



**ESPECIALIZACIÓN EN PSICOONCOLOGÍA**

**TRABAJO INTEGRATIVO FINAL**

**ALGUNAS REFLEXIONES SOBRE LA EXPERIENCIA DEL  
DOLOR EN UNA PACIENTE CON CÁNCER  
“CASO MABEL”**

**PROBLEMA:**

¿Cuál es el proceso de formación del dolor?

¿Qué aspectos o dimensiones se expresan en el dolor de la paciente?

¿Cuál es la modalidad de afrontamiento que dispone Mabel frente al dolor?

**AUTOR:** PS. CLAUDIA LUCIANI

**TUTOR DISCIPLINAR DE CONTENIDOS:** LIC. SUSANA HANDELSMAN

**ORIENTADOR METODOLÓGICO:** LIC. ESP. CARINA PONCE

**DIRECTORA:** DRA. MARIA BOSNIC

**JUNIO - 2017 - CIUDAD AUTÓNOMA DE BUENOS AIRES**

# ÍNDICE

<b>INTRODUCCIÓN</b>	<b>1</b>
<b>CAPITULO I MARCO TEÓRICO</b>	<b>4</b>
<b>1. SIGNIFICADOS DEL DOLOR</b>	<b>4</b>
1.1 EL DOLOR A LO LARGO DE LA HISTORIA	4
1.2 EL DOLOR Y LA CULTURA	8
<b>2. TEORÍAS SOBRE EL DOLOR</b>	<b>12</b>
<b>3. PROCESO DE FORMACIÓN DEL DOLOR</b>	<b>14</b>
<b>4. DOLOR Y SUFRIMIENTO</b>	<b>19</b>
<b>5. TRATAMIENTOS DEL DOLOR</b>	<b>24</b>
5.1 TRATAMIENTOS FÍSICOS DEL DOLOR	25
5.2 INTERVENCIONES PSICOLÓGICAS EN EL TRATAMIENTO DEL DOLOR	26
<b>6. EL MODELO DE AFRONTAMIENTO AL ESTRÉS DE LAZARUS</b>	<b>28</b>
<b>CAPÍTULO II ASPECTOS METODOLÓGICOS DEL ESTUDIO DE CASO</b>	<b>35</b>
<i>2.1 PLANTEO DE PROBLEMA</i>	<b>36</b>
<i>2.2 OBJETIVOS DEL ESTUDIO DE CASO</i>	<b>36</b>
<b>CAPÍTULO III PRESENTACIÓN DEL CASO MABEL</b>	<b>37</b>
<b>3.1 GENOGRAMA</b>	<b>40</b>
<b>CAPÍTULO IV DESCRIPCIÓN DEL CASO MABEL</b>	<b>41</b>
<b>CAPÍTULO V ANÁLISIS DEL CASO MABEL</b>	<b>44</b>
<b>CONCLUSIONES GENERALES</b>	<b>48</b>
<b>REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS</b>	<b>52</b>
<b>ANEXOS</b>	<b>55</b>
<i>PALABRAS DE MABEL</i>	<b>55</b>

## **INTRODUCCIÓN**

El presente escrito corresponde al Trabajo Integrativo Final, requisito para la acreditación de la Especialización en PsicoOncología, que se dicta en la Universidad de Ciencias Empresariales y Sociales. El estudio pretende dar cuenta de la experiencia de dolor en Mabel, con el propósito de reflexionar sobre el modo particular que tiene esta paciente para responder al sufrimiento.

El caso se presenta como paradigma del padecimiento de un sujeto con enfermedad oncológica, que debe transitar y afrontar su propio dolor, para luego poder resignificar la pérdida de su salud física y psíquica; que también debe atravesar tratamientos, a los que se resiste, (sobre todo por prejuicios culturales) y; fundamentalmente, encontrar un nuevo sentido a su vida.

Con respecto al tema del dolor Nasio (2007) sostiene que, *“el antiguo dolor también puede aparecer transfigurado en otro afecto tan penoso como un sentimiento de culpa, transformado en una lesión psicosomática y hasta metamorfoseado en acto impulsivo”*. (p. 30).

Por cierto, el dolor aparece como un síntoma asociado a una enfermedad. En términos generales, es una respuesta a una amenaza (por ejemplo a una patología, que en el caso de Mabel es la oncológica, o también puede ser una respuesta ante una producción de la actividad mental); y además, es un antiguo aspecto que acompaña a la existencia humana con un componente adaptativo para lograr la preservación, el movimiento, o la inmovilidad del organismo a su circunstancia.

El término dolor proviene del latín *dolor-oris* y señala una sensación molesta y aflictiva, por lo general desagradable, en el cuerpo o en el espíritu. Es, por lo tanto, una experiencia sensorial y objetiva (dolor físico), y emocional y subjetiva (dolor psíquico o anímico).

La Asociación Internacional para el Estudio del Dolor (IASP) (1979-1994) define el dolor como *“una sensación no placentera y experiencia emocional asociada a un daño tisular actual o potencial o descrito en términos de este daño... El dolor es siempre subjetivo”*. (p.210). La palabra *experiencia* hace referencia a la función mental del cerebro, mientras que la palabra *sensación*

abarca los procesos neuronales que captan y transmiten la señal dolorosa. (p. 210).

A propósito de ésta definición, la Dra. Vidal y Benito (2008) señala que en la experiencia dolorosa, además de existir la lesión (real o potencial), se deben considerar características de personalidad, la historia de vida y las experiencias previas con el dolor, como factores que influyen en el significado de la enfermedad y el dolor que la persona construya. En tanto que el Dr. Liaño (s.f.) menciona que la percepción del dolor está supeditada al humor, a la moral, y al sentido que el paciente le da a éste síntoma. (p. 7).

Por cierto, mente y cuerpo son una unidad con expresiones diferentes. Por ejemplo, en la entrevista realizada por Fernando Urribarri a Pierre Marty, en 1992, él explica que lo psicossomático es un estado de cosas, y que un hombre es psicossomático, ya que en él se expresa la unidad cuerpo – espíritu. Por definición *psicossomático* quiere decir humano. (p. 3).

Los últimos estudios en neurociencias sociales han demostrado que en el cerebro se activa la misma zona neuromotora nociceptiva, tanto para el caso del dolor emocional y social, como también ante una experiencia de dolor física. Es decir, que el sufrimiento producto de un dolor físico, como el generado por un dolor emocional o social, son percibidos y modulados por las mismas zonas cerebrales. (Jairo, Vélez y Krikorian, 2008, p. 248).

En resumen, con dichas investigaciones se abren nuevos paradigmas, pues para el cerebro el sufrimiento y el dolor son expresiones de la actividad de las mismas áreas topográficas, lo cual indica que son matices diferentes de una misma respuesta.

Por último, es importante mencionar que datos estadísticos del año 2002 establecen que, aproximadamente, 4.000.000 de pacientes oncológicos padecerán dolor en algún momento en la evolución de la enfermedad, asociado a la misma enfermedad, a invasión tumoral, secundario a tratamientos oncológicos, y/o debido a causas varias. (Vidal y Benito, 2008, p. 55-56). Por lo cual, y más allá de todas estas consideraciones, se debe contemplar y reparar en el hecho que cuando la persona dice que le duele, realmente es así.

En razón de estas primeras ideas es que el trabajo se compone de conceptos tomados de diversas disciplinas como la Psicología, la Psico-Oncología, la Filosofía, el Psicoanálisis y la Medicina. Su desarrollo está

integrado por los siguientes capítulos: El primero de ellos corresponde al Marco Teórico, en el que se abordan los aspectos históricos y culturales del dolor; se explica el proceso de formación del dolor y el sufrimiento; como también se formula el concepto de afrontamiento al estrés que provoca toda enfermedad oncológica. Posteriormente se exponen los aspectos metodológicos del trabajo, para luego presentar el caso Mabel, con el fin de efectuar su posterior descripción y análisis. El trabajo finaliza con el desarrollo de las Conclusiones y el detalle de las Referencias Bibliográficas consultadas.

# **CAPITULO I**

## **MARCO TEÓRICO**

### **1. Significados del Dolor**

El dolor es una experiencia universal, pues todo el mundo ha sentido dolor al menos alguna vez en su vida. Asimismo, es posible afirmar que desde los orígenes de la humanidad se lucha contra él; aunque también es tenido en cuenta como un compañero de la vida, formando, conjuntamente con la enfermedad, una dupla que ha acompañado al Hombre a lo largo de la Historia. Quizás en razón de esto es que se buscan diversas maneras de tratarlo.

A propósito de la universalidad del dolor no es posible atribuirle un único significado ni responder ante él de una única manera. En el dolor confluyen aspectos físicos, psicológicos, espirituales y sociales, por lo cual son muchas las dimensiones que deben considerarse.

Finalmente, es oportuno expresar que a lo largo de la historia de la humanidad la experiencia del dolor y su tratamiento han estado influidos por las concepciones de la época. A continuación se describen brevemente algunas de sus significaciones.

#### ***1.1 El Dolor a lo Largo de la Historia***

El siglo XVIII marca un punto bisagra en el estudio del dolor y su tratamiento, un antes y un después asociado a los avatares científicos. En lo que sigue se apela al estudio realizado por Pérez-Cajaraville, Abejón, Ortíz y Pérez (2005) quienes hacen una cronología que recorre desde el año 9000 a.C. hasta el siglo XX.

Por ejemplo, entre muchos de los datos que aportan, observan que el hombre primitivo creía que el dolor era causado por demonios o espíritus de muertos que entran al cuerpo por sus orificios. (p. 382). En el caso de los sumerios, en el año 4000 a.C., ellos empleaban el uso de plantas para atacar el dolor. Este es el momento en que comienza a conocerse el uso del opio

(adormidera) como una planta que causa alegría. Luego, durante el período mesopotámico (3000 a.C.) *Asu* es reconocido como el médico encargado de aliviar el dolor a través de exorcismos, dolor que era considerado como un castigo divino. Además, se dedicaban oraciones para obtener el perdón de los Dioses y se utilizaban hojas de mirto, cuyas propiedades analgésicas son reconocidas en la actualidad. (p. 373 - 374).

Los asirios han aplicado técnicas anestésicas para la cirugía y el alivio del dolor consistentes en lograr un estado de inconsciencia a partir de la presión de las arterias en la zona del cuello. Por su parte, Torres y Compañ (2006) aclaran que en la antigua Babilonia todo lo relacionado con la medicina es tratado por sacerdotes debido a que las enfermedades y el dolor tenían un significado sagrado, por lo tanto, más allá del doliente o el enfermo, la actuación en ese momento consistía en aplacar la ira de los Dioses para lograr un estado favorable respecto al paciente. (p. 7).

En el Antiguo Egipto se creía que el sufrimiento ingresaba por las fosas nasales o por los oídos (como un castigo divino) y se eliminaba a través de la orina, del vómito, los estornudos o el sudor. En razón de ésta creencia la terapéutica se dirigía a potenciar estas manifestaciones fisiológicas, y para ello utilizaban plantas como el opio, el cannabis, la adormidera y la mandrágora. (p. 374).

Continuando con la exposición de los autores, en la India el dolor era la manifestación expresada ante la frustración de los deseos, por lo cual se actuaba en el plano emocional proponiendo la eliminación del deseo que dio origen al dolor. Es importante destacar que los hindúes y budistas fueron los primeros en señalar la importancia del componente psicológico del dolor. Así es que Buda reconoce en el mal (el dolor) la causa de todos los sufrimientos, expresada en la primera de las cuatro verdades del budismo: *“El dolor es universal. Nadie puede liberarse de él, desde el nacimiento hasta la muerte”*. Y respecto a la terapéutica existían tres grupos: las formulaciones mágicas y los actos religiosos (*mantras*), la indicación de alimentos específicos y dietas, y el último grupo constituido por preparados destinados a eliminar la causa que producía el dolor a partir de la curación de la mente. (p. 375).

En la Antigua Grecia (Siglo IV a.C.), en los preceptos de la filosofía helénica, se ven los cimientos de la tradición médica occidental. En la sociedad

griega fueron los filósofos y no los sacerdotes quienes se ocupaban de los aspectos médicos. Ya Epicuro expresaba el tratamiento del dolor con términos que incluso hoy se utilizan. Por ejemplo, diseñó el tetrafármaco (tetrapharmakos) formado por cuatro sustancias (cera amarilla, resina de pino, colofonia y sebo de carnero) como remedio para la cura de las heridas y como una manera de lograr una vida lo más feliz posible, lejos de los cuatro grandes males de la humanidad constituidos por el miedo a Dios, al futuro, a la muerte y al dolor. Es importante aclarar que para Epicuro, una persona es feliz cuando puede controlar sus miedos, por ésta razón en su filosofía se observa que la única manera de alcanzar la tranquilidad del alma (*ataraxia*) es a través de la ausencia del dolor (*aporía*). (Boeri y Balzaretti, 2002, p. 31).

Durante el Imperio Romano el dolor estuvo relacionado con la inflamación, el enrojecimiento, la tumefacción, el calor y el aumento de la temperatura corporal. Surge en ésta época la figura de Galeno (que define el dolor como una sensación originada en el cerebro), quien con sus estudios de fisiología establece la importancia del sistema nervioso central y periférico estableciendo, además, la anatomía de los nervios espinales y craneales. (Torres y Compañ, 2006, p. 8).

Respecto a los indígenas americanos, los incas peruanos usaron la hoja de coca para calmar la totalidad del sufrimiento humano (hambre, cansancio, miserias y desdichas), que representaba un regalo de Manco Capac, hijo del Dios del Sol. En toda Sudamérica existen tribus donde la coca cumple una función mágica y empírica, así es que el hechicero tiene el papel de aplacar los malos espíritus. Entre los patagones y guaraníes (Paraguay) para disminuir el dolor se usan hierbas curativas, además de operaciones y sangrías; entre los araucanos (Chile) se emplean las flores de la *maya* como anestésico; y en el caso de los mayas (México) ellos administran *estramonio* a las mujeres para paliar los dolores del parto. (Pérez-Cajaraville y otros, 2005, p. 374).

Posteriormente, a partir del siglo XVIII y en adelante, debido al gran avance en las ciencias paramédicas (anatomía, física, química) se pasa del tratamiento analgésico-anestésico, hasta ese momento empírico, al uso farmacológico con el empleo de la anestesia moderna.

