

LOS GESTOS GRÁFICOS DEL DOLOR Y EL SUFRIMIENTO

(1)

Por María del Carmen Doyharzábal

"El dolor es para la humanidad un tirano más terrible que la misma muerte"

(Albert Schweitzer)



El dolor, tan antiguo como el hombre mismo, fue en un inicio atribuido a diferentes causas. Los primitivos creían que era producido por la invasión de espíritus malignos por transgredir un tabú. Para los religiosos era un castigo divino infringido por ser un pecador. Para los clásicos hipocráticos era un desequilibrio de los humores internos corporales...

En la actualidad la ciencia médica, nos enseña que el dolor puede tener diferentes orígenes y causas pero que ninguna de ellas es consecuencia de presencias demoníacas o del enojo divino, y que entre las tantas funciones vitales que le pertenecen al sistema nervioso, se encuentra la de alertar mediante el dolor, de la existencia de una lesión o la incipiente probabilidad de ésta.

La International Association for the Study of Pain (IAPS), define el dolor como *"una experiencia sensitiva y emocional"*

desagradable, asociada a una lesión tisular real o potencial".

Posteriormente la IAPS, extendió esta definición agregando *“La incapacidad de comunicarse no descarta en modo alguno la posibilidad de que un individuo este sufriendo dolor y necesite el correspondiente tratamiento analgésico”*

Diferentes formas de clasificar el dolor

Existen diferentes criterios de clasificación del dolor.

La International Association for the Study of Pain (IAPS) establece la clasificación de criterios combinados a través de diferentes ejes:

Eje I: Región del cuerpo.

Eje II: Sistema cuyo funcionamiento anormal puede producir dolor.

Eje III: Características temporales del dolor y patrón de ocurrencia.

Eje IV: Establecimiento por parte del paciente de la intensidad y el momento de inicio del dolor.

Eje V: Etiología probable.

Otros prefieren estudiarlos de acuerdo a su etiología, fisiopatología, mecanismos, sintomatología, función biológica.

En estos casos, en forma muy general diremos que el dolor se clasifica:

Según su duración:

Agudo: Dolor de comienzo súbito y de duración limitada.

Crónico: Dolor que persiste a través del tiempo (más de 3 o 6 meses) Puede ser continuo o recurrente. Oncológico o no oncológico.

Según su patogenia:

Neuropático (no nociceptivo) El dolor es consecuencia de una lesión periférica o central a nivel de las fibras nerviosas “...*dolor que se origina como consecuencia directa de una lesión o enfermedad que afecta al sistema somatosensorial*” (Special Interest Group on Neuropathic Pain - NeuPSIG - de la IASP).

Nociceptivo: El dolor es consecuencia de una lesión somática o visceral. Puede ser somático superficial, somático profundo, visceral.

Psicógeno: Es un dolor de naturaleza psicósomática (no es consecuencia de una lesión orgánica, sino que tiene origen psíquico).

Según su localización:

Somático: El dolor surge por lesión en tejidos corporales (tejidos cutáneos, musculoesqueléticos y periósticos, de ligamentos y articulaciones).

Visceral: Es un dolor producido por lesión o disfunción de un órgano interno. Se presenta acompañado de intensos reflejos motores y autosómicos a causa de la organización segmentaria del asta dorsal de la médula espinal.

Según su curso:

Continuo: El dolor persiste y no desaparece en ningún momento durante el transcurso del día.

Irruptivo: Es un dolor que puede presentarse en pacientes

oncológicos o los que padecen dolor crónico no maligno. De acuerdo a la Sociedad Española de Oncología Médica (SEOM), la Sociedad Española de Cuidados Paliativos (SECPAL) y la Sociedad Española de Dolor (SED):

“exacerbación del dolor de forma súbita y transitoria, de gran intensidad (EVA > 7) y de corta duración (usualmente inferior a 20-30 minutos), que aparece sobre la base de un dolor persistente estable, cuando este se encuentra reducido a un nivel tolerable (EVA < 5) mediante el uso fundamental de opioides mayores”.

