

Consideraciones sobre el dolor desde una perspectiva fenomenológica*

Recibido: 8 de septiembre de 2015 | Aprobado: 12 de noviembre de 2015

DOI: 10.17230/co-herencia.12.23.4

Paula Díaz Romero**

pauladiazromero@gmail.com

Resumen El presente artículo trata sobre cómo la fenomenología del dolor físico puede entablar un diálogo con las ciencias médicas, brindando, por un lado, un marco teórico sobre la relación mente-cuerpo que no sea reduccionista y, por otro lado, algunos aspectos que mejoren la posibilidad de la cuantificación del dolor mediante test de evaluación del dolor, a partir del refinamiento de los reportes subjetivos. El artículo se divide en tres secciones: (I) la consideración fenomenológica del dolor; (II) la consideración médica del dolor y la relación con la fenomenología; y por último, (III) el para qué de dicha relación.

Palabras clave:

Dolor, cuerpo, fenomenología, medicina.

Insights into pain from a phenomenological point of view

Abstract This article discusses how the phenomenology of physical pain can establish a dialogue with the medical sciences, providing, on the one hand, a theoretical framework of the mind-body relationship rather than a reductionist one and, on the other hand, some aspects that will help improve the possibility of the quantification of pain through a pain assessment test, on the basis of the refinement of subjective reports. The article is divided into three sections: (I) the phenomenological conception of pain; (II) the medical conception of pain and its relationship with phenomenology; and lastly, (III) what the finality of this relationship actually is.

Key words:

Pain, body, phenomenology, medicine.

* Este artículo presenta resultados parciales de la investigación de doctorado que realizo, financiada por el Consejo Nacional de Investigaciones Científicas y Técnicas (CONICET), en la Universidad Nacional de Córdoba-Argentina. A su vez se inscribe en la línea de investigación de los proyectos “Cuerpo, sujeto y afectividad: interlocutores, antecedentes y contexto de diálogo” subsidiado por la Secretaría de Ciencia y Técnica de la Universidad Nacional de Córdoba (SECYT-UNC) y “Proyecto de reactualización contemporánea de la Fenomenología: fenomenología de la corporeidad” subsidiado por la Agencia Nacional de Promoción científica y tecnológica, ambos bajo la dirección de Ariela Battán Horenstein.

** CONICET-IDH-UNC (Consejo Nacional de Investigaciones Científicas y Técnicas-Instituto de Humanidades-Universidad Nacional de Córdoba). Doctoranda en Filosofía por la Universidad Nacional de Córdoba-Argentina.

Introducción

Las investigaciones fenomenológicas de la corporeidad constituyen una influencia en un sinnúmero de desarrollos teóricos sobre temas tan variados como los estudios sobre las emociones, la percepción o la cognición, para mencionar solo algunos. Sin duda, una de las contribuciones más originales en relación con la naturaleza de la existencia corpórea se corresponden con las investigaciones sobre el dolor físico. El caso del dolor físico genera más de un problema a la hora de explicar su naturaleza. Tanto psicólogos como fisiólogos reducen el fenómeno abriendo una brecha entre las explicaciones que lo entienden como un fenómeno psíquico o como un fenómeno físico. Según algunos autores (Geniusas, 2013; Varela, 1999), la fenomenología permite una *tercera vía* filosófica a los enfoques naturalistas e historicistas o psicologistas del dolor. Esta tercera vía permite un cruce teórico entre dos dimensiones filosófico-científicas que tradicionalmente fueron reduccionistas.

La fenomenología, dando un giro hacia la corporalidad, se salva de caer en descripciones dualistas. El cuerpo es un cuerpo subjetivo, y el caso del dolor es un caso paradigmático de la encarnación del sujeto en el cuerpo. Filosóficamente, este re-descubrimiento del *cuerpo* como base perceptiva y motriz -y del *mundo* como ambiente o trasfondo en el que y por el cual se desarrollan las actividades de un agente- se consolida nuevamente en la historia del pensamiento bajo la recurrente metáfora corporal del *giro*. Hoy podemos denominar a esas tendencias *el giro corporal (the corporeal turn)*.¹

El presente artículo se divide en tres grandes ejes: en el primer apartado, presento los conceptos fundamentales de la fenomenología del cuerpo como marco teórico para el estudio fenomenológico del dolor físico. En el segundo apartado, me centro en las consideraciones fenomenológicas del dolor con relación a lo que la medicina (clínica) entiende por este. Por último, el tercer apartado tiene un objetivo propositivo. Mi propuesta consiste en mostrar cómo la fenomenología puede (i) brindar un marco teórico más adecuado a la medicina sobre la relación mente-cuerpo y (ii) como puede ofrecer algunos aspectos que mejoren la posibilidad de la cuantificación del

¹ Este es un concepto de Maxine Sheets Johnstone (2009); la fenomenología de la corporalidad se constituye como un nuevo paradigma que reemplaza al paradigma del lenguaje (giro lingüístico). De este modo, se entiende este nuevo paradigma de pensamiento como un "giro" hacia la corporeidad.

dolor mediante test de evaluación del dolor, a partir del refinamiento de los reportes subjetivos. Para ello, mostraré de modo esquemático y provisorio cómo el “entrenamiento” (*training*) fenomenológico de los sujetos en la experiencia del dolor puede ayudar a establecer métodos de cuantificación basados en los reportes subjetivos, pero que al mismo tiempo permiten encontrar las coincidencias relevantes compartidas por todos los sujetos, para detectar cuáles son las leyes intersubjetivas de la experiencia del dolor.

