



**UNIVERSIDAD NACIONAL AUTÓNOMA DE  
MÉXICO**

---

---

**FACULTAD DE FILOSOFÍA Y LETRAS**

**DOLOR QUE NO DUELE: PROBLEMAS DEL  
CONCEPTO DE DOLOR**

**T E S I S**

**QUE PARA OBTENER EL TÍTULO DE:  
LICENCIADO EN FILOSOFÍA**

**P R E S E N T A:  
ABRAHAM SAPIÉN CÓRDOBA**

**DIRECTORA: DRA. LAURA DUHAU GIROLA**



CIUDAD UNIVERSITARIA, 2011



Universidad Nacional  
Autónoma de México

Dirección General de Bibliotecas de la UNAM

**Biblioteca Central**



**UNAM – Dirección General de Bibliotecas**  
**Tesis Digitales**  
**Restricciones de uso**

**DERECHOS RESERVADOS ©**  
**PROHIBIDA SU REPRODUCCIÓN TOTAL O PARCIAL**

Todo el material contenido en esta tesis esta protegido por la Ley Federal del Derecho de Autor (LFDA) de los Estados Unidos Mexicanos (México).

El uso de imágenes, fragmentos de videos, y demás material que sea objeto de protección de los derechos de autor, será exclusivamente para fines educativos e informativos y deberá citar la fuente donde la obtuvo mencionando el autor o autores. Cualquier uso distinto como el lucro, reproducción, edición o modificación, será perseguido y sancionado por el respectivo titular de los Derechos de Autor.

A quien corresponda

## **Agradecimientos**

Agradezco a todas las personas que me ayudaron en la realización de esta tesis. A quienes me escucharon una y otra vez hablar sobre el dolor y me dieron su opinión al respecto. A quienes me leyeron y me dieron sus comentarios y correcciones. A quienes soportaron las discusiones sobre el dolor, de donde salieron prácticamente todos los ejemplos e intuiciones de este trabajo. Una disculpa a las personas que pellizqué y convencí de pellizcarse para experimentar la diferencia entre el dolor hecho por alguien más y el auto-infligido. Gracias a todas las personas de quienes la interacción y discusión se enriqueció esta tesis. En verdad, muchas gracias.

## Índice

|  | <b>Página</b> |
|--|---------------|
| Introducción   | 5             |
| Capítulo I.  | 8             |
| El concepto de dolor del sentido común   |               |
| 1.1 El dolor duele   | 10            |
| 1.1.1 ¿Lo desagradable es suficiente?  | 10            |
| 1.1.2 ¿Lo desagradable es necesario?   | 11            |
| 1.2. Creo que mi dolor me duele  | 14            |
| 1.2.1 ¿Mi creencia es suficiente?  | 14            |
| 1.2.2 ¿Mi creencia es necesaria?   | 17            |
| 1.3. El dolor no duele o no conozco mi dolor                                       | 18            |
| 1.4. Otro concepto de dolor  | 22            |
| Capítulo II.   | 27            |
| Problemas para el concepto de dolor del sentido común:<br>Masoquismo y Disociación |               |
| 2.1. Masoquismo  | 29            |
| 2.1.1 Versiones sobre el masoquismo  | 29            |
| 2.1.2 Dolor como medio, dolor como fin   | 31            |
| 2.1.3 Una versión médica del masoquismo  | 35            |
| 2.2. Disociación del dolor   | 38            |
| 2.2.1 Dolor circunstancial   | 39            |
| 2.2.2 El gen del dolor   | 42            |
| 2.2.3 El dolor auto infligido  | 45            |
| 2.3. Conclusión de casos controversiales   | 48            |
| Capítulo III.  | 50            |
| Un mejor concepto de dolor   |               |
| 3.1 Un nuevo concepto de dolor   | 51            |
| 3.1.1 Infalibilidad y suficiencia de la creencia                                   | 51            |
| 3.1.2 ¿La conjunción sensación-evaluación es necesaria?                            | 54            |
| 3.1.3 ¿La conjunción sensación-evaluación es suficiente?                           | 57            |
| 3.2. El Dolor en el Masoquismo y la Disociación                                    | 58            |
| 3.2.1 Evaluación y Masoquismo  | 58            |
| 3.2.2 Evaluación y Disociación   | 59            |
| Conclusión   | 63            |
| Referencias  | 65            |

## Introducción

El tema central de esta investigación es el dolor y la manera en que podemos entenderlo conceptualmente. En este trabajo se analizarán dos distintas maneras de entender al dolor: una se apoya en las intuiciones del sentido común y la otra en el trabajo conjunto entre filósofos y médicos dedicados al estudio del dolor. A lo largo de este trabajo se analizará a cada una de las acepciones del concepto de dolor y, finalmente, se mostrará que la segunda de ellas es mejor para definir a la sensación de dolor. El concepto de dolor del sentido común se enfrenta con algunos problemas, los cuales son resueltos por el segundo concepto. Así, este segundo concepto resulta mejor dado que explica tanto las situaciones comunes de la sensación de dolor, como aquellas que resultaban imposibles de explicar desde el concepto del sentido común.

En el primer capítulo se comenzará analizando el concepto de dolor del sentido común. Esta manera de exponer al concepto de dolor es retomada del artículo de Daniel Dennett "*Why you can't make a computer that feels pain*" (Dennett, 1978). Posteriormente, en el mismo capítulo, se expondrá otra acepción del concepto de dolor basada en algunas investigaciones médicas las cuales son expuestas por Murat Aydede y Güven Güzeldere en su artículo "*Some Foundational Problems in the Scientific Study of Pain*" (2002).

Después de evaluar las características que el sentido común le atribuye al dolor, se expondrá el argumento de Dennett, según el cual si se les toma como esenciales al concepto de dolor, éste cae en irremediables contradicciones. Usualmente aceptamos que somos infalibles sobre nuestro propio dolor, es decir, si creemos que tenemos dolor es porque realmente lo tenemos, y también solemos pensar que el dolor es algo desagradable. En otras palabras, aceptamos que si creemos sinceramente que nos duele la muela, es porque efectivamente nos duele, así como también pensamos que el dolor es algo desagradable y es por eso que cuando nos duele la muela, tomamos algún analgésico para que el dolor cese.

Esta manera de entender al dolor, aunque parece plausible, tiene algunos problemas al explicar tanto al fenómeno de masoquismo, así como situaciones conocidas como disociación reactiva (DR). En los casos de DR las personas creen tener dolor, pero afirman que éste ya no les molesta y en el masoquismo la gente dice que el dolor no sólo no es molesto, sino placentero. Esto es problemático para el concepto de dolor del sentido común, puesto que tanto en el masoquismo como en la DR, las personas creen que tienen dolor, lo cual asegura que lo tienen, pero no lo consideran desagradable. Si el concepto del sentido común postula que el dolor es una sensación necesariamente aborrecible, no puede ser que los masoquistas disfruten de su sensación de dolor ni que en la DR las personas sean indiferentes hacia su dolor.

Después de exponer el concepto de dolor del sentido común y mostrar cómo este concepto entra en contradicciones, se expondrá una segunda manera de entender al dolor. Aydede y Güzeldere proponen entender al dolor como un fenómeno complejo, compuesto por al menos dos características fenoménicas: por un lado la sensación peculiar del dolor y, por el otro, la evaluación de dicha sensación. Apoyándose en su artículo, se propondrá un segundo concepto de dolor, el cual permitirá la posterior comparación de ambas interpretaciones conceptuales sobre el fenómeno de dolor. Este nuevo concepto será analizado a fondo en el último capítulo; se mostrará que este segundo concepto logra explicar ejemplos de dolor, los cuales no pueden ser explicados desde el concepto de dolor del sentido común.

En el segundo capítulo se analizarán más a fondo los casos problemáticos para el concepto de dolor del sentido común. Esto se hará para tener una concepción más clara de las situaciones específicas que son problemáticas y que el primer concepto no puede resolver. Este esclarecimiento se centrará en el masoquismo y en la DR. Al saber con mayor exactitud qué entendemos por ellos, se podrá dar una solución nítida acerca de su relación con el concepto de dolor. Se comenzará analizado con más detalle al masoquismo. Se verá que, dado que no hay unanimidad sobre qué es, puede ser visto de distintas formas y no todas ellas representan un problema para el concepto de dolor del sentido común. Argumentaré que hay dos

maneras principales en las que se puede entender la idea de que el masoquista disfruta el dolor y que sólo una de ellas es realmente problemática para el primer concepto. El masoquista debe de considerar a la experiencia dolorosa como placentera por sí misma, la sensación de dolor debe ser un fin.

Más adelante se expondrán los casos de DR, los cuales hacen que el concepto de dolor del sentido común entre en conflicto de manera más clara. Se expondrán algunas de las situaciones en las que este fenómeno se presenta y que puede haber distintas maneras en las que las personas son indiferentes hacia su dolor. Hay veces en que las personas tienen un dolor que consideran desagradable, pero en otras ocasiones no lo valoran así. En otros casos las personas sienten dolor, pero esta sensación nunca les parece molesta e incluso hay veces que las personas no sienten dolor, aunque esto último puede ser puesto en duda. Los casos de disociación del dolor son problemáticos para el concepto de dolor del sentido común, así que habrá que analizar si hay otra forma de entender al dolor que logre explicar por qué, en este tipo de ejemplos, las personas dicen tener dolor, pero son indiferentes hacia su experiencia de dolor.

En el tercer capítulo, se abordará el masoquismo y los casos de disociación bajo el segundo concepto de dolor. Se analizarán las características que se proponen en este nuevo concepto y se expondrán las posibles soluciones para el dolor en el masoquismo y en la disociación del dolor. Se mostrará que el nuevo concepto que se ofrece es más eficaz para explicar la experiencia de dolor. Puede resolver satisfactoriamente tanto las situaciones cotidianas de dolor, como aquellas en las que las personas son indiferentes hacia su sensación e incluso les gusta sentir dolor.

En ambos conceptos se considerará que somos infalibles sobre nuestro propio dolor. La principal diferencia es que el concepto del sentido común considera al dolor como una sensación necesariamente desagradable, mientras que el segundo concepto lo toma como compuesto de la sensación de dolor más una evaluación de esa sensación. Finalmente se concluirá que el nuevo concepto es mejor para explicar la experiencia de dolor.

# Capítulo I

## El concepto de dolor del sentido común

El objetivo de este primer capítulo es evaluar el concepto de dolor según el sentido común. Primero se expondrán dos características que el sentido común atribuye al dolor. Éstas serán analizadas por separado y después se revisarán algunos casos en los que dichas características entran en conflicto si son consideradas como esenciales. Para esto me apoyaré en las características que Daniel Dennett dice que el sentido común le atribuye al dolor. Posteriormente Dennett crítica estas características en su artículo “*Why you can’t make a computer that feels pain*” (Dennett, 1978).

Según él, las características del concepto de dolor del sentido común entran en contradicción y lo hacen en ciertos casos médicos llamados disociación reactiva (DR). En este artículo el autor se pregunta sobre la posibilidad de generar máquinas capaces de sentir dolor, lo cual lo lleva a indagar sobre el concepto de dolor. Dado que las intuiciones del sentido común acerca del dolor son contradictorias, Dennett propone deshacernos de todo tipo de característica esencial sobre el dolor y generar el concepto a partir de las investigaciones neurocientíficas:

Recomiendo [...] deshacernos de todos los rasgos “esenciales” del dolor y dejar que los estados de dolor sean cualesquiera estados de “clases natural” que los neuro-científicos encuentren (si es que alguna vez los encuentran) que normalmente producen todos los efectos normales [...] [L]a inhabilidad de un modelo robot de satisfacer todas nuestras exigencias intuitivas puede no deberse a la incoherencia irremediable del fenómeno de dolor, sino a la incoherencia irremediable de nuestro concepto ordinario de dolor. (Dennett, 1978, p. 228)<sup>1</sup>

---

<sup>1</sup> La traducción es mía.

Si estamos buscando la definición de “dolor”, podemos tratar de hallar cuáles son las condiciones necesarias y suficientes para que algo sea dolor y no otra cosa. Así, evaluaré si las características del dolor según el sentido común son necesarias y suficientes para tener la sensación de dolor. Analizaré cada una de las características por separado. Primero analizaré su suficiencia y después su necesidad para la experiencia de dolor. Después, examinaré a ambas características en conjunto y expondré los casos de DR, los cuales, según Dennett, muestran que si dichas características son tomadas como esenciales, el concepto de dolor entra en contradicción. Después de haber analizado el concepto de dolor del sentido común, expondré otra acepción del concepto de dolor, la cual trata de dar cuenta de la complejidad fenomenológica del dolor (Aydede y Güzeldere, 2002).

Las características esenciales de dolor según el sentido común, presentadas así por Murat Aydede en su artículo sobre dolor, son las siguientes (Aydede, 2005):

**(a)** Las experiencias de dolor son esencialmente dolorosas, horribles, abominables, de forma tal que es lógicamente imposible tener una experiencia de dolor afectivamente neutral.

**(b)** El acceso de un sujeto a sus experiencias de dolor es esencialmente “privilegiado o infalible o incorregible” (Dennett, 1978, p. 226).<sup>2</sup>

---

<sup>2</sup> La traducción es mía.

## 1.1 El dolor duele

### 1.1.1 ¿Lo desagradable es suficiente?

La primera característica del dolor nos dice, en pocas palabras, que el dolor es algo necesariamente desagradable. Aparentemente el hecho de que algo sea desagradable no es suficiente para ser considerado como dolor. Fácilmente podemos pensar en muchas cosas que consideramos molestas, pero no por ello creemos que son casos de dolor. Por ejemplo, puede haber un compañero de trabajo que consideramos completamente desagradable. Su compañía nos parece extremadamente aborrecible porque nos molesta en demasía su sentido del humor. Pero, en un caso como este, no importa qué tan malo sea el sentido del humor de nuestro colega, no nos duele oír sus chistes. Y aún si dijéramos tal cosa, no lo decimos en el mismo sentido que nos duele una muela.

Pero el ejemplo del compañero desagradable parece ser un poco tramposo, ya que no es molesto en el mismo sentido que el dolor de muela, no es desagradable en tanto sensación. Si hablamos del dolor como sensación, deberíamos de encontrar alguna sensación desagradable, que no por el simple hecho de serlo la consideremos como dolor. Esto parece un poco más complicado, pues si pensamos en sensaciones desagradables, fácilmente nos viene a la cabeza el dolor. Pero el dolor no es la única sensación desagradable. Por ejemplo, tener hambre no es una sensación agradable, pero el hambre no es dolor. Alguien podría decir que cuando tiene muchísima hambre, le duele el estómago, pero generalmente el hambre no es tan horrible. Además, en esta situación, parece que mucha hambre genera dolor, mas no que el hambre sea dolor. Pero para quedar satisfechos con el contra ejemplo, tratemos de hallar una sensación que no sólo sea desagradable, sino horrible y aborrecible, pero que no sea dolor.

¿Podemos pensar en una comezón completamente abominable? Me parece que sí. No conozco la referencia exacta, pero recuerdo haber oído de

crónicas de los tiempos en que los españoles llegaron a lo que ahora es América y en ellas se relatan los estragos que hicieron los piquetes de mosquitos en las tropas europeas. Los conquistadores fueron picados por cientos de mosquitos en la selva. Los piquetes y la comezón eran tales que los desquiciaban al punto que algunos de ellos se suicidaban. Lo importante de este ejemplo no es la comezón de los españoles, sino que puede haber una comezón tal que es aborrecible experimentarla. Así que lo desagradable o aborrecible no parece ser suficiente para que una sensación sea dolor. La comezón de los españoles no es dolor sólo por ser muy desagradable, simplemente es una comezón muy desagradable.

