La gramaticalmente inexistencia del dolor: límites lingüísticos y fisiológicos de su estudio



Luis Alberto Armenta Hernández
SEMUACH
albertoh2o7armenta@gmail.com

Nunca comprenderemos lo que ocurre en la mente del otro. El dolor que causamos resulta inconcebible científica y filosóficamente; ni pensar en nuestro dolor, que no podemos acertadamente comunicar. Existen barreras que jamás podremos superar: la complejidad y el lenguaje que usamos para hablar.

Comenzando desde nosotros, poseemos 100 millones de neuronas en cada área sensorial primaria. Estos elementos, constantes y edificantes permiten una enorme cantidad de patrones neurales. De este modo, el número de combinaciones y patrones neurales resultantes, en términos teóricos, es prácticamente ilimitado (1). Lógicamente podemos imaginar lo que no existe, y lo más importante, podemos imaginar lo que sí teorizamos que pueda existir ahí afuera, más allá de los límites de nuestra propia piel. En términos un poco más existenciales: estamos predestinados a percibir la materia de la cual, al mismo tiempo, estamos hechos. Un recíproco círculo de percepción universal. Poéticamente tierno, sin embargo, ¿Qué clase de percepción es el dolor? ¿Es mecanicista o subjetiva?

El dolor como experiencia y mecanismo

Si observamos las letras del texto, tenemos una capacidad aprendida para descifrar símbolos. Si miramos el color azul, recibimos el azul de forma pulcra y aisladamente. Mientras tanto, el dolor llega por la lateral, por las costillas y se integra como picahielo en nuestras arcaicas estructuras emocionales: es mirar a alguien que extrañamos. El dolor tiene por naturaleza mayor rapidez que el acto de observar *(Ver figura 5.3.1. y 5.3.2.).*

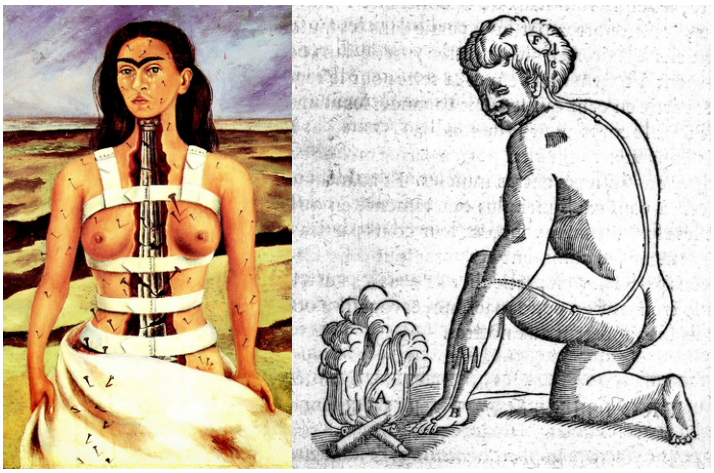


Figura 5.3.1. La columna rota (Frida Kahlo, 1944). Representación artística de la experiencia del dolor físico, en la que se observa la apertura del cuerpo y una columna jónica fragmentada en su interior. La obra refleja parte de la experiencia de Frida Kahlo, quien fue sometida a numerosas intervenciones quirúrgicas a lo largo de su vida.

Figura 5.3.2. El camino del dolor según Descartes (René Descartes). Representación artística del mecanismo del dolor propuesto por René Descartes, en la que se observa la concepción mecanicista del dolor mediante un estímulo que activa un trayecto nervioso hasta la glándula pineal. La imagen representa (A) el fuego como fuente de calor, (B) el punto de contacto en el pie, (C, D, E) el trayecto del hilo nervioso y (F) la glándula pineal, considerada por Descartes como sede del alma sensible. La obra ilustra la concepción mecanicista del dolor propuesta por Descartes.

