

Fragmentos de una antropología del dolor

David Le Breton*

El dolor es siempre un sufrimiento

El hombre sufre en todo el espesor de su ser, de su historia. Tradicionalmente, se distingue el dolor padecido en la carne y el sufrimiento padecido en la psique. Esta distinción cómoda es simultáneamente ambigua en tanto que opone sin pestañear el cuerpo y el hombre como dos realidades distintas, haciendo así del individuo el producto de un *collage* surrealista entre alma y cuerpo. El dolor no agobia al cuerpo, agobia al individuo, rompe la evidencia de su relación con el mundo, destroza el flujo de la vida cotidiana y altera la relación con los demás. Por tanto es, simultáneamente, un sufrimiento. Transforma al hombre en testigo indiferente respecto de los acontecimientos que le rodean. No «da ganas ni gusto por nada». Arranca al hombre de sus ocupaciones anteriores y obliga a vivir a un lado de sí mismo, sin poder encontrarse, en una especie de duelo consigo mismo. El dolor no es un hecho fisiológico sino un hecho existencial. El dolor implica sufrimiento. No hay afección física que no conlleve una repercusión en la relación del hombre con el mundo. Incluso si toca a un fragmento del cuerpo, como en el caso de un simple diente cariado, no se contenta con alterar la relación del hombre con su cuerpo, sino que se difunde más allá, impregna los gestos,

* Antropólogo y sociólogo, profesor en la Universidad Marc Bloch de Estrasburgo, impartió el seminario «Antropología del cuerpo y el dolor» en el Aula Manuel Alemán el 19 y 20 de mayo de 2009.

atraviesa los pensamientos: contamina la totalidad de la relación con el mundo. El hombre sufre en todo el espesor de su ser. Ya no se reconoce y su entorno descubre con sorpresa que ha dejado de ser él mismo. El sufrimiento nombra esta ampliación del órgano o de la función de toda la existencia. El dolor no es del cuerpo sino del sujeto. No está acantonado en un órgano o una función, es también moral. El dolor de dientes no está en el diente, sino en la vida; altera todas las actividades del hombre, incluso aquellas a las que es aficionado. Si el dolor quedara pacíficamente encerrado en el cuerpo, tendría poca incidencia en la vida cotidiana, por otra parte es impensable bajo esta forma. Necesariamente desborda el cuerpo. Por tanto, es vivido como un sufrimiento. Cuando el individuo está golpeado por el dolor; quien sufre es la carne de su relación con el mundo. Pero si el sufrimiento es inherente al dolor; es más o menos intenso según las circunstancias. Existe un juego de variaciones entre uno y otro. El sufrimiento está en función del sentido que reviste el dolor; está en proporción a la suma de la violencia padecida. A través de la enseñanza del libro de Job vemos que el individuo sufre menos por su dolor que por el sentido que éste tiene ante sus ojos (Le Breton, 1999).

El sufrimiento es el grado de dureza del dolor. Traduce la báscula de la existencia hacia lo peor, ahí donde desaparece el gusto por vivir. Es siempre impotencia, invasión de sí mismo, ahí donde el dolor puede quedar bajo el control del individuo. El sufrimiento es inmenso o irrisorio según las circunstancias, nunca está orgánicamente ligado a una lesión. Lo que aquí está en juego es la dimensión propiamente humana del sentido. El dolor puede permanecer contenido en el interior de los procesos de protección dispuestos por el individuo en su enfermedad o las secuelas de su accidente, o en su elección de una actividad que lo llama con fuerza (deporte extremo, *body art*...). El sufrimiento es entonces insignificante. Desde luego que el individuo tiene dolor pero se encuentra en la posición de control frente a él, no lo deja desbordarse, se queda a su

medida. Todavía no sufre por ello. El sufrimiento interviene desde que el dolor merma sus capacidades de resistencia, ahí es donde pierde el control y experimenta el sentimiento de deshacerse su existencia. Implica una identidad amenazada y el sentimiento de lo peor. Va a la par con la imposibilidad de integrar el acontecimiento que acentúa todavía el caos interior. La vida se transforma en un largo suplicio. Si el dolor es un sentir penoso, pero aún en los límites de tolerancia del individuo, el sufrimiento es una fractura, la invasión en sí de un sentimiento de pérdida. El sufrimiento varía según el significado del dolor y la parte de control que el individuo es susceptible de ejercer sobre él. El sentimiento trágico del dolor, la agitación del sufrimiento vienen por no haber formado parte de él.