Por su parte, Bonica y Loeser (2003) dan cuenta que si bien durante el siglo XVIII los conceptos sobre la naturaleza del dolor han prevalecido, como

así también los métodos para anularlo y paliarlo, lo que marca una diferencia es que se comienza a asociarse el dolor con cambios en los movimientos sensoriales del cuerpo, que se hacen más intensos de lo normal; con excesos de presión, distensión, mayor frío o calor; anticipando, de este modo, lo que más adelante se conocerá como la teoría de la intensividad o sumatoria del dolor, que será explicada en el capítulo siguiente. Finalmente, ya a finales de este siglo, el descubrimiento del óxido nitroso y sus propiedades analgésicas abre las puertas a una nueva concepción de la analgesia. (p. 7).

Es en los comienzos del siglo XIX, con el surgimiento de la fisiología como ciencia experimental, que se realiza un estudio más acabado de las sensaciones en general y del dolor en particular. Es también en ésta época que comienza el uso de la morfina (aislada del opio crudo) para el tratamiento del dolor. Además, a través de otras técnicas se logra el aislamiento de la codeína como otro de los elementos alcaloides con efectos anestésicos. (Bonica y Loeser, 2003, p. 8).

También es importante señalar que con el advenimiento de la anestesia y el uso de la hipnosis en cirugía surgen otros métodos para el tratamiento del dolor, no quirúrgicos. Este es el caso de las psicoterapias, que a través del empleo de distintos enfoques y técnicas tratan, por medio de la palabra, de lograr el alivio de la dolencia. La psicoterapia cuenta con varios métodos, técnicas y enfoques teóricos, como el modelo cognitivo-conductual, el interpersonal, el humanista, la terapia racional emotiva, el psicoanálisis y la terapia de aceptación y compromiso, entre otros.

Por entonces se suceden adelantos en la fisioterapia, con diversas modalidades como hidroterapia, electroterapia, termoterapia, mecanoterapia, todas con el objetivo de aliviar el dolor. Por último, con el descubrimiento de los rayos X se produce el punto de partida de la radioterapia para ser empleada en muchos cuadros dolorosos.

Con el auge de la morfina ésta pasa a ser el analgésico por excelencia de uso burgués, tanto para intelectuales como para profesionales, considerándola una *droga mágica*, barata, de libre circulación, e incluso que puede ser consumida en forma de bebida, como sucedía en las altas clases sociales.

Ya en el siglo XX se elaboran anestésicos sintéticos, como la novocaína, dando comienzo al desarrollo de la anestesia regional o local, como también a las denominadas peridurales, con el fin de tratar dolores crónicos como las lumbalgias. Al mismo tiempo, como método analgésico, comienza a practicarse la *fenolización*<sup>1</sup> de nervios periféricos.

Es en las últimas décadas del siglo XX cuando se crean servicios médicos dedicados al tratamiento del dolor. Se trata de unidades destinadas a afrontar el dolor agudo en sus distintas manifestaciones, como las secuelas de los heridos de guerra y casos de dolores postoperatorios. (Pérez-Cajaraville y otros, 2005, p.380 - 382).

En síntesis, en éste apartado se ha intentado dar cuenta del concepto dolor a lo largo de la historia, como también referir a su tratamiento en el contexto de las distintas concepciones sobre *salud y enfermedad* que han existido hasta la actualidad. A continuación se profundiza el tema del dolor y su relación con la cultura.

## **1.2. El Dolor y la Cultura**

La cultura define, entre muchas otras cosas, las creencias acerca de la salud y la enfermedad, la experiencia y las respuestas al dolor, la selección de los cuidados médicos, el valor atribuido al cuerpo, y la fuente de apoyo que recibe una persona enferma. Y por supuesto, también existe una concepción cultural del cáncer como enfermedad asociada al concepto de sufrimiento, dolor y muerte.

Justamente Sontag (1980) en su libro, *La Enfermedad y sus Metáforas*, reflexiona acerca de los significados y mitos culturales y sociales relacionados con la tuberculosis, la sífilis y el cáncer. Allí, hace un exhaustivo análisis respecto a que dichas enfermedades, cuyas causas son desconocidas y sus tratamientos existentes no siempre eficaces, tienden a generar diversos significados; ante lo cual expresa: “*Se proyecta sobre la enfermedad lo que uno*

---

<sup>1</sup> Procedimiento terapéutico que consiste en la introducción de fenol para la destrucción de una porción de tejido (metástasis, ganglios neurales). Clínica Universidad de Navarra. (s.f.). *Diccionario Médico*. Recuperado de: <http://www.cun.es/diccionario-medico/terminos/fenolizacion>

*piensa sobre el mal. Y se proyecta a su vez la enfermedad (así enriquecida en su significado), sobre el mundo". (p. 89).*

Y por su parte Die Trill (2003) define la cultura como el conjunto de patrones aprendidos de comportamiento, creencias y valores compartidos por un grupo social particular que otorgan a los individuos identidad, pertenencia y marco de referencia para interpretar la experiencia. (p. 40).

En consecuencia, el cuidado del paciente con cáncer debería integrar variables culturales que influyen en el afrontamiento a la enfermedad, puesto que cada individuo cuenta con un bagaje cultural que afecta tanto positiva como negativamente sobre el proceso oncológico, y que se puede equiparar con la estructura individual y el estilo de afrontamiento.

Dentro del bagaje cultural Die Trill (2003) menciona las atribuciones causales al cáncer, el rol de la familia en el cuidado del paciente, el proceso de transmisión de la información médica, las actitudes ante el dolor y ante la muerte, y los rituales de duelo. (p. 39).

Como se puede observar, la cultura influye significativamente en la manera que cada individuo acepta y transcurre el devenir de la enfermedad, como así también en el modo en que se realiza el proceso de transmisión de la información médica, ya sea para el caso de un adulto o de un infante.

En algunas culturas, aún en la actualidad, no se le transmite al niño la enfermedad que padece, mientras que en otras se les otorga a los pequeños una explicación de la enfermedad que padecen, y además se les aclara sobre la razón de la internación, si necesita ser hospitalizado, o el tipo de tratamiento a recibir, para que, de algún modo, tenga una participación activa en el proceso.

En las sociedades con alta tasa de inmigración se trata la enfermedad en entornos culturales diferentes de los que proceden los pacientes, y esto de alguna manera es un determinante cultural que condiciona el modo en que el paciente transitará esta experiencia.

El cáncer es una enfermedad temida en todas las culturas, por ello las variables culturales antes mencionadas deberían integrarse dentro de un protocolo, a tener en cuenta, al momento de dar información al enfermo y a su familia.

Como fue expresado, el cáncer siempre aparece asociado al sufrimiento, al dolor y a la muerte, no obstante, las actitudes y comportamientos varían entre los individuos, por lo cual, los factores culturales junto a otras variables explicarán la interpretación y el sentido que cada uno le asigne a la enfermedad. Por cierto, cuando se realice el análisis del caso Mabel algunas de estas variables se verán ilustradas.

Un ejemplo de las concepciones en diferentes culturas se puede observar en Occidente, dentro de los sistemas públicos y privados de atención primaria, secundaria y especializada, como hospitales, clínicas y sanatorios, en los que las condiciones sanitarias y hospitalarias varían según se trate de países en vías de desarrollo versus otros que no lo son. Esto, de alguna manera, también influye sobre la población enferma quien exige el respeto de sus derechos según sea atendido en uno u otro país.

Por otra parte, hay un estudio realizado por Streltzer (1997) en el que se observan otro tipo de diferencias habidas según los distintos significados que las culturas le otorgan al dolor:

*En algunas culturas el parto es considerado como un proceso peligroso y doloroso que debe ser tutelado, las mujeres expresan un gran dolor en el parto natural y tardan días en su recuperación, en cambio en otras culturas la parturienta se aísla para tener el bebé, tiende a no expresar su dolor y su incorporación a las tareas cotidianas es mucho más rápida. Otra investigación del mismo autor, se centra en las diferencias que se producen entre personas italoamericanas y las de procedencia anglosajona que, culturalmente, expresan el dolor de forma distinta. En estudios entre enfermos de cáncer en China y en países europeos, el autor compara el uso de opiáceos para paliar el dolor, que llega al 70% en estos últimos, mientras que los pacientes chinos únicamente los toman en el 4%. (Torres y Compañ, 2006, p. 9).*

En definitiva, son numerosas las variables que determinan cómo reacciona un individuo al diagnóstico de cáncer y a su tratamiento. Como ha quedado expuesto, la cultura juega un papel importante, puesto que el conocimiento básico de los aspectos culturales es una fuerte influencia en la adaptación a la enfermedad. Incluso es fundamental considerar la actitud ante el dolor, que puede ir desde una postura estoica hasta evidenciar una reacción patológica frente al mismo. Y respecto al tratamiento del dolor éste varía

significativamente de una cultura a otra, así es que se pueden emplear agentes externos que lo controlen, como ungüentos, masajes, bálsamos, etc., o agentes internos tales como la medicación oral y la acupuntura.

En la actualidad, con el avance de la globalización, cada vez más multicultural, la profundización de los conceptos culturales adquiere una creciente importancia y mejora el cuidado integral del paciente con cáncer, con el fin de optimizar los resultados terapéuticos.

En consecuencia, se trata de ver cómo las culturas conforman o modifican la experiencia de dolor. Por ejemplo, dentro de la cultura occidental el dolor se circunscribe a ser un problema médico. Morris (1996), quien explora la construcción histórica, cultural y psicológica del dolor, formula que cuando se piensa en el dolor la imagen que surge es la de una escena que incluye médicos, drogas, ungüentos, hospitales, cirugías, formularios de obras sociales, etc. Y agrega que es necesario ampliar el discurso médico e incluir otros géneros como el literario, en el que los escritores, a través de ensayos, poesías, novelas u obras de teatro, narren voces de los padecientes, apropiándose del discurso del dolor con el fin de evidenciar la intersección entre cuerpo, mente y cultura. (p.2- 3).

Visto desde el plano cultural el autor advierte que el dolor implica un encuentro de lo humano con el significado. La palabra *dolor y su significado* cumplen una función social indispensable, pues el dolor lleva una existencia silenciosa y secreta que es puesta en palabras, más allá de la mera transmisión de los impulsos nerviosos. Y afirma que es un relato que contiene todo lo que de alguna manera ha sentido la humanidad a lo largo de la historia y que, culturalmente, va pasando como trasmisión generacional, como una experiencia que incluye los niveles más personales del vivir. Después de todo, reflexiona, el dolor sólo ocurre mientras se percibe, pues si se anula la mente, el dolor se detiene. (p. 18)

Nasio (1999) manifiesta que se debe atribuir un valor simbólico al dolor, para poder calmarlo, y así, al tomarlo como expresión de otra cosa se despega del dolor que causa. Dar un sentido al dolor significa entrar en concordancia con él, tratar de vibrar con él, y en ese estado esperar a que el tiempo lo desgaste. (p.22).

Hasta aquí se ha efectuado un breve desarrollo acerca del significado del concepto de dolor a lo largo de la historia y la influencia de la cultura en las actitudes ante la enfermedad y ante el dolor. A continuación, se presentan algunas teorías que proporcionan una aproximación al entendimiento del dolor. Si bien no constituyen una respuesta absoluta, intentan dar cuenta de cómo se puede controlar ese sentimiento.

## **2. Teorías sobre el Dolor**

Frente a la pregunta: ¿cómo se produce el dolor? hay teorías que realizan un intento de explicación y comprensión del fenómeno teniendo en cuenta estudios anatómicos, fisiológicos e histológicos. A continuación se describen: la teoría de la especificidad, la teoría de la intensividad (sumatoria) y la teoría de la compuerta.

Según la teoría de la especificidad, que tiene como exponente a René Descartes (1596-1650), se considera que el dolor es una experiencia sensorial concreta, concepción que predomina durante el siglo XIX. Concretamente plantea que el dolor es un fenómeno físico, una sensación específica que dispone de su propio aparato sensorial, y que es independiente del tacto o de otros sentidos. Y postula la existencia de receptores específicos para el dolor que transmiten la información a centros cerebrales, también específicos, a través de la médula espinal.

En base a esta teoría el tratamiento para aliviar el dolor es el bloqueo de las vías de transmisión del dolor, a partir de intervenciones quirúrgicas o por medio de la administración de analgésicos. Las respuestas a este tipo de tratamiento han sido más favorables para el dolor de tipo agudo, pero no así para el crónico. En consecuencia, no tiene cabida la consideración de los aspectos psicológicos implicados en el dolor, pues sólo se considera su fisiología y reacción. (Torres y Compañ, 2006, p. 18 - 19).

Bónica y Loeser (2003) describen la teoría de la intensividad en la que está implicado el concepto aristotélico de dolor, entendido como el resultado

de la excesiva estimulación del sentido del tacto, por lo cual cada estímulo sensorial puede producir dolor si alcanza la intensidad suficiente. (p. 9).

Esta teoría plantea que los impulsos nerviosos, cargados de estímulos intensos, desencadenan el dolor producido por la sumatoria de los impulsos sensoriales de la piel, es decir, que el exceso de estimulación rebasa la capacidad y activa, a modo de descarga, esa excitación, produciendo el dolor.

Por último, la teoría de la compuerta tiene como representantes a Melzack y a Wall quienes publican una nueva manera de evaluar los mecanismos del dolor. Lo fundamental es que representa un cambio profundo en la concepción de los mecanismos implicados en el dolor al conceder importancia tanto al sistema periférico como al sistema central en su modulación:

*Según esta perspectiva, ya no se puede hablar de una relación unívoca entre la magnitud de la lesión y la experiencia de dolor, sino que es necesario tener en cuenta la presencia de un mecanismo de modulación tanto a nivel medular como a nivel cerebral. La principal aportación de la teoría es la noción de este mecanismo de control (compuerta) y la concepción multidimensional del dolor, incorporando a lo sensorial otros componentes como afectivos, biológicos y psicológicos.*

*Según el propio autor de la teoría, la contribución más importante de esta nueva perspectiva fue el énfasis en los mecanismos neurales centrales, lo que obligó a las ciencias médicas y biológicas a concebir el cerebro como un sistema activo que filtra, selecciona y modula los estímulos. (Torres y Compañ, 2006, p. 10)*

En las teorías expuestas aquí se observa como denominador común el afán de conocer los mecanismos que desarrollan el dolor para poder eliminarlo o al menos aliviarlo. Se ha visto que el dolor puede ser causado por lesión de tejidos o de nervios periféricos del sistema nervioso central, aunque también existe un origen psíquico del trastorno doloroso, o como dice Nasio (2007), el factor psíquico interviene en la génesis de todo dolor corporal. (p. 12). Esto extiende el campo del dolor más allá de la esfera neurofisiológica dando lugar a los aspectos psicológicos que pasan a ser considerados como un componente fundamental en la determinación del hecho doloroso.

