

# MUÉVETE

TOMO 2

## EN LA MENTE DEL DOLOR

EL DOLOR DEL ALMA ABARCABA  
**LA CABEZA Y EL ESTÓMAGO**

LAS MÁSCARAS  
**DEL DOLOR**

EL CUERPO LO DICE:  
**ESTE DOLOR NO ES MÍO**

EVALUACIÓN PSICOLÓGICA:  
**UNA RUTA PARA HALLAR LAS  
CONEXIONES EMOCIONALES  
DEL DOLOR CRÓNICO**

UN CAFÉ CON EL DR. ALIVIO  
**EL CONSEJO DEL DR. ALIVIO**

LA CIENCIA DEL ALIVIO  
**ANALGESIA EMOCIONAL**

MANDALAS  
**EMOCIONALES**

MATERIAL DIRIGIDO AL CUERPO MÉDICO



**Abbott**

# LA RECONFORTANTE VOZ DEL ALIVIO

ESCANEA  
PARA VER VIDEO



Todo empezó con un diagnóstico de gastritis, cuya causa más plausible era el estrés laboral, específicamente, la angustia que me producía el miedo a fallar y a cometer errores. Pero en ese momento yo no era consciente de eso y no le creí a mi médico cuando me dijo que el estrés o la depresión pueden somatizarse en enfermedades gastrointestinales debido a que el sistema digestivo es muy sensible a las emociones, puesto que funciona como un segundo cerebro.<sup>1</sup>

Mi primera reacción fue culpar a los alimentos, así que empecé a evitar todo aquello que yo creía que desencadenaba el dolor. El tiempo pasaba y no había mejoría. Por el contrario, al dolor que me producía la gastritis se sumó el de cabeza, que aparecía por lo menos una vez por semana. Los analgésicos y los productos de venta libre para la gastritis se convirtieron en un recurso indispensable para sobrellevar mi día a día. Me negaba a creer que el estrés pudiera causar tantos estragos y estaba convencido de que la causa era orgánica, aunque todas las pruebas indicaran que estructural y fisiológicamente todo estaba bien.<sup>1,2</sup>

Al darme cuenta de que el tratamiento farmacológico cada vez era menos eficaz, empecé a contemplar que la teoría del estrés y las emociones alrededor de este era cierta. Es que, tal como me lo describió mi médico, existe un solapamiento entre los sistemas cerebrales que subyacen a la emoción y los relacionados con el dolor y su modulación. Por lo tanto, los estímulos estresantes desempeñan un papel importante en el desencadenamiento del dolor.<sup>2</sup>

Además, en el tubo digestivo hay por lo menos cien millones de neuronas que producen neurotransmisores, como la serotonina y la dopamina, de modo que el sistema gastrointestinal puede influir fuertemente en las emociones.<sup>1</sup>

Ahora bien, en mi caso, toda esta situación me produjo una sensación incontrolable de miedo que me llevó a ver el dolor de una manera catastrófica, por lo que me recomendaron hacer terapia cognitivo-conductual. Y fue ahí dónde pude comprender cómo mis sentimientos, mi temor al fracaso y mis pensamientos actuaban como disparadores del dolor. Esta terapia me permitió aprender técnicas de afrontamiento que, junto con el tratamiento farmacológico, me ayudaron a encontrar el alivio.<sup>3</sup>

#### Referencias:

1. Universidad del Valle - Facultad de Salud. Los males estomacales y los emocionales siempre van de la mano [Internet]. Univalle; 2017. Disponible en: <https://n9.cl/4c3ep>
2. Bussone G, Grazzi L. Understanding the relationship between pain and emotion in idiopathic headaches. *Neurol Sci.* 2013;34 Suppl 1:S29-31.
3. Vernaza-Pinzón P, Posadas-Pérez L, Acosta-Vernaza C. Dolor y emoción, una reflexión para el profesional en ciencias de la salud. *Duazary.* 2019;16(1):145-155.