La dimensión social y cultural

De una condición social y cultural a otra, y según su historia personal, los hombres no reaccionan de la misma manera ante una herida o afección idéntica. Su expresividad no es la misma, tampoco su umbral de sensibilidad. Todas las sociedades definen implícitamente una legitimidad al dolor que se anticipa a circunstancias consideradas físicamente duras. Una experiencia acumulada del grupo lleva, de entrada, a esperar el sufrimiento de costumbre imputable al acontecimiento. Una intervención quirúrgica o dental, un parto, una herida suscita comentarios advertidos por aquellos que ya han pasado por ello o conocen «a alguien que...». Cada experiencia, cada enfermedad, cada lesión está asociada a un margen difuso de sufrimiento. La expresión individual del sufrimiento se vierte en el seno de formas ritualizadas. Cuando un sufrimiento anunciado parece fuera de proporción con la causa y desborda el marco tradicional, se sospecha la complacencia o la duplicidad. Ahí es de rigor aguantar su pena en silencio, el hombre sumergido que da libre curso a la queja incurre en la reprobación. Esta transgresión de la discreción habitual suscita actitudes

opuestas a las deseadas por el enfermo: la compasión cede el paso a la molestia. A la inversa, ahí donde la ritualización del dolor llama al dramatismo, se comprende mal a aquel que interioriza su pena y no suelta palabra a nadie. La queja, al mismo tiempo que traduce sufrimiento tiene también valor de lenguaje que confirma el entorno en lo bien fundado de su presencia. La capacidad del enfermo para afrontar solo su prueba sin mostrar su pena, se corta con los llantos o la ansiedad habitualmente de rigor. El entorno está frustrado en su preocupación por prodigar consuelo y apoyo. El dolor tiene sus ritos de expresión que no se vulneran sin correr el riesgo de indisponer a las buenas voluntades (Le Breton, 1999).

Las condiciones de existencia modelan los comportamientos hasta un cierto punto, pero no es preciso transformarlos en estereotipos que vengán a ocultar la singularidad del enfermo. No se puede verter el dolor y sus manifestaciones con el único crédito de la cultura y la condición social. Estas no existen más que a través de los hombres que las viven y las significaciones que dan a su experiencia. La cultura no se impone como una estructura masiva a actores condicionados. Otras influencias introducen rupturas y continuidades: culturas regionales y locales, rurales y urbanas, diferencias de generación, sexo, etc. Cada hombre se apropia de los datos de su cultura ambiental según su historia personal y los vuelve a poner en juego según su estilo. La relación íntima con el dolor no pone frente a frente una cultura y una lesión, sino que sumerge en una situación dolorosa particular a un hombre cuya historia es única, incluso si el conocimiento de su medio, de su pertenencia cultural, de su confesión proporcionan indicaciones preciosas sobre el estilo de sus reacciones. En la práctica cuidadora, la indiferencia respecto a los orígenes sociales y culturales del enfermo no es un error menor que el de reducirlo a un estereotipo de su cultura o de su clase: modo cómodo y brutal de reducir la complejidad de las cosas a un puñado de recetas, a un repertorio preparado para pensar y actuar. El hombre, experimentando su dolor, no es el recep-

táculo pasivo de un órgano especializado obedeciendo a modulaciones impersonales, del que sólo la fisiología podría dar cuenta. La manera en que interioriza su cultura, los valores que son los suyos, el estilo de su relación con el mundo, las circunstancias particulares en que está sumergido compone un filtro específico. Frente al dolor, las diferencias encontradas en el interior de una misma cultura están a veces más marcadas que aquellas que distinguen las culturas entre ellas, bajo esta misma relación.

