

Psicología del Dolor

Enojo, ira y hostilidad: Manifestaciones emocionales prevalentes en pacientes con dolor crónico

Eduardo Daniel Levin*

*Psicólogo clínico, Especialización en Evaluación y Tratamiento del Dolor (Facultad de Medicina, Hospital Italiano), Master en Psicoimmunoneuroendocrinología (Facultad de Medicina, Universidad Favaloro),
Ex-Profesor Adjunto en la Facultad de Psicología, Universidad de Buenos Aires, Miembro Directivo en la Asociación Argentina para el Estudio del Dolor.
Member of the International Association Study of Pain.
Ex-Full Member of the Australian Psychological Association

Resumen

Desde hace solo algunas décadas, el abordaje terapéutico del paciente con dolor crónico se vio ampliado con un enfoque multidisciplinario. Desde la Teoría de la Compuerta de Melzack, la definición originaria sobre el concepto de dolor desde la IASP, así como los múltiples aportes que diversos autores han ido dando, fueron posibilitando un acercamiento más amplio y abarcativo en la problemática del dolor crónico de una forma holística.

El paciente que transita un cuadro doloroso crónico se ve afectado, además de su afección, por factores emocionales concomitantes, déficits cognitivos, alteraciones conductuales, así como una paulatina reducción en el establecimiento de los lazos sociales y afectivos.

Las limitaciones que el dolor le provoca intensifican la no ejecución de actividades que desarrollaba en antaño, lo cual conlleva desganado, apatía y ensimismamiento. Afecta, entonces, el no tener claridad y acceso para construir un proyecto de vida así como, por sobre todo, obtener calidad de vida.

Se parte de la base que todo estudio científico particularmente referido a este tópico, debe tomar en consideración la significativa influencia de las variables contextuales, entre ellas, lo sociocultural-económico, laboral, familiar e ideológico. Sin dichas variables se correría el riesgo de hipotetizar aspectos que contaminarían las conclusiones iniciales prevalentes.

De igual modo, considerar su estructura y rasgos de personalidad, su estado anímico-emocional-afectivo y su campo espiritual, su modo de funcionamiento cognitivo y conductual expresados en un modo vincular, permitirían esclarecer dinámicas particulares que adopta frente al dolor, el sufrimiento e incluso su grado de adherencia al tratamiento. El estudio y análisis de las posibles comorbilidades juega un papel fundamental a la hora del diagnóstico efectivo y la elaboración de estrategias de abordaje multidisciplinario.

En este trabajo se desplegará una introducción sobre los aspectos generales que hacen a la Psicología del Dolor, poniendo luego hincapié en determinadas manifestaciones emocionales frecuentes en estos cuadros complejos. Ellas son particularmente el enojo, la ira y la hostilidad. Estas juegan un rol vital en el interjuego dinámico de los vínculos interpersonales. Se hará hincapié en definir cada uno de estos términos, en señalarse cómo los mismos pueden intensificarse en el devenir de la patología dolorosa incidiendo en su propia evolución, en su entorno familiar y social, así como para con el propio profesional de la salud que lo asiste.

Por último se brindarán algunas estrategias de abordaje que faciliten el trabajo terapéutico, la adhesión al tratamiento y su posible reubicación sociocultural y familiar.

Psicología del Dolor

Pensar en el campo científico de la psicología y sus aportes en materia del estudio y abordaje del dolor crónico sugiere repensar algunos principales tópicos, a saber:

1. Conceptualizaciones sobre cuerpo, dolor y psiquismo, puesto que de acuerdo al marco teórico y el campo científico, sus definiciones pueden sufrir variaciones significativas
2. La importancia de la predominancia del campo anímico en interrelación con los cuadros dolorosos
3. La incidencia de las posibles comorbilidades y los obstáculos a la hora de elaborar un diagnóstico diferencial
4. La predominancia del establecimiento de un vínculo médico - paciente que pueda ser favorecedor tanto a la hora de elaborar un diagnóstico como un tratamiento, contemplando los posibles obstáculos y dilemas a resolver
5. Las particularidades que presentan el abordaje en pacientes de edad avanzada, en niños e incluso en cuadros psicopatológicos y neurológicos complejos
6. Las diversas modalidades de abordajes psicoterapéuticos y el necesario consenso de un trabajo conjunto de un equipo interdisciplinario

En el desarrollo de este trabajo se irán desplegando las principales aristas del campo de trabajo en el área de salud mental.

Introducción

“Estamos tan condicionados a considerar que somos nuestro cuerpo, hemos absorbido del ambiente tanto miedo al dolor, que cuando éste surge, ocupa todo el espacio de nuestro conocimiento y se convierte en una emergencia de la cual es preciso aliviarse cuanto antes”. (Levine, 1997)

El dolor es aquella sensación displacentera que invade todo nuestro ser fuera de toda voluntad y dominio. Incide todas las áreas y sistemas del individuo. La interrelación de los sistemas neuroinmunoendócrino, sus rasgos de personalidad y el psiquismo, así como los diversos contextos familiar y sociocultural, confluyen en una compleja trama que hace a la dificultad de su abordaje terapéutico y en la facilitación de obtener calidad de vida.

Estamos tan acostumbrados a considerar el dolor como un fenómeno puramente sensorial que hemos ignorado el hecho evidente de que las lesiones no sólo producen dolor, sino que también alteran los sistemas de regulación homeostática del cerebro, produciendo así “estrés” e iniciando complejos programas para restaurar la homeostasis. (Melzack, 1999)

Se podría iniciar este trabajo afirmando que el dolor no se define exclusivamente como una mera percepción nociceptiva sino que constituye una experiencia subjetiva integrada por un conjunto de pensamientos, sensaciones y conductas. Asimismo da ingreso a sentimientos como sufrimiento, ansiedad, depresión y desesperanza. (Lorca Diez, 2003)¹

En la actualidad se concibe al dolor como una experiencia multidimensional la cual es incida por una considerable cantidad de variables y factores, entre los cuales se ven presentes tanto los aspectos biológicos, como los psicológicos y sociales. (Levin, Rosales, 2014)²

¹ Dr.Gines Lorca Diez, Master en dolor, <http://www.catedradeldolor.com/PDFs/Cursos/Tema%201.pdf>

² Levin, E. Rosales, MG. en “Bases para el Manejo del Dolor”, Rey, Vive y Bendersky, Cap.14 “Aspectos psicológicos y sociales”, Argentina

Bien podrían pensarse diversos factores fisiológicos, epigenéticos, cognitivos, emocionales, conductuales, culturales, sociales y familiares. Sin embargo, ninguno de ellos explica por sí solo las causas o desencadenantes del dolor

Esto hace a que en los años ochenta, el dolor deba ser abordado desde esa perspectiva biopsicosociocultural al ser considerado resultado de la interacción de elementos biológicos que pueden provocar y mantener distintas dolencias, de factores psicológicos que influirán en la percepción de la experiencia subjetiva interna y de elementos socioambientales moduladores de la percepción de la estimulación nociceptiva y moldeadores de las respuestas del organismo (Miró, 2003; Turk y Rudy, 1992)^{3 4}

El hecho de que la farmacología y los diversos tratamientos no sean efectivos de igual modo, permite poner en evidencia la extrema variabilidad de la experiencia dolorosa. No existen dos personas que experimenten de la misma manera dos estímulos nociceptivos idénticos. Los factores neurofisiológicos, hormonales, culturales, contextuales y psicológicos que marcan las diferencias. Es lo que define el componente de reacción al dolor”. (Villar, J. 2006)⁵

Todo ello es lo que hace a que el dolor sea fundamentalmente subjetiva; característica esencial que hace a la dificultad de ser mensurable tanto ante el profesional como para con su entorno.
¿Cómo lograr adentrarse a la problemática que trae el individuo sabiendo la multiplicidad de factores que influyen en su patología dolorosa?
¿Cuáles serían los alcances y los límites para dicho abordaje, manteniendo una adecuada conducta ética?

