

**DE LA MÁQUINA QUE SE REPARA, AL
DOLOR QUE HABITA LO CORPÓREO.
EXPERIENCIAS Y SIGNIFICADOS DEL DOLOR
EN PACIENTES DE UN HOSPITAL DE ALTA
COMPLEJIDAD EN MEDELLÍN, COLOMBIA**

JAIRO CAMILO GUEVARA*

Universidad Nacional de Colombia, Bogotá, Colombia

NATALIA BOTERO**

Universidad de Antioquia, Medellín, Colombia

JUAN MANUEL OSPINA***

Universidad de Antioquia, Medellín, Colombia

CARLOS ENRIQUE YEPES****

Universidad de Antioquia, Medellín, Colombia



*jguevaraf@unal.edu.co ORCID: 0000-0002-8139-2549

**natalia.boteroj@udea.edu.co ORCID: 0000-0003-0657-215X

***juanm.ospina@udea.edu.co ORCID: 0000-0001-6903-7694

****ceyepes@hptu.org.co ORCID: 0000-0001-5656-4989

Artículo de investigación recibido: 29 de junio de 2020. Aprobado: 5 de octubre de 2021.

Cómo citar este artículo:

Guevara, Camilo, Natalia Botero, Juan Ospina y Carlos Yepes. 2022. "De la máquina que se repara, al dolor que habita lo corpóreo. Experiencias y significados del dolor en pacientes de un hospital de alta complejidad en Medellín, Colombia".

Maguaré 36, 1: 71-100. DOI: <https://doi.org/10.15446/mag.v36n1.100870>

RESUMEN

Este trabajo indaga sobre los significados del dolor de pacientes sometidos a procesos de cirugía, anestesia y analgesia en un hospital de Medellín. A partir de 24 entrevistas semiestructuradas analizadas desde la teoría fundamentada, identificamos como problema central el cuerpo y su dualismo mecanicista, plasmado en técnicas corporales del saber biomédico en el manejo del dolor, desde la cuales los y las pacientes elaboran metáforas sobre el sufrimiento y el dolor, su curso y significado. Concluimos que el cuerpo está escindido para el saber biomédico y para los pacientes, pero la experiencia con el dolor es total, integradora e incommensurable y por tanto, los pacientes, sujetos sufrientes, la viven de forma distinta y en un lenguaje propio, diferente al del campo médico, que la codifica desde su propio saber.

Palabras clave: cuerpo humano, dolor, dualismo mecanicista, experiencia y tratamiento del dolor, metáforas, relaciones mente-cuerpo, saber biomédico.

FROM THE MACHINE THAT REPAIRS ITSELF TO THE PAIN THAT INHABITS THE BODY. EXPERIENCES AND MEANINGS OF PAIN IN PATIENTS AT A HIGH COMPLEXITY HOSPITAL IN MEDELLÍN, COLOMBIA

ABSTRACT

This article examines the meanings of pain produced by patients undergoing surgery, anesthesia, and analgesia in a hospital in Medellín. From a grounded-theory perspective, we analyzed 24 semi-structured interviews and identified the body and mechanistic dualism as a central problem and explored how dualism is incarnated in biomedical knowledge's body techniques for pain management. Drawing from these knowledge and techniques, patients elaborate metaphors about suffering and pain, the course of pain and its meaning. We conclude that both for biomedical knowledge and for the patients the body is divided. The experience of pain is total, however, it is integral and immeasurable. Therefore, patients, as suffering subjects, live pain distinctly and in their own language, different from medical knowledge.

Keywords: biomedical knowledge, experience and treatment of pain, human body, mechanistic dualism, metaphors, mind-body relationships, pain.

DA MÁQUINA QUE SE REPARA À DOR QUE HABITA O CORPO. EXPERIÊNCIAS E SIGNIFICADOS DA DOR EM PACIENTES DE UM HOSPITAL DE ALTA COMPLEXIDADE EM MEDELLÍN, COLÔMBIA

RESUMO

Este artigo examina os significados da dor em pacientes que experimentaram procedimentos de cirurgia, anestesia e analgesia em um hospital de Medellín. Com base em 24 entrevistas semiestruturadas, analisadas a partir da teoria fundamentada, identificamos o corpo e seu dualismo mecanicista como o problema central, materializado nas técnicas corporais do saber biomédico para o manejo da dor, desde as quais os e as pacientes elaboram metáforas sobre o sofrimento e a dor, bem como o curso e o significado deles. Concluímos que, para o saber biomédico e para os e as pacientes, o corpo está escindido, mas a experiência com a dor é total, integradora e imensurável e, portanto, os e as pacientes, sujeitos em sofrimento, a vivem de forma diferente e em uma linguagem própria, diferente da área médica.

Palavras-chave: corpo humano, dor, dualismo mecanicista, experiência e tratamento da dor, metáforas, relações mente-corpo, conhecimento biomédico.

INTRODUCCIÓN¹

Las experiencias y concepciones del dolor necesitan ser ordenadas en el lenguaje, pese a que vivir el dolor puede ser un acto incomprensible que en ocasiones llega a escapar a las palabras. Elaine Scarry, en su libro *The Body in Pain* describe la naturaleza del dolor con base en el análisis de descripciones de torturas, y plantea que el dolor agudo es expresado en gritos como si se tratara de una especie de lenguaje presimbólico (Scarry 1985). El dolor ha sido uno de los objetivos de la biomedicina, este no solo es un motivo de consulta que aqueja al paciente, sino que se ha vinculado a los procesos técnicos sobre el cuerpo. En esta investigación indagamos sobre los significados del dolor y el sufrimiento que construyen algunos sujetos cuando son sometidos a un procedimiento quirúrgico bajo anestesia.

Diferentes culturas han manejado el dolor mediante plantas, licores, medios físicos como el frío, ritos que apalabran el cuerpo y sustancias farmacológicas. En el siglo XIX estas prácticas se enmarcaron en los desarrollos de la química y la fisiología, disciplinas que dieron nuevas bases a la medicina occidental. El éter, el cloroformo y el óxido nítrico aparecieron como tratamientos que facilitaron los procedimientos quirúrgicos y odontológicos mediante la alteración del estado de consciencia y la disminución del dolor. La “estandarización” (popularización) de estos tratamientos entre médicos y dentistas dio origen a la anestesiología moderna. De este modo se pasó de ofrecer maneras para no sentir dolor, a que surgiera la pregunta por qué es el dolor. Así, las explicaciones biomédicas han transitado la construcción de un conocimiento científico en torno a las vías neuronales, los neurotransmisores, una red de receptores y mensajes eléctricos y químicos para desentrañar el dolor desde su dimensión orgánica, y con esto crear un relato plausible sobre la eficacia de los tratamientos.

Sin embargo, al momento de definir el dolor, las organizaciones médicas advirtieron que había elementos imponderables que se salían del

1 Este artículo presenta uno de los resultados del proyecto titulado “Significados del dolor en pacientes sometidos a intervención quirúrgica bajo anestesia, en el Hospital Pablo Tobón Uribe”. Protocolo: 2017.029. Este fue aprobado por el Comité de Investigaciones y Ética en Investigaciones del Hospital en la fecha 04/05/2017, acta 09/2017.

dominio de su saber. La Asociación Internacional para el Estudio del Dolor (IASP por sus siglas en inglés), definió el dolor como “una experiencia emocional y sensorial desagradable asociada con un daño tisular actual o potencial, o descrita en términos de tal daño” [“An unpleasant sensory and emotional experience associated with actual or potential tissue damage or described in terms of such damage”]. Y agregó una nota aclaratoria que afirmaba que el dolor siempre es subjetivo “Pain is always subjective” (IASP 2014), y con esto reconoció que había dimensiones del dolor que escapaban al saber médico.

Descartes definió el dolor como una sensación producida por el mecanismo corporal, una afección que transitaba por el cuerpo, pero debía llegar al cerebro, sede del alma, quien le daría un asiento y una expresión, para que el sujeto sintiera dolor (Descartes 2011, 693-694). Este relato se ha venido alimentando de un creciente conocimiento sobre el sistema nervioso y los procesos fisiopatológicos que han postulado al dolor como un problema eminentemente médico para nuestra sociedad (Morris 1993). Para antropólogos e historiadores contemporáneos, el dolor es una percepción, y con esto buscan dar una definición más compleja, no limitada a un proceso orgánico, sino a una experiencia que atraviesa la subjetividad y que se expresa en la cultura.