La tarea de los cuidadores consiste idealmente en responder a la queja sin suponer su intensidad, sin proyectar sus valores y comportamientos propios para juzgar la actitud de sus pacientes. Numerosos trabajos señalan en cierto modo una frecuente subestimación del dolor en los cuidadores. El hombre con buena salud y activo está mal situado para juzgar el sufrimiento del otro, se arriesga a proyectar su propia psicología en detrimento del paciente. Conviene cuidar al hombre en tanto que hombre, en su singularidad. La calidad de los cuidados no podría disminuirse bajo el pretexto que algunas categorías sociales serían más resistentes que otras. Todos los usuarios deben beneficiarse de recursos analgésicos apropiados, según la intensidad y naturaleza de sus dolores. El estereotipo cultural impide a veces entender y aliviar el dolor. La tendencia de los cuidadores a subestimar el dolor de sus pacientes y a disminuir los tratamientos analgésicos, a veces se apoya en estos prejuicios («el síndrome mediterráneo», por ejemplo). Ahora bien, no son sólo los enfermos quienes integran su dolor en la visión del mundo, sino también los médicos o enfermeras que proyectan sus valores, sobre lo que viven los pacientes que están a su cargo. Una experiencia clásica al respecto: 554 enfermeras de la misma especialidad, homogéneas en experiencia y edad, de Estados Unidos, Japón, Taiwán, Tailandia, Corea y Puerto Rico, evalúan la suma del dolor y la angustia psicológica asociada a una serie de síntomas o lesiones comunes. Los medios obtenidos por los grupos respectivos varían considerablemente. Cada uno, convencido sin

embargo de referirse a un saber objetivo, reaccionó a sus espaldas según sus tradiciones culturales. Las enfermeras japonesas y coreanas ven un fuerte sufrimiento ahí donde, a la inversa, para los mismos dolores, las americanas son bastante menos sensibles (Davitz, 1976). La evaluación de los síntomas, la compasión y los cuidados prodigados están arraigados en visiones del mundo distintas unas de otras (Zborowski, 1969; Le Breton 1999).

El significado otorgado por el individuo que sufre a la prueba soportada determina igualmente su relación con el dolor: El hombre reacciona menos al corte de la herida o a la afeción que al sentido que revisten para él. H. K. Beecher observó una población de soldados heridos en el frente italiano durante la segunda guerra mundial. Estaba sorprendido por el sosiego de estos hombres después de su evacuación fuera del campo de batalla. Incluso lesionados severamente, sólo un tercio de los heridos pedían morfina para aliviar un dolor demasiado agudo. Esta tolerancia no debe nada al estado de *shock* puesto que éste se prolonga en consecuencia. Beecher compara la actitud de estos soldados a la de los pacientes civiles que habían padecido una intervención quirúrgica. Sus lesiones tisulares son infinitamente menores que las que afectan a los soldados, pero su petición de analgésicos es mucho más insistente y las quejas sin medida común. El significado de los dolores no es el mismo en estas dos situaciones. Una herida que afecta a un soldado habituado a pelearse y a ver a sus camaradas heridos, o a perecer; reviste un significado honorable: hizo su deber; cogido bajo el fuego del enemigo, no tiene nada que reprocharse y sobretodo está vivo. La herida significa una retirada de los combates y una evacuación, antes de la vuelta a la vida civil, con una pensión provisional. El militar herido de hecho sufre menos por un estado al que está acostumbrado a considerar desde hace mucho tiempo como una posible consecuencia de su actividad, que el empleado atropellado por un coche o el obrero al que una máquina que manejaba le ha cogido el brazo. Lejos del teatro de la guerra, y rara-

mente confrontado a la adversidad, el civil está afectado en medio de su vida cotidiana, cuando nada lo había preparado para afrontar tal situación (Beecher, 1956).

