

E. MIRA

(Diretor do Instituto Psicotécnico de Barcelona)

Ensayos psicológicos acerca del dolor

Separata do volume 8º, de Janeiro de 1934, dos «Arquivos de Medicina Legal e Identificação»

F
152.5
M671e



— RIO DE JANEIRO —
IMPRESA NACIONAL — 1934

MINISTERIO DA JUSTIÇA E NEGÓCIOS INTERIORES	
DEPARTAMENTO DE IMPRENSA NACIONAL	
BIBLIOTEC.	
NUMERO	DATA
1093	25-8-49

MINISTERIO DA JUSTIÇA E NEGÓCIOS INTERIORES	
IMPRESA	
EIRE	
<i>João Valer</i>	
NUMERO	DATA
446	26-7-46

Ensayos psicológicos acerca del dolor

POR

E. MIRA

(DIRETOR DO INSTITUTO PSICOTÉCNICO DE BARCELONA)

Pocos temas hay que ofrezcan al hombre un interés más general y profundo que este. Iniciamos la vida con dolor, nos separamos de ella — la mayor parte de las veces — sufriendo, por lo menos, las alteraciones físicas causantes de la muerte y mientras deambulamos por este "valle de lágrimas" es el más fundamental de nuestros impulsos, el de huir de sus tormentas.

El hombre es un aprendiz cuyo maestro es el dolor — dicen que afirmó ya Aristóteles (y repitió después Alfred de Musset en versos románticos).

Diversas escuelas filosóficas, de todos los tiempos, han construido su concepción del mundo en derredor suyo, mostrándose más o menos pesimistas respecto de su esencia y significación. Los biólogos por su parte nos informan de que el hombre, instintivamente, huye del dolor y busca el placer y que tan solo es capaz de resistir el primero cuando se promete de esta resistencia la obtención de un placer ulterior más intenso (satisfacción de un ideal).

Pero — hecho paradójico — apesar de la atención constante que los hombres científicos o profanos han dedicado al dolor y sus problemas, a despecho de las toneladas de papel que han sido escritas o impresas para estudiarlo, nos encontramos ahora, en pleno siglo XX, faltos de una definición precisa, desprovistos de una clasificación aceptable de sus formas, e inermes prácticamente, para combatirlo en sus manifestaciones más violentas.

A qué se debe la enorme desproporción existente entre los esfuerzos realizados y los resultados obtenidos? Tres causas parecen explicarlo: la más fundamental es quizás, la imposibilidad en que se han encontrado hasta ahora los hombres de ciencia, de manipular con el dolor como objeto de experimentación. La ética más elemental impide en efecto, someter al hombre al sufrimiento para satisfacer una curiosidad especulativa o incluso, para encontrar una fórmula bienhechora aplicable a sus semejantes. Por esto la inmensa mayoría de biólogos y psicólogos que han querido intentar el estudio experimental del dolor, se han tenido que contentar con provocarlo en sus manifestaciones más leves y en sus formas menos interesantes. Existen, si, unos hombres que por motivos profesionales se encuentran diariamente ante el verdadero dolor: los médicos. Pero precisamente también las circunstancias que motivan su intervención impiden que puedan aprovechar con fines experimentales, de investigación, su valioso material de estudio.

El enfermo llama, en efecto, al médico para que este le quite cuanto antes su sufrimiento; quiere de él una intervención activa y eficaz y de ninguna manera toleraría que se le tomase por un conejillo y se le sometiese a un experimento científico. De otra parte, el médico (ni cuando es especialista en neurología) no se encuentra preparado para hacer observaciones útiles desde el punto de mira psicológico. Es por esto, que solamente algunos profesionales han querido y han podido aprovechar la ocasión que la patología les ofrecía para penetrar en el misterio del dolor.

Un segundo factor ciertamente no el menos importante, del confusiónismo existente, es la enorme imprecisión terminológica observada en el campo de la psicología afectiva, que nos hace confundir conceptos que deberían estar cuidadosamente limitados y diferenciados. No se pueden utilizar indistintamente los términos de: Dolor, Pena, Sufrimiento, Disgusto, Malestar, Angustia, Ansiedad, Mal, etc. ni es lícito tampoco hacer sinónimos el dolor y el desplacer, como ha sido propuesto y aceptado con demasiada frecuencia.

Finalmente, el tercer motivo de nuestra actual ignorancia en este aspecto, hay que buscarlo en la heterogeneidad de las actitudes con las que han atacado el problema del dolor los diversos investigadores que se han creído en la necesidad de estudiarlo: Filósofos, Teólogos, Sociólogos, Biólogos, Cirujanos, Fisiólogos, Psiquiatras y Psicólogos, no solamente hablan lenguajes diferentes, sino que tienen concepci-

ones apriorísticas demasiado diversas para realizar un trabajo común provechoso. Precisa en lo posible poseer una formación equilibradamente biológica, psicológica, psiquiátrica y filosófica para poder conservar una acertada línea directriz en la investigación de temas como este, que por ser profundamente vitales desbordan el estrecho y rígido marco de las aisladas disciplinas científicas. Precisa, sobre todo, no dejarse fascinar por la fácil atracción de algunos esquemas conceptuales que estas nos proporcionan, a base de interpretaciones fragmentarias, de visiones limitadas, microscópicas, y como tales deficientes del complejo fenoménico que queremos explicar.

Por ello nos ha parecido útil intentar una revisión de los datos que hoy poseemos y hacer un ensayo — provisional y modesto — de síntesis de los conocimientos actuales sobre el dolor, considerándolo en su verdadera esencia, es decir, como un hecho psíquico.