El ser humano no puede diseccionarse en meros sistemas o partes inconexas. Necesariamente se debe abordarlo en un todo de cuerpo, psiquis y lo espiritual. Asimismo no es posible estudiarlo y proponerle un determinado abordaje integrativo sin considerar atentamente su particular modo perceptual, actitudinal y conductual en relación a la obtención de sus satisfacciones y necesidades

En su modo de posicionarse en el mundo, determinadas variables son requeridas
La estructura de personalidad y su autopercepción. Su grado de autoestima
Su particular lectura situacional (su particular modo de evaluar las situaciones y contextos). Sus pensamientos y sentimientos encontrados entre lo valorado y lo rechazado.

¿De qué hablamos cuando nos referimos a dolor psíquico?

Podría resumirse de manera sumamente esquemática que el dolor psíquico es conformado por un número de elementos que interactúan entre sí. Desde la denominada “Estructura y dinámica de la personalidad”, con sus instancias, funciones y los rasgos prevalentes, la manifestación del campo de la imaginación y la fantasía, y todo lo referente al campo anímico conjuntamente con los modos de afrontamiento que el individuo puede disponer al interaccionar entre su mundo interno y su medio que lo rodea. Asimismo, las satisfacciones e insatisfacciones juegan específicamente aquí un rol protagónico pues ellas inducirán la utilización de patrones de conducta específicos

El dolor psíquico es puesto en relieve ante determinados eventos adversos o disruptivos, como ser producto de impactos emocionales intensos, pérdidas, duelos así como patologías crónicas y sus posibles desenlaces.

³ Truyols Taberner, M., Pérez Pareja, J., Medinas Amorós, Palmer Pol, A., Sesé Abad, A. “Aspectos psicológicos relevantes en el estudio y el tratamiento del dolor crónico”, Clínica y Salud, 2008, vol. 19 Nº3

⁴ Gatchel, (2007) “The Biopsychosocial Approach to Chronic Pain: Scientific Advances and Future Directions”, Psychological Bulletin Copyright by the American Psychological Association 2007, Vol. 133, No. 4

⁵ Villar, J. (2006) *Cómo investigar en algo tan subjetivo como el dolor*, Rev. Soc. Esp. Dolor v.13 n.4 Narón (La Coruña)

Adentrándonos en el campo emocional, las mismas podrían definirse como reacciones subjetivas al ambiente que van acompañadas de respuestas neuronales y hormonales. Generalmente se expresan como agradables o desagradables y se consideran reacciones de tipo adaptativo que afectan a nuestra manera de pensar y ser.

En el ser humano, la experiencia de una emoción involucra tres componentes: Fisiológico, verbal y conductual. La alegría, la ira o la ansiedad bien pueden ser ejemplos de algunas de las emociones. Asimismo, respuestas transitorias fisiológicas, cognitivas, emocionales y conductuales que constituyen soluciones adaptativas críticas para la supervivencia.

En la emoción, un conjunto de cogniciones, actitudes y creencias sobre el mundo son utilizadas para valorar una situación concreta e influyen en el modo en el que se percibe dicha situación. Estas, evidentemente, son entrelazadas con las reacciones del Sistema Nervioso Autónomo y la regulación del sistema endócrino.

Ante el dolor de órgano o el dolor del alma, el individuo busca desesperadamente un alivio aunque más no sea imaginario y hasta escindido de la realidad. Se podría afirmar entonces, que ciertas emociones intensas que no son expresadas por medio de la palabra, se manifiestan a través del mismo cuerpo. El ser humano como ser social requiere del establecimiento de vínculos afectivos consistentes. Cuando alguno de éstos se ausenta, acrecienta la sensación de fragilidad e impotencia. Los vínculos familiares, los lazos sociales tanto laborales como grupales, le permiten sobreponerse a su malestar, hallando allí contención y afecto.

La búsqueda de credibilidad, de apoyo y acompañamiento son ítems fundamentales para un mejor bienestar del paciente. Es por ello que los diferentes contextos en los cuales el individuo se encuentra inserto pueden incidir favorablemente, dando sostén y apoyo, así como también promover mayor inquietud y malestar, sobre todo cuando además no llega a esclarecerse empíricamente la naturaleza de su dolencia. Este último aspecto evidentemente promueve desilusión y desesperanza en el individuo.

Algunos observables para considerar

Cuando hablamos de la incidencia que los diversos contextos tienen en el individuo con dolor crónico, debemos tener presente algunos ítems:

1. La historia familiar (Cómo reaccionaban, qué lugar ocupaba el padecimiento dentro de la dinámica familiar diaria, qué expresiones verbales utilizaban preferentemente)
2. Momento vital de su vida
3. Las experiencias transitadas anteriormente
4. Su Estructura psíquica, los rasgos de personalidad y la incidencia de comorbilidades
5. El cuadro que presenta sumado a las referencias que va hallando tanto de otras personas que padecen lo mismo como desde lo que encuentra en Google/ Wikipedia

Asimismo, hay observables que atañen particularmente en este tipo de patologías, como ser:

1. Un importante y creciente recorrido a través de estudios y consultas de especialidades médicas
2. El aumento significativo del sentimiento de desgaste de energía, tiempo y dinero
3. El hecho de que la prolongación en el tiempo va generando mayores restricciones en su vida diaria
4. La disminución de las capacidades cognitivas así como la disminución del grado de interacción con el medio en el cual se encuentra inserto
5. La percepción de no lograr hallar alivio y mejoría en su cuadro, lo cual genera descreimiento, apatía, desesperanza, y un dolor total que afecta los campos emocional y espiritual.

Dolor espiritual

La atención de la salud apoyada desde una mirada holística debería abordar la totalidad de la existencia relacional del paciente: física, psicológica, social y espiritual. (Sulmasy, 2002)⁶

Lo espiritual está vinculado a la esencial del ser y su existir, así como por sobre todo en la búsqueda de sentido. Refiere a aquellas cosas que le dan un sentido de *paz interior, alivio, fuerzas y esperanza*. Se expresan en la sensibilidad, capacidad de asombro, así como en las emociones intensamente vividas. Puede ser independientemente de una determinada ideología o creencia religiosa.

Actualmente, numerosos estudios dejan en evidencia cómo tanto lo espiritual como lo religioso inciden en sobremanera en la actitud y sensibilidad del dolor crónico, promovándole una búsqueda de afrontamiento positivo. (Wachholtz, 2007)⁷

En verdad, pocas veces los pacientes se atreven a revelar ante el profesional de la salud estos aspectos, los cuales suele vivirlos como de alta privacidad y hasta muy frecuentemente le suele resultar inapropiado para compartirlo con el especialista.

Sin embargo, este gran secreto puede resultar pivote a la hora de establecer un vínculo empático. Las dudas sobre sus creencias más profundas e incluso arraigadas a lo familiar no terminan de ser manifestadas abiertamente y ello puede conducir a otro particular obstáculo al momento de desear la adhesión misma al tratamiento.