El dolor es uno de los factores que ha producido modificaciones en el curso de la humanidad, sobre todo teniendo en cuenta los efectos devastadores que ha causado (observable en las tempestades, en las

epidemias, en las guerras, etc.). Es un tema sobre el que muchos han podido decir algo, desde científicos, escritores, poetas, filósofos, artistas. Por ejemplo, Bonica y Loeser (2003) hacen referencia a Milton, quien en el *Paraíso Perdido*, escribe: “*el dolor es la desgracia absoluta, el peor de todos los males, y si es excesivo agota toda paciencia*”. (p. 4). Es ahí donde se vislumbra que a partir de entender la naturaleza del dolor es, quizás, más factible erradicarlo.

Después de haber transitado por los aspectos históricos y culturales del dolor y luego de haber indagado sus concepciones a través de las distintas teorías es importante describir el proceso de formación del dolor para lograr una comprensión completa del concepto.

### **3. Proceso de Formación del Dolor**

El dolor es una emoción que involucra aspectos fisiológicos y psicológicos en estado de alerta, por lo cual es necesaria su discriminación. El dolor físico corresponde al terreno de lo neurofisiológico, en tanto que el dolor psíquico hace referencia a todo lo que abarca el campo de la psique. También es válido decir que el dolor físico sucede en un cuerpo, y lo que resuena de ese dolor queda registrado en la mente.

*El dolor de una quemadura, por ejemplo encontraría su explicación en mecanismos neuroquímicos y el psiquismo de la persona quemada sólo recibiría las repercusiones morales del dolor experimentado, como si existieran, por un lado el fenómeno doloroso –que se explica científicamente en virtud de la transmisión del mensaje nociceptivo en el seno del sistema nervioso- y, por otro lado, las inevitables consecuencias psicológicas y sociales que provoca, por ejemplo, un dolor crónico. (Nasio, 2007, p. 11).*

Entonces, para entender el dolor desde la perspectiva psicológica y también para poder atenderlo es necesario tener en cuenta las múltiples vivencias fenomenológicas o las multidimensiones que el concepto abarca. En primer término, se inicia como un proceso biológico que da respuesta a determinados estímulos, lo que supone una alteración estructural o funcional, atravesando un proceso psicológico que conlleva sufrimiento, y también acompañado de un proceso social, pues, generalmente, produce invalidez.

Para comprender el origen del trastorno doloroso es preciso observar el factor psíquico que participa en la génesis de todo dolor corporal considerado como uno de los factores principales de la emoción dolorosa. Así, en la definición que propone la International Association for the Study of Pain (1979) se afirma que el dolor es: *“una experiencia sensorial y emocional desagradable, asociada con una lesión tisular real o potencial o incluso descrita en términos que evocan una lesión de esa índole.* (p. 206).

La amplia extensión en el campo del dolor permite no circunscribirlo a lo neurofisiológico, por lo cual también se anexa al terreno de lo psicológico. Así también lo considera Nasio (2007) al definir la psicogénesis del dolor, pues de esta manera confluyen ambos campos. (p. 15).

Para dicho autor en el proceso de formación del dolor se identifican tres etapas: la primera denominada **etapa de la lesión**, que empieza con una **ruptura** (dolor de la lesión); luego continúa la **etapa de la conmoción**, también definida como el momento del **shock traumático** (dolor de la conmoción); proceso que finaliza con una **reacción defensiva del yo**, o dolor de la reacción. (p. 20).

En el dolor de la lesión el autor señala que hay un cuerpo doliente. El yo siente dolor en los tejidos. El cuerpo es fuente de la sensación de dolor. Dicha sensación se reaviva al formarse la representación mental de la herida, y puede decirse que en el lugar donde se experimenta el dolor (dolor de la lesión) el cuerpo se segmenta y la región dolorosa cobra autonomía y rigor. Aunque es más correcto decir que no es en la herida donde se localiza el dolor, sino en el mismo yo: *“El dolor no está en la lesión; la sensación dolorosa está en el cerebro y la emoción dolorosa está en los cimientos del yo -en el ello-”.* (p. 20).

En el dolor de la conmoción advierte que se necesita que la estimulación sea lo suficientemente fuerte para que, además del daño tisular, se desencadene un shock traumático interno. Por esta razón afirma que hay un sujeto que percibe en forma conjunta el dolor de la lesión en la frontera de su cuerpo más el sufrimiento interno que lo estremece (dolor de la conmoción). (p. 21).

Además, señala que si se desea hacer una localización topográfica en el dolor de la lesión, éste incide en la frontera del cuerpo del sujeto. Se trata de un dolor con una doble percepción: una vuelta hacia afuera (externa) para captar

la lesión y la sensación dolorosa, y una vuelta hacia dentro (interna) para captar el trastorno psíquico que conlleva la primera percepción. (p. 22).

En ambos casos se imprime en el yo una imagen para el dolor de la lesión. Esta imagen es consciente y sucede al unísono con la lesión misma, pero la conmoción sacude y deja sus huellas en el inconsciente. Como consecuencia genera otros episodios traumáticos, en algunas ocasiones incluso con manifestaciones psicósomáticas como, por ejemplo, un nuevo dolor psicogénico, una culpa, o cualquier otra conducta de índole impulsiva.

En definitiva, emerge un nuevo dolor fruto de la primera experiencia dolorosa que registró la psique, como el dolor de la conmoción, que vuelve del pasado adquiriendo la condición de dolor inconsciente. Pero, ¿qué duele con el dolor? Una posible respuesta radica en que eso que retorna dolorosamente es un plus de sufrimiento. Se trata de un dolor nuevo que se manifiesta en el cuerpo sin causa orgánica.

En algunas ocasiones eso que no se puede decir se tramita en el cuerpo como un síntoma psicósomático. Todos, en algún momento, hemos experimentado una descarga en el soma de algo que no se puede tolerar a nivel emocional. Esto sucede tanto de manera consciente como inconsciente. En relación a este tema, en 1991, Mc Dougall afirma que: “... *todos tenemos tendencia a somatizar cuando ciertas circunstancias internas o externas a nosotros sobrepasan nuestros modos psicológicos habituales de resistencia*”. (p. 13).

Entonces, puede suceder que un antiguo dolor aparezca transformado en otro afecto tan penoso como una afección psicósomática, o también puede suceder que se transfigure en un sentimiento de culpa, o mute en un acto impulsivo. Estos cambios se producen como respuesta a las vicisitudes que, dependiendo del flujo de energía dolorosa, hacen su descarga en otras neuronas y no dónde se habían inscripto por primera vez. Esto se advierte, por ejemplo, cuando el dolor físico se convierte en inconsciente, en este caso repercute en el sujeto como una pena -angustia- lo que imprime la existencia de un primer dolor, o dolor original, inaugural, primordial, desde donde surgen todos los dolores físicos y psíquicos, lugar donde reside el afecto penoso del displacer.

En definitiva, un traumatismo deja sus huellas en el inconsciente, y luego éstas pueden exteriorizarse al ser reanimadas por un nuevo dolor. Con otras palabras, el dolor inconsciente es el recuerdo o la memoria de un antiguo sufrimiento traumático.

Ahora bien, no se puede ser tan reduccionista y decir que el dolor inconsciente es el sufrimiento del momento. Por el contrario, el dolor psíquico abarca una noción más amplia que designa un proceso activo que empieza con una agresión externa (causante del dolor traumático) y se complementa con otra, cuya carga de excitación es interna. Al decir de Nasio (2007): *“el dolor inconsciente es una aptitud, aptitud del Yo para recordar un antiguo traumatismo doloroso de una manera diferente del recuerdo consciente: el dolor inconsciente es el nombre que damos a la memoria inconsciente del dolor”*. (p. 36).

Luego de haber descripto las fases de formación del dolor experimentado a partir de una lesión y su inscripción en el inconsciente por medio de la conmoción, transformándose en fuente de sufrimiento posterior, sólo resta plantear el tercer tiempo de dicha formación que abarca el dolor de la reacción.

Según lo explica el propio Nasio (2007) la respuesta a la agresión física, que causa lesión y conmoción, es una reacción. El yo reacciona concentrando toda su energía para poder localizar la lesión. Esta respuesta no es sólo del orden fisiológico, también se transfiere esa carga de energía hacia representaciones psíquicas constitutivas del yo. Cuando el cuerpo sufre una lesión se desencadena una reacción. (p. 42).

De esta manera el autor explica que el yo contrainvierte la zona del cuerpo lesionado e intensifica el dolor, es decir, que concentra toda la energía que dispone alrededor de la herida para tapar la brecha y detener la excesiva carga de excitación que hay en esa zona. Este es un movimiento reactivo de energía que se produce en la representación psíquica de la herida y que resulta inadecuado, pues en vez de aplacar el dolor, lo acrecienta.

Freud (1926) sostiene que el dolor físico encuentra su explicación en la concentración de la investidura (libidinal) en la representación psíquica del lugar dolorido del cuerpo. Sobre este punto parece residir la transferencia de la

sensación de dolor al dominio psíquico, dicho paso corresponde a la transformación de la investidura narcisista en investidura de objeto. (p. 130).

Lo que resulta interesante en este punto es que tanto en el caso del dolor corporal, en el cual hay sobreinvestidura narcisista, como en el caso del dolor psíquico, (sobreinvestidura del objeto), se presenta el mismo fenómeno:

*Lo que engendra el dolor es la valorización afectiva demasiado intensa, de la representación que está en nuestro interior de la cosa a la cual estábamos ligados y de la que ahora hemos sido privados, sea una parte de nuestro cuerpo o el ser que amamos. (Nasio, 2007, p. 40).*

En definitiva, en la experiencia de dolor siempre está implicado lo que cada individuo le atribuye, en términos de significado, a los hechos desagradables o displacenteros. Este es un proceso senso-perceptivo, interpretado como un todo, en el que lo sensorial forma parte de lo fisiológico, mientras que el campo de lo perceptual es de índole netamente psicológica.

A modo de cierre lo que se advierte es que el dolor físico comprende lo que el yo percibe nociocépticamente (sensación dolorosa), acompañado de la representación psíquica de la zona afectada, conjuntamente con una sobreinvestidura de esta zona, causando en ese momento displacer y reactivando experiencias dolorosas anteriores. En tanto que en el dolor psíquico, la representación está ligada al objeto amado y perdido. De este modo cualquier estímulo la reactiva creando la reaparición del dolor.

*... el dolor es una pseudopulsión. El dolor corporal se origina en un estímulo intenso que atraviesa la barrera antiestímulo y actúa en forma continuada. Desde la zona lesionada fluyen excitaciones similares a las que provienen del interior del aparato psíquico. De allí el nombre de pseudopulsión. Pero en tanto la pulsión busca como meta la satisfacción, el dolor actúa como una señal de alarma para hallar el cese de su causa. Frente a la pulsión, el yo puede oponer la represión; en cambio, frente al dolor, queda impotente. (Freud, 1895) (D'Alvia, 2001, p. 28).*

## 4. Dolor y Sufrimiento

Luego de haber diferenciado las distintas etapas que intervienen en el proceso de formación del dolor es necesario distinguir los conceptos de dolor y sufrimiento con el propósito de abordar una mejor comprensión del proceso.

Es sabido que existe una amplia aceptación de definiciones de *dolor* centradas en la percepción del mismo. En este sentido, se considera al dolor como un complejo fenómeno perceptual, de naturaleza multidimensional, modulado por factores fisiológicos, motivacionales y cognitivos.

El dolor está ligado a lo traumático y también refiere a la pérdida de cierto equilibrio. Sin embargo, con el transcurrir del tiempo en la vida del adulto, y a partir de este desorden, se irán empleando distintos mecanismos de defensa para poder compensar otras sensaciones como la angustia, el miedo y la aversión.

En su presentación sobre el dolor Ávila Espada (2011) lo diferencia, en primera instancia, de la polaridad dolor-placer (que tiene más relación con el dolor físico). Concretamente hace referencia al dolor y al sufrimiento psíquico como expresiones psíquicas de experiencias sensibles del ser humano. Dolor y sufrimiento psíquico no son sinónimos ni equivalentes, pues ambos términos poseen diferentes implicancias. (p. 130).

Para el autor el dolor psíquico, que también denomina mental, emerge cuando se produce una herida narcisista. Está más asociado a una sensación de miedo, de desvalimiento, en el que se mezclan la psique con lo somático, es una herida del yo que causa displacer, que produce malestar. En tanto que el sufrimiento psíquico proviene de la ruptura del sujeto con el objeto, expresándose como ansiedad por la pérdida de la gratificación del objeto o de las relaciones interpersonales (como es el caso de la separación o del duelo). (p. 130).

En el dolor, el yo padece. En el sufrir, el sujeto convoca y pide que se lo ayude, porque no puede ni quiere seguir sufriendo. En palabras de Fleming (2005), que propone diferenciar entre dolor mental y sufrimiento psíquico:

*El sufrimiento Psíquico se refiere al Yo sufro, se expresa en palabras y comunicaciones verbales cuya producción puede ser placentera y es*

*susceptible de ser elaborado a través del duelo. El Dolor Mental no se refiere ni al yo ni al objeto, no es pensable, ni representable, ni puede ser comunicado; tampoco da opción a su elaboración. Es absurdo, estremecedor, extravagante. Reside en la frontera entre soma y psique. (p. 132).*

Ahora bien, si se vuelve a la fuente del dolor mental y al origen del sufrimiento psíquico, más allá del proceso de formación del dolor, éste tiene su acontecer en lo traumático, cualquiera sea el trauma, y sobrepasa el umbral de tolerancia que cada persona tiene. Tanto para lo biológico como para lo psíquico la fuente es el trauma, presente de diversos modos, pero siempre dando origen al dolor o al sufrimiento.

Si bien constantemente se intenta medir o encontrar métodos que determinen de un modo más exacto el grado de dolor que cada sujeto siente, la mayoría de los teóricos acuerdan con que el dolor es siempre subjetivo. Cada persona experimenta dolor y va descifrando su significado.

