

# El dolor como epidemia

Javier Moscoso

El dolor forma parte de la historia natural de la evolución. Al mismo tiempo, posee una innegable dimensión cultural. Los neurólogos y algólogos suelen distinguir, al menos desde los tiempos del neurólogo Charles Sherrington a comienzos del siglo XX, entre la *nocicepción*, entendida como la respuesta automática del organismo ante estímulos lesivos, y la valoración subjetiva de esa respuesta: el añadido psicológico a un acto reflejo, decía Sherrington. Solo este añadido psicológico debería recibir propiamente el nombre de *dolor*; pues el problema consiste, como ya sabe todo el mundo, en que no siempre la nocicepción va acompañada de dolor ni el dolor va siempre acompañado de lesiones, sean visibles o invisibles. Dicho de otra manera, hay lesiones sin dolor y dolor sin lesiones. Y esto ocurre así no porque los seres humanos se comporten en ocasiones de manera contraria al orden natural, sino porque nuestra configuración cerebral nos permite, de manera igualmente natural, sentir dolores sin lesión anatómica alguna y dejar de percibir lesiones que, en otras circunstancias, no podríamos dejar de sentir. Este enigma del dolor, como lo llamaron en su día los neurólogos Patrick Wall y Ronald Melzack, ya ha recibido mucha atención por parte de todas las ramas del conocimiento involucradas en el estudio y tratamiento del dolor. Aquí no hay nada nuevo bajo el sol. La dificultad surge más bien a la hora de clarificar la respuesta social ante un dolor que no deja rastro visible. Dicho de otra manera, ¿debemos creer a los enfermos de dolor crónico? Y si es así, ¿por qué deberíamos hacerlo? Más adelante proporcionaré algunos datos que parecen sugerir una dimensión epidémica del dolor crónico en las sociedades occidentales contemporáneas. Según estas fuentes, dos de cada diez ciudadanos europeos padece alguna forma de dolor incapacitante. Un dolor que, en la mayor parte de los casos, o bien pasa desapercibido en el contexto de las políticas de protección social o bien no recibe tratamiento adecuado. Al mismo tiempo, sabemos que el consumo de fármacos relacionados con el tratamiento paliativo del dolor, ya sea agudo o crónico, se ha multiplicado en los últimos cincuenta años y continúa en escala ascendente.

La dimensión cultural del dolor debe explorarse en dos contextos diferenciados. En primer lugar, habrá que preguntarse si ha habido siempre, y en todas circunstancias, dolores de la misma naturaleza. En segundo lugar, habrá que clarificar si las quejas del enfermo de dolor crónico, que parece haber alcanzado

dimensiones epidémicas, son el efecto de una lesión de naturaleza funcional, invisible, que en consecuencia demanda un tratamiento, o si estamos, por el contrario, ante un fraude generalizado del sistema de salud. Los historiadores de la medicina y de la ciencia han dado buena cuenta de la primera cuestión. Para Joanna Bourke, para David B. Morris, para quien esto escribe, el dolor no se mantiene constante a lo largo de la historia. Antes al contrario, las formas culturales que permiten identificar y valorar la nocicepción modifican no solo la intensidad de la experiencia, sino su misma significación. Más recientemente, Keith Wailoo ha querido añadir a esa historia cultural del dolor, que en sí misma ya era un añadido de una historia natural del sistema nervioso, una historia política. ¿Hay en efecto una dimensión política del dolor de la misma manera que un componente psico-social? La respuesta es sí. Más aún: inevitablemente sí.

## EL DOLOR COMO EPIDEMIA

El dolor parece haber adquirido en los últimos años dimensiones epidémicas. El instituto norteamericano de medicina señalaba en un informe de 2011 que cien millones de americanos conviven con alguna forma de dolor crónico. En Europa, el equipo del dolor Breivik publicaba un informe realizado en dieciséis países. Los resultados de este *Survey of Chronic Pain* concluían que el 19% de la población adulta europea sufre alguna forma de dolor incapacitante. Por una parte, el envejecimiento de la población en el continente europeo ha contribuido a que las enfermedades de larga duración, incluyendo el dolor crónico, hayan adquirido un protagonismo hasta ahora desconocido. Por otra, asistimos a la aparición de nuevas condiciones clínicas caracterizadas tan solo por una sintomatología subjetiva. La creación de unidades de dolor y de especialidades médicas relacionada con dolores de naturaleza inespecífica no se produce, sin embargo, sin fricciones ni resistencias. Antes al contrario, la posición ante el dolor de los demás ha sido, y sigue siendo, un problema de naturaleza política, que demanda una reflexión colectiva y una clarificación académica.