Muchas de las manifestaciones que los consultantes realizan entremedio de sus descripciones dolorosas, como ser el por qué de su existir, la sensación de agobio y desesperanza, la pérdida del sentido de la vida y el para qué seguir luchando contra su enfermedad, no son más que claros reflejos de esta esencia espiritual.

Ayudarlos a expresarlas sin tabúes y el ofrecerles espacios específicos para que puedan ellos hallar alivio, son modos activos de contención fundamental para el beneficio de ellos.

La incidencia de los aspectos socioculturales

Hablar de los diferentes contextos en los cuales cada individuo se encuentra inserto no configura un capítulo aparte.

El ser humano como ser social necesariamente afecta y es afectado por su entorno y los diversos contextos sociocultural, económico, ideológico, familiar.

Las variables psicosociales pueden también verse reflejadas a través de las expresiones del estrés, su estructura psíquica, los modos de afrontamiento, el estilo de interacción social, así como los aspectos referidos a las funciones cognitivas y conductuales. (Gatchel, 2007)⁸

Cada cultura tiene sus prácticas, sus creencias, sus valores, sus tradiciones, y estas son profundamente válidas e importantes, incluso a la hora de repensar el modo de comunicación que se preestablece, su abordaje terapéutico, e incluso en los cuidados a desarrollar. (González, M, 2014)⁹

Todas las actividades de nuestra vida cotidiana están condicionadas culturalmente. Como señala Hernández, la cultura modela nuestras conductas homogeneizando comportamientos sociales. (Hernández, 2005)¹⁰

⁶ Sulmasy DP. (2002) "A biopsychosocial-spiritual model for the care of patients at the end of life". *Gerontologist*. 2002 Oct; 42 Spec N°3. <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/12415130>

⁷ Wachholtz AB, Pearce MJ, Koenig H. Exploring the relationship between spirituality, coping, and pain. *J Behav Med* 2007.

⁸ Gatchel, "The Biopsychosocial Approach to Chronic Pain: Scientific Advances and Future Directions", *Psychological Bulletin* Copyright by the American Psychological Association 2007, Vol. 133, No. 4

⁹ González, M, (2014) "Dolor crónico y psicología", <https://www.elsevier.es/pt-revista-revista-medica-clinica-las-condes-202-articulo-dolor-cronico-psicologia-actualizacion-S0716864014700811>

En definitiva, la diversidad de las problemáticas que presentan los individuos, requieren una particular atención teniendo en cuenta las diferentes creencias, sistemas de valores, estilos de vida y herramientas, que faciliten la instrumentación de las pautas específicas de cada cultura, para su saneamiento. El “cuidado transcultural” *es una ontología: una manera de ser, una manera de mirar, de pensar, de compartir y de participar con el otro y de descubrir la experiencia que permite al mismo tiempo el conocimiento propio.* Federici et.al. (2001)¹¹

Adentrándonos en el cuadro doloroso

Repensando las particularidades que se vienen introduciendo en este capítulo, cabe bien mencionar aquellos interrogantes clásicos que surgen ante la presencia del paciente doloroso: Su expresión y descripción del dolor ¿Es legítimamente verdadero? ¿Exagera? ¿Busca, acaso, lo que algunos denominan el “beneficio secundario”?

Si bien este apartado merecería un desarrollo más profundo, se podría indicar en primera instancia la premisa fundamental: Al paciente le duele y recurre al especialista en busca de ayuda y alivio. El “psicologismo” del dolor es algo que, como se viene desplegando aquí, ya no es posible de seguir sosteniendo. No sólo por la clara interdependencia entre los Sistemas inmunoneuroendócrino así como particulares áreas del Sistema Nervioso Central, sino porque es el ser humano todo que se encuentra inmerso en el padecimiento y en el decaimiento de su calidad de vida.

Probablemente las preguntas esenciales que se deberían plantear estarían focalizadas en mayor medida en cómo diseñar una adecuada estrategia de abordaje en conjunto con un equipo interdisciplinario especializado.

Evaluación en Psicología del Dolor

En lo que refiere a la evaluación en Psicología del Dolor, desde la óptica de numerosos autores, la centralidad está puesta en aplicar un adecuado relevamiento de información que permita obtener una visión panorámica sobre el cuadro doloroso del consultante.

Se priorizará, amén de los aspectos generales que hacen a la historia y desarrollo actual del individuo, el recabar información sobre el historial del cuadro doloroso y su padecimiento, el impacto pasado y actual de su modo de funcionamiento diario personal y psicosocial, en las actitudes y estrategias que adopta para afrontar el dolor, y en el grado de incidencia que tiene su entorno sociocultural, económico y familiar.

Se podría sintetizar que los objetivos claves estarán puestos en tener la mayor cantidad de información actualizada de modo de planificar luego la elaboración de una estrategia terapéutica acorde a su cuadro y su necesidad de lograr adherencia al tratamiento, alivio integral y el llegar a promoverle mejor calidad de vida.

Todo ello estará sobre la base fundamental de propiciar un buen vínculo empático entre el profesional y el paciente, favorecer la consolidación de la confianza tanto en sí mismo como para con el profesional, ya que estos ítems permitirían construir mejor predisposición y adaptación al cambio, aceptación de su dolencia y la búsqueda de calidad de vida.

Comorbilidad

Un apartado especial que debería hacerse es en referencia a la incidencia que tienen los cuadros comórbidos en los pacientes con Dolor Crónico. Ellos generan un arduo trabajo exploratorio a la hora de determinar un camino terapéutico abarcativo.

¹⁰ Hernandez, “La salud y el contexto cultural”, en: http://www.aniorte-nic.net/apunt_sociolog_salud_2.htm

¹¹ Federici, Games, Rabosto y Montaña (2001) “La influencia de la cultura en la salud y la enfermedad mental”, <http://www.psiquiatria.com/enfermeria/la-influencia-de-la-cultura-en-la-salud-y-la-enfermedad-mental/#>

Dentro de los observables más frecuentes, el trastorno del sueño, los trastornos de ansiedad, depresión y el abuso de sustancias son, los de mayor prevalencia entre los pacientes con Dolor. Otras patologías más complejas como ser la presencia de cuadros psicopatológicos complejos así como cuadros neurológicos y neurodegenerativos, acentuarían la indefectible necesidad del equipo interdisciplinario especializado.

El abordaje del dolor

En la cronicidad, distintos factores pueden complejizar su adecuado abordaje, como ser:

- La percepción del fracaso de los recursos terapéuticos y escasa confianza de que se pueda llegar a encontrar un medicamento eficaz.
- El exceso de reposo y la significativa reducción del nivel de actividad física, conduciéndole a un estado de apatía y dejadez.
- Los trastornos del sueño y la deficiente calidad reparadora del mismo que conducen a la aparición de alteraciones del humor y estados de ánimo.
- El deterioro de las habilidades de comunicación y establecimiento de vínculos, abandono de actividades sociales y laborales¹²

¿Cuáles tienden a ser los temores y ansiedades del paciente que presenta dolor crónico?

Sumado a los factores y variables citados anteriormente, en el cuadro de dolor crónico surgen aspectos específicos que afectan, en mayor o menor medida, la evolución y desarrollo del tratamiento.

