

4. Discusión y Conclusiones

Como marco de referencia para el estudio del dolor en general, se encontró una gran variedad de trabajos en el campo de la filosofía, de la religión, de la psicología, de la literatura y del arte, en especial en el área de la pintura y de la escultura. Sin embargo, no se encontraron trabajos empíricos que relacionen directamente el dolor crónico con sus atribuciones causales. El reto consistió entonces en buscar una estrategia que permitiera acceder al punto de vista de los directamente implicados es decir, los pacientes con dolor crónico, quienes podrían aportar un cúmulo de información que llevarían a una mayor comprensión del fenómeno. Acercarse al hecho psicológico: cómo se piensa y cómo se significa el dolor crónico.

Se planteó entonces la posibilidad de hacer un estudio sobre las atribuciones causales y su relación con el dolor crónico, ya que cómo afirma Lewin, (1936), los hechos psicológicos existen en un tiempo determinado dentro del espacio simbólico, lugar que propicia el surgimiento de ideas y de atribuciones. De acuerdo con la teoría de la atribución, el sujeto utiliza el sentido común como forma de interpretar su entorno. De acuerdo con Heider (1958), se tiende a atribuir las acciones a causas estables y permanentes, se buscan explicaciones en términos de cuestiones personales como actitudes, necesidades, creencias y estructuras personales o del medio ambiente. Las atribuciones de los efectos pueden otorgarse al objeto, a la persona o a la situación dependiendo de los factores propios del sujeto, de las propiedades del objeto y de las condiciones mediadoras (Hewstone,1992).

La Teoría de la Atribución constituye una aproximación conceptual para estudiar las causas del dolor crónico. Se consideró al paciente con dolor crónico como un agente activo de su realidad. El proceso de encontrar una explicación de la causa es complejo, se intentó un acercamiento, conocer lo que el individuo refiere en relación a sus estados internos para dar una explicación y un sentido a su padecer en relación con su entorno y así encontrar la presentación más adecuada para su realidad. Es decir, las atribuciones causales contribuyen al estudio de la construcción de significados sociales en su interacción con su cuerpo, con su mente y con su mundo externo. Para Ibáñez, se va construyendo la concepción de la realidad a través del medio cultural en el cual se vive, el sitio que se tiene en la estructura social y las experiencias que se tienen en la vida cotidiana (Ibáñez 1994).

Se va a utilizar el lenguaje psicoanalítico para hacer la interpretación de los resultados del presente estudio ya que permite realizar articulaciones entre el dolor crónico y las atribuciones hechas por los pacientes. A través de este discurso, se pretende incrementar la comprensión del síntoma como una manifestación de diversos significantes. No se trata de dar respuestas, sino presentar observaciones derivadas del análisis estadístico, susceptibles de interpretación para mantener abierto un diálogo que facilite nuevas líneas y métodos de investigación. El paciente con dolor crónico, muestra desórdenes emocionales asociados a trastornos somatoformes, afectivos, de personalidad y dependencia del alcohol (Fordyce 1999). La observación de este tipo de trastornos en el trabajo clínico con los pacientes estudiados y los reportes documentados, llevó a la idea inicial de realizar el estudio de las atribuciones del dolor y su relación con los trastornos de personalidad.

Se presentó el primer obstáculo al realizar la valoración con un instrumento válido y confiable. Debido a que en la Institución Hospitalaria donde se realizó la investigación, sólo se permite al psiquiatra aplicar el DSMIV-R. Esta limitación en realidad se tornó un beneficio, ya que el DSM-IV R de la Asociación Psiquiátrica de los Estados Unidos de América se ha convertido en una clasificación cerrada; esta afirmación se avala si se toma en consideración los Trastornos de la personalidad (283), aquello que rebasa su categorización lo encuadra en un Trastorno de personalidad no especificado (301.9). De tal modo que el obstáculo presentado, derivó en una invitación a la creatividad: se decidió construir una Escala de atribución causal del dolor y de este modo cubrir un espectro amplio de observaciones. Es así como se incluyen las variables diagnóstico médico y psicológico, y las demográficas: edad, sexo, estado civil, nivel educativo y religión. Se dejó afuera la variable nivel socioeconómico por la dificultad que implica valorarla.