En la compilación llevada a cabo por D'Alvia (2001), además de hacer consideraciones generales sobre el dolor, efectúa un recorrido a través de los distintos ciclos vitales. También describe las últimas investigaciones sobre el funcionamiento neuronal que permiten demostrar que en la vida fetal se desarrollan las vías de transmisión del dolor, y establece diferentes consideraciones del dolor dependiendo del tipo de estructura psíquica:

*-en la psiconeurosis, el dolor estará más ligado al sufrimiento, como un dolor psíquico historizado;*  
*-en la depresión, el dolor estará más relacionado con la pérdida del objeto y ligado a inhibiciones psíquicas y culpa;*  
*-en la melancolía, el dolor por la pérdida del objeto da lugar a un agotamiento libidinal y a la pérdida del yo;*  
*-en los trastornos psicósomáticos, el dolor tiene una categorización variable. Este es un dolor no simbolizado, que no permite una historización de lo vivido. (p. 41).*

Más allá que el dolor sea un fenómeno unitario y que cada persona lo sienta de manera particular no se pueden dejar de clasificar algunos tipos de dolor. Sánchez Herrera (2003), luego de hacer una revisión de distintos autores, describe que dependiendo de la duración el dolor, se clasifica en: *dolor agudo*, como aquel que se presenta con una duración menor de tres meses; y

*dolor crónico*, que se manifiesta con una duración mayor a tres meses, que a su vez puede subclasificarse en *crónico no maligno* y *crónico maligno*. (p. 34).

Cuando el dolor se cronifica provoca en los enfermos la aparición de diversos tipos de manifestaciones emocionales como ansiedad, depresión y pesimismo, a diferencia de lo que padecen pacientes con dolor no crónico. Respecto al dolor oncológico se manifiesta tanto en forma aguda como crónica. Es un dolor total que influye e incluye todos los ámbitos de la persona que lo sufre, es decir, integra aspectos físicos, psíquicos, sociales y laborales. Abarca la interacción de aspectos nociceptivos, cognitivos, emocionales, sociales y culturales, conformando un fenómeno multidimensional, que demanda un abordaje interdisciplinario en lo que respecta a su tratamiento.

Existen, además, dos dimensiones del dolor tenidas en cuenta por la Asociación Internacional para el Estudio del Dolor (IASP, 1994) denominadas sensorio-descriptiva y motivacional-emocional. Ambas son descripciones que tienen en cuenta la parte sensorial, es decir, aquello que cada uno siente; como también incluyen los aspectos psicológicos del sujeto. En relación a este último punto se pueden distinguir dos componentes emocionales y complementarios. (p. 210).

Para D'Alvia (2001) el "componente afectivo primario" que está asociado a la inmediata y desagradable sensación de dolor, depende de su intensidad. En tanto que el "componente afectivo secundario" está determinado por la historia del padeciente, su posicionamiento frente al dolor y su personalidad, por lo cual, resulta muy difícil de medir, puesto que es intrínseco a la estructura psíquica de quien lo sufre. (p. 48).

Al querer definir el sufrimiento se ingresa en el territorio de lo subjetivo y lo personal. El sufrir se relaciona con el padecer, también con el pasado de la persona, con su cultura, con su identidad, con sus afectos, con su hacer, con sus necesidades, con su cuerpo, con sus emociones y con su futuro.

Justamente, Cassell, en un artículo publicado en 1982 en la revista *New England Journal of Medicine*, cuyo título es, *El sufrimiento y los Objetivos de la Medicina*, afirma: "los que sufren, no son los cuerpos, son las personas" (p. 639). Y define al sufrimiento como: "el malestar severo asociado a eventos que amenazan la integridad personal y la preservación del self". (p. 640).

Con respecto a algunos de los posibles afectos que expresan la manifestación de ese sufrimiento considera la tristeza, la rabia, la soledad, la depresión, la aflicción, la infelicidad y el aislamiento. Y explica que cuando alguno de esos sentimientos irrumpe y causa que el yo se sienta desacomodado, aquello que lo hacía sentirse armónico (al menos para el sujeto) comienza a desentonar o a desafinar, significando que algo del orden del sufrir se pone en funcionamiento haciendo que la persona se sienta desequilibrada, desajustada, sintiendo cierto malestar.

A la irrupción del sufrimiento, el ensayista Kovadloff (2008) la llama *Intruso*. Ésta resulta ser una definición muy acertada, puesto que al sufrimiento siempre se le da la categoría de extraño, de algo que invade y se apropia del cuerpo y de la mente, que transforma, metamorfosea y cambia a la persona. Nunca se es el mismo después de atravesar el sufrimiento. El autor lo expresa con éstas palabras: “...es el dolor que golpea y, a través del sufrimiento que puede contribuir a suscitar, asegura su perdurabilidad como significante”. (p. 15).

En este punto es importante mencionar lo que sucede en el cuerpo de la persona que sufre, cuando además de su sufrir acontece, debido a la situación emocional que está viviendo, una baja de su sistema inmune, teniendo en cuenta que el funcionamiento es a través de un eje que comprende lo psico-inmuno-neuro-endocrinológico. Así sucede que el cuerpo representa un lugar de descarga para enfrentar las dificultades emocionales, como son las situaciones de pérdida, situación que será ejemplificada en el análisis de Caso Mabel.

Anteriormente se ha definido al dolor como un fenómeno complejo, determinado por múltiples causas, producto de la interacción de factores psicológicos, fisiológicos y socioculturales. Es una experiencia sensorial y afectiva, pues cada persona, además de sentirse lesionada responde con su personalidad (incluyendo su red de apoyo) ante la enfermedad que padece.

Entonces, se puede decir que tanto la expresión como la percepción del dolor están determinadas por el estado emocional, la cognición y las condiciones de vida del paciente, sin dejar de lado los impulsos nociceptivos. En este punto es importante mencionar al dolor psíquico, también llamado dolor moral, como así también sufrimiento, que acompaña la existencia del ser

humano y que presenta un carácter espiritual y psicológico, que es más complejo porque no se expresa ni se comporta como el dolor físico (que está más ligado a lo biológico), y que es más global, difuso, vago y opresivo. Tanto el dolor como el sufrimiento se dan de manera inseparables y cualquiera sea su carácter (sea físico o psíquico) es algo que invade, domina y se apodera del sujeto causándole displacer corporal localizado.

A propósito, en un artículo de la Revista Venezolana de Sociología y Antropología *Fermentum*, Mejía, Díaz y Paulo (2005) hacen la siguiente diferenciación:

*...mientras que el dolor físico se percibe por una sensación de daño corporal, el sufrimiento se caracteriza por una sensación de carencia, de vacío o ausencia. No obstante, dolor y sufrimiento deben ser vistos como dos facetas o matices de una sola unidad. (p. 92).*

Siempre que se siente dolor, más aún cuando es crónico, aparece el sufrimiento, la desesperación física y psíquica, y también se evidencia un sujeto más introvertido, con disminución de su actividad física y social centrando su vida alrededor del dolor, dolor que también implica duelo, duelo por la pérdida de la salud. Además, pueden desarrollarse características psicopatológicas como depresión, ansiedad y disminución de la calidad de vida, que forman parte de lo que se conoce como trastorno adaptativo.

Por otra parte, en relación al paciente con enfermedad terminal, hay ocasiones en que el sufrimiento ocupa un lugar de preponderancia, mientras que en otras situaciones es el dolor el que gobierna al sujeto que lo padece. Atender a ese dolor y al sufrimiento que lo acompaña es lo que se conoce como *hospice*, fundado por la Dra. Cicely Saunders, actualmente conocido como *cuidados paliativos*, donde se busca responder integralmente a las necesidades de confort y control de síntomas de pacientes con enfermedades crónicas que ocasionan invalidez o de quien está próximo a morir. Cuidados que tratan de ocuparse del *dolor total*, definido por Saunders y Baines (1983) como aquel que contiene elementos físicos, emocionales, sociales y espirituales, y que da lugar al desarrollo del movimiento paliativo y del trabajo multidisciplinario. (p. 12).

En síntesis, en el dolor no hay posibilidad de hacer un enlace representacional. Por ejemplo, en el dolor oncológico (aquel que es agudo y/o

crónico) no hay posibilidad de significación. El dolor está muy relacionado con la angustia y ocupa un lugar intermedio entre lo que angustia y causa dolor, y el sufrimiento por la pérdida del objeto amado, produciéndose en el aparato psíquico un estado de desamparo sumado a dificultades para poder afrontar la experiencia que el dolor produce.

## 5. Tratamientos del Dolor

Cada vez que una persona experimenta dolor se pone en funcionamiento un mecanismo a través del cual se busca ayuda, que en nuestro contexto cultural, por lo general, es de carácter médico. Sin embargo esto no ha sido siempre así. Éste es el caso de las sociedades primitivas en las que se considera al dolor como un castigo divino relacionado con la falta de protección de los dioses o con la posesión de espíritus malignos. En éstas comunidades, frente a la aparición del dolor, se solicita la ayuda del chamán quien actúa como sacerdote, hechicero o vidente, según sea la religión o culto de pertenencia.

Otro caso es el de los estoicos para quienes el dolor es una de las cuatro pasiones básicas: **dolor** (ante un mal presente), **temor** (ante un mal futuro), **placer** (ante un bien presente) y **deseo** (ante un bien futuro). Y, desde ésta concepción, sabio es aquél que vive ajeno a estas pasiones, por lo cual el modo de evitar el dolor es a través del uso de la razón y la lógica. (Torres y Compañ, 2006, p. 53).

Dentro del contexto judeo-cristiano se observa que en el castigo divino se une la idea de pecado y dolor, coexistiendo la idea del dolor como *prueba*, siendo la “figura religiosa” quien prescribe la oración conjuntamente con el arrepentimiento y la ayuda para sobrellevar dicha prueba.

En definitiva, se puede observar con estos ejemplos que según sea la interpretación que se haga del dolor, ésta va a condicionar la búsqueda de ayuda. Para el caso particular del dolor agudo o crónico, cuando los procedimientos médicos son ineficaces, se consideran variables que van más allá de las físicas, como son las psicológicas, las familiares, las sociales, las

culturales, etc. Así es que a partir del cambio en la concepción de las variables también se produce un cambio en los tratamientos y en la ayuda que se ofrece. En éste contexto otras disciplinas cobran importancia en el abordaje del dolor, como por ejemplo: la Psicología, la Fisioterapia, la Terapia Ocupacional, por nombrar algunas.

El dolor produce incertidumbre y temor a no saber qué es lo que está sucediendo. A partir de estos sentimientos se inicia la búsqueda de tratamientos.

### **5.1 Tratamientos Físicos del Dolor**

Hay un amplio abanico de tratamientos físicos del dolor. Tradicionalmente el dolor se trata con fármacos, con estimulación de la piel, y cuando éstos tratamientos no responden se emplea la cirugía.

Dentro del tratamiento farmacológico existen los analgésicos que alivian el dolor sin provocar pérdida de conciencia. Torres y Compañ (2006) clasifican a los fármacos analgésicos en dos grupos principales: los *opiáceos* y los *analgésicos no narcóticos*. Los primeros son más potentes, de ellos se deriva la morfina, y resultan esenciales en el tratamiento de lesiones graves, para recuperarse de intervenciones quirúrgicas y en caso de enfermedades terminales. Mientras que los analgésicos no narcóticos son los de uso más común como la aspirina y los antiinflamatorios no esteroides como el ibuprofeno. (p. 55).

Según lo explica el Dr. Liaño (s.f.) los analgésicos, en lo posible, deben ser administrados por vía oral, con el propósito de evitar el dolor de las inyecciones y de una tercera persona que la aplique, situación que repercute positivamente en la autonomía del paciente y en su calidad de vida. Además advierte que los analgésicos deben ser administrados en forma regular y profilácticamente; y explica que según la escalera analgésica (OMS) se aplican de la siguiente forma: un primer escalón que corresponde a fármacos no opiáceos, un segundo escalón correspondiente a opiáceos débiles, y un tercer escalón en el que se indican opiáceos potentes, además de la administración de medicamentos coadyuvantes, cuando se crea necesario. Por último, aclara

que los fármacos deben administrarse en forma individual, es decir, indicando la dosis que calme el dolor del momento; y siempre atendiendo a los detalles, esto es, monitorizando los beneficios y efectos adversos. (p. 7 - 8).

Las diferentes formas de estimulación de la piel, ya sea mediante electricidad, acupuntura, aplicación de frío-calor, digitopuntura y masajes, son algunos de los métodos que también se utilizan para el tratamiento del dolor y para provocar su alivio.

Por último, cirugía es la forma más extrema de tratamiento. Consiste en la destrucción de fibras nerviosas periféricas cercanas a la zona dolorosa, que trae como consecuencia la pérdida de sensaciones en esa zona e incluso la pérdida de la movilidad. (Torres y Compañ, 2006, p. 56).

## **5.2 Intervenciones Psicológicas en el Tratamiento del Dolor**

Las intervenciones psicológicas más frecuentes que se emplean en el tratamiento del dolor pueden describirse por separado aunque, generalmente, los tratamientos psicológicos incorporan varias estrategias al mismo tiempo logrando un tratamiento integral del paciente.

Entre ellas se encuentran la psicoeducación que consiste en facilitar información al paciente acerca de sus síntomas, de la enfermedad y de los tratamientos que tendrá que afrontar. Este modelo de intervención muestra ser eficaz en pacientes con enfermedad oncológica con dolor, puesto que se basa en generar un aumento del conocimiento mediante la información acerca de éste síntoma, y también sobre la medicación y sus mecanismos de acción y administración, con el objetivo que los pacientes mejoren el control del dolor. Modalidad de intervención que elimina dudas y al mismo tiempo logra bajar los niveles de ansiedad.

Torres y Compañ (2006) describen el uso de otros tratamientos como el de *retroalimentación* (biofeedback) que consiste en la utilización de diferentes equipos electrónicos, o *realidad virtual*, a través del uso de imágenes en tercera dimensión para lograr la distracción del paciente y evitar centrarse en la experiencia de dolor. (p. 61).

Dentro de las múltiples intervenciones se encuentra el entrenamiento en relajación, con el objetivo de reducir el nivel de activación del sistema nervioso central y la tensión muscular. Algunas de las técnicas más usadas para el dolor crónico y el dolor oncológico son: relajación progresiva de Jacobson, relajación pasiva, entrenamiento autónomo de Schultz, estrategias de autocontrol, y técnicas de meditación (como el mindfulness), sólo por mencionar algunas de ellas.

En ocasiones también se utiliza la hipnosis, que a través de la alteración del estado de conciencia, por medio de la sugestión, modifica la percepción del dolor.

Las autoras antes mencionadas también describen el uso de estrategias conductuales empleadas para el tratamiento del dolor crónico a través del condicionamiento operante. (p. 66).

Lo fundamental es que a través del uso de variadas técnicas, e incluso de su combinatoria, se pueda lograr una modificación del sistema de creencias en torno al dolor que cada paciente tiene.