I

Como todo análisis fenomenológico, el estudio del cuerpo desde esta perspectiva lo comprende como un fenómeno vivenciado, es decir, como una experiencia subjetiva significativa. La fenomenología (husserliana) dirige su mirada a la vivencia subjetiva con el fin de hallar -a través de la *epoché* fenomenológica y las reducciones- aquello invariable, “objetivo”, en la experiencia misma, esto es, su esencia. De lo que se trata es de encontrar la esencia del fenómeno corporal presente ante la conciencia. Frecuentemente, incluso en los primeros trabajos sobre corporalidad en fenomenología, el tema del cuerpo se consideró a partir de un estudio del fenómeno perceptivo y del fenómeno motriz, que involucran la situación espacial y temporal de los fenómenos externos con relación al punto de anclaje y referencia que *es* este objeto-sujeto que soy. Pero estos estudios presentaron un nuevo problema en la fenomenología (cuya pretensión era superar las clásicas dicotomías cuerpo-mente a partir del concepto de *intencionalidad* entendido como puente, nexo o correferencia entre la conciencia que habita un mundo y el mundo que es significativo para la conciencia). Este nuevo desafío surge cuando el estudio se vuelca hacia la propia naturaleza del cuerpo y, al atender hacia este “objeto”, aparece una doble característica o ambigüedad: en primera instancia, es un objeto constituido por la conciencia -el objeto “mi cuerpo”- pero también es el fondo existencial de la conciencia, condición de posibilidad existencial y cognoscitiva del mundo. Esta ambigüedad de la existencia corporal es la que Merleau-Ponty describe en *Fenomenología de la percepción*, retomando la distinción husserliana entre *Leib* (cuerpo vivido) y *Körper* (cuerpo objetivo), para desarrollar una fenomenología del *cuerpo vivido*. La distinción entre *Leib* y *Körper* es la premisa que sustenta los estudios

sobre la corporalidad en fenomenología e, incluso, es sobre la que vuelven los investigadores de otras disciplinas para intentar entender, explicar o quizá tan solo completar sus teorías sobre cognición, percepción o afección.

La fenomenología merleau-pontiana avanza un poco más sobre este terreno: toda experiencia (la imaginativa, la perceptiva, la motriz, la afectiva/emotiva, la rememorativa, la cognitiva) depende de la situación corporal del sujeto. El cuerpo logra una autonomía que permite trascender la clásica dicotomía alma/cuerpo. En la óptica encarnada, sobre todo a partir de la obra póstuma *Lo visible y lo invisible* de Merleau-Ponty (1964), la distancia no es un problema ya que cuerpo y mundo se entienden como pertenecientes a una misma *carnalidad*. Este cambio en el enfoque propone que la intencionalidad de acto (tética) se apoya y es posibilitada por una intencionalidad más básica: una intencionalidad operante (latente) que funda el modo en que percibimos, sentimos y expresamos el mundo.

El caso del dolor trae a colación serios debates exclusivamente fenomenológicos. La literatura actual sobre el tema puede ser caracterizada, según mi entender, conforme a dos enfoques: el enfoque husserliano y el enfoque merleau-pontiano. Esta distinción entre “modos” de abordar el tema está fundada sobre el énfasis puesto en la conciencia. El primer enfoque describe el fenómeno considerándolo como vivencia *de* o *para* una conciencia, lo cual pone en discusión la naturaleza intencional del dolor y su relación necesaria con la “atención”, entre otras cuestiones. La segunda propone un análisis más integral del dolor, por ejemplo, cuando se pregunta cómo, a partir de la noción de esquema corporal, la experiencia corporal varía cuando irrumpe la dolencia en medio del hacer cotidiano, o cómo el dolor puede ser subjetivo y objetivo a la vez, interrelacionando estas temáticas con respuestas de otras disciplinas. Teniendo en cuenta lo dicho, en lo que sigue presentaré algunas consideraciones fundamentales sobre el dolor físico.

Según Agustín Serrano de Haro (2009) no hay dolor que no duela, y por tanto, sufrir dolor parece ser la condición necesaria y suficiente de su objeto: el dolor. Por lo tanto, “solo de la experiencia vivida puede partir la determinación fundamental de qué sea este sentir dolor, que en la plenitud de la inmanencia es sin embargo, a la vez y por principio, dolor en el cuerpo y dolor del cuerpo” (2009: 161). Para el autor, solo en el darse las vivencias del dolor en la plenitud de la inmanencia se puede efectuar un verdadero análisis

eidético del mismo. Este es un primer punto a tener en cuenta en el marco de una estricta fenomenología del dolor, a saber: el hecho de que el dolor no presenta un objeto sino que es su propio objeto. Por lo tanto, el dolor ante una uña encarnada no sería “dolor en el dedo del pie”, en el que la herida del pie provocaría o causaría un mal sufrido, sino que el dolor aparece como *pie doliente*. Esta aclaración permitiría no objetivar el dolor, al enmarcar el fenómeno dentro del ámbito estrictamente inmanente de la vivencia. En esta misma línea, Saulius Geniusas (2012), a partir de una reconstrucción del dolor en la obra de Sartre, acentúa el hecho de que “la experiencia original de dolor carece de intencionalidad, y por lo tanto, el dolor no es ni real ni un objeto ideal. Lejos de constituir un objeto de experiencia, el dolor de nivel pre-reflexivo se experimenta como una característica que marca la encarnada relación del sujeto con el mundo” (2012:8). El dolor aparece en una dimensión no objetiva.

