Dolor psíquico: una mirada a su condición actual

Psychic pain: a look to its current condition

Juan Carlos Méndez V.^{1,2}

Although pain has been present through human history and that its assistance is one of the most important activities of health teams, psychic pain hasn't been present properly neither in medical education nor research. In order to assess this topic the author has carried out a review following these two questions: What is the state of the art considering psychological and neurobiological perspectives of psychic pain? and which place is occupying psychic pain in the current assistance of patients? The proposed objectives were: 1) To evaluate historical aspects of pain and its place in human life; 2) To evaluate neurobiological basis of psychic and somatic pain and 3) To reflect about the place psychic pain has currently in Paliative Care Programs. The methodology was the review of current literature published in Medline, Scopus and Scielo considering the following key words: Psychological Pain, Mental Pain and Emotional Pain. Special consideration is given to how this topic has been postponed and the reasons for this situation, considering that the whole experience of pain is psychological, as there may be psychical pain without physical pain but not otherwise. Psychic pain is not less real than other kind of pain; it may be even more severe as to put a person at risk of suicide. Mention is made about the boundaries between physical and psychic pain considering that they are not clear, as they involve similar structures. The role of medical doctors in helping to alleviate pain of patients is addressed.

Key words: *Psychic pain; mental pain; psychache; emotional pain; pain.*
Rev Chil Neuro-Psiquiat 2019; 57 (2):

Aspectos generales

Puede existir dolor psíquico (DP) sin dolor físico (DF), pero no dolor físico sin dolor psíquico pues este siempre se acompaña de aquel. El dolor es entonces un fenómeno psíquico: la experiencia total del dolor es psíquica^{1,2}. El dolor ha acompañado al hombre desde sus orígenes y su asistencia es una de las principales tareas que debe realizar el equipo de salud y los clínicos. Es el mal más real inevitable

e innegable que desde dentro sale al encuentro de la vida, la inhibe y la amenaza³. Las primeras referencias al DF vienen desde Sydenham (1683) relacionada a la Gota. En sus notas queda claro el dolor acuciante de la Gota incapacitante⁴.

El año 1999 la *Joint Commission on Accreditation of Health Care Organizations* incluyó la evaluación y el manejo del dolor en los estándares regulatorios, dando un paso importante en ubicarlo en un lugar de relevancia, pero este término ha sido

Recibido: 16/10/2018

Aceptado: 02/07/2019

Los autores no presentan ningún tipo de conflicto de interés. El presente estudio no recibió apoyo financiero.

¹ Universidad Católica del Norte, Facultad de Medicina, Departamento de Clínica. Coquimbo, Chile.

² Hospital de La Serena, Unidad de Psiquiatría. La Serena, Chile.

tomado en un solo sentido⁵. No deja de llamar la atención la extensión y profundidad con que los textos tradicionales de Medicina tratan el dolor físico, pero prácticamente casi sin hacer referencia al dolor psíquico. Esto se confirma más aun en textos de Psiquiatría^{6,7}.

Relacionado con el dolor está el sufrimiento, existiendo entre ambos términos límites difusos, hecho que se explicaría por diferentes razones⁸. En la experiencia humana a diferencia de los animales la palabra dolor también involucra sufrimiento. Es frecuente escuchar a los pacientes cuando salen de un episodio depresivo que lo vivido es el mayor sufrimiento imaginable, que es como estar muerto en vida. Otros pacientes sienten la depresión como una incapacidad de sentir y, por lo tanto, de sufrir: las madres llegan a sentirse incapaces de amar a sus hijos, los enamorados a sus novias o el artista su obra.

Pocas veces se ha visto esa imbricación entre el cuerpo y el espíritu que en el dolor depresivo⁹.

