



Gaceta Médica de Bilbao

www.elsevier.es/gmb



CARTA AL DIRECTOR

Dolor. Cuerpo. Mente

Pain. Body. Mind

Mina. Gorputza. Burua

Sr. Director:

Hay una dificultad para el buen tratamiento contra el dolor, empezando por el diagnóstico del mismo. El dolor y el cuerpo están entrelazados como bien se sabe. Igualmente están unidos el dolor y la depresión, se influyen mutuamente, el dolor deprime, la depresión involucra al cuerpo. Los depresivos tienen más dolor que la población general. Estudios recientes de neuroimagen apoyan la afirmación de que la depresión, así como también la angustia por dolor y la angustia por rechazo, comparten los mismos circuitos neurobiológicos.

La subjetividad en el uso inconsciente del cuerpo es fundamental, en sus diversas formas, como demanda, como queja, como daño, etcétera, lo cual condiciona el tratamiento, y si este no es imposible, al menos es fatigoso. Esta subjetividad psíquica es un capítulo clásico dentro del saber psiquiátrico y siempre está de actualidad. Sade dijo: «No existe sensación más vívida que el dolor, sus impresiones son ciertas y confiables, nunca engañan». La orientación diagnóstica clásica en el Psicoanálisis nos es ilustrativa: son los devaneos mentales síntoma de la obsesión, así como el padecimiento del cuerpo lo son de la histeria.

Podemos agrupar, por tanto, los diversos síntomas mencionados en entidades que tienen su órgano blanco en el cuerpo: fatiga crónica, fibromialgia, dolores corporales cambiantes, somatización, neurastenia, quejas erráticas varias, estarían en el mismo terreno. Nos atrevemos a decir que todos esos son diversos nombres de la Neurosis Histérica.

El diagnóstico no es una «curiosidad médica», es estar del lado del enfermo, es apoyar la expectativa terapéutica. Desde luego no solo es puramente el cuerpo lo que está en juego en el sujeto nervioso, es un manejo del cuerpo, es un lamento sobre el mismo, manifiesta la posición que ocupa el sujeto en las relaciones humanas, es un motivo de demanda, es una queja al otro sobre su cuerpo, al familiar, a los allegados, al médico.

La somatización es una respuesta humana universal. Ante avatares y reveses existenciales sufridos hay una disfunción

neuroceptiva que genera mecanismos neuroendocrinos que perpetúan la respuesta dolorosa.

¿Para qué le sirve el uso particular del cuerpo al sujeto doliente? ¿Al servicio de qué está? La subjetividad en el uso del cuerpo es una pregunta crucial.

Es la consideración necesaria para el buen tratamiento a hacer, la cuestión personal y psíquica que no es fácil de plantear al paciente en la consulta y sobre la que no es sencillo interrogarle. Debemos los médicos ante el enfermo maniobrar para que sea este partícipe de su subjetividad, de lo que significan esos dolores, y no solo fijarse en los dolores y síntomas corporales en sí.

La presencia del cuerpo que se impone por sí mismo es un modo de hacer con él; el cuerpo se involucra en las relaciones humanas, es seguramente un *modus vivendi* de las mismas. Hay que preguntar al enfermo por su dolor. El cuerpo humano es el mejor retrato del alma humana.

Nos atrevemos a decir que muchas de las cualidades del buen médico se han extraviado en el esfuerzo por comprender los mecanismos de la enfermedad, en lugar de atender los problemas de los enfermos.

Si un rasgo clínico del nervioso histérico es el del sufrimiento insatisfactorio, quizás los médicos al esforzarse con el fármaco para domeñar el síntoma, desatienden al enfermo sufriente. O síntoma, o enfermo. Si igualmente los médicos estamos descontentos con nuestra práctica clínica, como parece, igual encontramos más acomodo en la escucha atenta del nervioso que en volcarnos en las recetas de la farmacopea.

Que el paciente pueda entender qué le está pasando, qué le ocurre con su dolor, con su fibromialgia, con sus sufrimientos corporales, con sus quejas y lamentos, que pueda reconocer al servicio de qué provechos puede estar ese dolor, los denominados beneficios secundarios en la terminología freudiana. De qué le sirve el dolor al paciente, cómo lo emplea en su vida y en las relaciones con los demás. Recordamos a Shakespeare: dad la palabra al dolor, el dolor que no habla gime en el corazón hasta que lo rompe.

Bibliografía recomendada

Arthritis and Rheumatism (edición electrónica). 2009; 60:2839–2844. Disponible en: www3.interscience.wiley.com/journal/76509746/home

De Miquel CA, Campayo JG, Flórez MT, Arguelles JM, Tarrio EB, Montoya MG, et al. Interdisciplinary consensus document for the treatment of fibromyalgia. *Actas Esp Psiquiatr*. 2010;38:108–20.

Ehnavall A, Mitchell PB, Hadzi-Pavlovic D, Malhi GS, Parker G. Pain during depression and relationship to rejection sensitivity. *Acta Psychiatr Scand*. 2009;119:375–82.

García Barreno P. El legado de Hipócrates. Madrid: Editorial Espasa Calpe S.A.; 2008. p. 373.

Shakespeare W. *Macbeth*. Barcelona: Editorial Planeta; 1980. p. 178.

Carlos Cela

Médico Psiquiatra, Psicoanalista, Médico adjunto en Osakidetza

Correo electrónico: carloscelae@gmail.com