

Melanie Thernstrom



***Las crónicas
del dolor***

*Curas, mitos, misterios, plegarias,
diarios, imágenes cerebrales, curación
y la ciencia del sufrimiento*



ANAGRAMA
Colección Argumentos

Índice

Portada

Introducción: El telegrama

I. El valle del dolor, el velo del dolor: el dolor como metáfora

«Dolor dictat»

Diario del dolor: Guardo un secreto

«Poena»

El advenimiento del dolor

Sus ojos permanecen abiertos al dolor

El mal, el daño que nos viene desde la oscuridad

Ningún dios vino a salvarme, ninguna diosa se apiadó de mí

Diario del dolor: Evito un diagnóstico

Dolor crónico y agudo

El destructor del sufrimiento

El plan

El dilema del placebo

Emociones negativas reprimidas

Cardos para ti

El dolor de Jesús

La paradoja del mártir

La ordalía, el juicio de Dios

Diario del dolor: Decido conocer mi diagnóstico

El cuerpo dolorido

Una joven pionera

II. El hechizo del sueño quirúrgico: el dolor como historia

La conquista del dolor

El oficio y sus horrores

Un terror indescriptible

Pócimas soporíferas

Mesmerismo

Una quimera prohibida

Gracias a él se eliminó el dolor en la cirugía

La esclavitud del éter

Diario del dolor: Me diagnostican

Toda nuestra vida y nuestro destino

III. La terrible alquimia: el dolor como enfermedad

Una habitación especial en el infierno

El mutable

La falsa muerte de los nervios muertos

Síndromes de dolor neuropático

Síndromes del dolor posquirúrgico

Una confusión clásica

«Es difícil comportarse como una paciente creíble»

La paradoja de los pacientes satisfechos con un tratamiento inadecuado del dolor

- La hipótesis de la marca
- Adicción y pseudoadicción a los opiáceos
- Procesar a quien prescribe
- La invisible jerarquía de los sentimientos
- El umbral del dolor y su tolerancia
- Sensibilidad individual al dolor
- El secreto celular del ciclo del dolor crónico
- El maravilloso sueño de alejar el dolor de nosotros
- Diario del dolor: Intento comprender la ciencia
- IV. La búsqueda de una voz: el dolor como narración
 - La búsqueda de una voz
 - Ánimo
 - Sufrimiento
 - Dolor integrador y desintegrador
 - Los riesgos de la fe religiosa
 - El fénix
 - El yo temido, el yo real y el yo deseado
 - El susurro de unas extrañas alas
 - La sombra de un concepto médico
 - El paciente difícil
 - Cuando los analgésicos producen dolor
 - Ideas siniestras
 - Esta maldición con la que vivo
 - Un socio en el bienestar
 - Diario del dolor: Deseo mejorar más
 - A merced del cuerpo
 - Mejorar aún más
 - Cien beneficios
 - Fortuna
 - La grieta por donde penetra la luz
 - Dolor físico y dolor romántico
 - Lo único que me causa dolor es no poder mostrarte mi devoción
 - Kavadi
- V. Curar la mente: el dolor como percepción
 - ¿Qué es el dolor?
 - El demonio dentro de la máquina
 - Percepción y modulación del dolor
 - La expectativa rivaliza con la nocicepción
 - La magia se da en tu cabeza
 - Una narrativa menos funesta
 - Diario del dolor: Intento cambiar mi percepción
 - La anestesia de la fe
 - Un control cognitivo sobre la neuroplasticidad
 - «Terra incognita»
 - Un universo de dolor
 - Justo al lado

Notas

Agradecimientos
Créditos

A mis padres

Dolor dictat

INTRODUCCIÓN: EL TELEGRAMA

Imagínense, como yo lo hago, a un grupo de tísicos tosiendo sangre en un moderno sanatorio de montaña en el siglo XIX. Allí sus vidas están sujetas a tratamientos regulados que incluyen los más avanzados protocolos médicos. Las anticuadas sangrías y purgas han dado paso a los baños termales, buena nutrición, aire fresco de montaña y helioterapia, esto es, baños de sol. Sin embargo, las actitudes frente a la enfermedad han variado poco desde los tiempos de Hipócrates, quien, en el siglo V a. n. e., ya prevenía a sus colegas frente a los pacientes que acudían a ellos con tisis avanzada (la enfermedad más común de la época) porque su inevitable muerte podría perjudicar la reputación de los médicos.