La experiencia muestra que, según las presencias que se suceden en su cabecera, según los momentos del día, las noticias que recibe sobre su estado, el enfermo no sufre de la misma manera. La noche incrementa su sensibilidad y su angustia, una presencia atenta en su cabecera la disminuye. Una mano en la frente, una palabra de sosiego a menudo son tan necesarias como los analgésicos. Incluso los recursos personales de imaginación, diversión, la determinación del carácter, contribuyen a su modulación. Pero el dolor también es incomprensible, justamente porque señala también la dimensión simbólica y la razón fisiológica no lo agota de significado alguno. Los psicólogos conocen bien estos dolores que se invierten como placer en la histeria o el masoquismo, estos sufrimientos sin causa aparente, esas quejas sin correspondencia con la lesión. Esos dolores persistentes después de la curación, o a la inversa esas lesiones graves sin dolor; esas heridas terribles que se inflingen los psicóticos con la sonrisa en los labios. Sería necesario distinguir los dolores agudos o crónicos, punzantes o pesados, etc. Evocar también su vínculo con la gravedad o la inocuidad de una patología. Efectivamente, el dolor no es uno, es múltiple según las afecciones y las historias individuales, según los pronósticos que suscita. Un dedo majado en una puerta, si hace sufrir; no tiene la misma dificultad que un dolor relacionado con un cáncer por ejemplo, al que se le añade la angustia y el miedo. La percepción dolorosa es tomada siempre en una trama de sentido (Le Breton, 1995).

Los progresos analgésicos transformaron la experiencia humana del dolor. Desde que éste se pudo suprimir o disminuir gracias a tratamientos de fácil acceso, las antiguas defensas culturales se han vuelto anticuadas, relevadas por procedimientos técnicos. En consecuencia, el umbral de tolerancia ha disminuido. La experiencia de numerosos médicos y enfermeras ejerciendo su profesión desde hace mucho tiempo lo

confirma fácilmente. Por otra parte muestra simultáneamente negligencias, intervenciones, que hoy con la distancia parecen bárbaras. La resistencia al dolor se borra al mismo tiempo que aparece en el actor el sentimiento de que puede ser negado con una simple toma de un medicamento o por una acción médica eficaz. El dolor percibido hoy como inútil, estéril es una escoria que el progreso debe resolver; un anacronismo cruel que debe desaparecer. Se ha vuelto un escándalo con la imagen de la muerte o la precariedad humana. Los sondeos muestran que el miedo a sufrir suscita un pavor claramente superior que el hecho mismo de morir: El dolor es hoy un no sentido absoluto. Traduce la irrupción de lo peor más que la muerte en una sociedad que no integra ya ni el sufrimiento ni la muerte como datos de la condición humana. La medicalización del dolor ha atenuado simultáneamente o desarraigado el sentido que podía tener para el individuo. Volcado en el recuento de una organicidad desfallecida conduce a los enfermos, a menudo, a esperar de manera pasiva el alivio del único proceso médico.

Una medicina de la persona

El alivio eficaz del dolor implica una medicina de la persona (Boureau 1986; Melzack Wall, 1989; Le Breton 1999). Evoquemos rápidamente dos experiencias inglesas al respecto concernientes al dolor postoperatorio. Antes de pasar por una operación quirúrgica importante se divide una población de pacientes en dos grupos. Unos reciben una información precisa sobre su intervención y consecuencias, se les recuerda el carácter obligatorio de la llegada de algunos dolores, pero se les enseñan algunos métodos simples de alivio (relajación, etc.) insistiendo en la dificultad de obtener un alivio completo. Se les recuerda que de todas formas, el equipo sanitario está ahí para ayudarles y proponerles otras soluciones si fuera necesario. El otro grupo se deja a la rutina hospitalaria, repartiéndolo aquí y allá algunas informaciones. El conjunto de los

