

**PONTIFICIA UNIVERSIDAD CATOLICA DEL
PERU
ESCUELA DE GRADUADOS**



“Un encuentro entre el dolor psíquico y el dolor físico
desde una perspectiva psicoanalítica”

Tesis para obtener el grado académico de Magíster en Estudios
Teóricos en Psicoanálisis

Eduardo J. Salinas Bielich

Lima, Perú

2005

TABLA DE CONTENIDOS

Introducción.....	I
1. Capítulo 1: Aproximación al concepto de dolor.....	1
1.1 Definición del dolor.....	1
Rasgos esenciales de la experiencia del dolor.....	2
1.2 Breve evolución histórica del concepto del dolor.....	7
1.3 Historia de las ideas psicoanalíticas respecto al dolor.....	13
2. Capítulo 2: El dolor físico	
2.1 El dolor físico desestructurante en la práctica clínica del Médico Internista.....	28
2.2 Desórdenes psicosomáticos y la experiencia dolorosa.....	32
2.3 Repercusiones del dolor físico en la esfera emocional.....	35
2.4 La regresión y la limitación del lenguaje como expresión del dolor físico.....	38
3. Capítulo 3: El dolor psíquico. Modelo emblemático: La Melancolía	
3.1 Breve evolución histórica del concepto de melancolía.....	43
3.2 La melancolía desde Freud y Kristeva.....	45
3.3 La regresión y la limitación del lenguaje como expresión del dolor en la melancolía	49
4. Capítulo 4: Dolor físico y dolor psíquico. Modelo emblemático: La Anorexia Nervosa	
4.1 Definición.....	55
4.2 influencias socio-culturales y factores psicológicos involucrados.....	57
4.3 La regresión y la limitación del lenguaje como expresión del dolor en los desórdenes alimentarios.....	62

5. Capítulo 5. Discusión: El encuentro entre el dolor psíquico y el dolor físico desde una perspectiva psicoanalítica.....	65
6. Capítulo 6: Conclusiones.....	75
Referencias bibliográficas.....	79





“El alma respira por el cuerpo, y el sufrimiento, empieza en la piel o en una imagen mental, sucede en la carne”, (Damasio 1997)

Introducción

El dolor es, sin lugar a dudas, la principal manifestación de enfermedad para la mayoría de individuos, y la causa más frecuente de consulta al médico. Se le define como una sensación –básicamente desagradable- referida al cuerpo, que representa el sufrimiento provocado por la percepción psíquica de una lesión real, una amenaza de lesión o una fantasía de lesión. Señal de alarma que surge de una parte amenazada del organismo en respuesta a la agresión producida por un estímulo lesivo real o imaginario. Hace referencia a la ruptura de un equilibrio previo, donde no existe conciencia respecto a las diferentes partes de nuestro organismo, a la vez que actúa en favor de la conservación y defensa de la especie. (Engel, 1973).

La experiencia dolorosa es vivida como un evento absolutamente subjetivo, personal, e intransferible, con enormes dificultades para ser transmitida, ser percibida por un “otro”, y por ende capaz de ser compartida; esto, no como atributo incidental del fenómeno doloroso, sino como un rasgo esencial al mismo, toda vez que el dolor se resiste a su objetivación a través del lenguaje. (Scarry, 1985).

Trasladar el discurso del dolor del ámbito privado al terreno del discurso compartido constituye un enorme desafío, en particular, para aquellos que estamos en contacto permanente con sujetos en dolor. Supone un proyecto de repercusiones prácticas y éticas incuestionables, orientado a promover el respeto a la dignidad del hombre, a resaltar el valor del individuo como experiencia única “irrepetible; un estímulo a nuestra capacidad de reacción frente al dolor ajeno, en suma, un proyecto esencial en la regulación de la conducta entre los hombres y en el fortalecimiento de las relaciones interpersonales, con repercusiones éticas y morales.

Los relatos de los familiares de las víctimas del terrorismo en el Perú; el trabajo de la Comisión de la Verdad y la Reconciliación y las organizaciones de derechos humanos, dan cuenta de ello en un esfuerzo por trascender la experiencia del dolor, en su afán por hacer del dolor un discurso compartido; posibilitando de un lado, la reparación y dignificación de las víctimas y sus familiares en un esfuerzo de reconciliación de la sociedad en su conjunto, y de otro, utilizando la información como un instrumento orientado a sensibilizar a la población frente al dolor ajeno. (Peña, 2002).

El presente manuscrito intenta incorporar algunos conocimientos del campo psicoanalítico, al terreno de la medicina interna, ofreciendo al profesional médico la oportunidad de acceder a conceptos de uso corriente en el área analítica, que puedan facilitar un acercamiento al paciente aquejado de dolor, más allá de su naturaleza física o psicológica.

Un acercamiento al sujeto en dolor, desde la perspectiva psicoanalítica, buscando hallar un denominador común frente a cualquier circunstancia dolorosa desestructurante –independientemente de su naturaleza física o psíquica-, que al ser identificado permita estrechar el vínculo entre el sujeto en dolor y quien lo asiste. Un acercamiento a la fenomenología del dolor a partir del psicoanálisis y de la medicina interna, en la búsqueda de elementos comunes que posibiliten, de un lado, aproximar la experiencia dolorosa del dolor físico con la del dolor psíquico, y de otro, que un discurso personal y privado pueda ser mejor compartido entre el médico y el sujeto en dolor.

A lo largo del trabajo intentamos sustentar la idea de que frente a la experiencia de un dolor desestructurante, independientemente de su naturaleza física o psíquica, los individuos se ven afectados por experiencias regresivas, entendidas como un retorno a etapas de desarrollo infantil previas a la adquisición del lenguaje, o etapas de desarrollo preverbal, de indefensión, de temor e inseguridad. La regresión a lo preverbal condiciona que el lenguaje habitual, resulte

insuficiente cuando se trata de dar cuenta del fenómeno doloroso. Las pulsiones fálicas, genitales y anales tienen un papel secundario en el proceso. Ni siquiera se jerarquizan las pulsiones orales, ya que el vínculo diádico madre-hijo no está concebido como ámbito en el que jueguen un papel principal dichas pulsiones, sino como un tipo de relación en la que ambos protagonistas participan de manera total y donde lo que interesa es la cualidad emocional del contacto. (Winnicott, 1945, 1954. Abadi, 1996).

El trabajo se articula sobre tres ejes principales de desarrollo: el dolor físico desestructurante de las llamadas enfermedades orgánicas, partiendo de mi experiencia profesional como médico clínico; una aproximación al dolor mental propiamente dicho, tomando como modelo emblemático a la melancolía, y una mirada al dolor físico y psíquico en las enfermedades psicosomáticas, representadas arbitrariamente por la anorexia nervosa.

En el primer capítulo, se introduce al lector en el tema del dolor, se incluye la definición que consideramos mejor se ajusta al concepto actual de dolor, remarcando su importancia como síntoma clínico. Se resaltan los rasgos esenciales de la experiencia del dolor físico, lo que habrá de conducirnos a reflexionar sobre las profundas limitaciones del lenguaje como medio habitual de expresión del dolor. Continúa con una evolución histórica abreviada del concepto desde la aparición de la escritura hasta nuestros tiempos. Finaliza con una visión panorámica de la historia de las ideas psicoanalíticas respecto al dolor, con particular énfasis en los textos freudianos en los que el autor profundiza sobre el tema. El análisis intenta sugerir la necesidad de encontrar canales de comunicación en nuestra interacción con el sujeto en dolor, que trasciendan las fronteras de la comunicación verbal.

El segundo capítulo gira en torno al concepto de dolor físico desestructurante, tomando como punto de partida nuestra experiencia personal en el ejercicio de la profesión médica. Se intenta poner de manifiesto aspectos particularmente frecuentes, propios de la interacción

Entre el médico y el paciente en dolor: factores de naturaleza profesional, familiar y personal, que desempeñan un papel decisivo en el comportamiento del médico frente al sujeto en dolor. Se comenta la importancia para médico y paciente, de llegar a establecer un diagnóstico certero, junto al valor relativo asignado por el profesional de la salud a las enfermedades físicas y mentales.

Se continúa con una mirada a la experiencia dolorosa en sujetos afectados por desórdenes de índole psicosomático, resaltando las dificultades del clínico para enfrentar este tipo de patología. El capítulo analiza las principales repercusiones que el dolor físico provoca en la esfera emocional. Cuál es el impacto psicológico derivado de saberse portador de una enfermedad física y cuáles las repercusiones que este impacto emocional provoca en la evolución del problema médico de fondo. Termina con el planteamiento de la regresión provocada por el dolor físico y la consiguiente limitación del lenguaje como expresión de la experiencia dolorosa.

El segundo eje central de desarrollo de esta investigación es tratado en el tercer capítulo. Se buscó escoger un modelo de enfermedad, en oposición al dolor físico desestructurante, que pudiera actuar como condición emblemática de desórdenes donde el dolor tiene un carácter de naturaleza exclusivamente psíquica. Una condición carente de un sustrato orgánico de fondo donde poder analizar los rasgos esenciales del dolor psíquico, buscando coincidencias con la experiencia del dolor físico. Se propone así a la melancolía como modelo emblemático, presentando una breve evolución histórica del concepto. Se profundiza el tema con una revisión de las ideas expresadas por Freud en "Duelo y Melancolía" (1917) y las de Julia Kristeva en "Sol negro. Depresión y Melancolía" (1997).

Además de dar cuenta con gran precisión de la experiencia melancólica, los autores resaltan los límites de la palabra como expresión del dolor psíquico en esta condición. Aparece nuevamente el fenómeno de la regresión, esta vez asociado a la experiencia dolorosa de origen mental, partiendo del concepto de una elección de objeto sobre una base narcisista en los sujetos afectados por la melancolía. Los

detalles de la regresión y la limitación de la palabra vinculados a la melancolía son tratados al final del capítulo.

El tercer eje principal del trabajo se desarrolla en el cuarto capítulo. Este se centra en el análisis de los desórdenes psicosomáticos, condiciones donde coexisten el dolor físico y el dolor psíquico. Se elige como modelo emblemático de las enfermedades psicosomáticas a la anorexia nervosa. Se incluyen la definición de anorexia nervosa de acuerdo a los criterios del DMS IV, las influencias socio-culturales que promueven su desarrollo y los diferentes elementos de interacción psíquica involucrados, propios de la adolescencia. Se deja para la discusión final la reflexión sobre las dificultades del lenguaje y la regresión asociadas a los desórdenes de alimentación.

El último capítulo plantea el encuentro entre el dolor psíquico y el dolor físico, partiendo de conceptos propios de la teoría psicoanalítica. Reconocer el fenómeno regresivo como denominador común frente a la experiencia dolorosa desestructurante y el retorno a etapas de desarrollo previas a la adquisición del lenguaje, permiten sugerir una nueva manera de “ver” al sujeto en “dolor”, junto a la posibilidad de implementar técnicas de tratamiento propias de la terapia psicoanalítica en los pacientes aquejados de dolor físico significativo. La experiencia dolorosa peruana de las últimas dos décadas del siglo XX, vinculada con el conflicto armado interno vivido en el país, a partir de las conclusiones obtenidas por la Comisión de la Verdad y la Reconciliación, será brevemente comentada como ejemplo de la dificultad de las actuales estructuras lingüísticas como medio de comunicación entre el sujeto en dolor y un “Otro” exento del mismo.

Reconocer la existencia de un denominador común en el paciente en dolor, independientemente de su naturaleza, puede convertirse en una herramienta adicional para el profesional médico en su acercamiento al sujeto en dolor. Detectar el fenómeno regresivo, intuir sobre los límites de la palabra, ponerse en contacto

con el lenguaje preverbal, habrán de incidir significativamente en una mejor interacción entre el médico y el sujeto en dolor.

En definitiva, el éxito terapéutico del médico dependerá, en buena medida, de su habilidad para ponerse en contacto con el dolor ajeno. Capacitarse para escuchar la voz humana del lenguaje del dolor: fragmentado, preverbal, gestual o corporal, le permitirán entender mejor al paciente en dolor.



1. Capítulo 1. Aproximación al concepto del dolor.

El dolor forma parte de la experiencia humana desde hace más de 50,000 años. Su significado difiere según los grupos humanos. A lo largo de los años, la actitud frente al dolor y la respuesta de la población ha estado delimitada, en grado variable y con diferente énfasis, por influencias mágicas, demonológicas, teológicas, filosóficas y prácticas.

En el campo de la medicina, el clínico deberá enfrentarse con el sujeto en dolor físico y en dolor mental, como parte fundamental de su trabajo cotidiano. Es indudable que su propia concepción del dolor habrá de influenciar en la manera cómo aborde la experiencia dolorosa y en la naturaleza de sus intervenciones. La información recibida durante su entrenamiento, junto a los modelos a los que ha sido expuesto, jugarán un papel fundamental. De allí la enorme importancia de considerar cómo se conceptualiza el fenómeno doloroso.

1.1 Definición del Dolor.

El dolor, considerado como la principal y la más apremiante manifestación de enfermedad por la gran mayoría de individuos, puede ser entendido como una sensación -básicamente desagradable- referida al cuerpo, que representa el sufrimiento provocado por la percepción psíquica de una lesión real, una amenaza de lesión o una fantasía de lesión. Una señal de alarma, que surge de una parte amenazada del organismo en respuesta a la agresión producida por un estímulo lesivo, real o imaginario. (Engel, 1973).

Esta definición del dolor implica una experiencia psicológica que abarca los conceptos de lesión y sufrimiento, pero que no es contingente con la lesión física

real. La idea de lesión, lo mismo que la necesidad de sufrir, también puede ocasionar dolor, de la misma manera que una lesión o un traumatismo real.

El médico clínico nunca afronta directamente el dolor en sí mismo, afronta lo que el paciente le dice sobre su dolor. De allí que, la expresión del dolor deberá evaluarse en términos psicológicos de atención, conocimiento, sensación, cognición, lenguaje y conducta.

El dolor nos remite a la perturbación de un equilibrio o de un orden funcional preexistente y, a la vez, a la actividad del instinto de conservación y defensa, un medio mediante el cual son juzgados como seguros o peligrosos los atributos del ambiente.

Es propio de la salud corporal la ausencia de dolor y la falta de conciencia de las partes de nuestro organismo. Sólo cuando algo marcha mal en un órgano es que se nos hace evidente la presencia del mismo.

Pero el dolor no es solamente la expresión de un sistema biológico relacionado con la protección del cuerpo contra la lesión; también contribuye a crear valores morales y éticos, desempeñando un papel fundamental en la regulación de la conducta y de las relaciones interpersonales. Puede verse como un vehículo a través del cual se logre trascender la experiencia dolorosa para que ésta pueda ser compartida. Un medio que permita sensibilizar a la población frente al dolor ajeno.

1.1.1 Rasgos esenciales de la experiencia del dolor.

Al aproximarnos al estudio del dolor nos encontramos con algunas de sus características clínicas más saltantes:

- Sin lugar a dudas, el dolor resulta el síntoma más común y apremiante que lleva al paciente a la consulta. Para la mayoría de sujetos se trata de

la principal manifestación de enfermedad, al punto que muchos sujetos no se consideran enfermos si no está presente el dolor.

- No suele presentarse como una sensación pura. Habitualmente se mezcla con otras sensaciones corporales como presión, estiramiento, tensión, ardor, tacto, frío o calor. La observación clínica justifica la opinión de que el dolor, a menudo, corresponde a una cualidad que se añade a otras sensaciones.
- En términos generales, la magnitud del dolor suele ser proporcional a la intensidad del estímulo que lo genera. A mayor estímulo, mayor probabilidad de experimentar la sensación como dolorosa. Esta posibilidad aumenta bruscamente, conforme el estímulo se va aproximando al umbral de lesión; en otras palabras, conforme se convierte en un estímulo dañino. No obstante, es un hecho clínico que el dolor puede faltar en presencia de lesión, o puede existir en ausencia de lesión, de donde resulta evidente que la lesión tisular, no es condición necesaria ni suficiente para la existencia de dolor.
- Si las sensaciones corporales son percibidas como dolorosas, éstas se acompañan de una cualidad afectiva de sufrimiento, incomodidad, tensión, aflicción, tortura y castigo. Se sufre de dolor, el dolor aflige, atormenta y también despedaza. Rara vez es neutral e incluso pensar en él suele despertar respuestas aversivas.

En otras ocasiones, puede haber un elemento de placer o de satisfacción en el sufrimiento del dolor. Hay circunstancias en las que el dolor puede ser bienvenido y algunas personas solicitan sufrirlo conciente o inconscientemente.

En general, el dolor incluye una cualidad afectiva desagradable, si bien puede también ser producido para provocar placer.

- Los factores psicológicos influyen significativamente en la percepción del dolor. Así, resulta menos probable percibir una sensación corporal como dolorosa cuando se trata de una sensación conocida, cuando se la entiende, o cuando sabemos de su naturaleza benigna; a diferencia de sensaciones nuevas, extrañas, capaces de generar ansiedad. Algunas personas interpretan el dolor como un signo de debilidad del que hay que esconderse; otros lo perciben como una amenaza intolerable, que debe ser aliviada de inmediato. Hay quienes lo viven como un castigo merecido, que no queda sino aceptar. Otros pueden hacer del dolor y del sufrimiento una manera de vivir.
- Las influencias sociales y culturales modifican la percepción y la expresión del dolor. Es por todos conocido que para algunas culturas, el estoicismo y el autocontrol son considerados como francas virtudes; en tanto que otras sociedades privilegian la expresión pública del dolor.

De todas las características clínicas mencionadas, ninguna resulta tan importante como aquella que hace referencia al dolor como una experiencia de carácter subjetivo, un acto absolutamente privado, intransferible, de manera que la información que obtenemos sobre el mismo, sólo puede derivar de aquél que lo sufre.

En ocasiones se puede deducir que un sujeto se halla en dolor, pero los detalles de la experiencia dolorosa dependerán de lo que pueda comunicar quien lo padece. Es por esto que el diagnóstico clínico, lo mismo que la investigación científica del dolor, requieren se tomen en cuenta los procesos psicológicos que intervienen en la comunicación de las experiencias subjetivas.

Hablar de “nuestro” dolor físico y del dolor físico del “otro”, pareciera que nos remite a dos órdenes de eventos enteramente diferentes. Tener “certeza de algo”

puede ser representado por el sujeto en dolor; su presencia difícilmente puede ser ignorada, en tanto que, tener “duda de algo” puede corresponder a la situación del individuo sin dolor. Quien percibe el dolor no puede permanecer ajeno a su existencia, en tanto que el sujeto exento del mismo puede muy fácilmente ignorarlo o incluso hasta puede cuestionar su existencia en los demás. (Scarry, 1985a).

La mayoría de escritores y filósofos contemporáneos nos han habituado a reconocer, que nuestros sentimientos se acompañan regularmente de objetos en el mundo externo; vale decir, que no simplemente “sentimos”, sino que sentimos en relación a alguien o a algo. El amor, el miedo o la ambivalencia tienen siempre un elemento referencial, consistente afirmación de la capacidad del ser humano para desplazarse más allá de los límites de su propio cuerpo hacia el mundo externo, capaz de ser compartido. El dolor físico carece de este contenido referencial, de allí su resistencia a la objetivación por medio del lenguaje.

El dolor físico pasa a ser una experiencia tremendamente difícil de compartir. Su resistencia a la objetivación por el lenguaje, no es el resultado de un atributo accidental o incidental, sino un rasgo esencial al mismo. (Scarry, 1985).

