

La vivencia dolorosa

Dr. Carlos Rojas-Malpica

RESUMEN

El estudio del dolor es un capítulo fundamental para la medicina de hoy y de siempre. La investigación fundamentada en la epistemología positivista ha logrado grandes avances en la explicación y tratamiento del fenómeno doloroso. Sin embargo, la exploración de la vivencia dolorosa exige una aproximación compleja y muy difícil, que interpela la explicación convencional con paradojas como el dolor glorificado, el dolor adictivo y los vínculos entre el dolor y el placer. La fenomenología hermenéutica, la analítica existencial, el psicoanálisis y la investigación humanística permiten una aproximación a la complejidad del problema. La medicina contemporánea no puede ignorar el componente vivencial y cualitativo de la vivencia dolorosa, porque sería un grave extravío ético y científico con alto riesgo de un inaceptable desamparo antropológico.

Palabras clave: Vivencia dolorosa, placer, complejidad, fenomenología, analítica existencial.

ABSTRACT

The study of pain is a fundamental chapter for medicine today and always. Research grounded in positivist epistemology has achieved great advances in explaining and treating the painful phenomenon. However, exploring the painful experience demands a complex and very challenging approach that challenges conventional explanation with paradoxes such as glorified pain, addictive pain, and the links between pain and pleasure. Hermeneutic phenomenology, existential analytics, psychoanalysis, and humanistic research allow an approach to the complexity of the problem. Contemporary medicine cannot ignore the experiential

and qualitative component of the painful experience, as it would be a grave ethical and scientific error with a high risk of unacceptable anthropological neglect.

Keywords: Painful experience, pleasure, complexity, phenomenology, existential analytics.

CONCEPTOS PREVIOS

Resulta necesario hacer algunas precisiones terminológicas, pues son fundamentales como punto de partida de esta comunicación que, sobre todo, intenta ser un aporte conceptual al problema del dolor en la medicina. Por lo mismo, de inmediato será abordado el debate de la ontogénesis del fenómeno doloroso y seguidamente, los conceptos de vivencia y dolor.

Es problema polémico la ontogénesis del dolor. El consenso científico sobre el momento en que el feto comienza a sentir dolor es controvertido y depende de la definición de "dolor" que asuma el investigador, especialmente lo referido a la nocicepción y la percepción consciente. La mayoría de las organizaciones obstétricas sitúan la capacidad de dolor consciente después de las 24-25 semanas de gestación, cuando se forman conexiones talamocorticales funcionales con el córtex cerebral. Sin embargo, evidencia anatómica y comportamental reciente sugiere que respuestas al dolor podrían iniciarse antes, posiblemente desde las 12-20 semanas, a través de vías subcorticales y la subplaca cortical. El sistema nociceptivo fetal incluye receptores periféricos desde la séptima semana, conexiones espinotalámicas alrededor de la semana 19-20 y proyecciones talámicas a la subplaca cortical desde la semana 12. Estudios con ultrasonido de 4D muestran expresiones faciales de dolor, que pueden ser diferenciadas de otros reflejos, en fetos de 23-28 semanas ante estímulos nociceptivos. Neonatos prematuros de 22 semanas reciben analgesia rutinaria por respuestas similares, indicando continuidad fetal-neonatal. Algunos argumentan que el dolor requiere procesamiento cortical alto, ausente antes de 24-29 semanas, y que respuestas previas son reflejos subcorticales. Otros cuestionan estas apreciaciones, citando dolor en adultos con daño cortical y evidencia de consciencia gradiente en fetos estudiadas a través del EEG y otros procedimientos. Algunas prácticas en cirugía fetal usan anestesia desde 15-16 semanas (1-3). Desde el punto de vista fenomenológico, es un problema de la mayor importancia porque remite al debate de la ontogénesis de la vivencia dolorosa, pero también al registro en la memoria de fenómenos que ocurren por debajo de la conciencia y su posible impacto posterior en la constitución de la vida psíquica.

La vivencia, en el ámbito filosófico y fenomenológico, se define como la experiencia subjetiva inmediata e intransferible del sujeto consciente, que integra percepción, afecto y reflexión en un acto unitario de la conciencia. Esta noción,

central en la fenomenología de Edmund Husserl, equivale al término alemán *Erlebnis* y denota no un mero suceso externo, sino la captación vivida (*erlebt*) de fenómenos en su darse primordial, libre de interpretaciones naturalistas o psicológicas reduccionistas.

Husserl (4) la concibe como el flujo temporal de la conciencia (*Bewusstseinsstrom*), donde cada vivencia es intencional (dirigida a un objeto) y se constituye en la *Lebenswelt* o mundo vivido. Martín Heidegger, en su ontología existencial, la extiende a la *Geworfenheit* (arrojamiento) del *Dasein*, enfatizando su carácter pre-reflexivo y temporal. Para esta comunicación, se debe resaltar su relevancia interdisciplinaria. En neuropsicología, la vivencia dolorosa vincula la ipseidad con redes neuronales de autoconciencia (ej. corteza prefrontal medial), y en psiquiatría fenomenológica se debe distinguir entre las vivencias normales de las mórbidas y delirantes, por sus distintivas peculiaridades psicopatológicas (4).