La palabra dolor es un sustantivo culturalmente invariable, pues es universal. Vayamos a Tailandia o Japón; vengan pacientes de aquí o de allá, una de las principales causas de la consulta, y quizás la más apremiante, es el dolor. Pero, ¿Cuál

es su definición? “Una experiencia sensitiva y emocional asociada con, o que parecer ser similar a la asociada con, un daño tisular potencial” según la revisada definición de la Asociación Internacional para el Estudio del Dolor (IASP) (2). Por tanto, es diferente a la clásica nocicepción (transducción de la señal) resultado de la despolarización de dos clases de fibras nerviosas: las amielínicas lentas y constantes de tipo C, encargadas del dolor crónico y prolongado, y las mielínicas rápidas de tipo Aδ encargadas de la transmisión rápida y localizada del dolor (1,3). Entonces, puede existir un mecanismo biológico (nocicepción) pero sin percepción cognitiva (dolor). Además, interesantemente en las notas conceptuales de la IASP se añade: “la incapacidad para comunicarse verbalmente no niega la posibilidad de que un individuo experimente dolor”, en esta nota se hace entrever la natural característica subjetiva del dolor en los seres vivos y el paciente, concordante con los argumentos lógicos lingüísticos base de Wittgenstein, así como la definición de McCaffery (1979), donde nace la definición clínica moderna del dolor.

Las terminaciones nociceptivas viajan al asta posterior de la médula espinal, contactando con sus respectivas láminas de Rexed (I y II para las fibras C; I y V para las fibras Aδ); de forma posterior, la neurona de segundo orden toma una vía ascendente y transmite la información a estructuras de procesamiento superiores, resaltando como estrella en cuanto a datos experimentales recolectados de la vía espinotalámica, encargada de su representación en la corteza somatosensorial; también la vía espinoparabraquial, que se encarga de llevar la información a la amígdala y la ínsula para su respuesta emocional y de apego al estímulo doloroso. También, está presente la espinorreticular, la cual está relacionada con la respuesta del Sistema Nervioso Autónomo al dolor (1). Pero, no solo son tractos, también está presente el sistema monoaminérgico descendente para la regulación del dolor. Entre estas carreteras existe una estación de autoservicio, el grupo de neuronas medular rostro-ventral [RVM], el cual posee tres clases de células: on (que facilita las señales de dolor), off (inhibe las señales con su naturaleza GABAérgica) y las neutrales. La médula a lo largo del tiempo presenta “estados nociceptivos” que son establecidos por teorizados cambios temporales y estructurales en la *comunicación espino-supraespinal*. En experimentos medulares se observa que la administración de capsaicina, sustancia activadora del receptor TRPV1 y la misma presente en el picante, promueve una sincronización *temporal* entre RVM y el asta posterior de la médula espinal (4). El flujo de la información espino-supraespinal es una interrogante densa, pues a los 5 minutos de la estimulación nociceptiva se observa, mediante el modelado de la causalidad de Granger, que la información viaja ascendentemente para después ser un flujo descendente a los 45 minutos del dolor, con probable repercusión en los estados patológicos crónicos que nos muestran que el dolor es un tipo de memoria que puede ser reforzada o silenciada *(Ver figura 5.3.3.).*

Pero, ¿a qué van estos mecanismos si no podemos determinar objetivamente el dolor (como sí sucede con otros aspectos nosológicos medibles)? El punto es que, justamente eso, no podemos definir ni

como médicos/médicas o individuos el dolor del otro. Únicamente poseemos aproximaciones a la experiencia orgánica, ya sea mediante lenguaje verbal, no verbal y las respuestas del organismo. Todo esto recae en el problema de "la otra mente" y una cierta forma de solipsismo guiñando algunos rincones del problema. Si solo observo tu comportamiento, y mis observaciones son dependientes de mi propio estado mental, ¿Cómo puedo saber lo que pasa en tu mente u otras mentes si no estoy experimentando eso? ¿Cómo puedo afirmar que alguien que no sea yo siente dolor?

Wittgenstein argumenta:

Si tenemos que imaginar el dolor de alguien basado en nuestro propio modelo, no es algo fácil de hacer, porque tengo que imaginar un dolor que yo no siento en un modelo del dolor que de igual forma no siento (5).