Al hacer la pregunta inicial al paciente con dolor crónico: ¿A qué atribuye usted su dolor?, se observó que la mayoría de ellos estaban con una disposición adecuada para responder y que su discurso rebasaba la pregunta inicial. Ese discurso estaba matizado con datos de su historia de vida, anecdóticos y con otro tipo de preguntas que ellos mismos se hacían. Esas preguntas incluían preocupaciones en relación con su familia o con su trabajo. De tal modo que parecía que lo que “más les dolía” era perder el trabajo, o no poder hacer las cosas que antes hacían, o los cambios que se habían generado en su dinámica familiar en donde su discapacidad les impedía convivir con sus seres cercanos, salir de vacaciones, etc.

En el momento de aplicar el instrumento y pedir que lo contestaran siguiendo las instrucciones, algunos pacientes preguntaban cuál era el objetivo de lo que se les pedía, se les explicaba que formarían parte de un protocolo de investigación sobre el dolor crónico y que se les darían los resultados al final; otros afirmaron que no le veían el caso contestar. Dos cuestionarios se anularon porque respondieron todos los reactivos en una sola opción. Este evento permite inferir que algunos pacientes tienen más necesidad de ser escuchados que de contestar un instrumento. Sin embargo, de los sujetos que conformaron la muestra, la mayoría mostraron una correcta disposición y participación, probablemente debido a la deseabilidad social. Unos pocos comentaron: “...qué bien que se hagan este tipo de estudios, porque nos ponen a pensar”.

Al construir la escala de atribución del dolor, se pudo observar una gran consistencia en todos los reactivos, resultado que llamó la atención. Al hacer la matriz de componentes, todos los reactivos quedaron agrupados en una columna con excepción de la atribución referida a la herencia, a la enfermedad, al tratamiento médico, a problemas económicos.. Se tuvo que realizar un rotación tipo Varimax, para que los reactivos se reagruparan de modo diferente, sin embargo hay que tomar en cuenta que los reactivos desde el inicio quedaron agrupados en un solo factor para consideraciones posteriores.

En relación a la media y desviación estándar de los reactivos de la escala de atribución del dolor, llama la atención que el reactivo “*por tanto esfuerzo físico*” (tabla 16), haya sido el más alto (2.07 y 1.13). Al hacer la entrevista abierta, pacientes femeninas se quejaban de haber hecho “trabajos pesados” desde que eran niñas. Trabajos que consistían en cargar cosas pesadas; también recordaban regaños, insultos y golpes. No encontraban

relación entre lo que debían hacer y su corta edad. En el campo atributivo, Weiner (1986) comenta que puede producirse una sensación de enojo en una persona que le pasó algo negativo, producido por alguien más que pudo haberlo evitado. Sin embargo el reactivo Por estar todo el tiempo enojado, fue el reactivo que obtuvo la media y la desviación estándar más baja (1.42-.622). Haciendo un ejercicio de hermenéutica, se podría interpretar a través de su discurso un maltrato físico y psicológico. Freud habla del masoquismo como actividad en la cual la satisfacción va ligada al sufrimiento o a la humillación experimentados por el sujeto. Reconoce elementos masoquistas en numerosos comportamientos sexuales pero lo extiende a lo que denomina “masoquismo moral”, en el cual el sujeto, debido a un sentimiento de culpabilidad inconsciente, busca la posición de víctima (Laplanche, 1987). Actualmente se han hecho estudios en donde este tipo de maltrato recibe el nombre de “acoso moral”: Irigoyen (1999), se refiere a las faltas de respeto, manipulación o mentiras como pequeños actos perversos y afirma que estos actos son tan cotidianos que parecen normales. Para quien lo sufre en silencio, estos actos se encuentran insostenibles, pero al no tener la seguridad de que serán comprendidas, las víctimas callan, con graves consecuencias para su salud psicológica. Tal vez los sujetos repriman su sentimiento de enojo y asumir el papel de víctimas sea una respuesta más adaptativa.