En el caso del tratamiento del dolor oncológico se estudian las diferentes formas de tratamiento oncológico existentes como la quimioterapia, la radioterapia, la cirugía o el uso de fármacos analgésicos. Sancho, López, Sancho, Ávila, Grande, Cavallo y... Pérez Manga (2006) detallan el uso de un protocolo, como estrategia de tratamiento, donde el dolor pasa a ser la urgencia oncológica y donde el objetivo primordial es conseguir su alivio y, al mismo tiempo, mantener la calidad de vida del paciente, aunque en algunos casos es necesario sortear obstáculos que funcionan como tabúes, como es el mito sobre el uso de los opiáceos o la morfina. (p. 126).

Estos autores opinan que el tratamiento del dolor oncológico debe basarse tanto en lo empírico como en los valores que el paciente va logrando mientras atraviesa el proceso de tratamiento. Ellos sostienen que la mayor eficacia (85% - 90%) se obtiene cuando se combina el tratamiento antitumoral, el tratamiento farmacológico, las terapias invasivas y las terapias de apoyo (psicológica, familiar, social). (p. 128).

En cualquier caso, la intervención psicológica debe estar encuadrada en el contexto de lo multidisciplinario y debe entenderse como una terapia complementaria que facilita y acompaña las demás intervenciones

terapéuticas, sobre todo aquellas centradas en el aspecto físico de la enfermedad.

## **6. El Modelo de Afrontamiento al Estrés de Lazarus**

Una posible intervención estratégica para atender el dolor oncológico es el modelo de afrontamiento de situaciones estresantes (entendiendo al dolor como una de esas situaciones estresantes a la que es sometida la persona, que en ocasiones puede inhabilitarla), desarrollado por Lazarus con la implementación de estrategias cognitivas y emocionales.

Ya se ha visto que existen diversos modos de evaluar el dolor, como así también diversos tratamientos para las personas que lo sufren (se trate de dolor crónico como de dolor oncológico). Antes de describir un posible modo de afrontamiento es necesario definir qué se entiende por *afrontamiento (coping)*. Dicho término refiere a las estrategias para enfrentar una amenaza, comprendiendo al dolor o a la enfermedad como parte de esa amenaza. (Lazarus, 1966) (Soriano, 2002, p. 73).

Luego de atravesar varios recorridos, Lazarus y Folkman, en 1984, formulan el concepto de afrontamiento, entendiéndolo como: *“los esfuerzos cognitivos y conductuales constantemente cambiantes que sirven para manejar las demandas específicas, externas e internas, que son valoradas como excedentes o desbordantes de los recursos del individuo”*. (p. 74).

Ahora bien, ¿por qué es importante aplicar este concepto en pacientes con enfermedad oncológica? Porque según lo que cada paciente (y su entorno) posee (estructura psíquica, estrategias de afrontamiento, modalidad de respuestas) se puede construir y deconstruir la posible resolución del afrontamiento al cáncer. De ahí que es más importante la interpretación que el sujeto hace de los hechos, que los acontecimientos en sí mismos, porque de este modo la percepción que él tiene de su dolor puede modificarse.

Hay situaciones en las que se ve a la enfermedad como un enemigo, por lo cual se genera una lucha (casi en términos belicosos), mientras que hay

otras en las que, en lugar de confrontación, se forma cierta alianza con la enfermedad, y su padecer se torna más adaptado.

Para Torres y Compañ (2006) el efecto de la situación estresante que provoca el dolor depende de la valoración de la situación, de la vulnerabilidad del sujeto y de la capacidad de afrontar el dolor. (p. 69).

En una primera valoración que realiza el enfermo (sobre todo cuando el dolor se presenta por primera vez y resulta más apremiante que cuando se conoce con anterioridad), ve a la situación como peligrosa, amenazante o desafiante. Según dónde quede ubicado va a sentir el daño infringido (peligro); el daño que puede sobrevenir (amenaza); o también puede valorarlo como desafiante, lo que le da a la persona mayor confianza para superar la situación. Las distintas valoraciones provocan una infinidad de emociones dependiendo de donde pueda ubicarse la persona, pasando por el enfado, la ira, la irritación, la preocupación, la ansiedad o el miedo. (p. 69).

Una segunda valoración es cuando el enfermo se prepara para afrontar la situación y se pregunta por las opciones que posee para enfrentar la enfermedad, es decir, sobre las posibles estrategias a emplear, hasta incluso cuestionarse sobre la efectividad del procedimiento.

Finalmente, el tercer tipo de valoración consiste en una reevaluación, que en el caso del paciente con enfermedad oncológica tiene que ver con recibir nueva información, realizar nuevos estudios, esperar resultados, etc. , es decir, todas situaciones que pueden disminuir o incrementar la sensación de estrés (o la aparición de nuevos dolores).

La vulnerabilidad hace referencia a los recursos que una persona, ante una situación de dolor, es capaz de gestionar. Puede tratarse de recursos físicos, psicológicos y/o sociales. Dentro de los recursos psicológicos se encuentran la capacidad de afrontamiento, es decir, la predisposición de la persona para enfrentar una situación estresante. (p. 70).

El afrontamiento es siempre un esfuerzo orientado a manejar la situación, a cambiarla en un sentido positivo:

*Cuando las personas debemos afrontar una situación de dolor, hay numerosos factores que intervienen. La energía y la salud son importantes fuentes de afrontamiento, los individuos fuertes física y psicológicamente afrontan mejor la enfermedad que los sujetos débiles. Debemos también*

*señalar las creencias positivas de las personas, ya que las que realmente creen que son capaces de obtener éxito son también las más resistentes al estrés. Otro factor que interviene es la capacidad de resolver problemas. Las habilidades sociales y la capacidad para obtener apoyo social redundan también positivamente en el afrontamiento del dolor.*

*... es un hecho comprobado que las personas que reciben un elevado nivel de apoyo social suelen estar más sanas y soportar mejor el dolor que las personas que se aíslan socialmente. (Torres y Compañ, 2006, p. 71).*

El afrontamiento no forma parte de la personalidad del individuo, pero sí se vale de ella. No es algo permanente en el sujeto, por el contrario, va cambiando (de ello depende la utilización del término **estrategia** de afrontamiento y no estilo). A propósito de este tema hay otros autores que definen el afrontamiento como: *las respuestas cognitivas y conductuales de los pacientes con cáncer, comprendiendo la valoración (significado del cáncer para el sujeto) y las reacciones subsiguientes (lo que el individuo piensa o hace para reducir la amenaza que supone el cáncer)* (Watson y Greer, 1998) (Soriano, 2002, p. 75).

A propósito, Soriano (2002), haciendo referencia al cáncer y al afrontamiento, cita a Moorey y Greer quienes, en 1989, plantean un modelo de funcionamiento de la persona ante la enfermedad oncológica denominado *esquema de supervivencia*, considerado como la capacidad de adaptación, la respuesta emocional, y los modos de afrontamiento que ponen en marcha los pacientes a la hora de conocer su diagnóstico o el estado de su enfermedad. (p. 77).

Dentro de los estilos adaptativos descritos en el esquema de supervivencia enumeran los siguientes:

- Espíritu de lucha
- Evitación / Negación
- Fatalismo
- Desamparo / Desesperanza
- Preocupación ansiosa

Para poder categorizar como positivo y/o negativo estos estilos Watson y Greer (1998) han considerado las respuestas clasificándolas en pasivas o

activas. Por otra parte, si bien se usan diferentes tipos de estrategias de afrontamiento en las distintas etapas de la enfermedad, es observable un mayor uso de ellas al inicio del padecimiento más que al final (fase terminal) del proceso.

Al aplicar el esquema de supervivencia explican que se ponen en juego las relaciones que existen entre el proceso de valoración, el afrontamiento y las respuestas emocionales que emplea el enfermo frente a la amenaza.

Generalmente, cuando una persona valora o afronta una determinada situación, que en este caso particular es una enfermedad oncológica, aparecen una serie de efectos restauradores (a corto o a largo plazo) en el tiempo que dura la enfermedad. De esta manera, la forma de afrontamiento se retroalimenta. Los efectos de restauración tienden a reestablecer el ajuste psicosocial. Además, existen otros efectos intermediarios, donde lo que prevalece es la búsqueda de apoyo y la distracción (Soriano, 2002, p. 80).

Por consiguiente, el afrontamiento resulta importante en cuanto a la obtención del equilibrio y permite al individuo recuperar lo perdido, ya sea lo intrapsíquico, las relaciones sociales, o las obligaciones del entorno familiar.

Conjuntamente con las distintas estrategias de afrontamiento se debe considerar la disponibilidad de determinados recursos que van desde lo económico y el acceso a una atención médica, hasta recursos personales y sociales destinados a convivir, ajustarse y adaptarse a la enfermedad. (Soriano, 2002, p. 80).

En otro artículo, Soriano y Monsalve (2005) consideran que: *“el afrontamiento posee dos funciones: la centrada en el problema, pretendiendo cambiar el desarrollo de la situación y la centrada en la emoción, pretendiendo alterar la repercusión emocional que la situación tiene en el individuo”*. (p. 93).

En síntesis, la mayoría de los autores coinciden en que la valoración precede a lo emocional, y el proceso se mueve en un continuo transitar entre antecedente, valoración, emoción, afrontamiento, que vuelve a iniciar el procedimiento e interviene arbitrando la emoción, es decir, que tanto la cualidad como la intensidad de una emoción dependen de la propia valoración que el individuo realice, actuando el afrontamiento como mediador de la emoción. En palabras de Monsalve, Carretero y Soriano (2006):

*La valoración cognitiva consiste en un proceso de evaluación que determina por qué y hasta qué punto una relación determinada, o una serie de relaciones, entre el sujeto y el entorno, resultan estresantes, siendo este concepto crucial en este enfoque, puesto que en última instancia, no existen eventos estresantes universales, salvo que el individuo los valore como tales. (p. 144).*

La evaluación del afrontamiento se puede abordar desde múltiples perspectivas. Una de ellas propone una clasificación basada en las diferencias individuales estableciendo dos grandes líneas: una aproximación intraindividual, que pretende estudiar el proceso en un solo individuo en diferentes situaciones; y la otra interindividual, que busca establecer patrones de diferencias individuales buscando estrategias características con el fin de formar una escala. (Parker y Endler, 1992) (Soriano, 2005, p. 93).

A pesar de no existir gran cantidad de estudios que se centren en la relación afrontamiento y dolor en el paciente con enfermedad oncológica, en general, se observa que el empleo de estrategias de afrontamiento activas otorga una mejor adaptación al dolor oncológico. Asimismo es importante tener en cuenta que tanto la confianza que el sujeto tiene en manejar la situación dolorosa, como la confianza puesta en la capacidad para regular el malestar emocional, son metas válidas para que el afrontamiento sea efectivo.

Para lograr dicha efectividad los parámetros indican que se debe mantener el *distress* dentro de límites manejables, para lo cual se aclara que el paciente debe reforzar sus vínculos con personas significativas, se debe incentivar la concreción de proyectos creativos en los que cualquier habilidad pueda desarrollarse, y propiciar la posibilidad de continuar con la actividad laboral.

Se pueden observar resultados positivos con la implementación de estrategias cognitivo-conductuales, dado que estos modelos se focalizan fundamentalmente en el alivio de los síntomas a través de la corrección de pensamientos y actitudes negativos, que refuerzan las respuestas emocionales y conductuales del paciente:

*...no reaccionamos directamente ante los acontecimientos, sino ante la interpretación que hacemos de ellos, en función de nuestras creencias, valores y atribuciones. En este sentido, desde la perspectiva cognitiva clásica se considera que existe un grupo de creencias desadaptativas que serían las responsables del malestar psicológico. (Torres y Compañ, 2006, p. 71).*

Planteado de este modo, el objetivo del tratamiento se basa en examinar la validez de las creencias sostenidas por el paciente y sustituirlas por otras más adaptativas o más racionales. Dentro del modelo cognitivo-conductual algunas de las técnicas para lograr el alivio del dolor consisten en explicar el fundamento teórico de la terapia (para comprender de qué se trata y cómo funciona), realizar un registro de los pensamientos disfuncionales (con el fin de convertirlos en funcionales), asignar tareas en forma gradual (para encontrarse con posibilidades de concretar algo), como puede ser salir a caminar o sacar una fotografía. Por cierto, todas estas actividades incrementan la autoestima del paciente, funcionan como distractoras respecto a la condición de dolor y mejoran la calidad de vida. (Torres y Compañ, 2006, p. 74).

Existen otras estrategias que también funcionan para lograr la distracción del dolor y que se basan, fundamentalmente, en el control emocional a través de la implementación de técnicas de relajación muscular progresiva e imaginación guiada. Esto implica que es posible usar estrategias de afrontamiento concretas (como puede ser el uso de la imaginación) que han resultado positivas en determinado momento y que pueden ser reutilizadas en situaciones críticas. (Monsalve, Carretero y Soriano, 2006, p. 147).

En síntesis, a partir de estas consideraciones generales y en relación al tratamiento del dolor en pacientes con enfermedad oncológica, y luego de evaluarlo para obtener información, se atenderá al síntoma desde un enfoque global e integral y con la participación del paciente en el aprendizaje de técnicas que le permitan controlarlo y minimizarlo, dado que la percepción del control y las estrategias de afrontamiento constituyen una medida anticipatoria frente a nuevos episodios dolientes. Para ello el terapeuta debe desempeñar un rol activo, enfatizando fortalezas, focalizando en el mejoramiento de los canales de comunicación que resultan de importancia, tanto para el paciente como para el cuidador principal y la familia, quienes, además, forman parte de una unidad tratamiento incluyendo al equipo tratante.

En los capítulos siguientes, teniendo en cuenta los postulados sobre el dolor y el sufrimiento como así también las estrategias de afrontamiento al estrés, y a posteriori de desarrollar los aspectos metodológicos del estudio de

caso, se presenta el caso Mabel, para luego proceder a su descripción y análisis.

## **CAPÍTULO II**

### **ASPECTOS METODOLÓGICOS DEL ESTUDIO DE CASO**

El presente escrito trata del análisis de un estudio de caso único que se realiza a partir de la observación y descripción del caso Mabel. El enfoque metodológico aplicado es de carácter cualitativo con un alcance descriptivo e interpretativo, es decir, se interesa en las formas en las que el dolor, como variable a estudiar, es elucidado, comprendido y experimentado por el sujeto que lo padece, a partir de estrategias inductivas, efectuando la interpretación de los datos sin desarrollar juicios de valor. Es así que se interesa por la perspectiva de la paciente, sus sentidos, sus significados, su experiencia y su relato.

El caso es elegido en forma intencional, descrito y analizado en su contexto y limitaciones, bajo la concepción de su idiosincrasia y sin la intención de la generalización de las conclusiones a las que se arribe. Finalmente, se intenta hacer al caso individual significativo en el contexto de la teoría, y proveer nuevas perspectivas sobre el rol del dolor en un proceso de enfermedad y duelo.