* * *

Con el fin de realizar mejor nuestro trabajo, consideraremos primero el dolor desde fuera, objetivamente; después intentaremos ver cual es su fenomenología subjetiva, interna. Finalmente, trataremos de llegar a una concepción unitaria. Veamos, pues, lo que de él nos dicen, para empezar, los anatómo-fisiólogos, los cirujanos y médicos, los psicólogos conductistas...

a) Sherrington — fisiólogo puro — desprecia como tal el dolor y nos afirma que es "un epifenómeno que se presenta habitualmente en los reflejos desencadenados por estímulos capaces de perjudicar la vitalidad orgánica (reflejos nociceptivos) que se manifiestan mediante la ejecución de movimientos de defensa los cuales tienen igualmente lugar sin la intervención cerebral psíquica, es decir en el animal descerebrado."

d) Beaunis — en su magistral trabajo sobre las sensaciones orgánicas — nos dice que el dolor como el hambre, el sueño, la fatiga, etc. representa una reacción sensitiva global, es decir, de la totalidad del organismo. Le niega unidad y cree que precisa establecer una "tipología álgica". No es posible admitir que el dolor provocado por una neuralgia del trigémino, sea igual que el que sufre un enfermo afecto de asma, o una persona atacada de rabia, o un pobre canceroso de la piel, o un enfermo de cólico miserere. Precisa tan solo recoger las manifestaciones reaccionales de estos tipos de paciente, para convencerse de

que se encuentran frente a experiencias sensibles totalmente diversas. Siguiendo este criterio establece un cuadro cuyas principales divisiones son las siguientes:

Dolor físico...	{	De causa mecánica.....	{ gravitativo de tensión de constricción de torsión de divulsión de pulsación
		De causa térmica.....	{ calor ardor (prurito) frio
Molestias.....	{	De diversas localizaciones topográficas más o menos precisas	{ sensación de vacío, desfallecimiento, vértigo, mareo, inquietud, etc.
Dolor psíquico.	{	de cansancio.....	{ indolencia, prostración, aburrimiento, cansancio, desesperación.
		de detención.....	{ decepción, perplejidad, vergüenza, sorpresa, confusión.
		de inacción.....	{ confusión. ansiedad, insuficiencia, temor.

No precisa ser un técnico en Psicología para ver que Beaunis no ha tenido ningún éxito en su ensayo de clasificación de los dolores psíquicos; en cambio, nos da una visión mucho más extensa de los dolores sensoriales y — hecho importante — nos indica la existencia de estadios de transición entre las dos formas (física y moral) del fenómeno álgico. Las *molestias* son, en efecto, una especie de "no man's land" que separan y unen los territorios en apariencia distanciados de la somatología y la psicología.

c) V. Frey — el fisiólogo que más ha tratado de diferenciar el dolor de las otras formas de la sensibilidad — afirma que el fenómeno álgico corresponde a la actividad de un sexto sentido: el sentido del dolor cuyos órganos receptores estarían constituidos por las terminaciones nerviosas intraepiteliales libres y cuyas vías de transmisión subirían por cordones posteriores hasta un supuesto centro algógeno, situado en el tálamo y conectado con la corteza por fibras centrífugas que llegarían hasta las circunvoluciones parietales. En la piel la sensibilidad dolorosa se encuentra concentrada en pequeños territorios llamados *puntos dolorosos*, cuya superficie es de orden de 0.1 mm^2 , produciendo su excitación *siempre* una impresión de dolor, independiente de la forma y naturaleza del estímulo. La mayor o menor sensibilidad dolorosa de

la piel estaría en razón directa con el número de estos puntos, muy abundantes en la córnea y glándula (faltando en cambio, los puntos táctiles) y ausentes en la mucosa de la mejilla, al nivel del segundo molar inferior y en la extremidad libre de la úvula, por cuyo motivo dichas partes son fisiológicamente insensibles al dolor. Para demostrar que este es conducido por vías distintas a las que transmiten las restantes formas de la sensibilidad, v. Frey aduce un hecho que es posible observar en diversas enfermedades y provocar experimentalmente, de una *disociación* sensitiva, en forma que unas impresiones sensibles aumenten y otras disminuyan. Así por ejemplo, en la siringomielia se pierde la sensibilidad térmica y dolorosa y se conserva, en cambio, la táctil; en la anestesia local se observa el mismo principio de la acción cocaínica. El mentol es analgésico y sin embargo tiene una acción hipercrestésica (excita las zonas frías). Por otra parte los tiempos de reacción son totalmente distintos a las diversas sensaciones cutáneas (que se clasifican por este orden: táctiles, de frío, de calor y de dolor, siendo estas las más lentas en producirse) lo que representa un nuevo aumento a favor de la hipótesis de que cada una de ellas tiene una vía propia de transmisión.

d) Ioteyko y Stefanowska creen que el retraso de recepción de las impresiones dolorosas es debido a que el fenómeno álgico resulta de la excitación química de las terminaciones nerviosas por unas sustancias *algógenas*, engendradas siempre que existen procesos vivos de desintegración celular (hecho patológico). Estas impresiones tomarían estado consciente en centros nerviosos bilaterales, con la particularidad de que la mitad izquierda del cuerpo es más sensible a ellas que la derecha. La fatiga, la atención y el miedo exageran — según las mencionadas investigadoras — la percepción del dolor. Además, este se encuentra siempre aumentado por las excitaciones correspondientes a la mitad izquierda del cuerpo, lo cual indicaría no solo la existencia de centros nerviosos especiales para el dolor, sino una asimetría funcional de esta.

e) Goldscheider, en su libro sobre las sensaciones dolorosas, se opone a la idea de que hayan puntos exclusivamente dolorosos, así como niega también la existencia de los llamados "corpúsculos del placer" (Wollustkörperchen de Krause, identificados por Finger y confirmados por Wertheimer y Dogiel). Según él, existen dos sistemas cutáneos: uno capaz de responder con una impresión táctil para las excitaciones débiles y una impresión dolorosa para las fuertes y otro

que además de dar la sensación de contacto, respondería con una sensación álgica a la presión.