Dorr hace mención que los estudios de Auerperg establecen una diferencia entre el dolor-sensación y el dolor-sentimiento. El primero es más localizado, más noético (aporta conocimiento del objeto que provoca el dolor) reproduce la forma del estímulo e identifica el objeto que lo afecta (pinchazo o quemadura). Aquí participa menos la disposición psíquica de la persona. El dolor-sentimiento es más difuso, más pático –compromete toda la corporalidad–, tiene una duración mayor y cuando pasa deja una serie de sensaciones que van disminuyendo en una suerte de decrecendo⁹. Para otros autores no existirían diferencias entre el dolor y el sufrimiento, como por ejemplo para algunas corrientes del psicoanálisis, en que ambos son conceptualizados como expresión de un monto elevado de excitación en el sistema. Freud hablaba del eje placer-displacer y de la necesidad de mantener un equilibrio mental, es decir, un monto de energía “razonablemente” estable¹⁰. Freud en su trabajo “Duelo y Melancolía” hace referencia que el DP está vinculado a la pérdida de un objeto amado¹¹.

Históricamente, las tres religiones monoteístas (judaísmo, cristianismo e islamismo), otorgan

un lugar importante al sufrimiento humano relacionado con sentimientos de culpa ancestrales. Estas ideas están orientadas hacia la visión de un ser que está orientado a vivir en sufrimiento¹⁰. El cristianismo concibe los orígenes del dolor –y más propiamente sufrimiento– como producto de la expulsión de Adán y Eva del paraíso. Dice Yavé a la mujer “multiplicaré tus sufrimientos en el embarazo. Con dolor darás a luz a tus hijos” y al hombre “con fatiga sacarás de la tierra tu alimento por todos los días de tu vida”¹². Desde la antropología moderna el DP apareció con la transformación del primate en humano, metamorfosis que implicó la posición erecta, el lenguaje, la conciencia histórica y la libertad, ésta para desobedecer y pecar⁹.

Dolor psíquico

Hay una serie de términos relacionados al DP: Dolor mental, dolor emocional, *psychache*, este último acuñado por Shneidman¹³. Desde una perspectiva general y como una forma de aproximación a este tema sería posible conceptualizar el DP como una respuesta a un estímulo nocivo psicológico, similar a lo que se observa en el DF como la respuesta a un estímulo nocivo físico¹⁴. Investigadores en el tema notan que el DP tendría un estatus propio diferenciándose de la depresión, la ansiedad, la desesperanza, los remordimientos, la ira, los resentimientos y el odio, en especial al objeto perdido^{15,16}.

Orbach¹⁷, ha realizado una revisión de las diferentes conceptualizaciones que el término DP ha tenido. Expresa que Freud atribuyó este concepto a duelo de una persona amada siguiendo a una pérdida. Bakan enfatizó la pérdida como un contribuyente mayor al DP y vio esto como el darse cuenta de una ruptura de la tendencia hacia el mantener un sentido de estar entero y de unidad social. Frankl expresó que el, DP y el sufrimiento, es una forma de vacío debido a una pérdida del sentido de la vida y que puede ser modulado solo a través de una adaptación a valores que le den sentido. Baumeister se refirió a Mental Pain (MP) como un estado aversivo de darse cuenta de las

inadecuaciones personales debido a atribuciones negativas a los errores personales¹⁸. Bolger definió MP como un quiebre en el self. Este sentido de quiebre consiste en una serie de determinantes experienciales que incluyen: sentirse herido, desconexión del ser amado, pérdida en el self, pérdida de control y sensación de alarma¹⁹. Orbach concluye que el DP es un darse cuenta de la discrepancia entre el sí mismo actual y el ideal; la emoción básica es entonces la decepción personal¹⁷.

Un aporte significativo al concepto de DP proviene de Schneidman en el contexto de la teoría del suicidio. Para este autor el DP es provocado por necesidades esenciales frustradas en el individuo, por ejemplo, ser amado, tener control, proteger la propia imagen, evitar la vergüenza, sentirse seguro, sentirse comprendido. Sin su satisfacción el sujeto no podría seguir viviendo. La frustración de esas necesidades causa una serie de emociones tales como culpa, vergüenza, derrota, humillación desgracia, dolor, desesperanza y rabia. Cuando el dolor alcanza una elevada intensidad y cuando no se puede ver cambio en el futuro, la persona suicida busca para escapar del dolor el cometer suicidio¹³. Meerwijk y Weiss han definido tres características del DP: un sentimiento displacer –que puede incluir sufrimiento–, evaluación de una incapacidad o discrepancia –entre lo que desea y lo que es alcanzable– y la intolerabilidad –una incapacidad de tolerar una situación destructiva que demanda solución–²⁰.