Al tratarse de un estudio de caso intrínseco su elección está determinada, no porque represente a otros casos, sino que es de interés en sí mismo, por sus particularidades. El método de recolección de datos empleado es el análisis de contenido de fragmentos de entrevistas con la paciente y con su pareja.

Concretamente la unidad de análisis se refiere a una mujer de 59 años que, mientras asiste a psicoterapia, es diagnosticada de un carcinoma escamoso de maxilar inferior, justo en el momento en que se encuentra atravesando el duelo por la muerte de su único hermano, con quien mantenía una estrecha relación, tanto afectiva como económica. El dolor psíquico experimentado a propósito del duelo se reprime para atender a una nueva manera de dolor, en este caso, producido por el impacto que le genera el diagnóstico de la enfermedad, acompañado luego por la dolencia física consecuencia de la radioterapia.

## **2.1 Planteo de Problema**

Teniendo en cuenta que el dolor generalmente es un síntoma asociado a una enfermedad es importante describir qué sucede con este síntoma en el caso de una paciente con enfermedad oncológica. Como fue expuesto en el marco teórico el dolor puede ser una respuesta a una amenaza (ya sea ante una patología, en este caso en particular, la oncológica, o ante una producción de la actividad mental). Además el dolor es considerado como un antiguo aspecto que acompaña a la existencia humana, con un componente adaptativo, para lograr la preservación, el movimiento, o la inmovilidad del organismo a su circunstancia.

A partir de estos desarrollos surgen las siguientes preguntas que conforman el problema a responder a lo largo del estudio:

- ¿Cuál es el proceso de formación del dolor?
- ¿Qué aspectos o dimensiones se expresan en el dolor de la paciente?
- ¿Cuál es la modalidad de afrontamiento que dispone Mabel frente al dolor?

## **2.2 Objetivos del Estudio de Caso**

### **Objetivos Generales:**

- Describir la experiencia del dolor de Mabel.
- Describir la modalidad de afrontamiento de Mabel ante el dolor.

### **Objetivos Específicos:**

- Identificar las distintas dimensiones o aspectos que se expresan en el dolor experimentado por Mabel.
- Caracterizar la forma en que el sufrimiento psíquico deja su marca en el cuerpo de la paciente.
- Describir la valoración subjetiva que hace Mabel de su dolor.

## CAPÍTULO III

### PRESENTACIÓN DEL CASO MABEL

Mabel nació y vivió siempre en la misma ciudad, en la provincia de Buenos Aires, y en el mismo barrio, (“...*siempre por la calle Mitre o por sus alrededores...*”). Es una mujer de estatura media, delgada, con cabellos largos y lacios, teñidos de color rubio ceniza (que siempre lleva recogido con una hebilla francesa de carey), de ojos claros, con mirada cabizbaja. Tiene 59 años y trabaja desde hace mucho tiempo (más de veinticinco años) en una empresa de su ciudad realizando actividades administrativas. Para ella la cultura del trabajo es algo que le ha inculcado su padre, y así la practica con el fin de poder mantener todo lo que él le ha dejado (“*herencia*”, tanto de *bienes* como de *mandatos* familiares).

Acerca de su vida social tiene un grupo de amigas, algunas compañeras de trabajo y primas, además de su concuñada, con quienes mantiene relación visitándose con poca frecuencia, (“*yo soy más bien solitaria, un poco ermitaña..., en realidad me hicieron así, porque tanto mis padres como mi hermano también lo eran...*”).

Mabel practica actividades físicas como caminar, y también hace yoga, aunque en el momento de las entrevistas no las está realizando debido a que no se siente con ánimo. Prefiere no salir, elige quedarse en su casa, incluso a veces no abre la puerta, aun sabiendo quien es la persona que ha ido a visitarla. Por esta razón le indica a su pareja, con quien convive desde hace más o menos veinte años, que realice tareas relacionadas con la compra de alimentos, como así también trámites bancarios y otros concernientes a su enfermedad, como recetas, farmacia, etc.

Ella se define como atea, por lo cual explica que no solo no cree en la existencia de Dios sino que, además, la niega: “*No creo en nada, sin dudas. Me gustaría mucho creer en otra vida, pero no lo siento*”.... También dice que sólo cree en lo que ve, por eso es tan creyente en la “*ciencia*”, en lo que dicen los médicos, sobre todo cuando hace un buen vínculo.

Mabel no tiene hijos (“... *me hubiera gustado, pero no se dio*...”). Estudió y se recibió de docente, a pesar que nunca ejerció porque no se siente capaz para “*formar*” a los niños: “... *para mí los niños son como arbolitos torcidos, me da mucho miedo equivocarme, por eso no me dedico a enseñar*”.

Siempre se dedicó a atender a su familia de origen, primero a su padre, luego a su madre y a su hermano, puesto que todos han pasado por enfermedades que demandaron de cuidados. Ninguno de los tres vive actualmente. Su padre falleció, al igual que su hermano, de una enfermedad cardiovascular, mientras que su madre padeció la enfermedad de Charcot.

Siempre cumplió con los mandatos familiares. Por ejemplo, su padre antes de morir le indicó que cuide de su madre y su hermano porque ella es “*fuerte*” y porque “*puede*”, (tiene “*posibilidades*”), al menos es así para su padre, quien le instaura este mandato del cual ella se hace cargo hasta llegar al punto de sentir que si no cumple falla, es decir, está en falta con ese pedido-orden. Esto sucede más allá de sus posibilidades económicas e incluso de las características particulares de Mabel. Es a partir de ese momento que se dedica a trabajar y a cuidar de sus familiares poniendo énfasis en la salud de ellos, primero debido a la enfermedad neurodegenerativa que sufrió su madre durante tres años (manteniéndola postrada), y luego de su hermano, quien ya estaba retirado de la actividad laboral por la cardiopatía que padecía.

Mabel acude a las entrevistas iniciales de psicoterapia individual porque hace dos meses ha fallecido su único hermano; desde ese momento se siente como: “*Un barco a la deriva*”. Relata que convive con Roberto Carlos, su pareja desde hace 21 años. Tiene dos sobrinos, Juan José y Paola, hijos de su hermano fallecido, con quienes tiene buen trato y a quienes asiste económicamente como siempre lo hacía su hermano Juan. Ella siempre ha colaborado y ha sido un sostén económico para la familia, a pesar que cada uno funciona de manera independiente. Siempre está atenta a que nada les falte, a que tengan todo (aunque son adultos), es decir, a cumplir con el mandato paterno. En el momento de la consulta no está trabajando debido a que el psiquiatra a quien ha consultado le ha otorgado licencia por depresión, conjuntamente con la prescripción de tratamiento psicofarmacológico y psicoterapéutico.

A través de la anamnesis se puede observar que Mabel presenta los siguientes síntomas desde hace más de dos meses: estado de ánimo irritable durante gran parte del tiempo; pérdida de placer en las actividades habituales, desganado; dificultad para conciliar el sueño; cansancio y falta de energía; cambios en el apetito, con pérdida de peso; sentimiento de inutilidad y culpa; dificultades para concentrarse; restricción de las actividades usuales; sentimiento de desesperanza y abandono; y pensamientos repetitivos de muerte.

En el momento de las entrevistas preliminares Mabel acompaña a Roberto Carlos al dentista, que comienza un tratamiento para hacerse implantes, y aprovecha para controlar su estado buco-dental, pues desde hace un tiempo atrás (un par de meses) ha comenzado a sentir una molestia (llagas). El odontólogo le indica la realización de una biopsia, que al cabo de veinte días confirma el diagnóstico de carcinoma escamoso de maxilar inferior.

Mabel dispone de Obra Social, por lo cual, luego de recorrer varios profesionales (tres) de diferentes ciudades (Rosario, La Plata y Ciudad Autónoma de Buenos Aires), todos ellos especialistas en cirugía de cabeza y cuello, decide que la intervención quirúrgica se realice en Buenos Aires (CABA). La misma incluye la colocación de una prótesis de titanio en sustitución de la parte derecha del maxilar inferior. Posteriormente, padece complicaciones post-operatorias que han incluido: infección (celulítica), hemorragia por herida y hematomas (los mencionados son eventos desfavorables inmediatos); y otras complicaciones alejadas (con aparición luego de los 30 días de acontecida la cirugía) como paresia<sup>2</sup>, hipoestesia<sup>3</sup> y parestesia<sup>4</sup>, debido a la lesión de los nervios sensitivos, neuralgia<sup>5</sup>, y depresión (enfermedad preexistente diagnosticada con anterioridad como respuesta al duelo por la pérdida de su hermano).

---

<sup>2</sup> Disminución de la fuerza muscular. S. Souto Camba, S., Pardo Carballido, C. y otros. (2003). *Fisioterapia* ;25 (5):311-27.

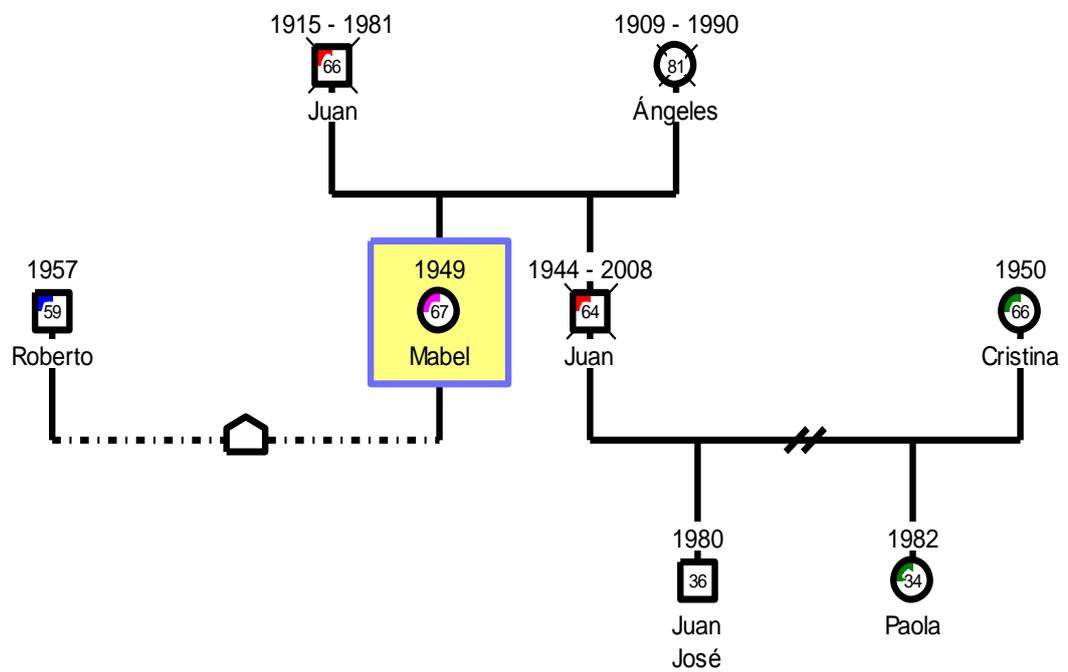
<sup>3</sup> Disminución de la sensibilidad. S. Souto Camba, S., Pardo Carballido, C. y otros. (2003). *Fisioterapia* ;25 (5):311-27.

<sup>4</sup> Sensibilidad alterada. S. Souto Camba, S., Pardo Carballido, C. y otros. (2003). *Fisioterapia* ;25 (5):311-27.

<sup>5</sup> Dolor persistente, de diferente intensidad. S. Souto Camba, S., Pardo Carballido, C. y otros. (2003). *Fisioterapia* ;25 (5):311-27.

A continuación se grafica el genograma de la paciente, para luego en los capítulos siguientes, realizar la descripción y el análisis del caso.

### 3.1 Genograma



## **CAPÍTULO IV**

### **DESCRIPCIÓN DEL CASO MABEL**

Tal como se acaba de describir Mabel recibe el diagnóstico de su enfermedad en el mismo momento que está atravesando el duelo por la pérdida de su hermano. Es oportuno aclarar que mientras realiza el tratamiento oncológico Mabel no asiste a sus sesiones de psicoterapia, pues debe trasladarse a otra ciudad.

Durante el período post-quirúrgico permanece en la ciudad de Buenos Aires acompañada de Roberto Carlos y de su concuñada, en un departamento alquilado, con la finalidad de ser la vivienda de residencia mientras estén en esa ciudad. Luego de la cirugía debe realizar radioterapia, como complemento del tratamiento, ante lo cual, en primera instancia, se resiste, manifestando que no desea recibir radiaciones en su cuerpo y que es un tratamiento demasiado largo, pues le han indicado varias sesiones. No obstante, luego de reflexionar, lo acepta. Tendrá que hacer al menos 30 sesiones durante un período de, aproximadamente, 2 meses. Entre los efectos adversos agudos esperados sufre mucositis<sup>6</sup> oral, xerostomía<sup>7</sup> y disfunción del sentido del gusto.

Posteriormente regresa a su ciudad, teniendo que asistir al hospital donde fue intervenida para realizar los controles pautados y complementar con estudios de rutina. En ese momento reinicia su terapia individual. Cabe destacar que durante el período de permanencia lejos de su ciudad la comunicación telefónica con la terapeuta se mantiene, como así también mensajes e intervenciones con Roberto Carlos, quien acompaña a Mabel haciéndose cargo de múltiples funciones, desde cuidador principal hasta comunicador de los partes médicos.

Mabel regresa con un estado de ánimo decaído y expresa estar angustiada por varios motivos, entre los que figuran: la cicatriz que tiene en su rostro, le cuesta salir a la calle, que la vean, que le pregunten, se siente

---

<sup>6</sup> Inflamación de la mucosa con la presencia de llagas y ulceraciones. S. Souto Camba y otros. (2003). *Fisioterapia* ; 25(5):311-27.

<sup>7</sup> Sequedad de la boca por el mal funcionamiento de las glándulas salivales. S. Souto Camba y otros. (2003). *Fisioterapia* ; 25(5):311-27.

cuestionada, piensa en que dirán sus compañeros de trabajo, pero sobre todo siente mucho dolor cuando mastica, “...siento todo de otra manera, me cuesta hablar, masticar, no distingo si tengo demasiada saliva en la boca o si mi boca está seca...”. También ha perdido algunas piezas dentarias, presenta insomnio, duerme mal y poco, y sueña con su hermano muerto, dice que lo extraña horrores.