Las ideas de Goldscheider han fructificado en otras concepciones *dualistas* de la sensibilidad dolorosa que tan solo citaremos (Thunberg, Alrutz, Head, Pieron). Todas ellas tienen de común la distinción entre la sensibilidad cutánea superficial, viva, delimitable y específica al *pinchazo* (para la cual Pieron propone el nombre de "sens de la piqûre") y las multiformes impresiones álgicas (de compresión, distensión, avulsión, excozor etc.) derivadas de las llamadas sensibilidades profundas. Pieron — el más destacado de los actuales dualistas — cree que el verdadero dolor es en esencia, una reacción emocional, talámica, que se produce de vez en cuando en la escala zoológica (por necesitar una cierta complejidad estructural psiconerviosa) y que debe estudiarse entre los fenómenos afectivos y no como hasta ahora se había hecho, entre las sensipercepciones.

f) Storrington adopta una posición intermedia entre los unicistas y los dualistas: niega la existencia de órganos receptores específicos de la impresión dolorosa, pero admite, en cambio, la existencia de una vía especial de conducción, que es excitada por la energía que ha desbordado las vías ordinarias de transmisión de la sensibilidad. Según esta concepción, el dolor sería, pues, producido por un exceso de estimulación sensorial o cenestésica y representaría un fenómeno de irradiación totalmente comparable a los de resonancia que se observan en la acústica.

g) Leriche — suprema autoridad en materia de cirugía vegetativa — ha publicado recientemente un trabajo, que coincide en líneas generales con la monografía de Kulenkampff, en el que considera el dolor como un fenómeno *patológico* (que representa una modalidad afectiva especial) el cual pueden adquirir ciertas formas de sensibilidad (preferentemente cutáneas) en el curso de la evolución. Habiendo visto recidivar dolores después de realizar la cordotomía, niega la existencia de vías algógenas determinadas y se inclina a creer en el gran papel de los filetes del simpático sensitivo, especialmente de las fibras simpáticas perivasculares, en la transmisión de las estacaciones dolorosas.

h) Kulenkampff afirma que el dolor es percibido a través de vías simpáticas, es decir, de fibras no mielinizadas, en las que la velocidad de conducción del impulso, es mucho más lenta; eso explicaría el retraso de percepción que se observa siempre en las excitaciones algógenas. Todos los dolores van acompañados del cuadro de excita-

ción del simpático (midriasis, aumento de la tensión arterial y de las contracciones cardíacas, sensación de calor y congestión facial, evacuación de los esfínteres, piel de gallina, etc.). Claro es, no obstante, que la presencia de este cuadro — ya previamente descrito por Cannon — no indica el papel específico del sistema vegetativo en la transmisión de las impresiones álgicas, ya que es imposible separar el dolor de la emoción de miedo o de cólera que le acompaña y en ambas ha demostrado Cannon la producción de una descarga adrenalínica — secundaria — que podría ser la única fuente productora del síndrome somático acompañatorio del dolor.

Kulenkampff cree que las excitaciones algógenas siguen hasta los centros mesencefálicos, tres vías: 1ª, la de las fibras simpáticas de los órganos internos; 2ª, la de los filetes simpáticos perivasculares (los más importantes de acuerdo con Leriche); 3ª, las de las fibras simpáticas antidrómicas, que caminan con los nervios cerebrospinales, confundidas con las raíces motores.

Como vemos, pues, no puede decirse que haya un acuerdo entre los fisiopatólogos y los anatomofisiólogos respecto a la base orgánica del dolor. Unos afirman que se trata de una forma de sensibilidad específica, otros creen que es una modalidad afectiva común a múltiples formas sensibles. Algunos creen que la producción del dolor se encuentra condicionada por un factor de intensidad de excitación, mientras que otros admiten la necesidad de una cualidad especial del estímulo. Unos afirman que el dolor se transmite por las raíces posteriores, otros (Bell-Mangendie) nos dicen que camina por las raíces anteriores y otros opinan que lo hace por los cordones laterales, no faltando quien asegure que lo hace por la cadena simpática extramedular...

Por otra parte, recientes experimentos de Pieron han demostrado que los tiempos de reacción — en la misma región cutánea — son diferentes para las diversas formas de estímulos algógenos; así, por ejemplo, se puede admitir que la onda reaccional al pinchazo va a una velocidad de 16 metros por segundo, mientras que la de la incisión lo hace a la velocidad de 12 m. y la de la quemadura, mucho más lenta a la de 4'5 m. por segundo (el contacto, en cambio se transmite a 40 m. por segundo). Este hecho (proporción inversa entre la velocidad de aparición del dolor y el peligro orgánico a que responde o del cual es signo) es suficiente para destruir todas las teorías finalistas que pretendían hacerle el guardian de la integridad orgánica, el centinela que advierte al espíritu los peligros físicos que le amenazan.

Si pretendemos sacar algún provecho del estudio de los fenómenos somáticos que acompañan a los grandes dolores (alteraciones pupilares, vasos excretoras, tónicas, respiratorias, hemáticas, etc. etc.) caeremos en un nuevo océano de confusiones, toda vez que, según los estímulos que han sido adoptados, las particulares características de los sujetos del experimento y la técnica empleada, los diversos autores han obtenido los resultados más diversos e imaginables. Apenas si parece haberse comprobado con cierta constancia el hecho de que el dolor aumenta inicialmente la tensión sanguínea y acelera los latidos del corazón, excepto cuando es tan fuerte que provoca fenómenos colapsales. Además, la imposibilidad en que se encuentran los psicofisiólogos para separar los síntomas somáticos concomitantes del dolor y los de las reacciones emocionales que este despierta (miedo, cólera, etc.) hace que tampoco pueda esperarse una mayor coherencia en los resultados de los experimentos futuros en este aspecto.

Finalmente, queda el estudio más externo del dolor, en decir: la investigación de las *expresiones* álgicas (gestos, actitudes corporales o faciales). Que nos dice la observación directa de las personas afectas de grandes dolores? Como se caracteriza la expresión de un dolor intenso? Digámoslo de una vez: de ninguna manera. En el capítulo sobre el dolor del *Tratado de Psicología* de Dumas, el curioso lector podrá ver algunas fotografías impresionantes y guiñolescas de personas martirizadas — en otras épocas y lugares — y podrá hacerse cargo de como la faz y la actitud de un mismo sujeto cambian extraordinariamente de un momento a otro bajo la influencia del dolor paroxístico: tan pronto se crispan como se relajan sus músculos, su cara, ahora toma una expresión de rabia, ahora de miedo, ahora de estúpida indiferencia, ahora de estática beatitud... Si se trata de sujetos con libertad de movimientos según la localización y el curso de dolor toman posiciones de las más diversas, realizan los movimientos más disparatados o bien permanecen inmóviles, con o sin tensión... Es decir, no hay manera de llegar *por fuera* a la descripción y caracterización del fenómeno doloroso como algo específico y aislable en el campo de las experiencias psíquicas.