Desde una perspectiva diferente relacionada al desarrollo del psiquismo, el DP ocupa una posición central en términos del crecimiento psíquico debido a diversas razones:

1. El dolor advierte de amenazas al cuerpo por lo que es un sistema de protección. Permite por lo tanto, conocer el entorno y las limitaciones del propio cuerpo.
2. El dolor está involucrado en las llamadas relaciones de objeto (RO), el niño llora y la madre se acerca. La secuencia dolor-llorar-ser confortado por otra persona significativa-alivio del dolor ayuda a entender las relaciones tiernas y explicar la parte dulce del dolor. No se trata que el dolor sea placentero, sino que es la anticipa-

ción del encuentro con el objeto amoroso y el alivio del dolor es lo que se disfruta.

3. En la infancia el dolor y el castigo están asociados: el dolor aparece cuando uno es percibido como “malo” y puede ser un importante medio para expiar la culpa por haber sido malo. Si el dolor sirve para aliviar la culpa hay un cierto placer involucrado en esto.
4. El dolor se asocia con agresión y poder. El sentir el dolor permite controlar nuestra propia agresión.
5. El dolor está conectado con la amenaza real o fantaseada de la pérdida de un objeto de amor.
6. El dolor puede estar relacionado con sentimientos sexuales; en la etapa de excitación puede el dolor ser infringido mutuamente, además, de disfrutado. Cuando esto es lo que predomina en la relación, se habla perversión y sadomasoquismo¹.

Relaciones dolor físico-dolor psíquico

El DP no es menos real que otros tipos de dolor y puede ser aún más severo e incapacitante, tanto como para empujar una persona al riesgo suicida. Los límites entre el DF y el DP es difícil trazarlo debido a que el DP involucra un componente psicológico² y que serían los dos de la misma naturaleza²¹. A este respecto cabe destacar que fármacos utilizados en afecciones de orden psíquico como los antidepresivos tienen efecto en cuadros dolorosos y a su vez fármacos que se usan en el tratamiento del dolor alivian síntomas de la esfera psíquica, además, de la evidencia que la hipnosis ayuda en el tratamiento de cuadros dolorosos. Los mecanismos neurobiológicos utilizados en ambos serían similares²².

Las imágenes cerebrales apuntan a una superposición de las estructuras involucradas en DP y DF. Información de Positron Emission Tomography (PET) y Functional Magnetic Resonance Imaging (fMRI) muestra, que el DP activa muchas de las mismas estructuras nociceptivas del cerebro que el DF¹⁴. Las redes involucradas incluyen áreas de la circunvolución cingulada anterior, la circun-

volución frontal inferior, la ínsula, tálamo cerebelo y la sustancia gris periacudeuctal del tronco cerebral. Otras áreas afectadas son aquellas asociadas con áreas de la recompensa y la motivación que incluyen el núcleo accumbens y la sustancia gris ventrotegmenal²³.

Se ha expuesto que el DP asociado a depresión es a menudo percibido como peor que cualquier DF y que esta experiencia podría ser un componente de suicidalidad¹⁴.