pacientes por supuesto recibe los mismos analgésicos. La comparación de ambos grupos muestra que los primeros se quejan mucho menos, piden pocos medicamentos y salen más pronto del hospital que los segundos (Egbert et ál., 1964). Otra investigación realizada esta vez con niños hospitalizados para una operación de amígdalas. Se divide una población de madres acompañantes en dos grupos. En el primero, una enfermera acoge de entrada a las madres y se esfuerza en crear un clima de confianza con ellas. A estas mujeres se les proporciona la información que reclaman, se les explican las secuelas de la operación y se les tranquiliza respecto a que pronto todo volverá al orden. Se les pide que expresen sus temores y hagan las preguntas que deseen. Las otras madres simplemente entran en la rutina hospitalaria. Todos los niños reciben los analgésicos apropiados. Por supuesto, las madres que se beneficiaron de explicaciones detalladas estaban menos ansiosas que las otras. Sus niños parecían menos estresados que los del otro grupo. Tenían menos pesadillas, no lloraban por la noche, su temperatura y tensión arterial eran normales, recuperaron rápido la regularidad del sueño, y estuvieron hospitalizados menos tiempo. El estudio es abrumador para los servicios que ponen en marcha cuidados rutinarios (Skipper et ál., 1968). Estos ejemplos muestran cómo se impone el acompañamiento del enfermo, una respuesta a sus preguntas, un reconocimiento de su queja en términos de cuidado. La angustia aviva el dolor y vuelve al individuo más vulnerable, paralizando el uso de sus recursos de voluntad en su lucha por la curación.

La petición de la eutanasia se arraiga en un dolor mal tomado en cuenta por la medicina, nace también del abandono del enfermo confrontado a un final de la vida sin significado, privado del reconocimiento de los demás, puesto frente a la indiferencia o reprobación de los cuidadores. La experiencia de cuidados paliativos o el acompañamiento de los moribundos demuestran que cuando el enfermo encuentra compasión, escucha, alivio eficaz de sus dolores, desaparece la solicitud de

eutanasia. La dignidad es una relación social. No hay estado indigno, sobretodo tratándose de enfermos o moribundos, hay sobretodo miradas indignas, miradas que juzgan y dicen el desprecio y la indiferencia. Si el enfermo siente la molestia que suscita en los cuidadores, el problema de tener que responder a sus preguntas, experimenta entonces el sentimiento de su insignificancia, sufre físicamente y su enfermedad está sin esperanza, la muerte se vuelve una llamada, una manera de encontrar su dignidad cuando los demás la rechazan. Pero cuando el enfermo se siente reconocido en los ojos y los gestos de los cuidadores, cuando su dolor es convenientemente tratado con los analgésicos necesarios, no hay solicitud de eutanasia. En el momento último de la existencia, el tratamiento médico no es suficiente si el individuo está dejado a la rutina de los cuidados. Sólo un rostro próximo proporciona aún el gusto de vivir de manera significativa las últimas horas de la vida. Una investigación inglesa muestra que sometidos a los mismos analgésicos, los pacientes cuidados en el final de la vida en un servicio de cuidados paliativos, donde se les acompaña, no sienten ningún dolor clasificado por ellos como «terrible, devastador», mientras que el 10% de los enfermos cuidados en habitaciones individuales y el 13% de los enfermos cuidados en una sala común se quejan de dolor (Melzack, Wall 1989). Los mórficos no bastan si falta la calidad humana de los cuidados. La palabra atenta, la escucha, el contacto físico, la presencia son, del mismo modo, datos decisivos de sosiego del enfermo.

En el alivio del dolor la técnica médica y el recurso de los analgésicos con juicio van a la par con una escucha de la queja y una calidad de presencia en la cabecera de la cama. El sosiego de la angustia que se fija a cualquier dolor y a la evolución de la enfermedad, la instauración de un clima de confianza con el equipo cuidado son datos que concurren tanto como la eficacia de los mórficos. La técnica de los cuidados médicos y enfermeros llama la atención a la singularidad de un enfermo, que únicamente es quien puede testificar lo que ex-

perimenta. El alivio eficaz del dolor solicita una medicina centrada en la persona y no sólo en parámetros biológicos. El reconocimiento en tanto que sujeto es una condición de la eficacia plena de los cuidados recibidos.