* * *

Intentemos ahora seguir un camino inverso, es decir, estudiemos el dolor de dentro a fuera, subjetivamente, sin perder, no obstante, la actitud puramente descriptiva, fenomenológica, para ver si así obtene-

mos mejores resultados. En primer lugar: que nos dicen los psicólogos que nos han precedido en esta vía? Sería larga tarea la de resumir sus opiniones; por eso nos limitaremos a citar la del autor que más recientemente — aprovechando todo lo que ya se ha hecho — ha sometido esta cuestión a un tal análisis: Wolgemuth. Este fino investigador inglés en su monografía (*Pleasure-Umplesure. Analysis of the feeling elements. British Journal of Psychology. Monogr. n. 2*) mantiene con energía que el dolor se acusa al sujeto como algo bien diferente del *desplacer*. Dice que el dolor tiene las cualidades de una sensación y el *desplacer* las de un sentimiento. Nos añade que es posible la coexistencia de una sensación acompañada de un tono afectivo desagradable y de un sentimiento de placer. Nos afirma también que el dolor no es *necesariamente* molesto o desagradable, aunque resulte así la mayor parte de las veces. Wolgemuth nos aclara finalmente, por vía introspectiva, otro problema: la pretendida génesis del dolor sensorial por excitaciones específicas de intensidad anormal, o desproporcionadas al deseo expectante del sujeto, no existe; lo que en tales condiciones se presenta es un sentimiento de *desplacer* (ligado a una sorpresa o decepción).

Reconociendo el interés de estas conclusiones, hemos de confesar, no obstante, que no bastan para satisfacer nuestras ansias inquisitivas. Precisa, pues, librarnos a la exploración fenomenológica con nuestras propias armas. Y en tal caso, que es lo que en primer término resalta en nuestras experiencias y en los testimonios que recogemos, espontáneos o provocados, actuales o retrospectivos, de sanos o de enfermos? Pues el primer hecho comprobado es la *diferente cualidad* de los dolores físicos, sensuales, tópicos y de los dolores psíquicos, morales, globales. Esta diferente cualidad de ambos tipos de vivencia, hace necesaria su separación terminológica: precisa reservar la palabra *dolor* para expresar la vivencia que tiende a producir el sufrimiento físico, externo originariamente a la conciencia del "yo" y que se acusa en ella en un momento dado con mayor o menor intensidad y extensión de sus elementos procedente de la denominada área somática. Mientras que precisa dar el nombre de *pena* a la vivencia originaria del sufrimiento psíquico propiamente dicho, engendrado primitivamente en el "yo", que llena desde el primer momento de su aparición la totalidad de la conciencia, hasta el punto de hacer desaparecer de ella a todo otro elemento o de tenerlo con su especial cualidad en ciertos casos. En el dolor físico, podemos decir que el sujeto y la vivencia álgica se oponen mutuamente y destacan la bipolaridad psicofísica hasta el punto de querer

separarse por medios físicos. En la pena, esta bipolaridad desaparece y el sujeto no recibe el dolor sino que es él mismo dolor. Por esto en los casos más violentos es él *íntegramente* quien busca la muerte como único remedio. La misma diferencia perceptiva que debe existir entre la joroba (propia) y un saco cargado a la espalda (añadido) existe entre el dolor (siempre centripeto respecto al "yo") y la pena (siempre centrífuga respecto de él). Esta diferencia explica la posibilidad de que la pena se engendre con toda la intensidad imaginable por hechos pasados o futuros (remordimiento o presagio, recuerdo o temor) mientras que el dolor tan solo es vivido como presente.

Dolor y pena por sí mismos provocan el sufrimiento pero este es en realidad un producto final (Endprodukt) resultante de la interacción de las diversas experiencias sensibles producidas en un momento determinado y, principalmente, derivado — como pronto veremos — de la actitud prospectiva de reacción que el sujeto adopte ante él. Podemos decir, pues, que el dolor o la pena son condiciones necesarias, pero no suficientes, para provocar el sufrimiento. De hecho, todos sabemos que en determinadas circunstancias (éxtasis religioso, excitación genésica, satisfacción de impulsos toxicomaniacos) es posible que un sujeto pueda soportar grandes dolores, y no obstante, no sufra, sino que disfrute del momento en que lo experimenta. Análogamente podemos imaginar que una pena (muerte de un ser querido), al coincidir con la satisfacción de un deseo intensísimo (consecución de un ideal social, político, religioso, etc.) no cause sufrimiento. Por otra parte si el dolor y la pena son los factores que con mayor frecuencia causan el sufrimiento, no son los *únicos* que pueden determinarlo. Existen, en efecto, otras causas de padecer: por ejemplo, el sentimiento de "vacío" (sentiment du vide de Janet) de que se quejan los enfermos psico-asténicos, puede llegar a ocasionar sufrimientos horribles. (Así una de las pacientes observadas por este autor le escribe: "Es espantoso lo que sufro; no puedo resistir ni un momento más esta vida sin impresiones, sin color ni afectos; soy una muerta que *sufre*; todo lo veo como a través de una niebla, irreal, extraño; no tengo ánimos de nada ni puedo emocionarme por nada; *es horrible no poder sufrir cuando me dan una mala noticia, ni alegrarme cuando mi hijo llega del colegio tan contento con sus buenas notas; preferiría mil veces cualquier enfermedad, a estos trastornos...*"). Inversamente, se han observado casos en los cuales el dolor o la pena son únicamente *percebidos* por el sujeto *sin sufrirlos*; se trata de enfermos que han sido des-

