroma del tiempo. Un ensayo sobre el arte de demorarse*. Barcelona. Herder editorial. 2015, p. 93.

¹⁴ Anodino viene del latín tardío *an dynos*, y este del griego antiguo *ἀνώδυνος* (*anódynos*), que significa, lo que alivia el dolor

¹⁵ GADAMER, HANS GEORG, “La experiencia del tú que muestra la paradoja de que algo que está frente a mí haga valer su propio derecho y me obligue a su total reconocimiento; y

comprendemos al otro no puede haber reconocimiento, y sin reconocer al otro como persona no puede haber diálogo y, en definitiva, sin silencio y sin pausa es imposible la escucha de la trama narrativa del otro, de su biografía¹⁶.

La inmediatez, la premura del tiempo es como el rugir de un motor acelerado, que nos ensordece con el constante e ininterrumpido ruido de “las habladoras, que hacen referencia a lo *que se dice*, al hablar por hablar, a no buscar el ser del que se habla, por lo que el centro de hablar es el mismo gesto de hablar” ... “La prisa y la ausencia de reflexión acaban con la renuncia a buscar la vocación personal porque *no hay tiempo* para planteársela. Parece que lo urgente es gozar de las experiencias que todos comentan, y en un segundo plano queda si conforman o no una línea argumental y si ésta responde a la vocación particular”¹⁷. Como expone David Le Breton en su ensayo sobre el silencio: “La hemorragia del discurso nace de la imposible sutura del silencio. Esta comunicación que sin descanso teje sus hilos en las mallas del entramado social no tiene fisuras, se manifiesta con la saturación, no sabe callarse para poder ser escuchada”.

El encuentro con el doliente debe ser un acto comunicativo, un diálogo entre dos personas que requiere: pausa, silencio, escucha y el arte de las preguntas y respuestas adecuadas. Es decir, exponemos nuestras opiniones, y después de nuestra exposición, damos una alternativa a los argumentos e ideas del otro. Pero para que se produzca esta alternancia es imprescindible desacelerar el tiempo para dar entrada al silencio, al silencio que abre la puerta al discurso del otro. Sin pausa, sin silencio no puede haber comunicación, y no hablamos de mutismo, al contrario, hablamos del silencio acogedor a las palabras del otro; del silencio ofrecido al otro para que exprese sus sensaciones, emociones, expectativas, decepciones..., un silencio donde intentamos ver lo mucho que queda por decir cuando algo se dice. Y para llegar a este fin consideramos imprescindible plantear la pregunta fundamental que expone Ricoeur¹⁸ como llave de apertura al otro: ¿quién?, ¿quién es el sujeto doliente?, ¿quién relata?, ¿quién actúa?, ¿quién pierde capacidad de acción? Un cortejo de preguntas

con ello a que le comprenda”. *Verdad y Método*. 2023, Salamanca. Ediciones Sígueme, p. 18 “a”.

¹⁶ LE BRETON, DAVID, *El silencio*. Ediciones Sequitur. Madrid 2006, p. 5.

¹⁷ MONFORT PRADES, JUAN MANUEL, *El hombre masa de Ortega y Gasset. Reflexiones sobre la educación actual*. En “*Ortega y la fenomenología. Diálogos con Javier San Martín*” Editorial Dykinson, S.L., Madrid. 2022, pp.144 y 146.

¹⁸ RICOEUR, PAUL, *Sí mismo como otro*.1996. Madrid. Siglo XXI editores, pp. 39-43

que abarcan y abrazan: la descripción fenomenológica; la interpretación hermenéutica; la comprensión de la identidad narrativa; y en definitiva el *re-conocimiento* del otro, lo que nos permitirá ayudar a quien sufre.