Se encontró que la media más alta y la mayor dispersión en los valores obtenidos para las subescalas y la escala total de atribución del dolor fue para la subescala: *Percepción de Incapacidad*. Fishbain (1996), refiere que cuando se escucha a los pacientes, ellos describen un dolor como crónico cuando es tan intolerable y tan frecuente como para interferir en su cotidianeidad. Muestran padecer dolor crónico a través de tres aspectos:

conductas de dolor, funcionamiento alterado y percepción de incapacidad. Dentro de las dimensiones de la atribución casual, la percepción de incapacidad corresponde a un locus interno, se percibe una actitud negativa y una falta de habilidad para enfrentarse a los problemas. Esta tendencia en el individuo puede considerarse interna estable. De acuerdo con Rotter (1966), propone una tipología en la cual los “sujetos internos” creen que los eventos son una consecuencia de sus acciones y por lo tanto los perciben bajo su control. Al mismo tiempo, según el modelo de Weiner (1986), atribuciones internas para eventos negativos que se perciben como controlables, general culpa.

Los padecimientos osteo-generativos resultaron los de mayor frecuencia en el grupo estudiado. En esta entidad nosológica, el síntoma principal es el dolor; también se presenta deformidad, rigidez y limitación en el movimiento. Su principal temor es padecer una enfermedad progresiva y discapacitante.(Del Pino, 1977). La subescala *Percepción de Incapacidad*, en relación con las demás subescalas, obtuvo el valor más alto (1.74) (en relación de esta enfermedad con las otras subescalas, no con las enfermedades estudiadas). Existe una relación entre los temores encontrados en la bibliografía y la respuesta que dieron en el instrumento. La enfermedad, considerada como algo externo, según Rotter (1966), serían eventos que están determinados por factores más allá de su propio control personal. Para Weiner, el trastorno depresivo sería la respuesta a la creencia de que la causa de la enfermedad no se puede controlar.

En el modelo de Wallston(1994), los sujetos que puntúan alto en la dimensión interna, consideran que su salud está en gran parte bajo su control y los que consideran que su salud es relativamente independiente de su conducta, que no pueden hacer nada. Este

modelo se podría aplicar a sujetos sanos, para generar una conducta preventiva hacia la salud. Los sujetos de la muestra ya están enfermos.

Dentro de los valores obtenidos para el diagnóstico médico en relación con las subescalas, aparecen diferencias significativas entre Cáncer y la subescala de Autocastigo (1.48), así como entre la Diabetes Mellitus y la subescala Percepción de Incapacidad (2.03).

Haciendo una lectura desde el significado del dolor y de la enfermedad, se puede citar en primer lugar a Sontag (1996), quien considera que la enfermedad es el lado nocturno de la vida, el estar en el “reino de los enfermos”, genera fantasías punitivas sobre ese estado. En relación al cáncer existen algunas metáforas siniestras. El cáncer es la enfermedad que entra a la vida de las personas sin llamar, es vivida como una invasión despiadada y secreta. Esta sensación durará hasta que se aclare su etiología y su tratamiento sea tan eficaz como para la varicela o la lepra, enfermedades mortales en su momento histórico.

Si se recuerda lo que afirma Freud (1924), respecto al masoquismo moral, se puede inferir que estos pacientes pueden manejar una *culpa* inconsciente que los lleva a interpretar su enfermedad como una forma concreta de *autocastigo*. El término culpa es una acepción muy amplia en psicoanálisis. Puede designar un estado afectivo (remordimiento, autorreproche) consecutivo a un acto que el sujeto considera reprensible. O un sentimiento difuso de indignidad personal sin relación con un acto preciso. El sentimiento de culpabilidad se postula en psicoanálisis como un sistema de motivaciones inconscientes que explican comportamientos de fracaso, conductas delictivas y sufrimientos que se

autoinflinge el sujeto (Laplanche, 1987). Esta afección se caracteriza principalmente por autoacusaciones, autodesprecio y tendencia al autocastigo, que puede conducir al suicidio.

La necesidad de castigo estaría relacionada directamente con el masoquismo moral. Freud menciona la existencia de fenómenos que implican autocastigo: sueños de castigo, síntomas de trastornos obsesivo compulsivos (TOC), en donde el autorreproche se presenta con mayor frecuencia. En la melancolía se pone de relieve la violencia de una compulsión al autocastigo que puede llegar al suicidio.