El sentido del dolor es un hecho personal, íntimo, que escapa a cualquier medida, a cualquier intento de acotarlo y describirlo, a cualquier voluntad de decir al otro su intensidad y naturaleza. Las palabras se disimulan carentes de un peso carnal. El dolor es un fracaso del lenguaje. Encerrado en la oscuridad de la carne, está reservado a la deliberación secreta del individuo. Lo absorbe en su halo, deshace su rostro, estropea su cuerpo, lo aleja de los demás, pero lo deja impotente para nombrar esta intimidad torturante. Bloquea la voz y la vuelve desconocida; suscita el grito, la queja, el gemido, los llantos o el silencio, desvanecimientos tanto de la palabra como del pensamiento. Abre una disidencia en y para sí mismo. El «yo es otro» ya no es una figura de estilo, sino una relación con el mundo de cada instante. El cuerpo está paralizado en una inmovilidad o una actitud analgésica, que hace difícil mantener la atención hacia los demás sin un esfuerzo enorme de voluntad. El fastidio es el de vivir al lado de sí mismo, sin poder encontrarse. El dolor impone un duelo provisional o duradero de sí. Desgarra las fronteras del hombre, lo confunde en un pavor donde el pensamiento de la muerte es un anticipo, es por lo que fuerza a cualquier hombre a la metafísica, no siendo más que a través de la pregunta del «¿Por qué?».

El dolor arranca al hombre de sus hábitos anteriores, vuelve caducas las vías ordinarias de la comunicación. Cuanto más crece, más fuerza toma el grito, al caos orgánico se opone una destrucción del lenguaje, querido por el hombre mismo. El dolor mata a la palabra en su fuente. Las metáforas propuestas al médico o a su entorno, la riqueza adjetiva de propósitos intentan delimitar con pequeños toques un estampido dado así por defecto del lenguaje. «Es como cortes de cuchillos» o «mordeduras». Pero el que anuncia estas imágenes

aproximativas nunca ha recibido cuchilladas y nunca ha sido mordido por un perro. Toma como hábito las metáforas que se han vuelto lugares comunes y que terminan organizando una experiencia de otro modo informulable.

Del dolor no se ve sino el rastro, el temblor furtivo de un rostro, los ojos fatigados que ya no sostienen la mirada, un cuerpo sorprendentemente inmóvil, una mano crispada sobre una sábana, una impotencia personal para entrar en el sufrimiento del otro para aliviarlo en parte, atenuar su desamparo, recordarle que no está solo. El dolor no se comparte. Se pone la mano en la frente de un hombre paralizado de sufrimientos, se ve su abatimiento, su rostro desfigurado, el corazón se encoge para oír sus gemidos o su testimonio, pero no se siente su dolor. No se comunica como lo hace la angustia o el miedo, no se toca. El dolor se sumerge en un universo inaccesible para otro, es un adelanto de la muerte en el corazón de la vida. Sufrir como el otro no basta para disipar el alejamiento y anudar de golpe una comunidad de destino, puesto que el dolor aísla y retiene cada una de sus garras particulares. Los gritos del hombre sufriente son a veces intolerables, distienden el vínculo social y autorizan el abandono, el rechazo fuera de la esfera colectiva. Epicteto, el compañero de Ulises, fue abandonado sin escrúpulos en la isla de Lemnos. «Ya no podíamos actuar en paz ni en una libación, ni en un sacrificio: colmó la armada entera sin treguas de clamores siniestros, gritando, gimiendo...». Así se justifica Ulises cuando vuelve a buscarlo diez años más tarde. Entre el que sufre y el que le tiende la mano, hay una desigualdad de condición, dos mundos que ninguna palabra duradera vuelve a unir; el dolor se hace cuerpo no se hace lenguaje (Le Breton, 1999).