Comencemos por la clarificación académica. Ya forma parte de la historia de los lugares comunes que la Ilustración vio extenderse una nueva forma de filantropía que alcanzó a algunos de los sectores más desfavorecidos de la población. Debemos al siglo ilustrado los primeros esfuerzos por reconocer derechos a los niños, a los presos o a los animales. Fue en el siglo XVIII cuando se abolió legalmente la tortura judicial y fue discutida, y en algunos casos abolida, la pena capital. También se establecieron entonces las leyes que regularon el tratamiento que debía darse a los criminales y a los locos. No hubo actividad humana, desde la guerra hasta la prostitución, que no debiera conducirse bajo los principios humanitarios de la gentileza y el decoro. Los efectos de esta nueva filantropía se dejaron sentir también en la práctica de la medicina. Ya fuera en su vertiente civil

o en su uso militar, en la odontología tanto como en la obstetricia, a la gentileza del médico debía sumarse el uso de remedios que permitieran alcanzar los fines perseguidos con el mínimo sufrimiento posible. El dolor, que ya no podía constituir un espectáculo, debía mantenerse dentro de ciertos límites, sin conducir ni a la lubricidad ni al deleite. Por supuesto, ya no tenía nada que ver con la salvación de las almas ni debía considerarse una ocasión para la expiación. Antes al contrario, en un mundo cada más secularizado, el dolor, ya fuera en su vertiente fisiológica o social, en los usos de la vivisección animal, entonces incipiente, o en la cirugía militar, tan extendida entonces, debía proporcionar los mayores bienes con los mínimos daños.

Esta reforma humanitaria debía enfrentar dos importantes dificultades. En primer lugar, el grueso del nuevo humanitarismo se apoyaba en estudios relacionados con un tipo de dolor, el agudo, que casi siempre proviene de una lesión fisiológica visible. La sensibilidad ilustrada, construida sobre las propiedades irritables y sensibles de los nervios y de los músculos, no tuvo prácticamente nada que decir ni sobre los dolores sin lesión anatómica visible ni sobre los dolores cronicados. Esta es la razón por la que los enfermos de cáncer, por ejemplo, no encuentran su lugar en las historias del dolor, mientras que sí lo hacen los amputados múltiples de las diversas campañas militares que asolaron Europa desde la Guerra de los Siete Años hasta la Segunda Guerra Mundial. La filosofía del dolor surgía al socaire de la profesionalización de la cirugía, sobre todo en lo que respecta a tres de sus ramas más demandadas: la cirugía obstétrica, la cirugía dental y la cirugía militar, pero el silencio era casi total cuando se trataba de discutir los dolores de los enfermos desahuciados, por ejemplo. Esta limitación teórica tuvo un claro efecto en las formas de confianza testimonial. Al ligar la presencia del dolor a una lesión anatómica visible, la carga de la prueba a la hora de determinar la intensidad, la localización o el tratamiento del dolor recaía, casi por completo, en un experto antes que en un testigo. La medicalización del parto, y la reflexión sobre la naturaleza real o imaginara de los dolores del alumbramiento, constituyen solo un ejemplo de esta tendencia, presente en la primera mitad del siglo XIX, a desentenderse del paciente, o de la parturienta, en razón del conocimiento privilegiado de quien sabe pero no sufre.

El descubrimiento de la anestesia química marcó un antes y un después en la historia entera de la humanidad. El uso de sustancias anestésicas no solo cambió la manera de intervenir en el cuerpo enfermo, sino las posibilidades de hacerlo, que pasaron a ser mucho más numerosas y efectivas. Desde el punto de vista de los valores involucrados en las nuevas prácticas quirúrgicas, el uso de las nuevas sustancias se describió, en términos militares, como una conquista, como una victoria sin paliativos frente al sufrimiento que había afligido a la humanidad entera desde el inicio mismo de la historia. Cuando se cumplieron los primeros cien años de la primera intervención con éter en el General Hospital de Massachusetts, los historiadores del siglo XX volvieron a desempolvar la retórica mili-

tar, ligada a los valores del humanitarismo ilustrado. Si el asalto y la derrota del dolor quirúrgico había sido total, se decían, solo faltaba entonces acometer un nuevo proceso, ganar una última frontera: la de vencer al dolor crónico.