Byron Good, en un intento de proporcionar un relato de la experiencia de la enfermedad, enmarcado en el análisis fenomenológico de Alfred Schutz, describe cómo la *realidad del sentido común* se encuentra deshecha por el padecimiento de dolor: en el sujeto que experimenta dolor el cuerpo deviene un objeto distinto, ajeno al Yo, el dolor tiene una agencia propia; los sujetos que sienten dolor experimentan el mundo de forma diferente, como si vivieran en una realidad distinta a la de quienes los rodean; experimentan el tiempo de forma diferente; pierden la suspensión de la conciencia de nuestra mortalidad, aquella que nos permite aplacar la ansiedad fundamental, en cambio recuerdan constantemente la vulnerabilidad del cuerpo y del Yo (Good 1994).

El campo de debates del presente estudio es multidisciplinario, a dicho campo pertenecen todas las personas que se pregunten por los sujetos atravesados por el dolor y el sufrimiento. Nuestro papel y motivación como médicos procede de enfrentarnos a la queja de los pacientes que demandan, de forma transversal a cualquier condición médica, el alivio del dolor y del sufrimiento. Las herramientas del discurso

biomédico de las cuales disponíamos eran con frecuencia insuficientes cuando la subjetividad del paciente emergía; esta limitación estructural del discurso biomédico no permitía dar cuenta de un fenómeno complejo como el dolor; por lo anterior recurrimos a las ciencias humanas, particularmente a la antropología médica, con el objetivo de tener una mirada más completa, que trascendiera las barreras de la biomedicina al preguntarle al paciente por su propia subjetividad.

La creación de los significados del dolor parte de su identificación con la corporalidad del sujeto, este lo clasifica, lo mapea, lo comunica, busca una solución, entrando a veces en las rutas por la búsqueda de la salud, y en todo este proceso construye significado. Las personas hablan del dolor en la cotidianidad, utilizando el vocabulario biomédico sin importar si se ajusta a una nosología oficial (Faure 2005, 23), también recurren a las metáforas como un recurso para expresar la complejidad de lo vivido. Así, recopilamos por medio de entrevistas las voces de las personas que han sido sometidas a procesos técnicos de la biomedicina como la cirugía, la anestesia y la analgesia, con sus experiencias tanto de dolor agudo como crónico, buscando desentrañar los órdenes, las metáforas, los procesos rituales y significados del dolor.

De esta forma, iniciamos con preguntas como: ¿qué representó recibir anestesia?; ¿qué expectativas y emociones sintieron ante el procedimiento?; ¿cómo viven su cuerpo al ser sometidos a un procedimiento donde se le anestesió una región de este, pero se mantuvieron conscientes?; ¿cómo experimentaron el dolor y el sufrimiento alrededor del procedimiento? Así, tras pretender comprender los significados que los sujetos atribuyen al dolor y al sufrimiento cuando son sometidos a un procedimiento quirúrgico ortopédico en el que se usó anestesia, encontramos que hablar del dolor implica hablar del cuerpo, que este a su vez se ordena en la dicotomía cuerpo-mente/cuerpo-alma, que es necesario mapearlo, que la experiencia de la técnica atomiza el cuerpo y lo segmenta en partes, y que la metáfora de la máquina opera tanto para pacientes como para médicos en la comprensión de dicha técnica y el objeto de esta.

METODOLOGÍA

Este trabajo lo realizamos por medio de la teoría fundada, método de investigación iterativo, comparativo, interactivo, que parte de la inducción, pero va mucho más allá, integrando procesos de deducción

y abducción (Charmaz 2007, 2011; Vivar et al. 2010). Se fundamenta en la recolección, organización y codificación de datos. La codificación es un ejercicio comparativo constante mediante el cual se van construyendo códigos, categorías y conceptos (Charmaz 2007; Strauss y Corbin 2002).

Desde una perspectiva constructivista, el investigador debe hacer un proceso reflexivo permanente, el cual entra en juego con el proceso iterativo analítico propuesto por la teoría fundada. Los datos se construyen en una relación intersubjetiva, ya que las experiencias de los sujetos pasan por un proceso relacional en el cual estos no hablan por sí solos, sino mediante el acto de preguntar (Charmaz 2011). De allí que los significados, lejos de ser entes objetivos, son el resultado de una negociación entre el sujeto con sus procesos de memoria y olvido, con su entorno social y con el investigador.

Asimismo, quien investiga no es una tabla rasa, que llega a los datos, sino un sujeto activo en la construcción del conocimiento; además, la manera de trabajar con los datos está implicada con su trayectoria de vida, formación y posicionamiento ante el mundo. Desde el interaccionismo simbólico los significados de los fenómenos se construyen a partir de la interacción social (Carabaña y Lamo 1987; Charmaz 2007; Natera-Gutiérrez et al. 2017). Para realizar este trabajo postulamos, desde la Facultad de Medicina de la Universidad de Antioquia, un proyecto de investigación que fue avalado por el Comité de Investigaciones y Ética del Hospital Pablo Tobón Uribe (HPTU) en la ciudad de Medellín, Colombia. Durante 2017 y 2018 entrevistamos a 24 personas intervenidas quirúrgicamente con un procedimiento ortopédico en el Hospital Pablo Tobón Uribe, durante el último año. Tomando las bases de datos proporcionadas por el Hospital de pacientes que hubieran autorizado previamente ser contactados, los llamamos para invitarlos a participar de este estudio. Quienes aceptaron acudieron a un consultorio del Hospital a una entrevista presencial en la cual nos relataron su experiencia de dolor, antes, durante y después del procedimiento quirúrgico por ortopedia, previa firma y autorización del consentimiento informado.

Los 24 pacientes –11 se reconocían como mujeres, y 13 como hombres– tenían edades comprendidas entre los 40 y 65 años; 6 de ellos estaban en la quinta década de la vida, 11 de ellos en la sexta, y 7 en la séptima década de la vida. En cuanto a las patologías o condiciones que los llevaron a ser intervenidos quirúrgicamente: 11 pacientes sufrieron trauma, 8 de

ellos por accidente de tránsito, 2 de ellos por accidentes laborales (caídas de altura y accidente con motosierra), y 1 de ellos víctima de violencia con herida por proyectil de arma de fuego. Otros 11 pacientes fueron intervenidos quirúrgicamente por condiciones crónicas: 2 de ellos con pie diabético sobre infectado; una paciente con artrosis de cadera que requirió reemplazo total de cadera; una paciente que debido a una hospitalización prolongada desarrollo úlceras por presión; y una paciente con cáncer de piel. Entre otros diagnósticos estuvieron: síndrome de túnel del carpo, epicondilitis, rotura de meniscos; y enfermedades congénitas como displasia ósea. En cuanto al tipo de anestesia recibida, la mayoría de los pacientes fueron llevados a anestesia general, y solo dos recibieron anestesia regional. En cuanto al nivel educativo, 2 realizaron estudios de posgrado, 6 realizaron pregrado, 4 pacientes realizaron estudios técnico-tecnológicos, 7 completaron bachillerato, y 4 estudiaron hasta primaria. En cuanto al estrato socioeconómico, 13 pacientes pertenecían a los estratos 1, 2, 3; 14 a los estratos 4, 5, 6; y 2 pacientes habitaban zona rural. En cuanto al estado civil: 10 de los participantes estaban casados; 7 divorciados; 5 solteros; 2 en unión libre y una paciente viuda. De los 24 pacientes, 17 de ellos tenían al menos un hijo; 7 pacientes no tenían hijos.

El muestreo fue inicialmente selectivo a conveniencia de la base de datos mencionada y, una vez hicimos y analizamos la primera tanda de 12 entrevistas, recurrimos al muestreo teórico propio de la teoría fundada según las categorías emergentes del análisis, ajustamos el guion de entrevista para profundizar en asuntos de mayor interés como formas de asumir el dolor, afrontamiento del sufrimiento, reconocimiento de la corporalidad, estigmas y temores enfrentados, metáforas usadas y rituales establecidos, entre otros. Más que hablar de haber logrado la pretendida saturación teórica, al cambiar algunas preguntas del guion tras la búsqueda de nuevos matices en las respuestas y no haber encontrado datos nuevos, decidimos considerar que las categorías tenían la densidad conceptual que permitía dar cuenta de los fenómenos analizados en el proyecto.

Si bien contrastamos los códigos o abstracciones elaboradas por los investigadores a partir de los relatos textuales de las entrevistas, en la intención de este tipo de estudios desde esta perspectiva hermenéutica, no tiene sentido comparar las experiencias mediante la lógica de variables de persona, tiempo y lugar como lo hace la epidemiología, para lo que establece denominadores comunes de balance, al pretender

hacer inferencias de las discrepancias encontradas. Es por eso que este trabajo no pretende diferenciar por tipo o grado de dolor o afectación. En lógica de rigor, independiente de que se contrasten las experiencias relatadas, lo que buscamos es el sentido profundo del padecimiento del dolor en estas personas a partir del relato de sus experiencias. Entonces realizamos codificación en doble vía (Charmaz 2007; Strauss y Corbin 2002; San Martín 2014), y obtuvimos 1.780 códigos entre substantivos y en vivo, que agrupamos en 22 categorías descriptivas: dolor, sufrimiento, cirugía, anestesia, analgesia, estigma, cuerpo, concepción de sí, temores-miedos, metáforas, trabajo, relación paciente-médico, itinerarios, cuidador, familia, evento traumático, diagnóstico, curso de enfermedad, Hospital, religiosidad y tratamientos.