Intervenciones en dolor psíquico

Gudeman ha expresado nuestro trabajo como médicos, nos lleva a explorar el dolor en todos sus detalles: queremos que el paciente sea capaz de reexperimentar el dolor en la oficina en todas sus formas. La idea es revivir la experiencia en nuestra presencia. Empatizamos con el paciente en el reconocimiento de pena, culpa, vergüenza, frustración, rabia y rechazo, así como también amor, esperanza, y deseo. Queremos que tolere el dolor y que no se escape de él sino que se siente con él y, finalmente, queremos que con el tiempo lo ponga en perspectiva lo que puede tomar un período corto o más largo. Cada paciente lo hará a su manera. Esto puede ser doloroso para el terapeuta también. Sabemos la importancia de la familia, los amigos y las redes sociales de la comunidad así como el uso juicioso de medicamentos, pero como clínicos tenemos la habilidad especial, las destrezas y oportunidad de ayudar a los pacientes también²⁴. Los equipos de cuidados paliativos que se encargan de asistir a pacientes moribundos están conscientes que el DP no se calma con más morfina y a su vez constatan el valor de la palabra en lograr el alivio de personas que sufren de dolores que van más allá del cuerpo. Muchas veces una palabra simple como sugerir que pida perdón o que perdone, o el hecho de sentirse acompañados por familiares y seres queridos que les digan que con su partida la familia especialmente los hijos estarán bien, los tranquiliza y ayuda a entrar al proceso de la muerte.

Estar en contacto con el dolor de otra persona no solo es difícil, es doloroso en sí. El DP de los pa-

cientes evocan DP en el entorno en forma empática similar a la transmisión de ansiedad. El DP de los pacientes puede ser suficientemente severo como para empujar esos individuos a desear la muerte y muchas veces al borde del suicidio como forma de terminar con su sufrimiento. Las palabras que los pacientes usan frecuentemente para describir su estado son: “dolor horrible, angustia, agonía, tormento, tortura, aflicción y maldición”²³.

Yager²³, describe en viñetas clínicas lo que hizo que fue permanecer en silencio y estar con los pacientes tratando de aliviar su dolor a través de una escucha empática y de aceptación lo cual pareció ser de utilidad. Expresa que los clínicos podemos reconocer el dolor de los pacientes y eso les puede ayudar a clarificar y comprender mejor esos dolores. Desde un punto de vista existencial podemos ayudar a encontrar un sentido a esas experiencias y si es posible descubrir capacidades que permitan trascender esos períodos. Similar a la postura de aceptación y de escucha empática, apelamos a la medicina del dolor como parte de nuestra noble profesión. De esta forma podemos ayudar a enfrentar y tolerar esos dolores y su sufrimiento solo haciendo saber que otra persona está con ellos y que no están solos mientras atraviesan experiencias del infierno. Como ha hecho ver Bauer, resulta interesante la imagen del atleta y el entrenador: el que corre la carrera es el atleta o sea el paciente y no nosotros; ya sea que gane o pierda, lo mejor que podemos hacer es estar con ellos aconsejándolos y animándolos²⁵.

Conclusiones

El DP definido como una experiencia subjetiva caracterizada por la percepción de intensos sentimientos negativos y cambios en el sí mismo y sus funciones no es menos real que otros tipos de dolor y es un predictor de riesgo suicida aun en ausencia de algún desorden mental diagnosticado. Específicamente el DP es un factor poderoso de vulnerabilidad a ideación suicida más, aún que la depresión²⁶.

En el capítulo referido a Asistencia al Paciente

Terminal y Medicina Paliativa aparece una clasificación de los tipos de dolor con una escueta referencia al dolor psicógeno²⁷. Lo anterior viene a confirmar que el énfasis se hace estrictamente sobre el manejo somático¹. En las Unidades especializadas en la asistencia al tratamiento del dolor (Unidades de Cuidados Paliativos) que están permanentemente en contacto con pacientes que sufren, se enfrentan a diario a entregar información que provoca dolor como es un diagnóstico ominoso o bien noticias de sobrevida. Aquí se hace necesario la mirada hacia lo que significa la pérdida inminente y sus consecuencias psicológicas.

Freud no estaba especialmente interesado en el dolor, pero sus pacientes presentaban esas molestias así como una serie de síntomas somáticos que probaron ser conversiones histéricas. Podría parecer justificado decir que el psicoanálisis se desarrolló a través de la clarificación de los mecanismos de estos misteriosos síndromes dolorosos. Esto lleva a preguntarse cuán poco ha influido esta comprensión del dolor en medicina y aun en psicoanálisis¹.

