

## REFLEXIONES

# ¿QUÉ DUELE CUANDO DUELE?

(Rev GPU 2019; 15; 1: 76-80)

Liliana Messina<sup>1</sup>, Javiera Garrido<sup>2</sup>, Cristián Zegpi<sup>3</sup>, Vanessa Yankovic<sup>4</sup>,  
Juana Abarca<sup>5</sup>, Nancy Méndez<sup>6</sup>, Víctor Narváez<sup>7</sup>

**Se realiza un recorrido sobre la teoría del dolor en psicoanálisis considerando la relación bidireccional entre el dolor físico y psíquico, desde la pérdida del objeto hasta la lesión traumática, pasando por el dolor conversivo, masoquista, hipocondríaco y psicósomático.**

## INTRODUCCIÓN

El dolor es el motivo de consulta más frecuente en la práctica médica, fluctuando entre un 11% y 40% de las prestaciones en salud, y puede aparecer, en la anamnesis, en aproximadamente el 70% del total de consultas. En Europa la prevalencia de dolor crónico, moderado a severo, afecta al 19% del total de la población adulta, mientras que en Estados Unidos esta cifra se estima en 35% (Miranda JP, Quezada P, 2013). Según datos de la Organización Mundial de la Salud (OMS, 2013) en América Latina la prevalencia de dolor crónico en la población general alcanza el 31% en Río de Janeiro y el 33% en Santiago de Chile.

Las principales patologías que producen dolor crónico corresponden a las de origen músculo-esquelético, con mayor frecuencia en mujeres de mayor edad, estimándose una prevalencia para el dolor crónico no oncológico entre un 10% y un 50%. Además, los pacientes con dolor crónico usan los servicios de salud cinco veces más que la población general, porque se relacionan con altas tasa de invalidez temporal (licencias médicas), o permanente (dictámenes de invalidez) (Miranda JP, Quezada P, 2013).

La IASP<sup>8</sup> (International Association for the Study of Pain, 1979, 1986), define el dolor como una "experiencia sensorial y emocional desagradable que se asocia a una lesión histórica presente o potencial o que es descrita

<sup>1</sup> Psicóloga U. de Chile, Psicoanalista Sociedad Chilena de Psicoanálisis-ICHPA, Doctora en Psicología Universidad de Chile.

<sup>2</sup> Psicóloga Pontificia Universidad Católica de Chile, Magister© en Psicoanálisis UAI-SCP-ICHPA.

<sup>3</sup> Psicólogo, Magister en Psicología, Analista en Formación SCP-ICHPA.

<sup>4</sup> Psicóloga, Psicoanalista Sociedad Chilena de Psicoanálisis-ICHPA.

<sup>5</sup> Psicóloga, Universidad de Chile.

<sup>6</sup> Psicóloga, Universidad de Chile.

<sup>7</sup> Psicólogo, Pontificia Universidad Católica de Chile.

<sup>8</sup> La definición original de la IASP es: "an unpleasant sensory and emotional experience associated with actual or potential tissue damage or described in terms of such damage". Derivó de la definición hecha en 1964 por Harold Merskey (fue publicada por primera vez en 1979 por la IASP en PAIN, N° 6, p. 250).

en términos de esta lesión". Esta definición otorga especial importancia a la subjetividad, entregando un rol preponderante a los factores psicológicos como mediadores de la percepción, mantenimiento y exacerbación del dolor, pudiendo desencadenarse o no por procesos biológicos. El hecho de incluir en la comprensión las variables psicológicas ha permitido la progresiva incorporación de la psicología y los psicólogos en el estudio y tratamiento del dolor (Truyols M, Pérez J, 2008).

Desde el psicoanálisis, en la práctica clínica, los analistas se encuentran constantemente con el dolor físico; sin embargo se tiende a centrar el interés en el dolor psíquico, corriendo el riesgo de no dar relevancia a síntomas o dolores físicos ya que, además, se deben enfrentar con las dificultades de los pacientes que no puedan expresar su subjetividad mediante el habla.

Debemos considerar la estrecha relación entre la dinámica del dolor psíquico y el dolor físico; su intercurencia inconsciente; su mutua influencia y sus entrecruzamientos. Nuestra propuesta es que incorporarlos en el análisis otorga mejores posibilidades de alivio y mejoría.