## EL VIEJO HUMANITARISMO

Por más que la historia del dolor quiera parecerse a la marcha triunfal de una creciente empatía social, que avanzaría imparable desde los tiempos oscuros de la Edad Media hasta nuestro mundo contemporáneo, buscando la mayor felicidad para el mayor número posible, las evidencias en contrario sugieren una historia algo diferente. Desde el punto de vista de la historia de las ciencias y prácticas biosanitarias, la mayor parte de las consideraciones relacionadas con las prácticas quirúrgicas o con el uso de sustancias químicas no tuvo el menor efecto en la mayor parte de la población. Si la Ilustración hizo del dolor, y del tratamiento del dolor, las bases de una sensibilidad social que regulaba la totalidad de los aspectos de la vida humana, desde el sistema punitivo a la prostitución, la aplicación de esos principios estuvo lejos de ser universal. De hecho, la Ilustración, ligada al mundo urbano, desconsideraba a toda la Europa rural, mayoritaria entonces, que no tenía acceso ni a la literatura libertina ni a los libros filosóficos. Menos aún, a los cirujanos dentales o a los obstetras que proliferaron en las grandes ciudades. Ni siquiera en un campo de uso tan obvio como el dolor de parto se alcanzó un acuerdo en relación a los métodos necesarios para paliar sus efectos. Por el contrario, el uso de analgesia quirúrgica siguió siendo discutido en el siglo XX y todavía hoy muchas mujeres abogan por una visión naturista de los métodos psico-profilácticos, que durante los años sesenta del pasado siglo fueron auspiciados tanto por un modelo médico claramente patriarcal como por la jerarquía de la Iglesia católica.

Las políticas del dolor del siglo XX permitieron una superación de un modelo teórico dependiente del dolor crónico, pero no consiguieron superar la sombra de la sospecha que se ha cernido siempre sobre quien se queja de un dolor intratable. Al poner el acento en la lucha contra el dolor sin lesión anatómica visible, la psiquiatría dinámica, y el psicoanálisis en particular, contribuyeron a dotar de relevancia social a una forma de dolor, de naturaleza traumática, que se expresaba a través de un relato. Tanto el caso del dolor neuropático, funcional, como del dolor de naturaleza psiquiátrica, permitieron sin duda una puesta en valor del dolor crónico, que comenzó a considerarse como una enfermedad en sí misma, sobre todo en aquellos casos relacionados con lesiones nerviosas. Este nuevo protagonismo tuvo el efecto de cuestionar el poder omnímodo de la medicina, que veía las quejas de los pacientes como la constatación de un fracaso. Lejos de las pruebas objetivas, asociadas en su mayor parte al dolor agudo, las formas sociales del dolor pasaban de nuevo por una circunstancia cambiante, en



donde el reconocimiento de su presencia también dependía de las capacidades observacionales del espectador. En ningún caso, sin embargo, el asalto al dolor crónico fue acompañado por una reflexión política. Tampoco hubo reflexión alguna sobre ese tipo de dolor que, aun teniendo una clara lesión anatómica, no se percibe ni se describe como tal por parte de quien lo sufre. Este tipo de dolor, que podríamos denominar «escópico», constituye sin embargo un fenómeno de enorme importancia, pues atañe a la justificación de las medidas sociales desarrolladas para paliar el sufrimiento.