Ahora bien, si el sujeto del dolor es el cuerpo, tal como la fenomenología supone, ¿de qué cuerpo estamos hablando? Puesto que esta perspectiva no quiere comprometerse con un cuerpo físico u objetivo, para no caer en un naturalismo fisicalista, Geniusas considera que:

El cuerpo fisiológico simplemente no puede ser el sujeto del dolor. Sólo puedo entender mi propio cuerpo fisiológico desde el punto de vista de la tercera persona. Por contraste, el dolor, en la medida en que es una experiencia, puede solo ser experimentado desde la perspectiva de la primera persona. Por lo tanto, si vamos a identificar el cuerpo como el sujeto del dolor, hemos de calificar el-cuerpo-en-dolor no como cuerpo fisiológico sino más bien como cuerpo vivido (2013: 5).

La clave está, según Geniusas, en no confundir el cuerpo físico con el cuerpo vivido del que habla la fenomenología.² En sus propias palabras:

² Además de estas dos cuestiones, a saber, (i) el hecho de que el punto de vista sobre mi cuerpo no puede ser de tercera persona al experimentarlo y (ii) el hecho de que las investigaciones naturalistas del dolor no pueden explicar el dolor crónico, y que la fenomenología pretende describirlo, Geniusas (2013) incorpora una dimensión más al análisis: la dimensión instrumental de la corporalidad que involucra la intersubjetiva (2013: 12). El cuerpo se experimentaría de forma negativa o alienante ante la aparición del dolor, y esto pondría al sujeto de experiencia en una relación de objetivación con su propio cuerpo. Sin embargo, si atendemos a esta dimensión instrumental, la relación con el cuerpo no debe ser entendida solo en términos de alienación, como si pudiera tomar distancia del mismo y ver mi propio cuerpo como un objeto que estorba o nubla mi capacidad reflexiva habitual. El dolor severo y crónico va más allá de esta captación negativa del cuerpo: el dolor se convierte en todo lo que hay, mi mundo es un mundo-en-dolor (Geniusas, 2013: 5).

¿Puede tal subjetividad encarnada aparecer en los confines de una ontología naturalista? La respuesta es “no”, porque el cuerpo vivido no aparece como un objeto entre otros objetos, sino más bien como punto cero de orientación, esto es, como un punto de referencias para el cual toda la naturaleza es relativa. En la medida en que trato al cuerpo vivido de forma natural, lo transformo en algo distinto de lo que es, es decir, en un cuerpo fisiológico, cuyo sentido presupone el estar dado el cuerpo vivido (Geniusas, 2013: 6).

Por lo cual, aunque pueda reflexionar sobre la causa u origen de este padecimiento, el dolor físico, entendido como una experiencia vivida por un cuerpo, se presenta como es el horizonte de experiencia por el cual interpreto el mundo. Tomemos el caso del dolor de ciático. Si bien este dolor se define como un entumecimiento u hormigueo en la pierna, provocada por una lesión o presión sobre el nervio ciático, yo no lo capto como tal cuando me siento a escribir, camino hacia el trabajo, me baño, etcétera. Simplemente este dolor me acompaña como una sensación resonante que requiere la flexión de mis rodillas y la curvatura de la columna -aun cuando yo ni siquiera note de forma reflexiva estos cambios posturales- y, al mismo tiempo, suele estar acompañado de cierta irritación hacia el entorno. Toda esta descripción es el dolor de ciático. Y ciertamente no lo experimento “yo” como sujeto, sino “yo” en cuanto cuerpo. En este mismo sentido, Serrano de Haro sostiene que:

El planteamiento fenomenológico asume, en efecto, que la fuente primitiva de legitimidad para hablar con alguna verdad, con seriedad, acerca del dolor reside justamente en la experiencia dolorosa. Como no se cansó de repetir Michel Henry, la revelación absoluta del dolor se produce patéticamente, al sentirlo como un *pathos*, no al objetivarlo como un *logos*. Pues en su núcleo el dolor es acontecimiento puro en primera persona, es la situación pasiva en que me encuentro, en la que “existo”, y que de inmediato conozco como tal. Antes de que los saberes de las ciencias médicas subsuman mi caso bajo nociones objetivas articuladas en tercera persona, vehiculadas en palabras generales que lo explican -“Usted lo que tiene es un cólico nefrítico”-, y que proceden de una percepción objetivadora e indirecta de mi cuerpo (las pruebas clínicas, los análisis) antes y a la base de todo ello, la “ciencia” originaria del dolor -se atrevía a decir el filósofo francés- es el doler mismo, es el sufrirlo en las propia carnes; son, en el mismo ejemplo, esos pinchazos agudos que me han asaltado con violencia por aquí, por

mi costado derecho, y que perturban mi atención, condicionan mis posturas y motricidad e, inquietando el ánimo, alteran mi existir en el mundo (Serrano de Haro, 2012: 15).