Según su manifestación clínica:

- Cólico
- Urente
- Dolor de carácter sordo
- Constrictivo
- Pulsátil
- Neurálgico
- Pungitivo
- Fulgurante

Según su intensidad:

- Leve.
- Moderado.
- Severo.

El dolor es una sensación subjetiva y es variable de un individuo a otro. Es decir, cada individuo lo percibe de manera particular y personal, de modo que las escalas de valoración del dolor permiten cuantificar la percepción subjetiva de parte del sujeto.

Existen diferentes escalas que permiten evaluarlo de acuerdo a

los diferentes estados cognitivos, capacidad para colaborar, etc.

Cuando el sujeto se encuentra consciente y comunicativo se utilizan por ejemplo:

Escala Visual Analógica (EVA)
Escala Numérica Verbal (ENV)
Escala Descriptiva Verbal (EDV)
Termómetro de Dolor de Iowa (IPT)

En pacientes que han perdido la capacidad de comunicación o están inconscientes, se utilizan los indicadores fisiológicos y /o escalas de comportamiento, valorándose entre otros la expresión facial, el tono muscular (los movimientos de los miembros superiores e inferiores), etc.:

Behavioral Pain Scale (BPS, Escala Conductual del Dolor)
Critical-Care Pain Observation Tool (CPOT, Escala Observacional del Dolor en Cuidados Críticos)
Escala de Campbell
Escala Sobre Conductas Indicadoras de Dolor (ESCID)
The Adult Non-Verbal Pain Scale (NVPS, Escala de Dolor en el adulto No Comunicativo)

Según la farmacología:

Responde bien a los opiáceos.
Parcialmente sensible a los opiáceos.
Escasamente sensible a los opiáceos.

Según factores pronósticos de control del dolor:

Dolor difícil o complejo (no responde a la estrategia analgésica habitual)

Neurofisiología del dolor - Nocicepción

Desde el momento en que se origina un daño o lesión y la percepción dolorosa de esta, se producen una serie de procesos neurofisiológicos denominados nocicepción.

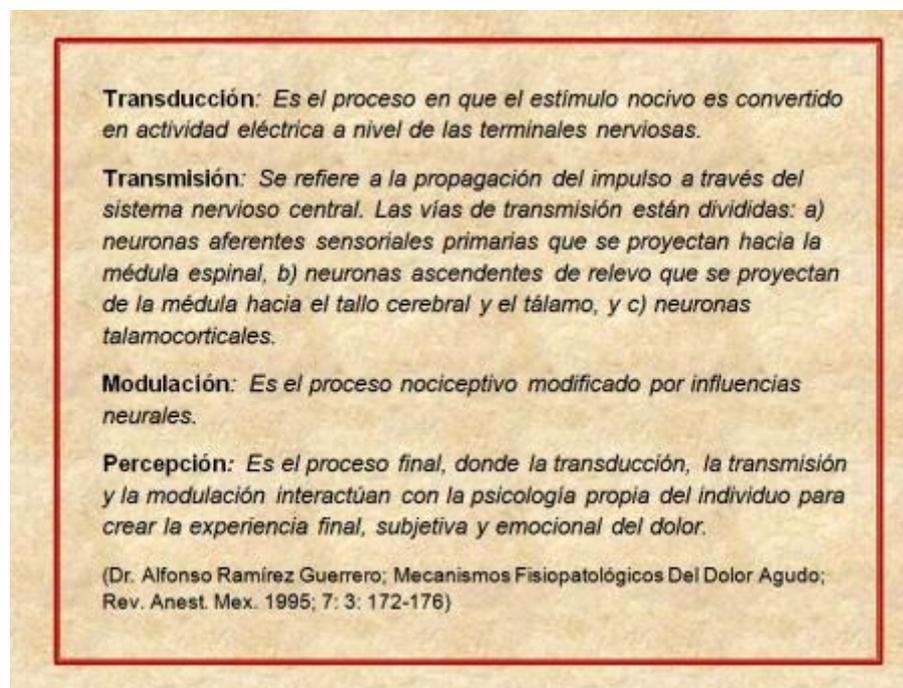
Estos procesos son cuatro:

Transducción.

Transmisión.

Modulación.

