



# Las múltiples representaciones del dolor: entre la religión y la violencia

Autora: Anabella Barragán Solís, profesora investigadora de la Escuela Nacional de Antropología e Historia y candidata a doctora en antropología.



El dolor ha sido uno de los componentes más importantes en la experiencia del padecimiento de numerosas enfermedades, en torno a las cuales los grupos sociales, incluidos los médicos, han establecido múltiples representaciones acerca de su significado y su causalidad. En la Clínica del Dolor del Hospital General de México (HGM) el desarrollo histórico de los padecimientos dolorosos más frecuentes se observan en el Cuadro 1.

Estas dolencias se presentan en personas con problemáticas de vida específicas que condicionan de manera muy importante la forma y el tipo de enfermedad que los aqueja. Sin embargo, los diversos modelos de atención médica se enfocan en el tratamiento del cuerpo enfermo, dejando en un segundo plano los aspectos emocionales y sociales implicados en el padecimiento. Estos pacientes son tratados con múltiples estrategias en las que los sujetos enfermos asumen una aparente subordinación a los diagnósticos y tratamientos biomédicos, no obstante, al mismo tiempo recurren a diversos curadores que les permiten sobrellevar la enfermedad y soportar el dolor, entre ellos terapeutas, acupunturistas, naturistas, homeópatas, espiritualistas. También echan mano de la herbolaria tradicional, chamanismo y brujería, entre otros elementos relacionados directamente con la religión.

Aquí presentamos de manera general el papel que juega la religiosidad en la construcción del sentido del dolor y la enfermedad, de la esperanza y de la fe en la curación, y el papel de la violencia en el aprendizaje del dolor a partir del análisis de una serie de entrevistas a un grupo de 29 pacientes de la Clínica del Dolor del HGM, 15 mujeres y 14 hombres, cuyas edades fluctúan entre los 24 y los 80 años.

La religión pertenece al mundo de la vida y actúa como “bálsamo y guía espiritual, como experiencia trascendental, transformadora, capaz ➔

## Referencias bibliográficas

1. Burin, Mabel, Moncarz Esther y Velásquez Susana. *El malestar de las mujeres, la tranquilidad recetada*. Paidós, México, 1990.
2. Corsi, Jorge. *Violencia familiar, una mirada interdisciplinaria sobre un grave problema social*. Paidós, Buenos Aires, 1999.
3. Le Bretón, David. *Antropología del cuerpo y modernidad*. Ediciones Nueva Visión. Buenos Aires, 1990.
4. *Antropología del dolor*. Seix Barral. Barcelona, 1999.
5. Menéndez, Eduardo y Di Pardo René B. Violencia y alcohol. Las cotidianidades de las pequeñas muertes. *Relaciones*, 74, Vol. XIX, 1998. P. 35-65.
6. Mier, Raymundo. “Condenados al sentido”. En: *Primer coloquio sobre el sentido y la significación*. Conferencia, 29 de agosto 2003. ENAH.
7. Morris, David. *La cultura del dolor*. Editorial Andrés Bello, Santiago de Chile, 1993.
8. Vázquez Palacios, Felipe. “La espiritualidad en el último tramo de la vida entre los pentecostales: un estudio etnográfico en Xalapa”, en: *Revista Académica para el Estudio de las Religiones: ritos y creencias del nuevo milenio*: 291-308, México, 2000.

**Cuadro I. Comparativo de los padecimientos\* en la Clínica del Dolor del HGM (1994-2003)**

Diagnóstico	Casos hombres	Casos mujeres	Total	% años (1996-2003)**	% años (1994)***
Osteoartropatías	7	20	27	23.4	23.6
Neuropatías virales (neuralgia posherpética)	10	11	21	18.2	25.8
Neuropatías no virales (neuropatía diabética)	10	7	17	14.7	6
Neoplasias (cáncer)	10	7	17	14.7	14.2
Neuralgias y plexopatías	6	6	12	10.4	6
Enfermedad vascular periférica	2	3	5	4.3	3.7
Dolor postraumático	1	4	5	4.3	----
Cefalea tensional	1	3	4	3.4	4.7
Síndrome doloroso miofacial y de tejidos blandos	2	2	4	3.4	3.2
Síndrome doloroso abdominal	1	2	3	2.6	----
<b>Total</b>	<b>50</b>	<b>65</b>		<b>99.4</b>	