- Que se acreciente el cuadro doloroso y con ello se intensifique su deterioro, lo cual conlleve mayor dependencia y sufrimiento
- Que su dolencia carezca de solución/curación
- Que deba ser sometido a múltiples intervenciones, junto a la incertidumbre si ellos serán favorecedores o bien promoverán mayor intensidad de dolor
- Que a raíz de su cuadro complejo, llegue a perder autonomía e independencia
- Que su cuadro doloroso no sólo no favorezca su desarrollo o habitual de su rutina y sus actividades sino que, por el contrario, le obligue disminuir e incluso abandonar las mismas.
- Que todo ello intensifique su autopercepción de llegar a sentirse inútil y hasta un estorbo en su propia familia y que ello provoque, además que se cansen y terminen abandonándolo.

Lo que se persigue en el establecimiento del tratamiento terapéutico

Dentro de las diferentes aristas que contiene el abordaje integral del paciente doloroso, se suman asimismo, otros factores y conceptos que complejizan la posición frente al dolor, razón por la cual también deberían ser considerados a la hora de intervenir éticamente.

- El lugar que ocupa tanto en su propio concepto de vida como en lo que refiere a su entorno próximo, su cuerpo y su imagen corporal, los conceptos de salud y enfermedad.
- La incompreensión y las reacciones negativas del familiar y de su entorno próximo.
- La percepción de la soledad y vacío.
- La propia necesidad de lograr que los demás le manifiesten permanentemente expresiones de afecto y le brinden contención ya sea con la mera escucha, con compañía e incluso con el cuerpo, por medio de caricias y abrazos.
- El deber atravesar su crisis de su existir y su sentido de la vida a veces sin el apoyo de su entorno.

¹² López Espino, M., Mingote Adán, M. (2009) "Artículo de revisión. Cuadernos de Medicina psicosomática y Psiquiatría de enlace N°89/90: El dolor crónico desde la perspectiva psicosomática"

Por otro lado, en relación al vínculo que intenta establecer con el profesional, algunos de los ítems que suelen observarse son:

- Cuando se hallan en la encrucijada entre el no ser comprendido ni escuchado con atención.
- El sentir tener breves minutos para desplegar sus dolencias, mejoras o empeoramientos.
- El tener dudas e incertidumbres en cuanto a su pronóstico y no poder resolverlas con claridad.
- Todo aquello que, por sus rasgos de personalidad, por temor o por falta de tiempo, el paciente no termina de enunciar.
- Sus sentimientos de impotencia y frustración, enojo e ira, que muchas veces terminan obstaculizando el vínculo.

Desde el profesional también suelen presentarse otro tipo de variables que inciden en su abordaje. Entre ellos, podría señalarse los siguientes ítems:

- Salvando aquellas variables ajenas al paciente (aspectos institucionales, exigencias, rasgos propios), el tener que sobreponerse a las exigencias y reclamos que efectúan los pacientes
- El lugar de impotencia al cual se le adscribe al profesional
- Las constantes expresiones tales como: “sigo mal” “me quema todo” “me duele todo”
- La monotonía y reticencia discursiva
- El “no” y el “imposible” como expresiones cotidianas
- La permanente referencia sobre la crónica de sus dolores y los efectos colaterales que la medicación le produce
- La dificultad de entendimiento e incluso el cumplimiento del tratamiento propuesto.

El campo anímico y conductual

“...Cada vez es más sólida la evidencia para declarar que alteraciones psicológicas, como la depresión y la ansiedad, con mucha frecuencia existen y pueden estar correlacionadas con el dolor crónico... Estados emocionales negativos aumentan la probabilidad del dolor reportado... Con mucha frecuencia se descuidan los síntomas afectivos coexistentes...El paciente afectado por dolor, bajo la creencia de que aumentará, evita ejecutar sus actividades y contribuye al fortalecimiento de un ciclo conductual de condicionamiento, donde la respuesta de evitación puede llegar a ser inmanejable...” (Dominguez Trejo, 2006)¹³

Existen determinadas manifestaciones provenientes del campo anímico que son prevalentes a la hora de abordar al paciente con dolor crónico. Si bien éstos no son privativos del mismo, sí podría perseverarse su predominio y los posibles obstáculos que generan en el tratamiento.

Dentro de las mismas podrían subdividirse en los siguientes tópicos: La ansiedad, la angustia y los miedos. También se debería incluir aquí aquellos referidos a los estados de irritabilidad, enojos, agresividad, ira y violencia, las manifestaciones de euforia, apatía, tristeza o resignación, y los modos de reacción que van desde el ensimismamiento, la soledad, el aislamiento y hasta la actitud de indiferencia.

Diversos autores señalan cómo numerosos factores psicológicos pueden afectar al dolor de manera directa, entre ellos, los pensamientos y emociones, que no solo alteran los sistemas sino incluso el modo de enfrentamiento del dolor, con aspectos como los sentimientos de indefensión que pueden incrementar el dolor, o las interacciones con otras personas que pueden reforzarlo.¹⁴

Algunas expresiones

¹³ Dominguez Trejo, B. (2006) *Estados emocionales negativos*. Ciencias 82, Abril-junio 2006, México

¹⁴ Van-der Hofstadt C. y Quiles, M (2001) *Dolor crónico: intervención terapéutica desde la Psicología*, Rev.Soc.Esp. Dolor 8, 2001

He aquí algunas de las innumerables expresiones que los individuos con dolor crónico han ido expresando durante un tratamiento psicoterapéutico. Nótese la variabilidad de su contenido más allá de que todas estas citas tienen, en definitiva, un denominador común: el padecimiento.

“...Me angustio porque no le veo salida... He tomado todo tipo de remedio y ¡Nada! ...A la mañana, cuando despierto, no me quiero levantar aunque acostada me duele todo...Dejé de salir. No puedo. ¿Me entiende?...Ayer fui a Misa y me hizo bien ...¿Acaso Usted me va a curar?...”

Mujer , 42 años

“-Estoy acostumbrada a no mostrar lo que me pasa... ¿Para qué? Después ello se me vuelve en contra. Siempre fui así de callarme y demostrar poco en mi entorno. ¿Será una forma de protegerme? Me pasa que se cansan de escucharme, le dan poca importancia y encima me mandan al psiquiatra...” Mujer, 40 años

“...Hoy tengo turno con el traumatólogo. Después me tiene que ver el neurólogo. Mañana voy a sacarme sangre y a que me hagan una TC. Después a las 15 me espera mi médico y de ahí seguramente tendré que ir otro día a hacer los trámites en el PAMI...” Mujer, 45 años

“... Mi hermana ya no me aguanta más... me contesta mal... yo le digo que me entienda que me duele terriblemente y ella me dice que exagero, que no pongo voluntad... Si pudiera irme de su casa, lo haría... pero no tengo quién me cuide en mi casa...” Mujer, 38 años

“...No sé vivir sin dolor... El dolor me ha robado las ganas de hacer cosas... Ya no sé qué decir cuando me invitan a algún lugar... Yo sigo adelante por mis hijos, sino no seguiría... Estoy harta de dolor... Siento un dolor emocional que me persigue desde siempre... Dicen que es psicósomático... no tengo tiempo para pavadas... Siento tristeza y vacío... estoy enojada conmigo...” Mujer, 55 años (Enfermera)

“...No sé cómo explicarle a Usted lo que siento... es un dolor profundo... indescriptible... siento que se me desmorona todo... Me dicen que tengo que ser fuerte y seguir adelante. ¿Para qué? Dígame, ¿Por qué a mí me tiene que pasar todo esto? Le pido fuerzas a mi madre que está en el cielo para soportar todo esto... A veces siento que no tiene sentido seguir peleándola...”