Aparecen conceptos ambiguos, por un lado, al considerar el cáncer como una enfermedad que entra sin llamar y es vivida como una invasión despiadada, según Sontag, se puede considerar la dimensión de causa externa, estable y fuera de control. Por otro lado, al puntuar alto en la subescala de autocastigo, implica la noción de culpa que pudiera incluir un aspecto melancólico.

Freud (1924), llamó reacción terapéutica negativa a la impresión que tiene el analista “...de una fuerza que se defiende por todos los medios contra la curación y que no quiere en absoluto desprenderse de la enfermedad y del sufrimiento”. Si se realiza una observación del nombre de las subescalas, que emergió básicamente del contenido de los reactivos agrupados: *Maltrato-Desesperanza*, *Autocastigo*, *Percepción de Incapacidad y Victimización* se encuentra una relación con los conceptos psicoanalíticos: Necesidad de castigo, sentimiento de culpabilidad, reacción terapéutica negativa, superyó, que es una de las instancias de la personalidad, descrita por Freud (1923) en su segunda teoría del aparato psíquico. Su función es la de un juez con respecto al yo. Considera la conciencia moral, la

autoobservación y la formación de ideales como sus funciones y con la neurosis de fracaso. El término Neurosis de Fracaso es introducido por Laforgue, designa una estructura psicológica de una gama de individuos que parecen ser los artífices de su propia desgracia. Laforgue ha consagrado numerosos trabajos a estudiar la función del superyó, los mecanismos de autocastigo y la psicopatología del fracaso (Laplanche, 1987).

Respecto a los valores encontrados en el Diagnóstico Algológico y su relación con las Subescalas, se encontró que el dolor neuropático es el que se presenta con mayor frecuencia (53%). Al relacionarlos con las subescalas, la Percepción de Incapacidad tuvo la mayor puntuación (1.8), aunque no es estadísticamente significativo, presenta una tendencia que podría relacionarse con la dificultad para tratar y curar este tipo de dolor. Se considera la variable con mayor connotación biológica.

En cuanto a la distribución de respuestas en la variable sexo, no se encontraron diferencias estadísticamente significativas. Se observaron tendencias de los hombres hacia el Autocastigo y Victimización y en las mujeres hacia la Percepción de Incapacidad. Ambos puntuaron igual en Maltrato-Desesperanza

Saal (1982), en un trabajo sobre el lenguaje en la obra de Freud, retoma el caso de Ano O. (Berta Pappenheim), una paciente histérica con una florida y variada sintomatología. Era uno de esos cuadros conocidos y bien descritos por la medicina de la época. Ante ellos se generaban distintas actitudes: algunos médicos mostraban desprecio por este tipo de pacientes, tal vez ante su impotencia, los acusaban de simulación. El punto

inaugural en el nuevo saber es que se orienta la atención hacia la paciente: se le escucha. Se va descubriendo que el síntoma aparece en lugar de lo no dicho. La palabra muestra una relación con el síntoma histérico aún cuando la paciente ignore la relación entre su discurso y las manifestaciones de su cuerpo.

Es en el caso de Elizabeth von R., de quien Freud refiere que su simbolización no estaba bien desarrollada, lo sorprende una relación entre un dicho y su síntoma: el “no puedo dar un paso más” y el efecto de parálisis de la astasia-abasia. Al respecto, escribe: “Ya elucidé en el historial clínico cómo la astasia-abasia de nuestra paciente se edificó sobre esos dolores una vez que *a la conversión se le abrió un camino determinado*. Pero allí sustenté también la tesis de que la enferma creó o acrecentó la perturbación funcional *por vía de simbolización*, vale decir, halló en la astasia-abasia una expresión somática de su falta de autonomía, de su impotencia para cambiar en algo las circunstancias; y de los giros lingüísticos “no avanzar un paso”, “no tener apoyo”, etc., constituyeron los puentes para ese nuevo acto de conversión” (Freud: 188).

Thomas cuando escribe: "el lenguaje es el fundamento de la reproducción del sexismo; es un aparato de construcción y de representación de la realidad y por consiguiente de la acción sobre ella por medio de elaboraciones simbólicas. A través de él internalizamos ideas, imágenes, modelos sociales y concepciones de lo femenino y de lo masculino, entre otras. En este sentido no habrá ni devenir femenino, ni nuevos sujetos, si dejamos el trabajo sobre lo simbólico y sobre el lenguaje, todo ese sistema de representaciones del mundo que conforman los pilares de nuestras identidades.

