

# Del Dolor a la Palabra, Hacia la Significación de los Procesos Dolorosos

**Autor:**

Dr. Giuseppe Amara Pace  
es Médico Psiquiatra y  
líder de opinión en ciencias  
afines.

*“... el fulgurante dolor psíquico enceguece, escinde conciencia y cuerpo, destina a sufrimientos ansiosos-depresivos, a ineptitudes tan inexplicables como insuperables”.*

**E**l sufrimiento humano, experimentado mediante síntomas corporales, es una especie de lenguaje encarnado que demanda la ayuda del otro, del médico. La somatización del sufrimiento, aunque surja como una manifestación física, suele asociarse a trastornos afectivos y ansiosos. Pero la coexistencia de signos somáticos y psíquicos varía según la cultura y los individuos. Lo que difiere es la más o menos reducida expresión verbal y simbólica de las emociones implicadas.

La angustia tiende a estimular el habla. En las experiencias de dolor y depresión, en cambio, se inhibe la expresión verbal. En tales estados, el hombre, ser de la palabra, renuncia a ella. Esta incapacidad de exteriorizar las emociones de un modo descriptivo y simbólico ha llevado a ciertos autores a pensar en un orden inverso: sería la capacidad expresiva la que induce a padecer lo indecible, el dolor crónico de los llamados padecimientos psicósomáticos o la depresión enmascarada tras los síntomas físicos. Desde luego, la incapacidad de expresión simbólica e ideativa es propia de los precoces estadios del yo todavía corporal. ➔



Ariel Rodríguez/Facer Editores

Desde hace medio siglo se reconoce la dificultad cognitiva de los pacientes psicósomáticos para traducir en palabras sus emociones. John C. Nemiah y Peter Sifneos, con el término alexitimia sintetizaron la incapacidad de rescatar significaciones simbólicas y biográficas del sufrimiento anímico-orgánico. Además de la pobreza del pensamiento simbólico, el alexitímico no acierta a identificar ni a describir sus sentimientos, como tampoco sabe discriminar entre estados emocionales y sensaciones corpóreas.

Los estados anímicos, más allá de las palabras o en ausencia de ellas, se revelan mediante el lenguaje no verbalizado, como el tono de su voz, las expresiones singulares del rostro, la habilidad gestual. El alexitímico, por no ser capaz de percibir y discernir sus emociones, no puede estar en sintonía con su estado de ánimo ni con el del otro, que le serviría de espejo si lo pudiera vislumbrar o intuir. Esta fallida sintonía emocional con uno mismo y los otros es lo contrario de la imprescindible capacidad de empatía, la cual permite una comunicación interpersonal rica en emociones y significados.

La incapacidad de reconocer y referir las propias emociones y la menguada habilidad empática, han sido atribuidas por diversos autores a un trastorno funcional del hemisferio derecho o de la conexión entre ambos hemisferios, lo que impide la integración del pensamiento simbólico y el lenguaje afectivo, con la consiguiente pobreza imaginativa, la escasez de fantasías y el desvanecimiento de los recuerdos oníricos.

Es probable que la deficiente integración afectiva-cognitiva no sea necesariamente primaria, sino que podría resultar de trastornos como los ocasionados por el estrés post-traumático que, según John H. Kristal y otros estudiosos de la materia, afectarían el desarrollo emocional del sujeto. Asimismo, es posible

que la alexitimia, conceptualizada por Joyce McDougall como defensa extraordinaria ante el dolor psíquico, sea a la vez consecuencia del trauma sufrido y barrera para no revivir el intolerable acontecimiento que afectó la vida emocional del paciente.

En ese sentido, la hipótesis neurofisiológica de Paul McLean ayuda a comprender la alexitimia como efecto de la desconexión entre la experiencia emocional perturbadora y el sistema cognitivo-verbal. Las emociones traumáticas, en lugar de expresarse o traducirse a través del simbolismo de las palabras, se canalizarían mediante las vías neuroendocrinas y autónomas hasta afectar directamente las áreas somáticas, por las que sólo podrían manifestarse mediante un "lenguaje orgánico".