**Muestra total****115****673**

\* Clasificación con asesoría del Dr. José Luis Gutiérrez (2002)

\*\* Fuente: Historias clínicas (1996-2003) de la Clínica del Dolor del HGM

\*\*\* Diagnósticos en libretas de registro de citas de 1ª. vez, 1994. Clínica del Dolor del HGM

de prodigar una sensación de plenitud, de seguridad personal y protección divina, que calma, mitiga y sana, que ayuda a aceptar el paso de los años e incluso la propia muerte” (Vázquez, 2000: 292).

En el grupo de pacientes de nuestro estudio, la presencia del dolor crónico ha fortalecido las creencias religiosas e incluso ha condicionado el cambio de credos religiosos. Desde ese sentido se vive como un sacrificio, como un castigo a transgresiones sociales perpetradas no necesariamente por el sujeto enfermo, sino aun por algún pariente cercano, ya sea un hijo o la pareja, lo que convierte al dolor en un padecer inmerecido, pero aceptado. Sus dolencias se viven como una prueba de fe, una enseñanza divina o como una forma de purificación.

Las prácticas en torno a la religiosidad son principalmente la oración o la lectura de textos bíblicos en forma individual o colectiva, se visitan los lugares santos y se estrechan los lazos afectivos y sociales en los que el enfermo cumple una función mediadora. Es decir, el dolor tiene un uso social como integrador social, sobre todo en familias cuyos conflictos habían disgregado a sus miembros, y es precisamente el enfermo el que a partir de su padecer logra reunir a sus integrantes.

También se establecen funciones de difusión de las creencias religiosas a partir de la construcción de altares domésticos en los domicilios de los enfermos, que congregan a vecinos y familiares en torno a las imágenes sagradas. Puede ser el mismo paciente quien,

en la medida de sus posibilidades, lleva a cabo funciones de proselitismo de un determinado credo, aspecto que imprime al enfermo un papel social activo de primer orden.

El dolor crónico que desde el sentido religioso es experimentado como castigo nos llevó a explorar la condicionante de la violencia en la historia de vida de los pacientes que conformaron el grupo de estudio. El resultado fue, en la mayoría de los casos, que el aprendizaje del dolor se estableció desde la infancia a partir del castigo como parte del proceso educativo familiar y escolar primordialmente.

Ante estas evidencias podemos señalar que el dolor no es un mero suceso médico, el dolor es algo que implícitamente o conscientemente movilizamos con objetivos sociales o personales, usamos el dolor. Alan Morinis ha informado a propósito del uso del dolor en diferentes pueblos y tribus, donde los individuos que participan en ritos de iniciaciones adolescentes son mordidos, apaleados, tatuados, aterrados, mutilados, circuncidados, infibulados, cosidos, amarrados y sometidos a la amputación de partes del cuerpo (especialmente dientes y dedos). Morinis argumenta, de modo convincente, que estos rituales que causan dolor cumplen con un mecanismo cultural que induce o señala una transformación de la conciencia. ¿Por qué es el dolor y no otro medio el utilizado? Para este autor existe un vínculo inherente entre dolor y sacrificio de las libertades de la infancia, el dolor suprime nuestra independencia y nos liga con el mundo adulto, y no es coincidencia que el dolor propenda a calificar el episodio de iniciación como algo inolvidable. Las evidencias señalan que el dolor continúa sirviendo casi en todas partes de iniciación ritual. El más común de los usos ritualizados del dolor es la violencia doméstica (Morris, 1993: 203-210).