A lo largo de los siglos hubo multitud de teorías sobre las causas de la tisis, desde la herencia, los malos espíritus, el vampirismo, los vapores nocivos, las aguas fecales, los efluvios de los pantanos hasta la corrupción corporal. En el siglo XIX estuvo en boga la teoría de que la enfermedad era debida a la lucha espiritual entre el cuerpo y el alma, en la que la carne mortal se iba consumiendo lentamente y de un modo que realzaba tanto la belleza como la creatividad del paciente. Pero en la primavera de 1882 un médico alemán identificó la *Mycobacterium tuberculosis*. Cuatro mil años de mitos desaparecieron de golpe en el momento en que la bacteria se materializó bajo la lente del microscopio. A pesar de que la apariencia de la enfermedad se había prestado a la metáfora, desde el brillo de los ojos de los pacientes a la lenta consunción de sus cuerpos, de repente, la ciencia disentía abruptamente de todo aquello. En lugar de tisis la dolencia pasó a llamarse tuberculosis y se convirtió en una enfermedad y no en un estado de ánimo. A pesar de que su cura (los antibióticos) no aparecería hasta medio siglo después, al menos existía un diagnóstico.

En *La enfermedad y sus metáforas* Susan Sontag describe la transformación de la tisis en tuberculosis como el ejemplo arquetípico de cómo las enfermedades se entienden de un modo metafórico hasta que se descubre su patología. El filósofo Michel Foucault postulaba que la medicina moderna había comenzado cuando los médicos dejaron de preguntar a sus pacientes «¿Qué le sucede?», pregunta que invitaba a complejas explicaciones, y pasaron directa-

mente a preguntar «¿Dónde le duele?», con lo que se centraban exclusivamente en las causas biológicas.

Aunque todos estos procesos se producen a raíz de descubrimientos científicos, las actitudes sociales deben cambiar primero para permitir que la ciencia investigue. Además, la gente debe creer en los descubrimientos de la ciencia antes de actuar a partir de ellos. Visto desde nuestra perspectiva, nos parece que un paradigma sucede inmediatamente a otro en el decurso de la historia, pero en cada época ese proceso es lento y en el ínterin se viven y se pierden vidas. Las ideas tienen siempre una lenta acogida. La teoría de los gérmenes, por ejemplo, ya había sido expuesta, pero no popularizada, en tiempos de la guerra civil norteamericana, así que los soldados bebían sin cuidado en los arroyos que otros regimientos habían usado como letrinas aguas arriba. Además, siempre hay gente que se niega a aceptar lo nuevo. Años antes de que los médicos de George Washington le sangraran en su lecho de muerte dicha técnica había sido desacreditada. El óxido nitroso y el éter (los gases que se utilizaron como primeros anestésicos quirúrgicos) habían sido descubiertos décadas antes de que alguien los utilizara para paliar cirugías agónicas.

¿Cómo llegó al sanatorio de la montaña la noticia del descubrimiento de la causa de la tuberculosis? ¿La leyeron los pacientes en la prensa? ¿Les visitaron sus familiares o les avisaron por telegrama? *Tú no eres la causa, ¡es una bacteria! Qué extraño; se te veía tan consumido.* Ante tal noticia, ¿se vieron obligados los pacientes a repensar su dolencia como algo que nada tenía que ver con un combate espiritual? ¿O quizá pensaran que era una noticia interesante pero que no iba con ellos, como nos sucede a nosotros cuando conocemos los avances científicos acerca de los agujeros negros o el hallazgo de los huesos de un hombre primitivo? Después de todo, seguía sin haber una cura. Quizá la noticia nunca llegó hasta el sanatorio y los tísicos perecieron en aquella montaña mágica, prisioneros no sólo de la enfermedad sino también de una sarta de razones inconexas para la misma.

¿No habría sido más terapéutico conocer la verdadera naturaleza de sus sufrimientos? Incluso en ausencia de tratamiento, los epilépticos se hubieran beneficiado de la certeza de no estar poseídos por espíritus y los depresivos de saber que su condición no era debida a la debilidad de su carácter. Seguro que los tísicos se hubieran sentido aliviados y, a la vez, maravillados al conocer realmente la enfermedad que padecían. No se trataba de una maldición, no era una

manifestación de su carácter ni un castigo. Para bien o para mal, era una enfermedad.