Percepción.



Debemos considerar que si bien un estímulo nocivo (daño) causa dolor, este puede ser experimentado aun sin la presencia de tal estímulo. El dolor post-ictus o el dolor de miembro fantasma (dolor neuropático) son algunos ejemplos de que el dolor puede estar presente aún sin entradas nociceptivas.

Respecto a esto, coincidiendo con los conceptos expresados por A. K. P. Jones (2), Daniel Arbaiza Aldazabal (3) nos dice:

“Dolor no es igual que nocicepción, nocicepción es la respuesta a la estimulación de los nociceptores, si bien la nocicepción puede darnos una experiencia dolorosa, la nocicepción también puede ocurrir en ausencia de dolor y el dolor puede estar presente en ausencia de nocicepción. Esto explica la existencia de términos como dolor no nociceptivo (Ej. Dolor neuropático y psicógeno) y el dolor nociceptivo (Ej. dolor inflamatorio)”.

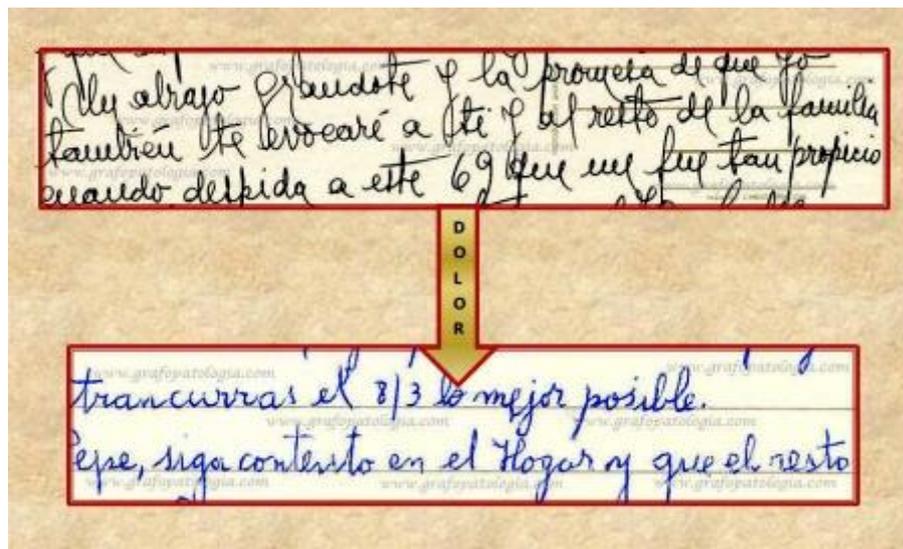
Por qué el dolor afecta el gesto gráfico?

Toda vez que el dolor se procesa, se activan en el cerebro un determinado número de estructuras. Es decir que el estímulo se dirige al cerebro y crea una percepción propia del dolor o estado mental y en esa instancia el grafismo sufre modificaciones.

Sintetizando el concepto diremos que el gesto gráfico se modifica debido a un mecanismo neurofisiológico en el que la activación de los nervios que transmiten el dolor - nervios que nacen en los ganglios espinales - transmiten la sensación dolorosa hasta la médula y de ahí al cerebro y por un mecanismo reflejo, se desencadena la contractura de los músculos (contractura defensiva), lo que impide una fluidez en el movimiento.

Citando al Dr. Pedro Martín Rojo, manifiesta Matilde Ras (4) *“...las enfermedades dolorosas influirán en la actividad voluntaria e involuntaria de los miembros superiores no sólo por la actitud forzada que el cuerpo adopta sino también por modificar su propia tonicidad por vía refleja ante el temor del dolor, lo cual afectará la espontaneidad del escrito”*

La realización de un correcto gesto gráfico, requiere de un adecuado equilibrio neuromuscular y el dolor puede provocar un enlentecimiento de los reflejos, afectar la coordinación de los movimientos, el control postural y la estabilidad articular.



La contractura de los músculos - desencadenada por el dolor - impide la fluidez de los movimientos en la escritura y de ahí que independientemente de la etiología de este, se manifestará gráficamente por medio de una pérdida de los movimientos curvos naturales, adquiriendo características angulosas o tensas.