# LAS MÁSCARAS DEL DOLOR

El complejo fenómeno del dolor está mediado tanto por causas físicas como psicológicas y, aunque puede existir dolor psicógeno sin dolor físico, el dolor psicógeno siempre acompaña al dolor físico. Por lo tanto, la experiencia integral del dolor es psíquica, independiente del origen. Así las cosas, a medida que un paciente centra cada vez más la atención en su sensación de dolor, la percepción de la intensidad puede aumentar, situación que lo lleva a presentar quejas que ante los profesionales de salud pueden resultar irracionales, pero que ocultan factores genuinos.<sup>1,2</sup>

Ahora bien, en la definición del dolor psicógeno es preciso aclarar que, aunque está asociado a factores psicológicos, tiene un estatus diferente a la depresión, la ansiedad, la desesperanza, la ira y otras emociones. Sin embargo, algunos problemas emocionales pueden causar, aumentar o prolongar el dolor y, debido a que el cerebro es el centro que descifra los niveles y la localización del malestar, las personas que tienen un trastorno emocional subyacente tienen un mayor riesgo de presentar dolor psicógeno.<sup>2,3</sup>



## LA DELGADA LÍNEA ENTRE EL DOLOR PSICÓGENO Y EL DOLOR FÍSICO

¿Cómo tener la certeza de que el origen del terrible dolor que refiere el paciente está totalmente en su mente? Más aún, ¿cómo evaluar a alguien que puede tener una lesión orgánica con solapamiento psicógeno? Para responder adecuadamente a estos desafíos de la práctica clínica no hay una respuesta infalible, por lo que la mezcla de paciencia con experiencia será la guía.<sup>1</sup>

De acuerdo con las imágenes cerebrales, los límites entre el dolor físico y el dolor psicógeno son difusos puesto que hay una superposición de las estructuras involucradas en ambos. En efecto, el dolor psicógeno activa varias de las estructuras nociceptivas del cerebro que también se observan en el dolor físico, como algunas áreas de la circunvolución cingulada anterior, la circunvolución frontal

inferior, la ínsula, el tálamo y la sustancia gris periacueductal del tronco cerebral. Así mismo, se han identificado otras áreas afectadas, relacionadas con la recompensa y la motivación, entre las que se encuentran el núcleo accumbens y la sustancia gris ventrotegmental.<sup>2</sup>

No obstante, en la práctica real es importante diferenciar el dolor de la angustia emocional y no desestimar el dolor psicógeno como si este no fuera real. Los dos son tipos de dolor real y pueden provocar un gran sufrimiento.<sup>4</sup>

Ante la queja de un paciente, no se puede dudar de que su dolor es biológicamente real en tanto que todos los pensamientos y sentimientos tienen una base neurofisiológica. El reto no es identificar el límite entre un tipo de dolor u otro, sino encontrar una manera eficiente de responder ante ese dolor. Por ejemplo, si un paciente, cuyo dolor es la máscara de un reclamo de indemnización por una herida emocional irresuelta, sigue un tratamiento

analgésico convencional, es muy probable que al cabo de unas pocas semanas refiera que los síntomas no han mejorado o han empeorado, y esto no solamente es desalentador para el médico, sino que afecta el estado mental del paciente. Pero, por otro lado, el hecho de que un tratamiento no tenga éxito no significa que el dolor sea meramente psicógeno.<sup>1,4</sup>

## EL DESAFÍO DEL DIAGNÓSTICO Y EL TRATAMIENTO

En el diagnóstico del dolor psicógeno es fundamental tener en cuenta la coherencia entre la descripción que hace el paciente y la evaluación física. Las suposiciones sobre posibles factores psicológicos, como ansiedad, depresión, vida estresante o insatisfacción familiar no pueden ser la base del diagnóstico, pues la concentración en los aspectos emocionales puede hacer perder de vista una causa física que, de hecho, exista.<sup>1</sup>

Frente a un dolor que se ha vuelto crónico, es importante aplicar estrategias para gestionar la angustia antes de que se desencadenen situaciones más complejas como la desesperanza o incluso la ideación suicida. En este punto, es necesario mostrarles a los pacientes que pedir ayuda psicológica no es estigmatizante, no minimiza la experiencia del dolor que está viviendo y no significa que el médico crea que el dolor es imaginario.<sup>3</sup>