Lamentablemente, diferentes estudios han expuesto cómo en el encuentro médico, el discurso, la narración del paciente se interrumpe en menos de 30 segundos. Interrupción intencional que aprovecha el médico, para comenzar a “disparar” preguntas, preguntas que en muchas ocasiones son preguntas cerradas, dirigidas a síntomas y signos concretos. Es decir, no llegamos a entrar o dejar entrar la conversación. O como expone Gadamer, no nos enredamos en ella. “Acostumbramos a decir que llevamos una conversación, pero la verdad es que, cuando más auténtica es la conversación, menos posibilidades tienen los interlocutores de llevarla en la dirección que desearían. De hecho, la verdadera conversación no es nunca la que uno habría querido llevar. Al contrario, en general sería más correcto decir que entramos en una conversación, cuando no que nos enredamos en ella”¹⁹. Pero el fin de esta trama, que supone la distancia entre la opinión contraria y la propia, sería llegar al desenredo del intercambio de pareceres, “el ponerse de acuerdo en una conversación implica que los interlocutores están dispuestos a ello y que van a intentar hacer valer en sí mismos lo extraño y lo adverso. Cuando esto ocurre recíprocamente, y cada interlocutor sopesa los contraargumentos, al mismo tiempo que mantiene sus propias razones puede llegarse poco a poco a una transferencia recíproca, imperceptible y no arbitraria, de los puntos de vista (lo que llamamos intercambio de pareceres), hacia una lengua común y una sentencia compartida”²⁰. Sin embargo, la tecnificación actual de la medicina, con el número cada vez mayor de aparatos médicos de “alta tecnología” y el diagnóstico asistido por ordenador, pone de manifiesto un problema cada vez más acuciante en la medicina moderna: “el desvanecimiento de la atención al encuentro en la práctica médica; la voz del paciente se ve amenazada por el creciente zumbido de la tecnología médica; y el ordenador, que actúa como juez en cuestiones de diagnóstico y terapia podría llegar a sustituir gradualmente a la voz del médico”:

“Computer-assisted diagnosis highlights a problem which has become ever more pressing in modern medicine, and which concerns the topic of this study: the fading focus on the meeting in medical practice. If, as we have seen, the voice of the patient is threatened by the loudening hum of medical technology,

¹⁹ GADAMER, HANS GEORG, *Verdad y Método*. 2023, Salamanca. Ediciones Sígueme, p. 476.

²⁰ *Ibidem*, p. 465.

*the computer as a judge in matters of diagnosis and therapy may also gradually replace the voice of the doctor*²¹.

No obstante, el dolor, que en ocasiones es inefable, necesita para poder expresarse, poner en marcha la narración y sus metáforas. El dolor necesita salir de lo exclusivamente corporal, de la mirada médica focalizada en lo anatómico, de las hipnotizantes imágenes de la sofisticada imaginaria, “la vida es despojada de toda narrativa que le otorgue sentido. Ya no es lo narrable, sino lo medible y numerable”²². No interesa el relato del paciente, a veces a trompicones y con sus inevitables enredos. Nos cansan sus circunloquios, sus contradicciones. Queremos datos, cifras, imágenes, resultados objetivos para hacer un diagnóstico, un diagnóstico de la enfermedad sin el discurso del enfermo.

En otras ocasiones el dolor, la angustia, el temor, quiebra la palabra del paciente, “el dolor es un dique de contención, que al comienzo ofrece resistencia a la corriente de la narración”²³; ¡pero es necesario fisurar ese dique, hacerlo permeable, comunicable! Hay que luchar contra el estancamiento del dolor, permitir que el caudal doloroso rompa o sobrepase las paredes de ese muro de contención. Y para ayudar a generar ese caudal de liberación es necesaria la experiencia salutífera de la intervención que implica que el otro nos escucha, que el otro se esfuerza en comprender, que se abre a cuidar, y que se atreve a acariciar, “La soledad, la falta de experiencia de cercanía, actúa como amplificador de los dolores. Quizá los dolores crónicos sean también, igual que los dolores autoinfligidos, un grito del cuerpo pidiendo cariño y cercanía, e incluso amor, una elocuente indicación de que hoy apenas se producen contactos. Evidentemente nos falta la salutífera mano del otro. Ningún analgésico puede reemplazar aquella escena primordial de la curación”²⁴.

Para enfrentarnos a ese temor al dolor (algofobia), a esa dis-vivencia que nos ahoga en el sufrir, es importante encontrar la reconfortante mano del otro. Mano que representa en el encuentro clínico una dación humana del que sabe, del que sabe aceptarme, y quiere aliviarme; como bien expuso George Canguilhem, en su libro, *Escritos sobre la Medicina*: “Mi médico es aquel que acepta corrientemente de mí, que lo instruya sobre lo que yo solo estoy habi-

²¹ SVENAEUS, FREDRIK, *The hermeneutics of medicine and the phenomenology of health. Steps Towards a Philosophy of Medical Practice*. 2000, p. 33.

²² HAN, BYUNG-CHUL, *La sociedad paliativa*, 2021. Barcelona. Herder editorial, p. 31.

²³ *Ibidem*, p. 39.

²⁴ *Ibidem*, p. 48

litado para decirle, a saber: lo que mi cuerpo me anuncia a mí mismo a través de síntomas cuyo sentido no me resulta claro. Mi médico es aquel que acepta de mí ver en él al exégeta, antes que aceptarlo como reparador. La definición de la salud que incluye la referencia de la vida orgánica al placer y al dolor experimentado como tales, introduce subrepticamente el concepto de cuerpo subjetivo en la definición de un estado que el discurso médico cree poder describir en tercera persona”²⁵.