### **1.1.2 ¿Lo desagradable es necesario?**

En términos generales es fácil aceptar que el dolor es algo que no queremos, aunque si alguien afirma que el dolor es algo necesariamente indeseable, inmediatamente se le refutará con el ejemplo de los masoquistas. La idea común que tenemos sobre el masoquismo es que se trata de personas que sienten placer al experimentar dolor, pero esto claramente contradice la idea de que el dolor es algo indeseable. Así que si tenemos ambas ideas, por un lado pensamos que el dolor es algo necesariamente molesto, pero, por el otro, pensamos que el masoquista disfruta el dolor, entonces, si deseamos ser congruentes, tendremos que deshacernos de una de estas nociones.

Así que, o bien el dolor no es necesariamente desagradable o aquello que experimentan los masoquistas no es dolor. Si por un lado alguien dice que el dolor es necesariamente indeseable, pero por el otro alguien más cree que un masoquista experimenta dolor agradable, y si ambos se apoyan en meras intuiciones, ¿quién tiene la razón? Para poder elegir a un ganador no nos podemos basar sólo en el hecho de que ambos consideran a su versión intuitiva. Debe haber algo más que favorezca a alguna de las opciones.

No es difícil aceptar que el dolor y el placer existen y que son dos cosas distintas; y para salvar la intuición del masoquista, digamos que el dolor y el

placer pueden gustar o disgustar. De esta manera lo que el masoquista experimenta es un dolor que le gusta, así como también puede haber dolores que le disgusten. Siguiendo esta idea podemos concluir que hay cuatro posibles opciones distintas: (I) dolor que disgusta, (II) dolor que gusta, (III) placer que disgusta y (IV) placer que gusta. De esta manera podemos rescatar la intuición masoquista de que el dolor puede ser deseado: es deseado porque es un caso (II).<sup>3</sup>

Si aceptamos lo anterior, debe haber algún criterio para poder distinguir (I) de (II); debe de haber algo similar en ambos casos, puesto que ambos son dolores, pero también debe haber algo que los haga diferentes. Y siguiendo la clasificación anterior, también tendrá que haber una manera de saber que sentimos placer, pero con la habilidad de diferenciar placeres que nos gustan de placeres que nos disgustan, aún si suena especialmente extraño hablar de placeres que hallamos molestos o desagradables. Pero para los fines de este momento sólo pensemos en la diferencia entre dolor que disgusta y dolor que gusta.

Supongamos que ladrar y maullar son características necesarias y suficientes para ser perro o gato, correspondientemente. En una ocasión vamos a casa de un amigo y este nos muestra a su “gato que ladra”; ¿qué podemos concluir de esta situación? Al menos podemos llegar a tres soluciones distintas: la primera es que tenemos que redefinir nuestra distinción gato/perro, así que habrá que hallar una nueva característica esencial para diferenciarlos puesto que un ladrido o un maullido ya no es suficiente; la segunda opción es inventar nuevas categorías de animales, por ejemplo, podríamos llamar “garro” a aquello que parece gato y ladra, o “peto” a ese animal que visualmente es como un perro pero maúlla; la tercera opción es apelar a la previa distinción gato/perro y decirle a nuestro amigo: si tu gato ladra, no es un gato, es un perro.

---

<sup>3</sup> Otro caso de *dolor que gusta* se presenta cuando se realizan deportes: la acumulación de metabolitos en el músculo, particularmente de ácido láctico, irrita a las terminales nerviosas libres y conduce a una percepción dolorosa. Lo interesante no es este fenómeno, lo realmente interesante es que cuando los deportistas se someten a masajes de las masas musculares adoloridas reportan un dolor placentero. No discutiré aquí estos casos a fondo, me centraré en el caso de los masoquistas.

Si vemos esto último en analogía con el caso del masoquismo, en donde el agrado y el desagradado son características suficientes y necesarias del placer y del dolor, respectivamente, entonces podemos llegar nuevamente a tres soluciones: la primera es que tenemos que redefinir los conceptos de dolor y placer, ya que el hecho de que nos agrade o desagrade no basta para distinguirlos; la segunda es que inventemos una nueva categoría de sensación para el caso de los masoquistas, puesto que lo que ellos describen no entra dentro de la distinción dolor/placer; o, la tercera opción, es apelar a la vieja distinción entre dolor/placer y decir que el masoquista, en tanto que recibe un estímulo que considera placentero, entonces lo que siente no es dolor, es placer.

El problema con la primera de las opciones es que se multiplican los criterios, pues debemos de tener algo que nos indique si es dolor y algo más que nos haga saber si es o no placentero. La segunda opción nos obliga a generar nuevas entidades, pues ya no hay sólo dolor y placer, hay una nueva sensación-masoquista que mezcla al dolor y al placer. La última alternativa huele a petición de principio y quita la autoridad a los masoquistas sobre sus propias experiencias. Si aceptamos la tercera conclusión, debemos decirle al masoquista que él cree que lo que siente es dolor, pero que en realidad sólo está utilizando erróneamente los términos. Así que tiene una de dos opciones: si se aferra a que su sensación es agradable, entonces lo que siente es placer o si mantiene que lo que experimenta es dolor, entonces lo que siente no le agrada.

Así que tenemos dos opciones para dar respuesta a si lo desagradable es necesario al dolor: podemos salvar la intuición del masoquista, lo cual mostraría que tener una sensación desagradable no es necesario para sentir dolor o guardar la idea de que el dolor es necesariamente desagradable y desdeñar los casos de masoquismo como genuinos casos de dolor. Así que podemos hacernos la pregunta ¿preferimos una teoría del dolor que no pueda explicar los casos controversiales como el del masoquismo o una teoría que incluye esos casos, pero que se vuelve aún más compleja? Dependiendo de nuestra respuesta, podemos determinar si ser desagradable es necesario para la experiencia de dolor. Si lo es, eso explica por qué en la mayoría de las

ocasiones que sentimos dolor, deseamos que éste pare, pero deja en duda qué es lo que los masoquistas sienten. Si no lo es, entonces lo que sienten los masoquista es dolor, pero no sabemos exactamente qué diferencia a la mayoría de los casos, en los que el dolor es molesto, de la experiencia masoquista, en la que el dolor es placentero.

## **1.2. Creo que mi dolor me duele**

### **1.2.1 ¿Mi creencia es suficiente?**

Sigamos con la segunda característica del dolor: somos infalibles sobre nuestro propio dolor. Esto es equivalente a decir que el hecho de que creamos que tenemos dolor asegura que efectivamente lo tenemos. Esto no significa que nuestra creencia de dolor nos genere dolor, ni tampoco que la sensación de dolor es idéntica a la creencia de que tenemos dolor. Lo que sí implica esta característica es que si creemos con veracidad que estamos sintiendo dolor, no es posible que no lo sintamos. Si nuestra creencia sobre la presencia de nuestro propio dolor es suficiente para asegurar que tenemos la sensación de dolor, entonces somos infalibles sobre nuestro propio dolor.

Si la creencia de que tenemos dolor es suficiente para tenerlo, entonces es inimaginable una situación en la que creamos tener dolor y no lo tengamos. Si tenemos un acceso privilegiado a nuestro propio dolor, nadie nos puede corregir sobre la creencia sobre nuestro dolor. Esto puede parecer engañoso, ya que alguien podría decir que es posible que una persona me esté clavando algo y yo no sienta dolor, como ocurre en las operaciones en las que uno se halla sedado. Pero esto no es un contra ejemplo al hecho de que la creencia del dolor propio es infalible, porque lo que afirma esta característica del dolor es que si yo creo que me duele, entonces es un hecho innegable que

efectivamente me duele, mas no afirma que si alguien más cree que me duele, entonces sea así.

Lo que sí nos muestra este ejemplo es que el daño físico no parece ser una condición suficiente para sentir dolor, porque nuestro cuerpo puede estar dañado, pero podemos estar sedados o muertos y no sentir nada. Esto nos puede llevar a considerar si el estado en que nos hallamos importa para la experiencia del dolor, por ejemplo, parece que uno de los criterios para atribuirle dolor a algo es que esté vivo, como dice Wittgenstein: “[U]n cadáver nos parece totalmente inaccesible al dolor. — Nuestra actitud no es la misma hacia lo vivo que hacia lo muerto.” (Wittgenstein, 1953, §284)<sup>4</sup>. Esto es, cuando se trata de dolor, claramente tenemos una actitud hacia lo vivo y otra con lo muerto.<sup>5</sup>

La detección del dolor es uno de los principales problemas para la filosofía de la mente. Putnam comenta, al inicio de *The Nature of Mental States*, que uno de los intereses típicos de los filósofos de la mente es saber cómo atribuir dolor a los demás (Putnam, 1967). Poder tener un criterio seguro sobre el dolor de alguien parece extremadamente complicado y esto probablemente es el resultado de que no sentimos el dolor de los demás, pero sí sentimos nuestro dolor. Detectar el dolor propio no es algo que parezca extraño y aún si no podemos explicar exactamente cómo es que tenemos este acceso directo a nuestro propio dolor, sabemos que lo tenemos.

Cuando se trata de dolor, parecen ser claramente distintos el dolor de los demás y el dolor propio. Si indagamos cómo atribuimos dolor a las demás personas probablemente llegaremos a la conclusión de que es a partir de ciertas evidencias que observamos. Pero no lo hacemos así para nosotros, no necesitamos un espejo y a partir de nuestra conducta observable decidimos si nos atribuimos dolor. Nuestro propio dolor simplemente lo sentimos y sabemos

---

<sup>4</sup> Traducción Alfonso García Suárez y Ulises Moulines del alemán al español.

<sup>5</sup> En cualquier caso no sostengo que estar vivo, aunque pueda ser buen candidato, sea una característica necesaria para sentir dolor. Por ejemplo, cabe la duda de si los zombies pueden sentir dolor (tomando en cuenta que bajo una descripción fisiológica están muertos). Por estos zombies me refiero a *Hollywood Zombies*, los cuales a pesar de ser un poco torpes probablemente poseen qualia, y no a los *Philosophical Zombies*, los cuales obviamente no sienten dolor (Chalmers, 1996).

que lo tenemos. El criterio que usamos para atribuir dolor no es el mismo para nosotros y para los demás, puesto que la manera en que conocemos el dolor en estos casos es distinta (Bennett y Hacker, 2003, p. 84).

A pesar de que podemos encontrar frases como “siento tu dolor”, no parece que esto sea en el sentido fuerte de estar experimentando exactamente la misma sensación que la otra persona. Más bien este tipo de oraciones se usan para informar preocupación hacia los otros. Es decir, sería extraño decirle a alguien “siento tu dolor” justo después de que se aplasta un dedo o después de caerse o mientras sufre de una grave quemadura. También podemos sentir compasión por otros individuos si creemos que están experimentando algún dolor o sufrimiento, pero no sentimos lo que ellos sienten de la misma manera que ellos.

Imaginemos la siguiente situación: por alguna razón alguien siente un grave dolor de estómago; es una persona racional que sabe usar correctamente la palabra “dolor” en tanto que es hablante nativo del español. Esta persona va al médico y, después de ser revisada, éste concluye que el paciente, a partir de la información fisiológica, no puede tener dolor. El médico no detecta ninguna anomalía en su estómago ni en ninguna otra parte de su cuerpo y por tanto diagnostica que no le duele el estómago. ¿Podríamos aceptar este diagnóstico médico? Aparentemente no, no puede haber una situación en la que alguien te pueda decir con veracidad: tú crees que tienes dolor, pero en realidad no sientes dolor.

Al parecer la creencia sobre tener un dolor es suficiente para efectivamente tenerlo ¿o acaso podemos imaginar una situación en la que creamos que tenemos dolor de muelas, pero en realidad no lo tengamos? Parece extraño pensar que tengo la firme creencia de que me duelen las muelas, pero de hecho no me duelen. Pensemos en el caso de la hipnosis, si alguien es hipnotizado y se le da el comando de que al despertar tendrá un dolor en el dedo meñique. En este caso hipotético ¿hay una diferencia entre que el hipnotizado (1) crea que le duele el dedo meñique y (2) que le duela el dedo meñique?

Supongamos que el hipnotizado presenta todas las conductas que esperaríamos de alguien que tiene dolor: se queja del dolor, busca tomar algún calmante para aliviar su dolor, respira más rápido, gime, etc. En la ilusión hipnótica ¿es posible que haya (1) sin que esté presente (2)? ¿El hipnotizado puede creer que tiene dolor pero no tener el dolor? Estos ejemplos son dudosos, pero al menos ponen de manifiesto la estrecha relación entre la creencia de tener dolor y tener dolor. Parece difícil tener (1) sin (2), así que probablemente la salida será admitir que la firme creencia de tener dolor es suficiente para efectivamente tenerlo.

### **1.2.2 ¿Mi creencia es necesaria?**

Si aceptamos que la creencia de tener dolor es suficiente para efectivamente tenerlo, eso no implica que la creencia también sea necesaria. De hecho, podemos tener dolor sin tener la creencia de que lo tenemos. Si pensamos esto en el ejemplo de la hipnosis, no es tan fácil verlo, puesto que en esta situación al hipnotizado se le genera dolor a partir de la creencia de que lo tiene y no al revés —en el supuesto de que la hipnosis realmente pueda generarte creencias sobre tu dolor—. Es decir, si un hipnotizador hace que las personas sientan dolor en el dedo meñique pegándoles con un martillo, entonces sería un pésimo hipnotizador. No es claro que podamos tener la firme creencia de que algo nos duele sin que efectivamente nos duela, pero algo nos puede doler sin que tengamos la creencia de ello.

Rick Kaufman (1985) apoya la idea de que la creencia de dolor no es necesaria para tener dolor. Si aceptamos que otros animales pueden tener dolor, pero no les atribuimos creencias, entonces la creencia de dolor no es esencial para la experiencia del dolor. Al menos atribuimos dolor a casos poco controversiales como mamíferos que tienen sistemas nerviosos considerablemente parecidos al nuestro, además de que muestran conductas similares a las de los humanos respecto al daño físico. En estas situaciones no

se piensa que esos animales tengan la creencia de que tienen dolor, así que se puede tener dolor sin la creencia de tenerlo.

Dado que podemos adjudicar dolor a animales y a infantes sin también pensar que tienen creencias acerca de sus sensaciones, tener una creencia sobre las sensaciones no puede ser una característica necesaria de nuestro concepto de dolor.<sup>6</sup>

Esto es más claro si lo vemos en una analogía: ser perro es suficiente para ser mamífero y es necesario ser mamífero para ser un perro. El hecho de ser perro asegura ser un mamífero, pero se puede ser un mamífero sin ser un perro, por ejemplo se puede ser un gato. Puedes tener dolor sin la creencia de tener dolor, así como se puede ser un mamífero sin ser un perro. Así que, si tenemos un dolor “D” y una creencia sobre ese dolor “Cd” y la forma en que están relacionados es “ $Cd \supset D$ ”: si tienes la creencia de dolor, entonces tienes dolor, pero no viceversa. Visto de esta manera, la creencia de tener dolor es condición suficiente para tener dolor y tener dolor es condición necesaria para tener la creencia de tener dolor. Así que la creencia de tener dolor no es necesaria para tenerlo.

### **1.3. El dolor no duele o no conozco mi dolor**

Tomando las características que el sentido común le atribuye al dolor como esenciales, si creemos que tenemos dolor, y dado que el dolor es necesariamente aborrecible, entonces es un hecho que lo tenemos y además lo consideramos desagradable. En este tercer apartado, analizaré la viabilidad de tomar a la primera característica como suficiente y a la segunda como necesaria. Esto es, se verá qué ocurre si aceptamos a la definición de dolor según el sentido común como la definición correcta del dolor. Se mostrará que ésta entra en contradicción si tomamos como verdicas a las creencias de

---

<sup>6</sup> La traducción es mía.

algunos pacientes que son tratados con analgésicos. Estos pacientes reportan sentir dolor, pero a la vez no consideran que éste sea molesto: tienen un dolor que no duele.