## EL DOLOR «ESCÓPICO».

Por dolor «escópico» entiendo aquel en que nosotros, como observadores, o bien un tercero, atribuimos a otro ser. En los casos más extremos, ese otro ser o bien no reconoce la presencia de dolor, o bien no tiene medios para hacerlo, ya sea porque carezca de recursos lingüísticos, como los niños, o cognitivos, como los animales. El sujeto que sufre puede, en estos casos, negarlo explícitamente o no ser capaz de expresarlo. La historia cultural del dolor proporciona suficientes ejemplos de esta cultura del dolor que podríamos denominar «escópica», en el sentido de que la posición del observador constituye un elemento imprescindible para visualizar una realidad que, de otro modo, se disolvería en el silencio o el olvido. El dolor de las clases trabajadoras en la Inglaterra industrial, en muchas ocasiones negado por los protagonistas, que consideraban inevitables sus condiciones de vida, constituye un magnífico ejemplo, pues aquí el historiador no puede obrar con inocencia. Por más que muchas de aquellas gentes estarían hoy, en relación a nuestros estándares contemporáneos de salud, claramente medicalizados, sus testimonios arrojan una percepción muy diferente de su realidad vivida. Para los cronistas de la época, las formas de vida de los deshollinadores, de las cigarreras o de los buhoneros del Londres victoriano tenían aire festivo y se describían con gracia. A nuestros ojos contemporáneos, la vida de aquellas personas forma parte de la historia olvidada de la enfermedad. La historiadora Margaret Abruzzo, en su magnífico *Polemical Pain*, ha abordado la naturaleza escópica del dolor resultado de la esclavitud, que en muchas ocasiones resultaba por completo invisible a los ojos de los testigos, incluyendo a muchos partidarios del abolicionismo.

Aun cuando toda expresión o represión verbal o gestual del dolor depende de una relación de confianza, esta consideración política del dolor se manifiesta todavía con mayor intensidad en aquellos casos en los que quien sufre no puede quejarse. Al mismo tiempo, una de las características más reseñables del dolor es que cualquiera puede estar en desacuerdo. De hecho, esta es su mayor dificultad: «El dolor del feto durante el aborto es invisible para la compasión interesada y selectiva de la mente liberal», decía el editor de la revista conservadora *National*

*Review*, poco después de la aparición en 1984 de *The Silent Scream*; un documental, famoso entonces, que contribuyó sobremanera tanto a la causa antiabortista como a cuestionar el régimen político de la socialdemocracia en tanto que supuesto portavoz del sufrimiento social.

## LA DISPUTA DEL DOLOR

Al lado del dolor, existe el fraude. Más aún, el miedo al fraude ha estado siempre presente en el conjunto de las políticas propias de la economía liberal. Para el Partido Republicano de los Estados Unidos, pero también para otros muchos partidos liberales y conservadores de la vieja Europa, las ayudas sociales ligadas a la universalidad del sistema de salud, lejos de producir el efecto deseado, contribuyen a cobijar un nuevo tipo de pedigüño profesional que, pudiendo vivir del sistema social, no encuentra motivación suficiente en obtener sus propios medios de subsistencia o cuidado. Si las políticas de reducción del gasto público han ido siempre acompañadas de esa tendencia a pensar que, como en un buffet libre, los clientes siempre comen más de lo necesario, esta visión se radicaliza cuando lo que está en juego es una demanda colectiva apoyada en una queja que no tiene un correlato anatómico preciso y que, en consecuencia, no puede ser objetivada. Al sugerir que, junto a la cultura del dolor, se ha instalado también en Occidente una «cultura de la queja», los partidos conservadores de Europa y de Estados Unidos reivindican una posición política, y no solo clínica, o judicial, relacionada con las formas de confianza testimonial. Después de todo, ¿por qué habríamos de pensar que los ciudadanos de los Estados Unidos tienen una mayor propensión al dolor de espalda que los habitantes de México? ¿Qué puede ocurrir para que el 99% de los casos diagnosticados de fibromialgia sean mujeres?

El dolor incapacitante de muchas personas, ya sean enfermas de fibromialgia, veteranos de guerra o pacientes terminales (por no hablar de todos aquellos dolores asociados a enfermedades de naturaleza psicológica, como la depresión o la ansiedad), ha estado siempre ligado a una toma de posición política. En todos esos casos, la indagación clínica no ha podido desligarse del problema, de naturaleza económica, sobre quién o quiénes deben pagar la factura de estos tratamientos y cuál sería, en consecuencia, la mejor forma de abordarlos. Como en los tiempos de la vieja Ilustración, que florecieron sobre todo al socaire de los acontecimientos de la Revolución, tenemos en primer lugar a todos aquellos que consideran que el dolor, en dosis adecuadas, no solo es inevitable, sino necesario. Y esto se aplica tanto a los individuos como a las naciones. En ambos casos, el dolor fortalece el carácter, hace ciudadanos fuertes y naciones aguerridas. La socialdemocracia, por otro lado, se suele atribuir el privilegio de simpatizar con las clases más desfavorecidas o de hablar en nombre de los olvidados de la his-

