

Trabajo interdisciplinario en tratamiento del dolor

La tendencia a la interdisciplina es cada vez mayor en las diferentes especialidades médicas y en el caso del tratamiento del dolor podemos asegurar que es la regla y no la excepción.

Sabemos que las molestias crónicas, provocan cambios en ciertos aspectos de la personalidad, en los afectos y en el funcionamiento del individuo, y a su vez, algunos aspectos psicológicos, modifican la percepción del dolor.

Perspectiva médica:

Desde la **perspectiva médica**, podemos definir al **dolor** como una experiencia perceptiva sensitivo-emocional, displacentera, asociada a una lesión real o potencial o que es vivenciada como tal.

Algunos años atrás el dolor y la psiquiatría parecían no tener relación alguna, sin embargo en la actualidad los psiquiatras participamos activamente en el tratamiento de este complejo síndrome clínico. Son cada vez mayores los beneficios obtenidos a través del uso de psicofármacos en el tratamiento del dolor crónico, como así también los resultados al tratar las consecuencias que éste acarrea, en especial la depresión.

Es importante que todo aquel que se dedique a trabajar con el dolor, aprenda como primera medida a escuchar. Si bien este es un requisito básico para un buen psiquiatra, el paciente con dolor crónico llega a nuestro consultorio agotado, sintiéndose muchas veces una carga para sus allegados. Por esto es que la escucha y la empatía se convierten en dos herramientas fundamentales para lograr que el paciente se sienta contenido, pudiendo de esta manera transmitirnos su experiencia sin prejuicios.

Una buena manera de comenzar a trabajar es solicitarle al paciente que dibuje un cuerpo y que ubique el dolor en el mismo. También podemos solicitarle que lo cuantifique en una simple escala del 1 al 10. Esto le permite al paciente sentirse comprendido y percibe que de alguna manera alguien quiere ayudarlo. También le pedimos que nos enumere las características del dolor, y la forma con la que se agudiza o se calma. Es importante realizar una lista de los fármacos que el paciente ha tomado para conocer la eficacia o ineficacia de los mismos.

Por otra parte es fundamental que, aunque sea breve, se realice una evaluación de la personalidad del individuo, así como la presencia de un trastorno en ella. Sabemos que la presencia de alteraciones en el eje II del DSM IV, suele empeorar el pronóstico y entorpecer la

respuesta a los tratamientos, por eso es de importancia trabajar sobre esta área en caso de que exista alguna alteración.

Con respecto a las comorbilidades psiquiátricas del dolor crónico, debemos tener presente siempre la posibilidad de algunas de las formas de depresión o al menos de síntomas depresivos. La mayoría de las revisiones coinciden en una concordancia entre depresión y dolor crónico de entre 40 y hasta el 100 % de los pacientes (Turk, 1987).

Existe también un elevado número de pacientes que presentan una comorbilidad con trastornos de ansiedad, y que a su vez el intento por reducirla, lleva muchas veces al abuso de sustancias ya sea legales o ilegales. Es muy común el uso de benzodiazepinas y el consumo de alcohol. Esta conducta también debe ser evaluada y tratada en caso de que se presente.

También son frecuentes los trastornos somatomorfos, la alteración en la concentración y como consecuencia en la memoria, así como otros síntomas psicológicos de menor magnitud. En relación a los psicofármacos utilizados en el tratamiento del dolor crónico, los mismos pueden ser elegidos para tratar el dolor crónico *per se*, como fármacos potenciadores o para el tratamiento de algunas de las comorbilidades que se presentan en los pacientes. Muchos antidepresivos han sido estudiados para el tratamiento del dolor, entre ellos los ISRS por su perfil de efectos adversos, son muchas veces los elegidos como una opción razonable.

Los anticonvulsivantes son fármacos útiles para el tratamiento del dolor y actualmente son utilizados como de primera línea.

En cuanto al tratamiento de las comorbilidades, las mismas deben ser tratadas según lo establecido para cada una de ellas. Sin embargo, es de suma importancia el tratamiento de las mismas, ya que la presencia de estas, dificulta el curso y el tratamiento del padecimiento principal.

Perspectiva psicoanalítica: La utilización del gráfico en psicoterapia del dolor

En 1895 Freud escribió un texto inaugural de su obra denominado luego Proyecto de psicología para neurólogos, el cual fue elaborado en sus épocas de neurólogo, por lo que esta teñido aún del discurso científico, a pesar que es desde allí que se desprenden posteriores conceptualizaciones. Es en este escrito que Freud hace referencia al concepto de dolor con mayor precisión con respecto a las posteriores elucidaciones que encontramos en su obra. Nos pareció importante tomar tal precisión a fin de pensar algo que allí de alguna manera sugiere: **la participación del dolor en la constitución de la imagen psíquica del cuerpo conjuntamente con las experiencias placenteras (hablará de vivencia de dolor y vivencia**

de satisfacción como inaugurales), siendo que el atravesamiento por experiencias de dolor modifican algo de la imagen de nuestro cuerpo. Tal enunciación es la que a nosotros nos permite pensar cierta estrategia en el trabajo psicoterapéutico en el paciente con dolor.