Llora, manifiesta que no sabe cómo seguir, que no encuentra sentido a nada, que antes todo era distinto. Dice que no quiere salir de su casa, que no quiere ir a trabajar, no quiere hacer mandados, y no quiere recibir a nadie, por lo cual se encierra en su casa (situación que sucede literalmente, porque narra que escucha el timbre de su casa, sabe que son algunos de sus dos sobrinos que van a visitarla, pero no desea abrirles la puerta).

Manifiesta que acude a las sesiones porque Roberto Carlos es quien insiste en que tiene que ir. Él es quien la lleva y la va a buscar; según ella porque “...ya no me aguanta, no quiere ni verme ni escucharme hablar, y eso que yo no me quejo demasiado, pero a veces yo misma me doy cuenta que soy totalmente negativa, sobre todo cuando se me cruzan esos pensamientos que tienen que ver con sentirme mal, enferma o que la enfermedad me puede volver...”. Señala que su familia, amigas, conocidos, compañeros y jefes, incluso los médicos, no la comprenden, lo cual la hace sentirse triste, sola y angustiada.

En estas sesiones de reinicio del tratamiento y con el deterioro que Mabel presenta por haber tenido que afrontar su enfermedad, se realizan intervenciones más puntuales centradas en lograr que se corra de ese lugar donde se halla detenida, donde hay sólo pérdida de sentido, donde la queja gobierna su pensamiento, y sobre todo donde el desgano y el estado depresivo la imposibilitan.

Al mismo tiempo se da contención a su pareja porque ha sido él quien la ha acompañado a lo largo de la enfermedad, no sólo en los cuidados y atención dentro y fuera de la internación hospitalaria, sino también respecto a lo que ha sido el tratamiento post-quirúrgico, esto es, viajes, estudios y consultas médicas. Con él se pauta que la frecuencia de las sesiones de Mabel, serán a razón de dos por semana, y que en una de ellas se realizarán ejercicios de relajación. El contener a su pareja también es parte del

tratamiento psicoterapéutico, en tanto se apunta al sostén de todo el grupo familiar, y en este caso específico, las sesiones se pautan con Mabel y su pareja pues es Roberto Carlos el encargado del traslado de Mabel para asistir a las sesiones.

Los primeros ejercicios de entrenamiento en relajación realizados en el consultorio le han permitido a Mabel romper con el círculo en el que se movía hasta ese momento: dolor - encierro - malestar - dolor. Anteriormente Mabel había practicado yoga y recordaba haber realizado ejercicios de posturas (asanas) que le producían un efecto similar a los ejercicios practicados en las sesiones.

El objetivo de la relajación es lograr una disminución en los niveles de ansiedad y posibilitar la amplitud del umbral del dolor conjuntamente con la disminución de su intensidad. Se utiliza la relajación muscular progresiva de Jacobson, para poder, a través de la técnica, identificar los músculos que se encuentran en tensión y luego tratar de disminuirla. También se usa la relajación pasiva con ejercicios de relajación de diversos grupos musculares.

Luego de haber transitado un tiempo (casi un año) de tratamiento psicoterapéutico, Mabel se siente un poco mejor, no obstante, aún no sale de su casa ni reinicia las actividades que acostumbraba realizar. Es más, continúa con algunos miedos y se siente vulnerable a sentirse expuesta o vista por otros.

En el anexo de este trabajo se transcriben textualmente las palabras de Mabel, solicitadas para tal efecto con el objeto de otorgarle un sentido al dolor, que en sí mismo, no lo tiene. En sí el dolor no tiene ningún valor ni significación.

## **CAPÍTULO V**

### **ANÁLISIS DEL CASO MABEL**

A Mabel, una mujer común y corriente, amable, inteligente, capaz, trabajadora, dedicada, aplicada y muy atenta, le diagnostican cáncer estando en estado de aflicción por el duelo de su hermano. Sentimiento que es parte integral de la condición humana, y es también el sentir que emerge ante la pérdida de vínculos afectivos significativos.

Se observa que Mabel presenta un trastorno adaptativo, es decir, la enfermedad oncológica es percibida como una amenaza y genera una reacción emocional cuya respuesta es mayor a la esperada. (Romeo, 2014). Este trastorno se ve acentuado por la patología de base, que es la depresión, y se intensifica a causa del duelo ante la pérdida de su hermano, duelo que también se materializa en su propio cuerpo con la presencia de la enfermedad, duelo por dejar de sentirse sana y pasar a estar enferma. Se siente aturdida, vulnerable.

Frente al diagnóstico emergen en ella recuerdos de vivencias relacionadas, primeramente, con la situación de enfermedad, y luego con la muerte de un ser querido, temiendo, quizás, sufrir la misma suerte.

Por consiguiente, y tal como lo formulan Holland y Lewis (2003) si bien el enfrentarse al cáncer es desde sus inicios una situación difícil de afrontar, tal circunstancia se hace aún más dura de transitar si se está afligido por la pérdida de una persona cercana. (p. 130), situación que justamente es la que le toca atravesar a Mabel.

Nasio (1999) formula sobre la imagen del ser perdido, que no se debe borrar sino que, por el contrario, debe sostenerse hasta que pueda coexistir el amor por el desaparecido con un mismo amor por un nuevo elegido. Cuando esa coexistencia se instala en el inconsciente, se ha avanzado lo suficiente en el proceso de duelo, y de algún modo el dolor se calma. (p. 16).

La culpa también se hace presente en el período de duelo con distintos matices. Mabel siente culpa por haber sobrevivido a su hermano, alguien a quién ella tanto ha querido, y que ahora ha muerto. Esta situación demanda la

oportunidad para que pueda contar y volver a contar acerca de lo vivido, con el propósito de aliviar la pena y mostrar el sentimiento amoroso por quien ha fallecido. Proceso que le permitirá ir descubriendo que ponerle palabras al dolor, hace que mitigue.

Por cierto, Holland y Lewis (2003) explican que transitar un duelo altera el funcionamiento físico del doliente, pues la persona experimenta un cambio brusco en su vida, al presentificarse la ausencia. Por ejemplo, observan que es común la alteración del sistema nervioso, del hormonal, del inmunológico y también del cardiovascular. (p. 386). En Mabel se observan algunos síntomas como desatención, desconcentración, inapetencia, suspiros, llanto, duerme poco y mal, y como se señaló se siente muy triste.

Mabel ha sido fumadora durante décadas (más de un atado diario), lo que la hace sentir culpable de su propio padecer: *“Me siento culpable porque creo que de alguna manera yo fui artífice de mi propio mal, no me he cuidado como debí hacerlo, y también siento que fallé con lo que mi padre me pidió, más que nada en el caso de mi hermano, porque con mi madre no fue lo mismo. Yo sé que con ella cumplí, con ella fue como dijo el médico, luego de los tres años ella se iba a apagar. Pero con él, con Juan fue distinto, con él siento que no pude, que algo inesperado me lo arrebató, nosotros éramos muy unidos... con él se fue una gran parte de mí, me siento vacía...”* (Llora).

Cuando se le solicita que asocie ese vacío por la ausencia de su hermano primero se queda callada, pero luego, esbozando una risa expresa: *“Es como andar sin dientes en un restorán donde huele a parrillada”*, que dicho sea de paso es algo que desea pero que aún no puede comer. Esa sonrisa le permite, de alguna manera, encontrar un sentido, un camino para empezar a recorrer, más allá del dolor. Un dolor que, como ya se ha visto, le impone **limitaciones** (como es el ejemplo de comer), **imposibilidades** (como es el caso de salir de su casa y que la vean), **dolores físicos** reales, y por cierto, mucho **sufrimiento**.

Lo que en este punto se observa es que más allá de las limitaciones y de sus imposibilidades hay una anulación de su vida de relación, y también, todo lo que pueda asociarse con lo satisfactorio y placentero aparece anulado. El dolor pasa a ser el único motivo, tanto porque le duele su cuerpo, como porque su hermano ya no está. Es decir, que el factor psicológico ¿del dolor? pasa a

formar parte de lo que se considera etiológico en su enfermedad, aunque no llega a ser un factor suficiente. Esto lleva a pensar que, posiblemente, su etiología está dada por la conjunción de una serie de elementos como la *vulnerabilidad del cuerpo* de Mabel (sistema inmune con bajas defensas), *un conflicto específico* (la enfermedad) y *una situación ambiental que lo desencadena* (duelo).

Teniendo en cuenta lo desarrollado en los anteriores capítulos se parte de la premisa que Mabel presenta un cuadro complejo de abordar, tanto respecto al dolor físico y real, como al dolor psíquico, que algunas veces aparece como enmascarado. El dolor es como un puente que asegura el vínculo entre soma y psiquis, es decir que se presenta como manifestación de su sufrimiento. Y además de todo esto no debe olvidarse que el dolor crónico y de difícil control puede asociarse a riesgo suicida; y asimismo, la situación de dolor puede gatillar pensamientos de muerte, como es el caso de Amalia, situación que, por cierto, puede retrotraerse al controlarse el síntoma, a pesar que la tristeza persista. (Romeo, 2014).

En razón de estas cuestiones es importante realizar un abordaje integral del dolor complementando la psicoterapia con la psicofarmacología, a partir de un tratamiento psiquiátrico, con el propósito de tratar que pueda volver a encontrar un sentido, más allá de las pérdidas y de los duelos, y al mismo tiempo aliviar parte de su dolor, tanto psíquico como físico. Se tiene en cuenta además, la dimensión espiritual, que incluye la búsqueda del sentido, como también se sugiere la práctica de técnicas de relajación, meditación y psicoeducativas, y la implementación de estrategias cognitivo-conductuales.

Como se ha definido anteriormente se parte de la premisa que el dolor es a veces desbordante y que, en ocasiones, es más fácil de tolerar el dolor físico que el dolor psíquico. En este caso ha sido muy importante mostrar que existe una diferenciación entre la pérdida de su hermano y la pérdida de su estado de salud. Asimismo, se trata de poder circunscribir, más allá de los dolores, un camino que le permita atravesar su experiencia y afrontar las vicisitudes del dolor, es decir, se trata de tener un acercamiento más próximo con la realidad, trabajando en el aquí y ahora de la situación, centrándose en el dolor actual.

También puede observarse que la tristeza y el aislamiento la llevan a no poder continuar con su vida habitual; esto también forma parte de sus pérdidas, ya que pierde el control sobre las cosas y las acciones. Su estado de ánimo depresivo lo pone de manifiesto cuando tiene que afrontar su problema actual, éste forma parte de su “*no poder*”, de su “*imposibilidad*”, de su “*no hacer*”, y pone al descubierto su modalidad de afrontamiento, es decir, en esto se advierte la forma en que ella valora su enfermedad y su visión de pronóstico.

Por consiguiente Mabel presenta una estructura de personalidad depresiva que se manifiesta en una conducta de escape/evitación, en el inicio de la enfermedad, conjuntamente con rodeos, indecisiones e incertidumbre.

Por último, también se observa que el afrontamiento se centra en la emoción, con el propósito de alterar la repercusión emocional que la situación produce en ella. Por ejemplo, se pueden observar la irrupción de pensamientos catastróficos que no le permiten tener opciones de acción, y expresa sentirse amenazada y sin recursos. Como también es importante prestar atención a la interpretación que hace, tanto respecto a la enfermedad como en relación al proceso de tratamiento, para poder intervenir y observar cómo asimila las intervenciones dentro de su sistema de construcción.

## **CONCLUSIONES GENERALES**

En la introducción de este trabajo se han planteado algunos interrogantes que rodean el concepto de dolor, sus significados globales, sus dimensiones y sus manifestaciones. Asimismo, es importante identificar como esos conceptos generales se observan en Mabel con las significaciones idiosincráticas que ella le atribuye a dicho término para, de esta manera, poder comprender sus reacciones, acciones, sentimientos y estilo de afrontamiento.

El modo cómo cada sujeto procesa psíquicamente el dolor y su correspondiente representación depende directamente de los distintos modos de procesamiento psíquico de la experiencia dolorosa. Es el dolor en su expresión física o mental lo que lleva a la paciente a pedir ayuda. Mostrando, de alguna manera, que la frontera entre dolor físico y dolor psíquico es sutil y confusa, en todo caso lo que hace es exhibir su sufrimiento.

La comprensión del dolor requiere de la comprensión e integración de distintas dimensiones o aspectos (entre los que se encuentran los puntos de vistas histórico, cultural, biológico, psicológico), con el fin de vincular el dolor con su significado, puesto que se entiende al dolor como un suceso que requiere de una interpretación, necesidad que se pone de manifiesto a través de las palabras.

El dolor hiere, lastima, confunde, frustra, choca, desestabiliza, pero ¿es el dolor?, ¿es lo que él significa?, ¿lo que aparece detrás?, ¿lo que se percibe? No existe el dolor a secas, sino que, por medio del sentido se da existencia al dolor. Sentir dolor implica, de uno u otro modo, entrar en una red de significados construidos que, como se ha desarrollado, encuentran una explicación dentro del terreno de la medicina.

Ahora bien, si la pregunta gira alrededor de ¿por qué me duele una parte del cuerpo cuando está lesionada?, una posible respuesta, además de los mecanismos neurobioquímicos generadores del dolor, es que existen una serie de encadenamientos a nivel psíquico que transitan por los siguientes espacios: la impresión de que el dolor viene de la parte herida (dolor de la lesión), la autopercepción de lo desequilibrante de la situación junto con el recuerdo de un dolor inmemorial (dolor de la conmoción), el movimiento interior de la

representación mental de la parte dolorida del cuerpo, y el aislamiento de esta representación (dolor de la reacción). De este modo Nasio explica el mecanismo de la formación del dolor psíquico. El dolor emerge en los límites entre el cuerpo y la psique, sea que se trate de dolor físico o de dolor psíquico. Esta situación de límite no permite distinguir claramente entre dolor corporal o dolor psíquico. Es en el modelo de dolor corporal, esbozado por Freud, donde se encuentra la concepción del dolor psíquico. Ahora bien, con el efecto provocado por la pérdida de un ser amado el yo no percibe ya la fluctuación entre placer y displacer, sino que queda a merced del sentimiento de dolor.

Esto se puede asociar a la circunstancia de que en la experiencia dolorosa, para poder intervenir, hay que hacerlo desde lo multidisciplinario; sobre todo teniendo en cuenta que el dolor, además de ser una experiencia emocional, es también una sensación, adherida a lo afectivo, en la que distintas dimensiones interactúan y varían para producir la mencionada experiencia. Y en el caso de las enfermedades oncológicas, como es el caso de Mabel, la atención también debe extenderse al plano familiar, pues se trata de una enfermedad que afecta tanto al paciente como a su entorno.