Lo que el dolor alcance, lo hará en gran parte a través de esta imposibilidad de ser compartido, imposibilidad mediada por esta resistencia al lenguaje. Pero el dolor no sólo se resiste al lenguaje sino que activamente lo destruye, provocando una regresión a estados anteriores al mismo, a los sonidos y llantos que el ser humano emite mucho antes de acceder al propio lenguaje. (Scarry, 1985b).

La habilidad de un organismo como “Amnistía Internacional” para lograr el cese de la tortura, independientemente de dónde ésta ocurre, depende centralmente de su capacidad para comunicar la realidad del dolor a aquellos que no están en dolor; la posibilidad de expresar a través de una carta, la experiencia dolorosa de alguien enteramente desconocido, que se encuentra en un país por lo general remoto, y de cuya vida ordinaria no sabemos nada, excepto que esta vida

ordinaria ha dejado de existir al convertirse el sujeto en víctima de abuso corporal (Landolt, 2001; Scarry, 1985).

En el Perú de hoy, un clarísimo ejemplo de las enormes dificultades existentes para compartir la experiencia dolorosa, en materia de dolor social, lo constituye la respuesta de la sociedad civil y del Estado Peruano frente los actos de violencia vividos en nuestro país entre los años de 1980 y el 2000. Tema que comentaré brevemente en el capítulo asignado a la discusión.

1.2 Breve evolución histórica del concepto del dolor ¹

La búsqueda de una comprensión y la habilidad para controlar el dolor han constituido un objetivo del hombre desde los primeros registros de la historia. Se encuentran descripciones sobre el tratamiento del dolor en papiros egipcios que datan de los 4000 años A.C. En la antigua China, casi 2000 años atrás, la acupuntura era utilizada como técnica para mitigar el dolor.

Ya Hipócrates (400-300 A.C.), especuló acerca del origen y el tratamiento de los desórdenes dolorosos de la articulación témporo-mandibular, reconocidos desde entonces.

Fue precisamente Hipócrates quien propuso una de las primeras teorías temperamentales de la personalidad, postulando la existencia de cuatro fluidos corporales a los que denominó humores: la sangre, la bilis negra, la bilis amarilla y la flema, y a los que asoció con tipos de personalidad específicos o tipos de temperamento, los que posteriormente fueron vinculados a diferentes enfermedades físicas y mentales.

¹ El texto de este capítulo se basa en la introducción del libro de Gatchel R. y Weisberg, N. Eds. (2000) "Personality characteristics of patients with pain"

Galeno (130-200 D.C.), basado en la teoría de los cuatro humores, propuso asociaciones específicas entre estos y el temperamento: un exceso de bilis amarilla fue asociado con un temperamento colérico, el de bilis negra con una personalidad melancólica, al exceso de sangre le correspondía una personalidad sanguínea y al exceso de flema se le atribuyó una personalidad flemática.

Esta teoría permaneció vigente por muchos años, reflejando cómo eran interpretados los factores físicos y biológicos entonces y cuál la participación y la interacción con elementos como la personalidad o el estatus psicológico del paciente.

A partir del Renacimiento, el punto de vista de la interacción potencial entre mente y cuerpo fue reemplazado por una perspectiva más “dualista”, al considerarse como “no científica” la influencia de la mente o el alma sobre el cuerpo. Una nueva ciencia emergió en la que el cuerpo era explicado a través de sus propios mecanismos, iniciándose una tendencia hacia el reduccionismo biomédico, en el que constructos como la mente o el alma no eran necesarios para explicar el comportamiento o la función física.

En 1644, Rene Descartes (1596-1650) conceptualizó el dolor como una actividad específica del sistema nervioso sensorial. Imaginó el sistema del dolor como un canal único, que iba directamente desde la piel hasta el cerebro. En su analogía, el sistema del dolor semejaba el mecanismo de tocar la campana en una iglesia. Propuso que un estímulo aplicado a la mano ponía en movimiento determinadas partículas, posteriormente dicho movimiento era transmitido hacia arriba al brazo, al cuello y finalmente a la cabeza, donde activaba una suerte de sistema de alarma. El sujeto percibía entonces el dolor y respondía a él. Esta teoría puramente deductiva de la fisiología del dolor elaborada por Descartes, no obstante, carente de evidencia empírica, habría de influenciar por un tiempo prolongado el estudio y el manejo del dolor.

Como fue señalado por Melzack y Wall en 1965 (citado por Gatchel y Weisberg (2000), un modelo bastante más formal del proceso del dolor fue propuesto por von Frey en 1894, denominado la “teoría específica del dolor”. Postulaba la existencia de receptores sensoriales específicos responsables de la transmisión de sensaciones, como dolor, tacto, presión y calor, señalando que los diferentes receptores tendrían a su vez estructuras particulares, tornándolos reactivos sólo al enfrentarse con estímulos específicos. Así el dolor era percibido como portador de un conjunto de mecanismos propios centrales y periféricos.

En la misma época, señalan los autores, Goldschneider proponía una alternativa diferente, a la que llamó la “teoría del patrón del dolor”. Postuló que las sensaciones dolorosas eran el resultado de la transmisión de patrones de impulsos nerviosos producidos y codificados en los lugares de estimulación periférica y que, diferencias en el patrón y la cantidad de descargas en las fibras nerviosas periféricas, serían responsables de la calidad de la sensación. Esta teoría asumía que la experiencia de dolor era el resultado de una

codificación mediada por el sistema nervioso central de patrones de impulsos nerviosos y no simplemente el resultado de conexiones específicas entre receptores y centros de dolor.

No obstante, inicialmente aceptadas por la comunidad científica, ambas teorías resultaron insuficientes para explicar en profundidad hallazgos reportados vinculados al fenómeno doloroso.

El punto de vista de la interacción potencial entre el cuerpo y la mente adquirió nuevamente importancia con la llegada del psicoanálisis freudiano, enfatizándose la interrelación potencial entre factores psicológicos y físicos en relación a diferentes desórdenes; perspectiva psicodinámica que también fue aplicada al área del dolor.

Diferentes teóricos psicoanalistas se ocuparon del dolor y el sufrimiento. Si bien no se llegó a una aproximación unificada en la elaboración de una psicoterapia psicodinámica, se hizo hincapié en temas psicodinámicos a considerar en pacientes afectados por dolor crónico, resaltando: el significado de experiencias de desarrollo temprano y su influencia en la percepción del dolor; la asociación empírica entre experiencias de abuso físico y/o sexual y la presencia de dolor crónico; sentimientos no admitidos ni aceptados de rabia, de falta de ayuda, de depresión o de pérdida y su asociación con experiencias dolorosas; dolor crónico y sufrimiento, percibidos como castigo en relación a transgresiones del pasado.

Si bien los conceptos psicoanalíticos no daban cuenta enteramente del fenómeno del dolor, se hizo evidente que diversos factores psicológicos podían afectar significativamente la experiencia dolorosa a partir de un estímulo nocivo.

Hacia 1950, el modelo médico reduccionista y la aproximación dualista comenzaron a perder popularidad, para ser reemplazados por una aproximación más holística e integral, respecto a la salud y a la enfermedad. La tendencia a aproximarse a la enfermedad desde un punto de vista "biopsicosocial", presente entonces en la medicina en general, fue seguida de una aproximación similar en la comprensión y el tratamiento del fenómeno doloroso.

Fue el trabajo pionero de Beecher en 1956 (como señalan Gatchel y Weisberg), el que remarcó cómo el estado psicológico de una persona puede afectar la percepción del dolor. Después de él, numerosos autores resaltaron el rol fundamental de los factores psicológicos en la percepción del dolor.

De acuerdo con Gatchel y Weisberg, la siguiente teoría basada en la aceptación de la importancia de una íntima interacción entre procesos psicológicos, fisiológicos y dolor, fue la teoría propuesta por Melzack y Wall (1965). La "Teoría del control de entrada del dolor" propuesta por estos autores, enfatiza los múltiples factores involucrados en la percepción del dolor, siendo una de sus principales

contribuciones la introducción en la comunidad científica de la importancia del sistema nervioso y de las variables psicológicas en la percepción del dolor.

Melzack y Wall postulan que la experiencia dolorosa podría verse influenciada por la anticipación de su ocurrencia o de su desaparición. Plantean la existencia de mecanismos de control localizados a nivel cerebral central, capaces de inhibir o facilitar la entrada de señales dolorosas de la periferia a la médula espinal. A su paso por la médula, los mensajes de dolor son modulados por impulsos que descienden del cerebro, los que a su vez, son reflejo de factores emocionales, cognitivos, y de atención. El modelo resalta el rol primordial de los factores psicosociales en la percepción del dolor.

Este modelo en la actualidad, aún representa la perspectiva más heurística respecto al significado de la experiencia dolorosa en el terreno de la medicina, sin dejar de reconocer que con el tiempo habrán de aparecer modelos más elaborados, conforme se incrementen nuestros conocimientos sobre neurofisiología, neurotransmisores y el posible rol de los opioides endógenos.

La aproximación al dolor basada en esta perspectiva biopsicosocial, asume que el dolor es un fenómeno subjetivo, complejo, constituido por múltiples factores cada uno de los cuales contribuye a la interpretación de estímulos nociceptivos como dolor. Éste sería experimentado de manera única por cada individuo.

La complejidad del dolor es especialmente evidente cuando persiste en el tiempo, desde que entonces factores psicológicos, sociales y económicos pueden interactuar con la patología física, para modular el registro de dolor y la consiguiente limitación resultante.

Los sujetos que experimentan dolor corporal sin causa física adecuada identificable, pueden estar expresando, simbólicamente, un conflicto intrapsíquico a través del cuerpo. En algunos casos el individuo presenta una incapacidad para poner en palabras sus estados afectivos, condición conocida con el nombre de

“alexitimia”, de manera que el cuerpo es el encargado de la expresión de los afectos. En otras ocasiones, el dolor emocional puede ser considerado inconscientemente, como una debilidad o carente de legitimidad, desplazando el problema hacia el cuerpo. Estas personas pueden adquirir la sensación de que enfrentan un legítimo reclamo frente a sus necesidades de dependencia.

El significado simbólico del dolor corporal también puede vincularse con la reparación de faltas percibidas, la expiación de culpas o la supresión de la agresión. En muchas ocasiones, en individuos que cursan con dolores intratables que no responden a las medidas terapéuticas convencionales, nos encontramos con sujetos convencidos de que lo que realmente les corresponde es sufrir.

El dolor puede funcionar como un método para obtener amor, un castigo por haber actuado mal, hasta una manera de compensar una sensación innata de maldad. (Kaplan y col., 1996).

En 1961 Mechanic (citado por Melmed, 2001), introduce el concepto de “comportamiento en la enfermedad”, para referirse a la manera cómo el individuo enfermo monitoriza su cuerpo, define e interpreta sus síntomas, adopta actitudes de curación y utiliza las fuentes de ayuda, entre las que alude a aquellas vinculadas con el sistema de salud convencional. Incluye la forma como los individuos responden y monitorizan las variaciones de los síntomas en el curso de la enfermedad y cómo esto afecta finalmente el comportamiento, las acciones terapéuticas y la respuesta al tratamiento.

Hay implícita en esta definición, la premisa de que toda experiencia de pérdida de salud está delimitada por factores culturales, sociales y psicológicos, adicionalmente a los factores biológicos. El “comportamiento en la enfermedad” guarda relación con el contexto cultural global del individuo, sus relaciones sociales, su personalidad, sus experiencias de vida, así como con la respuesta del sistema de salud frente a los síntomas del paciente. El clínico que tenga en cuenta la

participación activa de estos factores en el comportamiento del sujeto frente a la enfermedad, dispondrá de mejores herramientas en su interacción con el individuo enfermo.



1.3 Historia de las ideas psicoanalíticas respecto al dolor

Los intentos por comprender el dolor en términos psicológicos tienen una historia muy antigua, casi tan antigua como la escritura. De acuerdo con Merskey (2000), una de las observaciones más sorprendentes proviene de las sagradas escrituras y corresponde a Jeremías: (Lamentaciones 1: 12-13): *“¡Ustedes, los que van por el camino, deténganse a pensar si hay dolor como el mío, que tanto me hace sufrir! ¡El Señor me mandó esta aflicción al encenderse su enojo! El Señor lanzó desde lo alto un fuego que me ha calado hasta los huesos; tendió una trampa a mi paso y me hizo volver atrás; me ha entregado al abandono, al sufrimiento a cada instante”*. Corresponde a parte de la congoja y el lamento del profeta por la destrucción de Jerusalén por los Babilonios en el 586 A.C. Muestra el dolor asociado a la tristeza y a la depresión, lo mismo que a otros efectos somáticos como el malestar y el desaliento en relación a un evento penoso.

Los griegos tenían también un método psicológico para entender el dolor. La doctrina de la existencia de los cinco sentidos: la vista, el oído, el olfato, el gusto y el tacto, atribuida a Aristóteles, sostenía que el tacto permitía discriminar diversas cualidades, otorgándole al dolor una localización en un lugar aparte. Aristóteles, al igual que Platón, agrupó el dolor con el placer como “pasiones del alma”, una expresión que hoy podríamos interpretar como “sentimientos o sensaciones”. Dallenbach (1939), quien discutió estos puntos de vista históricos señaló: *“una vez que el dolor es identificado con el displacer en oposición con el placer, trasciende las limitaciones del campo sensorial para extenderse a otras áreas de la vida mental”*. (Citado en Gatchel y col.; 2000: 25).

La necesidad de ver al dolor de manera distinta al resto de estímulos sensoriales, ocasionalmente fue dejada de lado, específicamente en relación a los descubrimientos de la fisiología sensorial en favor de mecanismos específicos de transmisión del dolor. Sin embargo, estudios posteriores vinculados a la teoría de “patrones de dolor” y a la plasticidad del sistema nervioso, enfatizaron la relevancia

de los estados emocionales en la experiencia dolorosa. Esto se vio reforzado en la primera mitad del siglo XX por la dificultad de muchos médicos para explicar el gran número de casos de dolor observados sin un sustrato físico evidente. (Merskey, H. 1965).

En 1895, Sigmund Freud en su obra "El Proyecto de una Psicología para Neurólogos" intentó representar el aparato psíquico partiendo de un modelo neurofisiológico. Propuso una concepción del dolor desde una perspectiva física. Apeló a una explicación en función a principios mecánicos y cuantitativos: *"El sistema neuronal tiene la más decidida tendencia a la fuga del dolor. Una manifestación de su tendencia primaria a evitar todo aumento de su tensión cuantitativa: (Q). El dolor consistiría en la irrupción de grandes cantidades de energía (Q) hacia el sistema neuronal psi."* (pg. 221)

En esta obra Freud define el dolor como un fenómeno equivalente a la falla de dispositivos de índole biológica. Propone que toda excitación sensible tendería a convertirse en dolor a medida que aumenta el estímulo. En la misma obra diferencia dos tipos de vivencias básicas: la satisfacción y el dolor. Esas vivencias serían las generadoras de "residuos" que corresponderían a los afectos. La vivencia dolorosa produciría como defensa primaria una repulsión. (1895b, Tomo I: 231).

En esa época en su correspondencia con Fliess, Freud comienza a manifestar sus dudas acerca de las teorías existentes orientadas a explicar las llamadas neurosis, marcándose el inicio de su progresivo interés por la dimensión subjetiva, siendo la noción de dolor un concepto de intersección entre la percepción externa y la interna. Posteriormente, en 1905, aplicará estas hipótesis a la comprensión del mecanismo conversivo en "Estudios sobre la histeria".

Mientras Freud desarrollaba sus ideas sobre la histeria, era común atribuir un carácter histérico a dolores que de otra manera resultaban inexplicables. Esto difiere con lo que hoy entendemos por síntomas "conversivos". El concepto de histeria

incluía entonces diferentes grados de depresión, algunos síntomas físicos mal diagnosticados como “tics”, una buena cuota de ansiedad e incluso, algunas fobias.

No obstante el concepto de histeria ha oscilado en su contenido y significado, casi siempre ha involucrado la idea de desórdenes psicológicos asociados a dolor como parte esencial de dicha condición. De allí que durante el siglo XX la principal teoría psicológica para explicar los síntomas corporales, vale decir el psicoanálisis, fuese también aplicada al dolor.

En sus trabajos introductorios sobre la histeria, Breuer y Freud (1895a), consideraron los síntomas histéricos como efectos y restos de excitaciones que han actuado en calidad de traumas psíquicos sobre el sistema nervioso. Sólo cuando la excitación primitiva no puede ser derivada, por reacción o mediante una elaboración intelectual, es que subsisten tales restos y aparecen los síntomas. Postularon la hipótesis de que ideas totalmente ausentes de la memoria del paciente en un estado mental normal, podrían ser reveladas mediante la técnica de la hipnosis.

Freud intentó explicar el proceso partiendo del concepto de cantidades: *“Una magnitud de excitación afluyente al sistema nervioso queda transformada en síntomas permanentes, en aquella medida, proporcional a su montaje, en la que no ha sido utilizada para la acción.”* (1895a: pg. 53). Si bien enfatizó qué, hacía mención a cantidades no mensurables. El fenómeno “conversivo” estaría entonces referido a la transformación de la excitación psíquica no resuelta en síntomas somáticos permanentes.

Cuatro de las mujeres descritas por Breuer y Freud en sus estudios introductorios, presentaron dolor como síntoma prominente. Freud intentó explicar el dolor de estas pacientes en términos de histeria y la formación simbólica de síntomas.

Al referirse al historial de Emmy von N., relaciona el dolor en la pierna con una larga serie de experiencias estresantes e irritantes vinculadas con los cuidados que la mujer prodigó a un hermano enfermo. Al ocuparse del dolor del miembro, Freud le atribuyó originalmente un carácter orgánico, determinado por leves trastornos reumáticos musculares previamente existentes, más dolorosos para los nerviosos que para los sujetos normales. Otra parte del dolor era, en cambio, un símbolo mnémico de las épocas de excitación en las que tuvo que asistir a sus familiares, épocas que ocuparon un lugar muy importante en la vida de la paciente; dolores que se habían asociado accidentalmente con experiencias domésticas displacenteras, que eran repetidos posteriormente en la memoria como el símbolo somático de todo el complejo de asociación.

En el caso de Isabel de R. describe su primer síntoma histérico: un intenso dolor en la cara anterior del muslo derecho de Isabel que surge durante la enfermedad de su padre. La localización del dolor corresponde a la zona sobre la cual descansaban por las mañanas las piernas hinchadas del padre enfermo, mientras ella renovaba los vendajes, en la época en que estuvo abocada a sus cuidados. El análisis permitió revelar el mecanismo del síntoma. Se trataba de un momento en el que el círculo de representaciones correspondientes a sus deberes filiales entró en conflicto con sus deseos eróticos. Isabel se decidió por los primeros, expulsó de su conciencia la representación erótica y transformó su magnitud de afecto en sensaciones somáticas dolorosas.

Años después hubo de encontrarse frente a un conflicto análogo que provocó la intensificación de los mismos dolores y su extensión más allá de la zona primitiva. Se trataba nuevamente de un círculo de representaciones de carácter erótico, en conflicto con sus representaciones morales, esta vez, al presentar una inclinación amorosa hacia su cuñado. Isabel, para lograr ahorrarse la dolorosa certidumbre de amar al marido de su hermana, creó en su lugar un sufrimiento físico, naciendo sus dolores como resultado de una conversión de lo psíquico en somático, en aquellos momentos en los que dicha certidumbre amenazaba con imponérsele. En otras

palabras, lo que se convierte aquí en dolor físico, corresponde a algo que hubiera podido y debido llegar a ser dolor psíquico.