Durante los periodos primitivos del crecimiento, las experiencias sensoriales y emocionales no pueden ser representadas en el escenario de la mente, y el *yó* las experimenta como estados primordialmente corpóreos. En un ambiente familiar dotado de empatía, con una cuidadosa y expresiva sintonía emocional entre los padres y el niño, se desarrolla la gradual codificación simbólica de las experiencias sensoriales y afectivas corporales. De modo que tales experiencias, desde la incorporación somática, son transformadas en afectos que pueden vivirse como fenómenos mentales, ser reconocidos como sentimientos definidos, y que resultan comunicables por la coherencia entre el sistema cognitivo-verbal y la capacidad de empatía.

La presencia de síntomas psicósomáticos reflejaría una perturbación en el proceso de transición madurativa en donde el *yó* corpóreo se humaniza como *yó* mental. La defectuosa transformación cognitiva y simbólica de las emociones corporales primitivas, impide que el malestar somático se exprese como urgencia o alarma simbólica, por lo cual se

padecerá como tensión corporal de dolor expectante, aprensivo e interminable.

Cuando el niño es expuesto a un trauma severo, y lo que padece sensorial y afectivamente no es acogido ni nombrado por la figura protectora o guía, esta falta de reconocimiento y explicación bloquea la transformación del lenguaje somático en simbólico y cognoscitivo. El niño no se autorrepresenta las sensaciones afectivas de su cuerpo, no las nombra ni se reconoce y, por lo tanto, no alcanza ni se atreve a comprenderlas. En este caso, el sistema cognoscitivo (cortical) no puede dominar o controlar el estrés que activa angustiosamente el sistema hipotalámico. El sufrimiento del animal mamífero cobra poder sobre el cerebro evolucionado del humano. El dolor palpita en la trama del terror arcaico que avizora consecuencias catastróficas.

La experiencia traumática, vivida como violencia física o abuso sexual, entre los cuatro a nueve años, repercute en la mente pero sin que sea "metabolizada" por el sistema cognoscitivo, por lo que permanece inexpressable. El trauma por el abuso sexual todavía suele ser minimizado en los ambientes familiares, escolares y aun jurídicos. Cuando mucho, se reconoce la posibilidad de perturbaciones sexuales que se extienden a largo plazo como el vaginismo, la anorgasmia, la misandria o, lo contrario, la hiperactividad erótica.

La cultura contemporánea se resiste a percibir y admitir que tales abusos, más allá de la esfera sexual –que el infante a veces ni siquiera comprende-, debilitan o destruyen las mediaciones o defensas ante las amenazas sociales y naturales, esas mediaciones que nombraba Hegel como sistemas protectores que permiten la continuidad de nuestra vida cotidiana a pesar de la coexistencia de una infinidad de peligros que colindan con la muerte.

Algunos sufrimientos psicossomáticos, ciertos síndromes dolorosos crónicos y tal vez hasta el masoquismo –no aquel de las experiencias parafilicas, sino como sistema humillante de la vida- posiblemente sean modos de adaptación ante graves dificultades de la vida, derivadas de las experiencias traumáticas que han dañado la necesaria armonía evolutiva entre la codificación simbólica de las emociones y el sistema sensorial-afectivo primario.

Los estados afectivos postraumáticos no suficientemente integrados al sistema cognitivo-verbal, condicionan al cuerpo a permanecer vulnerable e hipersensible ante peligros incluso remotos y a dar respuestas paranoicas o fatalistas. Dichos estados resultan ser paradójicamente adaptativos porque convierten al cuerpo y sus sufrimientos en un dique y una serie de hábitos de dolor y miedo que defienden al yo de un terror mayor, inminente y desintegrativo.