Para evitar y disminuir el dolor podemos usar diferentes tipos de anestésicos o analgésicos. Los primeros previenen todo tipo de sensación y los segundos son específicamente usados para el dolor. Dentro de los últimos se hallan un grupo que produce cierta fenomenología en particular llamada disociación reactiva (DR). Un ejemplo de este tipo de analgésicos es la morfina; curiosamente, si ésta es administrada a los pacientes antes de la cirugía, ellos no reportan sentir ninguna clase de dolor, aunque si es administrada una vez que la cirugía y el dolor han comenzado, las personas dicen que siguen sintiendo el dolor aunque simplemente ya no les incomoda (Dennett, 1978, p. 208). Hay que aclarar que, a diferencia de los masoquistas, estos usuarios de morfina no disfrutan la sensación. Afirman que lo que sienten es dolor, pero que éste no les es molesto. Esto es extraño si consideramos las dos características acerca del dolor previamente expuestas:

**(a)** Las experiencias de dolor son esencialmente dolorosas, horribles, abominables, de forma tal que es lógicamente imposible tener una experiencia de dolor afectivamente neutral.

**(b)** El acceso de un sujeto a sus experiencias de dolor es esencialmente privilegiado o infalible o incorregible.

En el caso de DR estas dos características del dolor caen en irremediable conflicto. Un paciente de DR, el cual está completamente alerta y sabe usar adecuadamente la palabra “dolor” sinceramente cree que:

**( $\delta$ )** Está teniendo una experiencia de dolor

**( $\gamma$ )** Su experiencia no es en absoluto dolorosa o molesta

Dados (a) y ( $\delta$ ) podemos concluir que la persona está teniendo una experiencia indeseable de dolor; pero esto contradice a ( $\gamma$ ) que está garantizada como verdadera por (b). Así que si tenemos una contradicción en el concepto de dolor, y dado que un objeto o evento con características

esencialmente contradictorias no puede existir, debemos concluir que no hay algo que pueda ser dolor (Aydede, 2005).

Si la noción ordinaria de dolor no puede sostenerse dejando de lado (a) ni (b), como Dennett argumenta, y estas características entran en contradicción a partir de casos de DR, los cuales son producidos en pacientes tratados con morfina como analgésico, entonces el dolor no puede existir si lo entendemos a través de las intuiciones del sentido común. Si se acepta que el dolor es necesariamente desagradable y que nuestra creencia sobre nuestro propio dolor es suficiente para tenerlo, entonces el concepto de dolor cae en contradicción en los casos de DR y de masoquismo. Cae en contradicción porque, en estos casos, las personas creen tener dolor, lo cual asegura que efectivamente lo tienen, sin embargo no lo consideran indeseable, lo cual contradice al hecho de que el dolor es necesariamente aborrecible.

La argumentación de Dennett muestra que si aceptamos que la creencia de tener dolor es suficiente para tenerlo y que el dolor es esencialmente desagradable, entonces los casos de DR, entre otros, revelan que el concepto de dolor es contradictorio y, por lo tanto, no puede referir a nada. No puede referir tal como tampoco puede hacerlo un "círculo cuadrado". La solución de Dennett a este problema es eliminar al concepto de dolor a partir del sentido común. Propone eliminar todo tipo de características esenciales del dolor y redefinir al concepto a partir de los datos y correlaciones que ofrezcan los estudios neurocientíficos.

Si no queremos aceptar la conclusión de Dennett, si no aceptamos que el concepto de dolor es incongruente, una manera de desacreditar su argumento es negando alguna de sus premisas. Por ejemplo, se puede decir que el dolor no es esencialmente algo indeseable. Según Earl Conee (1984), el dolor no está necesariamente asociado con su carácter aversivo. Para él, los casos de uso de morfina no muestran una contradicción en el concepto de dolor, sino que las personas que están bajo ciertas sustancias analgésicas pueden percibir la sensación de dolor sin que ésta les parezca molesta.

Él prefiere optar por decir que la característica que puede ser identificada con el dolor, en situaciones normales y estándar, es la percepción

de que alguna parte del cuerpo está bajo un estado de peligro. Así que para el caso de los pacientes con DR, estas personas pueden identificar que están siendo cortadas o picadas con objetos filosos, que están siendo dañados, pero no tienen la sensación desagradable. Esto es, Conee piensa que el dolor tiene tanto la característica fenoménica de indicarnos daño como la de sentirse desagradable y que no necesariamente experimentamos ambas. En vez de aceptar la conclusión de Dennett, niega que el dolor sea esencialmente aborrecible y justo lo que lo muestra es el reporte de las personas con DR.

Al parecer el concepto de dolor a partir de las intuiciones del sentido común es problemático. Aunque es generado a partir de nuestras intuiciones, no puede resolver casos límite como los de DR o los de masoquismo, ya que en estos el dolor no es valorado como desagradable. Así que, hasta el momento, podemos hacer las siguientes combinaciones acerca de las intuiciones sobre el dolor:

- i)** Si asumimos (a), (b), ( $\delta$ ) y ( $\gamma$ ) como verdaderas; es decir, si aceptamos la definición del sentido común sobre el dolor y aceptamos los reportes de DR, entonces el concepto de dolor es contradictorio.
- ii)** Si aceptamos ( $\delta$ ), ( $\gamma$ ) y (b), entonces (a) es falso. Esto es, si aceptamos como verdaderos los casos de DR y tenemos acceso incorregible a nuestro dolor, entonces el dolor no es necesariamente desagradable.
- iii)** Si aceptamos ( $\delta$ ), ( $\gamma$ ) y (a), entonces (b) es falso. En otras palabras, en los casos de DR, las personas creen tener la sensación de dolor y creen que ésta no es desagradable, pero dado que el dolor es esencialmente aborrecible, entonces su acceso a su propio dolor es falible.

## 1.4. Otro concepto de dolor

El dolor es un fenómeno complejo y puede ser abordado de distintas formas. Puede entenderse como una emoción, como una sensación, como una creencia. Ned Block (1980) comenta que el dolor está compuesto por dos cosas: por un lado está el *quale*, i.e., la sensación de dolor, y por el otro lado se halla el estado funcional del dolor. Block sugiere que esta característica es lo que probablemente causa confusiones al hacer teorías sobre el dolor. Esto que comenta Block tiene que ver con el hecho de que no conocemos de la misma manera nuestro dolor y el de los demás. Para conocer al nuestro nos basamos en nuestra sensación de dolor y para atribuir dolor a los demás dependemos de evidencias empíricas. Al parecer, si se trata de cómo nos atribuimos dolor a nosotros mismos, debemos concentrarnos en la parte cualitativa de la experiencia de dolor, pero si nos interesamos en la atribución de dolor a los demás, entonces hay que enfocarnos en los estados funcionales del dolor.

Me parece que no podemos deshacernos por completo de ninguna de estas características si queremos hacer un estudio sobre el dolor. Si sólo nos concentramos en la parte cualitativa, quedamos encerrados en nuestra subjetividad y no tenemos idea de cómo saber que alguien más tiene dolor. Caemos en el solipsismo que sólo nos permite estar seguros de que nosotros mismo tenemos estados mentales. Por el contrario, si únicamente nos concentramos en el estado funcional del dolor, no podremos dar cuenta de cómo conocemos nuestro propio dolor, se deja de lado a la introspección, además de que ni siquiera podemos comenzar a estudiar el estado funcional del dolor si no partimos de algunas intuiciones que tenemos del fenómeno, las cuales obtenemos de nuestra propia experiencia.

La definición de la IASP (*International Association for the Study of Pain*) considera a ambas características que Block destaca. Reconoce lo desagradable de la experiencia subjetiva y la considera en relación con el daño de tejidos, es decir, incluye en su concepto de dolor el *quale* y el estado funcional del dolor. El concepto de la IASP toma al dolor como una experiencia

desagradable asociada con el daño de tejidos, pero esto no es todo lo que la IASP dice acerca del dolor. La definición es la siguiente:

**Dolor:** Una experiencia sensorial y emocional desagradable asociada con el daño de tejido real o potencial o descrita en términos de dicho daño.

*Nota:* El dolor siempre es subjetivo. Cada individuo aprende la aplicación de la palabra a través de las experiencias relacionadas a lesión durante la vida [...] Las experiencias que se asemejan al dolor, e.g., pincharse, pero que no son desagradables, no deben ser llamadas dolor. Experiencias desagradables anormales (*dysaesthesia*) también pueden ser dolor pero no lo son necesariamente porque, subjetivamente, pueden no tener las cualidades usuales sensoriales del dolor. Muchas personas reportan dolor en ausencia de daño de tejidos si tomamos el reporte subjetivo. Si consideran a sus experiencias como dolor y si lo reportan de la misma manera que al dolor causado por daño de tejido, debe ser aceptado como dolor. Esta definición evita ligar al dolor a los estímulos. La actividad inducida en canales nociceptores y nociceptivos por estímulos nocivos no es dolor, el cual siempre es un estado psicológico, aún cuando se puede señalar que el dolor generalmente posee una causa física cercana. (IASP, 1986: 250).

La nota de la IASP obviamente resalta el carácter subjetivo de la experiencia de dolor. Lo hace de tal manera que acepta que la persona que experimenta la sensación de dolor tiene no sólo acceso directo, sino infalible a su sensación de dolor. A pesar de que el dolor está estrechamente relacionado con el daño de tejidos, aparentemente la presencia del estado físico funcional asociado con el dolor, no es suficiente para atribuirlo. Lo que realmente es estrecho al dolor es la creencia de las personas de que tienen dolor, a pesar de que, como ya se vio antes, se puede sentir dolor sin que haya la creencia de tenerlo.

La IASP acepta el reporte de una persona que no tiene ningún daño físico como un caso genuino de dolor. Un ejemplo de estas situaciones ocurre en operaciones con anestesia local: a veces las personas reportan dolor sin haber siquiera sido tocados por los cirujanos. He escuchado que en operaciones de vasectomía sin bisturí, en donde sólo se anestesia localmente,

los hombres se quejan de dolor aún antes de que los médicos hayan siquiera comenzado la cirugía. La IASP, al dar cuenta de la parte subjetiva e introspectiva de la experiencia dolorosa, otorga infalibilidad sobre el conocimiento de nuestro propio dolor. Pero esta definición de dolor no es la única que trata de dar cuenta de la parte subjetiva del dolor.

Melzack y Wall propusieron en 1965 la *Gate Control Theory of Pain*. Ésta trata de explicar la manera en que el dolor se diferencia de otras experiencias y a pesar de que hay poca evidencia e incluso existen datos fisiológicos que entran en conflicto con la teoría, ésta cambió la manera de estudiar al dolor puesto que resaltó la importancia de su carácter sensorial aversivo (Kelly, 1981, p. 205). Este estudio se distinguió de los anteriores debido a que propuso un modelo para la investigación que resalta que el daño físico no siempre se presenta junto con la sensación desagradable del dolor. En pocas palabras, lo que proponen es que cierta interacción entre las fibras-C y la fibras-A es lo que permite la disociación entre el daño y la sensación dolorosa.

Estudios más recientes sobre el dolor también han hecho hincapié en la dimensión afectiva y subjetiva del dolor. Por ejemplo, Donald Price (1988, 2000) proponía que el dolor tiene una parte que etiquetó como “*affective-motivational*” [afectivo-motivacional] y posteriormente la hizo más precisa puesto que en ella distingue una primera instancia que se refiere a lo desagradable que se siente “momento-por-momento” y que está relacionado con emociones a corto plazo como el miedo o el estrés y, en segunda instancia, incluye emociones que tienen implicaciones a largo plazo como el sufrimiento. Esto es, Price acepta que el dolor posee una afectividad, la cuál puede ser a corto o largo plazo, y que no está relacionada con el daño físico, sino con los aspectos emocionales de las personas.

Howard Fields (1999) propone que el dolor tiene dos características. A la primera la llama “*algeosity*” o “*primary unpleasantness*”, ésta se relaciona estrechamente con la intensidad del estímulo y con la discriminación sensorial. *Algeosity* es la cualidad de la experiencia de dolor que permite distinguirlo de otras experiencias desagradables, tales como la comezón, es decir, es la cualidad desagradable que es propia del dolor. La segunda característica la

llama “*secondary unpleasantness*”, en adición a la sensación desagradable de dolor, esta segunda característica desagradable es de un nivel más alto de procesamiento, puede ser variable en relación a la intensidad del estímulo y está fuertemente determinada por los recuerdos y el contexto.

Anteriormente se mostraron algunas de las dificultades para el concepto de dolor obtenido a partir de las intuiciones del sentido común. Ahora aparece otra manera de entender la fenomenología del dolor, la cual se apoya en algunas teorías médicas, las cuales tratan de rescatar la complejidad subjetiva de la experiencia de dolor. Si nos concentramos en la nota de la IASP y en los dos niveles que propone Pierce, podemos concluir al menos dos cosas: 1) si alguien reporta que tiene dolor, debemos de aceptar que lo tiene, y la sensación de dolor, aunque está relacionada con el daño de tejidos, puede presentarse aún sin evidencia de algún daño corporal ; 2) el dolor cuenta, al menos, de una doble fenomenología: por un lado está la sensación característica del dolor y por el otro está la afección hacia esa sensación.

A partir de estos dos últimos puntos se puede proponer un segundo concepto de dolor. Este mantendrá la noción de que la creencia de dolor es condición suficiente para la sensación de dolor, por lo que no desacreditará, en principio, a los casos de masoquismo ni de DR como genuinos casos de dolor, pero no tomará al dolor como esencialmente desagradable, sino como poseedor de una fenomenología compleja. Al considerar a la creencia como suficiente se asume infalibilidad sobre el dolor propio. El hecho de que esta característica se mantenga en ambos conceptos de dolor será útil para su posterior comparación. La principal diferencia será que mientras que el concepto del sentido común toma al dolor como esencialmente desagradable, este segundo concepto ve al dolor como un fenómeno complejo que tiene, en un primer momento, una sensación característica, la cual está fuertemente asociada con el daño físico, y en una segunda instancia, la experiencia de dolor cuenta con una aversión a la sensación, la cual está asociada con elementos psicológicos y circunstanciales.

Para ahondar en la viabilidad de esta forma de entender al dolor, primero, en el siguiente capítulo, especificaré qué podemos entender por

masoquismo y por disociación reactiva. Estos casos son especialmente problemáticos para el concepto de dolor del sentido común y una vez que se clarifiquen, podrán ser analizados con mayor precisión a través de esta nueva acepción de dolor. Y después, en el tercer capítulo entraré de lleno al análisis del dolor entendido como un fenómeno complejo. Se verá el éxito de esta nueva concepción para resolver los casos que son problemáticos para el concepto del sentido común. También se analizará qué tan bien puede dar cuenta del dolor en sus situaciones más regulares, como cuando nos duele algo y vamos al médico porque deseamos que nos ayude a dejar de sentir dolor. La segunda definición de dolor es la siguiente:

**( $\alpha$ )** Las experiencias de dolor cuentan con un doble aspecto: por un lado, está la sensación característica del dolor y, por el otro, la evaluación de dicha sensación.

**( $\beta$ )** La creencia de dolor de un sujeto es condición suficiente para que éste tenga dolor, así como tener dolor es condición necesaria para tener dicha creencia.

## Capítulo II

### **Problemas para el Concepto de Dolor del Sentido Común: Masoquismo y Disociación**

En este capítulo me concentraré en aclarar los contra ejemplos para el concepto de dolor del sentido común. Me centraré, en la primera parte, en especificar qué podemos entender por masoquismo y en la segunda daré ejemplos de disociación al dolor. Igual que sucede con el dolor, hay varias formas de dar cuenta del masoquismo y no todas las formas de verlo contradicen al concepto de dolor del sentido común. Se mostrará que el conflicto es entre nuestras nociones del sentido común de masoquismo y de dolor. Si analizamos más a fondo qué son el dolor y el masoquismo, entonces no parece haber una obvia incongruencia entre ambas nociones. La disociación de dolor consiste en que las personas reportan tener la sensación de dolor, pero no les parece desagradable. En la segunda parte de este capítulo daré ejemplos en los que esto ocurre. Aunque pueda estar en cuestión si el masoquismo contradice el concepto de dolor del sentido común, la disociación claramente lo hace, ya que las personas identifican a su sensación como dolor, pero no les parece desagradable.