Involucrar al paciente en su plan de tratamiento, fijando objetivos realistas en conjunto y estableciendo una comunicación abierta que le permita sentir confianza es el primer paso para encontrar un alivio que contemple lo físico y lo psíquico.<sup>3</sup>

**Referencias:** 1. Psychogenic pain. Orthopaedic medicine and psychogenic pain. Elsevier. 2013:e320-e326. 2. Méndez JC. Dolor psíquico: una mirada a su condición actual. Rev Chil NeuRo-Psiquiat. 2019;57(2):176-182. 3. Chhabria A. Psychogenic Pain Disorder - Differential Diagnosis and Treatment. J Assoc Physicians India. 2015;63(2 Suppl):36-40. 4. Seminowicz D, Pustilnik A, Gioioso MK, et al. Haythornthwaite, & Tor D. Wager, Panel 3: Chronic Pain, "Psychogenic" Pain, and Emotion, 18 J. Health Care L. & Pol'y 275 (2015). Available at: <http://digitalcommons.law.umaryland.edu/jhclp/vol18/iss2/5>

# EL CUERPO LO DICE: ESTE DOLOR NO ES MÍO

A la una de la tarde, cuando va a almorzar, el dolor estomacal no se lo permite. A las seis, cuando llega a casa, discute con sus hijos y el dolor de cabeza le quita el sueño. Esa situación laboral que le produce angustia y el agobio del hogar, del que aún no ha hablado con su pareja, le producen dolor de estómago y de cabeza.<sup>1</sup>

El funcionamiento biológico del cerebro es el responsable de que la emoción se convierta en síntoma. De hecho, gracias a la investigación neurobiológica, hoy sabemos que el dolor físico tiene un gran vínculo con el estrés emocional.<sup>1,2</sup>

Así pues, las personas que tienen dificultades para expresar sus sentimientos o que están constantemente irritables son más sensibles al dolor que aquellas que han desarrollado su inteligencia emocional, y entre las emociones que mayor impacto causan en el cuerpo se encuentran la tristeza y la ira.<sup>1</sup>

## CADA EMOCIÓN SE EXPRESA EN UN TIPO DE DOLOR



**Dolor de cabeza:** la preocupación excesiva, la rabia, la presión y la sobreexigencia pueden desencadenar dolores de cabeza como una respuesta emocional a la tensión interna que provocan estas emociones.<sup>3</sup>



**Dolor de espalda:** sentir que la realidad es abrumadora, que no se cuenta con el apoyo suficiente de otras personas, la sensación de soledad y la carga emocional que se arrastra desde el pasado pueden instalarse en la espalda en forma de dolor, para indicar que es necesario solicitar ayuda para aliviar la carga.<sup>3</sup>



**Dolor de estómago:** el estrés, la ira contenida, el malestar que producen ciertas situaciones y no se expresa, los sentimientos que se guardan para no generar conflicto, así como la necesidad de atención y autocuidado encuentran en el dolor de estómago la forma de manifestarse.<sup>3</sup>



**Dolor muscular:** cuando las personas se autoimponen ignorar o suprimir sus emociones para mostrar un carácter fuerte ante los demás, ocultando su tristeza, el cuerpo se convierte en un contenedor de esas emociones inexpresadas, por eso, los músculos se tensionan y duelen. Así mismo, la sobreexigencia física o emocional puede producir dolores musculares, como una clara señal de la necesidad de establecer límites saludables en todos los aspectos de la vida.<sup>3</sup>

Dado que estos tipos de dolor se pueden volver crónicos, en el ejercicio de escuchar al cuerpo vale la pena hacer un reconocimiento de las emociones e involucrar el acompañamiento psicoemocional como parte del tratamiento.<sup>2,3</sup>

### Referencias

1. Duarte M. Emociones y dolor físico: ¿cómo se relacionan? [Internet]. Blog de psiquiatría; 2021. Disponible en: <https://n9.cl/j0782>
2. Mostazo L. El cuerpo es el reflejo de las emociones y los pensamientos [Internet]. McGraw Hill; 2020. Disponible en: <https://n9.cl/7ql58>
3. Fisioonline. Significado emocional de los dolores físicos [Internet]. 2023. Disponible en: <https://n9.cl/xyfmu>