Freud estaba entusiasmado con la idea de que un dolor originalmente orgánico tuviera asociaciones psíquicas que pudieran determinar su aparición posterior.

Durante el tratamiento de sus pacientes, enfatizó la manera como el dolor era resultado de conflictos psíquicos.

Con Elizabeth von R., nuevamente describe los síntomas como un exitoso fenómeno de conversión, que le permitió evitar enfrentarse con la convicción de estar enamorada del marido de su hermana: *“Reprimió su idea erótica de la conciencia y transformó una cantidad de afecto en dolor físico”*. (1895: 126).

En el historial de Frau Cecilia von M., vemos como Freud consigue reproducir y controlar una neuralgia facial, actualizando una escena traumática de gran excitación anímica contra su marido, en la que éste la ofende gravemente de manera verbal; ofensa que fue sentida por la paciente como “una palmada en la mejilla”. Una vez más, la neuralgia se había constituido, por el camino de la conversión, en signo de determinada excitación psíquica, pero que posteriormente podía ser despertada nuevamente por ecos asociativos de la vida mental y mediante una conversión simbolizante. En aquel entonces, Freud planteó que el paciente histérico no sólo se tomaba libertad con las palabras, sino que revivía una vez más, la sensación a la que la expresión verbal debía su justificación.

De acuerdo con sus estudios iniciales, Freud pudo llegar a la conclusión que el dolor resultaría ser un síntoma de conversión frecuente y los afectos displacenteros podrían derivar en dolor corporal. La elección del síntoma estaría determinada por eventos precipitantes y en estos casos, el dolor tendría un significado simbólico. Podría haber siempre un sustrato orgánico de base, algunas

veces una lesión local -rigidez muscular por ejemplo-, en el menor de los casos un resto mnémico.

Conflicto, culpa y resentimiento fueron aspectos de la enfermedad en muchos de los casos descritos, pero no fueron directamente involucrados por Freud en relación al dolor.

En sus trabajos posteriores, habrá de referirse al dolor particularmente en "Duelo y Melancolía" (1917), en "Más allá del principio del placer" (1920), y en "Inhibición, Síntoma y Angustia (1926). El dolor y el duelo serán para Freud reacciones afectivas frente a la separación, distinguiéndose de la ansiedad, entendida como una reacción frente a la amenaza de la pérdida del objeto amado.

En (1905) en su obra "Tres ensayos para una teoría sexual", se ocupará del sadismo-masoquismo, es decir, la tendencia a causar dolor al objeto sexual o ser maltratado por él respectivamente, considerada como la más frecuente e importante de las perversiones o también llamadas aberraciones sexuales.

La "algolagnia" resalta el placer de causar dolor al objeto sexual, la crueldad, mientras que el masoquismo acentúa el placer de sufrir toda clase de humillaciones y sometimiento. Las raíces del sadismo de acuerdo a Freud, pueden hallarse fácilmente en el sujeto normal desde que la sexualidad de la mayoría de los hombres muestra una mezcla de agresión, de tendencia a la dominación, cuyo significado simbólico atribuye a la necesidad de vencer la resistencia del objeto sexual, más allá del empleo del cortejo normal. (pg. 1185).

El sadismo sería el resultado de un desplazamiento del componente agresivo del instinto sexual. De la misma manera, el masoquismo reuniría todas las actitudes pasivas con respecto a la vida erótica y al objeto sexual, siendo la posición extrema la conexión de la satisfacción con el padecimiento voluntario de dolor físico o anímico producido por el objeto sexual. El masoquismo resulta ser con frecuencia,

una continuación del sadismo, dirigido contra el propio yo, que ocupa el lugar del anterior objeto sexual. El análisis del masoquismo revela la presencia de factores que exageran la predisposición original pasiva del sujeto, que lo llevan a sufrir una fijación, vinculada al complejo de castración y al sentimiento de culpa. El dolor aquí se presenta como una resistencia que aparece frente a la libido, resistencia que habrá de ser superada, como antes lo fueron la repugnancia y el pudor. El concepto de dolor aquí expresado, resalta el hecho de que cada experiencia dolorosa lleva en sí misma y por sí misma la posibilidad de una sensación de placer.

Más adelante en "Lecciones Introductorias al psicoanálisis" (1916: 2361) dirá: *"generalmente el yo realiza un mal negocio dejándose sumir en la neurosis, paga demasiado cara la atenuación del conflicto y no consigue sino cambiar los sufrimientos por las sensaciones de dolor inherentes a los síntomas"*, sensaciones que traen consigo una mayor magnitud de displacer.

La teoría del placer-dolor es abandonada cuando plantea el principio del placer como uno de los principales resortes del aparato psíquico. Lo primario sería entonces la necesidad de placer y su impasse lo patológico. A este respecto comienza a utilizar el término displacer como más abarcativo, como polo opuesto al goce en la gradiente del placer. El placer se halla en relación con la disminución, atenuación o extinción de excitación acumulada en el aparato psíquico, mientras que el dolor va paralelo al aumento o exacerbación de dichas excitaciones. El aparato psíquico sirve para dominar y suprimir las excitaciones e irritaciones de origen externo e interno. Soportar determinados dolores y renunciar a ciertas fuentes de placer, sería el resultado de adaptarse a la realidad, como segundo principio básico de la vivencia anímica.

En "Más allá del Principio del Placer" (1920), nuevamente relaciona el placer y el displacer con la cantidad de excitación existente en la vida anímica, excitación no ligada a factor alguno determinado, correspondiendo el displacer a una elevación y el placer a una disminución de tal cantidad. Señala que en la teoría psicoanalítica suponemos que el curso de los procesos anímicos es regulado automáticamente

por el principio del placer. Esto es, creemos que dicho curso tiene su origen en una tensión displaciente para emprender luego una dirección tal, que su resultado final coincida con una minoración de dicha tensión y por tanto, con un ahorro de displacer a una producción de placer.

Al estudiar el funcionamiento del aparato anímico en los juegos infantiles, una de las actividades normales más tempranas, describe la experiencia del juego del carretel como el ejercicio de convertir en juego un suceso desagradable. En éste el niño representa un papel pasivo, al ser él mismo sujeto del suceso, convirtiéndose luego en sujeto activo a través del juego, a pesar de tratarse de un acontecimiento penoso para él. Vale decir que fue capaz de “volver placentera la vivencia displacentera”. Al pasar de la pasividad del suceso a la actividad del juego, pudo experimentar la satisfacción de un impulso vengativo reprimido frente a la separación de la madre. Bajo el dominio del principio del placer existirían los medios y caminos suficientes para convertir en objeto del recuerdo y de elaboración psicológica lo desagradable en sí.

En “Problema económico del masoquismo” (1924), manifiesta que la aparición de la tendencia masoquista en la vida instintiva del hombre plantea, desde el punto de vista económico, un singular enigma. Si los procesos psíquicos se rigen por el principio del placer, de manera que el fin inmediato de los mismos es evitar el displacer, y por ende la consecución de placer, el masoquismo resulta verdaderamente incomprensible. El hecho de que el dolor y el displacer puedan dejar de ser una mera señal de alarma y constituir un fin, supone una paralización del principio del placer.

Al referirse a los síntomas más frecuentes de la histeria de conversión tales como parálisis motoras, contracturas, actos o descargas involuntarias, dolores o alucinaciones en “Inhibición, Síntoma y Angustia” (1926), Freud los define como procesos de carga psíquica, permanentes o intermitentes, que gracias al análisis es posible averiguar el proceso perturbado de excitación al que sustituyen. Así, es posible comprobar que en la situación primitiva en la cual tuvo efecto la represión,

existía realmente el dolor que posteriormente se nos muestra como síntoma, y que las alucinaciones actuales fueron entonces percepciones reales. La parálisis motora es interpretada como la defensa contra un acto que en la situación inicial debió de realizarse, y que por el contrario, fue inhibido. Las contracturas musculares son atribuidas a un desplazamiento sobre un distinto punto del cuerpo de una inervación muscular, mientras que las convulsiones son expresión de una explosión de afecto que ha escapado al control normal del yo. La sensación de displacer que acompaña la emergencia de los síntomas es muy variable, pudiendo alcanzar intensidad extraordinaria en los casos que afectan la esfera sensorial del dolor.

El dolor dirá Freud en este texto, es la verdadera reacción frente a la pérdida del objeto, en tanto que la angustia, una reacción frente al peligro ante la posible pérdida del mismo. Sabemos que el dolor surge, primero y regularmente, cuando un estímulo que ataca la periferia traspasa los dispositivos de protección y pasa a actuar como un estímulo instintivo continuo. Contra él resultan impotentes los actos musculares que sustraen al estímulo del lugar sobre el que el mismo recae, actos eficaces en toda otra ocasión. Que el dolor no se origine de un punto de la epidermis, sino de un órgano interno, no altera la situación, ya que se trata únicamente de la sustitución de un punto de la periferia exterior por otro del interior. Esta condición de la génesis del dolor tiene muy poca analogía con el concepto de dolor asociado a la pérdida del objeto: el estímulo periférico, factor esencial del dolor, está ausente en la situación de anhelo del niño. Sin embargo, el hecho de que el lenguaje haya creado el concepto del dolor interior, del dolor anímico, y equiparado al dolor físico las sensaciones vinculadas con la pérdida del objeto, habrá de tener una justificación apropiada.

En el dolor físico nace una elevada carga narcisista del lugar doloroso del cuerpo, carga que aumenta cada vez más y "vacía" por así decirlo al yo. Cuando padecemos intensos dolores en los órganos internos surgen en nosotros imágenes espaciales de tales partes del cuerpo, inexistentes en nuestra ideación consciente.

También el hecho singular de que los dolores físicos no alcanzan jamás su máxima intensidad cuando nuestra atención psíquica se encuentra acaparada por otros intereses, halla su explicación en el hecho de la concentración de la carga en la representación psíquica del lugar doloroso. En este punto parece insertarse la analogía que ha permitido la transferencia de la sensación dolorosa al terreno anímico. La intensa carga de anhelo del objeto echado de menos o perdido, carga que no pudiendo ser satisfecha crece continuamente, crea las mismas condiciones económicas que la carga de dolor del lugar del cuerpo herido y hace preciso prescindir de la condicionalidad periférica del dolor físico. La transición desde el dolor físico al dolor psíquico corresponde al paso desde la carga narcisista a la carga de objeto. La imagen de objeto, elevadamente cargada por la necesidad instintiva, desempeña el papel del lugar del cuerpo intensamente cargado por el incremento del estímulo. Si la sensación displacentera que surge presenta el carácter específico de dolor (carácter imposible de describir exactamente) se deberá a la extraordinaria intensidad de la carga y de ligazón en estos procesos que conducen a la sensación displacentera. (Freud, 1926).

Después de Freud, muchos investigadores de orientación psicológica se han ocupado del dolor. Algunas contribuciones fueron puramente teóricas, en tanto que otras corresponden a opiniones basadas en el estudio de casos clínicos aislados.

En 1914 Reik presentó uno de los primeros reportes referidos a la psicogénesis del dolor al ocuparse del tema de la "couvade", fenómeno de pseudo-labor de parto en el esposo de una gestante, quizá uno de los ejemplos más saltantes de dolor en relación con las ideas. "Couvade" quiere significar sentarse sobre huevos, y sus síntomas han sido ampliamente descritos en diferentes sociedades. Bardhan (1965), presentó 20 casos de esposos de mujeres embarazadas de origen indio, pertenecientes a diferentes estratos sociales, portadores de diversas molestias físicas como dolor de cabeza, dolor precordial y dolor abdominal, sin una causa orgánica definida. Era común en ciertas sociedades suponer que los hombres tenían estos dolores porque sus mujeres estaban

embarazadas, pero esto no necesariamente era interpretado como dolor asociado a una idea. En cambio, podría explicarse como un efecto psicofisiológico derivado de la ansiedad.

La explicación psicoanalítica ofrecida por Reik fue que dichos fenómenos servían primariamente para proteger a la mujer contra la hostilidad latente y la agresión sexual del hombre. Tal vez tuviera razón, pero no había como probarlo.

Schilder y Stengel (1931) describen un fenómeno relativamente diferente de asimbolía frente al dolor. Se refieren a un grupo de pacientes con daño cerebral, que no reaccionan apropiadamente –vale decir-, con el retiro o la huida, al enfrentarse con un estímulo nocivo, a pesar de ser capaces de reconocer la injuria. Sugieren la existencia de una dificultad en relacionar un estímulo nocivo con la imagen corporal.

Las ideas de Schilder y col. (1931), los llevaron a plantear la importancia del modelo postural del cuerpo con respecto al dolor. Desarrollaron la idea de un esquema corporal y adhirieron el concepto de dolor a él. Remarcaron el valor comunicativo del dolor, la importancia de las experiencias infantiles, de la existencia de conflictos entre los padres, de las posibles consecuencias de tener un padre severo, para referirse también a la relación del sadismo con el dolor genital.

A partir de los trabajos de Schilder, el problema del dolor del miembro fantasma fue discutido en términos de imagen corporal. Como se sabe, en esta situación algunos pacientes sometidos a la amputación quirúrgica de una de sus extremidades, fantasean el miembro faltante como si aún estuviera allí. Incluso pueden llegar a percibir modificaciones imaginarias del estado del miembro inexistente, como un movimiento particular, dolor o cambios térmicos.

Kolb en 1954, sugirió que el fenómeno del miembro fantasma podía ser explicado a partir del concepto de imagen corporal total. Señaló que los pacientes

con el síndrome de miembro fantasma doloroso agudo sobreenfatizaron la idea de desarrollo corporal. Szasz en 1957 planteó la idea de que el dolor del miembro fantasma representaba una negación de la pérdida de una parte. Parkes en 1973 sugirió que la pérdida de un miembro conduce a un pesar análogo al duelo producido por la pérdida de un ser querido.

El punto de vista de Szasz fue refutado por Simmel (1959), quien tuvo muchos pacientes con dolor de miembro fantasma, al señalar que los pacientes estaban totalmente conscientes de su afecto displacentero y de su pérdida y que los mecanismos de negación podrían estar relacionados al fantasma y no a la pérdida del miembro.

Muchos autores han relacionado el dolor con agresión u hostilidad. Algunos llegaron a atribuir al resentimiento, el origen de dolores reumáticos. Otros hasta llegaron a ofrecer evidencia experimental a favor, midiendo tensión muscular, sin dar detalles cuantitativos de la evaluación psicológica empleada. Marcussen y Wolf (1949), provocaron cefalea experimentalmente en pacientes con antecedentes de migraña, generando rabia en condiciones en las cuales el paciente no podía evitarla.

Con frecuencia la teoría psicoanalítica ha señalado que el dolor constituye una defensa inconsciente frente a la agresión. Diferentes autores resaltaron la asociación entre culpa, resentimiento, hostilidad y dolor; enfatizando el significado simbólico del dolor.

Otros autores describen posibles relaciones entre dolor, culpa y hostilidad, pero la evidencia al respecto no pasa de ser simplemente anecdótica. Ninguno considera la posibilidad de si culpa, resentimiento y hostilidad, junto con las supuestas transformaciones del afecto y la libido frecuentemente mencionadas, podrían ocurrir de manera similar sin la presencia de dolor.

Schilder, (1931) expande la teoría, sugiriendo la presencia de factores psíquicos especiales determinados por la existencia de culpa, capaces de dar origen a dolores particulares, especialmente si van precedidos por placer en determinada parte del cuerpo (p.e. estimulación sexual en una mujer con dolor en el pecho). Describe un caso de dolor en zonas del cuerpo respecto a las cuales el paciente presentaba fantasías homosexuales, sugiriendo que el dolor era una defensa, una fantasía perversa y un castigo frente a esta fantasía. Se refiere también a un varón con dolor en los genitales. Durante la terapia se evidenció que el dolor estaba íntimamente ligado con excitación sexual, ejercía un efecto estimulante y ocurría con mayor frecuencia a medida que continuaba el análisis, conforme se iban debilitando algunos conceptos, particularmente rígidos, de moralidad sexual del paciente. En este caso Schilder interpreta el dolor como una defensa contra la sexualidad y como una satisfacción perversa de índole sadomasoquista.

En 1957, Szasz realiza una contribución importante con su aporte sobre la filosofía y el significado del dolor, remarcando su importancia como fenómeno psicológico subjetivo más que como un evento físico. Dolor y placer corresponden a sensaciones corporales, y el cuerpo es percibido por el yo como un objeto. El dolor se origina como consecuencia de una amenaza de pérdida de, o daño al cuerpo, de la misma manera que la ansiedad se origina de la amenaza de pérdida frente a un objeto externo. La tipificación del dolor en orgánico o funcional, dependerá de la evaluación del observador respecto a la realidad de la amenaza al cuerpo. Postula que el dolor puede ser considerado en tres niveles de simbolización. En el primer nivel, las comunicaciones son esencialmente aquellas concernientes a un síntoma físico. El siguiente nivel involucra el uso del dolor como una forma de comunicación en busca de ayuda. Este nivel está siempre presente en cualquier situación de dolor; no obstante hay ocasiones en las que el segundo nivel predomina sobre el primero. Es importante apreciar estas ocasiones y responder al llamado de ayuda.

La comunicación en el tercer nivel es más compleja. El dolor puede persistir como un símbolo de rechazo si es que se frustra el llamado de ayuda. Entonces, la

queja repetida de dolor puede convertirse en una forma de agresión y el sufrimiento puede facilitar la culpa.

Engel (1951), influenció significativamente en la discusión de las ideas psicoanalíticas respecto al dolor. Describió 19 mujeres y un hombre con dolor facial atípico, que resultó ser un síntoma de conversión histérico. Enfatizó la presencia de una estructura de carácter masoquista con diversas variedades de comportamiento auto-punitivo. Destacó una alta frecuencia de cirugías innecesarias y remisión de los episodios de dolor en presencia de situaciones desafortunadas, o frente a nuevas causas de sufrimiento- ya sea de índole físico o mental-. Posteriormente en 1959, denominó a este tipo de paciente "el paciente propenso al dolor". El dolor serviría como una señal de alarma frente a un posible daño corporal. Tendría una función de comunicación y estaría ligado con castigo, agresión, culpa, sentimientos sexuales y la pérdida de un objeto amado.

Remarcó la presencia de padres castigadores y abusivos como factor muy importante en pacientes aquejados de dolor. Acentuó la presencia de caracteres individuales en el paciente propenso al dolor, previos a la instalación del síntoma, para concluir que algunos pacientes tienen la tendencia a colocarse en el camino de su mala fortuna.

Estas discusiones teóricas sugirieron que la hostilidad constituye un factor importante en la génesis del dolor, sea directamente o mediante la culpa que produce. Engel (1951,1959) postuló que la hostilidad actúa en sujetos con una personalidad específica para producir dolor. Szasz (1957) de otro lado, sugiere que hay una situación simbólica mucho más compleja, en la cual se teme la inminencia de una amenaza a la integridad corporal.

No obstante, los rasgos de personalidad no determinan qué desorden habrá de presentar un individuo en particular, ciertamente, sí influyen en la manera como el sujeto se ve afectado por la enfermedad o por los síntomas, cómo el individuo

percibe la experiencia y consecuentemente la extensión de la respuesta frente a la condición médica particular.

En pacientes con dolor crónico, el resentimiento y el comportamiento agresivo aparecen como elementos comunes. Parte del resentimiento puede atribuirse a experiencias de tratamientos insatisfactorios. Antes de recurrir a una explicación masoquista o del inconsciente, el resentimiento y el comportamiento agresivo podrían ser explicados a partir de la hipótesis que sostiene que el dolor torna a los individuos más agresivos por simples razones biológicas. Cuando la integridad de la superficie corporal se interrumpe, es necesario responder vigorosamente si la disrupción proviene de otra criatura viva. La agresión es una de las principales respuestas en presencia de trauma que da origen a dolor. No sorprende por tanto que sujetos con dolor crónico se tornen irritables, resentidos y difíciles.