Sentir dolor físico pertenece a un ámbito distinto; un estado del ser diferente a cualquier otro, una montaña mágica tan alejada del mundo que conocemos como lo está un paisaje soñado. Habitualmente el dolor pasa y uno sale de él como de una pesadilla, intentando olvidarlo lo antes posible. ¿Pero qué decir del dolor que no cesa? Cuanto más dure, más insoportable resultará el exilio. *¿Regresaré alguna vez a casa?*, empiezas a preguntarte. A casa, a tu cuerpo, a tus pensamientos, a tu vida normal.

Lo común es que el dolor sea un protector, un sistema de conexiones bien cableado que advierte al cuerpo de una lesión tisular o de una enfermedad. Un descanso forzado para que el hueso vuelva a soldarse o la fiebre siga su curso. A esto lo llamamos dolor agudo, y cuando el tejido se cura, el dolor desaparece. Sin embargo, cuando el dolor persiste tiempo después de haber cumplido su función, se transforma en una patología crónica. El dolor crónico es esa parte del dolor que la naturaleza no puede aliviar, que no desaparece con el tiempo sino que empeora. Puede comenzar de muchas maneras, de forma tan trivial como una pequeña herida o tan grave como un cáncer o una gangrena. Con el tiempo, el tejido se cura, el miembro enfermo se amputa o el cáncer remite y, sin embargo, el dolor continúa y comienza a adquirir vida propia.

El médico asegura al paciente que ya está curado, pero el dolor empeora, el cuerpo se sensibiliza y otras partes de él empiezan también a dolerle. La persona afectada comienza a tener problemas para dormir y, a partir de ahí, va por la vida dando tumbos. La percepción de su cuerpo como fuente de placer se torna en fuente de dolor. La persona se siente embrujada, perseguida por un torturador desconocido. Sobreviene la depresión. Todo parece estar mal..., todo resulta enloquecedor..., todo parece una alucinación. Intenta descubrir su tormento, pero los demás responden con escepticismo o indiferencia. Consulta a varios médicos, pero sin resultado. Su enfermedad inicial, cualquiera que ésta fuese, ha sido sustituida por otra, el dolor.

El dolor crónico se ha convertido en un fantasma de nuestro tiempo, una enfermedad grave, extendida, incomprendida, mal diagnosticada e infravalorada. Las cifras varían enormemente, pero en un informe publicado en 2009 por la Fundación Mayday, una organización sin ánimo de lucro, se estima que el dolor crónico afecta a más

de 70 millones de estadounidenses y cuesta a la economía más de 100.000 millones de dólares al año. Otro estudio indica que hasta un 44 % de la población del país sufre dolor regularmente y casi una de cada cinco personas dice haber padecido dolor durante tres o más meses. La mayor parte de la degradada calidad de vida de quienes sufren enfermedades como el cáncer, la diabetes, la esclerosis múltiple y la artritis es consecuencia del dolor persistente. En otro estudio, la mayoría de los pacientes con dolor crónico decía que era «algo normal que formaba parte de su afección y con lo que debían convivir». Un tercio de los pacientes admitía que su dolor era tan intenso que «a veces deseaban morir». Casi la mitad de ellos afirmaba que darían todo lo que tienen a cambio de un tratamiento que les garantizara la desaparición de su dolor.

Sin embargo, el tratamiento del dolor crónico es a menudo inadecuado. Esto se debe, en parte, a que hace muy poco que el dolor crónico empezó a considerarse una dolencia con una neuropatología propia y diferenciada (el dolor no tratado puede llegar a reescribir nuestro sistema nervioso central, causando cambios patológicos en el cerebro y en la médula espinal que, a su vez, producen un dolor aún más intenso), aunque esta nueva aproximación no es universalmente conocida. El dolor crónico se define a veces como aquel que persiste más de seis meses, pero no debe confundirse con un dolor normal duradero. El dolor crónico es una enfermedad en sí y debemos diferenciarlo del dolor duradero igual que diferenciamos a un alcohólico de un bebedor social. Lo que caracteriza al dolor crónico no es su duración sino la incapacidad de nuestro cuerpo para volver a su normal funcionamiento.

«La historia de la humanidad es la historia del dolor», dice Pnin, el personaje de la novela homónima de Nabokov (un nombre que sólo difiere en una letra de la palabra *dolor* en inglés, *pain*). El deseo de conocer el dolor físico y aliviarlo está entrelazado con la historia de la humanidad desde que tenemos constancia de los inicios del pensamiento humano. No existe, a nuestro entender, una disciplina que estudie exclusivamente el dolor porque, según el cristal con que se mire —ya sea personal, cultural, histórico, científico, médico, religioso, filosófico, artístico o literario—, sólo conseguimos analizarlo de modo fragmentario y aislado.