# EVALUACIÓN PSICOLÓGICA: UNA RUTA PARA HALLAR LAS CONEXIONES EMOCIONALES DEL DOLOR CRÓNICO

En el tratamiento del dolor crónico, uno de los mayores desafíos es evitar el aumento de la demanda de la medicación opiácea y de intervenciones quirúrgicas. Por lo tanto, teniendo en cuenta la complejidad de los diferentes factores biopsicosociales que intervienen en la cronicidad del dolor, como el entrelazamiento de los procesos corporales y la emoción, la cognición y la dinámica interpersonal, la mayoría de las guías recomiendan una evaluación psicológica como parte integral del diagnóstico.<sup>1,2</sup>



## OBJETIVOS DE LA EVALUACIÓN PSICOLÓGICA DEL DOLOR

- Determinar la frecuencia, intensidad, localización, duración y variación cíclica del dolor.<sup>3</sup>
- Identificar el estado emocional, las creencias y las conductas frente a la experiencia de dolor.<sup>3</sup>
- Indagar si hay antecedentes o factores internos y externos que aumentan o disminuyen el dolor.<sup>3</sup>
- Visibilizar las consecuencias de la experiencia de dolor, a corto y a largo plazo, en todos los ámbitos de la vida (personal, familiar, laboral, social).<sup>3</sup>
- Evidenciar la influencia de los factores psicológicos en la etiología, la continuidad y la exacerbación del dolor.<sup>3</sup>
- Determinar la pertinencia de intervenciones psicoterapéuticas.<sup>3</sup>

## HERRAMIENTAS PARA HACER LA EVALUACIÓN PSICOLÓGICA DEL DOLOR

Para cumplir con los objetivos, la evaluación psicológica debe integrar todas las dimensiones del dolor y realizarse periódicamente. Algunas de las herramientas que ayudan a hacer una evaluación completa son la entrevista, el autorregistro, la observación y los cuestionarios.<sup>3</sup>

La entrevista permite explorar la percepción del paciente frente al dolor. Sin embargo, es importante preguntar primero por el dolor y luego por los aspectos emocionales y sociales para evitar que el paciente crea que su experiencia se está subestimando o que se está dando por hecho que tiene problemas mentales.<sup>3</sup>

El autorregistro es útil para obtener datos sobre la frecuencia y la duración del dolor que permitan identificar qué tipos de situaciones, actividades o momentos desencadenan o mitigan el dolor.<sup>3</sup>

La observación es fundamental para reconocer expresiones faciales o verbales de malestar, signos de afectividad negativa, evitación de la actividad, entre otras conductas o actitudes.<sup>3</sup>

Los cuestionarios son una herramienta objetiva que puede ayudar a medir las dimensiones emocionales implicadas en el dolor. El Inventario de Depresión de Beck, la Escala de Desesperanza de Beck, la Escala de Ideación Suicida y el Inventario de Ansiedad de Beck son algunos ejemplos que pueden servir de apoyo.<sup>3</sup>

## ¿CUÁNDO REMITIR A LOS PACIENTES PARA QUE RECIBAN ATENCIÓN PSICOLÓGICA?

Algunas situaciones que pueden ser un signo de alerta que indica que los pacientes con dolor crónico necesitan atención psicológica adicional son:<sup>2</sup>

- Uso diario de analgésicos
- Ausencia de preferencia direccional
- Puntuaciones altas en las escalas analógicas de dolor
- Baja adherencia al tratamiento
- Conductas de evitación y pensamientos catastróficos
- Reacciones emocionales desbordadas
- Insistencia en buscar tratamientos y exámenes que no están indicados.

### Referencias

1. Bruns D, Disorbio JM. The Psychological Evaluation of Patients with Chronic Pain: a Review of BHI 2 Clinical and Forensic Interpretive Considerations. *Psychol Inj Law*. 2014;7(4):335-61.
2. Dias-Siqueira JL, Morete MC. Psychological assessment of chronic pain patients: when, how and why refer? *Rev Dor. São Paulo*. 2014;15(1):51-4.
3. Olivares-Crespo ME, Cruzado-Rodríguez JA. Evaluación psicológica del dolor. *Clínica y Salud*. 2008;19(3):321-41.