Joyce Mc Dougall (1993) afirma que "el dolor es un puente que asegura el vínculo entre psique y soma. La frontera entre el dolor físico y psíquico es muy sutil, entre el cuerpo erógeno y el cuerpo físico. El dolor es un representante psicológico. No se puede seguir explorando los signos del soma en el discurso psicoanalítico sin plantear el 'estatus' del cuerpo en cuanto objeto para la psique" (p. 318).

J.D. Nasio (2007) profundiza en algunos elementos teóricos de la definición de dolor dada por la IASP (obra antes citada), señalando que "la IASP reconoce que el dolor podría existir únicamente en lo que se ha sentido y en la queja que lo expresa". Se trata, pues, de lo sentido, a propósito de una lesión, no necesariamente efectiva sobre los tejidos del cuerpo, ya que puede ser "potencial" e incluso tan solo expresada.

Esta perspectiva aproxima las nociones de dolor psíquico y físico. El dolor de un daño, de una agresión sobre la superficie corporal, será percibido como una "excitación brutal" (Nasio JD, 2017, p. 18) en la periferia; incluso si se trata de los órganos internos será una sensación unida a una imagen-recuerdo externa al yo (Freud, 1895), dado que el propio cuerpo se percibe subjetivamente como una imagen; es decir, también es una representación. Al ocurrir el evento agresivo, se producirá –simultáneamente a una conmoción–, una representación del órgano o zona dañada. Esta representación es investida por una cantidad de excitación aportada por el evento desencadenante. Desde la representación de la región lesionada emerge la

sensación de dolor y es la representación la que concentra las excitaciones dolorosas. Así, el dolor no está en la herida sino en la representación de ella, permitiendo a su vez múltiples asociaciones conscientes e inconscientes con otras representaciones y recuerdos de otros eventos dolorosos.

Freud comenzó a escribir sobre el dolor en el *Proyecto de Psicología para Neurólogos* (1950 [1895]), proponiendo el principio de inercia neuronal: el aparato psíquico procura siempre aliviarse de la cantidad de energía o cantidad de excitación.

Cuando se produce una tensión provocada por un estímulo externo el organismo procurará aliviarse de él, descargar la tensión, dejando a su paso una facilitación de la vía recorrida en el camino a la descarga, una memoria (Freud 1895 [1950]; Bueno, 2013). Con el dolor se crea una imagen del objeto excitador del dolor: "imagen-recuerdo" (p. 365) y también en el placer una imagen del objeto ("pecho" por ejemplo), la que al ser reinvestida por el recuerdo produce un estado que no es de dolor, pero es algo semejante; un estado de displacer que tiene una tendencia a la descarga correspondiente a la vivencia de dolor (Freud, 1991; Messina, 2019). Es posible pensar entonces que un dolor que se inició por un estímulo externo se repita después, con una mínima estimulación, por la facilitación establecida con anterioridad.

Un estímulo exógeno puede adquirir un equivalente endógeno a partir de este mecanismo de facilitación apoyado en la imagen-recuerdo: La vía de descarga facilitada servirá para uno u otro, indistintamente. Es posible que así ocurra en la fibromialgia y en otros estados de hipersensibilidad al dolor, incluso sin necesidad de la presencia del estímulo externo. "El afecto displacentero que produciría un dolor psíquico deviene así dolor físico" (Bueno, 2013, p. 50). Esta puede ser una fórmula que ayude a explicar el mecanismo del dolor. Bajo el supuesto de que el dolor físico es más tolerable para el yo que el dolor psíquico, es comprensible que pueda sustituirse uno por otro a través de este mecanismo (Messina, 2019).

En *Más allá del principio del placer* (1920) Freud explica el carácter paralizante del dolor y el empobrecimiento concomitante de los otros sistemas. Quiere decir con ello que tras la perforación de la protección antiestímulo, no es solo la energía ingresada la que invade el sistema (o el órgano), sino que también la invisten energías que se ligan por la atracción de este polo energético (si se permite la intervención de lenguaje de la física). Se entiende entonces la concentración de libido narcisista en un órgano dolorido. Por otra parte, "la herida física simultánea (a la violencia mecánica de un

trauma), ligaría el exceso de excitación al reclamar una sobreinversión narcisista del órgano doliente” (Freud 1920, p. 33).