Ahora bien, esta comprensión fenomenológica del dolor presenta una dimensión compatible con la que defienden las ciencias médicas. En especial, si tomamos en cuenta las nuevas investigaciones en fenomenología que proponen un diálogo con otras disciplinas. Esta línea de investigación se conoce como el *Proyecto de naturalización de la fenomenología*. Actualmente este proyecto se encuentra en discusión en el interior de la fenomenología (Gallagher y Zahavi, 2008; Varela, Thompson y Rosch, 2005; Botero, 1999; por mencionar solo algunos) ya que esta tendencia naturalista parece ir en contra de lo que el propio Husserl enérgicamente defendía, a saber, el rechazo de la naturalización de la conciencia tal como lo pretendía la psicología del siglo XIX. Si bien esta referencia al proyecto de naturalización implicaría aquí un tratamiento más extenso, lo que me interesa destacar es la posibilidad de establecer puentes que vinculen y permitan, al menos, un cruce entre conceptos, concepciones, descripciones o explicaciones que se pueden ofrecer sobre un fenómeno tan interesante como el del dolor físico.³ Sin embargo, considero que es importante aclarar que el objetivo de mi trabajo no constituye un intento de justificación de naturalización de la fenomenología sino, más bien, proponer una fenomenologización de la práctica evaluativa de la medicina clínica. Sobre esto volveré en la parte final del escrito. Sin embargo, como ya mencioné antes, debemos considerar qué postura metodológica se va a adoptar para poder dialogar con las ciencias médicas. Considero que esta perspectiva es la merleau-pontiana, la cual sostiene la siguiente tesis fundamental: la conciencia es una conciencia siempre encarnada. A diferencia de la perspectiva husserliana, esta visión supone un estudio no-trascendental, o empírico, de los vínculos intencionales que unen a esta conciencia con el mundo, y el hecho de estar anclada a un cuerpo, situado y posicionado, la propone como una filosofía que constituye el antecedente de los enfoques naturalizados en fenomenología -aunque esto también puede ser puesto en discusión-.

³ Para acceder a un desarrollo profundo del tema, véase el artículo de Gallagher (2012).

La definición del dolor que da la *Asociación internacional para el estudio del dolor* (IASP por sus siglas en inglés) considera al dolor como “una experiencia sensorial y emocional desagradable con daño tisular actual o potencial o descrito en términos de dicho daño”. El desafío más grande que tienen las disciplinas médicas está relacionado con la naturaleza “emocional” del dolor. En el artículo “Factores psicológicos del dolor crónico” (Traue, *et al.*, 2010), se afirma que: “Esta definición es bastante magra, pero acota la complejidad del procesamiento de dolor, contradice definiciones de dolor demasiado simplificadas que consideran al dolor como un acontecimiento puramente nociceptivo y también llama la atención hacia varias influencias psicológicas” (2010: 19). Esta definición hace necesario un abordaje interdisciplinar del estudio del dolor físico. El hecho de aceptar la naturaleza “emocional” y no solo fisiológica del dolor acentúa su naturaleza compleja. A su vez, en la definición se engloban distintos tipos de dolor. Por un lado, aquellos denominados “no-reales”, como son los dolores crónicos, y por otro lado, aquellos dolores con daño tisular evidente que caen bajo la gama de dolores agudos. La inclusión de estos dos tipos de dolor permitiría hablar de dolor físico tanto en casos donde se detecta una causa fisiológica como en los que no.

Esta complejidad hace que la intervención de, por ejemplo, un enfoque psicológico sea necesaria para el estudio del fenómeno doloroso. Por poner un ejemplo, una perspectiva que trabaja desde un enfoque psicológico puede comprender al dolor en los siguientes términos:

El dolor a menudo es acompañado por emociones fuertes. Es percibido no sólo como una sensación descrita con palabras, como quemante, presión, puñalada o corte, sino también como una experiencia emocional (sentimiento) con palabras tales como atormentador, cruel, terrible e insoportable. La asociación entre el dolor y la connotación emocional negativa es evolutiva. La aversión de los organismos al dolor les ayuda a aprender rápida y eficazmente a evitar situaciones peligrosas y desarrollar comportamientos que disminuyen la probabilidad de dolor y de daño físico. El mejor aprendizaje ocurre si prestamos atención y si el contenido aprendido es asociado con fuertes senti-

mientos. En cuanto al dolor agudo -y en particular cuando el peligro se presenta fuera del cuerpo- esta conexión es extremadamente útil, porque la conducta de evitación aprendida con respecto a la estimulación de dolor agudo dramáticamente reduce riesgos para la salud. Cuando esto desemboca en dolor crónico, sin embargo, evitar actividades y contacto social afecta al paciente traducándose en aún menos actividad, retirada social y un enfoque casi total de atención al dolor. Esta tendencia lleva a un círculo vicioso de dolor, carencia de actividad, miedo, depresión y más dolor (Traue, *et al.*, 2010: 19-20).