critos por Schilder, afectados de una alteración del "gyrus marginalis" (centro receptor en la corteza de las impresiones álgicas). Este autor designa el trastorno bajo el nombre de *asimobolia álgica*, y los sujetos que o padecen son, sin duda, dignos de la mayor curiosidad de observación: cuando se les provoca un dolor violento lo notan perfectamente, lo describen con todo detalle y valoran su intensidad y cualidad con perfecta justeza, pero no exhiben la más pequeña reacción de defensa y afirman que tal dolor, por fuerte que sea *no les hace sufrir*. Análogamente, en ciertas personas esquizoides se observa una indiferencia sorprendente ante las desgracias morales, lo que no impide que reaccionen incluso exageradamente a ellas. Es un caso observado por nosotros el sujeto (E. L. R.) asistió impasible a la muerte de su madre, conversó friamente con los presentes, mientras la familia daba muestras del mayor desconsuelo. Fué el único que cenó aquella noche e incluso cogió un libro y estuvo leyendo indolentemente cerca una hora. A las once se encerraba en su habitación y se suicidaba con tres tijerazos en la región cardiaca, uno de las cuales le fracturó el esternón. Interrogados a posteriori los hermanos, nos dijeron que E. había sido siempre un "lunático" y que todas las manifestaciones de su afectividad parecían paradoxales y artificiosas. A veces, de pequeño, cuando su madre le reñía, él decía: "Siento que he de estar triste y hasta me parece que lo estoy pero no puedo llorar ni sufrir". Estos detalles no son excepcionales; todos los psiquiatras sabemos que en los temperamentos esquizoides las reacciones afectivas no se desarrollan como en las otras personas en la escala diatésica (alegría-tristeza; placer-sufrimiento), sino en la escala psicoestésica (insensibilidad-hiperestesia).

Vemos, pues, que el *sufrimiento* debe ser diferenciado como vivencia del dolor y la pena, si se quiere introducir un poco de precisión en este estudio. Las tres vivencias pueden existir independientemente la una de la otra, incluso en personas normales (tal es el caso de los sujetos sometidos a violentas y perdurables conmociones morales, que afirman al final, agotados y vencidos, que ya *no pueden* sufrir más, apesar que continúan sintiendo las mismas penas, como presentes en sus conciencias). Ahora bien, si el dolor y la pena tienen un interés excepcional para el humanista, es precisamente en función del sufrimiento que pueden ocasionar. Esta afirmación incluye, por tanto, una esperanza, la de poder ahorrarme diante una intervención oportuna — el sufrimiento cuando no sea posible actuar sobre las causas productoras de dolor y la pena. Y, en efecto, esta esperanza, ha sido ya convertida

parcialmente en realidad en el campo de la Medicina: el terapeuta dispone de un arsenal de sustancias que pueden mitigar el sufrimiento de los dolores: los analgésicos. Pero las penas no pueden tratarse tan fácilmente. Ante ellas, el hombre dispone — como pronto veremos — de múltiples recursos psicológicos, pero le faltan, en cambio, los médicos físico-químicos eficientes para hacerlos soportables. Los anestésicos generales, los hipnóticos y los sedantes más intensos, no evitan el sufrimiento que la pena ocasiona, sino en la medida en que suprimen y ofuscan la conciencia del sujeto, es decir que le privan de su vida psíquica (en forma más o menos duradera); existen, es verdad, ciertas sustancias (protóxido de nitrógeno o gas hilarante, muscaina) que pasajeramente y en ciertos individuos pueden cambiar el tono afectivo, proporcionándoles una alegría *artificial*, sin perturbar en forma apreciable las funciones perceptivas, pero la inseguridad y rapidez de estos efectos no justifica su utilización, tanto más cuanto que sus efectos tóxicos secundarios pueden ser perjudiciales para el organismo.

Sigamos, no obstante, la diferenciación terminológica: nos falta aún precisar — si podemos — el contenido fenoménico correspondiente a las vivencias de la angustia y la ansiedad que por sí mismas pueden determinar también un sufrimiento intenso. Para los profanos, angustia y ansiedad son términos sinónimos para los psicoanalistas ortodoxos significan hechos diferentes: la angustia sirve para designar un estado en el cual se asocian diversas impresiones de mal estar orgánico — principalmente localizadas en la caja torácica (opresión al pecho, paraestésias — frío, pinchazas, etc. — al corazón, sudor frío por todo el cuerpo) i una vivencia de "miedo" *indeterminada*: la ansiedad, en cambio, presenta en primer plano un estado de inquietud y agitación molestas, que siempre aparecen ligadas con la presencia de una intensa tendencia — apetitiva o repulsiva — *anticipadora de un resultado*. La ansiedad aparece pues, ligada siempre a un determinado contenido de conciencia, es decir a una idea concreta de algo que el sujeto considera próximo a realizarse y que desea o rechaza intensamente con su personalidad psicofísica. Si, por virtud de un esfuerzo intenso de represión, desaparece el elemento ideológico de la ansiedad y se refuerzan las vivencias orgánicas que le acompañan, veremos aparecer en su lugar la angustia. Inversamente, si con una terapéutica psicoanalítica descubrimos el complejo causal de una angustia, la transformaremos en ansiedad. Prácticamente, la diferencia entre los dos estados es sencilla

mientras las personas que tienen angustia requieren la presencia del médico y se quejan de molestias físicas, las que sufren de ansiedad, piden la favorable resolución de la situación psíquica que la provoca.

Si quisieramos apurar los términos, aún podríamos, con mucho más facilidad, añadir las diferencias de otros estados distímicos que son causa frecuente de sufrimientos (la tristeza, el disgusto, el remordimiento, la repulsión); pero no es esta la tarea que hemos de hacer, sino la de ver, qué orientaciones podemos sacar de lo que hasta ahora hemos dicho. Nos parece haber puesto en claro que precisa establecer una duplicidad terminológica para designar la vivencia del dolor orgánico (dolor propiamente dicho) y la del hasta ahora llamado dolor moral o psicálgia, para el cual proponemos utilización de la palabra *pena*. Análogamente, creemos haber precisado el hecho de que el dolor y la pena son condiciones y *nada más que condiciones* elementales determinantes del sufrimiento, el cual por otra parte, puede ser determinado por otras causas. Sabemos que el estado de ánimo resulta en definitiva de la interacción de los diversos sentimientos presentes en un momento dado, y por tanto es factible que el dolor o la pena coexistentes con otras vivencias de tonalidad afectiva diferente, no lleguen a poner al sujeto en estado de sufrimiento, no obstante, destacarse (el primero localmente y la segunda globalmente) en el campo conciente del sujeto.