No obstante, el futuro y distópico escenario del paciente “reuniéndose y hablando” con una máquina –un chat GPT–, pretende ser una realidad emergente, ¿la quimera prometeica a nuestro alcance? En un muy reciente estudio²⁶ publicado en la prestigiosa revista JAMA²⁷ en abril del 2023, se evaluó la capacidad de un programa de inteligencia artificial (ChatGPT), para valorar la calidad y empatía de las respuestas a cerca de 200 preguntas realizadas por pacientes. Estas respuestas fueron analizadas –mediante pruebas paramétricas– por un grupo de médicos especialistas, que estimaron que las proporcionadas por el *chatbot* como de mejor calidad y más empáticas –y objetivamente más extensas y descriptivas– con respecto a las proporcionadas por los médicos. A pesar, de que no es nuestra intención en esta comunicación analizar este estudio, podríamos sacar la incipiente y precipitada conclusión de que la extensión y descripción en las respuestas proporcionada por el ChatGPT ha podido influir su valoración. Obviamente no hay posibilidad humana de superar un programa informático que maneja millones de datos y procesa más de 20.000 palabras simultáneamente; aparte de no presentar fatiga física ni mental. Pero nos resistimos a creer que esas respuestas más extensas y complejas puedan ser vividas como más empáticas. No obstante, habría que tener en cuenta cómo afecta la prisa, la necesidad de respuesta inmediata y el consecuente agotamiento a la persona.

En resumen, opinamos que en este joven siglo XXI corremos el riesgo de deslumbrarnos por la llama de lo tecnológico, por el fulgor digital, e invo-

²⁵ GANGUILHEM, G., *Escritos sobre la medicina*. 2004. Buenos Aires. Amorrortu editores, p. 63.

²⁶ AYERS, JOHN W. Y COL., *Physician and Artificial Intelligence Chatbot Responses to Patient Questions Posted to a Public Social Media Forum*. JAMA Intern Med. Publicado online April 28, 2023.

²⁷ Journal of the American Medical Association (JAMA), es una revista médica publicada por la Asociación Médica Estadounidense de forma semanal desde 1883. Es una de las revistas médica de más amplia difusión en el mundo, y ocupa el lugar número 5 de la clasificación, en la categoría de ciencias médicas y de la salud.

camos nuevamente a la diosa razón con su manto de ciencia y de certeza. Un nuevo oráculo emerge en estos tiempos: la *Inteligencia Artificial* como solución a nuestras penurias, a nuestra fragilidad corporal, a nuestra vulnerabilidad emocional, y a nuestro malestar social. Pero para no cegarnos ante la multicolor pirotecnia de la inmediatez y de la aceleración; es necesaria la lentitud de la mirada, una mirada pausada, “una mirada medica sin prisas, que mire el cuerpo en su superficie, en su interioridad anatómica y, desde luego en su comportamiento como persona”... “No, en la mirada médica que en siglo XXI se ha transformado en una mirada tecnocientífica que fragmenta el cuerpo, lo desmenuza, lo despieza, lo secciona dignamente en rodajas, hasta convertirlo en un puzle que después ha de reconstruir para interpretar los hallazgos”...”Por encima de todo la mirada medica sobre el cuerpo enfermo debe ser justa y compasiva”²⁸.

No podemos apreciar la belleza del paisaje desde el interior de un tren de alta velocidad. Necesitamos detenernos, pausarnos, caminar lentamente; para poder contemplar el entorno, para poder apreciar su encanto. Debemos recuperar la quietud de la mirada y el sosiego del pensar. Necesitamos rescatar el tiempo: “Tiempo de nacer y tiempo de morir; tiempo de plantar y tiempo de arrancar lo plantado. /.../Tiempo de llorar y tiempo de reír; tiempo de endechar y tiempo de bailar. /.../Tiempo de buscar y tiempo de perder; tiempo de guardar y tiempo de derramar. /.../ tiempo de callar y tiempo de hablar”²⁹.

²⁸ PERA, CRISTÓBAL, *El cuerpo silencioso. Ensayos mínimos sobre la salud*. Editorial Triacastela., Madrid, 2009, pp. 303-317.

²⁹ *Eclesiastés o el predicador de Salomón*. Versión de la biblia del oso, por Casiodoro de Reina. Muchnik Editores S.A. 1998. 3:2-8, pp. 7-8.