Ortega y Gasset (5), influido por la fenomenología husserliana, estudiada durante sus estancias en Alemania (1905-1911 y posteriores), rechazó traducciones imprecisas como “experiencia” o “vivencia” en sentido vulgar, optando por vivencia para captar el carácter ejecutivo y circunstancial del *Erlebnis*, no como un mero suceso psíquico, sino como el *yo vivo* en su circunstancia, integrando percepción, acción y reflexión en un flujo dinámico. Este neologismo se consolida en obras como *Meditaciones del Quijote* (1914), donde la vida se revela como *vivencia primaria* anterior a cualquier abstracción. Ortega supera el subjetivismo cartesiano y husserliano cuando propone que la vivencia no es introspección aislada, sino *yo y mi circunstancia* en tensión creativa, puente entre fenomenología y existencialismo español, con ecos muy interesantes en la neuropsicología contemporánea, donde se plantea la ipseidad junto o frente a las narrativas vividas en el plano mórbido o patológico (5). Habría que añadir que la *vivencia* se diferencia de los flujos permanentes de la vida psíquica, la mayoría intrascendentes, olvidables y sin huella notable en la conciencia, por su peculiar hondura y distinción, así como su registro en la memoria y significación en la existencia.

Por otra parte, la definición académica de dolor más aceptada por la ciencia médica proviene de la Asociación Internacional para el Estudio del Dolor (IASP), donde queda descrito como “una experiencia sensorial y emocional desagradable asociada o similar a la asociada a una lesión tisular real o potencial”. Se debe aclarar que la versión original se formuló en 1979 y fue ampliamente adoptada por la comunidad científica y la Organización Mundial de la Salud (OMS). En 2020, la IASP actualizó esta definición tras un proceso de consulta pública con expertos, incorporando notas aclaratorias sobre sus componentes sensoriales, emocionales, cognitivos y contextuales (6). Esta definición luce apropiada para el dolor somático o nociceptivo, pero no abarca muchas expresiones procedentes de otros planos afectivos o sentimentales, que están recogidos en el lenguaje como

fenómenos igualmente dolorosos, como el que producen el duelo, el sufrimiento y la angustia, que serán examinados más adelante.

Para la medicina de orientación antropológica no basta una descripción sensorial, atada exclusivamente a la dimensión neurológica, para comprender el fenómeno doloroso, es necesario profundizar en el dolor como vivencia en el plano de los sentimientos, su influencia en la profundidad de la existencia y la estructura fenomenológica del dolor en el mundo subjetivo. A eso se refiere el estudio de la vivencia dolorosa (7).

El problema de los sentimientos

Cabe comenzar este capítulo, recordando el concepto de sentimiento propuesto por José Gregorio Hernández hace más de un siglo: *Los sentimientos son emociones producidas por un fenómeno psicológico, esto es por una idea, por una volición o por un simple recuerdo. La idea de separarme de mi país me produce un sentimiento de tristeza; la resolución de cumplir mi deber me da un vivo sentimiento de gozo; el recuerdo de la pasión de Jesucristo inunda mi alma de un profundo sentimiento religioso. Los sentimientos son fenómenos interiores, subjetivos, que no pueden localizarse en ninguna parte del cuerpo, que necesitan del conocimiento para producirse y que pueden ser influidos por la voluntad* (8). Una aproximación de inspiración antropológica, como la propuesta por JG Hernández exige detenerse en el estudio de los sentimientos. La estratificación propuesta por el filósofo alemán Max Scheler (1874-1928), muy utilizada por los fenomenólogos de distintos lugares, luce bastante apropiada para estos propósitos. Scheler (9) propone que los sentimientos no forman un bloque homogéneo, sino que se organizan en cuatro estratos superpuestos, que van desde lo más inmediatamente corporal hasta lo más espiritual. Cada capa tiene un tipo distinto de objeto y un modo especial de relación con el cuerpo y el yo. Los **sentimientos sensoriales** son aquellos ligados a sensaciones corporales localizados en regiones concretas del cuerpo (por ejemplo, dolor, comezón, cosquilleo, agrado sensorial). Los **sentimientos vitales o corporales** se viven de modo difuso en todo el "cuerpo vivido" (yo corporal), sin localización precisa, como estados de plenitud, debilidad, ansiedad, vigor, malestar general. Los **sentimientos psíquicos o anímicos** se distancian del cuerpo y surgen en el plano del yo psíquico, como la tristeza, alegría, preocupación, esperanza, amor, odio, etc. Por último, los denominados **sentimientos espirituales o de la personalidad**, son los más "altos" y profundos, como la fe, vocación, conciencia trascendente, sentido de la vida, sentimientos religiosos, éticos o metafísicos (9,10). Cada uno de estos estratos, en una relectura contemporánea, es capaz de dar lugar a vivencias dolorosas, que deben ser examinadas con un nivel de profundidad científico y filosófico mayor que el propuesto por la IASP.