toria. En ambos casos, la dimensión clínica del dolor crónico se mezcla con un problema, de naturaleza política, que contribuye a clarificar la diferencia entre la realidad y el fraude. Mientras que las teorías políticas liberales consideran que no hay nada semejante a un dolor político, olvidado, sino que incluso muchas de las quejas de los ciudadanos no tienen otra motivación que el interés, y en consecuencia ningún correlato clínico, la socialdemocracia defiende, al contrario, una simpatía social que hace innecesaria la sospecha de fraude. Para unos, los sacrificios personales o nacionales no son sino el medio inevitable de un fin; para otros, no hay sacrificio que deba quedar sin respuesta ni dolor que no merezca atención política. «Sé que no os gusta, pero no hay otro remedio», decía por ejemplo el presidente del Gobierno español Mariano Rajoy antes de acometer los recortes en el sistema de salud después de las elecciones de 2011. Su posición, calcada de la que en su día tuvo Margaret Thatcher («no pain no gain»), constituye, en definitiva, la receta que la Unión Europea está aplicando con sus políticas de austeridad.

En lo que respecta a los usos del dolor, ni la socialdemocracia ni el conservadurismo liberal carecen de contradicciones. Mientras que las políticas neoliberales vuelven a trazar una línea discontinua entre el pobre que lo merece y el que lo exagera, muchos de sus correligionarios vuelven sus ojos hacia el dolor fetal, como parte de sus campañas en contra del aborto. Los fetos parecen tener derechos de los que los que carecen, pongamos por caso, los enfermos terminales. Por el lado contrario, la socialdemocracia, aunque defensora del Estado del bienestar, no consigue desprenderse del estigma de que un excesivo celo hacia los pacientes podía desembocar en un empeoramiento de los síntomas. Mientras los unos consideran que estamos ante una epidemia de dolor, los otros consideran, al contrario, que el problema no es el dolor, sino quien dice tenerlo. El dolor divide socialmente a los partidarios de un problema de naturaleza clínica, y los que ven, al contrario, que las condiciones objetivas, en lo que respecta al dolor, no son nada más que trastornos subjetivos de una población mal acostumbrada. De hecho, la idea de que muchas personas viven a costa del Estado, apoyándose en razones y síntomas de naturaleza subjetiva que es imposible evaluar, siempre ha sido una de las razones de mayor peso en el contexto de la reforma del sistema sanitario; al menos desde la reforma emprendida por la administración Reagan al comienzo de los años ochenta.

La epidemia, decían los conservadores, no era el dolor, sino el fraude. Desde su punto de vista, si las demandas de ayuda social solo dependieran de elementos cuantificables y contrastables mediante criterios objetivos, no habría necesidad de cortar drásticamente el sistema de protección social. La provisión liberal, que los republicanos equiparaban con el socialismo, había a su juicio convertido el dolor inespecífico en un lugar de reposo para vagos que, en el mejor de los casos, se comportaban, al igual que los clientes del buffet libre, como agentes económicos racionales: habida cuenta de que el dinero proveniente de la com-

pensación social por incapacidad laboral igualaba al que proporciona el salario, ¿cuál podría ser la motivación para buscar empleo? Desde 1970 a 1975, decían los republicanos, el número de beneficiarios por causas relacionadas con una incapacidad laboral se había incrementado desde 350.000 a 600.000. Entre 1957 y 1982, los costes relacionados con el sistema de protección social se incrementaron desde 59 millones de dólares hasta los 185.000 millones. Al mismo tiempo, el número de beneficiarios alcanzó la cota máxima de 4.3 millones de personas. Distanciándose no solo de los gobiernos de los Kennedy, por ejemplo, sino también de otros correligionarios del Partido Republicano, a quienes los *neocons* consideraban liberales ingenuos, Ronald Reagan comenzó un programa de recortes tanto en el tamaño del Estado como en el sistema de beneficios sociales.