Dolor y sufrimiento

Sufrimiento, es un término que deriva del latín *sufferre*, que significa soportar /aguantar.

“El sufrimiento no es siempre dolor - expresa la Dra. María del Carmen Mucci (5) - Supone una dinámica psíquica que activa dimensiones afectivo-cognitivas: ansiedad, angustia, miedos, huellas mnémicas representaciones de cosas y de palabras, estilos y esquemas cognitivos. El paciente apela,

defensivamente, a un movimiento precoz, no consciente, anticipando perceptualmente la vivencia de dolor físico y padecimiento futuro”.

Aún antes de experimentar un dolor físico, el temor y la expectativa del comienzo del mismo, genera en el sujeto sufrimiento. Y este miedo al sufrimiento que puede generar el dolor, puede ser, en ocasiones, aún peor que el dolor mismo.

Al respecto nos dice Rodríguez Guerrero (6): *“Si bien el dolor tiene origen físico, el sufrimiento atraviesa toda la estructura antropológica del ser humano, con causa en la interrelación psicofísica y psicoespiritual existente en la dimensión integral del ser humano”.*

Buytendijk (7), prefiere señalar una diferencia entre dolor físico y sufrimiento mental diciendo: *“La diferencia radica en la actitud interrogativa que surge del sentimiento en sí mismo y no de la intensidad, profundidad o efectos del sufrimiento. El sufrimiento mental como experiencia está entrelazado con imágenes y la interrelación de éstas que tiene su origen en ellas..., está rodeado de su propio problema específico, Sin embargo no es oscuro ni indefinido, ni siquiera constituye un problema en sí mismo... El sufrimiento mental contiene un elemento de interrogación y las preguntas formuladas difieren de las provocadas por el sufrimiento físico. La diferencia radica, en cuanto al sufrimiento mental, en su relativa transparencia, mientras que el caso del dolor físico – en las circunstancias de que se halle en contraste con el mental – constituye esencialmente en experimentar un conflicto que no es sensación dentro de la propia personalidad”*

El sufrimiento no siempre es consecuencia de un dolor físico,

sino que también puede ser una reacción afectiva ocasionada por un estado emocional. Sin embargo el dolor físico siempre ocasiona - en mayor o menor grado - sufrimiento.

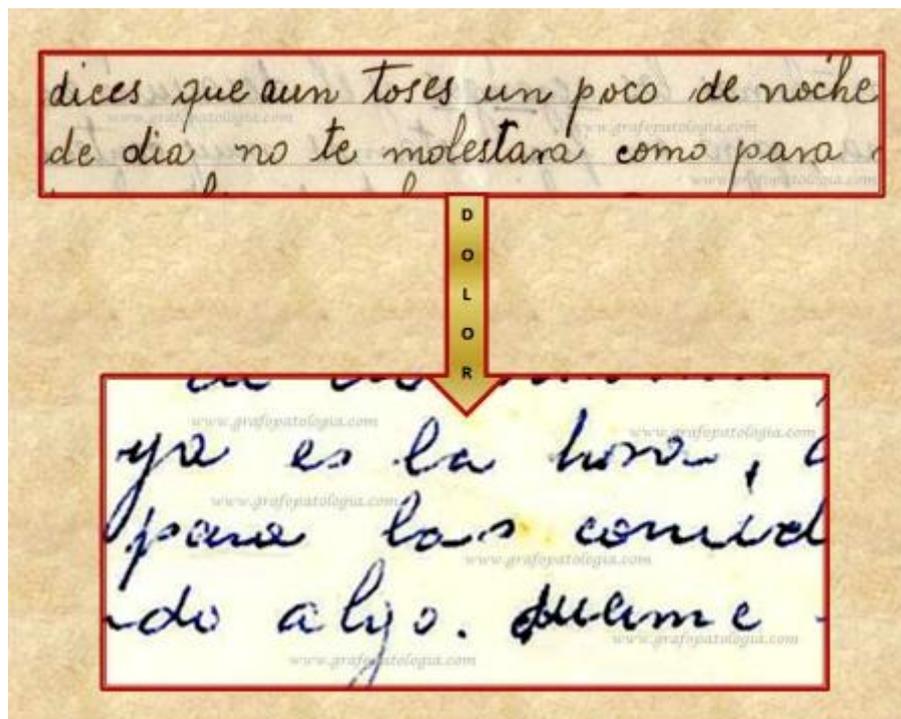
La torsión - gesto defensivo indicador de sufrimiento (8)