Hay varias posturas que intentan explicar qué es el masoquismo. Puede hacerse desde una plataforma psicoanalítica, desde una versión psiquiátrica, desde lo que los masoquistas consideran que es o desde nuestras intuiciones más sencillas. El análisis del masoquismo lleva a hacer la distinción del dolor como medio o como fin y sólo en el segundo caso se puede decir con claridad que el masoquismo es problemático para la idea de que el dolor es necesariamente desagradable. Es decir, la sensación de dolor debe ser considerada como agradable y, por lo tanto, deseable por ella misma. Se verá que usualmente el masoquismo no tiene esta valoración sobre el dolor. De esta

forma, la pregunta acerca de la relación entre el masoquismo y el dolor probablemente tendrá que replantearse. A partir de la distinción entre dolor como medio o como fin, probablemente ya no se tratará de saber si lo que siente el masoquista realmente es dolor, sino indagar si alguien que disfruta la sensación de dolor puede ser considerado masoquista.

Posteriormente hablaré sobre casos de disociación en donde, aunque el dolor no es agradable ni deseado, hay problemas para el concepto de dolor del sentido común. Imaginemos una situación en la que experimentamos dolor. Éste puede ser atribuido a un daño en nuestro cuerpo así que tratamos de curar el daño para disminuir el dolor. Si en una ocasión diferente tenemos el mismo daño y el dolor que lo acompaña, pero la sensación ya no nos parece aborrecible, entonces esto representa un problema para el concepto de dolor del sentido común. Esto es, podemos detectar que tenemos dolor, y la razón de que tenemos dolor es un daño físico, pero bajo ciertas circunstancias ese dolor no es claramente desagradable ni indeseable. Esto no implica que nos guste la sensación, simplemente mostramos indiferencia hacia ella. El dolor auto infligido parece tener la peculiaridad de que nuestra reacción ante él es distinta a la que tenemos cuando alguien más nos provoca dolor. En la segunda parte del capítulo se analizará si puede haber situaciones en las que, si bien el dolor no es deseado como lo sería en el masoquismo, tampoco es molesto, lo cual contradice que el dolor es necesariamente desagradable.

## 2.1 Masoquismo

### 2.1.1 Versiones sobre el masoquismo

Así como podemos preguntarnos qué entendemos por la palabra “dolor”, podemos hacer lo mismo con “masoquismo”. No hay absoluta unanimidad sobre qué es el masoquismo. Por ejemplo, aunque los casos de masoquismo suelen asociarse con comportamiento sexual, Goldstein (1983) argumenta que no tiene que ser necesariamente así, pues podríamos querer ser castigados y recibir dolor. Según él, el masoquismo no implica ninguna imposibilidad lógica, puesto que hay personas que desean sufrir dolor a manera de autocastigo. Goldstein afirma que es posible saber que algo es doloroso y aún así desear experimentarlo. Así, concluye que el masoquismo es un caso peculiar de dolor en el que la persona lo desea debido a un sentimiento de culpa acompañado de irracionalidad. Más allá de que la opinión de Goldstein sea o no correcta, esto muestra que la definición de masoquismo es controversial y por ello susceptible a clarificación.

A diferencia de lo que propone Goldstein, que el masoquismo no es necesariamente algo sexual, hay otras personas que estarían en completo desacuerdo con él. Una de ellas es Anita Philips (1998) quien, al declararse en defensa del masoquismo, postula dos características esenciales de éste: primero, el dolor en el masoquismo debe ser ejercido por alguien más y segundo, el masoquismo forzosamente tiene connotaciones sexuales. La autora no ofrece en realidad muchas razones para asegurar que el masoquismo tiene estas características, pero esto muestra al menos dos cosas: por un lado, que las intuiciones sobre el masoquismo no son tan claras, i.e., no hay consenso sobre dicho fenómeno; por el otro, la concepción del masoquismo de esta autora, quien afirma ser una masoquista, muestra que el masoquismo está efectivamente relacionado con algo sexual e involucra mínimo a dos personas; el masoquista necesita de alguien que lo maltrate para poder materializar sus deseos.

La noción de Phillips descarta como expresiones masoquistas a los deportistas que, después de haberse ejercitado, dicen tener un dolor muscular que les gusta. También desacredita al amante del picante que cada vez quiere probar algo más picoso, a pesar de que sabe que ello le causará un irremediable ardor de lengua. Aquellos que se consideran masoquistas incluyen en su condición cosas que no tienen que ver estrictamente con el dolor, al menos no en tanto sensación, como lo son un dolor de estómago o de cabeza. Al parecer, el masoquismo también incluye relaciones de poder, autoestima, varios tipos de sentimientos y valoraciones complejas. En realidad, después de leer un poco de literatura y referencias sobre el masoquismo, lo único que sí se puede concluir es que es un suceso complejo en el cual caben diversas opiniones.

Si intentamos recobrar todas las intuiciones sobre el masoquismo simplemente el problema se desborda y no se sabe siquiera por dónde empezar. El psicoanálisis ha intentado dar una interpretación al fenómeno del deseo de dolor. Ángel Garma (1960) incluso dice que el masoquismo se presenta en las situaciones bélicas y que mientras las naciones creen que entran a la guerra por cuestiones políticas, económicas o patrióticas, realmente lo hacen sólo para satisfacer sus impulsos sadomasoquistas. Pero para no extraviarnos en las distintas maneras de dar cuenta del masoquismo, propondré una característica fundamental para que el masoquismo, en efecto, sea problemático para el concepto de dolor del sentido común. Esto es, el dolor debe ser deseado como fin y no como medio: debe ser deseado el dolor por el dolor.

Para que el masoquismo contradiga el concepto de dolor del sentido común, la persona debe tener dolor y no considerarlo indeseable. De hecho, el masoquista debe afirmar que, a pesar de que identifica a la sensación como dolorosa, desea experimentarla. Esto conecta con otra característica importante: para que el masoquismo contradiga al concepto de dolor del sentido común, el masoquista debe entender al dolor en tanto sensación. No se trata de depresión o de cierta insatisfacción, que pueden ser entendidas, en cierta manera, como cosas dolorosas. Así que si al masoquista le gusta que lo golpeen, es por la sensación que eso le produce. En cambio, si el masoquista

quiere recibir golpes porque eso le aporta posteriormente algún sentimiento agradable, entonces eso no implica que le guste la sensación dolorosa sino que el dolor le aporta algo más que hace que valga la pena soportarlo. Así, si se trata de dolor como sensación y la existencia del masoquismo contradice el concepto de dolor del sentido común, entonces disfruta la sensación que identifica como dolor.

### **2.1.2 Dolor como medio, dolor como fin**

Esto conduce a otra clasificación acerca de las maneras de entender al dolor: a) como un medio para obtener algo más; b) como un fin, es decir, queremos al dolor por él mismo; y c) como ninguna de las opciones anteriores, el dolor se puede generar como un subproducto de otra actividad. Para que el masoquismo sea problemático debe ser un caso b). Es decir, el masoquista desea tener dolor porque la sensación que identifica como dolorosa le parece deseable y la desea porque es placentera. A continuación daré ejemplos de las situaciones expuestas:

**a) Dolor como medio.** Supongamos que alguien entra a una nueva escuela y, por ser de los recién llegados, los pandilleros lo molestan y le piden dinero constantemente. Después de algunos meses el nuevo alumno está harto de la situación, conoce a uno de los pandilleros y éste le ofrece formar parte de ellos. Si entra al clan, ya no lo molestarán ni le quitarán su dinero. De hecho, él tendrá el “privilegio” de hacer eso mismo con los próximos estudiantes nuevos y así podrá perpetuar el círculo vicioso. Pero para poder ingresar al grupo debe pasar una prueba de iniciación. Debe permitir que todos los del grupo lo golpeen, no debe poner ninguna resistencia a ser pateado o golpeado con hebillas de cinturón durante un periodo determinado de tiempo y a cambio de eso obtendrá inmunidad escolar.

La iniciación será dolorosa, pero, a juicio del iniciado, valdrá la pena por un fin posterior. La prueba de iniciación no tendría sentido si no fuera dolorosa y desagradable. ¿Cuál sería el punto de golpear al nuevo si los golpes le parecieran indiferentes o incluso le gustaran? Bien podría suceder que le gustaran los golpes y en ese extraño caso tendría un buen futuro en el pandillerismo. Pero, en general, las iniciaciones de este tipo deben ser desagradables y son el precio que hay que pagar por un bien mayor. Así, el dolor que tiene que sufrir el nuevo estudiante es sólo un medio. Sigue siendo desagradable, y por tanto no pone en dificultades al concepto de dolor del sentido común.

Otro ejemplo, más paradigmático, es el de las personas que se auto castigan para lograr alguna purificación espiritual. Si las personas disfrutaran flagelarse, parece que perdería todo sentido hacerlo. Imaginemos que un fiel devoto se flagela todas los días como símbolo de castigo de lo carnal y malvado que hay en su yo material. Pero no sólo no le molesta la sensación del cuero abriendo su piel, le gusta cómo se siente. De ser así, sus hermanos en la congregación fácilmente pensarían que las flagelaciones en vías de la salvación espiritual de este individuo deben ser menos valiosas que las de ellos. Incluso parece ser algo completamente pecaminoso y perverso admitir el goce de las flagelaciones. Si en este contexto tiene algún sentido herirse físicamente y provocarse sensaciones desagradables es porque ayuda a acercarse a Dios y al Paraíso, lo cual parece definitivamente un fin deseable. Así que si alguien se flagela impulsado por motivos religiosos, no parece que el dolor le sea indiferente, pero vale la pena tenerlo por algún otro fin mayor.

En realidad puede haber muchos más casos en los que el dolor es un medio. Si entendemos al dolor como la forma en que detectamos daño físico y deseamos evitar el daño para poder sobrevivir, entonces el dolor se subordina a la vida. Esta es una afirmación fuerte y fácilmente puede tener consecuencias éticas tanto problemáticas como interesantes, pero no entraré en ellas. Un caso curioso del dolor como medio se da en la atención médica. A veces los pacientes reportan tener dolor y acuden al médico, pero éste, debido a que no conoce exactamente la causa del dolor, no quita por completo el dolor al paciente. Es decir, el médico sabe que si le da algún analgésico, entonces el

dolor se reducirá, pero no lo ofrece porque no conoce qué parte del organismo del paciente está dañada. El médico decide dejar el dolor como medio para la posible identificación de daño en el organismo. Bien puede ser como medio para evitar un dolor mayor, ya sea en intensidad o duración, o bien puede ser para mantener la vida del paciente. En todos estos casos no se contradice al concepto de dolor del sentido común: el dolor es un medio desagradable para obtener algo valioso.

**b) Dolor como fin.** Donde el dolor es el fin, hallaremos al indudable masoquista. Si una persona realmente quiere el dolor por la sensación que le produce, entonces contradice la idea de que el dolor es necesariamente indeseable. Desea tener la sensación de dolor, no como la especie de castigo moral expuesta por Goldstein; desea al dolor en tanto que sensación dolorosa. No dice que le duele platicar con personas que no le caen bien, ni tampoco que le duele ver tanta injusticia en las calles, si dice que algo le duele es porque siente que le duele. Tampoco es un autómatas que dice sentir dolor, pero que de hecho no tiene ningún tipo de sensación. La persona en la que estamos pensando dice que le duele, le duele y sabe distinguir entre dolor desagradable y dolor placentero.

Podemos tomar como modelo un caso que Phillips comenta acerca del personaje de la novela "Fanny Hill" del inglés John Cleland. El personaje es una prostituta que recibe dinero por dejarse golpear con una vara. Al principio le parece una situación muy desagradable, pero conforme pasa el tiempo se deja llevar por la situación de tal forma que termina sintiendo un gran placer y excitación al ser golpeada. La prostituta, al comienzo, identifica a la sensación como dolorosa y desagradable, pero en algún momento algo cambia y esos mismos golpes y esa misma sensación se convierten en algo deseable. En un caso como este, en el que la persona puede distinguir entre un dolor que le parecía molesto y otro que le genera placer, el dolor no es necesariamente indeseable sino que incluso puede ser altamente grato. El punto crucial es que goza la sensación dolorosa, hay algo en la sensación que se volvió placentero. Una situación como ésta sí contradice al concepto de dolor del sentido común,

pues se trata de un dolor placentero el cual es deseado como un fin en sí mismo.

**c) Dolor como subproducto.** Tal vez uno pensaría que la distinción binaria anterior agota las posibilidades: que o bien el dolor es un medio o es un fin. Pero hay otra posibilidad: el dolor puede ser un subproducto. No estaba previsto que habría dolor, simplemente ocurre de manera accidental. Hay situaciones en las que a pesar de que conozcamos la razón por la que sentimos dolor, no hay ninguna buena razón para sentirlo. Por ejemplo, cuando recibimos una inyección, el piquete nos lastima porque se está dañando tejido, pero bajo la situación específica de recibir una inyección, el dolor no nos sirve de nada. Ya sabemos que vamos a recibir el daño y que éste nos provocará dolor, así que el dolor de la inyección no nos informa de nada útil y tampoco necesitamos que la inyección duela para que sea efectiva. Podemos imaginar o recordar alguna vez en la que nos pusieron una inyección con poca destreza y que nos dolió innecesariamente.

Dan Ariely (2008) relata su proceso de recuperación debido a las graves quemaduras que tuvo ocasionadas por una explosión. Durante este periodo debían cambiarle los vendajes diariamente. Ariely cuenta lo horrible de la situación y que el intenso dolor era generado en parte por la manera en la que le removían los vendajes. El método de curación pudo haber sido distinto y así causarle menos sufrimiento. El dolor no jugó ningún papel funcional en su curación. No necesitaba del inmenso dolor para curarse. Aunque es cierto que el dolor puede ayudar a la curación, como en un brazo roto que no movemos y así los huesos sueldan mejor, es concebible una recuperación que no necesita del dolor. Sufrir dolor para la recuperación no es un medio necesario, puede haber métodos de curación que eviten el sufrimiento. En este ejemplo, a diferencia del pandillero y del devoto, el paciente en recuperación no necesita el dolor como medio. Podría recuperarse sin tener que sentir dolor, pero sería absurdo iniciar a alguien o flagelarse si no hubiera dolor.

### **2.1.3 Una versión médica del masoquismo**

Si se debe querer tener la sensación de dolor por la sensación misma para asegurar que el dolor no es necesariamente desagradable, habrá que ver si eso es lo que el masoquista realmente desea. El masoquismo está clasificado en la bibliografía médica como un trastorno sexual, que a su vez está incluido en los trastornos psiquiátricos, aunque algunas de las personas que se consideran como masoquistas no reportan tener dificultades sexuales ni señales de experiencias traumáticas asociados a su vida sexual (Ritchers, et al, 2008). Las definiciones médicas sobre el masoquismo no plantean que la sensación de dolor debe ser agradable. Es cierto que la experiencia de dolor forma parte importante de los diagnósticos sobre el masoquismo, pero no se piensa que los masoquistas disfruten la sensación de dolor necesariamente.

Se considera que los masoquistas son personas que necesitan someterse a cierto tipo de situaciones, normalmente consideradas como indeseables, para poder obtener satisfacción sexual. En otras palabras, los diagnósticos médicos consideran a los masoquistas como personas sexualmente disfuncionales que requieren algún tipo de estímulos anormales para poder ejercer su vida sexual. Es decir, si un masoquista quiere ser golpeado, según esta manera de entender al masoquismo, la sensación dolorosa es meramente un medio para la excitación sexual, lo cual no implica que la sensación dolorosa sea placentera.