La zona dolorosa es finalmente un ancla o refugio extremado donde se centralizan el sufrimiento, la alarma corporal y la angustia, para así eclipsar experiencias más intolerables y devastadoras que inducirían a revivir la terrible expectación ante los peligros que inevitablemente se corren por estar vivo, sin la necesaria defensa de la mediación simbólica ni la integración resolutive del sistema cognitivo-emocional.

Se padece el trauma encarnado por no ser capaz de expresar la verdad del mismo, por no poder confiar en que se recibirá apoyo y protección, en primer lugar, de parte de la madre. En muchos casos ésta acaba por ser asumida como la cómplice más o menos involuntaria –por su cobardía, negligencia o evasión de la realidad- del sujeto que abusa del infante, habitualmente un familiar cercano, el abuelo, un tío y, a veces, el propio padre. Un dios familiar se quita la máscara, la inesperada serpiente que destruye el paraíso primordial; el ☹

fulgurante dolor psíquico encefalico, escinde conciencia y cuerpo, destina a sufrimientos ansiosos-depresivos, a ineptitudes tan inexplicables como insuperables.

Podemos entrever que el dolor crónico, incluido en un padecimiento psicósomático o en una depresión enmascarada, se torna un proceso complejo en el que interactúan diversas emociones negativas: culpa, vergüenza, vulnerabilidad, sentimiento de indefensión e insignificancia y una grave desconfianza que se extiende hasta cubrir el horizonte humano y del que nadie escapa.

La hipótesis de las fallidas conexiones cerebrales íntimas, como consecuencia del trauma psíquico, explicaría la mayor frecuencia de la alexitimia en los hombres, por ser éstos orgánicamente más predispuestos a padecerla. Sin embargo, el hecho de que las mujeres, dotadas de una mejor interacción entre los dos hemisferios cerebrales y con un precoz y eficaz desarrollo verbal, sufran aún más que los hombres la depresión en mayor o menor grado somática o el dolor crónico del tipo de la fibromialgia, delata la magnitud patológica de la falta de empatía por la soledad del industrialismo, del menosprecio por la expresión de las emociones (tan indispensable para la mentalidad femenina), del desdén por los padecimientos somáticos, calificados como “síntomas parásitos” sin otro fin que el de manipular a los otros y, sobre todo, del abuso sexual que las niñas sufren con impresionante frecuencia.

Estamos en condiciones de reconocer que el sufrimiento doloroso a la vez deriva de una estructura natural, la del sistema nervioso cuando se trastorna, y de una estructura social, cuando ésta se pervierte y degrada. Sin embargo, todavía prevalece la tendencia a huir del dolor –mediante vías de escape o, simplemente, con el excluyente uso de fármacos-. De igual forma, se prefiere negar la significación personal y social del proceso doloroso.

El reconocimiento de la paradójica significación defensiva del dolor permite comprender que éste cubre con sufrimiento somático la vivencia de una ansiedad arcaica desintegrativa. Más que la huida o la negación de la significación del dolor, se trataría de una incapacidad de alcanzarla en sus raíces abismales, ya que implicaría rozar el terror de existir a expensas de representaciones únicamente corporales, *pre-yoicas*, las cuales desencadenan la cruel expectativa de que no serán contenidas ni mediadas por la asistencia del otro.

No menos paradójico resulta que la focalización del dolor –a través de la propia conciencia en un ambiente de confianza terapéutica- abre la dimensión emocional tan temida y estimula gradualmente la expresión verbal hasta esos momentos sellada. A su vez, la vivencia de los afectos ligados al síntoma psicósomático permitirá una descarga resolutive de la tensión dolorosa.

Mediante palabras nunca dichas ni escuchadas se avanza en la búsqueda de lo que fue negado o prohibido a raíz de la vivencia traumática: el significado de las experiencias corporales jamás vertidas hacia el sistema cognitivo-afectivo. La esperanza terapéutica reside en la transformación de las emociones somáticas -mudas, enigmáticas, pavorosamente arcaicas- en experiencias verbales, ideativas y afectivamente más evolucionadas. **DOLOR**