En la variable Religión, fueron los católicos (86%) quienes puntuaron significativamente alto en todas las subescalas. Tienden a sentirse maltratados y desesperanzados y con una percepción de incapacidad y victimización. Para estructurar la discusión en este punto, será necesario hacer una referencia a datos del Marco Teórico:

En Mesoamérica los chamanes absorbieron la función directiva y el poder. Sus conocimientos les ayudaron a comprender y prever los fenómenos naturales y se convirtieron en guía de la comunidad. Por otro lado, el Cristianismo como religión más evolucionada, va a presentar significados más abstractos y más simbólicos: encuentra en el dolor un camino para la santificación y para la redención.

En otro campo de las ciencias del hombre, la filosofía presenta con Descartes modelos simples, directos y causales. Mas adelante aparecen Pascal, Epicuro y Bataille, entre otros, quienes presentan modelos más complejos que implican la interpretación, el lenguaje y la búsqueda del significado a través del proceso de pensamiento.

En un intento de explicar el dolor, la medicina, pasó del modelo directo biologicista-mecanicista de las teorías iniciales en donde se estudia la causa y el efecto del dolor aislado de la percepción e interpretación de éste, hasta llegar a la Teoría de la Compuerta de Melzack-Wall en la cual se integran mecanismos fisiológicos y psicológicos, haciendo hincapié en cómo estos últimos pueden afectar la experiencia del dolor.

En Psicología, ciencia que se origina en el ámbito de la fisiología experimental tiene como exponentes principales a Wundt y Titchener, quienes en sus trabajos sobre el dolor

manifiestan que la causalidad física es diferente de la psíquica y que la palabra causa puede aplicarse a los sucesos mentales, hasta llegar a Kleiman quien indaga lo que la enfermedad y el dolor significan para sus pacientes.

Como se puede observar son varias las cosas que se pueden revisar en la historia con el paso del tiempo. Los cambios son graduales y sin embargo se pueden ver movimientos hacia el crecimiento en una forma elíptica como refiere Pichón Riviére. Quizá la significancia encontrada en el grupo de católicos en las cuatro subescalas, indique que el Cristianismo, tanto a nivel institucional como individual, esté en un momento adecuado para resignificar el dolor y ofrecer nuevas alternativas de interpretación que vayan más de acuerdo con las necesidades del Sujeto del Siglo XXI, quizá esto explique, en parte, por qué del total de católicos en la muestra (86%) el 46% no practica su religión

Para relacionar los hallazgos de esta investigación con otro nivel de comprensión se propone realizar investigaciones de corte cualitativo que permitan dar protagonismo al lenguaje, al discurso del sujeto afectado por dolor crónico. Se ve clara la necesidad de continuar con una línea de investigación en relación al discurso del paciente. Qué pasa cuando el paciente se hace conciente del tipo de atribuciones de su dolor y relacionar este material con la adherencia terapéutica con sus actitudes, su estilo de percepción y su forma de interpretar su realidad.

Se sabe que en las expresiones comportamentales, dentro de la respuesta sexual del ser humano hay en muchas ocasiones una relación importante entre el dolor y el placer; desde esta premisa se plantea la pregunta de si existirá alguna relación entre el dolor

crónico y trastornos afectivos de los pacientes. Habrá alguna relación entre el dolor crónico y el gozo que obtienen los pacientes de ser atendidos por sus familiares?

También se considera como una línea importante de investigación la relación entre la percepción de incapacidad, el maltrato-deseesperanza, la victimización y autocastigo y la práctica de la religión católica, ya que este grupo de personas puntúo muy alto en las cuatro subescalas. Tal vez la idea que se tenía del sufrimiento en la edad media se ha modificado y el sujeto del siglo XXI, da otros significados al dolor y al sufrimiento.

Sería pertinente realizar una investigaciones relacionando los resultados respecto al sexo en donde no se encontraron diferencias estadísticamente significativas entre hombres y mujeres con otros estudios de género. Llama la atención que los hombres obtuvieron puntajes más altos en autocastigo y victimización y que las mujeres obtuvieron puntajes más altos en percepción de incapacidad, así como que hombres y mujeres puntuaron igual en maltrato-deseesperanza.