En síntesis, cuando el cuerpo sufre algún tipo de daño se encuentran las mismas condiciones económicas frente a cualquier dolor, también psíquico. Es decir, se crea un circuito pseudopulsional que realiza una ligazón, que recolecta cantidades (libido) causando un empobrecimiento del resto de la vida psíquica (Le Poulichet, 2012). Por el contrario, una defensa contra las representaciones dolorosas implica el establecimiento de conexiones asociativas, un trabajo de elaboración que devuelve a la vida psíquica lo que estaba enquistado en el cuerpo (Laplanche, 1980, p. 77), permitiendo la dispersión de las cantidades (excitación-afecto) en diversas representaciones, y la disminución de estas cantidades con cada nueva traducción (Messina, 2019).

La imagen-recuerdo que queda conectada a la vivencia dolorosa es la del objeto que daña, o el objeto ausente que hiere psíquicamente. También podría tratarse del propio cuerpo, de la región herida sentida como objeto externo la que, como imagen-recuerdo, queda así representada. Por otra parte, la sobrecarga de excitación inunda el psiquismo y realimenta el circuito del dolor aportando más excitación bajo la forma de sobreinversión, como una defensa inefectiva contra el dolor (Nasio, 2007).

Desde los *Estudios sobre la histeria* (1893-95), Freud trabaja con la suposición de continuidad entre lo psíquico y lo somático. A la pregunta ¿qué se muda aquí en dolor corporal?, la cauta respuesta será “algo desde lo cual habría podido devenir un dolor anímico” (1895/1991, p. 180). Ese algo tiene carácter de cantidad y se refiere al afecto. El afecto debe separarse de la representación para la represión de esta, quedando libre este afecto-cantidad, que será convertido (traspuesto) a lo somático.

Por otra parte, Freud distingue el dolor físico del psíquico. Al dolor físico lo entiende como una reacción que puede ser independiente a la subjetividad, aunque por sí mismo genera una cualidad psíquica que acerca al estado de angustia y desvalimiento. En este punto el dolor físico y psíquico se encuentran. Económicamente “el desvalimiento motor encuentra su expresión en el desvalimiento psíquico” (Freud, 1925, p. 157). El dolor anímico es la sensación percibida en el cuerpo frente a la pérdida del objeto. Por ello la palabra dolor se refiere tanto a lo físico como a lo psíquico.

Para Freud, “el enigma del dolor se revela en su exceso”. Su cualidad esencial reside en su condición de desmesura, en su estatuto de desbordamiento expresivo y afectivo” (Smadja, 2005, p. 55). El exceso en la

expresión de dolor se encuentra en el cuerpo, en lugar de lo psíquico, disociando la relación del sujeto con el sufrimiento a nivel de la fantasía o la representación.

La distinción entre dolor físico y dolor psíquico Smadja la encuentra en la “Addenda” de Inhibición, síntoma y angustia (1926), en la Sección C, donde Freud propone una solución a dicha dualidad, consistente en que el dolor físico se sitúa en la periferia de un órgano lesionado y el dolor psíquico en la periferia de la pérdida de objeto, “dejando su huella en negativo en el tejido psíquico por el dolor moral” (Smadja, 2009, p. 61).

Smadja, al igual que Nasio, plantea –en virtud de lo propuesto por Freud– el carácter de representación psíquica que tiene el dolor físico: primero, como imagen del cuerpo para el sujeto; segundo, como el resultado de una desviación de un inminente dolor psíquico cuando una importante inversión se aproxima a un nuevo objeto. “En definitiva, el representante psíquico del lugar del cuerpo lesionado es el objeto de sobreinversión y no la entidad material corporal” (Smadja, 2009, p. 61).

Señala Freud en la adenda: “También acerca del dolor es muy poco lo que sabemos. He aquí el único contenido seguro: el hecho de que el dolor –en primer término y por regla general– nace cuando un estímulo que ataca en la periferia perfora los dispositivos de la protección antiestímulo y entonces actúa como un estímulo pulsional continuado, frente al cual permanecen impotentes las acciones musculares, en otro caso eficaces, que sustraerían del estímulo el lugar estimulado” (Freud, 1925, p. 159).