Esas reformas tuvieron lugar poco tiempo después de la aparición, en 1978, del libro de Steven Breda, *Dolor crónico: la oculta epidemia americana*. A juicio del director de la Clínica del Dolor de Atlanta, la sociedad occidental había ido demasiado lejos a la hora de proporcionar compensaciones económicas a todos aquellos que quisieran dejar de trabajar bajo el pretexto de dolores inespecíficos. Más aún, estas conductas enfermizas aprendidas terminaban por producir un sentimiento de inferioridad social que condenaba a los trabajadores a una vida miserable, encerrados en lo que él mismo denominaba «el estilo de vida del Estado del bienestar». El resultado político de estas ideas fue la apertura de una comisión de investigación que debía revisar uno por uno los casos de trabajadores que recibieran algún tipo de compensación como resultado de dolores inespecíficos. En 1986, de 1.2 millones de casos investigados, 490.000 habían sido considerados no aptos. A estos se añadieron los 135.000 enfermos mentales, en su mayor parte diagnosticados con trastornos psicóticos, que también fueron excluidos.

## A MODO DE CONCLUSIÓN

El historiador norteamericano Keith Wailoo ha mostrado de manera suficiente hasta qué punto el debate sobre el Estado del bienestar y los programas de salud en los Estados Unidos han girado, al menos desde los años cincuenta del siglo pasado, alrededor del dolor. Pero lo mismo podría sugerirse en el contexto europeo. Por un lado, la aparición de enfermedades en las que el dolor tiene causas inespecíficas, como la fibromialgia, pero también como el síndrome de fatiga crónica, la depresión o la ansiedad, sugiere una extensión de la mirada humanitaria, una nueva conquista ilustrada sobre el dolor y la muerte. La presencia de estos dolores subjetivos, algunos de los cuales han adquirido una dimensión epidémica, no puede desligarse, sin embargo, de otros elementos de naturaleza política. El teatro del dolor, la forma dramática en la que quien se queja interpreta su dolor de acuerdo con pautas y formas culturales aprendidas, también obliga a subrayar que en este debate nadie obra con inocencia. Antes al contrario, nuestra

actitud ante el sufrimiento ajeno, sea real o fingido, manifiesta una predisposición moral que no puede desligarse de otras consideraciones cognitivas. Si el dolor crónico es la epidemia olvidada del siglo XXI o si por el contrario esa epidemia no fuera más que la expresión del agotamiento del Estado del bienestar, sistemáticamente acosado por el fraude, no es un problema que pueda resolverse tan solo mediante un examen anatómico. Por el contrario, la sociología del dolor muestra hasta qué punto nuestros sufrimientos contribuyen a configurar nuestra política y, al contrario, nuestra visión política permite dotar de protagonismo o condenar al olvido a muchos síntomas subjetivos que, tal vez, sean rescatados por los historiadores del mañana.

#### PARA SEGUIR LEYENDO

- ABRUZZO, M., *Polemical Pain. Slavery, Cruelty and the Rise of Humanitarianism*, Baltimore, The Johns Hopkins University Press, 2011
- APPADURAI, A., *Modernity at Large: Cultural Dimensions of Globalization*, 1996.
- BOURKE, J., *The Story of Pain. From Prayers to Painkillers*, Oxford, OUP, 2014.
- CERVERO, E., *Understanding Pain*, Londres, MIT Press, 2012.
- MOSCOSO, *Pain. A Cultural History*, Nueva York, Palgrave MacMillan, 2012.
- WALOO, K., *Pain. A Political History*, Baltimore, Johns Hopkins University Press, 2014;

.....  
JAVIER MOSCOSO es profesor de investigación en el Instituto de Historia del Consejo Superior de Investigaciones Científicas. Autor, entre otros, de *Historia cultural del dolor* (Taurus, 2011), así como de numerosos artículos y publicaciones sobre historia de las ciencias de la vida en el siglo XVIII, historia de los signos e historia de las emociones. Ha comisariado diferentes muestras y exposiciones: sobre los monstruos imaginarios en la Biblioteca Nacional de Madrid, sobre la historia del dolor en el Science Museum de Londres y sobre la historia cultural de la piel humana, en la Wellcome Collection Gallery, en Londres.

1980  
JULI  
1 2 3 4 5 6 7 8  
9 10 11 12 13 14 15  
16 17 18 19 20 21  
22 23 24 25 26 27 28 29 30 31

JOULUKUU