El dolor sensorial, aunque tenga como punto de partida una noxa o la amenaza de una noxa, con la activación de nociceptores específicos ubicados en la piel, el periostio o las vísceras, rápidamente da paso a un sentimiento vital que se acusa agudamente en la conciencia como una sensación desagradable. La denominada *sopa inflamatoria* (SI) es una mezcla de mediadores proinflamatorios como bradicinina, serotonina, histamina, prostaglandinas, ATP y citocinas (IL-1 β , TNF- α), que se liberan en respuesta a lesiones tisulares y produce sensibilización de los nociceptores periféricos. A nivel local, genera vasodilatación, edema y sensibilización primaria de nociceptores mediante activación de receptores como TRPV1 y P2X, amplificando el dolor y creando bucles de retroalimentación positiva. Sus efectos no se circunscriben al nivel del sitio doloroso. Sistémicamente, las citocinas proinflamatorias cruzan la barrera hematoencefálica y activan vías vagales, induciendo neuroinflamación en el SNC con liberación de IL-1 β y TNF- α en la microglia y los astrocitos, lo que altera redes cerebrales a través de un modo por defecto y saliencia. La SI activa la amígdala a través de citocinas como IL-1 β e IL-6, incrementando su respuesta a estímulos estresantes y liberando glutamato en el núcleo basolateral, lo que genera hiperactividad y síntomas como ansiedad o *sickness behavior* o comportamiento de enfermedad, con lo cual se arrastra al sistema límbico (hipocampo, cíngulo) con alguna disrupción del balance excitatorio-inhibitorio (aumento de glutamato y reducción de ácido amino butírico (GABA). Al mismo tiempo, la inflamación crónica inhibe la corteza prefrontal mediante hiperactividad amigdalal que satura sus conexiones GABAérgicas inhibitorias, reduciendo el control ejecutivo o voluntario y promoviendo respuestas emocionales desreguladas (11-13).

Laín Entralgo (14) ha descrito una conducta compleja que denomina el *comportamiento del enfermo*, caracterizado por exaltación del yo, regresión, succión por el cuerpo y búsqueda de sentido. En su antropología médica, la succión por el cuerpo se refiere a la sensación de que el cuerpo se vuelve el centro de atención y de preocupación del individuo enfermo. Dado su registro universal, presente en diversas culturas, es posible que el denominado *comportamiento del enfermo* o *sickness behavior* represente un arquetipo guardado en las capas más profundas del psiquismo (14,15). Es por ello que ahora podemos entender, con el auxilio de las neurociencias contemporáneas, la angustia que acompaña al dolor, pero también la clausura al mundo exterior, la sordera ante la frase solidaria o a la solicitud de colaboración del paciente, porque las regiones de la corteza cerebral que permiten la metacognición, la apertura al encuentro existencial solidario y una buena parte del comportamiento volitivo, están parcialmente bloqueadas e impermeables por los mismos acontecimientos biológicos. Todo ello, de la mayor importancia para comprender la fenomenología de la vivencia dolorosa.

Los **sentimientos vitales o corporales** se viven de modo difuso en todo el “cuerpo vivido” (yo corporal), sin localización precisa, como estados de plenitud,

debilidad, ansiedad o angustia, miedo, rabia, vigor, malestar general. Muestran la salud o el desequilibrio vital, y sirven como señales de que algo en el ser-vivo está en juego (por ejemplo, temor, angustia, apetito, vergüenza pasional). En psiquiatría, el dolor crónico se vive como un trastorno del “cuerpo vivido” según Merleau-Ponty, donde el dolor no es solo sensación, sino reconfiguración de la espacialidad, temporalidad y motricidad, que genera “duda corporal” y pérdida del sentido de agencia, propio de los comportamientos generados desde el yo (16). Se ha utilizado como paráfrasis las palabras del poeta Novalis (1772-1801) para describir la vitalidad...*El sueño es un estado mixto del cuerpo y del alma: en él están ambos químicamente ligados; esparcida el alma homogéneamente por el cuerpo todo, el hombre se halla neutralizado* (17).

En la fenomenología contemporánea se describe la vitalidad como el sentimiento difuso de estar vivo, una cualidad que impregna todas las experiencias, como el vigor, cansancio, ligereza, pesadez, entusiasmo o abatimiento. No es un afecto puntual, sino un “campo” afectivo del cuerpo entero (salud, fuerza, debilidad, enfermedad) del que emergen esperanzas y temores, ganas de hacer o retraimiento. La fenomenología clínica describe cómo el dolor crónico sedimenta en la existencia del paciente, pasando de vivencia aguda a modo de ser fundamental, con efectos despersonalizantes que pueden precipitar una Depresión Mayor o Trastornos Somatomorfos. El dolor crónico y la depresión comparten alteraciones en la integración interoceptiva y afectiva, como la hiperactividad en ACC/ínsula, hipoactividad prefrontal y disincronía en redes *default mode*, que se correlacionan tanto con intensidad dolorosa como con anhedonia y vacío existencial. Fenomenológicamente, ambos fenómenos se articulan en un *silencio corporal y sedimentación* de la experiencia, donde el dolor crónico genera un *vacío sensible* que se confunde con el vacío depresivo, dificultando la distinción entre dolor somático y dolor psíquico (16,18-25).

Los **sentimientos psíquicos o anímicos** se distancian del cuerpo y surgen en el plano del yo psíquico, como la tristeza, alegría, preocupación, esperanza, el amor y el odio. Se debe reconocer la dificultad para establecer una frontera nítida entre los sentimientos, en cualquiera de sus estratos, y el resto de la vida afectiva. La tristeza motivada, que nace en el yo psíquico, puede adquirir la profundidad de un sentimiento vital, y lo mismo podría decirse de la rabia y el odio. En el caso de la esperanza es mucho más claro, pero requiere de una reflexión más profunda, porque puede alcanzar la salud y la enfermedad mental 26. Sin embargo, los *sentimientos no son reinos aislados*, el concepto de *totalidad de la vida psíquica* termina por gobernar el mundo afectivo, que incluye sentimientos, emociones, las pasiones y el humor, que es el tono general de los afectos (27).