Mujer, 63 años

“¿Acaso Usted sabe qué es sentirse sola? ¿Ver que nadie de su familia se acerca o llama por teléfono? Puedo estar muerta y ni se enterarán... Yo no tengo miedo a la muerte... Los días se me hacen eternos... Hay mucho silencio en la casa... Yo no quiero terminar en un geriátrico... sería mi final... El dolor en los huesos no me deja dar un paso, y siento ganas de terminar con todo esto...” Mujer, 72 años

Son múltiples las preguntas que surgen a la hora de intentar responder su dolor. En verdad, cada una de estas expresiones merece un determinado tipo de respuesta específica.

Cada una de ellas contiene un plus, y es siempre referido a lo particular, lo exclusivo, lo inmensurable de su propia historia.

Algunas convocan al profesional, otras, en cambio, se tornan en reclamos hacia el entorno o bien, a la mera expresión de impotencia, dolor y sufrimiento, incluso en un plano espiritual.

¿Qué hacer con todas estas sensaciones displacenteras? ¿Cómo sobreponerse a este plus que se suma a la enfermedad?

La problemática de las Emociones Negativas: Enojo e Ira y sus expresiones

“-La culpa de todo es de ese médico incompetente. Me hace ir una y otra vez y ¡nada!”

Este tipo de reacciones, más frecuente en personas emocionalmente inmaduras o con dificultades para tolerar la amenaza de la enfermedad según señalan diversos autores, suelen manifestarse intolerantes, antipáticos, distantes o descalificadores.

¿Cuáles son las emociones concomitantes?

Numerosos autores señalan cómo las emociones negativas y positivas inciden de manera significativa en relación a la intensidad y perdurabilidad del dolor crónico así como en su percepción y tolerancia. (Rainville, P. et.al. 2005)

Las creencias de no poder controlar el dolor y los constantes pensamientos catastrofistas son asociadas a una mayor incapacidad de afrontamiento. (Truyols Tabereri et.al., 2008)

Las emociones son reacciones subjetivas al ambiente que van acompañadas de respuestas neuronales y hormonales (Díaz Ortíz, 2010). En su decir, comprenden *nuestros sentimientos y estados de ánimo*, y su expresión en conductas motoras y en las respuestas del SNA y neuroinmunoendócrino. El sistema límbico -vinculado entre otros ítems- con la emocionalidad, motivación, aprendizaje y memoria, funciona como un inhibidor de deseos y necesidades, íntimamente vinculado con la supervivencia del individuo. Dichas emociones tienden a constituir un particular modo de adaptabilidad para la supervivencia.

La mayoría de los autores contemporáneos sostienen denominar “emociones primarias” a la ansiedad, la ira y el miedo; emociones que, por así decirlo, son partes constitutivas del individuo. Sin embargo, el componente afectivo del dolor incorpora toda una gama de emociones negativas en cuanto a su cualidad. Las más estudiadas y relevantes en la literatura sobre dolor crónico han sido, la depresión, la ansiedad y la ira. Estas emociones se han relacionado tanto con la génesis, como con el mantenimiento y la exacerbación del dolor crónico en su aspecto psicológico y físico.¹⁵

Enojos

Resulta sumamente evidente en la práctica clínica, cómo la alta incidencia de los enojos desmedidos y eternizados, producen severas consecuencias en todo el organismo. Hay personas que “arrastran” lejanos disgustos e infortunios, escenas petrificadas, rencores y silencios profundos. Ante la pregunta sobre el porqué de ello, la inmensa mayoría pierde noción de los motivos originarios, ya que con el correr del tiempo, dichos escenarios han sido producto de reinterpretaciones, ideas negativas, y sobreintensificaciones a raíz de la no reacción favorable por parte del otro.

¿Qué es lo que originaría un sentimiento de enojo? Mayormente parte de una conjunción de un determinado escenario en el cual confluyeron pensamientos, fantasías y anhelos que no llegaron a resolverse de manera efectiva. La desilusión, la frustración y la desesperanza juegan un papel protagónico para todo ello. En verdad, estos enojos “enquistados” no son más que enojos que resignifican y presentifican emociones primarias transitadas en las primeras etapas de la vida. El vivir cargando dichos escenarios, sumado al hecho de no haber podido expresarlo y dialogarlo, no hacen más que intensificar una situación de estrés permanente.

Según Lemerise y Dodge (1993) el enojo cumple una gran variedad de funciones adaptativas, que incluye básicamente la regulación de procesos internos (fisiológicos y psicológicos) en la reacción de defensa, así como la regulación de las conductas sociales e interpersonales... Los resultados de numerosas investigaciones sugieren que el enojo y la hostilidad, contribuyen a la patogénesis de varios desórdenes médicos, incluyendo hipertensión (Crane, 1981; Harburg et al., 1973), enfermedades coronarias (Friedman y Rosenman, 1974; Mathews et al., 1977, Spielberger y

¹⁵ Tuyols Tabereri, M., op. cit.

London, 1982; Spileberger et al., 1985) y cáncer (Greer y Morris, 1975; citados en Spielberger, 1991).¹⁶

Ira

La propia frustración frente a la enfermedad crónica, las quejas somáticas persistentes, la escasa información sobre la etiología del dolor, acompañado todo ello de repetidos fracasos terapéuticos, aumentan la probabilidad de que los pacientes experimenten estados emocionales de ira asociados, como una respuesta natural al dolor. (Berkowitz, 1990)

La ira ha sido la emoción negativa más ampliamente observada en el dolor crónico, destacándose su influencia negativa en la adaptación de los pacientes (Amir et al., 2000)¹⁷

Haciendo foco en una de ellas, la ira, se debería repensar su raíz y alcance en los diversos matices de la cotidianeidad.

La ira y hostilidad pueden complicar el problema aumentando el arousal autonómico e interfiriendo con la motivación por aceptar y/o seguir determinados tratamientos.

Existen numerosas definiciones acerca de la ira. Algunas de ellas ponen el acento en un particular estado emocional conformado por sentimientos de irritación, enojo, furia y rabia, que es acompañado por una alta activación neuroendócrina. (Johnson, 1990; Spielberger, 1988)

Todo sentimiento negativo puede transformarse en ira, pero en cada etapa de la ira hay situaciones particulares que producen más ira que otras.

Los estados afectivos negativos debilitan la respuesta inmune y ubican al individuo en una situación de riesgo de padecer enfermedades infecciosas, cardiovasculares, autoinmunes y tumorales.

Análogas consideraciones se atribuyen dentro del cuadro del SFM y SFC. (Rosenkranz, 2003; Barak, 2006).