2. Capítulo 2. El Dolor físico

2.1 El dolor físico desestructurante en la práctica clínica del médico internista.

Sucede con frecuencia, que los médicos en nuestra práctica profesional calificamos y cuantificamos de manera subjetiva la intensidad del evento doloroso del otro, basándonos arbitrariamente, ya sea en experiencias dolorosas personales previas, o en referencias extraídas de la literatura médica a propósito de una entidad nosológica determinada; olvidando el carácter subjetivo, personal e intransferible propio de la experiencia dolorosa.

Estamos habituados a escuchar que los médicos se han “insensibilizado” frente al dolor ajeno; que no confían en la voz humana, a la que perciben como la voz de un “narrador poco fiable” de eventos físicos o mentales. Una voz que habrán de dejar atrás, tan pronto sea posible, olvidando que si el único signo externo de la experiencia sentida de dolor -para el que no hay alteración en el recuento de células sanguíneas, ni sombra anormal alguna en el estudio radiológico-, es este lenguaje fragmentario, preverbal o corporal, por más inadecuado que éste sea. Dejar de lado esta voz será dejar de lado el evento mental o corporal que le da origen, lo que en buena cuenta será dejar de lado al paciente y en última instancia, dejar al sujeto en dolor.

Al intentar comprender esta supuesta “falta de confianza” del profesional médico frente a la voz humana del sujeto en dolor, habrá de tenerse en cuenta que ante una situación dolorosa desestructurante, el médico tendrá que enfrentarse con sus propios conflictos inconscientes. Habrá de revivir sus propias fantasías respecto a la enfermedad y a la muerte. Angustias, temores y culpas derivadas de las posibles implicancias de la condición responsable del dolor y las repercusiones del acto médico a realizar, en el intento por contrarrestar el síntoma doloroso y la condición que lo genera.

En cierta medida, cuando examinamos a nuestros pacientes, no podemos evitar examinar nuestra propia persona, lo que equivale a revelar nuestras propias ideas, nuestros temores y deseos frente a la situación particular que enfrentamos.

Es innegable que la capacidad del médico para enfrentar esta coyuntura, va más allá de la preparación del ámbito estrictamente académico. Se admite que una tercera parte de pacientes que acuden a un consultorio de medicina general enfrentan situaciones que podrían resolverse mediante técnicas de psicoterapia simple. En algunos casos la cifra podría aproximarse a la mitad. (Melmed, 2001b).

Independientemente de las cifras exactas, subsiste el hecho de que la formación médica no contempla una preparación adecuada del médico general, que le permita afrontar al menos la tercera parte del trabajo que habrá de realizar. Su práctica cotidiana lo obliga a asimilar esta técnica por su propia cuenta y riesgo, y por cuenta y riesgo de los propios pacientes.

Para llevar a cabo un examen psicológico, el médico necesita establecer relaciones personales con el paciente, lo que significa entrar en un terreno diferente al del examen exclusivamente físico, con la consiguiente aplicación de métodos distintos y diferente grado de duplicación personal.

Elementos como la estructura de personalidad del profesional médico, su organización familiar, sus propias experiencias de dolor, psíquico y físico, su interés por conocer el psiquismo humano y los mecanismos de defensa de los que se vale al enfrentar situaciones generadoras de estrés, entre otros, habrán de influir significativamente en una adecuada realización del acto médico.

Michael Balint, psicoanalista húngaro, ya en 1961, en su libro "El médico, el paciente y la enfermedad", a propósito de la creación de seminarios de investigación dirigidos a estudiar las implicancias psicológicas de la práctica médica general en la Clínica Tavistock de Londres, alcanza conclusiones verdaderamente sorprendentes, que no obstante el tiempo transcurrido, mantienen absoluta

vigencia. Balint señala: *“La droga más frecuentemente utilizada en la práctica general resulta ser con mucho, el propio médico. Es decir, no sólo importa el frasco de medicina o la caja de píldoras, sino la manera como el médico las ofrece al paciente; en suma, toda la atmósfera en la cual la droga es administrada y recibida”.* (pg 17).

Ocurre con extremada frecuencia que la relación entre el paciente y su médico resulta tensa, incómoda y aún desagradable. En estos casos la droga llamada “doctor” no produce los efectos esperados. Se trata de situaciones realmente trágicas, donde el paciente experimenta verdadera necesidad de ayuda y el médico, a pesar de sus sinceros esfuerzos, no consigue los resultados esperados. Balint analiza los efectos secundarios indeseables e involuntarios de la droga llamada “médico”.

Uno de los métodos comúnmente utilizados por el médico para evitar una relación bilateral con el paciente, de acuerdo con los planteamientos de Balint, consiste en que el profesional suele proclamar sus propias soluciones individuales, las mejores o las más inteligentes, para luego, encendido de fuego apostólico, “practicar la medicina” de modo que pueda convertir a todos los enfermos a su propia “fe”.

Todo médico tiene una “vaga” pero inmovible idea sobre el modo cómo debe conducirse el paciente cuando está enfermo. Aunque este concepto tiene poco de concreto y de explícito, es inmensamente poderoso e influye en todos los detalles de la relación médico-paciente. Es como si cada médico poseyera el conocimiento revelado de lo que los pacientes deben y no deben esperar y soportar y su deber fuera convertir a su doctrina, a todos los incrédulos e ignorantes.

Desarrollar la capacidad psicoterapéutica del médico consiste en lograr que tome conciencia de su compulsiva función apostólica, abriendo el camino para que no la practique de manera automática en todos los casos. El consejo y el

confortamiento pueden constituir armas terapéuticas poderosas, pero habrá que cuidarse de no administrarlas compulsivamente, sin evaluar apropiadamente su probable efecto en cada caso en particular.

Para el paciente, la enfermedad corresponde a una ingrata experiencia. Se trata de algo que anda mal en el sujeto, que es capaz de provocar daño si no se enfrenta de manera rápida y adecuada. La función del diagnóstico consistirá en darle un nombre a esta cosa, ingrata, malévola y temible, para convertirla en algo en lo cual sea posible pensar, susceptible quizá de ser curado.

El diagnóstico reconforta tanto al médico como al paciente. Los médicos, condicionados por su propia formación, generalmente piensan primero en los diagnósticos "físicos". La razón aducida se basa en la impresión, cierta o no, de que una enfermedad de carácter físico es siempre más grave y más peligrosa que una dolencia funcional o psicológica, vale decir, que puede ser mayor el perjuicio provocado por la falta de atención a una enfermedad física, que por la misma actitud ante una enfermedad de carácter funcional o mental.

Otra razón que explica esta preferencia por los diagnósticos de carácter físico, reside en que este tipo de enfermedad parece más definida y concreta, en parte debido al estado de nuestros conocimientos, pero también a causa del sectarismo de nuestra educación. Los médicos poseen mayor caudal de información sobre las enfermedades físicas, lo que determina que se sientan más seguros y sobre terreno más firme que cuando enfrentan perturbaciones funcionales o neuróticas, sobre las que muchas veces recaen valoraciones peyorativas.

Si el médico formula un diagnóstico físico correcto, aunque su esfuerzo terapéutico fracase, o aunque no exista un tratamiento adecuado para dicha enfermedad, lo tranquiliza el hecho que la dolencia puede ser explicada y justificada, lo que significa que ésta puede ser aceptada sin sentimiento de culpa por el profesional. Sentirá que ha realizado un buen trabajo, ha descubierto la verdadera

causa de los padecimientos, aun si no puede hacer gran cosa por ella. La falta de éxito terapéutico podrá ser atribuida al estado de nuestros conocimientos. (Balint, 1961).

Ante las dificultades que surgen en la relación médico-paciente, Balint plantea que antes de llegar a formular diagnósticos “finos”, el médico, necesitará aprender a escuchar. Escuchar, empleando una técnica difícil y sutil, que permita previamente calmar al paciente, favoreciendo las condiciones que le faciliten expresarse con la mayor libertad posible. Ésta capacidad de escucha, habrá de constituirse en una nueva habilidad, que a su vez exigirá una modificación considerable de la personalidad del médico, en beneficio de la relación bilateral.

2.2 Desórdenes psicosomáticos y la experiencia dolorosa.

Nos referimos a los desórdenes psicosomáticos como aquellas condiciones físicas causadas o agravadas por factores psicológicos. Para establecer el diagnóstico de enfermedad psicosomática, se requiere de la presencia de dos criterios definidos: una condición médica determinada, asociada a hallazgos patológicos de alteración orgánica, o a un proceso fisiopatológico conocido; y factores psicológicos que la afecten, que guarden una relación temporal con el inicio o la exacerbación de la condición médica en cuestión.

No obstante la gran mayoría de desórdenes físicos se ven influenciados por factores como el estrés, situaciones de conflicto o estados de ansiedad generalizada, se acepta que algunas condiciones resultan más afectadas que otras. (Kaplan, 1996).

Al acercarnos al estudio de los desórdenes de carácter psicosomático, encontramos en la literatura médica, diferentes reportes que hacen referencia a las dificultades que enfrentan los profesionales de la salud en el manejo de estos

pacientes. Son muchos los individuos, médicos incluidos, con grandes limitaciones para ponerse en contacto con los problemas emocionales de los demás. Muchos profesionales en entrenamiento no se sienten calificados para hacerlo. Estudios realizados en hospitales americanos y canadienses, muestran que un 30% a 50% de desórdenes psiquiátricos significativos como depresión y ataques de pánico, pasan inadvertidos, o son manejados inadecuadamente por los médicos generales o los profesionales encargados de las salas de emergencia. (Moffic y Paykel, 1975; Knights y Folstein, 1977; Goldberg y col., 1982; Fleet y col., 1996; citados en Melmed, 2001).

En algunas ocasiones la falta de atención hacia los temas psicosomáticos puede ser el resultado de negligencia o de resistencias por parte del propio médico tratante (Greenhill y Kilgore, 1950; Schwab, 1982). Esta resistencia puede estar enraizada en profundas razones personales, pero con frecuencia, se basa en simples errores conceptuales respecto a la naturaleza o el significado de los problemas emocionales en la práctica clínica.

Esto se aplica en particular a condiciones dolorosas afectivas comunes, que se espera el clínico debe estar preparado para manejar, como depresión o estados de ansiedad asociados a una enfermedad o expresados a través de síntomas somáticos.

Si queremos optimizar el manejo médico de los desórdenes psicosomáticos, será necesario, sensibilizar al profesional de la salud a reconocer el papel fundamental del factor psicológico como agente desencadenante o coadyuvante de enfermedad física; estimular su capacitación, tanto en la detección de la presencia del elemento psicológico en una entidad clínica determinada, cuanto en la aplicación de medidas terapéuticas sencillas, que contribuyan a una solución integral de la condición médica de fondo.

Para el paciente, el impacto emocional derivado de saberse enfermo se halla influenciado por lo que los psicólogos denominan “sensación de control” o la pérdida del mismo, producto de la aparición de los síntomas. La sensación de control se refiere a la ilusión de que uno puede ejercer una elección personal sobre su propia integridad física, emocional y acaso también, ambiental. Juega un rol positivo definido en el mantenimiento de la vida. La aparición de la enfermedad resulta ser un evento inesperado y súbito, que termina por recordarnos que, en definitiva, la salud no se encuentra directamente bajo nuestro control.

El control puede ser percibido como un conjunto de círculos concéntricos interrelacionados, donde los círculos externos corresponden a la sociedad en general a la que pertenece el sujeto; más internamente estarían su trabajo y sus relaciones sociales menos cercanas. Los círculos más internos están reservados para las relaciones sociales más íntimas, la familia, la pareja, los hijos y los padres. Finalmente, el punto central, está representado por las percepciones y los sentimientos del sujeto en relación a sí mismo. Por tratarse de círculos fuertemente entrelazados, una seria alteración en cualquier nivel, provocará repercusiones sobre el resto. La sensación de pérdida de control en cualquiera de los círculos, terminará por generar o incrementar los niveles de ansiedad. (Melmed, 2001).

Al intentar establecer una posible localización del control en este contexto, se hace necesario referirse a los componentes de la personalidad del individuo, que definen su vulnerabilidad frente a la presión emocional o al estrés en una situación clínica particular. En general, podemos decir, existen dos posibles localizaciones para la sensación de control. Los individuos con una localización interna, mantienen un mejor equilibrio sobre sí mismos y sobre el ambiente, tienen una menor incidencia de síntomas psicósomáticos, un mejor manejo de las situaciones generadoras de estrés y mayor participación activa en los programas terapéuticos a implementarse. De otro lado, los sujetos con una sensación de control de localización externa, perciben que los acontecimientos que los afectan, están regulados por fuerzas externas impredecibles, vinculadas al destino, a la suerte o al

azar; cursan con mayor número de eventos psicosomáticos, poseen más dificultades para enfrentar el estrés y tienen menor participación activa en las acciones terapéuticas a desarrollarse. (Melmed, 2001).

Es evidente que gran parte del impacto del médico en su acción curativa dependerá de su habilidad para identificar adecuadamente en la práctica clínica problemas derivados de procesos psicofisiológicos. En el encuentro terapéutico, habrá de enfatizarse el reestablecimiento de la sensación de control, teniendo en mente que su recuperación, por pequeña que sea, tendrá repercusiones significativas en el bienestar del individuo. Jugaran a favor de una adecuada interacción médico-paciente: procurar transmitir una adecuada explicación de la verdadera naturaleza de la dolencia; resolver las creencias erróneas del paciente en relación al significado de sus síntomas; ejercitar una nueva capacidad de “escucha”, que le permita adoptar una actitud de alerta frente a las posibles respuestas físicas a diferentes estados emocionales, en beneficio de ambos.

2.3 Repercusiones del dolor físico en la esfera emocional.

En el contexto de una enfermedad médica, las repercusiones en la esfera emocional resultan difíciles de evaluar, desde que los síntomas afectivos pueden ser el reflejo de múltiples causalidades: el estrés psicológico de tener que enfrentarse con la enfermedad; parte de las manifestaciones clínicas de la propia enfermedad; consecuencia de la medicación empleada para su tratamiento, o pueden incluso coexistir de manera independiente con la condición médica de fondo.

La respuesta emocional del individuo al desarrollo de síntomas físicos, estará determinada en buena parte por la severidad de los mismos. Cuánto sufrimiento causan y cómo son interpretados por el enfermo.

Si las sensaciones corporales han de ser percibidas como dolorosas, la experiencia clínica nos revela que el dolor se acompaña de una cualidad afectiva de incomodidad, sufrimiento, tensión, aflicción, y castigo. El dolor repercute sobre la vida anímica y espiritual del paciente, remitiéndolo a sí mismo, suscitando sentimientos diversos, unos afines como el temor, la congoja y la desesperación, otros opuestos como la resignación humilde, la serenidad estoica o la profundización moral. (Delgado, 1963).

Verse afectado por una enfermedad orgánica suele acompañarse de la aparición de diversas manifestaciones emocionales, derivadas de las posibles repercusiones, reales o imaginarias de la condición física de fondo. Son frecuentes sentimientos de ansiedad, pesimismo y tristeza, cuando no, marcada irritabilidad y manifestaciones de desesperanza, que en los casos más severos pueden incluir desde una profunda indiferencia, hasta la apatía extrema.

Estos estados afectivos suelen reflejarse en alteraciones en las funciones neurovegetativas, con repercusiones significativas en el apetito y el peso corporal. Son comunes: variaciones en los patrones habituales de sueño, pérdida del interés sexual y disminución en los niveles de energía, que pueden alcanzar grados de astenia severos.

En estos individuos es común encontrar marcada disminución en el interés o pérdida de placer en las actividades que normalmente resultaban agradables, bajo rendimiento laboral con niveles considerables de retraimiento social.

Habitualmente se observa un deterioro significativo de la capacidad de concentración, pérdida de la atención y la memoria y disminución en la habilidad para pensar, con limitación importante para la toma de decisiones. Con frecuencia se objetivan sentimientos de vergüenza o de culpa asociados a pérdida de la autoestima, que pueden dar origen a pensamientos vinculados con la pérdida de la vida.

Hablamos del desorden de estrés post traumático para referirnos a una condición psiquiátrica, presente en relación con diversos eventos traumáticos que sobrepasan la experiencia humana usual. El evento traumático puede corresponder a una situación médica o quirúrgica, acompañada por una sensación de pérdida de control frente a un dolor extremo, o puede estar relacionado con una amenaza importante a la salud del sujeto. El individuo revive constantemente el evento traumático, manteniendo una preocupación permanente respecto de la enfermedad y su pronóstico. Permanece con una sensación de riesgo sobre su propia vida, tornándose irritable y nervioso. Alterna periodos de rabia, con estados de hiperreactividad, asociados a pérdida de la capacidad de concentración y frecuentes alteraciones de los patrones del sueño.

La posibilidad de desarrollar un síndrome de estrés post traumático, deberá tenerse en cuenta en situaciones médicas críticas, caracterizadas por una sensación de falta de control, percibidas como eventos que ponen en riesgo la vida de la persona, como en el caso de ser portador de una enfermedad de naturaleza maligna.

Así como el dolor repercute sobre la vida anímica y espiritual del paciente, de la misma manera, hay una especie de tensión expansiva en el dolor, que no sólo causa que siendo originalmente localizado, extienda su influjo al conjunto de la vida anímica del sujeto, sino que dirigiéndose al yo, sea al mismo tiempo una llamada al tú, al prójimo, vinculando a los hombres, aproximándolos, y suscitando en los otros un movimiento de ayuda y servicio (Delgado, 1963). El éxito de la acción curativa integral del médico dependerá de su habilidad para identificar adecuadamente las manifestaciones afectivas derivadas de la enfermedad física, dilucidar el origen real de las mismas, valorar los aspectos de la estructura de personalidad del enfermo que permitan ubicar la sensación de control, interna o externamente, reconocer las manifestaciones emocionales que acompañan a las enfermedades de carácter orgánico y estar alerta ante los posibles efectos secundarios de la medicación empleada en el área emocional.

2.4 La regresión y la limitación del lenguaje como expresión del dolor físico.

De acuerdo con los principios generales de psicodinámica, las experiencias de la niñez son críticas como determinantes de la conducta adulta posterior. La psicopatología neurótica puede considerarse como la nueva emergencia de fragmentos o pautas de conducta que fueron dominantes y a menudo apropiados durante la niñez, pero que representan una mala adaptación en el individuo adulto. (MacKinnon, 1972).

El concepto de regresión se refiere a este retorno a un modo anterior de adaptación, en tanto que la fijación, describe la incapacidad de madurar más allá de una determinada etapa de desarrollo, que corresponde por lo regular, a una edad más temprana. Ambos procesos son selectivos y afectan solamente determinados aspectos de la función mental.

El resultado es que el individuo neurótico tiene una mezcla de pautas de conducta apropiadas a la edad y regresivas otras. La mayor parte de los adultos normales tiene alguna conducta que es característica de etapas anteriores de desarrollo, mientras que, de otro lado, inclusive el paciente más enfermo conserva algunos aspectos de funcionamiento maduro.

La fijación y la regresión pueden afectar las motivaciones, las funciones del yo y los mecanismos de la conciencia. El fenómeno regresivo presenta un carácter universal en determinadas circunstancias de la vida: en la enfermedad, en situaciones de extrema tensión, durante el sueño, con el placer intenso, en el amor, frente a situaciones donde prevalecen vehementes sentimientos religiosos, en la creación artística y en otros estados inusuales; no siendo considerado patológico en dichas circunstancias.