Desde este punto hicimos un proceso de codificación axial, que relacionó las categorías descriptivas iniciales en un mayor nivel de abstracción, usando la matriz del paradigma de la teoría fundamentada, en la cual se identifican algunos fenómenos centrales que se presentarán en los resultados, con su correspondiente contexto, causas, relaciones de acción e interacción y consecuencias, a partir de propiedades o atributos que son ideas más elaboradas conceptualmente surgidas de las agrupaciones previas de los códigos. Finalmente hicimos un proceso de codificación selectiva, en el que integramos los fenómenos mencionados en categorías más abstractas correspondientes a problemas en torno al cuerpo, el sufrimiento y la verdad. La categoría selectiva relacionada con el cuerpo da lugar a este artículo, cuyos resultados presentamos a continuación. Para proteger la confidencialidad y por consideraciones bioéticas, incluimos solo las iniciales y un seudónimo de quienes concedieron las entrevistas cuyos fragmentos citamos textualmente. Cabe aclarar que no citamos a todas las personas entrevistadas.

RESULTADOS Y DISCUSIÓN

El diálogo de intersubjetividades entre los relatos plasmados con fidelidad de las entrevistas, así como nuestra abstracción sistemática al avanzar por categorías inicialmente descriptivas y luego teóricas, permitió la emergencia de fenómenos conceptuales que se solapan sobre la experiencia del dolor y el sufrimiento, como son su origen, su búsqueda, su cotidianidad, su curación y su narración como metáfora. A continuación, se evidencian las voces de los informantes como protagonistas de los

resultados, seguidas de nuestras abstracciones en diálogo con algunos referentes teóricos encontrados en el proceso investigativo, lo que nos permitió develar nuevos matices en los significados representados.

Mediante la escucha de las voces de las personas entrevistadas, encontramos que ellas ubican el origen del dolor tanto en lo físico y orgánico como en su historia de vida, la cual está atravesada por el sufrimiento. El origen físico se halla en el exceso o déficit del propio cuerpo (de movimiento, uso, crecimiento, etc.) o en lo externo que lo perturba. El dolor que se origina en la historia de vida se relaciona con una pérdida de sentido para el sujeto (un cambio de situación, una separación, etc.).

La búsqueda de un lugar para el dolor es un camino que siempre emprende el o la doliente, como si hallar e identificar el sitio pudiesen aliviarlo; sin embargo, en ocasiones se enfrenta con la imposibilidad de asignarle una ubicación. En la búsqueda de un lugar para el dolor, las personas entrevistadas recurrían a la dicotomía fundamental entre la mente y el cuerpo como narraciones topográficas para el dolor con naturalezas diferentes y subordinaciones dinámicas. El cuerpo como sustento físico-material compuesto de capas que afloran y dan cuenta no solo del dolor sino de la vida y el alma-mente en un plano más místico y religioso, susceptible al dolor que transita por el cuerpo y a otro tipo de dolor que se identifica como propio del alma.

La cotidianidad del dolor aparece en el momento en que no se logra extinguir y se vuelve parte de la vida, y se debe soportar, intentar controlar, como algo con lo que se debe convivir. Al mismo tiempo, se identifica como un intruso que no se debería sentir; esta tensión entre lo cotidiano/normal y lo anormal obliga a una renovada conciencia del cuerpo, enseñando una nueva lectura de los signos y síntomas de la nueva normalidad/salud.

La cura del dolor es la esperanza de quien lo padece y la demanda a la cual debe responder el médico –y el discurso biomédico– cuando se recurre a él. La medicina ofrece aliviar el dolor o por lo menos intentarlo por medio de todo tipo de intervenciones (desde la fisioterapia hasta la cirugía pasando por la farmacéutica). La expectativa de curación contrasta en muchos casos con la imposibilidad de extinción del dolor. Adán aprendió a vivir con el dolor, porque cuando se ha convivido tantos años con él, se tienen estrategias para controlarlo:

El dolor, es parte de la vida y uno puede controlar el dolor, a veces el dolor es intenso, pero uno es capaz de controlarlo, sino se desespera, es como entrar en trance, como respirar y esto, uno alcanza a controlar parte del dolor así, es como lo que yo hago. (Entrevista 1)

En las búsquedas de los pacientes por tratar su dolor, está el ponerle un nombre, ubicarlo y así poderlo abordar, para esto recurren a la biomedicina de tradición occidental, el médico es su interlocutor obligado, aunque no el único (Le Breton 1999). Sin embargo, muchas veces se siente un dolor y no se encuentra la causa, no se le puede tratar, solo paliar, o intentar tratarlo y no se consigue quitarlo; entonces queda sucumbir a él, afrontarlo y apropiarlo (Gil, Layunta e Íñiguez 2005, 35). El dolor forma parte de la vida, adquiere sentido en su incardinación (Otegui 2000), se debe aprender a vivir con él, se debe soportar, de hecho, hacerlo confiere al sujeto una sensación de control (Thernstrom 2012, 390-392).

La narración del dolor, que va desde su origen, búsqueda, cotidianidad y curación, se da a través de metáforas, como analizaremos más adelante. Metáforas del cuerpo, del alma, del dolor, etc. Por ejemplo, las venas que no se muestran para ser puncionadas son “como bailarinas”, cuando estas se muestran demasiado, “están para explotarse” como en las películas; la carne es “como la pajarilla”; el cuerpo es “como una máquina”, “como un carro”. El quehacer médico es “como el de un mecánico que repara la máquina” o “como el de un ingeniero”.

DICOTOMÍAS DEL DOLOR

Estábamos en el hospital para nuestro encuentro con Antígona, abogada penalista internacional. Al indagar por el comienzo de todo (su dolor), ella relató que era diabética y había sido secuestrada. Las cirugías que le habían hecho, según nos dijo la habían mutilado poco a poco, llevándose dedos y fragmentos del pie con cada intervención. La pregunta por la anestesia y su última cirugía le dio pie para hablarnos de su dolor. “[...] yo creo que son formas diferentes de sentir el dolor, una es el dolor físico, otra es el dolor emocional que muchas veces duele más que el dolor físico y hoy estoy ciento por ciento segura de eso” (Entrevista 2).

El dolor es concebido de forma particular en cada cultura, la modernidad occidental lo sitúa dentro de la dicotomía cartesiana de cuerpo y alma, separando el dolor en físico y emocional. Dicha división transita

desde los discursos cotidianos del doliente, hasta los discursos técnicos de quien lo trata. Esto caracteriza la forma como es narrado el dolor, el origen que se le asigna, y las estrategias de intervención de las diferentes instituciones sociales: medicina, religión, familia, entre otras (Morris 1993).

Morris identifica esta separación como el “mito de los dos dolores” (1993, 9). Lo que se asigna como dolor físico encuentra su correspondencia en una cartografía del cuerpo. Cabe aclarar que dicha organización (narración) del cuerpo es diferente para el sujeto sufriente y para el saber médico. La cartografía del dolor emocional parece ser más difusa, ubicua y tiene múltiples topos, este es enunciado como moral, sentimental, relativo a la mente; se suele relacionar con las pérdidas y los duelos.

Hacer una historia y una antropología del dolor es hacer una historia del cuerpo (Corbin 2005, 247). Desde las concepciones científicas y filosóficas que han fundamentado las explicaciones anatómicas y fisiológicas del dolor, hasta las aproximaciones religiosas y populares que le dan un sentido en la experiencia cotidiana, el dolor es una experiencia corpórea. Subyace a este concepto el problema de la división entre cuerpo y alma, y en consecuencia cuerpo y mente, con las construcciones epistemológicas que integran dicha escisión, retando al dualismo de tradición cartesiana y de la religión judeocristiana (Cabra y Escobar 2014).

¿Qué pienso yo que es el dolor? Es como una manifestación de que algo no está bien, que hay algo que anda mal en el cuerpo. Eso pienso yo pues, al menos el dolor físico. El otro sería el dolor sentimental, ese es muy duro también, que es más como en la mente que en otra parte. Más de adentro que físico. Es menos tangible que el dolor físico, porque es un dolor que uno siente, pero no sabe dónde. Aunque el dolor físico es algo interno también... es algo ya que el cuerpo nos manifiesta como una alarma, porque hay algo que no está funcionando bien. (Entrevista 3)

Juan Martín es un hombre de 47 años, se describe a sí mismo como una persona que ha sido obesa, con diabetes, hipertensión, dislipidemia y trasplantado renal. Con el tiempo fue desarrollando artropatía de Charcot, una deformidad del pie producto de una neuropatía periférica degenerativa a causa de sus comorbilidades. Él, como otros de los pacientes entrevistados, ante la pregunta por el significado del dolor, lo separaba en dos dimensiones, un dolor físico y un dolor sentimental.