La pregunta que motivó la investigación y que se encuentra profundamente arraigada en la práctica clínica cotidiana son las razones por las cuales el DP no ocupa actualmente un lugar de importancia en la asistencia de los pacientes que requieren de nuestra ayuda.

¿Cuáles serían las razones para esta situación? Como comprender este ¿descuido? ¿olvido?

Sensky⁸ hace aportes en la comprensión de este fenómeno: tomando como base la importancia que

tiene la “investigación científica” en que parece existir solo aquello que se puede medir, el DP no sería posible cuantificarlo en forma objetiva lo cual lo hace poco confiable. En segundo lugar la forma de aproximarse al dolor es en base a la empatía que cae igualmente en algo difícil de estimar y, finalmente, el DP es una experiencia personal compleja para lo cual no hay tiempo suficiente. No obstante, la situación anterior, es importante destacar que se han desarrollado una serie de instrumentos destinados a estimar y ponderar el DP^{2,13,14,17,28}.

La experiencia clínica nos muestra que en el DP es todo el organismo el afectado como se ve en la angustia y la depresión severa, no es solo una parte de éste. En el estudio de un fenómeno parece más fácil aislar una zona del cuerpo y entenderlo que si lo abarcado es el todo. En el DP no es solo la mente, sino la unidad psico-soma la comprometida. No deja de llamar la atención la escasa importancia que hemos dado a este tema los profesionales que trabajamos con afecciones mentales. Meerwijk ha planteado tres preguntas que nos pueden acercar a entender el estado actual del tema y que no han sido abordadas hasta ahora en forma coherente logrando el requisito que un concepto maduro requiere y que son: ¿qué constituye DP?, ¿cómo se evalúa? y ¿cómo intervenimos para aliviar el DP?²⁰.

Sería necesario recordar lo que Engel ha expresado al decir que cada médico es libre de redescubrir lo que Freud hizo con los pacientes siguiendo dos principios básicos: 1) permitir que el paciente hable libremente y 2) tomar en serio lo que dice¹.

Resumen

No obstante, el dolor ha permanecido ligado a la existencia humana y que la asistencia al dolor es una de las principales funciones de los equipos de salud, el dolor psíquico no ha estado presente en la formación médica ni en la investigación. En el presente estudio se plantearon dos preguntas: ¿Cuál es el estado actual de la investigación considerando las perspectivas psicológicas y neurobiológicas del dolor psicológico? y ¿qué lugar ocupa el dolor psicológico en la asistencia actual de los pacientes? Los objetivos fueron: 1) Revisar la significación del dolor en su perspectiva histórica y su relación con la existencia humana; 2) Examinar las bases neurobiológicas del dolor físico y psíquico; 3) Reflexionar acerca del lugar que le cabe al dolor psíquico en los programas de cuidados paliativos del dolor. Como metodología se revisó la literatura publicada en Medline,

Scopus y Scielo tomando las palabras claves: Dolor Psíquico, Dolor Mental y Dolor Emocional. Se revisan las razones por las cuales el dolor psíquico ha permanecido postergado, considerando que la experiencia del dolor es una experiencia psíquica debido a que puede haber dolor psíquico sin dolor físico, pero no al revés. El dolor psíquico puede ser tan real como otras formas de dolor más aun considerando que puede ser tan severo como para exponer a una persona al riesgo suicida. Se analizan las estructuras involucradas en el dolor psíquico y físico y se comenta acerca del rol de los médicos en su deber de aliviar el dolor.

Palabras clave: Dolor psíquico; dolor mental; dolor emocional.