En uno de los estudios realizados, noventa y seis pacientes con dolor crónico fueron remitidos para una evaluación completa completaron cuestionarios para evaluar sus niveles de ira, dolor, angustia y discapacidad. Aproximadamente el 70% de los participantes reportaron tener sentimientos de enojo. Más comúnmente, los pacientes informaron estar enojados consigo mismos (74%) y los profesionales de la salud (62%) (Okifuji, 1999)¹⁸

La ira y cómo la ira está regulada parecen afectar la intensidad del dolor agudo y crónico. La inhibición de la ira en particular, ha recibido mucha atención y se cree ampliamente que la supresión o inhibición de la expresión verbal o física de la ira está relacionada con el aumento de la gravedad del dolor. (Burns, 2008)¹⁹

El concepto de ira hace referencia a aquellos sentimientos de violencia, enojo, angustia e indignación generados en torno a situaciones o personas específicas. La ira es para muchos profesionales médicos un sentimiento de descontrol anímico que puede resultar muchas veces en diferentes tipos de violencia, especialmente si no está bien canalizada. (Gines Llorca, 2010)²⁰

¹⁶ Leibovich de Figueroa N.B, Lic. Schmidt V. Lic. Gol S, (2001) "State-Trait Anger Expression Inventory (STAXI) and its use in different populations", RIDEP • Vol. 11 • N° 1 • Año 2001

¹⁷ Amir, M., y otros (2000). Coping styles, anger, social support and suicide risk in women with fibromyalgia syndrome. *Journal of Musculoskeletal Pain*, 8

¹⁸ Okifuji, A, Turk, DC (1999) "Anger in chronic pain: investigations of anger targets and intensity", *Journal of Psychosomatic Research*, 47

¹⁹ Burns JW, Quartana PJ, Bruehl S. (2008) "Anger inhibition and pain: conceptualizations, evidence and new directions". *Journal of behavioral medicine*

²⁰ Gines Llorca, I. La dignidad de vivir con la enfermedad. La cronicidad como destino, Real academia de medicina de Salamanca, 2010

La expresión de la ira puede manifestarse en forma verbal caracterizada por críticas de carácter negativo, amenazas, e insultos hacia otras personas; así como también a través de actos agresivos y violentos, como por ejemplo la destrucción de objetos o ambientes materiales y asaltos o agresiones físicas a otras personas. Las consecuencias de la expresión manifiesta de la ira y hostilidad son significativas para el entorno familiar, comunidad y sociedad en general (Moscoso, 2014)²¹

Otros de los estudios realizados²² señala como una de las conclusiones que la ira debe ser conceptualizada como una construcción multifactorial y que su estudio permitiría mejor la adaptación psicológica al dolor crónico. (Okifuji, A., Turk, D.C. y cols. 1999).

Dentro de los principales modelos teóricos en referencia a la ira, el *modelo psicodinámico* sugiere que los sentimientos de ira intensos reprimidos o no expresados puedan manifestarse en forma de dolor afectando a su intensidad, aversividad y conductas manifiestas (Kerns et al., 1994), así como al incremento de las emociones negativas. (Truyols Taberner, 2008)

Desde el *modelo psicobiológico, en cambio*, se enfatiza la incapacidad para expresar la ira como un aspecto especialmente relevante en la perpetuación del dolor, afectando a la capacidad del SNC (Sistema Nervioso Central) para poner en marcha el sistema de opiáceos endógenos (endorfinas, encefalinas), entre otros aspectos neurofuncionales.

Hostilidad

Por otra parte, Carrasco Ortiz-Gonzalez Calderón (2006) establece una diferencia entre los términos “agresión”, “agresividad” y “violencia”. Señala que la agresión suele referirse siempre a una conducta puntual, un acto en respuesta a un estímulo o situación concreta, mientras que la agresividad es definida como una tendencia connatural a todo ser humano que incluso tendría un fin último positivo cuando por ejemplo se relaciona con la supervivencia. La violencia, en cambio, se caracteriza por una extrema asimetría de poder, irrumpe contra el orden natural volcándose sobre un otro más débil o debilitado, incapaz de defenderse por sus propios medios. La violencia solo es característica de la especie humana, y se halla presente en el origen y en la historia de las civilizaciones.

Algunos autores consideran los estados de irritabilidad y/o hostilidad frecuentes en pacientes con dolor crónico un reflejo o consecuencia de los episodios recurrentes de dolor y/o de su prolongada historia. Existen estudios que sugieren que la hostilidad, en especial la *hostilidad clínica* (caracterizada por ira, resentimiento y suspicacia), suele ir asociada a una serie de hábitos insanos como la ausencia de ejercicio físico, alimentación inapropiada, abuso de sustancias o falta de autocuidado que provocan alteraciones de la salud, planteándose mayor probabilidad en pacientes con dolor crónico y hostilidad cínica de desarrollar actitudes e incluso un estilo de vida desadaptativo y otras alteraciones de salud adicionales. (Leiker y Hailey, 1988)

Scherer (1997) entiende que la ira aparece provocada por eventos valorados como obstáculos en la consecución de metas, como inmorales y muy injustos, y causados por otros.

En la última década, unido al desarrollo del concepto de afrontamiento emocional y al mayor número de investigaciones dedicadas a este tema, se asume que hay tres estilos básicos de

²¹ Moscoso, M. Medición Psicométrica de la Expresión de la Ira y Hostilidad, Inventario Multicultural de la Expresión de la Ira y Hostilidad (IMIHO), Rev. de Psicología. Trujillo (Perú) 16(2), 2014

²² Okifuji, A., Turk, D.C. y cols. (1999). Anger in chronic pain: Investigations of anger targets and intensity. *Journal of Psychosomatic Research*, 47(1), pp: 1-12.

afrontamiento claramente identificados en la investigación sobre ira y que son la “Ira interna”, la “Ira externa” y el “Control de ira” (Johnson, 1990).

La “Ira interna” es un estilo de afrontamiento de la ira que consiste en que la persona que experimenta un intenso sentimiento de irritación, furia y/o enojo tiende más a suprimir esos sentimientos que a expresarlos verbal o físicamente.

Cuando se utiliza la “Ira externa” como estilo de afrontamiento, la persona que experimenta intensos sentimientos de enfado los manifiesta a través de conductas agresivas verbales o físicas dirigidas hacia otras personas o también hacia objetos del ambiente.

El tercer estilo afrontamiento consiste en que ante la experiencia intensa de sentimientos de enfado o furia, el individuo tiende a buscar y poner en marcha estrategias cuya finalidad es reducir la intensidad y duración de esos sentimientos, así como resolver el problema que los ha provocado.(Perez Nieto, 2008)²³

Las estrategias de Afrontamiento

Las estrategias de afrontamiento son entendidas como recursos psicológicos que el sujeto pone en marcha para hacer frente a situaciones estresantes

Son esquemas mentales intencionales de respuesta (cognitiva, emocional o conductual) dirigidos a manejar (dominar, tolerar, reducir, minimizar) las demandas internas y ambientales, y los conflictos entre ellas, que ponen a prueba o exceden los recursos de la persona.

Es un proceso en constante cambio, que hace referencia a cómo las condiciones del contexto sociocultural determinan la interacción del sujeto con él mismo y su entorno

Mientras que las estrategias de afrontamiento son los procesos concretos que se utilizan en cada contexto y pueden ser altamente cambiantes dependiendo de las condiciones desencadenantes. (Fernández-Abascal, 1997)

Las estrategias de afrontamiento en el contexto de dolor, entendidas como las actividades que utilizan las personas para minimizar el impacto que los eventos negativos pueden tener sobre su bienestar psicológico (Lazarus y Folkman, 1984, 1986), se han categorizado en diferentes dimensiones sean activas o pasivas, cognitivas, conductuales y evitativas.

Existen numerosas variables psicológicas que inciden de manera directa o indirecta la intensidad del dolor crónico, conjuntamente con las cogniciones y los pensamientos negativos, así como el estilo de afrontamiento que el sujeto adopta (Miró, J. 2003)²⁴

El paciente con Dolor Crónico y el establecimiento de vínculos interpersonales

¿Cómo inciden las emociones en el establecimiento de los vínculos?

La mayoría de las veces cada uno espera y anhela la consecución de un determinado acontecimiento de acuerdo a sus propias expectativas. Se construye así, un escenario deseado. Cuando dicho anhelo se concreta, el individuo continúa luego con la construcción de un próximo acontecimiento. Pero

¿Qué ocurre cuando lo anhelado no se concretiza, y, por el contrario, conlleva un desenlace inesperado e indeseable?