Todo individuo tiene limitaciones para enfrentar el estrés, especialmente cuando éste está referido al tema de la salud. Experimentar síntomas, más aún si éstos aparecen de improviso, puede desencadenar temores respecto a posibles enfermedades graves, miedos desestructurantes ante la posibilidad de pérdida de control, generando grandes niveles de ansiedad. (Melmed, 2001).

Frente a la experiencia de un dolor físico agudo, desestructurante, todo individuo habrá de experimentar, en alguna medida, un fenómeno de regresión. Regresión entendida no como en la concepción clásica freudiana, de retorno a los puntos de fijación de las fases del desarrollo psicosexual, sino más bien como retorno hacia puntos buenos y malos en la adaptación ambiental a las necesidades del yo en la historia personal del sujeto, de acuerdo con la concepción de Winnicott. (1954).

Winnicott concibe el fenómeno regresivo como una vuelta al estado de dependencia del niño, en el que los instintos están desorganizados y su mundo está constituido básicamente por la relación diádica con la madre. (Winnicott, 1954, Winnicott 1991, Abadi, 1996).

Las pulsiones fálicas, genitales y anales tienen un papel secundario en el proceso. Ni siquiera se jerarquizan las pulsiones orales, ya que el vínculo diádico madre-hijo no está concebido como ámbito en el que jueguen un papel principal dichas pulsiones, sino como un tipo de relación en la que ambos protagonistas participan de manera total. Es la cualidad emocional del contacto lo que importa. El presente trabajo considera que en la relación médico-paciente, frente a la experiencia dolorosa, lo que se revive en la regresión es precisamente esto.

Es cierto que no todo individuo reacciona de la misma manera ante la regresión. La cuota de dolor que ésta implica dependerá de la estabilidad emocional del sujeto. Winnicott sostiene que cuanto más sana la estructura psíquica del sujeto, más angustia derivada del retorno a la dependencia absoluta.

El nivel de regresión se verá influenciado, entre otros factores, por la estructura de personalidad del enfermo, sus experiencias de desarrollo temprano, capaces de originar fantasías inconscientes generadoras de miedos, temores y angustias relativas a las posibles implicancias de la enfermedad. Lo cierto es que el fenómeno regresivo, estará usualmente presente, en mayor o menor medida, en todo individuo.

Según Winnicott el niño nace indefenso. Es un ser desintegrado, que percibe de manera desorganizada los distintos estímulos provenientes del exterior. Adicionalmente, nace provisto de una tendencia al desarrollo. La tarea de la madre es brindar un soporte adecuado para que las condiciones innatas logren un desarrollo adecuado. El “sostenimiento” protege contra la afrenta fisiológica. Esta protección no sólo tiene implicancias fisiológicas destinadas a garantizar la supervivencia del niño, sino que le permite integrar los estímulos, así como la representación de sí mismo y de los demás, en el camino hacia la construcción de un yo sano. La madre se comporta como un “yo auxiliar” hasta que el niño logre desarrollar sus capacidades innatas de síntesis e integración.

La idea de que el terapeuta debe ser continente de las ansiedades del paciente fue también planteada por Bion, W. Este autor describe cómo entre la madre y el bebé hay desde el inicio de la vida un vínculo emocional muy profundo. El niño tiene necesidades corporales, pero también necesidades psicológicas. Una de éstas es la de contar con un objeto externo en el cual pueda volcar sus ansiedades. Cuando la angustia es muy intensa, en especial por las fantasías persecutorias, el niño debe poder descargarlas en su madre. Ella, si tiene ciertas capacidades emocionales, podrá absorberlas, “metabolizarlas” según Bion, y devolverlas de una manera menos angustiante y, por lo tanto, más asimilable para su hijo. Es la madre la que calma cuando hay una pesadilla o durante un momento de intranquilidad. Puede hacerlo utilizando el lenguaje o no; lo importante es cómo recibe la angustia y la amortigua. La madre es continente de lo proyectado, lo recibe

y lo procesa. Bion designa con la palabra “reverie” al estado de receptividad materna. Una de las funciones del analista es la de disminuir el sufrimiento del paciente a través de su capacidad continente, mediante una adecuada interpretación de los conflictos. Buena parte del efecto benéfico de la psicoterapia, o de otras terapias no analíticas, depende de que el paciente encuentre en su terapeuta alguien que lo escuche, que pueda soportar sus proyecciones y que tenga la capacidad de calmarlo.

Frente a la experiencia dolorosa, el marco de la relación médico-paciente podrá ser concebido –de acuerdo con los planteamientos de Winnicott y Bion- en términos del médico representando a la madre con su técnica de maternaje y el paciente como un niño pequeño indefenso.

La habilidad del médico para percibir y reconocer la regresión, le permitirá ponerse verdaderamente en contacto con el paciente en dolor.

Este tipo particular de vínculo exige del médico una actitud muy especial, ya que lo que se espera de él es que actúe con una extrema sensibilidad. Al igual que la madre en los primeros meses de vida, deberá percibir lo que el paciente necesita.

El paciente regresivo a su vez, revive como actuales, relaciones emocionales primitivas. En estas condiciones, el nivel del vínculo que logremos establecer, cumplirá la labor de sostenimiento o de “holding” señalada por Winnicott, o la acción “contenedora” propuesta por Bion.

La capacidad de regresar y de hacer un empleo adaptativo de experiencias regresivas constituye un requisito previo esencial del pensamiento creador, de la comprensión empática, incluso de la conducción de la propia terapia psicoanalítica. Ser capaces de sentir lo que siente el paciente, observando y estudiando al mismo tiempo dicho sentimiento, constituye la esencia de la habilidad del psicoanalista y por qué no también del médico clínico, excelente ejemplo de regresión al servicio

de los aspectos más maduros de la personalidad del individuo. (Winnicott, 1954, 1960).

Una característica fundamental del fenómeno regresivo en el sujeto con dolor físico desestructurante, es que éste suele acompañarse de una falta de representación a través del lenguaje. Si aceptamos que las estructuras psíquicas más antiguas del niño se articulan alrededor de significantes pre-verbales, podemos postular que un adulto aquejado de una enfermedad somática dolorosa desestructurante, bajo circunstancias psíquicas regresivas, se servirá de un modo arcaico de funcionamiento mental, siendo incapaz de emplear el lenguaje como medio de expresión o de simbolización.



3. Capítulo 3: El Dolor Psíquico. Modelo emblemático: La Melancolía

Existen otras situaciones en las que el dolor se presenta sin que exista un sustrato orgánico relevante: “sine materia”; situaciones en las que el dolor tiene su origen en el terreno psicológico. En estos individuos, el dolor pasa a ser un objeto de investidura afectiva, sustitutivo en definitiva, de un objeto perdido al que el sujeto se aferra. (Kaplan y col., 1996).

Un buen ejemplo de estos casos lo constituyen los pacientes con modelo de personalidad narcisista, o patología limítrofe, portadores de los llamados desórdenes de la alimentación y los sujetos afectados por duelos patológicos.

3.1 Breve evolución histórica del concepto de melancolía.

Melancolía es un término que deriva del griego melas (negro) y khole (bilis), empleado en la filosofía, la literatura y la medicina, así como en la psiquiatría y el psicoanálisis, para designar una forma de locura caracterizada por el ánimo sombrío, vale decir, por una profunda tristeza, un estado depresivo que puede llevar al sujeto al suicidio; y por manifestaciones de temor y desaliento que pueden tomar o no el aspecto de un delirio. (Roudinesco, 1997).

Aun cuando la melancolía ocupa un lugar importante en el psicoanálisis freudiano, se asegura que los mejores estudios sobre el tema provienen del campo de los poetas, los filósofos, los pintores y los historiadores, que le aseguraron un estatuto teórico, social, médico y subjetivo.

Durante siglos, la teoría hipocrática de los humores permitió una descripción muy precisa de los síntomas que caracterizan esta condición: humor triste, sensación de abismo infinito, extinción del deseo y la palabra, embotamiento seguido de exaltación, atracción irresistible de la muerte, las ruinas, la nostalgia, el duelo.

La melancolía se asociada con la bilis negra, uno de los cuatro humores: *“La sangre imita el aire, aumenta en primavera, reina en la infancia. La bilis amarilla imita el fuego, aumenta en verano, reina en la adolescencia. La melancolía o bilis*

negra imita la tierra, aumenta en otoño, reina en la madurez. La flema imita el agua, aumenta en invierno, reina en la vejez". (pg. 693).

De acuerdo con Roudinesco, desde fines de la Edad Media, el término se constituye en sinónimo de tristeza sin causa, y la antigua doctrina de los humores pasa a ser reemplazada por una causalidad existencial. Se empieza a hablar de temperamento melancólico y los filósofos lo atribuyen a la desesperación del sujeto frente al abandono surgido por la figura de Dios.

Hacia fines del siglo XVIII, en vísperas de la Revolución Francesa, la melancolía se convierte en el síntoma principal del hastío derivado de la vieja sociedad. Se comporta como un espejo en el que se reflejan la declinación general del orden monárquico y el anhelo de intimidad con uno mismo, afectando sin discriminación a los jóvenes burgueses sin privilegios, a los desplazados y a los aristócratas desocupados.

Con el advenimiento de la psiquiatría en el siglo XIX, la melancolía sufre numerosas variaciones en su terminología, destinadas a transformarla en una verdadera enfermedad mental e inscribirla en una nueva nosografía regida por la división entre psicosis y neurosis. Hacia fines de siglo queda incorporada a la locura maníaco depresiva y posteriormente es refundida en la psicosis maníaco-depresiva.

Poco interesado por la psiquiatrización del estado melancólico, Freud renuncia a acercar manía y depresión, prefiriendo vigorizar la antigua definición de melancolía, considerándola no ya una enfermedad, sino más bien un destino subjetivo.

En 1917 publica "Duelo y Melancolía", obra en la que hace de la melancolía la forma patológica del duelo. Mientras que en el duelo el sujeto logra desprenderse progresivamente del objeto perdido, en la melancolía, por el contrario, se piensa culpable de la muerte que ha sobrevenido, la niega, se cree poseído por el difunto o afectado por la enfermedad que lo llevó a la muerte. En síntesis, el yo se identifica con el objeto perdido, al punto de perderse a sí mismo en la desesperación infinita de una nada irremediable.

En la estructura melancólica destaca la imposibilidad permanente del sujeto para lograr el duelo del objeto perdido, lo que explica el temperamento melancólico.

3.2 La melancolía desde Freud y Kristeva

Freud en 1917 escribe: *“La Melancolía, cuyo concepto no ha sido aun fijamente determinado, ni siquiera por la Psiquiatría descriptiva, muestra diversas formas clínicas, a las que no se ha logrado reducir todavía a una unidad, y entre las cuales hay algunas que recuerdan más las afecciones somáticas que las psicógenas”*.(pg 2091).

La define como una condición caracterizada psíquicamente por un estado de ánimo profundamente doloroso, un cese del interés por el mundo exterior, la pérdida de la capacidad de amar, la inhibición de todas las funciones y la disminución de amor propio.

Esta última se traduce en reproches y acusaciones, de que el paciente se hace objeto a sí mismo, llegando incluso a una delirante espera de castigo. El duelo intenso, frente a la pérdida de un ser amado, integra el mismo estado de ánimo doloroso, excepto por la ausencia de perturbación del amor propio.

Julia Kristeva, psicoanalista búlgara, en su libro *“Sol negro. Depresión y melancolía”* (1997), nos da una de las más hermosas definiciones del concepto de melancolía. Hace referencia a un *“abismo de tristeza, de dolor incomunicable que nos absorbe a veces, y a menudo duramente, hasta hacernos perder el gusto por cualquier palabra, cualquier acto, inclusive, el gusto por la vida”*. (Pg. 9).

El examen de la realidad nos muestra que el objeto amado no está más presente, lo que exige de la libido un abandono de las ligaduras establecidas con el objeto. Frente a dicha demanda aparece una oposición natural, consecuencia de que el hombre no suele abandonar fácilmente ninguna de las posiciones de su libido, ni siquiera en el caso de haberles encontrado ya una sustitución. La oposición a abandonar los vínculos con el objeto puede llegar a ser tan intensa, que lleve al

sujeto a apartarse de la realidad y lograr la conservación del objeto por medio de una psicosis alucinatoria. Lo normal es que la realidad termine por imponerse, paulatinamente, por cierto, a expensas de un gran gasto de tiempo y de energía de carga, conservándose entre tanto, la existencia psíquica del objeto perdido.

El niño se pone irremediabilmente triste antes de proferir sus primeras palabras, dirá Kristeva (1997). Estar separado para siempre –desesperadamente – de su madre, lo empuja a volver a encontrarla, así como a los otros objetos de amor, primero en su imaginación y después en las palabras. La semiología se interroga inevitablemente no sólo sobre el estado amoroso, sino también sobre su deslucido corolario: la melancolía, para así constatar de golpe que si toda escritura es amorosa, toda imaginación es, abierta o secretamente, melancólica.

El conjunto melancólico-depresivo realiza una experiencia común en cuanto a la pérdida del objeto, así como a la modificación de las relaciones significantes. El lenguaje resulta incapaz de asegurar en este conjunto, la auto-estimulación necesaria para iniciar ciertas respuestas. En lugar de operar como un sistema de recompensas, el lenguaje hiperactiva la pareja ansiedad-castigo, insertándose así en la lentitud del comportamiento y en la lentitud ideatoria que caracterizan la depresión.

Si bien duelo y melancolía difieren clínica y nosológicamente, se apuntalan con una intolerancia a la pérdida del objeto y el desfallecimiento del significante, para asegurar una salida compensatoria a los estados de retraimiento en los cuales el sujeto se refugia en la inacción, hasta hacerse el muerto, o hasta la muerte misma.

En el duelo, nada referente a la pérdida resulta inconsciente, en tanto que en la melancolía, el sujeto puede no llegar a distinguir qué es lo que realmente ha perdido. Puede saber a quién ha perdido, pero no lo que con él ha perdido. Aquí la pérdida del objeto ha sido sustraída a la conciencia.

En el individuo en duelo, la inhibición y la falta de interés se explican por la misma labor del duelo, que absorbe al yo. La pérdida desconocida, causa de la melancolía, tendría una labor interna análoga a la que se atribuye la inhibición propia de este estado. Inhibición que nos deja una impresión enigmática respecto a las causas que absorben por completo al enfermo.

Resalta en él una extraordinaria disminución de su amor propio; un considerable empobrecimiento de su yo. Mientras en el duelo el mundo aparece desierto y empobrecido a los ojos del sujeto, en el melancólico es el "yo" el que ofrece estas características al propio sujeto. Éste describe su "yo" como indigno de toda estimación, incapaz de rendimiento valioso alguno y moralmente condenable. Se dirige amargos reproches, se insulta y espera la repulsa y el castigo. Se humilla ante los demás y compadece a los suyos por estar ligados a una persona tan despreciable.

El cuadro de este delirio de empequeñecimiento (principalmente moral), se completa con insomnios, rechazo a alimentarse y un sojuzgamiento del instinto que fuerza a todo lo animado a mantenerse en vida.

Al igual que en el duelo, el melancólico ha sufrido la pérdida de un objeto, pero de sus manifestaciones clínicas es posible inferir que la pérdida ha tenido efecto en su propio yo, resaltando el descontento con el propio yo, desde el punto de vista moral, sobre todas las demás críticas posibles. Al investigar esta condición es posible reconocer que los reproches con los que el enfermo se abruma corresponden en realidad a otra persona, a un objeto erótico y han sido vueltos contra el propio yo.

Al reconstruir el proceso, en un inicio existía una elección de objeto o un enlace de la libido a una persona determinada. Por influencia de una ofensa real, de un desengaño, inferido por la persona amada, o producto de la propia pérdida, se produce una conmoción de la relación objetal. En lugar del retiro normal de la

libido de dicho objeto y su desplazamiento hacia uno nuevo, la carga del objeto quedó abandonada, pero la libido libre no fue desplazada sobre otro objeto, sino retraída al yo, encontrando en éste una aplicación determinada, sirviendo para establecer una identificación del yo con el objeto abandonado.

“La sombra del objeto cayó así sobre el yo” (Freud, 1917: pg. 2095). Éste último, a partir de este momento, pudo ser juzgado por una instancia especial como un objeto, en realidad como el objeto abandonado. De este modo se transformó la pérdida del objeto en una pérdida del yo; y el conflicto entre el yo y la persona amada, en una disociación entre la actividad crítica del yo y el yo modificado por la identificación.

3.3 La regresión y la limitación del lenguaje como expresión del dolor en la melancolía.

En la melancolía se requiere de la existencia de una enérgica fijación al objeto erótico y de otro lado, en contradicción con la misma, una escasa energía de resistencia de la carga de objeto. Esta contradicción exige que la elección de objeto haya tenido efecto sobre una base narcisista, de manera que al surgir alguna contrariedad, la carga objetual pueda retroceder al narcisismo. Esta sustitución del amor al objeto, por una identificación, es un importante mecanismo en las afecciones narcisistas. (Freud, 1917: 2095).

La identificación viene a ser la fase preliminar de la elección de objeto y la primera forma, ambivalente en su expresión, utilizada por el yo para escoger un objeto. Quisiera incorporárselo, correlativamente a la fase oral canibalística del desarrollo de la libido, ingiriéndolo, devorándolo.

El melancólico, como el sujeto en dolor físico desestructurante, sufre entonces una regresión, esta vez, de la carga de objeto a la fase oral de la libido, perteneciente aún al narcisismo.

La melancolía toma una parte de sus caracteres del duelo y otra, del proceso de la regresión de la elección de objeto narcisista al narcisismo. De un lado, es como el duelo, una reacción a la pérdida real del objeto erótico, pero además, se halla ligada a una condición que falta en el duelo normal, o la convierte en duelo patológico cuando se agrega a ella.

Lejos de ser un ataque oculto contra un “otro” imaginado hostil por frustrante, la melancolía quizá sea la señal de un yo primitivo herido, incompleto, vacío. Un individuo así no se considera lesionado, pero sí afectado por una falta fundamental, por una carencia congénita. Su pena no esconde la culpabilidad o la falta de una venganza urdida en secreto contra el objeto ambivalente. Su tristeza es la expresión más arcaica de una herida narcisista no simbolizable, infalible, tan precoz que no puede atribuírsele a ningún agente externo sujeto u objeto. Para el depresivo narcisista, en realidad la tristeza es el único objeto, un sucedáneo de objeto al que se fija, domestica y ama a falta de otro.

Aquí, el suicidio no es un acto de guerra camuflado, sino una reunión con la tristeza y más allá de ésta, con ese amor imposible, jamás tocado, siempre lejano, como las promesas del vacío, de la muerte. (Kristeva, 1997).

El depresivo narcisista está de duelo no por un objeto, sino por lo que Kristeva denomina “la Cosa”, entendiéndola por ella, lo real rebelde a la significación, polo de atracción y repulsión, morada de la sexualidad de la cual se extrae el objeto del deseo.

Desde esta fijación arcaica, el depresivo posee la impresión de haber sido desheredado de un bien supremo innombrable, de algo irrepresentable, que sólo un devoramiento podría representar, una invocación podría indicar, pero que ninguna palabra es capaz de significar. Ningún objeto erótico puede reemplazar para él la irremplazable percepción de un lugar o de un pre-objeto represando la libido y cortando los nexos del deseo. De este saber desheredado de su “Cosa”, el

depresivo persigue aventuras y amores siempre decepcionantes, o bien se encierra, inconsolable y afásico frente a frente con la “Cosa” innombrada.