Un buen ejemplo de la complejidad de la vivencia dolorosa se observa en las Crisis de Angustia o Ataques de Pánico. En estos casos, la activación del núcleo

amigdalino del lóbulo temporal desencadena una contracción muy molesta de la musculatura respiratoria. El paciente siente dificultad para respirar, pero además, como consecuencia de la contracción del diafragma se produce un dolor opresivo en el reborde costal y el hipogastrio, muy parecido al que observan los cardiólogos en el Infarto del Miocardio. El paciente vive una sensación de asfixia y muerte inminente, su rostro es de terror, a menudo con la mano en el pecho. La diferencia es que los datos del Electrocardiograma y del laboratorio no están alterados. Después de ese descarte, no es extraño que algún médico pronuncie estas dos frases iatrogénicas...*tú no tienes nada. Pon de tu parte.* O sea, como no tiene un infarto, *no tiene nada.* Sí que tiene, pero la lógica organicista no permite registrar el terror y las manifestaciones acompañantes como un Trastorno de Ansiedad con Ataque de pánico, que es un proceso mórbido de la mayor importancia existencial para el enfermo. Es uno de los casos donde es necesario apelar a la Antropología Médica, para comprender y ayudar al paciente. Lo contrario es incurrir en desamparo antropológico. Se debe tener siempre presente que la precordialgia puede ser síntoma diana de un ataque de pánico. Gracias a la neurofenomenología de la vivencia dolorosa se puede articular la descripción en primera persona del dolor con los correlatos neurobiológicos que la sustentan, siguiendo el programa iniciado por Francisco Varela y actualizado en trabajos recientes por otros autores (19).

Las neurociencias de hoy reconocen el valor de la espiritualidad, pero no para aportar evidencias de la existencia de Dios o del alma en un trocito del cerebro. Eso sería absurdo. Dios y el alma son objeto de estudio de la teología, no de las neurociencias. Lo que sí investigan los neurocientíficos es el componente neurobiológico que acompaña la meditación profunda, los ejercicios espirituales y la oración sostenida (28). No es indispensable ser creyente religioso para tener una vivencia espiritual. Los *sentimientos espirituales o de la personalidad* son los más "altos" y profundos, como la fe, vocación, conciencia trascendente, sentido de la misión, sentimientos religiosos, éticos y metafísicos. No dependen de motivos externos variables, sino que se experimentan como estados absolutos o fundamentales del yo espiritual, como el modo de ser de una persona ante lo que considera último y sagrado. El dolor no es ajeno a la experiencia mística. En la Edad Media y el renacimiento, los monjes de clausura se apretaban el torturante cilicio, para calmar la acedia y evitar los malos pensamientos. El cilicio y la mortificación corporal eran prácticas ascéticas comunes entre los monjes medievales para combatir la acedia, entendida como un estado de apatía espiritual o *demonio del mediodía* que inducía pereza y distracción en la oración. Estos monjes usaban el cilicio, una cadena o una tela áspera que irritaba la piel; así como, los azotes para disciplinar el cuerpo y redirigir la mente hacia Dios, superando la ociosidad mediante el dolor voluntario, como recomendaban algunos autores de la tradición monástica. Esta mortificación se veía como un remedio purgativo, similar al trabajo manual para purificar el

alma, persistir en la celda, imitar la pasión de Jesús en la cruz y aproximarse a la gracia divina (29). En La Piedad de Michelangelo Buonarroti (1498-1499), el “rostro dulce” de la Virgen María contrasta con el dolor de sostener el cuerpo muerto de su hijo. Se idealiza su belleza juvenil e inmaculada para trascender el sufrimiento humano en la búsqueda de una redención divina. Esta divinización del dolor se manifiesta en la serenidad del conjunto. El cuerpo de Jesús yace en los brazos de la madre y muestra una perfección anatómica sin énfasis en sus heridas, presentando la belleza como un símbolo de la redención y la dulce compasión materna. Influidor por el neoplatonismo, Michelangelo esculpe la pasión sagrada y la presenta como una invitación espiritual, donde el dolor se eleva a lo sublime (30).

En el Siglo de Oro Español, Santa Teresa de Jesús (1515-1582) o Teresa Sánchez de Cepeda y Ahumada o Santa Teresa de Ávila (31), de probable ascendencia judía, escribe uno de sus poemas más célebres y profundos, titulado *Vivo sin vivir en mí*, donde expresa el anhelo de unión con la divinidad mediante el deseo paradójico de llegar a la muerte física como liberación del tormento amoroso de vivir en *una cárcel* terrenal, en estos fragmentos de elevada tensión poética (31,32):

*Vivo sin vivir en mí,
y tan alta vida espero,
que muero porque no muero*

...

*¡Ay, qué larga es esta vida!
¡Qué duros estos destierros,
esta cárcel, estos hierros
en que el alma está metida!
Sólo esperar la salida
me causa dolor tan fiero,
que muero porque no muero*

No hay duda en calificar como *dolor espiritual* el sufrido por Santa Teresa. El poema es un oxímoron místico nacido en la honda entraña espiritual de la santa de Ávila. Ella percibe la vida terrenal como *una cárcel* o un encierro que le impide llegar ante la presencia celestial del Señor, a la dicha plena. Es su deseo morir para recibir el baño de la luz sagrada, y por eso *muere porque no muere*. Comprender la vivencia del dolor espiritual exige asumir que la existencia humana es contradictoria, que la incoherencia es constitutiva y esencial del ser, muy difícil y que la lógica tropieza con sus propios límites con mayor frecuencia de lo que parece a simple vista. Nada es fácil ni simple. De allí la importancia de la filosofía de Ortega y Gasset(5): hay

que comprender la complejidad del dolor desde el mismo yo y sus circunstancias (5).