En el Bhagavad Gita, el texto sagrado hindú escrito en sánscrito, el dios Krishna dice «la vida, donde reside el dolor...». ¿Qué es, pues, el dolor si su lugar en la vida es tan crucial? Para descifrar el

acertijo debemos observar cómo se ha comprendido e interpretado el dolor hasta nuestros días. Su comprensión puede circunscribirse a tres paradigmas. El primero, que podríamos denominar el punto de vista premoderno, contempla el dolor como algo más que una experiencia corporal, pues refleja un ámbito espiritual imbuido de significados y metáforas que van desde los demonios que lo inducían abriendo sus alas en la antigua Mesopotamia hasta la tradición judeocristiana en la que el dolor comienza tras la expulsión del Paraíso. La tierra «espinas y cardos os deparará», es la condena de Dios a Adán, una maldición que la cristiandad ha transformado en una vía de redención.

También se ha considerado el dolor como una fuerza que podría servir para una positiva transformación espiritual. Los peregrinos y los ascetas de diferentes tradiciones religiosas elegían aproximarse a Dios sometiéndose a dolorosos ritos y los mártires abrazaban una muerte dolorosa. La creencia en sus propiedades espirituales hizo del dolor un instrumento crucial en la administración de justicia premoderna, no sólo como castigo apropiado para los crímenes sino también para establecer la culpabilidad, ya sea mediante la tortura o mediante el curioso antecedente del juicio con jurado, la ordalía – el juicio de Dios –, en la que los sospechosos eran obligados a sufrir dolorosos rituales (como agarrar un hierro candente, caminar sobre brasas o introducir la mano en agua hirviendo). Si Dios no protegía al reo del dolor se le consideraba culpable.

El paradigma premoderno no ha quedado obsoleto del todo, y aunque haya sido suplantado, no ha sido aún vencido. Para comprender nuestra actitud actual frente al dolor debemos comprender el legado que hemos heredado después de cinco mil años de lucha para dar sentido a nuestra condición mortal. El sufrimiento ha sido visto por muchos (y todavía se ve) como algo que puede, debe o debería ser soportado. A pesar de que resulte difícil de creer, la invención de la anestesia quirúrgica (por inhalación de éter) gracias a un dentista estadounidense de mediados del siglo XIX desató una controversia en su tiempo. Muchos estaban de acuerdo con el presidente de la Asociación Dental Americana, quien declaró: «Estoy en contra de esos agentes satánicos que impiden al hombre sobrellevar lo que Dios quiso que sobrelleva.» El uso de la anestesia en los partos fue especialmente controvertido porque se pensaba que transgredía el mandato divino de parir con dolor. Incluso después del descubrimiento de la anestesia, muchos cirujanos continuaron operando sin ella, en particular durante cirugías experimentales rea-

lizadas a esclavas, aduciendo que ellas no sufrían el mismo dolor que sus amas.

La concepción premoderna del dolor fue sustituida a mediados del siglo XIX por una nueva visión biológica que lo definía como una simple sensación mecánica, como una serie de señales predecibles originadas en las terminaciones nerviosas que eran enviadas al cerebro, el cual, a su vez, daba una respuesta dolorosa, pasiva y proporcionada. Bajo la influencia de Darwin, la concepción biológica del dolor consideraba a éste preventivo, pues servía muy bien para avisarnos de una lesión tisular. El remedio para el dolor parecía simple: Si tratamos la lesión o la enfermedad, el dolor remitirá por sí mismo. Este modelo prevaleció durante la mayor parte del siglo XX y sigue vigente, no sólo para los pacientes sino también para los médicos.

A pesar de que este modelo nos ha ayudado a progresar en el tratamiento del dolor *agudo* y en el desarrollo de la anestesia, nos ha impedido, y todavía lo hace, reconocer y comprender el dolor *crónico*. No puede explicar por qué algunos dolores empeoran por sí solos. Incluso para entender el dolor *agudo* el modelo es insuficiente, pues es incapaz de explicar por qué en condiciones de laboratorio el mismo estímulo térmico puede dañar a una persona más que a otra o por qué unas lesiones graves pueden causar un dolor moderado a algunos mientras que a otros una lesión leve puede resultarles agónica. Además, el modelo no puede explicar aquellas terapias en las que se busca tratar *exclusivamente* la mente, tal y como hacía la técnica de mediados del siglo XIX, el mesmerismo (una forma de hipnosis ya olvidada), que resultaba tan eficaz que permitía realizar operaciones quirúrgicas sin dolor.