Eso nos induce a profundizar un poco en el estudio de las condiciones que regulan el estado de ánimo en un momento determinado. En este aspecto hemos de confesar con rubor que tenemos algunas ideas originales, hijas de nuestra experiencia clínica, pero no aptas para recibir sencilla demostración por la vía psico-experimental sistemática; a nuestro juicio el *presente psíquico* es prácticamente inexistente en la vida afectiva de los sujetos normales que generalmente aparece orientada hacia el *futuro* (tendencia prospectiva determinante de la actitud de reacción previa), con ligeras incursiones en el *pasado*. Dicho más claro: la *constelación* psíquica resultante de la experiencia inmediatamente precedente a la tonalidad afectiva derivada del conjunto de *prospecciones* (previsiones del futuro subjetivo inmediato) tienen mucha más importancia que el tono de las vivencias presentes para la determinación del sufrimiento o del placer inherentes a la total actividad psíquica en un momento determinado. Si fuese posible experimentar un dolor o una pena de inusitada violencia pero de *duración instantánea* quedaríamos

admirados de lo insignificante que sería el sufrimiento provocado. El sufrimiento ocasionado por uno u otro crecería, enormemente tan pronto como su persistencia llegara a establecer la fusión entre el tono afectivo de la constelación (*dirección* afectiva preestablecida) el de la experiencia actual. Y aún aumentaría mucho más si el tono sentimental de las "prospecciones" (siempre más intuitivas que lógicas) coincidiera con ellas. Estando solo entonces cuando se engendra propiamente el *estado de sufrimiento*. Todos hemos visto la influencia a que la previa actitud afectiva ejerce sobre la vivencia de la actualidad. Mil veces se ha repetido que sentimos la realidad no como es, sino como esperamos sentirla (proceso catatímico); por eso a un melancólico nada hay que le de alegría, apesar de conservar íntegras sus funciones perceptivas, y a un maniaco (delirio de grandezas de la parálisis general, por ejemplo), nada hay que le haga sufrir. Falta nadir que es asimismo de una importancia predominante en la determinación del sufrimiento o del placer subjetivos, el grado de concordancia existente entre los *propósitos* (tendencias pasadas a la fase conativa) y la apreciación subjetiva del porvenir; entanto una tendencia activada de reacción domina en el campo consciente, y la actividad personal orientada por ella y subordinada a la consecución de su descarga — se desarrolla en forma que el organismo *prejuzga* la obtención segura de su objetivo, se puede afirmar que ni las causas físicas ni las morales que de una manera intercurrente pueden actuar sobre él, serán suficientes para determinar su sufrimiento. Este empezará automáticamente, tan pronto como — por circunstancias que en este momento no hemos de analizar — se altere la sintonía entre el propósito y la prospección, es decir, entre aquello que el organismo *quiere* que suceda y lo que *piensa* que sucederá. Esto es tan cierto que sin miedo a decir un disparate podemos afirmar que la Humanidad sufre más a consecuencia de los conflictos que ella se crea artificialmente (Fantasía) que de las desgracias a las cuales objetiva e inexorablemente se ve expuesta (Realidad). La posibilidad que tiene nuestra mente de avanzar los acontecimientos nos lleva a vivir casi siempre orientados hacia el futuro, y bajo este aspecto el sufrimiento por un hecho presente solo se desencadena cuando este se integra en el flujo (prospección) o en el reflujo (retrospección) de los procesos psíquicos que por su propia esencia huyen del estatismo del momento. De la misma manera que para el conductor de un auto lanzado por una ruta el camino al que ajusta sus reacciones presentes, es aún un futuro para las ruedas, y el que pasa bajo ellas ni tan solo es visto (disociación entre el presente de

dentro y el de fuera del coche) así también, en el dinamismo de los procesos conscientes, el camino de la vida es visto como presente, cuando en realidad es futuro para el organismo, y el que en este se acusa más tarde como presente es ya *pasado* para el psiquismo que, cual centinela de avanzada, realiza la mayor y más típica parte de su trabajo en forma de previsión, abandonando en gran parte a los automatismos subconscientes la ejecución material de las decisiones.

Mil hechos podríamos aducir para confirmar lo que acabamos de decir, pero quizás será más interesante acabar el desarrollo de nuestra tesis antes de tratar de demostrarla: si es verdad lo que llevamos dicho, la lucha contra el sufrimiento será preciso iniciarla procurando que la constelación y la prospección (antecedente y consecuente afectivos) sean agradables, es decir, satisfagan plenamente las tendencias más básicas del "yo". La primera parte de esta tarea solo podrá realizarse cuando se pueda prever el momento en que se ha de provocar el sufrimiento (así se explican ciertas costumbres que superficialmente pueden parecer absurdas tales como las de servir grandes banquetes a los condenados a muerte, organizar fiestas para despedir a los que marchan a la guerra, prometer regalos antes de las operaciones, etc.) La segunda, pero la más importante, podrá hacerse siempre, a condición de que conozcamos al sujeto lo suficiente para poder escoger los estímulos más efectivo para reactivar las tendencias cuya satisfacción contrarrestará su sufrimiento. En definitiva, hay que lograr engendrar en el sujeto el convencimiento de que la causa de su sufrimiento puede aportarle, al mismo tiempo, una satisfacción ulterior más intensa ("no hay mal que por bien no venga"); este y no otro es el mecanismo de *consolación de la pena*, que equivale prácticamente a la desaparición del sufrimiento ocasionado por ella. Así el operado soporta sus dolores con la esperanza de que con ellos se libra de otros mayores; el hijo se conforma de la muerte de su madre, pensando que esta ha evitado sufrir más tiempo; el amante engañado se alegra de que el sufrimiento le haya servido para arrancarse una venda de los ojos y le haya permitido recobrar la libertad de acción; el hombre robado pensará que gracias a una pérdida relativa, ha evitado una más grande, que se habría producido tal vez si al darse cuenta del robo hubiese entablado una lucha con el ladrón. En resumen: la gente dice que: "quien no se consuela es porque no quiere" y esto en parte es cierto en el sentido de que casi siempre es posible encontrar el medio de hacer que resulte agradable la prospección de la persona desconsolada.