Complejidad del dolor y el sufrimiento humano

Nadie puede negar el enorme progreso de las ciencias del último siglo bajo la epistemología que ha gobernado sus mejores logros, pero se debe cuestionar una cierta concepción unidireccional que, desde el positivismo lógico, se ha venido imponiendo en la investigación médico-psiquiátrica. Aunque la mayoría de los enfermos y de los investigadores insistan en presentar y/o estudiar el dolor y el sufrimiento humano a partir de sus características más molestas y desagradables, estos son fenómenos complejos que no admiten esa sola lectura. Un recorrido por la filosofía, la fenomenología y el psicoanálisis nos aproximaría a posibilidades poco exploradas por la medicina, para comprender mejor la complejidad del problema más allá de los síntomas y de la neurofisiología (33). Eso incluye, examinar las diversas expresiones de malestar presentes en el lenguaje y en la clínica.

La queja, el sufrimiento y el dolor son próximos conceptuales. Benaím Pinto (35) definió la queja como un fenómeno significativo en la interacción terapéutica. El enfermo no solo expresa malestar debido al proceso médico que sufre, sino que revela expectativas no cumplidas, resistencias inconscientes y posibles fallas en la comunicación o empatía con el médico, con implicaciones psicosomáticas y éticas importantes a considerar con mucha seriedad (34). Por su parte, Ángel Orcajo (36) refirió que Miguel Ángel divinizó el dolor de la Madre, de sufrido rostro, reclinado sobre el cuerpo del hijo yacente en su regazo, en el Conjunto Escultórico de "La Piedad", que se expone en la Capella della Pietá de la Basílica de San Pedro. Se trataría en estos casos, de un sufrimiento bendecido o de un dolor glorificado desde una perspectiva sensible y valorativa, que debe oponerse al dolor maldecido, que *envilece la existencia y prohíbe la ilusión* (35).

El dolor psicógeno o *sine materia*, es un dolor persistente y real, no simulado, que surge o se intensifica por causas psíquicas (conflicto emocional, estrés crónico, trauma) sin lesión tisular ni daño nervioso identificable. Ha sido admitido por la Asociación Americana de Psiquiatría (APA) en su DSM-5 como Trastorno de Síntomas Somáticos (36). Para el CIE-10 de la OMS, es un Trastorno Somatomorfo (37). No se debe subestimar ni mucho menos usar peyorativamente el diagnóstico, para descalificar al paciente. Generalmente se presenta como un dolor difuso, difícil de localizar, que no responde bien a analgésicos ni varía con movimientos o la postura, va acompañado de lenguaje expresivo de malestar, pero sin signos objetivos en la exploración clínica. El dolor psicógeno activa las mismas regiones cerebrales que el dolor somatógeno y produce mucha discapacidad (38). Se conoce como *alodinia* un fenómeno clínico, que según la IASP es un dolor debido

a un estímulo que no provoca dolor normalmente, lo cual debe diferenciarse de la hiperalgesia porque involucra estímulos inocuos. Surge por sensibilización central o periférica en condiciones como neuropatías diabéticas, neuralgia postherpética o fibromialgia, afectando al 15-50% de pacientes con dolor neuropático. Se clasifica en táctil (mecánica), térmica (fría o cálida) o dinámica/estática (39,40). En sentido contrario, se habla de algolagnia a la extraña sensación de sentir placer provocándose dolor.

Las autolesiones no suicidas (NSSI, por sus siglas en inglés) en jóvenes, incluyendo algunos tatuados y con adicciones, representan un problema creciente de salud mental. Se describen daños deliberados sin intención suicida con el fin de regular emociones negativas como ansiedad, rabia o vacío existencial. Este comportamiento genera liberación de endorfinas, creando un ciclo similar a sustancias adictivas, agravado por consumo de drogas o alcohol, donde los tatuajes a menudo se usan como forma de autolesión para sentir dolor. Las autolesiones incluyen cortes, quemaduras, golpes, rascado o tatuajes dolorosos, con prevalencia del 11-33% en adolescentes, más alta en grupos con tatuajes (hasta 65% en algunos estudios) y adicciones. Los jóvenes tatuados con NSSI muestran mayor severidad, usan más métodos lesivos (insertar objetos, quemar), en diversos sitios anatómicos (genitales, cara), con una frecuencia (>5 eventos/año), intencionalidad suicida (87%) y disfunción académica y social. La adicción se asocia a pensamientos negativos previos al acto, alivio temporal y alta apetencia, con riesgo de 30% de suicidio en adolescentes, especialmente en prisioneros jóvenes⁴¹⁻⁴³. No hay duda entonces, que el fenómeno doloroso exige una lectura más compleja y distinta a la evaluación convencional. Ayuda mucho, pero no basta con medir la intensidad del fenómeno con listas de chequeo, porque dejan por fuera aspectos contradictorios y difíciles de la condición humana. Será oportuno acudir a dos grandes pensadores de la historia para arrojar alguna luz sobre la curiosa dialéctica del dolor y el placer.