Los cambios del humor y las alteraciones neurofisiológicas promueven un estado de tensión significativo que desembocaría en inciertas resoluciones.

El enojo y la ira se reproducen aleatoriamente, conduciendo al individuo en un estado de vulnerabilidad y desarmonía, poniendo en vilo su criterio y capacidad de afrontamiento. De acuerdo a la incidencia de múltiples variables internas y externas, el individuo redirecciona su conducta en

²³ Pérez Nieto y otros, “Aproximaciones a la emoción de ira: de la conceptualización a la intervención psicológica”, Revista Electrónica de Motivación y Emoción, Volumen XI, Junio 2008, Número 28

²⁴ Miró, J. (2003) “Dolor crónico. Procedimientos de evaluación e intervención psicológica”, Desclée de Brouwer, Bilbao

caminos inciertos. Dichas variables contextuales y experienciales afectan y definen su modo de afrontamiento.

Focalizándose en aquellos individuos que transitan un cuadro de dolor crónico, resulta ampliamente observable cómo las variables contextuales inciden de manera geométrica el potencial de reacción ante la frustración y la impotencia. Son personas que han ido transitando largos tiempos de dolencia, de búsqueda de alivio, de anhelos y desesperanzas. Se han ido enfrentando con diversas limitaciones, significativas pérdidas en sus rutinas sociolaborales y familiares, recorriendo especialistas, atravesando estudios reiterativos, y terminando en un mismo punto de inicio. (Truyols Taberner, 2008)

La vivencia de la enfermedad va a estar cargada de grandes elementos, la persona vive, entonces, como una situación de imposibilidad de realizar sus necesidades y anhelos. Se corresponde con una conducta frustrante que genera lo que se denomina “displacer psíquico”. A partir de ello, siguiendo la postulación de *Hernández* (2016) se pueden llegar a dar las siguientes manifestaciones:

1. Invalidez, porque bloquea al individuo.
2. Molestias, dolor físico y psíquico.
3. Aislamiento, pues el padecimiento conlleva a la soledad.
4. Temores al dolor y sobre todo a un futuro próximo.
6. Ruptura y reformulación del proyecto existencial.

Los resultados obtenidos por Llorca Díez y Muriel (2004), en un estudio con pacientes con dolor crónico en una Unidad del Dolor evidencian que, aún siendo el dolor el malestar que vehicula una atención médica especializada y produce un padecimiento hacia el que se inclina todo el esfuerzo vital del paciente, su intensidad no establece una relación directa con variables psicológicas como el estado de ánimo y la ansiedad. Es la calidad de vida la variable que se ve influenciada por la intensidad de dolor. Cuando ésta es máxima afecta a diferentes componentes como la discapacidad física y sociofamiliar.

Calidad de vida

Hablar de calidad de vida es hablar, en este sentido, del equilibrio entre expectativas, esperanzas, sueños y realidades conseguidas o asequibles. Cuando se piensa en buena calidad de vida se expresaría habitualmente en términos de satisfacción, felicidad y capacidad para afrontar los acontecimientos vitales, con el fin de conseguir una buena adaptación y ajuste a su entorno y en su modo de transitar la vida. En palabras del propio autor: “En general, la enfermedad, sobre todo la crónica, y su tratamiento o sus secuelas, modifican las metas, las expectativas y las esperanzas”. (Ledezma Jimeno, 2010)

¿Por qué se debe pensar en este tópico? Cuando se habla de la cronicidad del dolor suele pensarse en dos ejes fundamentales: Brindar alivio y favorecer calidad de vida. Por las características descritas en todo este capítulo, se vislumbra claramente cómo el individuo debe atravesar un sinfín de obstáculos y de caminos vertiginosos en aras de poder desplegar un deseable estilo de vida. Es sabido que en ellos existe un antes y un después de su cuadro doloroso, y de las innumerables situaciones, espacios y ocupaciones que han llegado a sufrir un giro drástico limitante.

Es impensable delimitarse a tratar sólo el dolor específico, dejando de lado todo aquello que lo acompaña y a lo cual se debe afrontar readaptándose a ese nuevo estado de vida.

La calidad de vida exige, asimismo, aceptación y compromiso. Pensar en calidad de vida es mediante el dimensionamiento de su padecer en su dolor total, repensando estrategias que le

faciliten un camino que, aunque sinuoso, pueda tener objetivos claros y un compromiso pleno en su búsqueda de bienestar

Al decir de Viktor Frankl (1991) “...*La salud se basa en un cierto grado de tensión, la tensión existente entre lo que ya se ha logrado y lo que todavía no se ha conseguido; o el vacío entre lo que se es y lo que se debería ser. Esta tensión es inherente al ser humano y por consiguiente es indispensable al bienestar mental...*”

El campo terapéutico

Si bien hay una multiplicidad de abordajes terapéuticos de diferentes marcos teóricos y de diversos modos de intervención, más allá de los estudios realizados y los estudios basados en la evidencia que por cierto son fundamentales, lo cierto es que cada individuo es único e irrepetible y como tal, el modo de abordaje también ha de serlo.

Es el terapeuta el que debe adaptarse al paciente y no el paciente al terapeuta. No se trata de encastrar a un individuo que padece de su dolor entre las páginas y las estadísticas de los libros. Si bien éstos son de suma ayuda para el profesional especializado, ya que le permite ajustar instrumentos y metodologías específicas, es la individualidad y especificidad la que denotará y encaminará un apropiado tratamiento terapéutico que pueda ser efectivo siguiendo una seria conducta ética.

El trabajo mancomunado con los otros especialistas permitirá un abordaje integrativo, donde los diferentes saberes y expertez le brinden al paciente contención y alivio.

A modo de síntesis

Aquí se ha tendido a brindar una visión panorámica de lo que atañe a la Psicología del Dolor, sus implicancias, obstáculos y aportes.

La complejidad del abordaje psicoterapéutico en pacientes con dolor crónico se basa en la multiplicidad de factores y variables intervinientes. Así como se ha dicho siempre que lo complejo del dolor es que la dimensión del mismo es de carácter subjetivo, así también debemos agregar que las variables contextuales y emocionales lo tornan un individuo único al cual es necesario conocer, indagando su historia, su recorrido de vida así como sus diversos modos de enfrentar su nueva realidad que debe transitar.

En particular, entre las dificultades que se han ido planteando aquí, el necesitar indagar sobre el sistema de creencias y la cristalización de pensamientos negativos tendientes a la catastrofización de los hechos concomitantes, así como los modos conductuales que adopta a partir de ellos, requieren de un tiempo y un espacio para repensarlos y readaptarlos para hallar mejor calidad de vida.

La aceptación de sus propias limitaciones, las leyes y los valores esenciales, lucharían para restablecer un orden dentro de sus impulsos y su desborde desmedido.

El trabajo terapéutico interdisciplinario podría entonces, reconstruir su posicionamiento ante su cuadro doloroso, brindándole herramientas necesarias para poder alcanzar lo más valioso de su ser: Hallar alivio, reinsertarse en el mundo de relaciones de manera activa, y construir mejor calidad de vida.

“...*El sentido de la vida difiere de un hombre a otro, de un día para otro, de una hora a otra hora. Así pues, lo que importa no es el sentido de la vida en términos generales, sino el significado concreto de la vida de cada individuo en un momento dado...*” (Frankl, V.