Es así, que el humor fundamental de la depresión resulta ser la tristeza, la que habrá de conducirnos a la enigmática región de los afectos: angustia, miedo o alegría. Irreductible a sus expresiones verbales o semiológicas, la tristeza, como cualquier afecto, viene a ser la representación psíquica de desplazamientos energéticos producto de los traumatismos externos o internos.

El estatus exacto de estos representantes psíquicos de los desplazamientos energéticos, en el estado actual de las teorías psicoanalíticas y semiológicas, sigue siendo muy impreciso. Ningún marco conceptual de las ciencias constituidas –en particular la lingüística- se comprueba como el adecuado para dar cuenta de esta representación aparentemente muy rudimentaria, pre-signo y pre-lenguaje. (Kristeva, 1997).

Si los afectos son la inscripción más arcaica de los acontecimientos internos y externos, es posible llegar a los signos a partir de la separación. A partir de la falta, el niño produce objetos o vocalizaciones, que son equivalentes simbólicos de lo que falta. Posteriormente desde la posición depresiva kleiniana, intenta manifestar la tristeza que lo abrumba, produciendo en su propio yo elementos extraños, que hace corresponder con esa exterioridad perdida: estamos en presencia de símbolos y no ya de equivalencias.

Lo que hace posible el triunfo sobre la tristeza es la capacidad del yo para identificarse, no ya con el objeto perdido, sino con una tercera instancia: padre, forma, esquema. Evoco, significo, hago existir a través del artificio de los signos y para mí mismo, lo que está separado de mí. Esta identificación, fálica o simbólica, asegura la entrada del sujeto en el universo de los signos y de la creación. Sólo así, los signos abstractos y arbitrarios de la comunicación, podrán ligarse al sentido afectivo de las identificaciones prehistóricas y el lenguaje muerto del depresivo en potencia, podrá obtener un sentido vivo en el nexo con los otros.

El matricidio para Kristeva, es una necesidad vital, condición “sine qua non” de nuestra individuación, siempre que suceda de manera óptima y pueda ser erotizado: el objeto perdido es de nuevo encontrado como objeto erótico o el objeto perdido es transpuesto mediante un esfuerzo simbólico del que sólo cabe admirar el advenimiento que erotiza al otro, o bien las construcciones culturales se convierten en objeto erótico sublimado, dando origen a los nexos sociales, a las producciones intelectuales y estéticas.

Kristeva (1997), en su condición de lingüista, se refiere poéticamente a las limitaciones del lenguaje como medio de expresión del fenómeno doloroso a propósito de la melancolía. *“Recuérdese la palabra del depresivo: repetitiva y monótona. En la imposibilidad de concatenar, la frase se interrumpe, se debilita, se detiene. Los sintagmas no alcanzan a formularse. Un ritmo repetitivo, una melodía monótona dominan las secuencias lógicas quebradas y las transforman en letanías recurrentes, obsesivas. En fin, cuando esta musicalidad frugal a su vez se debilita o simplemente no logra instalarse a fuerza de silencio, el melancólico parece suspender la articulación de cualquier idea naufragando en la nada de la asimbolía o en la demasía de un caos de ideas imposibles de ordenar”.* (pg. 33).

El médico observa que la sucesión de emociones, movimientos, actos o palabras, considerados normales, se obstaculizan en la depresión. El ritmo del comportamiento global se rompe; acto y secuencia ya no tienen ni lugar ni tiempo para efectuarse. Si el estado no depresivo es la capacidad de concatenar, el depresivo por el contrario, orillado a su dolor ya no concatena, no actúa, no habla.

El deprimido no habla de nada, nos dirá Kristeva. No tiene nada de qué hablar: aglutinado a la “Cosa”, no tiene objetos. Esta “Cosa” total e imposible de significar es insignificante: es una Nada, su Nada, la Muerte. El abismo que se instala entre el sujeto y los objetos susceptibles de significación, se traduce en una imposibilidad de encadenamientos significantes. Un exilio semejante revela un abismo en el propio sujeto. De un lado, los objetos y los significantes, denegados

en la medida en que están identificados con la vida, toman el valor del sin sentido: ni el lenguaje ni la vida tienen sentido. De otro lado, a través de la escisión, se le atribuye un valor intenso e insensato a la "Cosa", a la Nada: a lo no significable y a la muerte.

El discurso deprimido, fabricado con signos absurdos, con lentas secuencias, dislocadas y detenidas, traduce el derrumbamiento del sentido en lo innombrable, donde el deprimido se abisma, inaccesible y delicioso, a favor del valor afectivo fijado a la "Cosa".

El derrumbamiento del sentido en el depresivo, nos permite presuponer que le cuesta mucho integrar la cadena significativa universal, el lenguaje. En el caso ideal, el ser hablante se hace uno con su discurso. Contrariamente, el decir del depresivo es para él como una piel extranjera: el melancólico es un extranjero en su lengua materna. Perdió el sentido de su lengua materna, por no perder a su madre. La lengua muerta que habla y que anuncia su suicidio oculta una "Cosa" enterrada viva. No traduce la "Cosa" para evitar traicionarla; ésta quedará tapiada en la cripta del afecto indecible.

Este abismo que separa el lenguaje de la experiencia afectiva en el depresivo, recuerda un traumatismo narcisista precoz que hubiera podido derivar en psicosis, pero que una defensa superyoica estabilizó.

La palabra del depresivo resulta ser una máscara, bella fachada esculpida en una "lengua extranjera".

Si la palabra depresiva evita la significación de la frase, su sentido no está completamente agotado. Se oculta a veces en el tono de la voz que hay que saber escuchar para descifrar ahí el sentido del afecto.

En la terapia analítica, el registro suprasegmental de la palabra (la entonación, el ritmo), debe conducir al analista a interpretar la voz y a desarticular

la cadena significativa trivializada y exánime, para extraerle el sentido oculto del discurso depresivo, disimulado en fragmentos de lexemas, en sílabas o grupos fónicos, a pesar de todo extrañamente dotados de significación. (Kristeva, 1997: 51).

El tiempo en el cual vivimos es el tiempo de nuestro discurso y la palabra extranjera del melancólico, lo lleva a vivir en una temporalidad descentrada. Fijado al pasado, en regresión respecto del paraíso o del infierno de una experiencia irrebalsable, el melancólico es una memoria extraña: todo resulta caduco –parece decir- pero continuo fiel a esa caducidad, estoy clavado ahí, no hay revolución posible, no hay futuro. Un pasado hipertrofiado, hiperbólico, ocupa todas las dimensiones de la continuidad psíquica. Este apego a una memoria sin mañana es también una manera de capitalizar el objeto narcisista, de incubarlo en el encierro de una fosa personal sin salida. (Kristeva, 1997). Tal fenomenología del lenguaje y del tiempo revela un duelo no cumplido del objeto materno.

La terapia analítica intentará determinar cuáles son los mecanismos que borran el impacto simbólico en el sujeto depresivo. Restituir el máximo poder a las dimensiones imaginaria y simbólica de este conjunto extraño que es el hombre. Preguntarnos sobre la importancia del reconocimiento narcisista y de la idealización, con el fin de facilitar en el paciente un anclaje en la dimensión simbólica, lo que equivale a una nueva adquisición de la comunicación en tanto parámetro del deseo o del conflicto, hasta del odio. (Freud, 1914, 1915; Kristeva 1997).

La posibilidad de concatenar significantes, palabras o actos, dependerá de un duelo cumplido frente a un objeto arcaico indispensable, así como de las emociones asociadas con él. El duelo de la Cosa, proviene de la transposición, más allá de la pérdida y en un registro imaginario o simbólico, de las marcas de una interacción con el otro que se articulan según un orden determinado.

Este movimiento decisivo de transposición integra el duelo cumplido del objeto (y bajo su sombra, el duelo de la “Cosa” arcaica), así como la adhesión del sujeto a un registro de signos (significante, precisamente por la ausencia del objeto).

Encontramos testimonio de ello en el aprendizaje del lenguaje en el niño, que deja su cuna para reencontrarse con su madre en el reino de las representaciones. El melancólico es también otro testigo de lo anterior cuando renuncia a significar y se sumerge en el silencio del dolor o en el espasmo de las lágrimas que conmemoran los nuevos encuentros con la “Cosa”.

La intervención psicoanalítica, en el meollo de la situación transferencial que rehace las condiciones primitivas de la omnipotencia y de la separación simulada del objeto, se convierte en el único acceso a esta constitución paradójica del sujeto melancólico. El análisis tiene la oportunidad de transformar esta subjetivación y conferirle al discurso un poder modificador, favoreciendo una mejor integración de las emociones semióticas en el edificio simbólico.

4. Capítulo 4. Dolor físico y dolor psíquico

4.1 Modelo emblemático: La Anorexia Nervosa.

La anorexia nervosa representa un desorden crónico, caracterizado desde el punto de vista del comportamiento, como una pérdida de peso autoinducida, psicológicamente por una distorsión de la imagen corporal y otros desórdenes de la percepción, y biológicamente, por alteraciones fisiológicas -como la amenorrea secundaria- consecuencia de la depleción nutricional, para resaltar que corresponde a una condición que es el producto de una combinación de factores biológicos, psicológicos y de influencias sociales. (Drossman, 1996).

4.1.1 Definición

De hecho, los criterios diagnósticos estipulados en el DSM-IV para la anorexia nervosa resaltan esta combinación de factores:

- Rechazo a mantener un peso corporal por encima del peso mínimo normal para la edad y la altura del individuo. (Pérdida de peso que conduce a mantener el peso corporal 15% por debajo del peso esperado), o una falla en lograr una ganancia de peso corporal durante un periodo de crecimiento, que conduzca a un peso corporal 15% por debajo del peso esperado según la edad y talla del sujeto.
- Miedo intenso de ganar peso o de engordar, no obstante presentar peso suboptimo.
- Alteración en la percepción de la propia imagen corporal. (Percibirse gorda no obstante hallarse emaciada), manteniendo una adecuada percepción de la imagen corporal de los demás.

- En mujeres después de la menarquia, la ausencia de al menos tres periodos menstruales consecutivos.

4.1.2 Influencias socio culturales

El ideal cultural de la imagen corporal femenina ha sufrido un desplazamiento en el último siglo, de la mujer rolliza (que antes representaba salud, abundancia, maternalismo y fertilidad), hacia una imagen femenina de mujer adelgazada, representando cualidades de independencia, seguridad en sí misma y apariencia de mujer de éxito. Estas características de la mujer moderna son relevadas por los medios de comunicación, los concursos de belleza, entre otros.

Diferentes presiones sociales, particularmente durante la adolescencia, parecerían influir sobre las mujeres jóvenes y las niñas para comprometerlas en hábitos de alimentación de índole anoréxicos. No obstante, la sola presencia de estos factores no sería suficiente para el desarrollo de la enfermedad, si bien pueden crear un ambiente apropiado para su expresión en aquellos individuos potencialmente susceptibles.

4.1.3 Factores psicológicos involucrados

En el terreno psicológico, se postula que los individuos anoréxicos presentan una identidad personal parcialmente constituida, esforzándose permanentemente por mantener una sensación de control sobre su propio entorno. Con frecuencia los pacientes provienen de familias que valoran la apariencia externa, el “comportamiento apropiado” y los logros alcanzados, más que la consolidación de la propia personalidad. En respuesta a las expectativas parentales, el niño pre-anoréxico aprende a trabajar duro, a estar atento a las necesidades familiares. Los padres a su vez, se muestran conformes con estas características, reforzándolos en su comportamiento y creando una interdependencia entre los miembros del

grupo familiar. Habitualmente, las altas expectativas familiares rara vez son alcanzadas por el niño, quien constantemente se esfuerza en buscar la aprobación de los padres.

En este ambiente familiar no se permiten conductas incorrectas por parte del niño como rebeliones o discrepancias, conductas consideradas por lo demás, necesarias para el desarrollo apropiado de la identidad individual. Como consecuencia, el niño pre-anoréxico debe basarse en valores ideales impuestos externamente para mantener su autoestima, a expensas de un deterioro en el desarrollo de su personalidad y autonomía.

No sorprende que un periodo vulnerable para el niño pre-anoréxico corresponda al inicio de la pubertad, cuando aparecen condiciones diferentes de carácter físico, psicológico y social, que estimulan la separación del núcleo familiar y la individuación. Los diferentes eventos en esta etapa de la vida, son experimentados con sentimientos de inseguridad y falta de ayuda. La decisión de iniciar una dieta, en muchas ocasiones sin una razón muy clara, puede corresponder a un intento desesperado por controlar el propio cuerpo. (Drossman, 1996).

En general podemos afirmar que los desórdenes de alimentación evidencian la participación de diferentes elementos de interjuego psíquico, propios de la adolescencia, entre los que cabe resaltar: la problemática de la independencia, de la identidad y de la identificación, del actuar de acuerdo a modelos sociales preestablecidos, además de los conflictos derivados de la imagen corporal y del ideal.

Bajo la aparente simplicidad de las conductas alimentarias, ligadas al carácter estereotipado de su expresión comportamental, se oculta una problemática de gran diversidad y complejidad que hace sumamente difícil su abordaje.

Los trastornos de la conducta alimentaria ocupan una posición de encrucijada entre la infancia y la edad adulta, tal como lo demuestra su desarrollo en la adolescencia; entre lo psíquico y lo somático; entre lo individual y lo social y entre estos dos, el grupo familiar.

Esta posición de encrucijada revela el vínculo probable entre estos trastornos y los procesos de cambio: sensibilidad hacia los cambios de la pubertad y hacia el acceso a la autonomía, sensibilidad hacia los cambios socioculturales, pero igualmente imposibilidad de una expresión puramente psíquica y representacional de esas dificultades y necesidad de recurrir a una expresión actuada comportamental y a una inscripción corporal.

4.1.4 La regresión y la limitación del lenguaje como expresión del dolor en los desórdenes alimentarios

Los desórdenes de la alimentación pueden incluirse dentro de las llamadas enfermedades psicosomáticas, si consideramos ligado a los fenómenos psicosomáticos todo atentado a la integridad física donde hay participación causal, agravante o desencadenante, de factores psicológicos.

De acuerdo con los planteamientos de la psicoanalista francesa Joyce McDougall (1995), en esta condición, es el cuerpo el que se transforma en el escenario donde habrá de desarrollarse el conflicto mental. Es el cuerpo el que le habla al psicoterapeuta y al médico, desafío que no todos estamos preparados a escuchar. Los afectos se ven dispersados de la mente al no hallarse ésta preparada para tolerar el dolor mental, encargando al cuerpo su expresión. Éste a su vez, al recibir unos mensajes que le son ajenos desde el punto de vista fisiológico, reacciona de una manera inesperada e imprevisible.

Cuando se da una separación radical entre psique y soma, el individuo no reconoce que sus manifestaciones físicas están relacionadas con su modo de ser

psicológico, ya que ignora el hecho de que la mente ha sido despojada de los mensajes de su propio cuerpo.

El yo, sin saberlo, ha renunciado a su funcionamiento creativo, permitiéndole al soma convertirse en el teatro mímico de la mente, enviándole mensajes mudos, aunque violentos en su expresión, a manera de pseudosoluciones frente a la tensión mental. El cuerpo ha descifrado el conflicto erróneamente, como si se tratara de una amenaza fisiológica. (1989).

McDougall desarrolla la idea de una “histeria arcaica”, donde estos pacientes funcionan psíquicamente como bebés -“infans”-, que al no poder utilizar las palabras como vehículo del pensamiento, no les queda más que utilizar la musculatura o las alteraciones físicas para poder expresar sus verdaderos sentimientos frente a una emoción dolorosa.

El “infans” no es capaz de utilizar el pensamiento verbal, y cuando falta la función materna de paraexcitación, deberá encontrar otro modo de enfrentar las tormentas afectivas, o los estados de excitación y de dolor no elaborables.

Al remontarse hasta la prehistoria del desarrollo psicosexual de sus pacientes, descubre que las palabras resultan menos importantes que las percepciones olfativas, táctiles, visuales y auditivas, para poder entender el vínculo entre sufrimiento, angustia y placer.

Esta “histeria arcaica” construida a partir de vínculos somatopsíquicos preverbales, intentaría preservar, no ya la sexualidad del sujeto, sino más bien su cuerpo entero, su propia vida: el derecho a existir, más que el derecho a las satisfacciones libidinales normales de una vida adulta.

Si reconocemos que las estructuras psíquicas más antiguas del niño, se articulan alrededor de significantes pre verbales, donde las funciones corporales y las zonas erógenas desempeñan un papel primordial, al igual que en los pacientes

aquejados de dolor físico desestructurante, podemos postular que un adulto aquejado de una enfermedad psicosomática, bajo circunstancias psíquicas similares, se servirá de un modo arcaico de funcionamiento mental, con la consiguiente incapacidad para utilizar el lenguaje como medio de expresión o de simbolización.

El sujeto carece de palabras para nombrar sus estados afectivos, o bien, si puede nombrarlos es incapaz de distinguir unos de otros, situación conocida con el nombre de "Alexitimia". Para McDougall, ésta cumple una función defensiva, remontándonos a una fase del desarrollo donde no hay una clara distinción entre sujeto y objeto. Esta regresión, de acuerdo con la autora, explicaría por qué los mensajes enviados por el cuerpo a la psique, o viceversa, se inscriben psíquicamente, como en la primera infancia, sin representaciones de palabra. El "infans", antes de la palabra, es necesariamente "alexitímico". Frente a los destinos del afecto inaccesible al consciente, surgiría una nueva situación donde el afecto se hallaría congelado en tanto que la representación verbal que lo connota estaría pulverizada, como si nunca hubiera tenido acceso al sujeto. (1982).

Al tratar de percibir ciertos pensamientos, fantasías, o situaciones conflictivas susceptibles de generar sentimientos de dolor o de sobreexcitación, el sujeto puede desencadenar una explosión somática en lugar de producir un pensamiento, una fantasía o un sueño, remarcando la existencia de otras vías de comunicación además del lenguaje, o quizá evidenciando que el cuerpo posee su propio lenguaje.

En lugar de una elaboración psíquica de sentimientos de despecho, de miedo, de angustia o de cólera, el individuo hace hablar a su propio cuerpo para evitar enfrentar la experiencia dolorosa. Así, la enfermedad somática se convierte en el signo externo de una comunicación virtual, de carácter no verbal.

La somatización resulta ser a menudo el signo externo de los deseos libidinales prohibidos, al tiempo que sirve de defensa contra las pulsiones agresivas

y sádicas preedípicas, e incluso contra fantasías arcaicas, basadas más en el miedo a perder una identidad subjetiva, que en una angustia ligada a las pulsiones y a la identidad sexual.

McDougall (1995) postula la existencia de una sexualidad aún más primitiva, dotada de aspectos sádicos y fusionales, que quizás fuera el origen de regresiones psicósomáticas que pueden considerarse defensas contra vivencias mortíferas. En este universo, desaparece la distinción entre uno mismo y el otro, no existiendo más que un cuerpo para dos.

A pesar de las notables diferencias entre el individuo que funciona con un pensamiento psicótico y aquel que somatiza sus angustias, en ambos casos se encuentra la misma confusión inconsciente en cuanto a la representación del cuerpo como continente, temores similares en relación a sus límites y su impermeabilidad y a partir de fantasías de fusión corporal, el mismo terror tanto a perder el derecho a la identidad separada, como a tener pensamientos y emociones personales.