Sócrates (470 a. C.-399 a. C), uno de los filósofos más importantes del antiguo mundo helénico, a pesar de no haber dejado obra escrita, es considerado un pensador de dimensiones históricas y trascendentales. Se sabe que fue condenado a muerte en un juicio público que queda para la historia. Aceptó la condena del gran jurado con dignidad y gran valor. Su actitud se conoce como muerte socrática. Aguardaba la pena de muerte en un calabozo con los tobillos prendidos por argollas de hierro. Platón (44) describe su visita al filósofo prisionero. El carcelero le retira las cadenas y Sócrates se frota los tobillos. Platón refiere que su maestro observa con curiosidad que en el lugar donde antes percibía dolor, ahora siente alivio y placer. Le dice a su discípulo que, si Esopo hubiese escrito una fábula sobre el dolor y el placer, los habría presentado encadenados (44). Hoy se sabe que sobar un punto doloroso alivia el dolor principalmente por la activación de fibras sensoriales no nociceptivas (A-beta), que inhiben la transmisión de señales de dolor (fibras C y A-delta) en la médula espinal según la teoría del control de la puerta

o *gate control theory* (45,46); es decir, que la relación entre placer y dolor no está inscrita gratuitamente en la subjetividad, ni es mero producto de la experiencia, si no que está registrada profundamente en la neurobiología.

El otro autor que piensa las relaciones entre placer y dolor es Sigmund Freud (1856-1939). Freud (47) postula que el placer es derivado de la descarga de una tensión dolorosa o displacentera, que resulta central en su teoría del principio del placer. Formula explícitamente esta idea en su ensayo *Más allá del principio del placer* (*Jenseits des Lustprinzips*, 1920), donde describe cómo los procesos psíquicos buscan reducir la tensión excitatoria para generar placer. Allí propone que el displacer surge de la acumulación de excitación (tensión), y que el placer deriva de su disminución o descarga, vinculándolo al principio de constancia y a una tendencia homeostática. En el caso del masoquismo, el fuerte incremento de la tensión dolorosa daría lugar a una descarga orgásmica mucho más intensa y placentera. Freud explica el placer masoquista principalmente en su ensayo *El problema económico del masoquismo* (*Das ökonomische Problem des Masochismus*, 1924), donde lo vincula a la fusión de la pulsión de muerte (*Thanatos*) con la pulsión libidinal, permitiendo que el dolor genere placer al reducir tensiones displacenteras de manera paradójica (47). Son hipótesis muy interesantes que deberían ser mejor estudiadas en los laboratorios de fisiología sexual, pero que la investigación unidireccional ha dejado de lado o simplemente ha ignorado. Es imposible comprender el problema médico del dolor desde una perspectiva simplificadora. Es necesario adentrarse en la ontogénesis y la dialéctica del problema desde una perspectiva antropológica compleja.

CONCLUSIONES Y RECOMENDACIONES

La nocicepción surge tempranamente en el reino animal, posiblemente en protozoarios, pero claramente en todos los mamíferos vertebrados. Es un mecanismo básico de supervivencia (48,49). Aunque es polémico definir con exactitud el momento en que el feto humano tiene sensibilidad dolorosa, no hay duda de que mucho antes de nacer, ya el niño tiene estructuradas las vías neurológicas para la percepción del dolor. Ese es un dato de la mayor importancia, porque indica que el dolor es parte de la ontogénesis. Se nace con la capacidad de sentir dolor, lo cual tendrá mucha importancia en el aprendizaje, en la organización del mundo vivencial y en la existencia humana.

Desde el punto de vista fenomenológico y de la analítica existencial, el dolor puede ser calificado como un existencial (*Existenzial*), que en la filosofía de Heidegger designa las estructuras ontológicas fundamentales del *Dasein* (ser-ahí) o ser-en-el-mundo (50,51). Ello significa también que el dolor, primero es de orden óntico, porque no es derivado de un acto noético del *Dasein*, aunque posteriormente

pueda ser también ontológico, por el proceso cognitivo a que da lugar desde las primeras experiencias dolorosas.

La investigación científica realizada en el modelo epistemológico del positivismo ha logrado grandes avances en la explicación del fenómeno doloroso y en su tratamiento. Sin embargo, la definición del dolor de la IASP y los protocolos de evaluación y tratamiento no lucen suficientes para abordar integralmente el problema. Es necesario apelar a una dimensión antropológica para comprender la complejidad del fenómeno de la vivencia dolorosa. Se puede intentar a través del psicoanálisis, la fenomenología, el análisis de la existencia y de las humanidades y sus amplios registros en la historia y la cultura. Existe la paradoja del dolor bendecido o glorificado y de grupos étnicos, religiosos o deportivos, donde la tolerancia al dolor se cultiva como testimonio de virilidad y valentía. Las autolesiones, el comportamiento masoquista y los vínculos entre placer y dolor interpelan las más sólidas estructuras teóricas elaboradas en términos simples y unidireccionales. No está dicha la última palabra. De lo que no hay duda, es que la medicina contemporánea no puede ignorar el componente vivencial y cualitativo de la vivencia dolorosa, porque sería un grave extravío ético y científico con alto riesgo de un inaceptable desamparo antropológico.

Observaciones

Para la obtención de información y recursos bibliográficos se utilizó la Inteligencia Artificial Perplexity, pero no para la concepción teórica, la organización temática ni para la redacción definitiva de este trabajo.