Esta concepción del dolor guarda cierta familiaridad con el planteamiento de la fenomenología. Sin embargo, su vínculo con la psicología encuentra sus límites en la distinción que la propia fenomenología traza entre su método y objetivos y los de la psicología. Cabe entonces preguntar en qué sentido la fenomenología puede aportar a las ciencias naturales algo que no aporte ya la psicología. Pues bien, como dije antes, la fenomenología parte de una concepción de *conciencia* que supone que esta siempre es intencional y que está anclada al cuerpo. Como ya mencioné, a partir de la noción de *conciencia encarnada* la fenomenología puede dar cuenta del fenómeno de la intencionalidad como una intencionalidad operante que pone al cuerpo como sujeto de las experiencias y, por tanto, como sujeto sufriente del dolor. Los límites entre *yo* y *cuerpo* se desdibujan. Además, en esta perspectiva las vivencias de un agente no pueden ser reducidas a fenómenos psíquicos. La fenomenología es, por tanto, una perspectiva que aboga por superar la dicotomía entre las explicaciones fisiológicas y las explicaciones psicológicas, y permite una comprensión no dualista. De hecho, como ya mencioné, para la fenomenología la vivencia del dolor, como toda vivencia, no puede ser reducida a un hecho psíquico.

Pues, aun prestando un marco teórico en primera instancia más adecuado para el estudio del dolor que no sea reduccionista y que dé cuenta de su naturaleza “ambigua”, esto no parece ser una razón suficiente a la hora de proponer a las ciencias naturales un método fenomenológico que colabore con -o en alguna medida desplace- las explicaciones psicológicas. El principal motivo se debe a que la fenomenología no da *explicaciones* acerca de los fenómenos y sus causas, sino que brinda descripciones con pretensión de fundar su certeza en leyes intersubjetivas. Ahora, ¿en qué medida un método descriptivo podría contribuir a la práctica médica?

Podemos decir que la fenomenología avanza en la captación de las leyes intersubjetivas de la experiencia dolorosa -logrando una objetividad fundada en la intersubjetividad-, pues, al no identificar estados emocionales ni juicios objetivos acerca de tales experiencias, encuentra lo invariante de la experiencia subjetiva misma, en primera persona, aquello que el dolor es en cuanto núcleo de sentido de todas sus posibles experiencias.⁴ Además, “[l]a perspectiva [fenomenológica] en primera persona a propósito del dolor físico no solo no entraña un relativismo individual, cultural o histórico, sino que promueve un acercamiento universal (y universalista) a la condición corporal del ser humano y al carácter privilegiado que, dentro de ella, corresponde al fenómeno del dolor” (Serrano de Haro, 2012: 16). Siguiendo a Lutz y Thompson, “[l]a fenomenología, en un sentido amplio, puede ser entendida como el proyecto de proveer una caracterización disciplinada de los invariantes fenoménicos de la experiencia vivida en todas sus múltiples formas” (2003: 32).⁵ Ahora bien, de acuerdo con los autores los conceptos de *experiencia vivida*, *invariantes fenoménicos* y *caracterización disciplinar* tienen su significación propia en la fenomenología: “se entiende por ‘experiencia vivida’ [...] experiencias tales y como son vividas y verbalmente articuladas en primera persona, ya sean estas experiencias vividas de percepción, acción, memoria, imágenes mentales, emoción, atención, empatía, autoconciencia, estados contemplativos, sueños, etc.” (Lutz y Thompson, 2003: 32). En segundo término, por ‘invariantes fenoménicos’ entienden aquellas “características categóricas de experiencias que son describibles fenomenológicamente tanto a través como dentro de varias formas de experiencia vivida”. Y, por último, por ‘caracterización disciplinar’ entienden “un mapeo de experiencia sostenidos en el uso del ‘método de la primera persona’ para incrementar la sensibilidad de uno mismo por la propia experiencia” (2003: 32).

Es este “método de la primera persona”, como veremos, lo que posibilita el vínculo entre fenomenología y medicina. Más precisamente, la fenomenología podría beneficiar la práctica de medición o cuantificación del dolor en medicina clínica. No hay que olvidar que la intención de este trabajo es introducir en el discurso médico

⁴ Algunos filósofos consideran que el dolor es la experiencia del mal vivido en la propia carnalidad (García-Baró, 2006).

⁵ La traducción es propia.

la fenomenología, es decir, fenomenologizar las prácticas clínicas, y no naturalizar la fenomenología. A partir de esta motivación podemos trabajar de forma encadenada los siguientes ítems: medición del dolor-objetividad-objetivación-intersubjetividad.

La medición del dolor implica una pretensión de objetividad científica del dolor sufrido. A su vez esta objetividad conlleva, desde una mirada fenomenológica, una objetivación del cuerpo y la experiencia subjetiva del dolor. Ahora bien, teniendo en cuenta el método fenomenológico aplicado a la medición del dolor se puede obtener un diagnóstico “objetivo” que se encuentre sostenido en lo invariable de las experiencias subjetivas, es decir, se garantice por un análisis intersubjetivo de la experiencia misma.

III

En la medicina clínica existen diversos métodos para cuantificar el dolor. Sin embargo, todos poseen cierto *esquema* básico y lo que varía es la forma de *representarlo*. En este caso, solo tomaré las escalas empleadas en la medicina clínica y no las escalas utilizadas en investigaciones experimentales sobre el dolor físico. Los métodos más comunes pueden ser agrupados bajo tres categorías generales: (i) Los informes subjetivos, (ii) la medición y observación de la conducta dolorosa y (iii) las correlaciones fisiológicas. Me centraré en el primero de ellos, el cual presenta a su vez distintos tipos de escala, así:

a) La Escala descriptiva simple;