Para la autora, las manifestaciones psicóticas y las psicósomáticas, lo mismo que las neurosis, los trastornos del carácter y las perversiones, no son otra cosa que intentos de autocuración. Evidencias del trabajo psíquico de un niño pequeño sometido a un sufrimiento mental, provocado por factores situados mucho más allá de su capacidad de control.

En las afecciones psicósomáticas, el daño físico es real y su descripción durante el análisis no revela a primera vista un conflicto neurótico o psicótico. El “sentido” es presimbólico e interfiere en la representación de palabra. Mientras el pensamiento del psicótico puede concebirse como una “inflación delirante” del uso de la palabra, a fin de llenar espacios de vacío aterrador, los procesos de pensamiento de las somatizaciones procuran vaciar la palabra de su significado afectivo. Aquí es el cuerpo el que se comporta de manera delirante.

McDougal (1995) propone que frente a fantasías aterradoras que no encuentran salida en la vida onírica del niño, éstas se bloquean al no tener la psique acceso a las palabras capaces de expresarlas, en razón a que se asocian a experiencias precoces, ocurridas antes de la adquisición de la palabra. Las palabras que permitirían su expresión están privadas de su verdadera impregnación afectiva y de valor simbólico. Cuando las palabras cumplen su función simbólica resultan ser un extraordinario continente para representaciones de ideas fuertemente cargadas de afecto.

Las palabras constituyen los diques más eficaces para contener la energía ligada a las pulsiones y a las fantasías que éstas han creado, en relación con los objetos parentales de la primera infancia. Cuando las palabras no cumplen esta función, la psique se ve obligada a emitir señales de desamparo de orden presimbólico, eludiendo con ello los vínculos apremiantes del lenguaje. Frente a una angustia indecible, existe entonces un riesgo considerable de provocar una respuesta más somática que psíquica.

En lugar de reconocer a nivel del pensamiento verbal el dolor psíquico y el conflicto mental proveniente de fuentes de estrés internas o externas, con el fin de evacuarlos mediante formas de expresión psíquica adecuadas, el dolor y el conflicto mental podrán desembocar en manifestaciones psicósomáticas.

La eventual posibilidad de poner en el código del lenguaje las experiencias afectivas y corporales dependen en un inicio del vínculo íntimo entre madre e hijo. Únicamente, al interior de la relación madre-“infans”, el niño puede adquirir un cuerpo y capacitarse para elaborar simbólicamente, a través del pensamiento verbal y de la vida imaginaria, los acontecimientos físicos y emocionales que le son propios. Es aquí donde se construye el fundamento de la estructura psíquica eventual, la posibilidad que tendrá el adulto de conocer y reconocer su realidad psíquica propia, y finalmente, la posibilidad de comunicarla a los demás. (McDougall, 1978).

Una elaboración inadecuada, unida a una descarga ineficiente de la tensión psicológica, en un sujeto incapaz de ocuparse de sí mismo, le hará ignorar las señales de sufrimiento corporales, a la vez que le impedirá escuchar los mensajes de desamparo de la mente, provocando una escisión entre psique y soma de consecuencias funestas.

De acuerdo con las teorías kleinianas, la observación de niños pequeños permite suponer que las operaciones psíquicas más arcaicas, corresponden a proyecciones de las partes buenas y malas de un no “aún-yo” en un objeto, todavía no separado de él, con la finalidad de llevar a cabo no un ataque contra el otro sino más bien un dominio sobre él, una posición omnipotente. Esta omnipotencia oral y anal quizá sea más intensa en la medida en que algunas particularidades biopsicológicas obstaculizan la autonomía a la que el yo aspira idealmente. El comportamiento sobreprotector de los padres que escogen al niño como una prótesis narcisista y no dejan de englobarlo como un elemento reparador del psiquismo del adulto, intensifica la tendencia omnipotente de la criatura.

Julia Kristeva (1997), coincide con McDougall, al afirmar que el medio “semiótico” a través del cual se expresa esta omnipotencia, corresponde a una semiología preverbal gestual, motriz, vocal, olfativa, táctil, auditiva; en buena cuenta agregaríamos: corporal. Los procesos primarios son los que dominan esta expresión de la dominación arcaica.

Es tarea del analista, y por qué no también del médico clínico, al enfrentarse con individuos afectados por desórdenes psicosomáticos, aprender a escuchar el lenguaje del soma, incluso de crear las palabras y los eslabones faltantes.

Cada paciente, utilizando de manera particular la compleja y deformada traducción que encontró su soma para responder a los mensajes primitivos de la psique, revela un drama único y personal. Parte de la labor terapéutica del clínico

consistirá en “aprender a leer entre líneas”. Cuando el guión de esta obra muda puede narrarse por primera vez en la historia del individuo, y puede ser compartido, recién la mente puede dedicarse a la tarea de modificar la historia psíquica. Así el cuerpo se libera de los repetidos e infructuosos intentos de llegar a acomodarse al dolor psíquico.



5. Capítulo 5. Discusión: Encuentro entre el dolor psíquico y el dolor físico desde una perspectiva psicoanalítica.

Es innegable que nuestra concepción del dolor habrá de influenciar en la manera cómo nos enfrentamos al sujeto en dolor y en el carácter y la naturaleza de nuestras intervenciones. De allí la enorme importancia de considerar cómo conceptualizamos nosotros mismos el fenómeno doloroso. En ese contexto, es indudable que la información recibida por el clínico durante su entrenamiento, junto a los modelos a los que ha sido expuesto, jugarán un papel fundamental.

Históricamente, el dolor fue originalmente interpretado desde la perspectiva del dualismo cartesiano como un estímulo puramente sensorial, reflejo del flujo de señales nocivas provenientes del medio externo. Receptores periféricos facilitando el ingreso del estímulo y regiones cerebrales donde la información era registrada pasivamente. Desde esta perspectiva, el estímulo nocivo inevitablemente conduciría a la sensación de dolor, como si jalar una cuerda en la periferie, activara una campana a nivel cerebral.

De acuerdo con el modelo sensorial, la cantidad de dolor experimentado, sería el resultado directo de la cantidad, grado o naturaleza del estímulo sensorial percibido, o del daño físico provocado y podría ser explicado en términos de mecanismos fisiológicos específicos. Si así fuera, sería suficiente dirigir nuestra atención a identificar la causa generadora del dolor, para proceder a su remoción, o a su neutralización mediante intervenciones quirúrgicas o farmacológicas, sobre las vías dolorosas específicamente involucradas.

Desafortunadamente, los modelos sensoriales no dan cuenta adecuadamente de la experiencia dolorosa. Es así que encontramos individuos con grados equivalentes o tipos similares de daño tisular, evaluados objetivamente mediante estudios histológicos, que presentan amplias variaciones en la percepción del dolor; individuos con dolor severo con mínimo daño anatomopatológico;

pacientes asintomáticos, con lesiones fisiopatológicas de consideración, asociadas a daño estructural bien documentado, en quienes esperaríamos algún grado de dolor; intervenciones quirúrgicas dirigidas a inhibir la transmisión del dolor mediante el bloqueo de vías neuronales específicas, que fallan en lograr el alivio del síntoma. No es extraño encontrar individuos con daño tisular equivalente, sometidos a idénticos tratamientos, que muestran respuestas muy variadas a la terapia implementada.

Si el dolor reportado por el paciente resulta “desproporcionado” a los hallazgos objetivos de la patología, o si las molestias no ceden a una supuesta “terapia adecuada”, entonces generalmente se asume de la participación de factores psicológicos, más allá de si éstos son responsables directos del origen del mal. Esta conceptualización pareciera describir a los factores físicos y psicológicos como si fueran mutuamente excluyentes. Como si existiera una dicotomía somatogénica-psicogénica en la construcción del dolor.

El problema es que en la determinación de la “desproporcionalidad” del dolor reportado o en la elección de la “terapia adecuada” interviene la subjetividad de quien asiste al enfermo. No hay una manera objetiva de poder determinar cuánto dolor es proporcionado. ¿Cuánto debe doler una cantidad de tejido objetivamente dañado? De la misma manera, ¿quién determina cuál es el tratamiento adecuado?

La aproximación al dolor desde la perspectiva biopsicosocial, reconoce al fenómeno doloroso como una vivencia única y compleja, de carácter individual y subjetiva, donde hay claramente una activa participación de factores psicológicos tanto en la génesis como en la perpetración del mismo. Una adecuada aproximación al paciente en dolor, deberá tener en cuenta que toda experiencia de pérdida de la salud está delimitada por factores culturales, sociales y psicológicos, adicionalmente a los factores biológicos involucrados. Conocer de sus interacciones permitirá crear un modelo comprensivo integral del dolor, que sirva como guía para la aplicación de una terapia adecuada.

Una mirada a la experiencia dolorosa del paciente en dolor físico, al melancólico como símbolo de dolor psíquico y al anoréxico como expresión de dolor psicosomático, partiendo de una perspectiva psicoanalítica, permite plantear la existencia de un denominador común frente a cualquier experiencia dolorosa desestructurante, más allá de si se trata de una situación dolorosa de origen físico o psicológico. Toda experiencia dolorosa significativa, ira acompañada, en mayor o menor medida, de un fenómeno regresivo, concebido como un retorno a etapas previas del desarrollo infantil, un retorno al estado de dependencia del niño, donde los instintos se hallan fundamentalmente desorganizados y donde el mundo está constituido básicamente por la relación diádica con la madre. Un vínculo madre-hijo concebido como una relación en la que los protagonistas participan de manera total y donde lo que prima es la calidad emocional del contacto.

Si las estructuras psíquicas más antiguas del niño se articulan alrededor de significantes pre-verbales, podemos plantear además, que un adulto aquejado de una enfermedad somática desestructurante, al igual que el melancólico o el anoréxico, bajo circunstancias psíquicas regresivas, se servirá de un modo arcaico de funcionamiento mental, siendo incapaz de emplear el lenguaje como medio de expresión o de simbolización.

Para el melancólico, el producto de un yo primitivo herido, incompleto y vacío. Una falta fundamental, una carencia congénita. Una tristeza resultante de la expresión más arcaica de una herida narcisista no simbolizable, tan precoz que no puede atribuírsele a ningún agente externo sujeto u objeto. La tristeza como único objeto, un sucedáneo de objeto al que se fija, domestica y ama a falta de otro. Desde esta fijación arcaica, el melancólico posee la impresión de haber sido desheredado de un bien supremo innombrable, irrepresentable, que ninguna palabra es capaz de significar. Un verdadero abismo de incomunicable dolor, que lo absorbe duramente, hasta hacerle perder el gusto por cualquier palabra, por cualquier acto, incluso el gusto por la propia vida.

Para el anoréxico, la expresión de una sexualidad primitiva dotada de aspectos sádicos y fusionales, que pudiera explicar el origen de regresiones psicósomáticas, a modo de defensa contra vivencias mortíferas. Un universo donde desaparece la distinción entre uno mismo y el otro, no existiendo más que un cuerpo para dos. Una “histeria arcaica”, donde el sujeto se comporta psíquicamente como un bebé -“infans”-, que al no poder utilizar las palabras como vehículo del pensamiento, sólo le queda utilizar la musculatura o las alteraciones somáticas para expresar sus sentimientos frente a una emoción dolorosa desestabilizante. La ausencia de palabras para poder nombrar los estados afectivos. La incapacidad para utilizar el pensamiento verbal, ante la falta de la función materna, que lo obliga a encontrar maneras alternativas para enfrentar las tormentas afectivas y los dolores no elaborables. El cuerpo como escenario del conflicto mental. Afectos dispersados de la mente, que al no hallarse preparada para tolerar el dolor mental, encarga en definitiva al cuerpo su expresión final.

Identificar las dificultades para compartir la experiencia dolorosa; aceptar la resistencia a su objetivación a través del lenguaje, producto de la destrucción activa del mismo por acción del dolor, nos conduce a plantear algunas interrogantes. Llegado este punto, ¿será necesario crear estructuras lingüísticas más apropiadas para poder acercarnos al discurso del dolor compartido? ¿Aceptamos las limitaciones del lenguaje actual, o de cualquier lenguaje, en la comunicación del dolor?, o de lo contrario, ¿nos avocamos a la tarea de crear nuevas estructuras lingüísticas capaces de dar mejor cuenta del fenómeno doloroso?

La presente investigación propone que lo que hace falta, es reconocer que estas estructuras lingüísticas particulares ya están presentes, remarcando la existencia de otras vías de comunicación además del lenguaje, estructuras de carácter pre verbales, sensaciones, actitudes, emitidas antes de poder acceder al lenguaje mismo. Elementos propios de etapas del desarrollo individual, anteriores a

la instalación del lenguaje, revividos durante la regresión frente a la experiencia dolorosa desestructurante.

Si la sensación corporal percibida es de carácter doloroso desestructurante, deberá considerarse que la mayor parte de las veces, ira acompañada de una cualidad afectiva negativa, de incomodidad, aflicción, tensión o sufrimiento, sobre la que el clínico podrá incidir al aclarar las causas que originaron el síntoma. Habrá de tenerse en mente, que en la expresión del dolor interviene un lenguaje particular, al lado de sensaciones, formas de comportamiento, actitudes singulares, expectativas y creencias, que deberán ser valoradas apropiadamente. Será necesario a su vez, tomar en cuenta grados variables de regresión, ligados a profundas limitaciones del lenguaje en la comunicación del dolor.

¿Bastará con detectar el fenómeno regresivo y su lenguaje pre verbal, para ponerse en contacto con el sujeto en dolor? ¿Ser capaces de escuchar la voz humana del lenguaje fragmentado, preverbal, gestual o corporal, del sujeto en dolor permitirá acercarnos de manera distinta al paciente en dolor?

¿Será posible encontrar avenidas que permitan que experiencias radicalmente privadas como la experiencia dolorosa, puedan ingresar al terreno del discurso público? Es evidente que cualquier intento por revertir esta falta de objetivación, habrá de constituir un proyecto de innegables consecuencias prácticas y éticas. Una de las vías más importantes para lograr este objetivo se halla sin lugar a dudas, en el terreno de la medicina. Una buena parte del éxito del trabajo médico dependerá de la agudeza del profesional médico para escuchar este lenguaje del dolor, fragmentario, pre verbal, e intentar interpretarlo y clarificarlo.

Reconocer la existencia de un denominador común a toda experiencia dolorosa desestabilizante, permitirá un mejor acercamiento al sujeto en dolor, toda vez que la situación habrá de remitirnos a un estado de indefensión y vulnerabilidad, propios de las etapas de desarrollo infantil; a la necesidad de establecer vínculos

que nos remitan a la relación diádica madre-niño y de estimularnos a extender los límites de la comunicación más allá de las fronteras del lenguaje cotidiano.

De acuerdo con lo expuesto, la actitud terapéutica del clínico frente al dolor físico desestructurante, podrá servirse de la cura analítica tomando como modelo terapéutico la actitud “contenedora” propuesta por W. Bion, o la función de “Holding” de la madre suficientemente buena, de D. Winnicott. Gracias a la capacidad de la madre para estar atenta y de poder tolerar las necesidades del niño, sus angustias y sus rabias, al igual que su amor y gracias a su capacidad para transmitirle la confirmación de que es capaz de “contener” estos sentimientos, para luego, en el momento apropiado, responder de una manera relevante y considerada; el infante aprende que su angustia no es desastrosa. Internaliza la función de contenedor de la madre, a través de procesos de identificación o introyección, ganando una fuente interna de fortaleza y sensación de bienestar. Este “Reverie” de la madre contenedora, difiere de la mera respuesta refleja inmediata hacia el niño, donde no se requiere de un proceso de identificación con la angustia del niño.

En el acto médico frente al sujeto en dolor desestructurante, el clínico deberá enfrentarse a la angustia del paciente y su consiguiente hostilidad. Percibir la magnitud de la cualidad afectiva negativa ligada al dolor, reconocer las fantasías derivadas de la aparición del síntoma, junto a la presencia de sentimientos internalizados como peligrosos o amenazadores, exacerbados a raíz de la experiencia dolorosa. De acuerdo con los planteamientos propuestos por Bion y Winnicott, el clínico podrá desarrollar una labor de contención, de “Reverie” o de “Holding”, que permita al enfermo hacer más tolerable la experiencia dolorosa. Percibir sus angustias, tolerar su hostilidad, ayudarlo a reconocer sus fantasías y sentimientos negativos, procesando sus miedos, explicándole de manera sencilla los alcances de la condición generadora del dolor.

Al tratar con sujetos en dolor físico y/o psíquico desestabilizante, antes de llegar a formular diagnósticos “finos”, o “profundos”, el médico, al igual que el

analista, deberá aprender a escuchar. Escuchar, utilizando una técnica particular, difícil y sutil, una técnica que busque calmar al paciente, favoreciendo las condiciones que le faciliten expresarse con la mayor libertad posible. Ésta capacidad de escucha, habrá de constituirse en una nueva habilidad, que a su vez exigirá una modificación considerable, pero limitada, de la personalidad del médico. En la medida que el médico desarrolle en sí mismo la capacidad de escuchar aquello que surge confusamente formulado, porque el propio paciente tiene escasa conciencia de ello, empezará a escuchar el mismo tipo de lenguaje en sí mismo. A lo largo de este proceso, el profesional advertirá muy pronto que no existen preguntas directas capaces de traer a la superficie el tipo de información que busca.

Estructurar la relación médico-paciente sobre la pauta exclusiva del examen físico, amortiguando los procesos emocionales y afectivos, constituye una franca limitación en el conocimiento del estado integral de salud del paciente, en detrimento de la adecuada interrelación a la que todos aspiramos.

Conocer del fenómeno regresivo y de los límites de la expresión verbal en la experiencia de dolor, independientemente de su naturaleza física, mental o psicósomática, facilitará tremendamente nuestro acercamiento al sujeto en dolor. Cada paciente, utilizando de manera particular su propia traducción respecto al origen y a las posibles consecuencias del fenómeno doloroso desestructurante, revelará un drama único y personal. El médico clínico podrá disponer de una herramienta adicional para enfrentar el guión de esta obra muda.

Breve reflexión respecto a un claro ejemplo entre nosotros de dolor social, en relación a los resultados alcanzados por la Comisión de la Verdad y la Reconciliación en el Perú, respecto a los hechos de violencia ocurridos entre 1980 y el año 2000.

A lo largo de la Historia del Perú es posible registrar más de un trance difícil y penoso, de auténtica postración nacional. No obstante, ninguno de ellos marcado con el sello de la vergüenza y el deshonor como el fragmento de historia correspondiente a las dos décadas finales del siglo XX, décadas que quedaran registradas como huella de horror y deshonor para nuestra sociedad en su conjunto y en las que tuvimos una participación activa.

De acuerdo con las palabras del Dr. Salomón Lerner Febres, entonces presidente de la Comisión de la Verdad y Reconciliación, durante la ceremonia de instalación de dicha comisión, encargada de investigar los actos de violencia política ocurridos en el Perú entre 1980 y el 2000: *“La indiferencia ante el sufrimiento ajeno, la tolerancia de actos injustos, la incapacidad para ver en todo ser humano a nuestro semejante, la indolencia y la fatuidad que impiden llamar a la violencia irracional por su nombre, han sido a lo largo de la historia diligentes aliados de las más terribles tragedias humanas y sociales en nuestro país”*. (Homenaje a quienes nos develaron la verdad, 2003).

El informe final de la CVR reveló más de un resultado sorprendente; el conflicto armado interno vivido por el Perú entre 1980 y el 2000, constituyó el episodio de violencia más intenso y prolongado de toda nuestra historia republicana.