Conflicto de interés

El autor de este trabajo declara que no hay conflictos de interés para su publicación.

REFERENCIAS

1. Hamani M, Ciampi de Andrade D, Stein Bernardes L. Human Foetuses Experience Pain: A Position Paper. *Eur J Pain*. 2026 Jan;30(1):e70206. doi: 10.1002/ejp.70206.
2. Pierucci R, Thill B. Fetal Pain: Facts and the Informed Consent Conundrum. *American College of Pediatricians & AAPLOG*; 2025. <https://acped.org/fetal-pain-facts-and-the-informed-consent-conundrum/>
3. Bellieni CV, Anand KJS. Direct evidence of fetal responses to noxious stimulations: A systematic review. *Early Hum Dev*. 2025; 201:106196. doi: 10.1016/j.earlhumdev.2025.106196

4. Husserl E. Ideas: ensayo general de crítica de la razón pura. 2.^a ed. México: Fondo de Cultura Económica; 1984.
5. Ortega y Gasset J. Meditaciones del Quijote. Madrid: Revista de Occidente; 1914.
6. Raja SN, Carr DB, Cohen M, Finnerup NB, Flor H, Gibson S et al. The revised International Association for the Study of Pain definition of pain: concepts, challenges, and compromises. *Pain*. 2020. 1;161(9):1976-1982. doi: 10.1097/j.pain.0000000000001939.
7. Lima DD, Alves VL, Turato ER. The phenomenological-existential comprehension of chronic pain: going beyond the standing healthcare models. *Philos Ethics Humanit Med*. 2014; 9:2. doi: 10.1186/1747-5341-9-2.
8. Hernández JG. Elementos de filosofía. Caracas: Tipografía Empresa El Cojo; 1912.
9. Scheler M. Esencia y formas de la simpatía. Madrid: Alianza Editorial; 2001.
10. Scheler M. El formalismo en la ética y la ética material de los valores. Madrid: Editorial Encuentro; 2007.
11. Porta Ettesam J. La sopa inflamatoria y el dolor. *iNeurociencias*. 2020. <https://ineurociencias.org/inflammatory-soup-neuroscience/>
12. Becerra L, Bishop J, Barmettler G, Kainz V, Burstein R, Borsook D. Brain network alterations in the inflammatory soup animal model of migraine. *Brain Res*. 2017; 1660:36-46. doi: 10.1016/j.brainres.2017.02.001.
13. Czerwiec K, Ruciński J, Piwko G, Myślińska D, Kosiński A. Mutual relations between the amygdala and pro-inflammatory cytokines: IL-1 β and IL-6. *Eur J Transl Clin Med*. 2022;5(1):25-32. DOI: 10.31373/ejtc/134675
14. Laín Entralgo P. La relación médico-enfermo. Barcelona: Salvat; 1974.
15. Mechanic D. Health and illness behavior and patient - practitioner relationships. *Soc Sci Med*. 1992;34(12):1345-50. doi: 10.1016/0277-9536(92)90143-e
16. Wagner JN. Pain and temporality: a merleau-pontyan approach. *Med Health Care Philos*. 2024 Sep;27(3):321-331. doi: 10.1007/s11019-024-10205-y
17. Novalis. Fragmentos de Teplice. [Traducción y notas de Miguel Alberti]. *Revista de Filosofía, Universidad Nacional de Mar del Plata. Boletín de Estética*. 2019; 45. Disponible en: <https://boletindeestetica.com.ar/index.php/boletin/article/download/295/208>
18. Shin DA, Chang MC. Consciousness Research Through Pain. *Healthcare (Basel)*. 2025;13(3):332. doi: 10.3390/healthcare13030332.

19. Sandved-Smith L, Bogotá JD, Hohwy J, Kiverstein J, Lutz A. Deep computational neurophenomenology: a methodological framework for investigating the how of experience. *Neurosci Conscious*. 2025; 2025(1):niaf016. doi: 10.1093/nc/niaf016.
20. Fabbro F, Crescentini C. Facing the experience of pain: a neuropsychological perspective. *PhysLifeRev*. 2014;11(3):540-52. doi:10.1016/j.plrev.2013.12.010.
21. Marchand S. Mechanisms Challenges of the Pain Phenomenon. *Front Pain Res (Lausanne)*. 2021;1:574370. doi: 10.3389/fpain.2020.574370.
22. Cassell A. *The phenomenology of pain*. Athens (OH): Ohio University Press; 2020. <https://ohioopen.library.ohio.edu/cgi/viewcontent.cgi?article=1072&context=oupress>.
23. Bonin EAC, Lejeune N, Szymkowicz E, Bonhomme V, Martial C, Gosseries O et al. Assessment and management of pain/nociception in patients with disorders of consciousness or locked-in syndrome: A narrative review. *Front Syst Neurosci*. 2023; 17:1112206. doi: 10.3389/fnsys.2023.1112206.
24. Degerman D. Silence, depression, and bodily doubt: toward a phenomenology of silence in psychopathology. *Philos Psychol*. 2025; 38(1):126-149. doi: 10.1080/09515089.2024.2354447.
25. Fuchs T. The feeling of being alive. In: Fulford KWM, et al., editors. *The Oxford Handbook of Philosophy and Psychiatry*. Oxford: OUP; 2013. p. 149-65.
26. Rojas Malpica C. *Apuntes sobre la esperanza: aproximación neurofenomenológica [libro electrónico]*. Caracas: Universidad Central de Venezuela, Ediciones de la Biblioteca EBUC-UCV; 2024.
27. Alonso-Fernández F. *Psicología médica y social*. 5.^a ed. Barcelona: Salvat Editores; 1989.
28. Trimble M. *The soul in the brain*. Baltimore: Johns Hopkins University Press; 2007.
29. Peretó Rivas R. Angustia y acedia como patología en el monacato medieval, manifestaciones y recursos curativos. *Anu Stud Mediev*. 2017;47(2):769-794. <https://doi.org/10.3989/aem.2017.47.2.10>
30. Draguet M. 'New Michelangelos' and the 'Dan Brown Approach' to Art History. *New York Times*. 2026. <https://www.nytimes.com/2026/03/08/arts/michelangelo-works-art-history.html>.
31. Santa Teresa de Jesús. *Las moradas*. Salamanca: Junta del Centenario; 1983.
32. Lope de Zúñiga R. *Santa Teresa de Jesús: poesía completa*. Madrid: Cátedra; 2015.