Aunque los sujetos que entrevistamos narraban su dolor de una forma que podría clasificarse según la propuesta de Morris (1993), dando la impresión de dos dolores pertenecientes a órdenes diferentes, la dimensión subjetiva del dolor los entreteje en la historia de vida del sujeto, ya sea de forma antagónica o complementaria, haciendo que cualquier clasificación sobre el dolor o el sufrimiento del otro parezca artificio teórico.

LA MÁQUINA COMO EXPLICACIÓN Y ORDENAMIENTO

Yo vivía aquí en el hospital (risas). De tiempo completo en este resort. Las hospitalizaciones de Adán fueron largas, duraban semanas. La primera vez que él se hizo una cirugía quedó en [Unidad de Cuidados Intensivos], él tuvo una falla sistémica y eso fueron como quince días. Yo digo que también como todo el estrés de estar aquí, que no se sabía lo que iba a pasar con él, entonces yo me imagino que ahí también me salieron todos los dolores. (Entrevista 4)

Habla Eva al respecto de cómo surgió su dolor, luego de haber dejado el trabajo y cambiado de ciudad, y afirma que, por las múltiples hospitalizaciones de su esposo, comenzó a experimentar dolor en los brazos, más específicamente en el codo. El dolor es entonces algo que sale, que parece emerger de las profundidades emotivas y sensibles del sujeto, tanto como de su carne y de sus huesos.

La diferencia de las formas del dolor se sustenta en la diversidad de sus orígenes, la pregunta por su emergencia es necesaria para comprender la trayectoria que establece el sujeto desde su origen e inicio hasta su destino, tanto topográfico como temporal. Desde el ordenamiento y la significación de los pacientes, el dolor es polifónico y se enuncia dándole características que lo diferencian por tipos.

Sí, eran dolores diferentes, porque este era un dolor como de no poder hacer y luego era un dolor como ardor. Dolor, ardor diferente. Pero ya no era el dolor de antes, era como más incapacitante. Previo a la cirugía era más incapacitante, porque ya no me podía peinar ni picar en la cocina. Este ya era diferente, y cómo a medida que pasaba la terapia él iba como mejorando. A pesar que la hinchazón todavía está. (Entrevista 4)

Esta polifonía no se restringe a las clasificaciones médicas de dolor crónico y agudo, anatómico, patológico, por intensidad, etc. (Orr, Shank y Black 2017; Vernaza-Pinzón, Posadas-Pérez y Acosta-Vernaza 2019). Como señala Mary Douglas, los sistemas clasificatorios permiten dar respuesta a la incertidumbre y la contradicción y dan un orden al desorden (1973). El cuerpo humano ha sido en sí mismo el principal sistema de clasificación, de código principal, por su ubicuidad y la posibilidad de hacerlo metáfora o de hacer de la sociedad y la política una metáfora corporal (Turner 2014). La medicina moderna, desde los siglos XVIII y XIX, con el despertar de la clínica implicó dar un orden a la enfermedad, no solo en términos arquitectónicos sino también conceptuales. Ante un desbordamiento de información requirió un sistema de clasificación de las enfermedades que en el siglo XX daría paso a los manuales de clasificación y a los sistemas de codificación nosológicos (Yáñez et al. 2015).

Sin embargo, las tipologías lejos de ser sistemas coherentes, estructurados y sistemáticos son formas de expresar el dolor que quieren comunicar las diferencias entre una y otra sensación, de la experiencia general de sentir dolor. Estas tipologías entonces no solo no se restringen a la forma en que la medicina ha clasificado el dolor (la cual tampoco es enteramente ordenada, ni sistemática), sino que escapan a la pretensión de un gran sistema clasificatorio, que sea coherente para los demás y, por el contrario, se ajustan a la experiencia dolorosa propia de los sujetos. Similar a como advierte Foucault, cierta enciclopedia china escrita por Borges, en la que se describe el sistema de división de los animales en aquellos que pertenecen al emperador, los embalsamados, los amaestrados, los lechones, las sirenas, fabulosos, etc., que nos deja perplejos pues el “encanto exótico de otro pensamiento, es el límite del nuestro: la imposibilidad de pensar *esto*” (Foucault 1972, 1). Aunque la cultura tenga códigos fundamentales para regir las experiencias humanas, en los cuales el sujeto se reconoce, hay momentos coyunturales en que el sujeto vive una experiencia desnuda del orden, uno de ellos es el dolor. El sujeto busca asignarle unas coordenadas, que son tan divergentes como las experiencias mismas de este y, sin embargo, intenta asignarle un nombre, puesto que lenguaje y clasificación tienen un mismo lugar de origen en el espacio de la representación (Foucault 1972, 5-6, 159).

El dolor tiene una temporalidad, un inicio que algunas veces es evidente cuando se ata a un evento traumático, y otras veces no, cuando es insidioso, o su causa no se logra elucidar de forma clara. A su vez tiene un desarrollo en el que ciertas intervenciones como la cirugía o el advenimiento de otra enfermedad, llevan a los y las pacientes a sentir otro dolor. En este trazado identifican las causas del dolor: un accidente, enfermedad, pérdida, o cirugía. Finalmente, dar cuenta del dolor acaba siendo una experiencia tan diversa y subjetiva que puede poner en duda la verdad de este.

No es un solo dolor, son múltiples dolores; no hay una sola forma de nombrarlo, por lo tanto, el individuo debe recurrir a las metáforas para describirlo, algunas veces usa el lenguaje biomédico que le ha acompañado en sus itinerarios, bajo su propia interpretación o desde el lenguaje lego de la cultura. La palabra dolor se usa para nombrar y englobar una serie amplia de sensaciones, unas que son un dolor, un otro dolor, o un no dolor; que pueden ser:

“[...] un dolor distinto a los otros dolores”. (Entrevista 1)

“[...] un dolor impresionante, como si no tuviera pie”. (Entrevista 5)

“[...] en la cicatriz siento entumido, como que me duele, pero lo siento diferente”. (Entrevista 6)

Algunas veces estas experiencias sensitivas son un no dolor, pero gravitan en torno a él. Es una dimensión distinta del dolor, que vive en su sombra.

DEL CUERPO FRAGMENTADO A LA MÁQUINA

Al analizar las entrevistas, encontramos que los sujetos comparaban su cuerpo con la máquina, pero dicha máquina no necesariamente obedece a la concepción biomédica mecanicista del cuerpo, sino a la versión propia de máquina de cada sujeto. Así como afirmaba Henry, un paciente con osteomielitis: “yo soy ingeniero de sistemas y uno a veces piensa que uno mismo es una máquina” (Entrevista 7).

O como René, un hombre de 64 años, quien vive de trabajar la tierra y tuvo un accidente con una motosierra que le hirió una pierna, por lo cual fue operado, y aunque no tuvo una amputación, quedó con cojera. Él afirmaba sobre su concepción del cuerpo: “Yo comparo los carros con el cuerpo humano. Los carros necesitan gasolina, necesitan alimento,

o sea el aceite y la gasolina, nosotros necesitamos el agua y la comida”. Al preguntarle cómo compararía –de ser posible– esto con el dolor, respondió: “No, no, porque los carros no sienten nada en cambio uno sí siente”. Luego relataba cómo, bajo su concepción del cuerpo, este es susceptible de ser reparado, incluso por él mismo:

Entonces un muchacho estaba peleando con el hermano, el hermanito le quebró estos dos dedos así de para atrás, y yo le dije que viniera acá a ver qué le pasó y tuqui se los cogí y le enderecé de una y lo amarré. Y ya se fue para el hospital. Y yo lo he hecho varias veces, yo me corto y yo mismo me coso. (Entrevista 8)

Desde el mecanicismo cartesiano, la máquina brindó una estructura explicativa al organismo humano (Descartes 2011). Esta solidifica las explicaciones de la estructura y funcionamiento de los seres; aunque poco se cuestionó la construcción de la máquina misma (Canguilhem 2012). La metáfora de la máquina establece una relación entre los seres vivos y los autómatas como un equivalente inteligible (Canguilhem 2005). La máquina no solo dio una estructura explicativa al cuerpo humano, sino que también justificó el dominio de la naturaleza por medio de la técnica (Sachis 2014, 186-187). Para los sujetos el discurso mecanicista del cuerpo se reelabora haciendo una conjunción de los saberes biomédicos con los saberes populares para dar cuenta del dolor, en un mundo donde las máquinas atraviesan la experiencia existencial de los seres humanos (Faure 2005, 23).