# UN CAFÉ CON EL DR. ALIVIO

## EL CONSEJO DEL DR. ALIVIO

¡DR., YO SOLO QUIERO  
**QUE ME DÉ LA MEJOR PASTILLA  
PARA QUITARME EL DOLOR!**

A María Helena la conocí el año pasado. Paciente policonsultante de 62 años, con dolor médicamente inexplicable. Esa era la descripción que encabezaba su historia clínica. Al revisar el detalle de las consultas, me di cuenta de que María Helena no se quejaba de un solo dolor específico, sino que iba y venía entre el dolor lumbar, el dolor de las articulaciones, el dolor de cabeza y el dolor muscular de todo el cuerpo. Sí, varias veces a ella le dolía todo el cuerpo. Sin embargo, mis colegas solo habían dejado la anotación que decía “la paciente se niega a recibir una valoración psicológica”.

Recuerdo que, cuando entró al consultorio, yo esperaba encontrarme con una mujer huraña u hostil. Pero no, María Helena solo parecía llevar consigo una gran decepción. Se sentó y esperó a que yo comenzara a hablar. En lugar de hacer eso, hice a un lado la pantalla del computador que no me dejaba verla bien y le dije que me contara lo más minuciosamente posible cómo era el dolor que estaba sintiendo en ese momento. La idea era revivir su experiencia en mi presencia, explorar su dolor con todos los detalles. Ella se sorprendió y me dijo que

le daba un poco de vergüenza extenderse tanto, además, lo único que ella necesitaba era una buena pastilla que le quitara el dolor, porque le parecía imposible que no existiera un medicamento que pudiera aliviarla.<sup>1</sup>

Podría haberle hecho una fórmula y llamar al siguiente paciente, pero, como médico, mi objetivo no era que escapara del dolor, sino que empezáramos a encontrar las motivaciones que había detrás. Cuando le sugerí que las emociones podrían estar involucradas con el dolor, María Helena se enojó y me dijo que ella no se estaba inventando el dolor y que no estaba dispuesta a ir donde un psicólogo porque sencillamente no estaba loca ni le veía sentido a contarle sus cosas a una persona que, seguramente, tenía más problemas que ella. Estar en contacto con el dolor de otra persona y encontrarse con una barrera que impide ayudarla es demasiado frustrante, pero no me podía limitar a poner una nota en la historia, así que lo primero que le dije es que estaba seguro de que su dolor era completamente real, tanto que se le notaba en sus expresiones y movimientos. Luego, le expliqué que los medicamentos son solo una parte del tratamiento del dolor y que, contrario a las creencias generalizadas de la gente, los mecanismos del cerebro integran el cuerpo, la mente y la emoción. Le dije que

la evaluación psicológica no es una forma de convencerla de que el dolor solo está en su mente. Por el contrario, es una parte esencial para validar el dolor y obtener mejores resultados con el tratamiento.<sup>2</sup>

Al principio, María Helena no parecía muy convencida, pero al ratificar que, en efecto, el terapeuta podía tener un montón de problemas en su vida, como yo, como todos, también tenía la formación profesional para ayudarla a superar un dolor que existía y era tan complejo que para desaparecerlo primero había que entenderlo.<sup>1,2</sup>

Después de un año de acompañamiento psicoemocional, María Helena tolera el dolor, es más activa, ha aprendido a reconocer su vulnerabilidad y ya no depende de la medicación para realizar sus actividades diarias.

#### Referencias

1. Méndez JC. Dolor psíquico: una mirada a su condición actual. Rev Chil NeuRo-Psiquiat. 2019;57(2):176-182.
2. Dias-Siqueira JL, Morete MC. Psychological assessment of chronic pain patients: when, how and why refer? Rev Dor. São Paulo. 2014;15(1):51-4.