El hecho de que el masoquista desee experimentar dolor no implica que no sea molesto. La sensación dolorosa bien puede parecerle aborrecible. El masoquista puede considerar a la sensación desagradable, pero al mismo tiempo puede desearla ya que, a pesar de ser molesta, sólo a través de ella logra experiencias sexuales satisfactorias. Puede ser que la sensación que le producen los golpes no le guste, pero si sopesa entre lo molesto de la sensación y la excitación que tendrá gracias a ella, puede evaluar que recibir un par de golpes vale la pena.

Esto no quiere decir que el masoquista no pueda gozar, además, la sensación dolorosa que le producen los golpes; podría ocurrir que además de que el masoquista necesite dolor para lograr satisfacción sexual, le guste sentirlo. Lo que sí se descubre gracias a esta manera de entender al masoquismo es que si un masoquista desea experimentar dolor, no implica que la sensación de dolor le parezca agradable, pues el dolor es un medio y no un fin. Si aceptamos que los masoquistas son personas que tienen dificultad para obtener satisfacción sexual y solamente pueden conseguirla través de experiencias dolorosas, entonces será fácil aceptar que ellos preferirían conseguir la misma satisfacción si la pudieran obtener sin que alguien les pegue. Los siguientes son criterios ofrecidos por la Asociación Psiquiátrica Americana para declarar a alguien como masoquista, esto aparece en el DSM-IV:

**A.** Durante un periodo de al menos 6 meses, fantasías sexuales recurrentes y altamente excitantes, impulsos sexuales o comportamientos que implican el hecho (real, no simulado) de ser humillado, pegado, atado o cualquier otra forma de sufrimiento.

**B.** Las fantasías, los impulsos sexuales o los comportamientos provocan malestar clínicamente significativo o deterioro social, laboral o de otras áreas importantes de la actividad del individuo.<sup>7</sup>

Por su parte, la CIE-10, la décima clasificación internacional de enfermedades, dice acerca del sadomasoquismo:

Consiste en una preferencia por actividades sexuales que implican el infringir dolor, humillación o esclavitud. Si el enfermo prefiere ser el receptor de tales estimulaciones entonces se denomina masoquismo; si es el que lo ocasiona, se trata entonces de sadismo. A menudo un individuo obtiene excitación sexual tanto de actividades sádicas como de masoquistas. Es frecuente que se utilicen grados leves de estimulación sadomasoquista para potenciar una actividad sexual que por lo demás sería normal. Esta categoría debe ser únicamente utilizada si la actividad sadomasoquista es la fuente más importante

---

<sup>7</sup>Esta clasificación puede ser encontrada en su versión electrónica en la siguiente dirección: <http://personal.telefonica.terra.es/web/psico/dsmiv/dsmiv11.html#2>

para la estimulación o si es necesaria para la gratificación sexual  
[...].<sup>8</sup>

Hay dos cosas que me parece importante resaltar sobre estas clasificaciones. La primera es que el dolor es sólo un medio para poder llevar satisfactoriamente la vida sexual. Así que el hecho de que el masoquismo pueda utilizar al dolor y, en cierto sentido, un masoquista desee experimentarlo, no implica que la sensación de dolor sea agradable. Bien podría ser que el masoquista no sólo necesita el dolor para poder obtener excitación sexual, sino que además lo disfruta, pero no se considera que deba gustarle la sensación de dolor para ser considerado un masoquista. La segunda cosa a destacar es que, según estas definiciones, la sensación de dolor no juega un rol principal en la experiencia masoquista. Hay cosas como la humillación y el maltrato verbal que también pueden ser detonadores de la excitación. El masoquista puede depender de varias cosas consideradas usualmente indeseables, así que la sensación de dolor no tiene que ser su objeto desagradable predilecto.

De hecho, algunas versiones sobre el masoquismo podrían estar completamente basadas en eventos que no incluyen a la sensación de dolor. Por ejemplo, puede haber situaciones de esclavitud masoquista en las que no se infringe dolor físico. En este tipo de situaciones dos personas generan un contrato y por un periodo de tiempo determinado uno será el esclavo del otro. El amo puede ordenar a su siervo que le cumpla sus deseos, cosas que denigran al esclavo y que lo ponen en situaciones deplorables, pero que no incluyen ninguna clase de maltrato físico que cause dolor. Este tipo de situaciones pueden ser catalogadas como masoquistas puesto que el esclavo necesita del maltrato de su amo para su satisfacción personal, pero en esta situación no es necesario que el masoquista disfrute ni experimente la sensación de dolor. Así, el masoquismo no pone en problemas al concepto de dolor del sentido común. El único caso que lo haría sería la versión *folk* de masoquismo, donde el dolor es placentero y deseado como un fin en sí mismo. Pero esto último no aparece en la mayoría de las definiciones de masoquismo.

---

<sup>8</sup>Esta clasificación puede ser encontrada en su versión electrónica en la siguiente dirección:  
[http://personal.telefonica.terra.es/web/psico/cie\\_10/cie10\\_F65.html](http://personal.telefonica.terra.es/web/psico/cie_10/cie10_F65.html)

## 2.2. Disociación del dolor

La gran diferencia entre el masoquismo y la disociación del dolor con respecto al concepto de dolor del sentido común es que en el primero es necesario que las personas disfruten el dolor para contradecirlo y en el segundo basta con que sean indiferentes hacia la sensación. Las personas que padecen disociación del dolor pueden identificar a su sensación como dolor, pero no les parece desagradable. El hecho de que no consideren a la experiencia de dolor como desagradable muestra que el dolor no es necesariamente aborrecible y que el concepto de dolor del sentido común es problemático. En esta segunda parte se expondrán algunos ejemplos de disociación del dolor. En ellos las personas identifican a su sensación como dolor, pero no les parece obvio que éste sea algo indeseable. De hecho, si se deja de pensar que el dolor es necesariamente desagradable, parece abrirse más fácilmente la intuición de que nuestras evaluaciones sobre la sensación de dolor pueden ser variables.

Se comenzará exponiendo cómo distintas circunstancias favorecen que las personas den diferentes reportes sobre su sensación de dolor. Esto puede estar relacionado con el uso de drogas, intervenciones quirúrgicas o distintos estados anímicos. Después se hablará de situaciones en las que las personas al parecer no sienten dolor, lo cual no debe ser confundido con la disociación del dolor, aunque queda sujeto a discusión si en estos casos las personas no sienten dolor o si efectivamente lo sienten, pero no les molesta. En particular se abordará una peculiaridad genética que impide tener la interacción habitual con los daños corporales asociados al dolor y se analizará si efectivamente esta particularidad es una muestra de carencia de la sensación de dolor.

Por último, se darán ejemplos en los que se vuelve complicado evaluar con claridad nuestras experiencias de dolor. Puede haber situaciones en las que tendemos a decir que sentimos dolor, pero no es algo aborrecible y ni siquiera es obviamente desagradable; no es fácil decir qué es lo que cambia: la sensación o nuestra evaluación de la sensación. No es que nos guste lo que sentimos, pero tampoco es horrible, aunque tendemos a identificar a la

sensación como dolor. Este tipo de ejemplos serán útiles en el siguiente capítulo para ser analizados bajo el concepto de dolor que distingue entre la sensación de dolor y la evaluación hacia esta sensación.

### **2.2.1 Dolor circunstancial**

Nuestra reacción hacia el dolor puede variar. Parece que según el estado en el que nos encontremos podemos reaccionar de maneras diferentes hacia un mismo daño que usualmente relacionamos con dolor, pero ¿también podemos reaccionar de modo distinto hacia la misma sensación? El uso de drogas contribuye a que reaccionemos de varias formas ante un mismo daño físico, así que si estamos sedados una cortada nos puede parecer indiferente. Si bajo algunas circunstancias cierto daño físico nos provoca dolor, el cual consideramos molesto, pero bajo otra situación el mismo daño nos provoca la misma sensación y nos es indiferente, entonces el dolor no es necesariamente desagradable. Pero en estas dos situaciones no es muy fácil distinguir si es la misma sensación con dos apreciaciones o más bien son dos sensaciones distintas.

Esto es más claro si lo entendemos bajo una analogía. Una buena parte de los bebedores de cerveza admiten que su gusto es un gusto adquirido, pero a pesar de que saben que en algún momento el sabor de la cerveza no les gustaba, es difícil explicar cuál fue el cambio que hizo que les empezara a gustar. No es fácil distinguir entre: 1) el sabor cambió, la cerveza tenía un sabor desagradable al principio, pero después tomó otro sabor; o 2) es el mismo sabor, pero al principio era desagradable y en algún momento les empezó a gustar (Dennett, 1991). De igual manera podemos preguntarnos cuál es la diferencia entre dos momentos en los que sentimos dolor. Hay situaciones en las que estamos jugando y parte del juego implica dolor y otras en las que alguien nos lastima malintencionadamente. En ambos casos hay daño y sensaciones similares, pero no actuamos de la misma manera ante las dos circunstancias. ¿Cuál es la diferencia entre un dolor y otro si ambos fueron

producidos por el mismo daño? ¿La sensación que se produjo es distinta o es la misma pero actuamos diferente hacia ella?

Si aceptamos la segunda opción, para explicar el gusto adquirido, también podríamos admitir que bajo distintas circunstancias la sensación de dolor asociada al mismo daño de tejidos nos puede parecer muy diferente. Pueden ser varias las razones por las que nuestra forma de calificar a la sensación de dolor cambia. Un ejemplo clásico de sustancias que afectan nuestras percepción y nuestro estado anímico son los opiáceos, pero además el uso de estas drogas y sus derivados puede afectar la valoración de las personas hacia el dolor. Los opiáceos tienen efectos somníferos y eufóricos, se ha intentado desarrollar derivados de opiáceos para el control del dolor, pero uno de los problemas de estos derivados es que son muy adictivos.

Un ejemplo curioso de esto es la heroína, que fue desarrollada por Bayer, una importante empresa farmacéutica (Snyder, 1980). La heroína es un derivado de la morfina, fue introducida en 1890 como un analgésico no adictivo, aunque es obvio que no resultó como estaba planeado. Pacientes que son tratados con drogas tales como óxido nítrico (gas hilarante) o morfina, están seguros de tener la sensación de dolor, se preserva su aspecto sensorial y discriminativo, pero no parece molestarles ni irritarles el hecho de estar experimentando dolor (Barber, 1959).

Hay sustancias que pueden intervenir en nuestra percepción, nuestro ánimo y nuestra percepción del dolor, pero no sólo la ingesta de drogas puede afectar la apreciación de nuestra sensación de dolor. Nuestro estado de ánimo puede interferir en nuestras sensaciones y viceversa. En la práctica clínica, el dolor está interconectado con desórdenes psiquiátricos. Pacientes con dolor crónico son susceptibles a manifestar el “síndrome de dolor crónico”, el cual consiste en cambios abruptos de comportamiento, irritabilidad, depresión, entre otros síntomas. Pero también puede ocurrir en el sentido opuesto, nuestro estado de ánimo puede afectar nuestra percepción de dolor. Por ejemplo, se ha visto que en situaciones de estrés crónico, los pacientes reportan hipersensibilidad e incluso dicen sentir dolor bajo estímulos que no son usualmente clasificados como nociceptivos (Bras et al, 2010).

A mediados del siglo pasado se intentó tratar con lobotomía prefrontal a pacientes que sufrían de dolor crónico. Al principio pareció un tratamiento prometedor, pues varios estudios muestran que el cerebro es una de las principales partes del cuerpo en donde se puede interferir para el manejo de dolor. El problema de este método es que los pacientes lobotomizados tenían problemas para la producción de lenguaje y para readaptarse socialmente (Brabero, 1975). Los resultados y la utilización de la lobotomía son controversiales, ya que efectivamente tuvo éxito para el manejo de dolor, pero fue con el alto costo de que los pacientes perdían varias capacidades cognitivas.

En realidad hay varios niveles en los que las personas pueden dejar de percibir dolor (Aydede, 2005). En primer lugar están las personas con lobotomía y los usuarios de morfina; ambos pueden percibir y actuar normalmente ante estimulaciones momentáneas que por lo regular son consideradas causantes de dolor, como pequeñas cortadas o quemaduras, pero el dolor crónico no parece molestarles. En segundo lugar, el cual es posiblemente el mejor ejemplo de asimbolia al dolor, es decir, que existe la identificación del dolor, pero éste no causa sufrimiento, está atribuido a casos de cingulotomía.

La cingulotomía es un proceso quirúrgico que surgió como alternativa a la lobotomía. En ella se interviene en el sistema límbico, el cual está asociado con la producción de emociones. En estos casos los pacientes reportan tener la sensación de dolor, pero no parece importarles en absoluto. Por último, está la insensibilidad congénita al dolor. Las personas que la padecen no reportan ningún tipo de sensación ante varias instancias de nocicepción. Las personas con esta condición no suelen vivir por mucho tiempo. Nuestra interacción con el dolor puede variar. A pesar de que en condiciones normales el dolor es considerado como una sensación molesta, hay casos en que esto no ocurre. Así como el sabor de la cerveza no siempre nos parece igual, la disociación reactiva muestra que el dolor tampoco.

### 2.2.2 El gen del dolor

Un grupo de investigadores tomaron interés por un niño que se dedicaba al teatro callejero. El niño faquir caminaba sobre fuego y podía atravesarse con objetos filosos sin sentir ningún dolor aparente. Al hacer un estudio de su familia en el norte de Pakistán, los investigadores hallaron que no era el único de su familia con esta peculiaridad. Gracias al gen SCN9A, que está relacionado con los canales de sodio, los cuales interfieren de forma significativa en la recepción de los estímulos nociceptivos, esta familia estaba imposibilitada para sentir dolor. Algo curioso es que a pesar de que no podían sentir dolor, lograban discriminar entre lo frío y lo caliente, así como responder a distintos niveles de presión en la piel (Cox et al, 2006).

No eran completamente insensibles al tacto, pero podían sufrir daños importantes de tejido sin tener una reacción de desagrado. Algunos de ellos tuvieron que pasar por cirugías, dado que se infligían daños sin notarlo; por ejemplo, cuando eran pequeños algunos se mordían la lengua o los labios sin notar el daño que se hacían. Los investigadores concluyeron que las personas con el gen SCN9A no podían sentir dolor, pero dada la información disponible podemos hacernos la pregunta ¿las personas con este gen no sentían dolor o simplemente el dolor no les molestaba? Es decir, si pueden sentir los cambios de presión, puesto que no son indiferentes al tacto, y además no son completamente insensibles, ya que pueden diferenciar entre distintas temperaturas, ¿no podría ser que efectivamente sintieran dolor, pero tuvieran absoluta indiferencia hacia él?

Respecto al concepto de dolor del sentido común, podemos dar dos interpretaciones acerca de las personas que dicen que no sienten dolor. En primer lugar, podemos decir que no son un caso problemático puesto que ni siquiera experimentan dolor. A pesar de que el daño de tejidos está asociado con el dolor, puede haber daño sin dolor, como cuando estamos sedados o muertos. Esto es, si el niño faquir tiene daño de tejidos, pero no puede sentir dolor, entonces no es una situación controversial para el concepto de dolor del

sentido común. Pero hay otra posible interpretación al hecho de que “no sienta dolor”: no es que no sienta dolor, simplemente el dolor no le molesta.

Si esto último fuera así, claramente sería un problema para la noción de dolor del sentido común. No sería masoquismo, pero no es preciso que sea un masoquista para mostrar que el dolor no es necesariamente desagradable. Basta con que el dolor no le parezca aborrecible para que contradiga una de las características esenciales del dolor según el sentido común. ¿Pero cómo podemos saber si la familia con este gen no siente dolor o si lo siente pero no le molesta? Podemos generarles estímulos que normalmente están asociados con tener dolor, pero si están imposibilitados a sentir dolor, no parece tan evidente cómo podrían saber si sienten dolor. El hecho de que no reporten que les duele y que no tengan la conducta normal asociada con el daño, no implica que carezcan de la sensación.