Aunque la división entre el dolor físico y emocional se ha criticado, porque el dolor es una experiencia total, dicha división opera en tanto que permite a los pacientes explicar o advertir algo que no comprenden. Como afirmaba Eva, en el proceso de recuperación de una cirugía para una epicondilitis, luego de varias terapias posteriores y al ver que la hinchazón no disminuía: “la mente quería, pero el cuerpo no” (Entrevista 4).

El cuerpo, entendido como carne y huesos, como capas que pueden aflorar, tan concreto para ser el sustento físico-material del dolor, también es el censor de la vida y su frialdad indica la muerte. La mente y el alma, tan lejanas e incorpóreas, también pueden ser atravesadas por un dolor que transita desde el cuerpo, o pueden configurar uno propio.

La experiencia de la enfermedad –y en consecuencia del dolor– es un encuentro con el cuerpo vívido, no disociado de nuestra subjetividad

(Alves y Rabelo 1999). En presencia del dolor, el sujeto parece recordar ese cuerpo que permanecía acallado en el silencio propio de la salud. La experiencia con el dolor permite advertir el cuerpo que se tiene y explorar una serie de sensaciones diversas que lo segmentan. Se consigue entonces una nueva conciencia del cuerpo desde la fragmentación de sus partes y desde la diversidad de las sensaciones. El cuerpo fragmentado constituyó una nueva forma de humanismo, en el cual la biomedicina comenzó a escindir el cuerpo en partes para así caracterizarlo y comprenderlo utilizando la analogía con las máquinas (Faure 2005, 24), para aplicarle procesos e intervenciones técnicas (Le Breton 2002, 246).

Concebir el cuerpo como máquina otorga un estatuto epistemológico en el cual opera el valor técnico (Le Breton 2002, 219-221). La biomedicina hace un ofrecimiento: aliviar el dolor, curar, paliar, reparar la máquina, por medio de las intervenciones médicas (farmacológicas y quirúrgicas) (Moscoso 2011, 166). Sin embargo, en esta expectativa creada, el doliente espera que la cura de su dolor sea inmediata, algo que contrasta con las realidades vividas.

Cuando el esposo de Eva se recuperaba, a ella el brazo le empezó a doler más, ya no podía hacer labores cotidianas como peinarse o conducir su carro, sentía que no tenía fuerza y sentía mucho dolor en los dedos. El médico, luego de infiltrarla tres veces, ya le había advertido que, si seguía con el dolor o este volvía, debían hablar de cirugía. Por lo tanto, le dijo: “Vas para el quirófano, tengo que reparar, quitar el dolor” (Entrevista 4).

Sin embargo, ante la promesa de los médicos, Eva creyó...

[...] que iba a ser mágico y me iba a quitar el dolor casi que inmediato, pero no fue así. Yo me imaginé que a los ocho días iba a estar sin dolor [...] que después de la cirugía yo pudiera mover mi brazo normal, pero no fue así. (Entrevista 4)

No siempre la empresa de la medicina resulta exitosa, no siempre la batalla contra el dolor se gana, este resiste y se cronifica. Hay una brecha comunicacional entre el médico (quien ofrece) y el sujeto, quien recibe y elabora su interpretación desde su dolor, a partir de sus expectativas y deseos. La construcción mecanicista del cuerpo de la biomedicina, con las intervenciones propuestas para la reparación de dicha máquina

no necesariamente se corresponden con las formas en las cuales los sujetos conciben su propio cuerpo, incluso cuando el doliente interpreta su cuerpo como una máquina esta interpretación no se corresponde con la misma máquina del discurso biomédico.

LOS SIGNIFICADOS DEL DOLOR

Para desentrañar el dolor, los sujetos recurren a una explicación que reelabora los saberes médicos, con sus saberes propios y su experiencia corpórea. Henry afirmaba ante la pregunta por el dolor:

El dolor es como una sensación [...] que siente uno en el punto de la herida, como si toda la fuerza del corazón se fuera al punto de la herida y comienza a titilar y siente uno como mensajes en el cerebro que te está doliendo [...] El dolor es algo que me afecta, que me afecta psicológicamente. Es un evento en el cerebro que no le gusta. Para mí el dolor es fastidioso, es un elemento que no me gustaría sentir, siento que el cerebro recibe mensajes de algo extraño que está pasando en tu cuerpo y que lo rechaza como ese tema extraño. (Entrevista 7)

El dolor nos conduce a un encuentro con el significado (Le Breton 1999; Morris 1993) y no puede ser comprendido sin las relaciones sociales, las representaciones y el sentido de la significación en la cultura (Encandela 1993), asimismo, sin un proceso de experiencia corporal (Otegui 2000). La biomedicina ha dado una explicación estandarizada del dolor con características universales, con receptores, vías neuronales, y neurotransmisores; sin embargo, el significado, lejos de ser un concepto generalizable, se crea en la experiencia de cada sujeto, se ata a su historia de vida y a la cultura. El cuerpo permite contener la experiencia más inmediata para el registro del dolor, es el nodo principal de nuestro conocimiento vital (Rodríguez 2007), va mucho más allá de un impulso nervioso y una reacción bioquímica.

En el mundo del paciente los actos no suceden sin una interpretación cultural. Sólo en el discurso, en la capacidad expresiva de la enfermedad y del dolor se configura la existencia social de estos. Los sujetos buscan estrategias para expresar, interpretar y comunicar sus experiencias de aflicción. Aparecen allí las metáforas como vías de expresión que toma esa verdad que entraña el dolor en la subjetividad, al lograr ir más allá de ser simples analogías, pues contienen un sentido afectivo

y cognitivo del dolor y permiten extender los sentidos habituales del lenguaje a dominios inesperados, donde la experiencia dolorosa –que puede vivirse como un acto inefable–, encuentra las palabras para ser comunicada (Alves y Rabelo 1999). El cuerpo se vuelve metáfora porque necesita un elemento de comparación, algo que permita llenar de sentido lo que se experimenta ante el dolor y los procedimientos biomédicos. Para Sontag (1996) las enfermedades no son metáforas, y el modo más “sano” de estar enfermo es aquel desprovisto del pensamiento metafórico; sin embargo, en el reino de los enfermos no se puede escapar a las metáforas.

Las metáforas hacen parte de la comprensión de la enfermedad, son atributos del misterio del dolor, dan un sentido a la vez que son un velo, sin el cual no se pueden imaginar. Aunque se comprenda el dolor, sus metáforas perviven (Thernstrom 2012), estas permiten aplicaciones tan variadas, que incluso admiten los opuestos, dan una idea de lo mórbido, una profundidad dramática a la condición de enfermedad, sirven para hablar desde la enfermedad sobre la sociedad –y viceversa–, así como para dar un universo narrativo y explicativo (Sontag 1996). Algunas de esas metáforas que usaron las personas entrevistadas definen la experiencia del dolor a partir de objetos o sucesos:

“[...] como si me hubiera pasado una aplanadora”. (Entrevista 9)

“[...] me duele la pierna por dentro, como nudos”. (Entrevista 8)

“Yo cuando me iba a sentar sentía como si tuviera un lápiz enterrado”. (Entrevista 1)

“[...] esos 15 días fueron una tortura, era como accidentarse todos los días por la noche, era como revivir el accidente”. (Entrevista 10)

Incluso se puede hablar del dolor como un esposo, en tanto que se debe convivir con él. Como afirma Ariadna: “Los médicos me preguntaban por el dolor y yo les decía que era mi esposo: duermo con él, me levantó con él” (Entrevista 9).

Al dolor se le ha ligado el concepto de sufrimiento, de este modo, las afecciones del cuerpo son ubicadas en la orilla propia del dolor, mientras que del lado del sufrimiento se han dispuesto aquellas afecciones relativas a la relación con uno mismo y con los demás, que parten de la reflexividad y el lenguaje (Corbin 2005). Sin embargo, dolor y sufrimiento son un eje (Thernstrom 2012); como advierte Le Breton, no hay dolor

sin sufrimiento, pues el sufrimiento da un significado y una intensidad propia al dolor en el individuo, permite el desplazamiento de lo fisiológico al centro de la conciencia moral (Le Breton 1999). Por tanto, el dolor es una percepción, con esto va más allá de ser una sensación por contener un significado y una interpretación en la cultura, y lo conecta con el sufrimiento (Le Breton 1999).