Contrario a lo que se pensaba antes que la comisión entrara en funciones, sólo el número de víctimas mortales alcanzó la cifra de 69,280 personas; alrededor de 35,000 víctimas por encima de las cifras previamente estimadas. ¡Las

pérdidas humanas superan las muertes ocurridas durante la guerra por la independencia y la guerra con Chile!, los mayores conflictos en los que se ha visto involucrado nuestro país. (Comisión de entrega de la CMV, 2004).

La comisión puso en evidencia la existencia de una franca relación entre estrato socio económico bajo, grado de exclusión social y mayor probabilidad de ser víctima de la violencia. El principal costo en vidas humanas fue asumido por las localidades más pobres del país.

El proceso de violencia puso también de manifiesto la gravedad de las desigualdades de índole étnico-cultural prevalentes en el país. La mayoría de las víctimas fatales tenían el quechua u otras lenguas nativas como idioma materno, además de poseer grados de instrucción muy por debajo del promedio nacional.

No obstante la magnitud de los hechos, esta tragedia sufrida por las poblaciones del Perú rural, andino y selvático, quechua y asháninka, campesino, pobre y poco educado, ¡no fue sentida ni asumida como propia por el resto del país!, revelando, a juicio de la CVR, un velado racismo y actitudes de desprecio presentes en la sociedad peruana actual, a casi dos siglos del nacimiento de la vida republicana. Mas allá de la validez de las razones esgrimidas por la CVR, respecto a la evidente ausencia de una identidad nacional en el Perú, al racismo subyacente, y a la falta de preocupación por los marginados de nuestro país, los hechos descritos ponen nuevamente en evidencia la enorme dificultad para expresar, comunicar y compartir una experiencia tan dolorosa como la vivida.

Han transcurrido más de dos años desde que la CVR diera a conocer sus resultados y recomendaciones, orientados a lograr el restablecimiento y la refundación de los vínculos fundamentales perdidos. Y sin embargo, ¿cuál ha sido la respuesta de la sociedad civil en su conjunto y del Estado Peruano en particular frente a las recomendaciones de la CVR? ¿Hasta dónde se viene cumpliendo con el plan integral de reparaciones sugerido por la comisión? ¿Conocemos de alguna

sanción penal para los responsables de crímenes y violaciones de derechos humanos?

Pareciera que, efectivamente, se ha producido una escisión entre la realidad propia de quienes se vieron afectados por la tragedia y la del resto del país, de manera que, la terrible experiencia vivida se presenta como real para las víctimas y sus familiares, en tanto que resulta ciertamente ajena para los que no se vieron afectados por ella. Entre los testimonios recopilados por la CVR, fue común encontrar frases que dan cuenta del sentimiento de exclusión e indiferencia de las víctimas mayoritarias del conflicto armado interno. Muchos sintieron que para el resto del país, en particular para los centros del poder político y económico, lo ocurrido en sus pueblos sucedía en “otro país”.

A partir de la entrega del informe de la CVR, si bien pudo alegarse ignorancia o incomprensión frente al drama de los primeros años del conflicto, ello no es más posible. Enterados de las sobrecogedoras dimensiones de lo acontecido, resulta indispensable, para vivir en paz y en democracia, para construir una verdadera nación y como parte de un proceso de reconciliación nacional, reparar, en lo posible, los gravísimos daños ocasionados.

Los hechos vividos confirman las dificultades para compartir el dolor. El trabajo de la Comisión de la Verdad y la Reconciliación, constituye un verdadero esfuerzo por trascender la experiencia del dolor; un intento por hacer del dolor un discurso compartido, empleando la información como instrumento orientado a sensibilizar a la población frente al dolor ajeno. Una propuesta de reconciliación que posibilite la reparación y dignificación de las víctimas y sus familiares, orientada a la construcción de una sociedad más justa.

6. Capítulo 6: Conclusiones

Los individuos afectados por dolor físico o psíquico desestructurante, se enfrentarán con un fenómeno regresivo, de retorno a etapas de desarrollo individual, que puede ser entendido en términos de indefensión y de necesidad de sostenimiento, de Holding o de Reverie, de acuerdo con los planteamientos de Winnicott y Bion.

La regresión dependerá entre otros factores, de la estructura de personalidad del individuo, de sus experiencias de desarrollo infantil capaces de originar fantasías inconscientes generadoras de miedos, temores y angustias, vinculadas con las posibles implicancias de la enfermedad.

El medio “semiótico” a través del cual el individuo logra una verdadera comunicación del fenómeno doloroso, corresponde a una semiología preverbal, pudiendo ser ésta gestual, motora, auditiva o en general corporal; siendo los procesos primarios los que dominan esta expresión de la dominación arcaica, evidenciando las profundas limitaciones del lenguaje como medio de transmisión de la experiencia dolorosa.

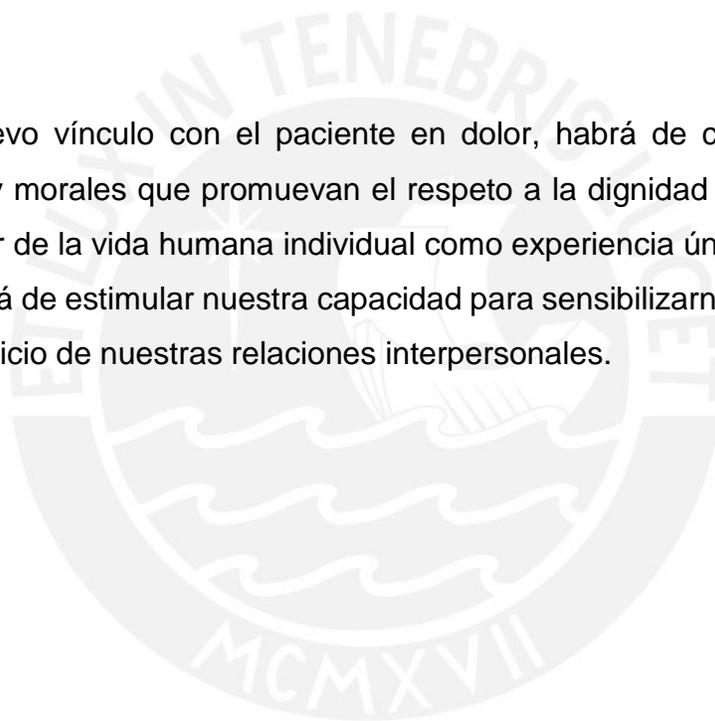
Dejar de lado este lenguaje fragmentario preverbal o corporal, será dejar de lado la voz del enfermo y por consiguiente, dejar de lado el evento mental o corporal subyacente; lo que en definitiva corresponde a dejar de lado al paciente, o en última instancia dejar al sujeto en dolor.

El éxito terapéutico del trabajo médico, al enfrentarnos con individuos afectados por un dolor físico o psíquico desestructurante, dependerá en gran medida, de la precisión con la cual podamos escuchar el lenguaje fragmentario del dolor, clarificarlo e interpretarlo.

Reconocer el fenómeno regresivo, nos permitirá conectarnos con el “verdadero” lenguaje del dolor, semiología preverbal de llantos y sonidos que preceden a nuestra capacidad de simbolización.

La acción terapéutica, del médico clínico como del psicoanalista, al reconocer el fenómeno regresivo y la limitación del lenguaje en el sujeto en dolor, se verá enormemente favorecida, facilitándose la interacción entre médico y paciente. El restablecimiento integral de la salud del individuo, adicionalmente, nos permitirá asistir al renacimiento del lenguaje y a la recuperación de la capacidad de simbolización.

Este nuevo vínculo con el paciente en dolor, habrá de contribuir a crear valores éticos y morales que promuevan el respeto a la dignidad del hombre, que resalten el valor de la vida humana individual como experiencia única, irrepetible; a la vez que habrá de estimular nuestra capacidad para sensibilizarnos frente al dolor ajeno, en beneficio de nuestras relaciones interpersonales.



Resumen

El dolor es, sin lugar a dudas, la principal manifestación de enfermedad para la mayoría de individuos y la causa más frecuente de consulta al médico. Se le define como una percepción psíquica, básicamente desagradable, frente a un estímulo que puede ser de carácter real o imaginario. Hace referencia a la ruptura de un equilibrio previo, donde no existe conciencia respecto a las diferentes partes de nuestro organismo, a la vez que actúa a favor de la conservación y defensa de la especie.

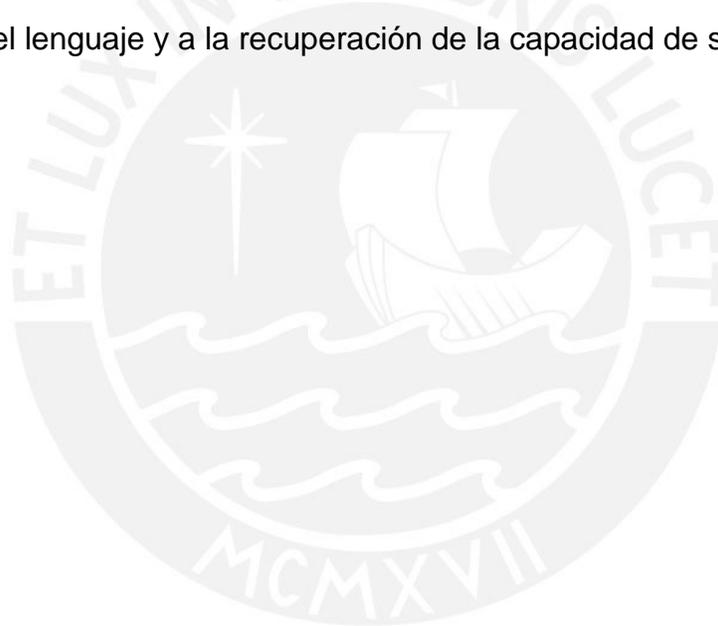
El dolor además, permite la creación de valores morales y éticos, regulando la conducta de los hombres en las relaciones interpersonales. Los relatos de los familiares de las víctimas del terrorismo en el Perú; el trabajo de las organizaciones de derechos humanos en general, dan cuenta de ello. Pero el dolor resulta una experiencia enteramente subjetiva, con profundas dificultades para ser compartido, producto de su resistencia al lenguaje.

El presente manuscrito intenta vincular al sujeto en dolor físico desestructurante con el individuo en dolor psíquico, buscando encontrar desde el psicoanálisis, un denominador común, que permita un acercamiento a la experiencia dolorosa entre quien la sufre y aquel que se encuentra libre de la misma, en beneficio de la relación médico- paciente.

Un estudio del paciente en dolor físico, sobre la base de una experiencia personal en el ejercicio de la profesión médica, con particular énfasis en las repercusiones que el dolor físico provoca en el área emocional. Un acercamiento, a partir del psicoanálisis, al lenguaje del dolor en sujetos afectados por los llamados desórdenes de la alimentación; y de otro lado, una revisión de la literatura sobre casos de dolor psíquico sin sustrato orgánico de fondo, tomando como modelo emblemático el duelo patológico.

La idea principal del manuscrito es que pensamos que el éxito terapéutico del trabajo médico, dependerá de la capacidad para ponerse en contacto con el dolor ajeno. Ser capaz de escuchar la voz humana del lenguaje verbal, preverbal, corporal del paciente en dolor, para ayudarlo a enfrentar y resolver la experiencia dolorosa.

Esta situación le permitirá al profesional médico, mejorar el vínculo con el paciente en dolor, favoreciendo la creación de valores éticos y morales que promuevan el respeto a la dignidad del hombre, que resalten el valor de la vida humana individual como experiencia única, irrepetible y que estimulen su capacidad de sensibilización frente al dolor ajeno, en beneficio de la interacción médico-paciente. Simultáneamente, el médico se verá reconfortado asistiendo al renacimiento del lenguaje y a la recuperación de la capacidad de simbolización.



Referencias Bibliográficas

Abadi, S. (1996). Encuadre y Regresión. En: Editorial Lumen, Transiciones: El modelo terapéutico de D.W. Winnicott (pp. 187-205). Buenos Aires.

Balint, M. (1961). El médico, el paciente y la enfermedad Tomo I-II. Buenos Aires: Ed. Libros básicos.

Bardham, P. N. (1965). The couvade syndrome. British Journal of Psychology, 3, 908-909.

Beecher, H. K. (1956). Relationship of significance of wound to the pain experienced. Journal of the American Medical Association, 161, 1609-1613.

Ciurlizza, J.; Perata, A. y Reategui, F. (2004). Hatum Willakuy. Versión abreviada del informe final de la comisión de la verdad y reconciliación. Perú: Corporación grafica Navarrete S. A.

Damasio, A. (1997). El error de Descartes. Chile: Editorial Andrés Bello.

De la Jara, B. y C. Basombrío (2002). "Mi historia por fin será escuchada: La Comisión de la Verdad realizará audiencias públicas". Ideele 144: 75-76.

Delgado, H. (1963). Anormalidades del sentimiento. En: Delgado Honorio. Curso de Psiquiatría (pp. 76-81). Barcelona: B. Editorial Científico-Médica.

Drossman, D. (1996). The eating disorders. En Bennett, J. and Plum, F. Eds. Cecil textbook of medicine. (pp. 375-396). USA: W. B. Saunders Company.

Engel, G. L. (1951). Primary atypical facial neuralgia. A hysterical conversion symptom. Psychosomatic Medicine, 13, 375-396.

Engel, G. L. (1959). "Psychogenic pain and the pain prone patient. American Journal of Medicine, 26, 899-918.

Engel, G. (1973). Dolor. En: MacBryde-Blacklow. Signos y Síntomas Fisiopatología aplicada e interpretación clínica. (pp. 44-52). México: Nueva Editorial Interamericana.

Flescher, J. (1948). On neurotic disorders of sensibility and body scheme: A bioanalytical approach to pain, fear and repression. International Journal of Psycho-Analytics, 29, 156-162.

Freud, S. (1895a). Estudios sobre la Histeria. Freud Obras Completas. Tomo I, (pp. 39-138). Madrid: Ed. Biblioteca Nueva.

_____. (1895b). Proyecto de una Psicología para Neurólogos. Freud Obras Completas. Tomo I, (pp. 209-276). Madrid: Ed. Biblioteca Nueva.

_____. (1905). Tres ensayos para una teoría sexual. Freud Obras Completas. Tomo II, (pp. 1172-1215). Madrid: Ed. Biblioteca Nueva.

_____. (1914). Introducción al Narcisismo. Freud Obras Completas. Tomo II, (pp. 2017-2033). Madrid: Ed. Biblioteca Nueva.

_____. (1915). Duelo y Melancolía. Freud Obras Completas. Tomo II, (pp. 2091-2100). Madrid: Ed. Biblioteca Nueva.

_____. (1924). El problema económico del masoquismo. Freud Obras Completas. Tomo III: 2752. Madrid: Ed. Biblioteca Nueva.

_____. (1926). Inhibición Síntoma y Angustia. Freud Obras Completas. Tomo III, (pp. 2833-2883). Madrid: Ed. Biblioteca Nueva.

Gallinek, A. (1939). The phantom limb, its origin and its relationship to the hallucinations of psychotic states. American Journal of Psychiatry, 96, 413-422.

Gatchel, R y Weisberg, J. (2000). Introduction. En: Gatchel, R y Weisberg, J. editores. Personality characteristics of patient with pain. (pp. 3- 22). Washington: American Psychological Association.

Greenhill, M. y S. Kilgore (1950). Principles of methodology in teaching the psychiatric approach to medical-house officers. Psychosom Med. 12: 38-48.

Kaplan, H. y B. Sadock (1996). Concise Textbook of Clinical Psychiatry. USA: Lippincott Williams y Wilkins.

Kolb, L. C. (1954). The painful phantom: Psychology, physiology and treatment. Springfield, IL: Charles C Thomas.

Kristeva, J. (1997). Sol negro. Depresión y melancolía. Venezuela: Monte Avila Editores Latinoamericana.

Landolt, H. (2001). Amnistía Internacional: En la vorágine del cambio. Idee. 142: 75-77.

Marcussen, R. M. y H. G. Wolff (1949). A formulation of the dynamics of the migraine attack. Psychosomatic Medicine, 2, 251-256.

MacKinnon, R. y R. Michels (1972). Psiquiatría clínica aplicada. México: Editorial Interamericana.

McDougall, J. (1978). Alegato por una cierta anormalidad. Buenos Aires: Editorial Paidós SAICF.

_____.(1995). Teatros del Cuerpo. España: Julián Yébenes, S. A. Eds.

_____. (1989). Teatros de la Mente. España: Julián Yébenes, S. A. Eds.

_____. (1982). Alexithymia, psychosomatosis and psychosis. International Journal of Psychoanalysis and Psychotherapy, 9, 379-388.

McWilliams, N. (1994). Psychoanalytic Diagnosis. USA: The Guilford Press Eds.

Mechanic, D. (1961). The concept of illness behavior. Journal Chronic Diseases. 15, 189-194.

Melmed, R. (2001). Mind, Body, and Medicine USA: Oxford University Press.

Merskey, H. (1965). Psychiatric patients with persistent pain. Journal of Psychosomatic Research , 9, 299-309.

Merskey, H. (2000). History of psychoanalytic ideas concerning pain. En: Gatchel, R. y J. Weisberg Eds. Personality characteristics of patient with pain. (pp: 25-31). Washington: American Psychological Association.

Melzack, R., Wall, P. D. (1965). Pain mechanisms: A new theory. Science, 50, 971-979

Nuland, S. (1993) How we die. New York: Vintage books.

Parkes, C. M. (1973). Factors determining the persistence of phantom pain in the amputee. Journal of Psychosomatic Research 19, 97-108.

Peña, S. (2002). ¿Para que sirve la Comisión de la Verdad? Ideele. 144: 78.

Pontificia Universidad Católica del Perú (2003). CVR. Un homenaje a quienes nos develaron la verdad. Informe. # 41, noviembre, pág. 1.

Reik, T. (1914/1934). Couvade and the psychogenesis of the fear of retaliation. En: D. Brian Trans., Ritual psychoanalytic studies (pp. 27-89). London: Hogarth Press.

Roudinesco, E. y M. Plon. (1997). Diccionario de psicoanálisis. Argentina: Paidós.

Scarry, E. (1985). The body in pain. New York: Oxford University Press Eds.

Schilder, P. y E. Stengel (1931). Asymbolia for pain. Archives of Neurology and Psychiatry, 25, 598-600.

Schwab, J. (1982). Psychiatric illness in medical patients: why it goes undiagnosed. Psychosomatics 23, 225-232.

Scott, W. C. M. (1948). Some embryological, neurological, psychiatric and psychoanalytic implications of the body sceme. International Journal of Psycho-Analytics, 29, 141-155.

Simmel, M. L. (1959). Phantoms, phantom pain and "denial." American Journal of Psychotherapy, 13, 603-613.

Szasz, T. S. (1957). Pain and pleasure. A study of bodily feelings. London: Tavistock.

Willems, M. (2002). Expectativas frente a la Comisión de la Verdad. Ideele. 144: 77.

Winnicott, D. (1989). El papel de la madre real. Ilusión, sostén, objeto transicional, presentación. En: Bleichmar, N. y C. Bleichmar. El Psicoanálisis después de Freud. Teoría y Clínica. México: Eleia Editores, pp. 261-285).

_____. (1991). Exploraciones Psicoanalíticas I. Buenos Aires: Paidós.

_____. (1962). Ego Integration in Child Development. In: The Maturational Processes and the Facilitating Environment. London, Karnac.

_____. (1966). Psycho-Somatic Illness in its Positive and Negative Aspects. Psycho-Analytic Explorations. Cambridge: H. U. Press.