Si fuera la primera situación, *viz*, si esas personas tienen daño de tejidos pero no sufren dolor, sería equivalente a que cortarnos el cabello representara un peligro grave. Alguien podría cortarse el cabello sin darse cuenta, y como su cabello es esencial para su supervivencia, entonces podría morir. Pero si fuera la segunda opción, esto es, si las personas sienten dolor pero no les molesta, sería como sentir hambre pero no tener el deseo de alimentarnos. Alguien podría morir por no comer, aunque eso no implica que no sentía hambre. Si es posible que haya alguien que siente hambre, pero ésta no le molesta, podría ser que la persona aprenda que cada vez que siente hambre debe comer si no quiere morir, pero el hecho de que no muera de hambre no implica que el hambre le molesta. De forma parecida, alguien podría sentir dolor que no le molesta y aún así puede identificarlo, prevenirlo y curarlo en vías de su supervivencia.

Alguien con el gen SCN9A no presenta las actitudes normales hacia estímulos nociceptivos ni reporta tener dolor. Aunque esto nos puede conducir a pensar que no siente dolor, no nos demuestra fehacientemente que no lo siente. Pensar que el dolor es meramente una actitud lleva al callejón en el que no se puede atribuir dolor a alguien que no actúa como que lo tiene y obliga a adjudicárselo a alguien que sólo actúa como si lo tuviera. Si aceptamos que el

dolor es idéntico a una conducta, alguien que tuviera el cuerpo inmovilizado no podría sentir dolor, así que a pesar de que su sentido del tacto no esté dañado, si se le quema la piel, dado que no se queja ni se retuerce, entonces no tiene dolor. Así también, deberíamos aceptar que cada vez que un futbolista se deja caer y grita, es porque efectivamente está sufriendo.

Si preguntamos a los parientes del niño faquir si sienten algo cuando se les aplican estímulos nociceptivos, no tienen ninguna intención de mentir acerca de lo que sienten y afirman que no sienten nada, entonces no se trata de un caso problemático para el concepto de dolor del sentido común. No se contradice que el dolor es necesariamente desagradable ya que ni siquiera hay dolor. Pero si la familia nota alguna diferencia ante estos estímulos, así como pueden identificar cambios de temperatura y de presión, podemos sospechar que sí sienten dolor, pero que es una sensación que les es indiferente. Si hay miembros de la familia con el gen SCN9A que alcanzan la vejez, probablemente esto significa que sí podían percibir el daño de cortarse o quemarse y aprendieron a evitarlo a pesar de que no les molestaba la sensación. Y si fuera así estaríamos frente a un caso que muestra que el dolor no es necesariamente desagradable.

El punto a destacar es que a partir de la información con la que se concluyó que las personas no sentían dolor, *viz*, que actuaban con indiferencia hacia los estímulos normalmente asociados con la producción de dolor, también se puede concluir que no se trataba de carencia de la sensación de dolor, sino de indiferencia hacia ella. Se puede pensar que se trata de la segunda situación ya que las personas sabían reconocer sensaciones táctiles y térmicas y podían llegar a la vida adulta. Esto hace suponer que sí podían identificar que algo les estaba haciendo daño y aprendieron a evitarlo, así como alguien puede aprender a comer a pesar de que no tenga hambre. Así, probablemente habrá que revisar otros casos en lo que se consideran que hay ausencia de dolor, ya que el hecho de que alguien no reaccione de manera normal hacia un estímulo doloroso no implica que no siente nada. Tal vez sí lo siente, pero no actúa con aversión porque no le parece desagradable.

De este modo, bajo la evidencia con la cual se ha sostenido que las personas con el gen SCN9A son insensibles al dolor, también se podría pensar que son indiferentes a éste. Mas no es lo mismo carecer de la sensación de dolor, que tenerla y ser indiferente a ella. Así que habría que analizar cuál de estas interpretaciones del fenómeno es la más adecuada. Para ello, se podría someter a las personas con este gen a estímulos que son considerados como dolorosos y preguntarles si sienten algún cambio: algo que no es incremento de presión ni de temperatura. Si efectivamente sienten algo, pero les es indiferente, entonces se trata de dolor que no molesta. Si no perciben ningún cambio, entonces no sienten dolor.

### **2.2.3 El dolor auto infligido**

Tal vez no tenemos que ir tan lejos ni entrar en anomalías genéticas para hallar un caso que parezca contradecir que la sensación de dolor es necesariamente desagradable. Si podemos generarnos dolor y tener una actitud neutral hacia nuestra sensación, entonces el dolor no es necesariamente aborrecible. Esto no quiere decir que nos guste el dolor, ni que lo necesitemos para poder llevar plenamente nuestra vida, así que no sería un caso de masoquismo. Si no nos encontramos en ninguna situación anormal, no hemos sido sujetos de ninguna operación para el manejo del dolor, no estamos bajo el efecto de ninguna droga, somos genéticamente normales, pero tenemos una sensación que identificamos como dolor y somos afectivamente neutrales hacia ella, entonces el dolor no es necesariamente algo desagradable y el concepto de dolor del sentido común tiene problemas para explicar esta situación.

Hay sensaciones que cambian dependiendo de si alguien más nos las provoca o si nos las hacemos nosotros mismos. Un ejemplo de esto son las cosquillas. No es nada similar la reacción que tenemos hacia ellas si alguien nos las hace o nosotros nos las hacemos. La sensación de cosquillas es dividida en dos clases (Hall y Allin, 1897): la primera es llamada *knismesis*, un cosquilleo que podemos tener en prácticamente cualquier zona del cuerpo y

que puede ser auto generado y la segunda es llamada *gargalesis*, la cual sólo se produce a través de algunas partes del cuerpo y tiene que ser generada por alguien más. En el segundo caso hay factores que parecen acrecentar la sensación, como la sorpresa. Las cosquillas están relacionadas con los mecanismos fisiológicos asociados al tacto y al dolor (Zotterman, 1939). Así que, tal vez, estas son las razones por las que el dolor y las cosquillas se perciben de forma distinta cuando son producidos por otros o auto producidos.

La sensación de *gargalesis* puede ser vista como placentera. Cuando hacemos cosquillas a un bebé y ríe, difícilmente pensaríamos que está sufriendo. Pero las cosquillas también han sido usadas como tortura y a muchos adultos no les gusta que se las hagan (Harris, 1999). Si asumimos que esta sensación es necesariamente agradable, pues nos hace sonreír y la sonrisa está asociada con el buen humor y el bienestar, entonces no podríamos admitir que en la Edad Media se usaron las cosquillas como medio de tortura. Si en unas ocasiones las cosquillas nos agradan y en otras no, tenemos un ejemplo de una misma sensación que puede ser valorada de más de una manera. La *gargalesis* no parece poder ser auto infligida; una de las posibles explicaciones reside en que es una reacción de defensa y es por eso que la sorpresa incrementa la sensibilidad. Así que si intentamos hacérselas, no podemos sorprendernos ni generarnos cosquillas.

En el dolor ocurre algo similar: varias personas tienen la intuición de que no reaccionan igual cuando alguien más les hace daño y cuando ellos mismos se lo producen. A veces prefieren hacérselo ellos mismos y otras prefieren que alguien más se los haga, dependiendo de cuál de las dos les sea menos desagradable. Por ejemplo, a algunas personas no les gusta que las inyecten, pero les parece aún peor hacérselo ellos mismo, porque, en la segunda opción, tienen que observar cómo la aguja entra en su piel. Supongamos que bajo condiciones normales, alguien nos lastima y sentimos dolor. ¿Puede ocurrir que nosotros nos lastimemos en la misma medida, sintamos dolor, pero no evaluemos al dolor de la misma manera? Esto no suena tan descabellado. A veces preferimos hacernos algo que nos va a doler nosotros mismos porque así “nos duele menos”. Pero esto no es suficiente para contradecir al concepto de dolor del sentido común, porque para que sea así, debe haber una situación

en la que alguien identifique su sensación como dolor, pero que sea indiferente a ella.

Un ejemplo que puede hacer esto más concreto es el siguiente: imaginemos que sin esperarlo alguien nos da un fuerte pellizco en el brazo en el lado opuesto al bíceps, donde los pellizcos suelen ser especialmente dolorosos. En una situación como esta es muy probable que sintamos dolor. Ahora bien, tratando de recordar la sensación que tuvimos por el pellizco inesperado, podemos nosotros mismos pellizcarnos en el mismo sitio, ir aumentando el dolor poco a poco hasta el momento en que tengamos una sensación similar a la anterior. Si pudiéramos identificar a la sensación que nos generamos como dolor, pero no nos parece aborrecible, aseguraríamos que se trata de dolor gracias a la infalibilidad sobre nuestro propio dolor, pero dado que no sería desagradable, contradeciría el hecho de que el dolor necesariamente lo es.

Hay varias razones que pueden explicar por qué no evaluamos igual al segundo dolor. Si el dolor es un mecanismo de defensa contra agentes externos y sabemos que somos nosotros quiénes nos producimos dolor, entonces no parece tan indispensable repeler al dolor. En el segundo caso tenemos control sobre el dolor y podemos pararlo cuando deseemos, así que no hay tantas razones para preocuparnos por el daño. Además, si el dolor va incrementando parece ser más fácil elevar nuestro umbral de resistencia hacia la sensación dolorosa.

Si el dolor auto infligido suele ser menos desagradable, quizá existe un punto en el que podemos provocarnos una sensación que tendemos a distinguir como dolor, pero que no tenemos buenas razones para considerarlo desagradable. No nos gusta, así que no queremos volverlo a sentir, pero tampoco nos molesta, así que podríamos volver a experimentarlo sin problema. Si efectivamente el dolor auto producido es valorado de forma distinta y tenemos indiferencia hacia la sensación de dolor cuando nosotros nos la producimos, entonces el dolor no es algo necesariamente desagradable y éste es un caso problemático para el concepto de dolor del sentido común.

## 2.3 Conclusión de casos controversiales

Si pensamos que los masoquistas son personas que disfrutan el dolor, parece extraño que la sensación de dolor sea algo necesariamente desagradable. Pero si aceptamos que el masoquismo es un fenómeno complejo que incluye varios tipos de sensaciones, emociones y situaciones, entonces ya no es tan obvio que exista una contradicción. Además, para que la idea de que el dolor es desagradable entre en conflicto con el masoquismo, el masoquista debe considerar a la sensación dolorosa como placentera. Si el masoquista sigue viendo al dolor como desagradable, pero que vale la pena experimentarlo por los posteriores resultados, no se contradice al concepto de dolor del sentido común. Así que la verdadera contradicción se da entre las versiones *folk* de dolor y de masoquismo.

El masoquismo suele relacionarse con algo sexual; los masoquistas, el psicoanálisis, la psiquiatría y el sentido común así lo conciben. Goldstein dice que el masoquismo no tiene que ser así, pero tampoco niega que pueda serlo. Es controversial si los casos en los que se disfruta el dolor, pero no hay contenido sexual, son situaciones de masoquismo, pero si alguien lo disfruta y lo hace en contextos eróticos, seguramente se trata de un masoquista, pero esto no es relevante para la relación entre masoquismo y el concepto de dolor del sentido común. Los masoquistas pueden depender de varias cosas consideradas desagradables, pero sólo el dolor como sensación pone en cuestionamiento a dicho concepto. Lo que se necesita para que se trate de un caso claro de masoquismo que pone en dificultades al concepto de dolor del sentido común es que el masoquista desea la sensación de dolor como un fin, puesto que es la sensación misma lo que le produce placer.

Por su parte, en la disociación del dolor, la persona identifica y cree que su sensación es de dolor, lo cual está asegurado como verdadero por la infalibilidad hacia el propio dolor, pero no considera a su sensación como desagradable. La cingulotomía parece ser el caso paradigmático de esto. Son personas que antes de la intervención quirúrgica habían experimentado dolor y

tenían las reacciones normales hacia éste, pero después de ella perdieron la afección conservando la sensación.

Un problema de situaciones como la cingulotomía, la lobotomía y el uso de morfina, es que alguien podría argumentar que a estas personas no se les puede atribuir total credibilidad ni racionalidad sobre sus estados mentales. Las personas intervenidas quirúrgicamente o que han consumido drogas sufren deterioro de algunas de sus capacidades cognitivas, lo que hace a sus reportes menos válidos y pone en tela de juicio la infalibilidad sobre los propios estados mentales. Es decir, si se está sedado o se ha intervenido de manera considerable en el cerebro y esto provoca la disminución de agudeza intelectual, entonces se podría argumentar que los reportes de dolor de estos individuos no son válidos, pues su disminución de capacidades cognitivas les impide usar adecuadamente el término.

Es por esto que si aceptamos que, bajo condiciones normales, en las que no se es sujeto a ninguna droga ni intervención médica mayor, si alguien puede ser neutral hacia un dolor auto producido, entonces éste sería un caso claro que pone en aprietos al concepto de dolor del sentido común. Si una persona, adulta, racional, en una situación ordinaria, se produce un estímulo y considera que éste le causa dolor, pero no considera a su sensación como desagradable, entonces el dolor no es necesariamente algo horrible. Como en el ejemplo del pellizco, no es el caso que a la persona le guste pellizcarse y causarse dolor, es suficiente con que sea neutral hacia su sensación para mostrar que el dolor no es desagradable y por tanto, mostrar que el concepto de dolor del sentido común es incapaz de dar cuenta satisfactoriamente de estas situaciones.

## Capítulo III

### Un mejor concepto de dolor

En este tercer y último capítulo se analizará el otro concepto de dolor. Al igual que el concepto de dolor del sentido común, éste reúne dos características. La primera de ellas postula que el dolor posee una fenomenología particular y la evaluación de ésta. La segunda, aunque en otras palabras, nos dice lo mismo que la del sentido común: somos infalibles sobre nuestro dolor. La primera considera al dolor como una sensación compleja que, además de tener una fenomenología particular, puede ser evaluada de distintas maneras. La segunda pone en relación la infalibilidad sobre nuestro dolor con el hecho de que nuestra creencia es suficiente para tener la sensación de dolor.

En el primer apartado se tratará la relación entre la infalibilidad y la creencia de tener dolor como suficiente para la sensación de dolor, así como la conjunción entre la sensación particular de dolor y la evaluación de la misma. Se verá, siguiendo la metodología del primer capítulo, si esta conjunción es necesaria para que algo pueda ser considerado como una experiencia de dolor, es decir, si puede existir algo que cataloguemos como dolor sin que posea ambas características. Después se analizará si la misma conjunción es suficiente para tener dolor, i.e., si basta con que algo tenga la fenomenología particular del dolor, además de una evaluación de esa sensación, para que sea considerado como dolor.

En el segundo apartado se analizará la efectividad de esta otra forma de entender al dolor. Ya que han sido esclarecidas las condiciones en las que el masoquismo y la disociación son contradictorios para el concepto de dolor del sentido común, se verá cómo este nuevo concepto logra resolver dichas contradicciones. Es decir, se expondrán las soluciones ofrecidas por el nuevo concepto para el masoquismo y la disociación del dolor. Se mostrará que este concepto es más satisfactorio para dar cuenta de la experiencia de dolor.

## 3.1. Un nuevo concepto de dolor

### 3.1.1 Infalibilidad y suficiencia de la creencia

Antes de comenzar con el examen del segundo concepto de dolor hay que recordar cuál es exactamente su definición:

( $\alpha$ ) Las experiencias de dolor cuentan con un doble aspecto: por un lado, está la sensación característica del dolor y, por el otro, la evaluación de dicha sensación.

( $\beta$ ) La creencia de dolor de un sujeto es condición suficiente para que éste tenga dolor, así como tener dolor es condición necesaria para tener dicha creencia.

En el primer capítulo, en la sección donde se analizó si la creencia de tener dolor era suficiente, se mostró que parece extraño que alguien pueda diagnosticarnos que no tenemos dolor aun si creemos firmemente que lo tenemos. Es por ello que si vamos al médico quejándonos de un dolor de muelas, a pesar de que no se halle ninguna causa que explique por qué sentimos dolor, el médico no puede concluir que no lo tenemos. De igual manera, la definición de la IASP en la nota anexa dice que el dolor es un estado psicológico y que aún en la ausencia de daño de tejido, si una persona identifica la sensación de dolor que usualmente está asociada a dicho daño, se debe aceptar que esa persona tiene dolor.