Y agrega: “Ahora bien, esta condición genética del dolor parece tener muy poca semejanza con una pérdida del objeto; es indudable que en la situación de añoranza del niño falta por completo el factor, esencial para el dolor, de la estimulación periférica. Empero, no dejará de tener su sentido que el lenguaje haya creado el concepto del dolor interior, anímico, equiparando enteramente las sensaciones de la pérdida del objeto al dolor corporal” (*Ibidem*, p. 159). Se profundiza acá entonces la problemática del dolor físico y la relación de objeto.

Retomando la idea planteada en la definición de dolor de la AISP, es necesario observar los fenómenos propios de la hipocondría; en esta patología los pacientes presentan dolores corporales, pero no hay una lesión tisular comprobable. En la hipocondría se genera un retorno de la atención al cuerpo, una sobreinversión sobre la totalidad del funcionamiento corporal, a diferencia de la inversión local provocada por una lesión traumática.

Freud establece una diferencia patente entre hipocondría y enfermedad orgánica: “...en el segundo caso

las sensaciones penosas tienen su fundamento en alteraciones [orgánicas] comprobables, en el primero no" (Freud, 1914, p. 80).

Freud formula hipótesis interesantes para explicar esta situación. Propone la existencia de una actividad dentro de los órganos del cuerpo que envía estímulos a la vida psíquica, susceptibles de ser percibidos como placer o displacer. Así, a través de la sensación de placer o dolor, la "erogenidad" de los órganos puede ser capitalizada por el aparato psíquico.

Un modelo explicativo es el que aporta el funcionamiento de los órganos genitales. En estado de excitación, es decir, de máxima erogenidad, puede ser fuente de dolor. Sin embargo el procesamiento adecuado de esta estimulación es el origen de la cualidad placentera que da cuenta del funcionamiento eficaz del aparato mental.

Es el mismo modelo el que se puede desprender del funcionamiento de las zonas erógenas del cuerpo, según lo planteado en los *Tres ensayos de teoría sexual* (1905). Freud hace una generalización y señala que no solo los genitales y las zonas erógenas son susceptibles de generar cualidad psíquica (placer-displacer), sino que todos los órganos tienen esa posibilidad. Es la detención o estasis del proceso implicado en el manejo de la erogenidad la que se traduce en la percepción de dolor del cuerpo. "Podemos decidirnos a considerar la erogenidad como una propiedad general de todos los órganos, y ello nos autorizaría a hablar de su aumento o su disminución en una determinada parte del cuerpo" (p. 81, *Introducción del narcisismo*).

Freud (1924-1991) en *El problema económico del masoquismo* enuncia: "también es instructivo enterarse de que, contrariando toda teoría y expectativa, una neurosis que se mostró refractaria a los empeños terapéuticos puede desaparecer si la persona cae en la miseria de un matrimonio desdichado, pierde su fortuna o contrae una grave enfermedad orgánica. En tales casos, una forma de padecer ha sido relevada por otra, y vemos que únicamente interesa retener cierto grado de padecimiento" (*Ibidem*, p. 171).

Estos casos plantean al mismo tiempo la ganancia masoquista de la enfermedad y la interconurrencia inconsciente; es decir, el cruzamiento de un sufrimiento neurótico y un proceso orgánico mórbido (Assoun, 1998).

Consideremos una paciente de 40 años; derivada por un neurólogo con diagnóstico de estrés, refiere lo siguiente: durante los últimos meses se ha sentido agobiada por el acoso y maltrato de su jefe, manifestando una intensa angustia, llanto fácil e insomnio. Cuando

llega a casa tiene una fuerte discusión con su marido, la que aumenta su angustia. En el baño, impulsivamente se realiza cortes en las muñecas, refiriendo alivio y culpa por hacerlo, repitiendo esto varios días. Una semana después despierta con una sensación de hormigueo en su brazo derecho que se extiende a la cara, acompañada por unas sensaciones eléctricas que aparecen cada media hora, causándole fuerte dolor. A pesar del diagnóstico del neurólogo ella considera que sus problemas laborales, que le generan angustia, no tienen nada que ver con el dolor en el brazo.