a)	<table><tr><td>0</td><td>SIN DOLOR</td></tr><tr><td>1</td><td>DOLOR LEVE</td></tr><tr><td>2</td><td>DOLOR MODERADO</td></tr><tr><td>3</td><td>DOLOR SEVERO</td></tr></table>	0	SIN DOLOR	1	DOLOR LEVE	2	DOLOR MODERADO	3	DOLOR SEVERO	b)	<table><tr><td>0</td><td>SIN ALIVIO DEL DOLOR</td></tr><tr><td>1</td><td>ALIVIO LEVE</td></tr><tr><td>2</td><td>ALIVIO PARCIAL</td></tr><tr><td>3</td><td>ALIVIO COMPLETO</td></tr></table>	0	SIN ALIVIO DEL DOLOR	1	ALIVIO LEVE	2	ALIVIO PARCIAL	3	ALIVIO COMPLETO
0	SIN DOLOR																		
1	DOLOR LEVE																		
2	DOLOR MODERADO																		
3	DOLOR SEVERO																		
0	SIN ALIVIO DEL DOLOR																		
1	ALIVIO LEVE																		
2	ALIVIO PARCIAL																		
3	ALIVIO COMPLETO																		

Figura 1. Diseño de una escala descriptiva simple de dolor (a) y de una escala de alivio de dolor (b), ambas limitadas a cuatro categorías.
(Fuente: Torregrosa Zúñiga y Bugedo Tarraza, 1994)

b) La Escala visual análoga (EVA);



Figura 2. Escala de dolor Wong-Baker. (Fuente: Powell *et al.*, 2004)

c) El cuestionario del dolor de McGill (CDM).

McGill Pain Questionnaire

PATIENT'S Name _____ Date _____ Time _____ a.m./p.m.

PRE: S _____ A _____ E _____ M _____ PAIN: (1-10) (11-15) (16) (17-20) (21-25) (26-30)

1 FLICKERING 2 JUMPING 3 PRICKING 4 SHARP 5 PINCHING 6 TIGGING 7 HOT 8 TINGLING 9 DULL 10 TENDER	11 THING 12 SICKENING 13 FEARFUL 14 PUNISHING 15 WRETCHED 16 ANNOYING 17 SPREADING 18 TIGHT 19 COLD 20 BURNING	21 EXHAUSTING 22 SICKENING 23 FRIGHTFUL 24 QUELLING 25 BLINDING 26 TROUBLE SOME 27 RADIATING 28 NUMB 29 COLD 30 BURNING
---	---	--

SILENT
VOLUNTARY
TRANSIENT

RHYTHMIC
PERIODIC
INTERMITTENT

CONTINUOUS
STEADY
CONSTANT

E = EXTERNAL
I = INTERNAL

COMMENTS

Figura 3. Test del dolor de Mac Gill.
(Fuente: Torregrosa Zúñiga y Buggedo Tarraza, 1994)

Estas escalas, en sus tres variantes, trabajan sobre la identificación por parte del paciente de una intensidad de dolor que se propone cuantificar, sea un dolor sufrido en el presente o un dolor sufrido con anterioridad a la evaluación. Estas escalas implican una confianza básica del médico con relación a lo que el paciente reporta. Pero en este punto nos enfrentamos con dos problemas inminentes: (i) el umbral del dolor y (ii) los diferentes niveles culturales (cognitivos-lingüísticos) de los sujetos. Es decir, nos enfrentamos a dos problemáticas que involucran la dimensión subjetiva constitutiva del fenómeno doloroso. Sus niveles de tolerancia, conocidos como “umbral del dolor”, tienen una larga historia en psicología y ciencias médicas en general. El umbral del dolor hace referencia a los márgenes de las sensaciones, es decir, al umbral que va desde las magnitudes de estímulos que no provocan sensación (umbral absoluto) a aquellas magnitudes tan altas que provocan dolor en lugar de sensación (umbral terminal).⁶ Entre el umbral absoluto y el terminal encontramos el *umbral diferencial* que es la distancia sobre el continuo de estímulos entre el valor del estímulo dado y otro superior o inferior, que provocan un cambio de sensación perceptible. El mayor desafío en relación con los umbrales de dolor son las variaciones que se producen en cada individuo. Esto es, la tolerancia al dolor es un caso completamente subjetivo. Respecto a los diferentes niveles culturales esto es interesante ya que de ello dependerá la posibilidad de obtener información precisa sobre los dolores sufridos. El lenguaje es un instrumento fundamental para aquellas escalas que involucren una descripción por parte del paciente de un dolor padecido. Ellas se encuentran, como en el caso del cuestionario de McGill, con la dificultad del reporte e identificación de las palabras que mejor describen el malestar sufrido por el paciente.

Si bien estas escalas parecen funcionar muy bien a la hora de realizar una evaluación rápida y útil del dolor sufrido, mi intención es sugerir que su empleo puede ser mejorado teniendo en cuenta la posibilidad de un *entrenamiento* de los pacientes en el caso de dolores crónicos o dolores que se tratarán en más de una consulta. Aquí

⁶ Según J. M. Espinosa Almendro (2004b), otro modo de definir el umbral del dolor puede establecerse al distinguir entre el umbral de percepción del dolor -intensidad con la que se siente por primera vez dolor tras la aplicación de un estímulo doloroso- y el umbral de dolor importante -la intensidad en la que el dolor se hace insoportable para la persona-. Entre ambos umbrales situaríamos el grado de tolerancia al dolor que debe determinarse de forma individual, sin embargo, este punto medio es variable e influenciable por múltiples factores.

entra a jugar un posible acercamiento entre la fenomenología y la práctica médica a partir de lo que Lutz y Thompson (2003) denominan *entrenamiento (training)* del sujeto de experimentación.