La prueba de que la violencia es productora de dolor es que la mayoría de las mujeres y hombres de nuestro estudio suf-



rieron durante gran parte de su infancia castigos físicos severos así como maltrato psicológico, principalmente de sus padres y cuidadores, y en su vida adulta continuó perpetrándose a través de sus parejas por medio del maltrato físico, la omisión de cuidados, el abandono o el chantaje económico. En las entrevistas a estos pacientes en varias ocasiones se menciona la violencia a la que han sido y son sometidos y que ellos mismos explican como elemento fundamental que ha condicionado su padecimiento de dolor crónico.

Ahora bien, si reconocemos que en el maltrato hay una relación de poder, hegemonía y subalternidad, la forma de acabar con este vínculo perverso es precisamente eliminar las diferencias jerárquicas, donde hombres, mujeres, niños y ancianos adquieran el valor que como seres humanos poseen. Para ello se hace necesario transformar las relaciones sociales en su conjunto, con lo que se borraría esa división artificial entre lo privado y lo público. ➔

**Cuadro 2. Comparativo de la evolución del dolor después del tratamiento (1985-1995 y 1996-2002) en la Clínica del Dolor del HGM.**

Porcentaje de mejoría	AÑOS	
	(1985-1995) %	(1996-2002) %
100%	19	17
95%	4	1
90%	26	9
85%	2	1
80%	11	13
75%	2	3
70%	4	1
60%	2	1
50%	4	9
40%	----	4
30%	----	3
25%	----	1
20%	----	1
10%	----	1
Evolución satisfactoria	16	23
Persiste el dolor	9	9
Pronóstico incierto	2	0
<b>Total</b>	<b>101</b>	<b>97</b>
<b>Muestra</b>	<b>57 casos</b>	<b>69 casos</b>

Fuente: Historias clínicas y libretas de registro (1985-2002) de la Clínica del Dolor del HGM.

### A modo de conclusiones

Explorar la religiosidad y la violencia en el interrogatorio clínico permite una comprensión más integral de las problemáticas de vida, que son las situaciones contextuales reales de los enfermos que asisten a la Clínica del Dolor. No hacerlo implica enmascarar la problemática y diluir la corresponsabilidad social que muy probablemente se relaciona con la efectividad de los tratamientos

algológicos, cuyos resultados cuantitativos, que aparecen en el Cuadro 2, demuestran la dificultad en el control de la sintomatología dolorosa y la persistencia del dolor intenso en un grupo considerable de enfermos a pesar de los reiterados tratamientos invasivos y farmacológicos que se instituyen en la Clínica del Dolor.

Es importante enfatizar que estos resultados se elaboraron a partir de los registros de la evolución del tratamiento en las historias clínicas, los cuales se hacen generalmente a partir de la segunda consulta y sólo en 60% de los historiales médicos. En la muestra revisada hay un rango entre una y 22 consultas individualmente.

Un análisis completo de la experiencia de vida del enfermo puede coadyuvar a establecer estrategias de atención más adecuadas y complementadas con las especialidades médicas pertinentes de acuerdo a cada caso, con el fin de lograr resultados de mayor eficacia en los que la terapia psicológica juega un papel fundamental. Finalmente, es necesario recordar la importancia de la verbalización en el rito terapéutico entre el médico y el paciente, así como entre el psicólogo y el paciente:

“La verbalización del sufrimiento tiene valor de liberación, rompe el cerrojo que tiene el sujeto en la repetición del traumatismo. Durante largo tiempo la víctima soporta las situaciones asociadas con la tortura: desnudez, contactos corporales, sonidos, olores. (...) la serie de heridas siguen horadando la carne acompañadas por otros sufrimientos: depresión, úlceras gástricas, dolores de cabeza, problemas dermatológicos, respiratorios, insomnios, etc. El dolor infligido de esta manera abre una brecha entre el yo de la víctima y el mundo. Lento, y en ocasiones imposible, es el retorno del sentimiento de seguridad ontológica necesario para la existencia y para la confianza hacia los demás” (Le Breton, 1999:248). **DOLOR**