Podemos plantearnos algunas hipótesis. El adormecimiento y dolor en el brazo pueden ser un afecto separado de la representación y traspuesto a lo somático. ¿Un síntoma conversivo? Un afecto que no ha logrado ser simbolizado; ¿Un fenómeno psicósomático? Una sobreinvestidura corporal; ¿hipocondría? Un cambio de un padecimiento por otro; ¿economía masoquista?

Las investiduras, sobreinvestiduras, la general ausencia de simbolización, y la dificultad en la expresión subjetiva de este tipo de padecimientos, abren todas estas preguntas y manifiestan el interjuego en este pasaje del dolor físico al psíquico y/o viceversa. Tal como actualmente solemos encontrarnos en nuestras consultas relatos de conductas autoagresivas, como infligirse dolor a través de cortes, las dietas restrictivas que causan desnutrición severa y abuso de drogas y alcohol, todos comportamientos que parecen querer alejarse del dolor psíquico.

Es un pasaje, un continuo, funcionando en ambas direcciones, y al intentar comprender cómo y cuánto de ese dolor físico se representa en el psiquismo nos puede entregar una valiosa información sobre los conflictos del paciente.

## REFERENCIAS

1. Assoun PL (1977/1998). Lecciones psicoanalíticas sobre cuerpo y síntoma. Buenos Aires: Ediciones Nueva Visión.
2. Bueno Restrepo JM (2013). Afección Autoinmune y goce. Buenos Aires: Letra Viva.
3. Freud S (1905/1990). Tres ensayos de teoría sexual. Sigmund Freud Obras Completas, T. VII. Buenos Aires: Amorrortu Editores.
4. Freud S (1914). Introducción al narcisismo. Sigmund Freud Obras Completas, T. XIV. Buenos Aires: Amorrortu Editores.
5. Freud S (1920/1990). Más allá del principio del placer. Sigmund Freud Obras Completas, T. XVIII. Buenos Aires: Amorrortu Editores.
6. Freud S (1924/1991). El problema económico del masoquismo. Sigmund Freud Obras Completas. Buenos Aires: Amorrortu Editores.
7. Freud S (1926[1925]/1990). Inhibición, síntoma y angustia. Sigmund Freud Obras Completas, T. XIV. Buenos Aires: Amorrortu Editores.

8. Freud S (1950 [1895]/1990). Proyecto de psicología para neurólogos. Sigmund Freud Obras Completas, T.I Buenos Aires: Amorrortu Editores.
9. Green A, Laplanche J, Leclaire S, Pontalis JB (1969). El inconsciente freudiano y el psicoanálisis francés contemporáneo. Buenos Aires: Ediciones Nueva Visión.
10. Laplanche J (1980). La sexualidad. Buenos Aires: Ediciones Nueva Visión.
11. Le Poulichet S (2012). Toxicomanías y psicoanálisis: las narcosis del deseo. Buenos Aires: Amorrortu Editores.
12. McDougall J (1993). Alegato sobre una cierta anormalidad. Buenos Aires: Paidós.
13. Messina L (2019). Los Fenómenos de Desajuste. Proposición para la clínica psicósomática. Tesis para optar al grado de Doctora en Psicología, Universidad de Chile, Facultad de Ciencias Sociales. Santiago.
14. Miranda JP, Quezada P (2013). Revisión Sistemática: Epidemiología de Dolor Crónico no Oncológico en Chile. Recuperado 12 marzo, 2018, de [http://www.ached.cl/upfiles/revistas/documentos/53dfbe675a347\\_original1\\_59.pdf](http://www.ached.cl/upfiles/revistas/documentos/53dfbe675a347_original1_59.pdf)
15. Nasio JD (2007). El dolor físico. Buenos Aires: Gedisa editorial.
16. Smadja C (2005). La vida operatoria. Madrid: Editorial Biblioteca Nueva.
17. Truyols MM, Pérez J (2008). Aspectos psicológicos relevantes en el estudio y el tratamiento del dolor crónico. Recuperado 12 marzo, 2018, de [http://scielo.isciii.es/scielo.php?script=sci\\_artext&pid=S1130-52742008000300003](http://scielo.isciii.es/scielo.php?script=sci_artext&pid=S1130-52742008000300003)