En esta oportunidad no me interesa volver la atención hacia los experimentos en sí que tienen otras intenciones y otro marco teórico que el que aquí me motiva. Antes bien, voy a referirme al empleo metodológico de la fenomenología que se realiza en tales experimentos. Lutz sigue un enfoque neurofenomenológico que combina datos de primera persona y el análisis dinámico de los procesos neuronales para estudiar sujetos expuestos a una ilusión perceptiva 3D. Ahora bien, y esto es lo que me interesa, Lutz no usa los datos de primera persona como meros datos para el análisis sino como datos que contribuyen a un principio analítico de organización (Gallagher y Zahavi, 2008).⁷ El empleo de la fenomenología para realizar estos experimentos se basó en un entrenamiento (*training*) de los sujetos que implicaba una reducción fenomenológica aun sin un conocimiento específico de la teoría de Husserl o de fenomenología. El objetivo de estos experimentos fue “entrenar a los sujetos para que empleen la *epojé*, y ofrecer consistencia y claridad a los reportes de experiencias” (Gallagher y Zahavi, 2008: 34). El modo en que emplean la fenomenología supone los tres pasos del método fenomenológico tal como los propone Varela (1996). Estos tres pasos consisten en: 1) *Epojé* o suspender las creencias o teorías acerca de la experiencia. 2) Familiarizarse con el dominio de investigaciones (descripción focalizada). 3) Ofrecer descripciones y usar validaciones intersubjetivas (corroboración intersubjetiva). El caso de la *epojé* puede ser también “auto-inducida por sujetos que están familiarizados con ella, o guiada por el experimentador a través de preguntas abiertas -preguntas no dirigidas a opiniones o teorías sino a una experiencia-. Antes que emplear categorías pre-definidas, y preguntar ‘¿Piensa usted que esta experiencia es como X o Y o Z?’, las preguntas abiertas interrogan simplemente: ‘¿cómo describiría su experiencia?’” (Gallagher y Zahavi, 2008: 34).

⁷ En tests preliminares, Lutz y Thompson (2003) expusieron a sujetos a ciertos estímulos visuales y les solicitaron que reportaran sobre algún detalle que apareció en ellos. Los sujetos fueron entrenados fenomenológicamente para desarrollar sus propias descripciones, parámetro subjetivo (distracciones, etcétera), que ocurrieron cuando hicieron el test. El lenguaje usado para describir esas experiencias fue formalizado y luego utilizado en los principales tests experimentales. En ellos, los reportes de parámetros subjetivos fueron correlacionados con los tiempos de reacción de las respuestas como también con las mediciones de actividad cerebral EEG.

Si bien las escalas empleadas para la medición del dolor conservan una determinada simplicidad, necesaria para el tratamiento inmediato de pacientes en consultorios, los casos de dolor crónico que implican más de una consulta podrían emplear este tipo de *entrenamiento* de los pacientes. Esto posibilitaría atenuar las problemáticas que destaqué antes y que tienen que ver con el carácter eminentemente subjetivo de la experiencia del dolor: el caso de la variación de la sensación -umbral de dolor-, y el caso de la condición lingüístico-cognitiva del paciente que describe su afección.

Los resultados de tales entrenamientos arrojarán resultados cualitativos en los reportes en primera persona. Sin embargo, esta información puede facilitarle al médico y al paciente la identificación de la intensidad del dolor en las escalas referenciadas más arriba y, de este modo, aumentar la objetividad debido a la precisión de la descripción subjetiva, permitiendo una cuantificación más confiable del caso en cuestión. Dije que podríamos tratar de forma encadenada dolor-objetividad-objetivación-intersubjetividad, ya que se enlazan al proponer una formalización previa de las experiencias de los pacientes a partir de regularidades eidéticas determinadas por el contraste intersubjetivo. Pues bien, resta por destacar que las leyes intersubjetivas que permitirían determinar ciertas características categóricas del dolor se establecen a partir del análisis de distintos casos en los que el médico evalúe el sufrimiento del paciente.⁸ Pero estas leyes, si bien requieren de un análisis fenomenológico que las fundamente, no son sino las constantes que se pueden observar en los reportes de los pacientes. Por lo tanto, un entrenamiento (*training*) del paciente constituye una herramienta de valor para el caso de la medicina clínica a la hora de realizar cuantificaciones del dolor.

⁸ Ahora bien, se podría objetar una propuesta de esta naturaleza desde la práctica médica en relación con dos aspectos: el tiempo y la confiabilidad de los reportes. Son dos criterios básicos para continuar con esta investigación que involucra un trabajo interdisciplinario de esta naturaleza. En primer término, es fundamental que el paciente tenga el tiempo suficiente para poder describir el malestar y, por otro lado, recibir del médico unas diferencias básicas sobre el sentir dolor, como: distinción entre un dolor punzante y un dolor quemante o latente; entre tiempos de duración del dolor; etcétera. El segundo criterio compete a la labor profesional e implica una confianza y compromiso del personal médico para realizar además de las preguntas del tipo "Según la escala del uno al diez, ¿qué número correspondería al dolor que siente?", preguntas de tipo abierto que permitan contar con una descripción subjetiva para completar el reporte del paciente.