Referencias bibliográficas

- Engel GL. "Psychogenic" pain and the Pain-prone Patient. *Am J Med*, June 1959; 899-918.
- Tossani E. The Concept of Mental Pain. *Psychother Psychosom* 2013; 82: 67-73.
- Lersch P. La estructura de la personalidad. Barcelona, España: Editorial Scientia; 1966. p. 197-9.
- Shneidman E. Conceptual contribution. The Psychological Pain Assessment Scale. *Suicide Life Threat Behav* 1999; 29 (4): 287-94.
- Shattell M. Why Does Pain Management Exclude Psychic Pain? *Issues Ment Health Nurs* 2009; 30: 344.
- Kaplan & Sadock. Sinopsis de Psiquiatría, Baltimore, Lippincott, Williams and Wilkins 10° edición; 2008. 1264-271.
- Gelder M, Gath D, Mayou. Oxford Textbook of Psychiatry. Oxford, Oxford Medical Publications; Oxford University Press; 1991; 433-35.
- Sensky T. Suffering. *Int Journal of Integrative Care* 2010; 10: 66-8.
- Dorr-Zegers O. En torno al sentido del Dolor. *Salud Ment* 2006; 29 (4): 9-17.
- Lander R. Un estudio sobre el Sufrimiento Psíquico. *Psicoanálisis XXIV* 2002; 1: 111-6.
- Freud S. Obras Completas. Vol XIV Duelo y Melancolía. Buenos Aires, Argentina: Amorrortu editores; 1976. p. 241-55.
- González A. La Biblia, Quito, Ecuador: Ediciones Paulinas; 1989. Génesis Cap 3 Vers 16, 19.
- Shneidman E. Suicide as Psychache. *J Nerv Ment Dis* 1993; 181: 145-47.
- Mee S, Bunney BG, Reits C, Potkin SG, Bunney WE. Psychological pain: A review of evidence. *J Psychiatr Res* 2006; 40: 680-90.
- Levi-Belz Y, Gvion Y, Grisaru S, Apter A. When the Pain Becomes Unbearable: Case-Control Study of Mental Pain Characteristics Among Medically Serious Suicide Attempters. *Arch Suicide Res* 2017; Disponible en Journal homepage: [//www.tandfonline.com/loi/usui20](http://www.tandfonline.com/loi/usui20).
- Nin A. Sobre la pérdida del objeto, el duelo y el dolor psíquico. *Rev Chil Psicoanal* 2008; 25 (2): 180-90.
- Orbach I, Mikulincer M, Pinhas S, Gilboa-Schechtman E. Mental pain: A multidimensional operationalization and definition. *Suicide Life Threat Behav* 2003; 33: 219-30.
- Baumeister RF. Suicide as Escape from Self. *Psychol Rev* 1990; 97: 90-113.
- Bolger E. Grounded Theory Analysis of Emotional Pain. *Psychother Res* 1999; 9 (3): 342-62.
- Meerwijk EL. We need to talk about Psychological Pain. *Issues Ment Health Nurs* 2012; 33: 263-65.
- Chatira K, Kanellopoulos L. Psychological Approach of Pain. *Open Pain J* 2014; 7 (Suppl 1: M1) 29-30.
- De León J, Baca-García E, Blasco-Fontecilla H. From the Serotonin Model of Suicide to a Mental Pain Model of Suicide. *Psychother Psychosom* 2015; 84: 323-29.
- Yager J. Addressing Patient's Psychic Pain. *Am J Psychiatry* 2015; 172 (10): 939-43.
- Gudeman JE. Reflections on Addressing Patient's Psychic Pain. *Am J Psychiatry* 2016; 137 (2): 193-4.

25. Bauer M. Hope, Faith, Love and Treating Serious Mental Health Conditions. *Am J Psychiatry* 2016; 173 (4): 319-20.
26. Verrocchio MC, Carrozino D, Marchetti D, Andreasson K, Fulcheri M, Bech P. Mental Pain and Suicide: A Systematic Review of the Literature. *Front Psychiatry* 2016; 7: 108: 1-14.
27. Norma Programa Nacional Alivio del Dolor y Cuidados Paliativos Ministerio de Salud Chile. 2009.
28. Holden R, Mehta K, Cunningham EJ, McLeod L. Development and Preliminary Validation of a Scale of Psychache. *Can J Behav Sci* 2001; 33 (4): 224-32.

Correspondencia:

Juan Carlos Méndez V.

Amunátegui 785 Oficina 327. La Serena, Chile.

Fono: 9 8666243

Email: jcmendezvergara@gmail.com