1991)

Referencias Bibliográficas

Amir, M., y otros (2000). “*Coping styles, anger, social support and suicide risk in women with fibromyalgia syndrome*”. Journal of Musculoskeletal Pain, 8

Berrios Ballesteros, “Factores de personalidad, estrés y experiencia de ira en el surgimiento de sintomatología musculoesquelética en diferentes contextos laborales de Nicaragua”.

Univ. Autónoma de Madrid, Facultad de Psicología, Departamento de Psicología Biológica y de la Salud, 2012

Burns JW, Quartana PJ, Bruehl S. (2008) “*Anger inhibition and pain: conceptualizations, evidence and new directions*”. Journal of behavioral medicine

Cano García, F. (2017) “*Complejidad de la evaluación del dolor- Nuevas aportaciones de la psicología del dolor*” SED, Madrid.

Cardinali D. “*Neurociencia aplicada. Sus fundamentos*”. Buenos Aires: Médica Panamericana; 2007.

Dominguez Trejo, B. (2006) “*Estados emocionales negativos*”. Ciencias 82, Abril-junio 2006, México

Dr. Gines Lorca Diez, Master en dolor,

<http://www.catedradeldolor.com/PDFs/Cursos/Tema%201.pdf>

“*El paciente y el entorno familiar, social y cultural del paciente*”, Unidad de Medicina Familia y Atención Primaria. Facultad de Medicina. Universidad Autónoma de Madrid. UAM. 2011

Federici, Games, Rabosto y Montaña (2001) “*La influencia de la cultura en la salud y la enfermedad mental*”, <http://www.psiquiatria.com/enfermeria/la-influencia-de-la-cultura-en-la-salud-y-la-enfermedad-mental/#>

Fernández-Abascal, E. y Martín Díaz, M.D. (1995). “*Emociones negativas II: ira, hostilidad y tristeza*”. En E. G., Fernández –Abascal (Cor.), *Manual de motivación y emoción* (pp. 411-443). Madrid: Centro de Estudios Ramón Areces.

Frankl V. (1978) “*El sentido del dolor. Psicoanálisis y existencialismo*”. FCE, México

Frankl, V. (1979) “*El hombre en busca de sentido*”, Editorial Herder, Barcelona

Gatchel, (2007) “*The Biopsychosocial Approach to Chronic Pain: Scientific Advances and Future Directions*”, Psychological Bulletin Copyright by the American Psychological Association 2007, Vol. 133, No. 4

Gines Llorca, I.(2010) “*La dignidad de vivir con la enfermedad. La cronicidad como destino*”, Real academia de medicina de Salamanca, 2010

González, M, (2014), “*Dolor crónico y psicología*”, <https://www.elsevier.es/pt-revista-revista-medica-clinica-las-condes-202-articulo-dolor-cronico-psicologia-actualizacion-S0716864014700811>

Hernandez, “*La salud y el contexto cultural*”, en: http://www.aniorte-nic.net/apunt_sociolog_salud_2.htm injury. Pain, 98

International Association for the Study of Pain (2010). Guía para el manejo del Dolor en condiciones de bajos recursos, IASP, Edit. Andreas Kopf & Niles B. Patel, versión en español, disponible en <http://www.iasp-pain.org/files/Content/ContentFolders/Publications2/FreeBooks/GuidetoPainManagementSpanish.pdf>

Leibovich de Figueroa N .B, Lic. Schmidt V. Lic. Gol S, (2001) “*State-Trait Anger Expression Inventory (STAXI) and its use in different populations*”, RIDEP • Vol. 11 • N° 1 • Año 2001

Levin, E. Rosales, MG. en “*Bases para el Manejo del Dolor*”, Rey, Vive y Bendersky, Cap.14 “*Aspectos psicológicos y sociales*”, Argentina

Llorca Díez, G. J. (2004). *Estado de ánimo y calidad de vida en el dolor crónico*. Tesis Doctoral. Universidad de Salamanca.

López Espino, M., Mingote Adán, M. (2009) “*Artículo de revisión.El dolor crónico desde la perspectiva psicosomática*” Cuadernos de Medicina psicosomática y Psiquiatría de enlace N°89/90:

Miguel-Tobal, J.J., Cano-Vindel, A., Casado, M.I. & Spielberger, C.D. (2001). *Inventario de Expresión de Ira Estado Rasgo –STAXI- 2: Spanish adaptation*. Madrid: TEA

Miguel-Tobal, J.J.; Casado, M.I.; Cano-Vindel, A. y Spielberger, C.D. (1997). “*El estudio de la ira en los trastornos cardiovasculares mediante el Inventario de Expresión de Ira Rasgo- Estado – STAXI’- . Ansiedad y Estrés, 3, 5-20.*

Miró J. (2003) “*Dolor crónico: Procedimientos de evaluación e intervención psicológica*”, Bilbao: Biblioteca de Psicología Desclée de Brouwer; 2003.

Moix J, Casado MI (2001). “*Terapias Psicológicas para el Tratamiento del Dolor Crónico*”, Rev Clin y Salud, 22 (1)

National Institutes of Mental Health, NIMH. “*Depresión y Dolor Crónico. Guías Clínicas en Español*”. Disponible en <http://www.nimh.nih.gov/health/publications/espanol/depresi-n-y-el-dolor-cr-nico/index.shtml>

Okifuji, A, Turk, DC (1999) “*Anger in chronic pain: investigations of anger targets and intensity*”, Journal of Psychosomatic Research, 47

Pérez Nieto, M. A., y González Ordi, H. (2005). “*La estructura afectiva de las emociones: un estudio comparativo sobre la Ira y el Miedo*”. *Ansiedad y Estrés, 11(2-3)*, 141-155. *psicológica*. Bilbao. Ed. Desclée de Brouwer.

Rojas Elizondo J (2003). “*Abordaje de la intervención psicológica en casos diagnosticados con dolor crónico*”, *Enferm Costa Rica, 25(1)*: 16-21.

Sulmasy DP.(2002) “*A biopsychosocial-spiritual model for the care of patients at the end of life*”. Gerontologist. 2002 Oct; 42 Spec N°3. <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/12415130>

Truyols Taberner,M., Pérez Pareja, J., Medinas Amorós, Palmer Pol, A., Sesé Abad, A. (2008) “*Aspectos psicológicos relevantes en el estudio y el tratamiento del dolor crónico*”, *Clínica y Salud, 2008, vol. 19 N°3*

Turk DC, Audette J, Levy RM, Mackey SC, Stanos S (2010). Assessment and treatment of psychosocial comorbidities in patients with *neuropathic pain*, *Mayo Clin Proc*, 85(3): 42-50.
Turk DC, Dworkin RH, McDermott MP, Bellamy N, Burke LB, Chandler JM, ... Witter J. (2008). "Analyzing multiple endpoints in clinical trials of pain treatments: *IMMPACT recommendations. Initiative on Methods, Measurement, and Pain Assessment in Clinical Trials*". *Pain*, 139(3). International Association for the Study of Pain. doi:10.1016/j.pain.2008.06.025.

Van-der Hofstadt C. y Quiles, M (2001) "*Dolor crónico: intervención terapéutica desde la Psicología*", *Revista Sociedad Española de Dolor* 8, 2001

Villar, J. (2006) *Cómo investigar en algo tan subjetivo como el dolor*, *Rev. Soc. Esp. Dolor* v.13 n.4 Narón (La Coruña)

Wachholtz AB, Pearce MJ, Koenig H. (2007) "Exploring the relationship between spirituality, coping, and pain". *J Behav Med* 2007.