Entonces, filosóficamente las deducciones son tajantes. Primero, la afirmación: "tengo dolor" o *"I am in pain"* son un error de tipo gramatical en el lenguaje mismo, porque le damos al dolor la cualidad de objeto en la oración. Siguiendo el análisis de Wittgenstein, imaginemos que todos tenemos una caja, y en esa caja tenemos un escarabajo, pero no podemos ver la caja de las demás personas, solo la nuestra (como sucede con la experiencia consciente). Si aprendemos por el lenguaje, que lo que hay en la caja se le nombra escarabajo, y a la caja de los demás también se dice que tienen un escarabajo (aunque no podamos verla), ¿Cómo sabemos que todos tenemos un escarabajo, o una mariposa o está vacía la caja? Esto demuestra lo imposible de un

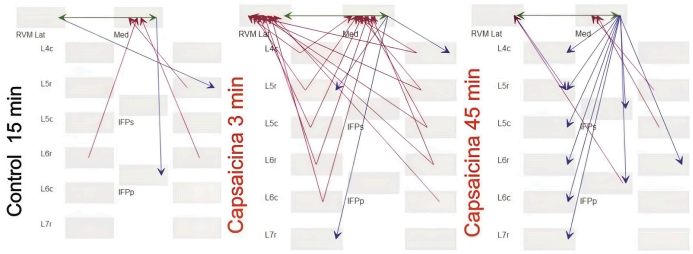


Figura 5.3.3. Tomado y adaptado de Donchev NP et al. [("2): Se observa un estado control en el minuto 15 del experimento en los niveles medulares de L4 o L7 de la médula espinal de un gato. Posteriormente a la administración del capsaicina en el minuto 3 hay un flujo de información ascendente, relacionado con los primeros instantes de procesamiento del dolor, para después observarse un flujo de información descendente al minuto 45, relacionado con la adaptación crónica del estado nociceptivo.

lenguaje individual para cada experiencia, entrando el concepto de "juegos de lenguaje", y son juegos debido a que seguimos reglas implícitas y explícitas para el uso de palabras como "dolor", por tanto, dolor no es mi dolor, sino una herramienta de lenguaje que sólo cobra sentido en el contexto (si gritamos, lloramos, nos quejamos).

Aprendemos lo que significa "sentir dolor", y eso mismo que aprendemos nos limita en nuestra forma de responder a esa experiencia. Resultando que la palabra dolor tiene una función social, más que una función descriptiva y personal.

Queda claro que es un incompleto error en el lenguaje referirse a lo individual de la experiencia que por sí misma es "inefable". Lo importante es aclarar la función del lenguaje como un marco social para comunicar una experiencia construida (el dolor-objeto), para que, cuando se intente mirar de una forma cercana un contexto clínico o individual, se contemple en esa experiencia no solo el objeto del lenguaje (que exista el dolor solo si el paciente lo dice o lo expresa).

El dolor es una homeostasis emocional (6), que presenta factores psicofísicos y fisiológicos. Evitar un reduccionismo lingüístico y práctico permite una empatía por el sufrimiento ajeno, así como una mejoría en la práctica clínica diaria.

No es un mecanismo, ni un juego de palabras: el dolor es una experiencia y debe de tratarse como tal, con respeto a quien lo está viviendo y con consciencia en quién lo está atendiendo.