Esto puede ser entendido así por motivaciones pragmáticas, i.e., lo más conveniente es aceptar la infalibilidad sobre nuestro dolor para así evitar posible sufrimiento. Dicho de otro modo, si el dolor usualmente está asociado al daño de tejidos, es una sensación evaluada como desagradable y alguien nos dice que tiene dolor, entonces lo más conveniente es aceptar que lo tiene. El hecho de que no encontremos una explicación a su dolor no implica que no la haya, así que es mejor tratarlo lo antes posible y, en caso de que efectivamente

esté sufriendo, aliviar su dolor. En otras palabras, si alguien nos dice que siente dolor de muelas, pero no encontramos la causa de su dolor, es más conveniente aceptar que lo tiene y ayudarlo; el hecho de que no conozcamos la causa no significa que no la haya, así que es mejor aceptar que una persona tiene dolor y, aunque no conozcamos la causa de éste, ayudar a su alivio.

La infalibilidad sobre el propio dolor como principio pragmático no parece especialmente controversial. Pero esto no es lo que se está proponiendo al decir que la creencia sobre nuestro propio dolor es suficiente para tener la sensación de dolor. Si la creencia de que tenemos dolor es suficiente para tenerlo, no puede haber una situación en la que alguien crea que siente dolor, pero que en realidad no lo tenga. Existe un ejemplo que podría hacernos dudar sobre la infalibilidad de nuestro propio dolor: es extraño que alguien que es hipnotizado para creer que tiene dolor realmente lo sienta. Es decir, podemos imaginar a alguien que es hipnotizado y actúa como si tuviera dolor. Esta persona hace las mismas cosas que alguien que cree que tiene dolor, pero no parece que de ahí se siga que realmente está teniendo la sensación de dolor.

Si admitimos que mediante la hipnosis se nos puede hacer creer que tenemos dolor, entonces debemos aceptar que dicha creencia es suficiente para verdaderamente sentir dolor, lo cual es extraño, pues parece como si la creencia generara la sensación de dolor. Pero que esto suene extraño no desacredita la infalibilidad sobre nuestro dolor; si aceptamos la relación “ $Cd \supset D$ ”, donde “ $Cd$ ” es la creencia de dolor y “ $D$ ” es la sensación de dolor, si se tiene la creencia de dolor, entonces se tiene dolor. Pero esto no implica que la creencia de que se tiene dolor genera su sensación, tampoco lo niega, pero ese no es el punto. Ver a la creencia como suficiente para la sensación no se compromete con cómo se genera la segunda, sólo dice que si la primera está presente, también lo está la segunda.

Es decir, si aceptamos que somos infalibles sobre nuestro dolor, y hay buenas razones para hacerlo, eso equivale a decir que es suficiente que creamos tener dolor, para tenerlo, puesto que somos infalibles. Si creemos tener dolor, necesariamente lo tenemos, aunque esto no se compromete con la explicación de la causa del dolor. Para hacerlo más claro, si pensamos en el

caso de la hipnosis, se podría pensar que si alguien nos hipnotiza y nos hace creer que sentimos dolor, entonces nuestra creencia, por una especie de generación espontánea, hace emerger a la sensación de dolor. Eso suena extraño, pero no es especialmente relevante para la relación entre la creencia de dolor y la sensación de dolor, pues ésta sólo se compromete a decir que si existe la creencia de dolor propio, entonces hay dolor, pero no se compromete con la proveniencia del dolor ni con que alguien nos pueda hipnotizar y hacernos creer que sentimos dolor.

Hay casos en los que parece menos raro que la hipnosis genere sensaciones en una persona. Por ejemplo, si se hipnotiza a alguien para que crea que tiene calor o frío y éste comienza a sudar o a tiritar, entonces sería fácil aceptar que la hipnosis es efectiva y que el hipnotizado realmente está sintiendo un cambio de temperatura. Sería raro decir que alguien cree que tiene calor, actúa como que lo siente e incluso está sudando, pero que en realidad no siente calor.

Si la hipnosis puede hacernos creer tener sensaciones, podría ocurrir que alguien sea sugestionado para creer que siente dolor y lo sienta, a pesar de que no sepamos explicar cómo sería posible eso. No podemos saber si alguien siente o no dolor una vez que es hipnotizado, así como tampoco podemos sentir el dolor de muelas de los demás. De hecho, aunque no es común, hay situaciones en que las personas dicen tener dolor a pesar de que no se halle una causa física que lo explique. No tenemos forma de saber si realmente están sintiendo algo, como ocurre con las personas con algún miembro fantasma, quienes dicen tener dolor en una parte del cuerpo que les ha sido amputada.

En los casos de miembro fantasma, las personas continúan experimentando la presencia de una parte amputada de su cuerpo y dicha experiencia suele ser dolorosa. Esta sensación se adjudica a las terminales nerviosas que quedan después de la amputación, pero, en algunas ocasiones, cuando dichas terminales también son eliminadas, la sensación de miembro fantasma persiste y se incrementa la sensación de dolor (Ramachandran y Blakeslee, 1998). Otro ejemplo de dolor que tampoco tiene una explicación

clara, ocurre en estudios de campo en hospitales en el área de urología. Se ha registrado que los pacientes reportan tener sensaciones táctiles y de dolor aun sin que los médicos comiencen sus intervenciones. De manera parecida, a veces los pacientes reportan dolor en partes del cuerpo que no se les están tocando (Córdoba, en prensa).

Hay buenas razones para aceptar la infalibilidad acerca del dolor propio. Una vez aceptada dicha infalibilidad, ésta se puede traducir a que nuestra creencia sobre nuestro dolor es suficiente para tenerlo. Basta con que creamos que sentimos dolor para que éste sea real, ya que no podemos estar equivocados sobre nuestra sensación de dolor. En los ejemplos expuestos anteriormente se adjudica dolor a los pacientes aun si no hay una causa fisiológica obvia para explicar sus sensaciones de dolor. El dolor puede experimentarse en partes del cuerpo que ni siquiera han sido tocadas o inclusive en zonas que han sido amputadas. La creencia de dolor no es necesaria para tener dolor, pues los animales y los bebés pueden sentir dolor sin tener la creencia de que lo tienen, pero es suficiente en tanto que aceptemos que somos infalibles sobre nuestro propio dolor.

### **3.1.2 ¿La conjunción sensación-evaluación es necesaria?**

Este segundo concepto entiende al dolor como dotado de una fenomenología compleja. En vez de postular que el dolor es una sensación de carácter necesariamente desagradable, lo toma como algo que puede ser evaluado de diversas maneras, ya sea de forma positiva, negativa o neutral. Según este concepto, el dolor tiene una manera distintiva de sentirse, lo cual lo diferencia del resto de las sensaciones, y esto lo sabemos gracias a la introspección. A pesar de que no es tan claro cómo usamos la introspección como método de conocimiento, sabemos que la usamos y que gracias a ella podemos distinguir entre sensaciones y analizarlas individualmente.

No es sencillo describir cómo hacemos para tener sensaciones, cómo se experimentan ni cómo distinguimos una de otra. Por ejemplo, alguien puede

decir, al meter su mano en agua que ha sido puesta al fuego, que siente que ésta está caliente. Pero si alguien le preguntara, ¿cómo sabes que lo que sientes es caliente?, le sería difícil dar una respuesta. Probablemente podría responder que en algún momento alguien le enseñó a usar la palabra “caliente” de forma ostensiva, es decir, que aprendió a asociar esa sensación con esa palabra. El problema es que esta respuesta nos dice cómo aprendemos a nombrar esa sensación, pero sigue sin resolver cómo la identificamos.

La sensación de dolor tiene una fenomenología particular accesible a través de la introspección. Gracias a que la introspección permite distinguir entre sensaciones, podemos saber que alguien nos causa cosquillas y no dolor, al menos en situaciones en las que ninguna de ellas es especialmente intensa. Hay ocasiones en que una sensación puede confundirse con otra, como cuando no sabemos cuál estamos teniendo o si estamos experimentando ambas. Por ejemplo, cuando tenemos un hambre terrible no estamos seguros si lo que sentimos es hambre, dolor, o ambos. Ya que la introspección nos permite saber si lo que estamos sintiendo es dolor u otra cosa, se puede analizar si es necesario que sintamos a algo como dolor para que lo sea.

Si la primera parte de la conjunción es necesaria, es decir, si la sensación de dolor es necesaria, entonces para que algo sea dolor debe de sentirse como tal. Es preciso que una sensación tenga la fenomenología del dolor para sea una sensación de dolor. Justamente es eso lo que la hace distinta de las demás sensaciones. Si no fuera de esta manera, no tendría ningún sentido hacer una distinción entre diversas sensaciones. El dolor puede venir en varias presentaciones. Puede tratarse de un dolor intermitente, prolongado, intenso, localizado, difuminado, agudo, crónico, etc., pero si todos estos ejemplos son considerados como casos de dolor, es porque tienen algo en común o al menos hay algunas características que comparten. Algo que une a estos ejemplos es que todos tienen una característica fenomenológica: se sienten como dolor. En términos de Price, todos poseen algeosidad, la cual es conocida por introspección.

Pasando a la otra parte de la conjunción, ¿es necesario que haya una evaluación de la sensación? Esta segunda característica depende en buena

medida de la primera, puesto que para que haya una evaluación, debe haber algo que sea evaluado. No es suficiente con que haya una evaluación, pues la evaluación es de la sensación. Tal vez puede haber sensación sin evaluación, pero no viceversa. Así que si es necesario que haya una fenomenología en especial para que se trate de dolor, esto también es indispensable para que pueda haber una evaluación de la sensación. No puede haber una evaluación de la sensación si no hay una sensación que pueda ser juzgada, pero eso no implica lo inverso, ¿puede haber la sensación de dolor sin ser evaluada?

La respuesta no es obvia. Si vemos al dolor como necesariamente desagradable y aceptamos que está dividido en sensación y evaluación, entonces siempre hay una evaluación de la sensación. Pero si tomamos en cuenta que hay ocasiones, como en la disociación del dolor, en las que las personas son indiferentes hacia su sensación de dolor, entonces se vuelve complicado distinguir entre dos posibles soluciones: bien se puede decir que sí hay una evaluación y ésta es neutral hacia la sensación, o bien se puede ver como que la indiferencia puede ser traducida como ausencia de evaluación.

La solución que demos a esto depende de si consideramos a la neutralidad como una valoración. Si pensáramos que las valoraciones tienen que ser forzosamente positivas o negativas, entonces ser neutral hacia la sensación mostraría que la valoración no es necesaria para la experiencia de dolor. Por el contrario, si pensamos que puede haber valoraciones neutrales, entonces la conjunción sensación-evaluación del dolor es necesaria para experimentar la sensación de dolor, pues tanto en los casos en los que el dolor se considera desagradable como en los que se es neutral hacia éste, hay una evaluación de la sensación.

Se puede concluir lo siguiente acerca de la necesidad de la conjunción sensación-evaluación de dolor: 1) la fenomenología particular del dolor es necesaria para experimentar la sensación de dolor; 2) es necesario tener esta fenomenología para poder hacer una evaluación de la sensación; y 3) si puede haber evaluaciones positivas, negativas o neutrales sobre el dolor, entonces éste es necesariamente evaluado.

### **3.1.3 ¿La conjunción sensación-evaluación es suficiente?**

Al igual que con la sección previa, podemos analizar cada una de las características del segundo concepto de dolor por separado y después analizar la suficiencia de éstas en conjunción. Primero pensemos si es suficiente con que una sensación tenga la cualidad distintiva del dolor para ser considerada como tal. Esto es equivalente a decir que basta con que algo se sienta como dolor para que lo consideremos así. Pero, siendo congruentes con que la evaluación de la sensación es una característica indispensable para la experiencia de dolor, entonces no puede ser suficiente que sólo esté presente la fenomenología particular del dolor para que se trate de una experiencia de dolor. Si pensamos que el dolor lleva obligatoriamente una valoración, no basta con que algo se sienta como dolor, debe haber también una evaluación de esa sensación.

Si partiéramos del concepto de dolor del sentido común, se podría contestar que la sensación de dolor es intrínsecamente desagradable. De esta manera, el solo hecho de sentir dolor implicaría una sensación molesta y no haría falta postular que, además de la sensación, debe haber una de las diversas evaluaciones posibles. Si pensamos en el concepto de dolor del sentido común, la presencia de la fenomenología del dolor sería suficiente para la experiencia de dolor. Por el contrario, si mejor aceptamos el segundo concepto de dolor, entonces la mera sensación no es suficiente, pues falta que haya una evaluación de ella para que se trate de una experiencia de dolor.

La mera evaluación tampoco es suficiente, pues ésta no puede darse sin que esté de antemano la sensación de dolor que es evaluada. Ninguna de las características aisladas, ni la sensación de dolor ni la evaluación, son suficientes. Su conjunción sí lo es. Unidas son suficientes para dar cuenta de la experiencia de dolor. La conjunción de la sensación de dolor más la evaluación de esa sensación es suficiente para asegurar que se trata de una experiencia de dolor. En conclusión, el segundo concepto de dolor es más plausible pues abarca diferentes casos de dolor y ofrece las condiciones necesarias y suficientes para que algo pueda ser considerado como tal. De acuerdo con

éste, es necesario y suficiente que una sensación tenga la fenomenología particular del dolor y sea evaluada, ya sea positiva, negativa o neutralmente, para que sea considerada como una experiencia de dolor.

## **3.2. El dolor en el Masoquismo y la Disociación**

### **3.2.1 Evaluación y Masoquismo**

Como quedó establecido en el capítulo anterior, el único caso de masoquismo que realmente es problemático para el concepto de dolor del sentido común es aquel en el que el masoquista desea la sensación de dolor por ella misma y es ésta la que le provoca placer. Dado que el concepto de dolor del sentido común considera al dolor como intrínsecamente desagradable, no puede explicar cómo es posible que el masoquista experimente dolor que le gusta. Pero esto no es un problema para el segundo concepto de dolor. Este concepto, al hacer la conjunción sensación-evaluación, puede explicar que el masoquista tiene la sensación de dolor y simplemente le da una evaluación positiva.

Si aceptamos la segunda acepción sobre el dolor como la correcta, esto es, si pensamos que somos infalibles sobre nuestro propio dolor, de forma que el hecho de que creamos que sentimos dolor asegura que lo sentimos, y si además de tener la sensación de dolor hacemos una evaluación de esa sensación, entonces podemos decir que el masoquista efectivamente siente dolor, pues él lo cree así y juzga a su sensación de forma positiva. El masoquista en algunas ocasiones considera su dolor como desagradable y en otras lo evalúa como algo deseable. Probablemente en la mayoría de las ocasiones se trata de la primera de estas opciones y es por eso que el masoquista también va al médico. Sería extraño pensar que alguien disfruta todas sus sensaciones de dolor y, aunque podría ser una experiencia

agradable, es muy probable que una persona con esta condición no tendría una vida larga.

El masoquista sabe que lo que siente es dolor, pues de forma introspectiva lo reconoce, pero, a pesar de que en la mayoría de las situaciones lo considera como algo que no quiere experimentar, bajo algunas circunstancias también puede evaluarlo de forma positiva. Si regresamos al ejemplo de la mujer que empezó a disfrutar recibir varazos, podemos explicarlo diciendo que en todas las ocasiones los golpes le generaron dolor, que la sensación no cambió en absoluto, pero que hubo algo que sí se modificó entre las primeras experiencias, cuando no le gustaba la sensación que le producían los golpes, y las últimas, cuando el dolor le comenzó a agrandar. En el proceso lo que cambió fue su evaluación de la sensación de dolor.