Dolor, enfermedad y sufrimiento se expresan en el lenguaje por medio de metáforas que permiten a los individuos organizar su experiencia subjetiva y así crear la imagen de una realidad dotada de un significado emocional y semántico, por lo tanto, permiten no solo insertar el dolor en el discurso y narrarlo a otra persona, sino también crear significado.

CARTOGRAFÍAS DEL DOLOR

Perséfone, antes de ser diagnosticada con síndrome del túnel del carpo, comentaba que empezó a sentir: “unos entumecimientos y se me encalabraba mucho la mano” (Entrevista 11). Por su parte, Antígona, un día en un entrenamiento de baloncesto, se desmayó: “Cuando me despierto en la clínica y pregunté ¿qué me pasó? Mi mamá me dijo ‘parece que tienes diabetes’” (Entrevista 2).

Ante la enfermedad o el accidente, el cuerpo queda fragmentado en dos: la parte que enferma y el resto (cuando la enfermedad es sistémica, hay también una división de órganos y sistemas que se cree y percibe que no están afectados, o que están menos afectados). La parte enferma tiende a acaparar la atención del individuo haciéndolo consciente de su condición de cuerpo atomizado. El curso del dolor y de la enfermedad están marcados por una primera manifestación. En principio el dolor es un síntoma, luego es una enfermedad, esto tanto en la cronología del paciente, como en la historia del dolor (Morris 1993).

Ariadna trabaja como costurera, un día comenzó a tener una lesión dolorosa en su piel que fue creciendo con el tiempo. Le tomaron una biopsia y era cáncer. Al preguntarle qué pasaba por su cuerpo en ese momento, dijo: “el dolor era horrible, yo me quería arrancar esa llaga. Me bajaba por el hueso hasta los dedos. El dolor ya me estaba agarrando el cuello, como queriendo hinchar, más no tenía más para dónde coger” (Entrevista 9).

Además de una dimensión espacial, la cartografía del dolor tiene otra dimensión temporal que le da una profundidad enraizada en la historia

del sujeto, quien lo describe según su origen, duración y relación con la cotidianidad. Así lo narranba Víctor, un hombre que cayó de una torre de alta energía y no tenía línea de vida. Sufrió una fractura en el hombro y la escápula, ha estado incapacitado por un año y considera que su vida ha estado: “mal porque, estar en la casa sin poder mover el hombro y no poder hacer nada, con dolor” (Entrevista 12). Al preguntarle si podría volver a sus labores respondió: “no porque es un trabajo riesgoso, siempre trabaja en la altura y no puedo levantar el brazo” (Entrevista 12).

El dolor es ubicado en un lugar geográfico en el cuerpo y presenta unas rutas, susceptibles de ser mapeadas (Silva, Barrientos y Espinoza-Tapia 2013), se mapea en el cuerpo, tanto por sectores como por profundidades; en otros casos, él mismo hace unos recorridos y es posible reconocer sus rutas. Como un colonizador del cuerpo hace migraciones, crece y se expande, o eleva sus tentáculos irradiándose; también se manifiesta, acompañándose de algún signo sensible o visible (se encalambra o se hincha). De este modo, el dolor constituye una cartografía en el cuerpo (Ortiz 2012).

No solo es el espacio el que se mapea, sino también el tiempo. El dolor tiene una evolución temporal, puede haber estado controlado por un tiempo, hibernando, dormido en el cuerpo, o puede estar instaurado e ir progresando con los años, y puede agudizarse pese a su cronicidad. El dolor en la cotidianidad tiene desencadenantes, muchos de los cuales son dispositivos o procesos ajenos al cuerpo que lo invaden o entran en contacto con este. Otros factores causantes de dolor son propios del cuerpo, como el movimiento, o que corresponden a los ciclos circadianos, el día y la noche, que genera la posibilidad de sentir más el dolor. La incapacidad no solo marca la imposibilidad de movimiento, sino del retorno a la vida ordinaria, al trabajo, a las tareas propias de la cotidianidad.

EN EL LABORATORIO DEL CUERPO: SOBRE LA CIRUGÍA

Leticia es una mujer de 50 años, administradora de empresas, llevaba alrededor de cuatro años sintiendo dolores de cadera, tomó analgésicos hasta que tuvo poca movilidad y mucho dolor, por lo que decidió consultar. Le diagnosticaron artrosis degenerativa. El ortopedista de cadera le dijo que iba a tratar de controlarle el dolor porque sus nervios “están en corto, que iba a manejar el dolor por unos meses pero que él

creía que iba a terminar en cirugía” (Entrevista 13). Debía entonces ponerse una prótesis de cadera “que era cortar la cabeza del fémur y poner una prótesis en este hueso y queda bien ajustada y atornillada en el hueso del sacro” (Entrevista 13). Tomó la determinación de operarse cuando se vio muy coja y con mucho dolor. El momento de ingresar al quirófano lo describió como:

Me llamó la atención tanto frío y que todos tuvieran botas y todo, botas de esas plásticas y blancas. Yo decía “ay no qué, ¡es esto tan frío aquí!”. Entonces me pusieron una mantica. Me dijeron que tenía que ser frío por las bacterias y eso. Y que me haya impresionado, todo: los instrumentos porque parecían como de construcción, hasta lo que vi: que el taladro, que el yo no sé qué, que la copa no sé cuántas. (Entrevista 13)

Nuestros informantes quedaron con la impronta de haber sido testigos de que marcaran parte de su cuerpo, que les abrieran la piel con la fría lámina del bisturí y luego con el electrocauterio –cuyo calor y energía hacen que la grasa y el músculo emanen un calor similar al de la carne asada–. Ser conscientes de que comenzaban a abrirles el cuerpo por capas, a moverles los músculos, a separar los nervios, ligar las venas y arterias, contener el sangrado, llegar hasta la capa profunda donde la fractura o el defecto se exponían, para después corregir, cortar, taladrar y atornillar. En otros casos, haber sido liberados del nervio, de lo que lo oprimía, al ponerles una prótesis o incluso haber sido amputados.

El acto quirúrgico expone el interior al exterior, abre el cuerpo, separa sus capas por planos para visualizar las partes, busca sus propios recursos (el injerto o colgajo), pone y quita, como si este fuera un rompecabezas, análogo a los estudios y prácticas de los anatomistas y de las disecciones de cadáveres (Morales-Fontanilla y Martínez-Medina 2019). El cuerpo es sujeto y objeto al mismo tiempo, como objeto hace parte del conocimiento médico que lo explora, lo mide, lo modifica, este es uno de los extremos del espectro (Mol y Law 2004; Mol 2002). La cirugía se presenta como un acto para reparar y reconstruir, es la solución ante la falla de la estructura (la máquina), permite extraer lo malo y dejar lo bueno. Es una técnica sobre el cuerpo, como mecanismo para alcanzar un fin y como un hacer de los sujetos, que usa unos medios y herramientas, siendo el total de sus dispositivos la técnica misma (Heidegger 1997, 119-121).

Una vez que se produce el dolor, el sujeto entra en la búsqueda de sentidos de este, empieza a nombrarlo, a ubicar su origen, para entonces abordarlo. El sujeto emprende unas rutas por medio de sus itinerarios terapéuticos, y acude a la biomedicina occidental no solo para recibir una atención sino también para legitimar dichos itinerarios (Yepes et al. 2018, 100-101). Junto con los analgésicos y técnicas como el bloqueo, la cirugía y la anestesia surgen como otras opciones dentro de un abanico de posibilidades. El propósito de la cirugía es extraer lo que se cree que causa el dolor o repararlo. En otras intervenciones se trata de recomponer las partes, dar una nueva forma y armonía al cuerpo, volver a la belleza.

Cuando Adán tenía 10 años sufrió un accidente, jugando le cayó un muro encima, por lo cual debieron hacerle una reconstrucción del piso pélvico y de la uretra. La cirugía funcionó por muchos años, sin embargo, el conducto de la uretra fue disminuyendo su luz, por lo que tuvo que ser operado cuatro veces más. Los médicos habían determinado que su “hueso púbico no servía para nada y que los tornillos con que me fijaron eso, estaban patas arriba, que eso había que quitarlo, porque si no tú no vas a aguantar el dolor, cada día va a ser peor” (Entrevista 1). Requería además reconstruir nuevamente su uretra, por lo que, en palabras de Adán, el médico afirmó que “te queda algo de mucosa bucal o si no hay otra partecita donde hay mucosa, por si acaso podemos reconstruir la uretra otra vez” (Entrevista 1). Continuó el cirujano explicando la cirugía:

[...] te vamos a abrir, así como abriéndolo, exponiendo allá toda tu vejiga, tu uretra y toda esa vaina para sacar ese hueso y esos tornillos. Entonces bueno, vamos a ver si te puedo reconstruir, entonces yo voy a ir a esa cirugía a que te quiten ese hueso y todo esto, para que te quiten los dolores y puedas caminar mejor y puedas dormir. (Entrevista 1)

Hasta mediados del siglo XIX el dolor en el mundo occidental era un proceso inherente a la cirugía, puesto que la analgesia no se había implementado como un proceso sistemático a partir de ciertos fármacos. Solo hasta la aparición del óxido nitroso y del éter, cuando se hicieron las primeras exhibiciones públicas ante médicos, se comenzó a popularizar la anestesia, aunque hubo algunos detractores, quienes defendían el dolor en la cirugía como parte del proceso; en efecto,

algunos cirujanos y fisiólogos de la época sostenían que era este el que guiaba el bisturí del cirujano, el que permitía una mejor recuperación, o que era un elemento insignificante. Con la conquista del dolor, como refiere Moscoso, no se eliminó el carácter teatral de la experiencia, sino que se modificaron los elementos sobre los cuales se cimentaba el drama (Moscoso 2011; Thernstrom 2012).