* * *

Después de todo cuanto hemos dicho, ha llegado la hora de intentar una síntesis que permita obtener un criterio práctico para iniciar con eficacia la lucha contra el sufrimiento en general (sea motivado por el dolor, por la pena, por la angustia o por la ansiedad). No cabe duda que si logramos enunciar algunos principios generales de actitud y de conducta para evitar o disminuir los sufrimientos humanos, nuestras divagaciones anteriores dejara de serlo y tomarían una coherencia y una significación que ahora no tienen.

Ahora bien: de todo lo dicho, parece deducirse que en cualquier momento existe en la conciencia una incompatibilidad entre los procesos generales de recepción (actitud centrípeta) y de reacción (actitud centrífuga) o más exactamente, entre la actitud de interiorización y la de extrayección. Si esto es cierto, todo cuanto tiende a disminuir la violencia de las reacciones motrices y a favorecer la conciencia de las impresiones sensibles aumentará la capacidad de sufrimiento y recíprocamente. La mejor defensa contra el sufrimiento será, pues, la *acción*, en virtud de la cual el potencial movilizado en el acto de conocimiento no quedará estancado (perdone el simbolismo) en los centros sensibles afectivos (corteza parietal para los dolores; mesencéfalo para las emociones penosas, la angustia y la ansiedad), sino que siguiendo su trayectoria a través de las vías nerviosas, irá a descargarse en las vías efectoras cerebroespinales. Si no es así, esta energía se consumirá en los mismos centros sensibles y efectivos y derivará lentamente hacia el campo del sistema nervioso vegetativo, creando — en su descarga en las vísceras — las perturbaciones orgánicas características y propias de los *estados* de sufrimiento (alteraciones cardíacas, circulatorias, respiratorias, digestivas, glandulares, cenestésicas, etc.).

¿Como, pues, asegurar la acción (es decir: la reacción) extrayectora en estos casos? Esto equivale a preguntarnos: como lograr que el sujeto adopte una *actitud prospectiva* (es decir, una actitud basada en prospectivas) satisfactoria? Pues hay que tener en cuenta que no precisa que la acción se realice objetivamente y materialmente, para que ejerza efectos sedantes en el sufrimiento. Basta que la acción sea implícita y quede detercida en estado de conación: estado que se reflejará en la zona intelectual en forma de *creencia*, en la afectiva en forma de *presentimiento* y en la motriz en forma de *propósito*, adoptando con más claridad una u otra según sea la fase en que se encuentre la actividad

conciente en un momento determinado. Tan pronto como el sujeto llega a adoptar esta actitud prospectiva (acción potencial que se desarrollará en los tres planos de actuación conciente) sabemos que su sufrimiento desaparecerá si ella pone en juego la energía de una tendencia primitiva de reacción (tal es por ejemplo, la explicación de la sonrisa de satisfacción que surge en la faz, hasta entonces contraída por el sufrimiento, del prisionero que ha logrado planear su última venganza). Ahora bien: ya podemos contestar a la pregunta con que hemos empezado el párrafo: conseguiremos dominar el sufrimiento si logramos favorecer la rápida adopción de la actitud de extrayección — presentando al sujeto el mayor número de posibilidades (estímulo) para despertar sus tendencias combativas, que le lleven a una superación activa de las causas de sufrimiento, o bien sugiriéndole una prospectiva agradable (invocación de influencias ajenas que conduzcan al mismo resultado), sin su intervención activa. Es por esto que ante personas débiles de espíritu habrá que utilizar una argumentación mágica (Divina Providencia) mientras que una argumentación realista será más eficaz para consolar a los sujetos dotados de intenso convencimiento de su propio valer. Cuanto mayor sea la agresividad individual, menor será la capacidad de sufrimiento. Cuanto más pequeño sea el coeficiente intelectual, más limitado será el número de causas productoras del sufrimiento, pero en cambio resultará también más difícil el superarlo sin la intervención de la mágica (actitud irracional de fé, derivada de la creencia submisiva en poderes incontrolados.)

Por consiguiente tenemos dos vías para dominar el sufrimiento y la utilización de una u otra nos conducirá a idéntico resultado aparente. Pero, son equivalentes en definitiva? De ninguna manera: la vía mágica (religiosa) nos llevará a la *resignación* o, incluso al *estoicismo*. La vía realista nos conducirá a la actitud combativa y por ella a la total extrayección del "yo", que culminará en la satisfacción propia y en la verdadera posición amorosa (entiéndase altruista, cordial, afectiva y sincera) ante el mundo. El hombre que adopte la primera, continuará pensando que "hemos venido al mundo para sufrir" y tan solo querrá hacerse digno de ulteriores beneficios apurando hasta el fin el "caliz de la amargura". Actitud pasiva, contemplativa o mística de disolución del "yo", que trata de encontrar su felicidad identificándose con algo (Dios, Espíritu, Principio o Fuerza) superior a él.

Inversamente, el hombre que adopta la segunda posición, conceptúa el sufrimiento como un signo de imperfección biológica contra el, cual hay que luchar. Quiere tener todas las ventajas de una sensibili-

dad que lo remonte por encima los animales, sin tener que experimentar sus inconvenientes. Ve en el dolor y en la pena estímulos internos poderosísimos para la acción. No se resigna: lucha; no se aparta de la realidad: intenta someterla (como si fuese un pequeño Dios) a sus designios. No se interioriza: se extrayeecciona.