El dolor es una de las situaciones estresantes que puede padecer el ser humano a lo largo de su vida. Hay dolores de todo tipo y de diversa índole, que tienen diferente impacto traumático y distintos modos de elaboración; dolores a los que, según los sistemas de valores de la cultura, se les otorga significaciones que hacen que un hecho pueda ser vivido o no como doloroso.

Actualmente existen ideales culturales en los que la imagen es altamente venerada, como así también lo es la eterna juventud, la eficiencia, la inmediatez, etc. Lo paradójico del dolor es la gran contradicción para el adulto al tener que asumirse como un ser finito y terminal en una cultura que no da lugar ni tiempo para vivenciar y compartir el sufrimiento.

Sabido es que, de ser posible, se debe aliviar el sufrimiento humano. Por esta razón ubicando la fuente del sufrimiento se puede conseguir alivio. En el caso de Mabel es necesario que sea asistida, aliviada, acompañada, informada y no desatendida. Y como se dijo, es importante señalar que además del dolor y del afrontamiento, ella realiza el duelo por la pérdida de la imagen de su cuerpo sano, pues la enfermedad oncológica amenaza su integridad.

Una de las posibles respuestas frente a la pérdida (ya sea física o psíquica) que se observa en Mabel es la aparición del miedo a la propia muerte, la presencia de su estado depresivo, que la lleva a ubicarse en un lugar de desamparo. Y además, lo sorprendente, lo impactante, el transitar el dolor, el atravesar el sufrimiento y el padecer, constituyen lugares donde la incertidumbre cobra su representación.

Mabel, frente al diagnóstico, ha debido afrontar la enfermedad, enfrentar la amenaza a su integridad corporal, y reconocerse vulnerable corporalmente. En un primer momento ha tenido pensamientos catastróficos, ha sentido miedo, se ha alejado de todo su entorno familiar, social e incluso laboral, ha evitado tomar decisiones durante el tratamiento, le ha resultado insoportable el dolor físico, más que nada durante el tratamiento de radioterapia... *“después de varias sesiones, mi cuello empezó a lastimarse y allí el dolor se hizo insoportable”...*, por lo cual expresa que se sintió morir.

Teniendo en cuenta ésta situación el tratamiento psico-oncológico posibilita abordar su problemática con un amplio enfoque que incluye aspectos médicos-biológicos, psicológicos, sociales, culturales y espirituales, con el fin de atender su sufrimiento y su dolor. De ello se desprende que el dolor no es meramente lo que se trasmite desde la herida al cerebro, sino que es una experiencia que le sucede a un sujeto, en este caso Mabel, que posee una historia, y que es un ser intelectual, emocional y espiritual dentro de un contexto cultural. A propósito, Morris (1996) explica que la experiencia del dolor está conformada por fuerzas culturales relacionadas con cuestiones de género, religión y clase social, y reforzada por estados psicológicos y emocionales como la culpa, el miedo, la ira, la pena y la depresión. (p. 22).

Si bien falta para alcanzar una comprensión satisfactoria del dolor, lograr entenderlo, recrearlo, significarlo, ponerle palabras, o silenciarlo, son algunos de los posibles caminos por los que el ser sufriente puede transitarlo.

El dolor humano vive dentro de cada persona en tanto existe el intelecto y las emociones para percibirlo y registrarlo, en su profundidad como en sus implicaciones. El cuerpo es la residencia del dolor físico y psíquico. Todo golpe es doloroso, se trate del alma o del cuerpo físico. Es en la historia de los significados del dolor donde se pueden encontrar algunas respuestas sobre su

percepción, ligando la sensación humana a la emoción, el lenguaje con el sentimiento, con el fin de lograr una comprensión plena del fenómeno.

Hay tantos tipos de dolor y aflicción como formas de amar. Ni el dolor ni la enfermedad (en este caso oncológica) discriminan, abarcan cualquier edad y género, van más allá de cualquier raza, credo, clase social o aspecto cultural, pero a pesar de ésta amplitud de definición, se transforman en una experiencia única para cada ser humano.

Resta decir que es fundamental asistir a la persona en su individualidad y aplicar terapias y técnicas para la rehabilitación y/o el tratamientos adecuados a su idiosincrasia, en tanto que el dolor es personal e intransferible, como así también lo son los sistemas y las estrategias de tratamiento.

Para finalizar, transcribo una cita tomada de *Tetrafármaco, o Cuatro Pasos para la Felicidad*, de Epicuro:

*No temas a Dios  
no te preocupes por la muerte  
lo bueno es fácil de conseguir  
lo espantoso es fácil de soportar.*

## **REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS**

- Ávila Espada, A. (2011). Dolor y sufrimiento Psíquicos. *Clínica e Investigación Relacional. Revista electrónica de psicoterapia*. 5(1), 129-145. Recuperado de:  
[http://www.psicoterapiarelacional.es/Portals/0/eJournalCeIR/V5N1\\_2011/09\\_A\\_Avila\\_Dolor-y-Sufrimiento-Psiquicos\\_CeIR\\_V5N1.pdf](http://www.psicoterapiarelacional.es/Portals/0/eJournalCeIR/V5N1_2011/09_A_Avila_Dolor-y-Sufrimiento-Psiquicos_CeIR_V5N1.pdf).
- Boeri, M.D., y Balzaretti, L.R. (2002). *Epicuro. Vida. Doctrinas morales. Testimonios*. Rosario: H y A.
- Bónica, J.J., y Loeser, J.D. (2003). *Terapéutica del dolor*. México: McGraw-Hill.
- Cassel, E. (1982). La naturaleza del sufrimiento y los objetivos de la medicina. *New England Journal of Medicine*, 306, 639-345.
- D'Alvia, R. (comp.). (2001). *El dolor: un enfoque interdisciplinario*. Buenos Aires, Argentina: Paidós.
- Die Trill, M. (2003). *Psico-oncología*. Madrid, España: Ades.
- Die Trill, M. (2003). Influencia de la cultura en la experiencia del cáncer. *Psicooncología*, 0 (1), 39-48.
- Fleming, M. (2005). The mental pain of the psychoanalyst: A personal view. *Int. Forum Psychoanal.*, 14, 69-75.
- Freud, S. (1988). Inhibición, síntoma y angustia. En *Obras Completas* (vol.20, p.71-164). Buenos Aires, Argentina: Amorrortu.
- Holland, J., y Lewis, S. (2003). *La cara humana del cáncer. Vivir con esperanza afrontar la incertidumbre*. España: Herder.
- International Association for Study of Pain (1994). *Classification of chronic pain: descriptions of chronic pain syndromes and definitions of pain terms*. (2a ed.). Seattle: IASP Press. Recuperado de:  
<http://www.iasp-pain.org/files/Content/ContentFolders/Publications2/FreeBooks/Classification-of-Chronic-Pain.pdf>.

- Jairo, J., Vélez, M.C., y Krikorian, A. (2008). Aspectos neurobiológicos, psicológicos y sociales del sufrimiento. *Psicooncología*, 5(2), 245-255.
- Kovadloff, S. (2008). *El enigma del sufrimiento*. Buenos Aires, Argentina: Emecé.
- Liaño, E. (s.f.). *Introducción a los cuidados paliativos. Manejo del paciente con enfermedad terminal y su familia*. (Apunte de cátedra). Universidad de Ciencias Empresariales y Sociales. CABA.
- McDougall, J. (1991). *Teatros del cuerpo*. España: Colección Continente/contenido.
- Monsalve, V., Gómez-Carretero, P., y Soriano, J. (2006). Intervención psicológica en dolor oncológico: un estudio de revisión. *Psicooncología*, 3(1), 139-152.
- Morris, D. (1996). *La cultura del dolor*. Santiago de Chile: Andrés Bello.
- Nasio, J.D. (1999). *El libro del dolor y del amor*. Barcelona, España: Gedisa.
- Nasio, J.D. (2007). *El dolor físico*. Barcelona, España: Gedisa.
- Pérez-Cajaraville, J., Abejón, D., Ortiz, J.R., y Pérez, J.R. (2005). El dolor y su tratamiento a través de la historia. *Rev. Soc. Esp. Dolor*, 12, 373-384.
- Romeo, A. (2014). *Psiquiatría en PsicoOncología. Tratamiento psiquiátrico en oncología*. (Apunte de Cátedra). Universidad de Ciencias Empresariales y Sociales. CABA.
- Sánchez Herrera, B. (2003). Abordajes teóricos para comprender el dolor humano. *Aquichán*, 3(1), 32-41. Recuperado de: [http://www.scielo.org.co/scielo.php?script=sci\\_arttext&pid=S1657-59972003000100006&lng=en&tlng=pt](http://www.scielo.org.co/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1657-59972003000100006&lng=en&tlng=pt).
- Sancho, J.F., López G., Sancho, A., Ávila, C., Grande, M.L., Cavallo, L., Fernández, A., Méndez, M., Quiben, R., y Pérez-Manga, G. (2006). Tratamiento del dolor oncológico. *Psicooncología*, 3 (1), 121-138.
- Saunders, C. M. y Baines, M. (1983). *Living with Dying: the management of the terminal disease*. Londres, Inglaterra: Oxford.
- Sontag, S. (1980). *La enfermedad y sus metáforas*. Barcelona: Muchnik.

- Soriano, J. (2002). Reflexiones sobre el concepto de afrontamiento en psicooncología. *Boletín de Psicología*, 75, 73-85.
- Soriano, J. y Monsalve, V. (2005). El afrontamiento del dolor crónico. *Boletín de Psicología*, 84, 91-107.
- Souto Camba, S., Pardo Carballido, C., Paseiro Ares, G., Álvarez Espiño, M., y Fernández García, A. (2003). *Fisioterapia y reeducación de la deglución en la cirugía por cáncer de cabeza y cuello*. *Fisioterapia* 2003; 25(5), 311-27. Recuperado de:  
[http://www.sld.cu/galerias/pdf/sitios/rehabilitacion-adulto/fisioterapia\\_y\\_reeducacion\\_de\\_la\\_deglucion\\_en\\_la\\_cirugia\\_por\\_cancer\\_de\\_cabeza\\_y\\_cuello.pdf](http://www.sld.cu/galerias/pdf/sitios/rehabilitacion-adulto/fisioterapia_y_reeducacion_de_la_deglucion_en_la_cirugia_por_cancer_de_cabeza_y_cuello.pdf)
- Torres, M. y Compañ, V. (2006). *La experiencia del dolor*. Barcelona, España: UOC.
- Urribarri, F. (1992). Entrevista a Pierre Marty. *Zona Erógena*, 12.
- Vidal y Benito, M. del C. (2008). *Psiquiatría y psicología del paciente con cáncer*. Buenos Aires, Argentina: Polemos.

## **ANEXO**

### ***Palabras de Mabel***

Voy a contar mi experiencia con el dolor, en las diversas ocasiones en que estuve enferma, con posibilidad de que fuera cáncer, hasta que en realidad lo fue.

En julio de 1980 me descubro una dureza en la mama izquierda, concurre al médico, que me revisa y confirma que tengo un nódulo, que se podría hacer alguna mamografía, que es lo único que confirmaría el diagnóstico; pero que quizás no se sabría si era benigno o el grado de malignidad que podría llegar a tener, por lo cual me recomienda una cirugía para extraerlo evitando así cualquier riesgo. En setiembre me operaron, en ningún momento creo haber tenido miedo. Cuando desperté de la anestesia pedí un calmante porque sentía ardor en la herida, aunque soportable.

Al otro día me dieron el alta. No volví a sentir molestias. A los pocos días me sacaron los puntos y pude bañarme, allí si me descompose por la impresión (flor de floja).

En noviembre de 2009 decido ir al odontólogo para que me haga un implante de un molar faltante, cuando me revisa me comenta que tengo una lesión, que puede ser un hongo o liquen, y que para más seguridad debía hacer una biopsia. Pedí ver lo que tenía en la boca, por lo que pude ver casi no dudé de que era cáncer. Cuando llegué a mi casa busqué en internet y se confirmó lo que había pensado. A los pocos días me realizaron la biopsia, consulté al estomatólogo cuál era su diagnóstico y me dijo que no lo podía asegurar debido a que no tenía el resultado, pero que según su experiencia era un carcinoma escamoso muy agresivo, y no debía perderse tiempo en ser extirpado.

El peregrinar fue duro, visitando varios médicos hasta dar con el profesional que llenaba mis expectativas y, después de varios estudios preoperatorios de rutina, el 15/01/2010 me operaron. Cuando salí de la anestesia después, de aproximadamente 7 horas, me encontré en la habitación, media cara vendada, tranquila y sin dolor. Al día siguiente me

visitaron tres médicos practicantes, me recomendaron que levantara un poco mi posición en la cama, hice un mal movimiento, se salió la aguja del suero, se movió el drenaje del cuello y perdí mucha sangre, se inflamó la herida, comenzaron los dolores fuertes con sensación de ahogo, hasta que vino el médico cirujano y realizó una curación volviendo todo a la normalidad, sin dolor. Al mes y medio comencé con las treinta sesiones de rayos, todo fue bien, al principio, pero después de varias el cuello empezó a lastimarse y allí el dolor se hizo casi insoportable; de tener que seguir no lo hubiera soportado.

En cuanto al dolor psíquico debo decir que he padecido bastante debido a las pérdidas de seres queridos que he sufrido. Primero la enfermedad de mi padre (sufría muchos dolores físicos por un problema de cálculos en los riñones que derivó luego en una operación) con el dolor de él a mi me ocurría algo que no se cómo explicarlo; mi dolor psíquico se convertía por momentos en algo físico, eso pasó al ser operado y recuperarse totalmente. Al tiempo sufrió de varios infartos, y en mi se produjo lo mismo que antes, agravado al saber que no tenía posibilidades de sobrevivir. Hoy, al recordar, tengo la misma sensación de dolor en todo el cuerpo.

Cuando enfermó mi madre sobrevinieron en mí todos los malestares psíquicos que terminaban siempre en molestias físicas, como sensaciones de ahogo, alergias y urticarias, por momentos sentía que me quemaba el cuerpo. Después de su fallecimiento las molestias duraron mucho tiempo, pero pasaron.

Todo volvió a recrudecer con la enfermedad de mi único hermano. Tuvo varios infartos en los que padeció terriblemente, mientras esto pasaba en mí ocurría algo parecido, no quería que sufriera solo, creo que por eso mi mente hacía que experimentara dolores que se convertían en psíquicos.

Hoy, con algunos años de terapia, los mismos desde su fallecimiento y a pesar del cáncer sufrido dentro de este lapso de tiempo, tengo una vida bastante tranquila, sin tantas torturas psíquicas ni físicas.