33. Rojas Malpica C, Esser Díaz J, Rojas Esser M. Complejidad del dolor y el sufrimiento humano. *Rev Latinoam Psicol Patol Fundam*. 2004;7(3):70-81. <https://www.scielo.br/j/rlpf/a/C8tvFOZYfnFnVsDNGrxf5xz/?lang=es>
34. Benaim Pinto H. Significación de la queja. Caracas: Ediciones del Rectorado, Universidad Central de Venezuela; 1983.
35. Orcajo A. El sufrimiento. In: Rojas Malpica C, editor. *Filosofía en la medicina II*. Valencia (Venezuela): Ediciones del Rectorado, Universidad de Carabobo; 1995. p. 233-48.
36. American Psychiatric Association. *Manual diagnóstico y estadístico de los trastornos mentales*. 5th ed. Arlington (VA): APA; 2013.
37. World Health Organization. *CIE-10: Clasificación Internacional de Enfermedades*. 10ª ed. Ginebra: OMS; 2010.
38. Pérez Ruiz AO, Jiménez Gutiérrez MB, Vega Cisneros L. Regiones del encéfalo vinculadas a la interpretación del dolor. *Rev Habanera Cienc Méd*. 2018;17(3):386-98. <https://dialnet.unirioja.es/servlet/articulo?codigo=7000564>
39. He Y, Kim PY. Allodynia. In: StatPearls [Internet]. Treasure Island (FL): StatPearls Publishing; 2023 [citado 18 Mar 2026]. Disponible en: <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/books/NBK537129/>.
40. Jensen TS, Finnerup NB. Allodynia and hyperalgesia in neuropathic pain: clinical manifestations and mechanisms. *Lancet Neurol*. 2014; 13(9):924-35. doi: 10.1016/S1474-4422(14)70102-4.
41. Solís-Bravo MA, Flores-Rodríguez Y, Tapia-Guillen LG, Gatica-Hernández A, Guzmán-Reséndiz M, Salinas-Torres LA et al. Are Tattoos an Indicator of Severity of Non-Suicidal Self-Injury Behavior in Adolescents? *Psychiatry Investig*. 2019 Jul;16(7):504-512. doi: 10.30773/pi.2019.03.06.
42. Martínez-Pastor E, Moraleda-Esteban R, Dryjanska L. Presence of non-suicidal self-injury in the youth environment: sociodemographic factors, frequency and metalanguages. A quantitative analysis. *Int J Adolesc Youth*. 2026;31(1):1-12. <https://doi.org/10.1080/02673843.2025.2608761>.
43. Ceylan MF, Tural Hesapcioglu S, Kasak M, Yavas CP. High prevalence of nonsuicidal self-injury, tattoos, and psychiatric comorbidity among male adolescent prisoners and their sociodemographic characteristics. *Asian J Psychiatr*. 2019; 43:45-49. doi: 10.1016/j.ajp.2019.05.010
44. Platón. *Diálogos*. Buenos Aires: Editorial Panamericana; s.f.
45. Heitler B. Primary Afferent Depolarization and the Gate Control Theory of Pain: A Tutorial Simulation. *J Undergrad Neurosci Educ*. 2023; 22(1):A58-A65. doi: 10.59390/PWFC1224.

46. Metzger S, Horn-Hofmann C, Lautenbacher S. Counterirritation by Pain Inhibits Responses to and Perception of Aversive Loud Tones. *Percept Mot Skills*. 2023; 130(5):1801-1818. doi: 10.1177/00315125231183604.
47. Freud S. *Obras completas*. Madrid: Biblioteca Nueva; 1948. v. I-II.
48. Maldonado-Reséndiz I. ¿Sienten los animales? *Rev Mex Anesthesiol*. 2023;46(4):284-287. <https://doi.org/10.35366/112302>
49. Kraus A, Buckley KM, Salinas I. Sensing the world and its dangers: An evolutionary perspective in neuroimmunology. *Elife*. 2021; 10:e66706. doi: 10.7554/eLife.66706.
50. Heidegger M. *El ser y el tiempo*. Buenos Aires: Editorial Universitaria; 1988.
51. Romano C. El enigma del Selbst en la ontología fundamental de Heidegger. *Studia Heideggeriana*. 2021; 10: 7-26. <https://doi.org/10.46605/sh.vol10.2021.156>