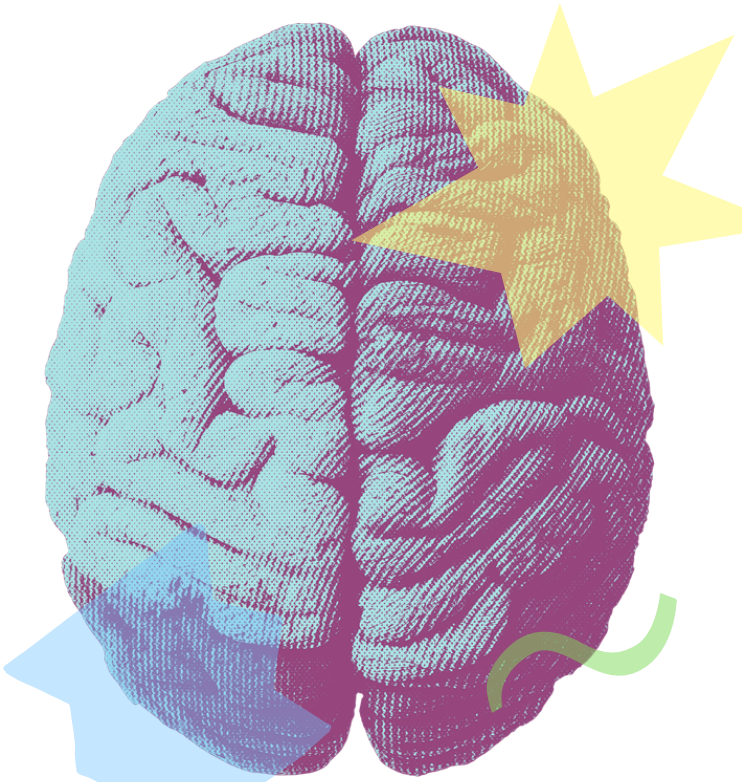
Pequeño epílogo: el dolor es solo definido por el paciente

A partir de lo anterior, se añade el análisis de McCaffery, definición clínica moderna del dolor: “El paciente es el único capacitado para poder definir qué es el dolor en cada situación (7)”. Ya se dijo que es imposible descartar la experiencia de dolor en el sujeto aunque haya ausencia de expresión verbal o no verbal. Inclusive, existen respuestas autonómicas de la frecuencia cardiaca que demuestran la existencia de un estímulo nociceptivo que puede ser percibido como dolor, aunque el paciente sea incapaz de decirlo, como por ejemplo, en una parálisis motora.

Concluyendo, el dolor no es solo una alarma que debe apagarse, pues su manejo constituye un análisis activo y emocional por parte del médico. Comprender los límites lingüísticos y fisiológicos de su estudio promueve una búsqueda de información actual en el lector, pues se evita caer en un reduccionismo estático del fenómeno, aproximándose a la realidad dinámica, social, lingüística y científica del mismo.

REFERENCIAS

1. Kandel ER, Koester JD, Mack SH, Siegelbaum SA. Principles of Neural Science. 6th ed. New York: McGraw Hill; 2021.
2. International Association for the Study of Pain. IASP Taxonomy: Pain terms [Internet]. Washington, D.C.: IASP; 2020 [actualizado el 16 de julio de 2020; citado el 26 de julio de 2026]. Disponible en: https://www.iasp-pain.org/resources/terminology/
3. Basbaum AI, Bautista DM, Scherrer G, Julius D. Cellular and Molecular Mechanisms of Pain. Cell. 2009;139(2):267-84. doi:10.1016/j.cell.2009.09.028
4. Donchev NP. La estimulación nociceptiva produce cambios no aleatorios (estructurados) en el tiempo y la dirección del flujo de información entre las neuronas del cuerno dorsal y los núcleos del tallo cerebral [Tesis de Maestría]. Ciudad de México: Centro de Investigación y de Estudios Avanzados del Instituto Politécnico Nacional, Unidad Zacatenco; 2018.
5. Wittgenstein L. Philosophical Investigations. Anscombe GEM, Rhees R, editores. Oxford: Blackwell; 1953.
6. Craig AD. A new view of pain as an homeostatic emotion. Trends Neurosci. 2003;26(2):303-7. doi:10.1016/S0166-2236(03)00123-1
7. McCaffery M. Nursing Management of the Patient with Pain. 2nd ed. Philadelphia: J.B. Lippincott Company; 1979.



“Y con dolor hemos vivido para comprender desde arriba o al revés, que el dolor del otro puede ser más fuerte que el propio.”