Revive en forma de actos la energía introducida en el aparato psiconervioso por las sacudidas del ambiente vital. Y como consecuencia de esta *souplesse* funcional, de esta ausencia de represiones no derivadas (por sublimación) y de esta simplificación general de su actividad psíquica, que fluye libremente como el agua en las fuentes naturales, llega a tener una satisfacción de sí mismo más perenne y más real que el anterior. (Pensemos en la desesperación que sigue a los estados de éxtasis y recordemos aquel "muero porque no muero" de Santa Tereza).

Siguiendo la escala evolutiva de las reacciones emocionales, tanto en la *série* filogénica como en la ontogénica encontramos como más primitiva y básica la reacción emocional, inmovilizadora, suspensora de la actividad vital y destructora de la individualidad psicoorgánica que conocemos con los nombres de *pánico*, *terror* o *miedo* (según su ntensidad). Le sigue la reacción extensiva, de afirmación de la individualidad y de dominio de la situación que designamos con los nombres de *cólera* o *rábia*. Finalmente aparece la reacción más efectiva para el desarrollo de la vida intelectual, la reacción atractiva, afectuosa, social, integradora y superadora de la antinómia sujeto-objeto, que conocemos con el nombre de *amor*, durante la qual el sujeto, una vez resuelto el problema interno de su existencia inmediata, trata de extenderse en el espacio y en el tiempo, estableciendo vínculos con el mundo que le rodea y comienza a disfrutar de la serenidad imprescindible para dar lugar al pensamiento (por esto la primeira fase de esta reacción emocional es conocida con el nombre de *interés simpático*). Nos parece justificado después de todo lo que llevamos dicho, afirmar que a la primera reacción emocional corresponde integralmente la génesis del sufrimiento, a la segunda la lucha contra él y a la tercera su superación. El sufrimiento no és un mal necesario ni el fruto de una maldición divina, sino la consecuencia de una ley general de la evolución en virtud de la cual se expresa que la *capacidad de impresión* y de sensibilidad es anterior durante un largo período de tiempo a la *capacidad de reacción adecuada*. Cada vez que la persona se encuentra ante situaciones y problemas para cuya solución no cuenta con una reacción habitual o predeterminada, habrá de crearla pasando por un

estado emocional y este le determinará un sufrimiento tanto más intenso cuanto más básicas sean las tendencias afectivas comprometidas, es decir, cuanto más se acerca al núcleo vital del "yo" el conflicto que surge (de naturaleza libidinosa, económica, morbosa, ideológica, lo mismo da). El proceso de aprendizaje de una nueva adaptación lleva en sí mismo un "potencial de sufrimiento", de valor variable, como es natural, según los casos, pero siempre positivo y evidenciable. A medida que las dificultades son vencidas (y en la misma proporción en que se establece el dominio del sujeto sobre la situación), la resonancia emocional va disminuyendo y cambiando el tono afectivo de la experiencia total, hasta surgir el placer — en oposición al sufrimiento — en el momento preciso en que el sujeto se da cuenta de su omnipotencia (real o imaginaria) reaccional.

Y de la misma manera como los atletas deportivos afirman que la alegría del triunfo la han experimentado cuando han visto este asegurado — unos segundos antes de llegar a la meta — así también el sujeto experimenta y vive la satisfacción creada por sua nueva adaptación, *en el preciso momento en que está es determinada y fijada prospectivamente*.

Falta ahora ocuparnos brevemente de las relaciones que con el problema del sufrimiento pueden tener otros factores que amenudo han sido invocados como principales elementos reguladores del mismo. Nos referimos, de una parte, a los llamados estados *optimistas* y *pesimistas* del alma, y de otra a las llamadas actitudes *sadista* y *masoquista* (consideradas no desde el punto de vista sexual, sino como tendencias generales de reacción al ambiente vital).

Durante mucho tiempo se ha creído que las personas se dividían respecto al sufrimiento en tres clases: 1ª, las optimistas, que todo lo veían "de color de rosa" y sufrían poco o casi nada; 2ª, las normales; 3ª, las pesimistas que todo lo veían "de color negro" y sufrían exageradamente. Esta creencia ya no puede mantenerse desde el momento que se ha demostrado ampliamente que la primera y la tercera clase correspondían a momentos distintos de la actividad psíquica de las mismas personas, es decir, que el que es optimista es a la vez pesimista y viceversa. Optimismo y pesimismo, teniendo en cuenta que son cualidades primarias del alma (y no resultantes de factores experimentales) representan dos aspectos de un mismo temperamento, que es conocido con el nombre de *ciclotímico* y que se caracteriza, precisamente por la mayor facilidad con que el alma de sus poseedores recorre la escala — en ellos más extensa — de la alegría a la tristeza, del goce al sufrimiento, del placer al desplacer.

Otro concepto que queremos combatir y que es también dualista: se refiere a creer que existen personas (masoquistas) que disfrutan padeciendo y otras que disfrutan (sadistas) cuando hacen padecer a los demás.

Pues bien: igualmente se ha demostrado que sadismo y masoquismo son *aspectos* opuestos, pero complementarios, de una misma manera de ser, es decir: no hay masoquistas que en un momento dado no se comporten como sadistas y viceversa. En efecto: sadismo-masoquismo son sencillas modalidades de lo que los psicólogos llaman instinto agresivo (*Agressionstrieb*), instinto luchador, instinto destructor, instinto dominador, etc. que busca en todo momento afirmar el poder del "yo" (*Wille zur Macht*), adoptando según las circunstancias una actitud ofensiva o defensiva, de ataque o de resistencia, para demostrarlo (de la misma manera que los boxeadores se valoran no solo por su "punching", sino por su capacidad de "encajar"). Como vemos, pues, no es por este camino que encontraremos la solución a los problemas, mucho más complejos, de la distimia. Mucho nos tememos que tampoco se haya llegado a encontrarla en todo lo que llevamos escrito. Y por esto decidimos suspender aquí este ensayo y esperar para continuarlo, el tiempo necesario para enfocar nuestra atención en este campo desde un nuevo punto de vista.

S. Luce