Los demás casos de masoquismo tampoco son problemáticos para el segundo concepto de dolor. Cuando se trata de masoquistas que no dependen de la sensación de dolor, como cuando desean ser humillados o sometidos, ni siquiera son casos que deben ser resueltos a partir de la conceptualización de la sensación de dolor, pues ésta no juega ningún rol allí. Y en aquellas situaciones en las que el dolor es un medio desagradable para un fin mayor, se puede decir que la sensación de dolor está presente y es evaluada como desagradable. Así, este nuevo concepto de dolor resuelve tanto el masoquismo que no es problemático para el concepto de dolor del sentido común, como aquél que sí lo es.

### **3.2.2 Evaluación y Disociación**

La disociación del dolor es la situación que genera más problemas para el concepto de dolor del sentido común, ya que una de las características cruciales de la disociación es que no considera al dolor como algo desagradable, de hecho, parece no tener ninguna valoración en especial. Si aceptamos que la indiferencia es una valoración neutral, entonces el segundo concepto de dolor puede resolver sin dificultades los casos de disociación del

dolor. Lo puede hacer debido a que las personas creen que tienen dolor y son infalibles sobre ello y además dan un juicio neutro de esa sensación. En algunas situaciones el dolor es percibido como desagradable, pero en otras se es indiferente ante él. Esto se puede explicar diciendo que es posible identificar a la sensación de dolor, dado que ésta tiene una forma particular de sentirse, pero puede ser evaluada de más de una manera. Si retomamos los tres distintos niveles en los que puede haber disociación del dolor, todos ellos pueden ser resueltos por el segundo concepto de dolor.

En primer lugar están los casos de lobotomía y uso de morfina. En ellos las personas pueden percibir y actuar normalmente frente a los estímulos nociceptivos, pero dejan de molestarles los dolores crónicos. En segundo lugar se encuentran los casos de cingulotomía, donde las personas detectan la sensación de dolor, pero no les molesta en absoluto. Y por último, en la insensibilidad congénita al dolor, las personas no reportan ningún tipo de sensación ante varias instancias de nocicepción. Todos estos fenómenos pueden ser resueltos a partir del segundo concepto de dolor.

Se puede decir acerca de los dos primeros casos que en todas las ocasiones las personas detectan la sensación de dolor, pero que no siempre la consideran desagradable, i.e., pueden detectar la sensación de dolor, pero a veces le dan una valoración negativa y a veces una de indiferencia. Acerca de la insensibilidad congénita se pueden dar dos respuestas: la primera es que si verdaderamente las personas no tienen ninguna sensación, entonces ni siquiera es pertinente analizar si lo que sienten es dolor, pues no sienten nada; la otra respuesta es que probablemente tomamos algunos casos como ejemplos de insensibilidad, pero en realidad se trata de personas que sienten dolor y tienen una valoración de indiferencia y es por ello que otras personas interpretan esa indiferencia como falta de sensación.

Todas las soluciones a la disociación del dolor, mediante el segundo concepto, dependen de que pueda haber evaluaciones neutrales sobre el dolor. De hecho, si se acepta la conjunción sensación-evaluación, la disociación de dolor implica una evaluación neutral. Alguien podría criticar esta solución diciendo que las evaluaciones neutrales no son realmente evaluaciones sino

carencia de ellas. Por ejemplo, si alguien nos pregunta si nos gustó o no una película que acabamos de ver y decimos que ni sí ni no, que somos indiferentes hacia la película, la persona que hizo la pregunta podría decir que no estamos juzgando y que no estamos realmente respondiendo a la pregunta. Esa persona estaría en lo cierto si las únicas posibilidades de juicio fueran que nos gustó o no. Si esas fueran las únicas posibilidades para juzgar, la indiferencia no podría ser un juicio. Pero positivo o negativo no son las únicas opiniones posibles. No es obligatorio hacer una evaluación a favor o en contra para poder tener una opinión sobre algo.

Así que si aceptamos que a favor o en contra no agotan las posibilidades de las evaluaciones, entonces la disociación del dolor puede ser explicada a partir de la diferencia entre la sensación de dolor y la evaluación de ésta. A pesar de que en la mayoría de las experiencias de dolor la sensación es evaluada como desagradable, en el masoquismo las personas tienen una sensación de dolor que consideran placentera y en la disociación una que evalúan como indiferente.

De esta forma, en el ejemplo de dolor autoinfligido, en el cual no hay ningún uso de drogas y las capacidades cognitivas del individuo no pueden ponerse en duda puesto que tampoco está siendo o ha sido sometido a una intervención quirúrgica que pueda afectar sus habilidades mentales, es posible explicar por qué es indiferente hacia su sensación. El dolor autoinfligido cuenta con algo que nos hace evaluar a la sensación de dolor de manera distinta. Tal vez el hecho de que nos lo causemos nosotros mismos hace que no nos parezca tan desagradable ya que sabemos que no representa un verdadero peligro. Si la evaluación de dolor puede variar, cuando sentimos dolor podemos hallar la sensación como molesta, indiferente o incluso agradable.

En conclusión, el segundo concepto de dolor puede resolver satisfactoriamente aquellas situaciones que el concepto de del sentido común no puede resolver. Si analizamos al masoquismo, podemos concluir que éste no es realmente problemático para el concepto de dolor del sentido común. Y si lo es, debe ser entendido de una manera bastante limitada; sólo es problemático cuando el masoquista desea a su dolor como fin y lo hace así

porque la sensación de dolor le parece agradable. El nuevo concepto de dolor resuelve todos los casos de dolor en el masoquismo; cuando el dolor es sólo un medio desagradable para un fin, el dolor es identificado como tal y se le da una valoración negativa, aunque también se evalúa que vale la pena sentirlo; cuando el dolor es un fin y se desea por él mismo, se detecta la fenomenología del dolor y se la evalúa como deseable.

En cuanto a la disociación del dolor, la cual siempre es un problema para el concepto de dolor del sentido común, también puede ser esclarecida a partir del nuevo concepto de dolor. En la disociación las personas dicen que sienten dolor y que su sensación no es desagradable, pero esto es contradictorio si pensáramos que el dolor siempre es una sensación aborrecible. El segundo concepto de dolor no tiene este problema. Si aceptamos esta nueva definición de la experiencia de dolor, podemos decir que el dolor está presente, puesto que se le reconoce por su fenomenología particular, y esta sensación es evaluada como indiferente. Esto explica por qué en la disociación las personas sienten dolor, pero son indiferentes ante su sensación. El segundo concepto de dolor es mejor que el del sentido común: puede dar cuenta de los mismos casos de dolor y de otros que el primer concepto no podía. Así que si queremos entender mejor qué es la experiencia de dolor, hay que dejar de pensar que es una sensación necesariamente horrible y comenzar a verla como una que puede ser evaluada de distintas maneras.

## Conclusión

El propósito de este trabajo fue dar cuenta de la experiencia de dolor a través de una vía conceptual. La razón para abordar esta experiencia es que el dolor generalmente es un fenómeno asociado al sufrimiento y el estudio del mismo puede ayudar eventualmente a su comprensión, manejo y prevención. Dada la complejidad de la experiencia de dolor, se optó por un método conceptual ya que éste es particularmente clarificador.

Se comenzó analizando el concepto de dolor del sentido común. Éste propone dos características que son distintivas de la sensación de dolor. La primera establece que el dolor es intrínsecamente desagradable y la segunda que somos infalibles sobre nuestro propio dolor. El problema con esta concepción es que si pensáramos que en el masoquismo el dolor es placentero, entonces hay una contradicción, pues si el dolor fuera necesariamente aborrecible, el masoquista no podría experimentar un dolor agradable. Otro problema con este primer concepto de dolor es que tampoco puede dar cuenta de los casos de disociación del dolor. En éstos la sensación de dolor está presente, pero las personas son indiferentes hacia ella. Se asegura que las personas sienten dolor, pues son infalibles sobre ello, pero se vuelve a generar una contradicción porque, si el dolor es necesariamente desagradable, entonces no se puede ser indiferente hacia él.

Ya que el masoquismo y la disociación del dolor no pueden ser explicados a través del concepto de dolor del sentido común, se hizo un análisis más fino acerca de estos fenómenos. Al hacerlo se notó que el masoquismo realmente no entra en contradicción con este concepto de dolor, a menos que se dé una descripción muy limitada y específica del masoquismo. El masoquismo no considera a la sensación de dolor como placentera y tampoco se concentra sólo en dicha sensación, así que, en términos generales, no representa un problema para el concepto de dolor del sentido común. Por el contrario, la disociación del dolor sí le es problemática, pues en ella se tiene una actitud de indiferencia hacia la sensación de dolor.

Una vez esclarecidos el masoquismo y la disociación del dolor, se les analizó bajo un segundo concepto de dolor y se vio que éste resuelve las dificultades que tiene el concepto de dolor del sentido común. El nuevo concepto también propone que somos infalibles sobre nuestro propio dolor, pero con la diferencia de que entiende a la experiencia de dolor como compleja y poseedora de dos características distintas que están necesariamente en conjunción. La primera es que el dolor tiene una fenomenología particular que la hace diferente de las demás sensaciones; la segunda es que hay una evaluación de esa sensación. Haciendo tal distinción y tomando en conjunción a ambas características, esta segunda acepción logra resolver las contradicciones del concepto de dolor del sentido común al intentar explicar los distintos casos de dolor.

Si lo que ocurre en el masoquismo es que las personas consideran a su sensación de dolor como placentera, se puede decir que se detecta la sensación de dolor y que ésta es evaluada positivamente. Si en la disociación las personas tienen la sensación de dolor, pero son indiferentes hacia ella, se puede afirmar que eso es equivalente a decir que efectivamente tienen la sensación y la evalúan como neutral. Y para el resto de casos, en los que el dolor es desagradable, la razón de ello es que se da una evaluación negativa de dicha sensación. De esta forma, el segundo concepto de dolor logra resolver todos los ejemplos que el primer concepto de dolor, además de los que le eran problemáticos. Por ello, este nuevo concepto de dolor es mejor, pues es más eficaz para dar cuenta de diversas situaciones que consideramos como experiencias de dolor.

Este nuevo concepto de dolor tiene las ventajas de que no genera contradicciones al explicar la experiencia de dolor y de que da cuenta de la complejidad de dicha experiencia. En un futuro, se podría analizar cómo esta nueva forma de entender al dolor puede ser incorporada en los estudios del dolor. Puesto que la experiencia de dolor es una conjunción sensación-evaluación, habrá que tratar de identificar los factores que influyen en dicha conjunción y usar ese conocimiento para el mejor control del dolor y la prevención del sufrimiento.

## Referencias:

Ariely, D., (2008). *Predictably Irrational: The Hidden Forces that Shape Our Decisions*, New York: Harper Collins.

American Psychiatric Association, (1994). *DSM-IV Diagnostic and statistical manual of mental health disorders* (4th ed), Washington DC: Author.

Aydede, M., (2005). "Pain", *The Stanford Encyclopedia of Philosophy* (Winter 2010 Edition), Edward N. Zalta (ed.), URL = <http://plato.stanford.edu/entries/pain/>

Aydede, M. y Güzeldere, G., (2002). "Some Foundational Problems in the Scientific Study of Pain," *Philosophy of Science*, 69: 1-27.

Barber, T. X., (1959). "Toward a Theory of Pain: Relief of Chronic Pain by Prefrontal Leucotomy, Opiates, Placebos, and Hypnosis," *Psychological Bulletin*, 56: 430-60.

Bennett, M., y Hacker, P., (2003). *Philosophical Foundations of Neuroscience*, Australia: Blackwell Publishing.

Block, N., (1980). "Troubles With Functionalism", *Readings in the Philosophy of Psychology*, Volumes 1 and 2. Cambridge, MA: Harvard University Press, 268–305.

Bras, M., Dordevic, V., Gruegurek, R., y Bulajic, M., (2010). "Neurobiological and Clinical Relationship Between Psychiatric Disorders and Chronic Pain," *Psychiatria Danubina*, 22, 2: 221-26.

Chalmers, D., (1996). *The Conscious Mind*. New York: Oxford University Press.

Cleland, J., (1748). *Fanny Hill o Memoires of a Woman of Pleasure*, reimpresso 1985, New York: Penguin Classics.

Conee, E., (1984). "A Defense of Pain," *Philosophical Studies* 46: 239–248

Córdoba, D., (en prensa), "Dolor, Genitalidad y Vasectomía: Otra Mirada al Cuerpo Masculino", *La Ventena*, 38.

Cox, J.J., Reimann, F., Nicholas, A.K., et al. (2006). "An SCN9A Channelopathy Causes Congenital Inability to Experience Pain," *Nature* 2006, 444: 894-98.

Dennett, D.C., (1991). *Consciousness Explained*, New York: Little, Brown.

Dennett, D.C., (1978). "Why You Can't Make a Computer that Feels Pain", en *Brainstorms*. Cambridge, Massachusetts: MIT Press.

- Fields, H.L., (1999). "Pain: an unpleasant topic," *Pain*, Suppl. 6: 61-69.
- Garma, A., (1960). *Sadismo y Masoquismo en la Conducta Humana*, 4a ed., Nova.
- Goldstein, I. (1983). "Pain and Masochism," *Journal of Value Inquiry* 17 (3), p 219-223.
- Hall, G. S., Allin, A., (1897). "The Psychology of Tickling, Laughing and the Comic," *The American Journal of Psychology*, 9:1-42
- Harris, C. R., (1999). "The mystery of ticklish laughter," *American Scientist*, 87: 1-4.
- IASP (1986). "Pain Terms: A List with Definitions and Notes of Usage," recomendada por la Asociación Internacional para el Estudio del Dolor (IASP), *Pain*, Supplement 3: 216-21.
- Kaufman, R. (1985). "Is the Concept of Pain Incoherent?," *Southern Journal of Philosophy*, 23: 279–284.
- Kelly, D., (1981). "Somatic Sensory System IV: Central Representations of Pain in Analgesia," en Kandel, E. y Schwartz, J. (eds.), *Principles of Neural Science*, New York: Elsevier North Holland.
- Melzack, R., y Wall, P. D. (1965). "Pain Mechanism: a New Theory," *Science*. Washington, D.C.; 150: 971- 979.
- O.M.S.: (1992). *CIE-10. Trastornos Mentales y del Comportamiento*. Décima Revisión de la Clasificación Internacional de las Enfermedades. Descripciones Clínicas y Pautas para el Diagnóstico. Organización Mundial de la Salud, Ginebra.
- Philips, A., (1998). *Una defensa del masoquismo*, trad. César Palma, Trayectos; Barcelona.
- Putnam, H., (1967). "The Nature of Mental States," reimpreso en *Mind, Language, and Reality*. Cambridge: Cambridge University Press, p. 429–440.
- Ramachandran, V. S., Blakeslee, S., (1998), *Phantoms in the Brain: Probing the Mysteries of the Human Mind*, William Morrow & Company.
- Price, D.D., (1988). *Psychological and Neural Mechanism of Pain*, New York: Raven Press.
- Price, D.D., (2000). "Psychological and Neural Mechanism of the Affective Dimension of Pain," *Science* 288(9): 1769-72.
- Ritchers, J., Richard, O., et al. (2008). "Demographic and Psychosocial Features of Participants in Bondage and Discipline, "Sadomasochism" or Dominance and Submission (BDSM): Data from a National Survey," *Sex Med*, 5:1660–1668.

Snyder, S.H., (1981). "Los Receptores de los Opiáceos y Sustancias Opiáceas Endógenas", *El Cerebro*, trad. Monique Robert, Barcelona: Labor.

Wittgenstein. L., (1953). *Philosophical investigations*. (G. E. Anscombe, Trans.). Oxford: Wiley-Blackwell. *Investigaciones Filosóficas*. trad. Alfonso García Suárez y Ulises Moulines. México: UNAM IIF.

Zotterman, Y. (1939), "Touch, Pain and Tickling: An Electrophysiological Investigation on Cutaneous Sensory Nerves," *Journal of Physiology*, 95:1-28.