IV

Esta investigación no constituye un caprichoso intento de vincular perspectivas disciplinares sobre el dolor. De hecho, mi inquietud surge del hecho de que la propia medicina se preocupa por resolver las incapacidades para realizar buenos diagnósticos del dolor. La mayor dificultad que encuentra en su práctica consiste en que el dolor es subjetivo-objetivo:

El dolor es subjetivo y existe siempre que un paciente diga que algo le duele, la intensidad es la que el paciente expresa y duele tanto como el paciente dice que le duele; por lo tanto, el dolor deberá ser contemplado desde la doble vertiente de lo sensorial (mecanismo neurofisiológico que indica que algo está alterado) y lo biológico-somático (dimensión psíquica e interpretación personal)” (Espinosa Almendro, 2004a: 14).

La fenomenología, entendida desde este enfoque, podría aportar a la medicina una metodología que permita contar con las descripciones subjetivas como datos relevantes para evaluar de modo objetivo cuáles podrían ser las causas del dolor sufrido, a fin de determinar el tratamiento más adecuado para su cura. De lo dicho hasta aquí, se puede concluir de modo provisional que la perspectiva de la primera persona que la fenomenología ofrece puede ser considerada por la medicina clínica en casos de evaluación del dolor 

Referencias

- Botero, Juan (1999). "The Immediately Given as Ground and Background". En: Jean Petitot y Francisco J. Varela (eds.). *Naturalizing Phenomenology. Issues in Contemporary and Cognitive Science* (PP. 441-463). Stanford: CA: Stanford University Press.
- Espinosa Almendro, Juan Manuel (2004a). "Conceptos generales". En: *Guía de buena práctica clínica en dolor y su tratamiento*. Disponible en: <https://goo.gl/7IEKo4>
- Espinosa Almendro, Juan Manuel (2004b). "Valoración clínica, medición y tipos". En: *Guía de buena práctica clínica en dolor y su tratamiento*. Disponible en: <https://goo.gl/7IEKo4>
- Gallagher, Shaun y Dan Zahavi (2008). *The Phenomenological Mind. An Introduction to Philosophy of Mind and Cognitive Science*. Routledge: London - New York.
- Gallagher, Shaun (2012). "On the possibility of naturalizing phenomenology". En: Dan Zahavi (ed.). *Oxford Handbook of Contemporary Phenomenology* (pp. 70-93). Oxford: Oxford University Press.
- García Baró, Miguel (2006). *Del dolor, la verdad y el bien*. Salamanca: Sígueme.
- Geniusas, Saulius (2013). "On naturalism in pain research: a phenomenological critique". En: *Metodo. International Studies in Phenomenology and Philosophy*, Vol. 1, No.1, pp. 1-10.
- Geniusas, Saulius (2012). *On pain: a phenomenological critique of physicalism*. Manuscrito no publicado.
- Husserl, Edmund (1986). *Ideas relativas a una fenomenología pura y a una filosofía fenomenológica*. México D.F.: Fondo de Cultura Económica.
- Husserl, Edmund (1999). *Investigaciones lógicas*. Buenos Aires: Alianza Editorial.
- Lutz, Antoine y Evan Thompson (2003). "Neurophenomenology Integrating Subjective Experience and Brain Dynamics in the Neuroscience of Consciousness". En: *Journal of Consciousness Studies*, Vol. 10, No. 9-10, pp. 31-52.
- Merleau Ponty, Maurice (1945). *Phénoménologie de la perception*. París: Gallimard.
- Powell, Richard A., Julia Downing, Henry Ddungu y Faith N. Mwangi-Powell (2010). "Historia y evaluación del dolor". En: Andreas Kopf y Ni-

Ish B. Patel (eds.). *Guía para el manejo del dolor en condiciones de bajos recursos* (pp. 67-79). Washington, DC: IASP. Disponible en: <http://goo.gl/D7ePWY>

Serrano de Haro, Agustín (2009). "Defensa de la perspectiva fenomenológica en el análisis del dolor". En: *Pensar la compasión* (pp. 161-172). Madrid: Universidad Pontificia Comillas.

Serrano de Haro, Agustín (2012). "A propósito de la fenomenología del dolor". En: *Crítica*, No. 62, pp. 12-16.

Sheets Johnstone, Maxine (2009). *The corporeal Turn*. Charlottesville: Imprint Academic.

Traue, Harald C., Lucia Jerg-Bretzke, Michael Pflingsten y Vladimir Hrabal (2010). "Factores psicológicos en el dolor crónico". En: *Guía para el manejo del Dolor en condiciones de bajos recursos. Asociación Internacional para el Estudio del Dolor* (pp. 19-26). Disponible en: <http://goo.gl/D7ePWY>

Torregrosa Zúñiga, Samuel y Guillermo Buggedo Tarraza (1994). "Medición del dolor". En: *Boletín Escuela de Medicina, Pontificia Universidad Católica de Chile*, No. 23, 155-158. Disponible en: <http://goo.gl/Y4J4Ii>

Varela, Francisco (1996). "Neurophenomenology: A methodological remedy to the hard problem". En: *Journal of Consciousness Studies*, Vol. 1, No. 3, pp. 330-350.

Varela, Francisco, Evan Thompson y Eleanor Rosch (2005). *De cuerpo presente. Las ciencias cognitivas y la experiencia humana*. Barcelona: Gedisa.