Sin embargo, el dolor no se eliminó de la cirugía, sino que su experiencia cambió. Este no solo modificó su intensidad y la relación con la consciencia, sino que también se instauró en otros momentos, y tomó otros sentidos. Los y las pacientes siguen percibiendo la cirugía como un acto doloroso, en parte por lo cruento del acto quirúrgico (cortar, abrir, extraer, coser); en parte por los procedimientos previos a la inconsciencia de la anestesia y posteriores a esta. Tanto el dolor preoperatorio como el postoperatorio se registran y se recuerdan en el relato. Aunque la anestesia haya cumplido su propósito de suspender el dolor, el acto quirúrgico sigue gravitando en torno a este, y por ende también alrededor del sufrimiento, los miedos y las emociones.

EL DOLOR QUE HABITA LO CORPÓREO: CONCLUSIONES

El dolor como experiencia vital y subjetiva debe pasar por el discurso para convertirse en hecho social. Sin embargo, el dolor como sensación, como emoción que se vuelve una percepción al hacerse conciencia en el sujeto, necesita un asiento y un vehículo para ser expresado. Su asiento es el cuerpo, este le da una materialidad al dolor, y le permite configurar una localización, un sensor, una tipología y, a la vez, una propiedad en el sujeto. La dicotomía cuerpo/mente, desde el mecanicismo que ha alimentado la tradición médica, ha permeado la cultura. Acaba siendo un recurso para que los sujetos puedan interpretar sus experiencias, y ubicarlas en unas coordenadas, de modo que la división es apenas un artificio de una experiencia totalizante de la condición humana. El dolor necesita ser apalabrado y debe ser comunicado por medio del discurso. Sin embargo, representar lo inconmensurable del dolor y del sufrimiento, lo que no tiene nombre, requiere usar metáforas y recursos que permitan poner la experiencia íntima del sujeto en el registro lingüístico de los otros.

Por un lado, el dolor se ubica en las coordenadas de la tradición médica, pues es su objeto de estudio e intervención. La medicina para

encargarse del dolor lo define y le confiere una explicación dentro de su rango discursivo; así, ha generado un lenguaje para el dolor, lo ha definido, nombrado, clasificado e insertado en una nosología que, sin embargo, no agota la totalidad de la experiencia nombrada dolor. Por otra parte, los sujetos sufrientes han tomado el lenguaje médico del dolor, y lo han insertado en una lógica subjetiva y cultural propia, que no necesariamente se corresponde con el saber médico, pero con el cual debe encontrarse y negociarse en múltiples momentos y escenarios.

El dolor como experiencia subjetiva es total e imponderable. En la concepción de sí, los sujetos apelan a la división cuerpo-mente propia del mecanicismo moderno. Pese a que la experiencia dolorosa y sufriente cuestiona permanentemente dicha dicotomía, es un recurso poderoso que encontramos en las entrevistas que realizamos. El cuerpo como máquina se contrapone al sufrimiento, el cual afirma el estatuto vital del ser humano, resistiéndose a la reducción como mecanismo.

Las tipologías del dolor, los distintos modos en que este es descrito escapan a los sistemas clasificatorios en los cuales la actividad médica intenta asignarlos, pues obedecen en mayor medida a la experiencia dolorosa del sujeto y no tanto a un fenómeno extractable y puro. El recurso utilizado con más frecuencia por los sujetos es la metáfora para nombrar y describir su dolor, de allí la riqueza y la imposibilidad para clasificarlo. En contraparte, las ciencias médicas proporcionan múltiples teorías sobre el dolor, en el intento de objetivar su definición y estandarizar su significado, para poder investigar sobre la fisiopatología y tratamiento de este. A pesar de los intentos de la medicina como discurso y técnica contemporánea para abordar el dolor, en los sujetos que lo sufren, el significado del dolor se crea en la experiencia vital, se ata a su cultura y a su historia de vida, donde no hay dolor sin sufrimiento y viceversa.

REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS

- Alves, Paulo César y Miriam Cristina Rabelo. 1999. "Significação e metáforas na experiência da enfermidade". En *Experiência de doença e narrativa*, dirigido por Miriam Cristina Rabelo, Paulo César Alves y Iara Maria Souza, 171-185. Rio de Janeiro: Editora Fiocruz.
- Cabra, Nina y Manuel Escobar. 2014. *El cuerpo en Colombia. Estado del arte cuerpo y subjetividad*. Bogotá: Universidad Central/ Instituto para la Investigación Educativa y el Desarrollo Pedagógico, IDEP.

- Canguilhem, Georges. 2005. *Ideología y racionalidad en la historia de las ciencias de la vida: nuevos estudios de historia y de filosofía de las ciencias*. Madrid: Amorrortu Editores.
- Canguilhem, Georges. 2012. *O conhecimento da vida*. Rio de Janeiro: Forense Universitária.
- Carabaña, Julio y Emilio Lamo de Espinosa. 1987. "La teoría social del interaccionismo simbólico: análisis y valoración crítica". *Reis*, 1: 159-203. DOI: <https://doi.org/10.2307/40176726>
- Charmaz, Kathy. 2007. *Constructing Grounded Theory. A Practical Guide Through Qualitative Analysis*. London, Thousand Oaks, New Delhi: SAGE Publications.
- Charmaz, Kathy. 2011. "21. Grounded Theory Methods in Social Justice Research". En *The SAGE Handbook of Qualitative Research*. 4th ed., editado por Norman Denzin e Yvonna Lincoln, 359-380. London, Thousand Oaks, New Delhi: SAGE, Library of Congress Cataloging in Publication Data.
- Corbin, Alain. 2005. "Segunda parte. Placer y dolor: en el centro de la cultura somática. Capítulo VI dolor y sufrimiento". En *Historia del cuerpo. Volumen 2. De la Revolución Francesa a la Gran Guerra*, dirigido por Alain Corbin, Jean-Jacques Courtine y Georges Vigarello, 247-262. España: Taurus.
- Descartes, René. 2011. *Descartes. Estudio introductorio de Cirilo Flórez Miguel*. Madrid: Gredos.
- Douglas, Mary. 1973. *Pureza y peligro: un análisis de los conceptos de contaminación y tabú*. Madrid: Siglo XXI.
- Encandela, John. 1993. "Social Science and the Study of Pain since Zborowski: a Need for a New Agenda". *Social Science Medicine* 36, 6: 783-791. DOI: [doi.org/10.1016/0277-9536\(93\)90039-7](https://doi.org/10.1016/0277-9536(93)90039-7)
- Faure, Oliver. 2005. "Primera parte: miradas cruzadas sobre cuerpo. Capítulo 1. La mirada de los médicos". En *Historia del cuerpo. Volumen 2. De la Revolución Francesa a la Gran Guerra*, dirigido por Alain Corbin, Jean-Jacques Courtine y Georges Vigarello, 23-54. España: Taurus.
- Foucault, Michel. 1972. *Las palabras y las cosas. Una arqueología de las ciencias humanas*. México D. F: Siglo XXI Editores.
- Gil, Adriana, Beatriz Layunta y Lupicinio Íñiguez. 2005. "Dolor crónico y construcción". *Boletín de Psicología*, 84: 23-40. <https://www.uv.es/seoane/boletin/previos/N84-3.pdf>