El modelo biológico del dolor está en oposición no sólo con la forma en que la humanidad ha contemplado el dolor a lo largo de los siglos, sino también con la manera en la que éste se *siente*, no como una función física normal, sino como un estado anormal del ser. A diferencia del paradigma premoderno, el modelo biológico no puede explicar la desconcertante variedad de los modos de experimentar el dolor ni por qué el modo de experimentarlo hace que el propio dolor cambie. ¿Por qué el dolor ante la pérdida de la virginidad se diferencia tan profundamente del que se siente tras un abuso sexual? ¿Cómo pueden negar que sientan dolor unos peregrinos a quienes vi durante una celebración hindú en Thaipusam, en Kuala Lumpur, y afirmar que sentían *alegría* al tener la espalda llena de anzuelos clavados y la boca atravesada por lancetas?

En época reciente ha surgido un tercer paradigma, una síntesis que incorpora elementos de las dos tradiciones previas. El modelo

contemporáneo considera el dolor como una interacción compleja entre diversas partes del cerebro. Aunque se basa en las mismas tradiciones científicas que dieron lugar al concepto decimonónico del dolor, también ha validado lo que hay de cierto en el modelo no científico premoderno al demostrar que el dolor es intrínsecamente significativo, pues no sólo se trata de una cuestión de terminaciones nerviosas que se disparan sino también de una experiencia creada por zonas del cerebro generadoras de significados.

Al igual que los tísicos, abandonados a su suerte durante el medio siglo que transcurrió desde que la ciencia descubrió la naturaleza de su enfermedad y el momento en que se halló su cura, quienes sufren de un dolor persistente en nuestros días se encuentran en una incómoda tesitura. En la actualidad el estudio del dolor es uno de los campos más prometedores de la investigación médica. Existen nuevas herramientas, como las técnicas avanzadas de obtención de imágenes, que han permitido visualizar por primera vez el cerebro experimentando dolor, y las técnicas de análisis genético, que identifican qué genes se activan en presencia del dolor. Sin embargo, la terapia del dolor se encuentra bastante atrasada con respecto a las investigaciones en laboratorio. Los pacientes languidecen por la falta de acceso a un tratamiento eficaz y porque incluso el mejor que hoy existe es, en la mayoría de los casos, inadecuado.

Cuando leemos algo sobre las concepciones del dolor a lo largo de la historia (por ejemplo, las tablillas babilónicas que sitúan el origen del dolor de muelas en el momento de la creación del mundo), debemos estar agradecidos por vivir en el mundo actual y contar con una medicina moderna. ¿Cómo sería vivir en una época en la que el dolor de muelas tenía tanta trascendencia que se asociaba a la creación del mundo? Cuando leemos acerca de sus remedios (pronunciar una palabra determinada sobre una cataplasma de planta medicinales) sentimos pena por los babilonios.

Pero cuando en el futuro otros se fijan en nuestros tratamientos sentirán pena por nosotros, tanto por la limitación de nuestros conocimientos como por la reticencia a utilizar lo poco que sabemos. Temblarían ante la idea de que la gente convivía con el dolor crónico como nosotros lo hacemos ante la cirugía sin anestesia, una idea tan terrible que hoy nos resulta inimaginable. Al igual que nosotros nos sorprendemos porque hubiera una controversia ante el uso de la anestesia, en el futuro también se sorprenderán al saber que comprendemos y utilizamos mal los medicamentos más eficaces contra el dolor (los opiáceos como el Percocet y el OxyContin) y

que no se les administran a quienes los necesitan y sí a quienes les perjudican.

El dolor secuestra de su mundo a quien lo sufre y lo abandona en la cima de una montaña mágica, aislado y desesperado. Comprender que el dolor crónico es una enfermedad es el primer paso para bajar de esa montaña de significados vacíos.

Curiosamente, ahondar en el conocimiento de mi propio dolor fue como avanzar en paralelo al desarrollo histórico de la comprensión del dolor. En 2001 *The New York Times Magazine* me pidió que escribiera un artículo sobre el dolor crónico. A pesar de que yo padecía dolor desde hacía años, no tuve plena conciencia de mi situación, de lo que era el dolor realmente y de las opciones de tratamiento que existían, hasta que empecé a investigar para escribir el artículo. Yo había consultado a varios médicos, algunos buenos y otros malos, pero me resultaba difícil distinguir entre ellos y por eso cambiaba de médico con frecuencia y seguía sus tratamientos de forma errática. Al comprender que el dolor era una enfermedad, mi relación con él cambió y pasé de verlo como una afección personal, un fracaso o una maldición, a lo que en realidad es: un problema médico que puede tratarse.