Esta cuestión nos lleva a reflexionar acerca de las implicancias de tal modificación en tanto el cuerpo es, desde los momentos mismos constitutivos, reservorio de vivencias, con lo cual toda eventualidad orgánica es un acontecimiento que se inscribe también en el cuerpo.

En un texto posterior titulado El yo y el ello Freud sitúa el yo como proyección de la superficie corporal, con lo cual situamos aún con más precisión esta última consideración.

Es desde tal reflexión que en conclusión consideramos que en el tratamiento en pacientes con patologías orgánicas, más aún en las de mayor alteración de los patrones de salud, debemos escuchar el dolor como parte de esa narración, lo cual no implica desoír la patología orgánica sino más bien, desde un **trabajo interdisciplinario**, ampliar la escucha en el sentido de alojar el dolor, escuchando qué duele cuando duele el cuerpo.

Esta escucha del dolor en todas sus dimensiones implica desde el lugar de profesional de la salud mental el trabajo de las mismas en la entrevista psicoterapéutica:

Nuestra propuesta terapéutica al respecto es la elaboración, a nivel de las fantasías, de lo que llamamos **“imaginarización del cuerpo”**, a través de lo cual se insta al paciente a que hable de su cuerpo haciendo una descripción del aspecto exterior y posteriormente interior del mismo (previo diagnóstico diferencial, sólo se implementará en caso de estar seguros que estamos en el campo de la neurosis), procurando transformar la descripción neta en narración, en tanto el paciente utiliza metáforas, elementos descriptivos (formas, colores, tamaños, comparaciones, etc).

Es válido aclarar que esta estrategia terapéutica esta incluida dentro de un proceso psicoterapéutico, es decir, se implementa en pacientes que ya han transitado cierto tramo de un proceso terapéutico. Como no tenemos un conocimiento a nivel percepción visual del interior corporal, la descripción implica enunciar “palabras propias” que nos permitan hacerle entender al otro que escucha aquello que forma parte de nuestra fantasía acerca de ese interior. El paciente irá transformando este contenido en una fantasía propia, algo que tiene que ver con su manera particular de vivenciar su cuerpo, y que lo incluye a él como sujeto. Luego de cierto recorrido imaginario se puede utilizar gráficos para tal representación imaginaria del cuerpo lo cual, la experiencia nos devuelve, es muy enriquecedor, ya que implica un esfuerzo de imaginarización.

Los resultados de la utilización de esta estrategia psicoterapéutica, nos ha evidenciado un redimensionamiento simbólico que conlleva modificaciones no sólo en la posición subjetiva del paciente, sino en su relación con su cuerpo, con su imagen corporal y con su dolor (ya que se

trata de un fenómeno subjetivo). En algunos casos las modificaciones en la percepción del dolor son cuantitativos, en otros casos son cualitativos, el paciente dice que el dolor ahora es “diferente”, diríamos, ahora está localizado en una narración. Pero lo que a nuestro entender ha sido el hallazgo más interesante de esta experiencia es que en alguna ocasión los pacientes han identificado en la interpretación de su propio gráfico del dolor alguna escena dolorosa/traumática de su historia, con lo cual nuestra hipótesis fue nuevamente corroborada.

Concluimos entonces con una frase ya utilizada en este escrito, en tanto el trabajo psicoterapéutico en este caso se tratará de escuchar qué duele cuando duele, es decir, el dolor en tanto sufrimiento y para ello es que hemos conformado este equipo de trabajo en el cual la interdisciplina nos permite abordar el dolor en la amplitud de sus dimensiones.

Bibliografía:

- Sigmund Freud, Obras Completas. “ El yo y el ello”.
- Sigmund Freud, Obras Completas, “Más allá del principio del placer”.
- Sigmund Freud, Obras Completas, “Proyecto de psicología para neurólogos”.

APPD (Asistencia Psicológica y Psiquiátrica en Tratamiento del Dolor)

**Lic. M.F.Montaña M.N 33687; M.P 83282
(lic_montana@yahoo.com.ar)**

**Dr. D.M.Achával M.N 116219; M.P. 56922
(dmachaval@hotmail.com)**