- Good, Byron. 1994. *Medicine, Rationality, and Experience: An Anthropological Perspective*. Cambridge: Cambridge University Press.
- Heidegger, Martin. 1997. *Filosofía, ciencia y técnica*. Tercera edición de ciencia y técnica. Santiago de Chile: Editorial Universitaria.
- International Association for the Study of Pain (IASP). 2014. "Part III: Pain Terms, A Current List with Definitions and Notes on Usage". En *Classification of Chronic Pain, Task Force on Taxonomy*, 2nd ed., editado por Harold Merskey y Nikolai Bogduk, 209-214. Seattle: IASP Press. <https://www.iasp-pain.org/Education/Content.aspx?ItemNumber=1698#Pain>
- Le Breton, David. 1999. *Antropología del dolor*. Barcelona: Editorial Seix Barral.
- Le Breton, David. 2002. *Antropología del cuerpo y modernidad*. Buenos Aires: Nueva Visión.
- Mol, Annemarie. 2002. *The Body Multiple. Ontology in Medical Practice*. Durham: Duke University Press.
- Mol, Annemarie y John Law. 2004. "Embodied Action, Enacted Bodies. The Example of Hypoglycaemia". *Body & Society* 10, 2-3: 43-62. DOI: <https://doi.org/10.1177/1357034X04042932>
- Morales-Fontanilla, Julia Alejandra y Santiago Martínez-Medina. 2019. "Corpo-real Ethnographies: Bodies, Dissection Planes, and Cutting. Ethnography from the Anatomy Laboratory and the Public Morgues in Colombia". *Tapuya: Latin American Science, Technology and Society* 2, 1: 59-76. DOI: doi.org/10.1080/25729861.2019.1606142
- Morris, David. 1993. *La cultura del dolor*. Santiago de Chile: Editorial Andrés Bello.
- Moscoso, Javier. 2011. *Historia cultural del dolor*. Madrid: Taurus.
- Natera-Gutiérrez, Susana et. al. 2017. "Interaccionismo simbólico y teoría fundamentada: un camino para enfermería para comprender los significados". *Cultura de los cuidados: Revista de Enfermería y Humanidades*, 47: 190-199. DOI: [10.14198/cuid.2017.49.21](https://doi.org/10.14198/cuid.2017.49.21)
- Orr, Patty, Bettina Shank y Amy Black. 2017. "The Role of Pain Classification Systems in Pain Management". *Critical Care Nursing Clinic of North America* 29, 4: 407-418. DOI: [10.1016/j.cnc.2017.08.002](https://doi.org/10.1016/j.cnc.2017.08.002)
- Ortiz, Anna. 2012. "Cuerpo, emociones y lugar: aproximaciones teóricas y metodológicas desde la Geografía". *Geographicalia*, 62: 115-131. DOI: [10.26754/ojs_geoph/geoph.201262850](https://doi.org/10.26754/ojs_geoph/geoph.201262850)

- Otegui, Rosario. 2000. "Factores socioculturales del dolor y el sufrimiento". En *Medicina y cultura. Estudios entre la antropología y la medicina*, editado por Enrique Perdiguero y Josep M. Comelles, 227-248. Barcelona: Ediciones Bellaterra.
- Rodríguez, Imelda Ana. 2007. *Ensayos sobre el dolor humano*. México D. F. Universidad Nacional Autónoma de México/Facultad de Estudios Superiores Zaragoza, Carrera de Médico Cirujano/Academia de Extensión Universitaria y Difusión de la Cultura.
- Sachis, Pablo. 2014. "Hombre-máquina: el paradigma de los cuerpos disciplinados". En *Física y política del autómata. Los avatares del hombre-máquina*, compilado por Carlos Balzi, 175-210. Córdoba: Editorial Brujas.
- San Martín, Daniel. 2014. "Teoría fundamentada y Atlas.ti: recursos metodológicos para la investigación educativa". *Revista Electrónica de Investigación Educativa* 16, 1: 104-122. <https://redie.uabc.mx/redie/article/view/727>
- Scarry, Elaine. 1985. *The Body in Pain: The Making and Unmaking of The World*. New York: Oxford University Press.
- Silva, Jimena, Jaime Barrientos y Ricardo Espinoza-Tapia. 2013. "Un modelo metodológico para el estudio del cuerpo en investigaciones biográficas: los mapas corporales". *Alpha (Osorno)* 37: 163-82. DOI: <http://dx.doi.org/10.4067/S0718-22012013000200012>
- Sontag, Susan. 1996. *La enfermedad y sus metáforas. El sida y sus metáforas*. Madrid: Taurus.
- Strauss, Anselm y Corbin Juliet. 2002. *Bases de la investigación cualitativa. Técnicas y procedimientos para desarrollar la teoría fundamentada*. Medellín: Universidad de Antioquia.
- Thernstrom, Melanie. 2012. *Las crónicas del dolor. Curas, mitos, misterios, ple-garias, diarios, imágenes cerebrales, curación y la ciencia del sufrimiento*. Barcelona: Editorial Anagrama.
- Turner, Bryan. 2014. "Los avances recientes en la teoría del cuerpo". *REIS: Revista Española de Investigaciones Sociológicas* 68: 11-40. DOI: [10.2307/40183756](http://dx.doi.org/10.2307/40183756)
- Vernaza-Pinzón, Paola, Lucía Posadas-Pérez y Cristóbal Acosta-Vernaza. 2019. "Dolor y emoción, una reflexión para el profesional en ciencias de la salud". *Duazary* 16, 1: 145-155. DOI: <http://dx.doi.org/10.21676/2389783X.2639>

- Vivar, Cristina et. al. 2010. “La teoría fundamentada como metodología de investigación cualitativa en enfermería”. *Index de Enfermería* 19, 4: 283-288. http://scielo.isciii.es/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1132-12962010000300011&lng=es&nrm=iso
- Yáñez, Luis Pacheco et al. 2015. “Apuntes históricos sobre las clasificaciones actuales de las patologías mentales”. *Norte de Salud Mental* XIII, 53: 83-92. <https://dialnet.unirioja.es/servlet/articulo?codigo=5265697>
- Yepes, Carlos et al. 2018. “En búsqueda de la atención: necesidades en salud, itinerarios y experiencias”. *Hacia la Promoción de la Salud* 23, 1: 88-105. doi: <https://doi.org/10.17151/hpsal.2018.23.1.7>

Entrevistas

- Entrevista 1: realizada a Adán. Hospital Pablo Tobón Uribe, Torre A, piso 8, oficina de investigaciones, consultorio 2, 2 de marzo de 2018, 5:00 p. m. Grabadora de voz.
- Entrevista 2: realizada a Antígona. Hospital Pablo Tobón Uribe, Torre A, piso 8, oficina de investigaciones, consultorio 2, 4 de mayo de 2017, 3:00 p. m. Grabadora de voz.
- Entrevista 3: realizada a Juan Martín. Hospital Pablo Tobón Uribe, Torre A, piso 8, oficina de investigaciones, consultorio 2, 4 de octubre de 2018, 1:00 p. m. Grabadora de voz.
- Entrevista 4: realizada a Eva. Hospital Pablo Tobón Uribe, Torre A, piso 8, oficina de investigaciones, consultorio 2, 2 de marzo de 2018, 3:00 p. m. Grabadora de voz.
- Entrevista 5: realizada a Alfredo. Hospital Pablo Tobón Uribe, Torre A, piso 8, oficina de investigaciones, consultorio 2, 24 de mayo de 2018, 4:00 p. m. Grabadora de voz.
- Entrevista 6: realizada a Amaranta. Hospital Pablo Tobón Uribe, Torre A, piso 8, oficina de investigaciones, consultorio 2, 9 de octubre de 2018, 3:00 p. m. Grabadora de voz.
- Entrevista 7: realizada a Henry. Hospital Pablo Tobón Uribe, Torre A, 20 de octubre de 2018, 3:00 p. m. Grabadora de voz.
- Entrevista 8: realizada a René. Hospital Pablo Tobón Uribe, Torre A, piso 8, oficina de investigaciones, consultorio 2, 18 de octubre de 2018, 5:00 p. m. Grabadora de voz.

Entrevista 9: Realizada a Ariadna. Hospital Pablo Tobón Uribe, Torre A, piso 8, oficina de investigaciones, consultorio 2, 21 de mayo de 2018, 1:00 p. m.

Grabadora de voz.

Entrevista 10: realizada a Hermes. Hospital Pablo Tobón Uribe, Torre A, piso 8, oficina de investigaciones, consultorio 2, 25 de octubre de 2018, 1:00 p. m.

Grabadora de voz.

Entrevista 11: realizada a Perséfone. Hospital Pablo Tobón Uribe, Torre A, piso 8, oficina de investigaciones, consultorio 2, 22 de mayo de 2018, 3:00 p. m.

Grabadora de voz.

Entrevista 12: realizada a Víctor. Hospital Pablo Tobón Uribe, Torre A, piso 8, oficina de investigaciones, consultorio 2, 9 de mayo de 2018, 1:00 p. m.

Grabadora de voz.

Entrevista 13: realizada a Leticia. Hospital Pablo Tobón Uribe, Torre A, piso 8, oficina de investigaciones, consultorio 2, 11 de mayo de 2018, 2:00 p. m.

Grabadora de voz.