Durante muchos años escribí una crónica de mis intentos para encontrar una cura a mi dolor, un diario en el que anotaba los significados que atribuía al dolor mientras éste atenazaba mi vida privada y afectiva y trepaba en torno a mí como una parra asfixiante. Yo misma creaba las metáforas con las que ocultaba mi condición médica. Aunque mi reumatólogo me había sugerido que escribiera un diario porque me sería de utilidad, aquel cuaderno se convirtió en un paño donde yo bordaba y adornaba mis dolores con perniciosos eufemismos. Debido a mi profesión periodística tuve la oportunidad de leer los diarios del dolor de otros pacientes y me sorprendió que hubiera tanta gente que los escribiera.

Mientras recopilaba información para mi artículo tuve la oportunidad de entrevistar a los más importantes especialistas en dolor, tanto investigadores como médicos, a lo largo y ancho del país y pasé un tiempo en siete de las mejores clínicas del dolor que atendían a personas tan diversas como los mineros de Virginia Occidental, pacientes de cáncer de Nueva York y pacientes pediátricos de Boston. Fui la sombra de los directores de cada institución mientras realizaban sus visitas médicas diarias y sus consultas, tuve la oportunidad de estudiar los expedientes médicos de los pacientes y de asistir a

conferencias sobre casos difíciles, en sesiones que duraban desde un día hasta un mes. Fui testigo de las preguntas a las que se enfrentaban: ¿cómo se mide el dolor de un paciente? ¿Cómo se sabe si es real o no? ¿Cómo se elige un tratamiento? ¿Cómo saber qué pacientes abusarán de los medicamentos? ¿Existen personas propensas genéticamente a sufrir dolor crónico? ¿Qué relación existe entre la depresión y el dolor? ¿Por qué hay tantos pacientes femeninos? Sobre todo, me quedé sorprendida por el *contraste* entre los puntos de vista del médico y los del paciente: la diferencia entre la comprensión del sufrimiento por parte del que lo padece y por parte del médico, y por la compleja naturaleza de la consulta médica.

En la época victoriana se pensaba que existía una jerarquía invisible de sensaciones según la cual los jóvenes eran más sensibles al dolor que los mayores, las mujeres más sensibles que los hombres, y los blancos ricos y educados (los que inventaron la teoría) eran infinitamente más sensibles al dolor que los pobres sin estudios, los esclavos y los indígenas de las colonias. Para nuestra sorpresa, la investigación moderna ha descubierto que la sensibilidad psicológica ante el dolor se ve *afectada* por la raza, el género y la edad, aunque no en el sentido que creían los victorianos.

Con el paso del tiempo llegué a observar a varios cientos de pacientes. A veces, mi visita a la clínica del dolor era como descender al Infierno de Dante. Había gente machacada por accidentes laborales o que padecían enfermedades degenerativas o autoinmunes, mientras que otros se quejaban del intenso sufrimiento que padecían debido a dolencias comunes, como el dolor de espalda y de cabeza. A lo largo de ocho años mantuve contacto con pacientes para intentar hallar la respuesta a la pregunta de por qué algunas personas mejoran de su dolor y otras no. ¿Estará la respuesta en la naturaleza de los pacientes, en los médicos o en los tratamientos médicos que se aplican? ¿Cómo afecta la fe religiosa al dolor, a la discapacidad y a la mortandad? ¿Ir a la iglesia o rezar alivia el dolor?

Conocí a una mujer joven que desarrolló un dolor crónico de espalda tras someterse a una demostración quiropráctica de tan sólo cinco minutos de duración después de que su entrenador en el gimnasio se lo hubiera recomendado. A lo largo de los siguientes ocho años, la mujer incrementó la prima de su seguro médico hasta alcanzar una cantidad de seis cifras que pagó de su bolsillo en su intento de encontrar los mejores médicos y tratamientos que la librasen de aquel dolor hasta que, por fin, halló uno con el que mejoró. ¡Después de pasados ocho años!

El dolor, como cualquier situación límite, saca a la luz lo mejor y lo