**ESCANEA  
PARA ESCUCHAR**

*Dr. Alivio*

# LA CIENCIA DEL ALIVIO



## PERSPECTIVA TRANSDIAGNÓSTICA DEL DOLOR CRÓNICO

Según la versión más reciente de la Clasificación Internacional de Enfermedades (CIE), la definición de dolor crónico integra aspectos emocionales y conductuales. Esto pone de manifiesto que el paciente con dolor crónico sufre angustia emocional significativa o discapacidad funcional, no como una comorbilidad, sino como una condición propia del dolor. A futuro se espera que, en lugar de usar etiquetas como “dolor psicósomático”, se acepte que el dolor del paciente es real, independiente de los hallazgos físicos, lo que significa que el diagnóstico debe pasar de centrarse solo en la búsqueda de una causa física para considerar los factores psicológicos y sociales, de modo que los pacientes puedan tener más posibilidades de tratamiento.<sup>1</sup>



## ACTUALIZACIÓN DEL MODELO MIEDO-EVITACIÓN

Desde los años 80, el modelo miedo-evitación, que describe cómo las personas desarrollan y mantienen el dolor crónico, ha sido una de las herramientas conductuales del dolor más influyentes. Sin embargo, la perspectiva actual sugiere que este modelo debe actualizarse e incluir varios factores que se consideran relevantes, como el contexto motivacional y social, el uso de pruebas conductuales y realidad virtual para evaluar la evitación, el papel de la regulación emocional para mitigar el miedo al dolor, la consideración del dolor como un impulso más que como un constructo latente y la hipótesis de que la conducta de evitación no solo es el resultado del miedo, sino que también puede propiciarlo.<sup>1</sup>



## ANALGESIA EMOCIONAL

Uno de los principales avances en el campo de la psicología del dolor es el reconocimiento del papel clave que desempeñan los factores psicológicos como determinantes de la experiencia de dolor. Así como la catastrofización y la evitación de actividades pueden aumentar el riesgo de discapacidad, el optimismo y el afecto positivo pueden influir en la disminución del dolor y proteger contra la cronicidad.<sup>1</sup>



## RESILIENCIA COMO PARTE DEL TRATAMIENTO

Si bien las terapias cognitivo-conductuales han mostrado eficacia, los resultados a largo plazo son modestos, lo cual evidencia la necesidad de comprender qué tipo de intervención funciona para cada paciente. Además, la resiliencia y la actitud positiva han demostrado ser factores pronósticos de recuperación y, por lo tanto, pueden aprovecharse para reforzar los efectos del tratamiento y obtener mejores resultados clínicos.<sup>1</sup>

La atención del dolor desde un punto de vista más holístico implica la educación de los profesionales de la salud, la modificación de la opinión pública sobre el dolor y la discapacidad, así como el diseño de políticas e intervenciones que tengan en cuenta al individuo inmerso en un contexto sociocultural, con unos factores de riesgo que pueden transformarse para encontrar un alivio más consciente y real.<sup>1</sup>

### Referencia

1. Flink IK, Reme S, Jacobsen HB, et al. Pain psychology in the 21st century: lessons learned and moving forward. *Scand J Pain*. 2020;20(2):229-238.

# MANDALAS EMOCIONALES

Pintar mandalas es una forma de meditación que conecta mente y cuerpo para alcanzar estados de relajación que ayudan a identificar y expresar las emociones bloqueadas. Pintar te permite conectarte con las emociones que surgen en el momento, los colores son una guía para expresarte y soltar las cargas que pueden producir dolor.

A continuación, encuentras una selección de mandalas. Elige el que más te guste y escoge los colores que resuenen contigo. Debes seleccionar un color y luego aplicarlo al área del mandala que desees pintar.

#### Referencia

1. Puerta M. Investigación Mandalas y fibromialgia demuestra mejoras significativas en los puntos de dolor y en la depresión [Internet]. Proyecto Mandala; 2016. Disponible en: <https://n9.el/v54et>



**ESCANEA PARA  
VER INFORMACIÓN**

*Ericox*<sup>®</sup>

*Fleximax*<sup>®</sup>

**DOLIREN**<sup>®</sup>

*Doxu*<sup>®</sup>

**¡MUÉVETE!**





¡MUÉVETE!

Acodein<sup>®</sup> Suaxina<sup>®</sup>

Magnion<sup>®</sup> iboneD<sup>®</sup>

SUPLASYN<sup>®</sup> 1-Shot