La evaluación del dolor descansa en las declaraciones del paciente y en la institución del médico o de los próximos. Si algunos signos no engañan, un dolor, incluso cruel, proclamado por el individuo, no aparece siempre de golpe a los ojos de los testigos. El hombre sufriente a veces conoce el drama del no reconocimiento de su dolor o la puesta en duda de su

agudeza. Numerosos enfermos crónicos tienen esta experiencia. Y no puede aportarse ninguna prueba con la sinceridad de un suplicio sepultado en la carne e invisible a la mirada. El dolor no tiene la evidencia de la sangre o del miembro fracturado, exige una sagacidad de observación o la confianza en la palabra del enfermo. No se demuestra, se siente. Acentúa en este sentido un rasgo de la condición humana que la inclusión en el mundo social se esfuerza en negar: la soledad o más bien el encerramiento en sí. Si el hombre dice la intensidad de su dolor, sabe por adelantado que nadie lo siente en su lugar o lo comparte con él. «Sin duda, puedo saber que N. sufre pero nunca podré saber en qué grado, escribe Wittgenstein. Aquí está algo que él sabe, pero que las manifestaciones externas del dolor no me informan, algo puramente privado». Las palabras se disgregan para nombrar una realidad huidiza, a pesar de sus ansias, en los repliegues de la carne. Para comprender la intensidad del dolor del otro, es necesario volverse otro. El corte de los cuerpos, la separación necesaria de las identidades vuelve imposible la penetración de la conciencia dolorosa del otro, pegada a su dolor, como a su libertad y a su persona. Para conocer la mordedura del fuego, es necesario haberse quemado. Pero si la quemadura crea una comunidad de destino, no arranca al sujeto de la soledad de su dolor y del sentimiento de hasta qué punto sufre (Allué, 1996). Sin duda, el hombre nunca está tan solo como cuando está preso en su dolor. Pero también, nunca necesita tanto la presencia de los demás (Le Breton, 1999).

Traducción del francés de Gloria Acosta

Bibliografía de las obras citadas

- Allué M., *Sauver sa peau*, París, Seli Arslan, 1996.
- Beecher H. K., «Relationship of significance of wound to the pain experienced», *Journal of american medical association*, 161, 1956, 1609-1613.
- Bourreau F., *Contrôlez votre douleur*, París, Payot, 1986.
- Davitz LL. et ál., «Suffering as viewed in six different cultures», *American Journal of Nursing*, 76, 1976.
- Egbert LD. et ál., «Réduction of postoperative pain by encouragement and instruction of patients: a study of doctor-patient rapport», *New England Journal of Medicine*, n° 270, 1964.
- Koopman C. et ál., «Ethnicity in the reported pain, emotional distress and requests of medical outpatients», *Social Science and Medicine*, vol 18, n° 6, 1984.
- Le Breton D., *En souffrance. Adolescence et entrée dans la vie*, París, Métailié, 2007.
- Le Breton D., *Anthropologia del cuerpo y modernidad*, Buenos Aires, Nueva Vision, 2008.
- Le Breton D., *Anthropologia del dolor*, Madrid, Seix Barral, 1999.
- Le Breton D., *La peau et la trace. Sur les blessures de soi*, París, Métailié, 2003.
- Metzger C., A. Muller, M. Schwetta, C. Walter (éd.), *Soins infirmiers et douleur*, París, Masson, 2000.
- Melzack R., Wall P., *Le défi de la douleur*, París, Vigot, 1989.
- Morris D. B., *The culture of pain*, Berkeley, University of California Press, 1991.
- Skipper K. Jr., Leonard RC., «Children stress and hospitalization: a field experiment», *Journal of Health Social Behavior*, n° 9, 1968.
- Wittgenstein L., *Fiches*, París, Gallimard, 1970.
- Zborowski M., *People in pain*, San Francisco, Jossey Bass, 1979.