Las torsiones - gestos defensivos indicadores de sufrimiento - son anomalías de la presión en las cuales los trazos que originariamente deberían ser rectos, se desvían contorsionándose, perdiéndose de ese modo la firmeza en la tensión del trazado.

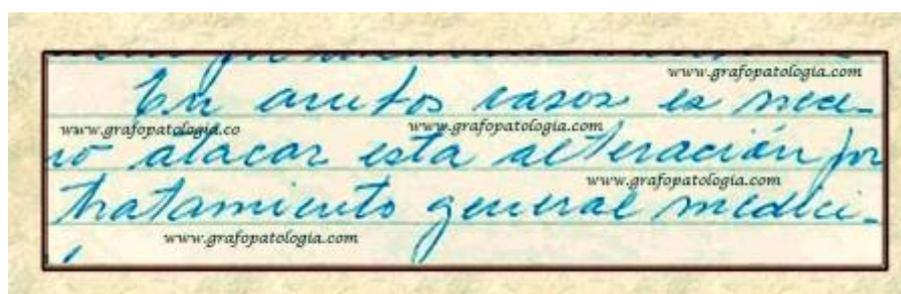
Si bien las torsiones son anomalías reveladoras de sufrimiento físico, también lo son de sufrimiento psíquico. Es por esta razón que muchas veces frente al dolor orgánico se evidencia en el grafismo una pérdida de los movimientos curvos naturales, acompañado de torsiones.

Es decir, frente al dolor el gesto gráfico se tensa y ante el sufrimiento se tuerce.

Podemos afirmar entonces que el dolor físico (entendido como proceso biológico que afecta al sistema nervioso) puede presentarse en el grafismo acompañado de indicadores gráficos de sufrimiento psíquico, debido a que está compuesto por dos elementos: uno orgánico (la lesión) y otro psíquico (cognición, emoción, sufrimiento).



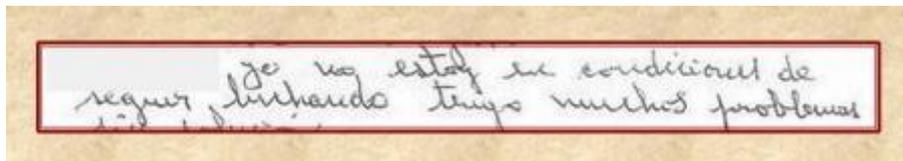
Sin embargo, el experto debe tener presente que el sufrimiento psíquico no siempre es consecuencia de un dolor físico, y por tanto no siempre se evidenciará gráficamente acompañado de indicadores de dolor (sufrimiento físico).



Diferentes factores pueden influir en la forma de percibir el dolor. La expectativa ante el mismo (anticipación del dolor), la personalidad del individuo (una personalidad altamente ansiosa, presentará un umbral más bajo de tolerancia al dolor), el grupo étnico o cultural al que pertenece, entre otras.

No todos los sujetos, frente a un mismo estímulo doloroso, perciben el mismo nivel de dolor, ya que la valoración de este es subjetiva y se relaciona con los factores constitucionales y de la personalidad de cada uno. Incluso, un mismo sujeto frente a emociones intensas como la ira, el miedo, la desesperación, pueden presentar una supresión momentánea del dolor, sin registrar el mismo hasta una vez pasada tal situación.

Sabemos que el dolor es una experiencia sensorial y emocional displacentera que puede estar asociado a una lesión orgánica o tisular. Que un dolor físico repercute en el ámbito psicológico de un sujeto Y también, que determinadas patologías de orden psicológico, puede incrementar la percepción del dolor y el sufrimiento psíquico.



Pero el sufrimiento psíquico, puede presentarse ante diferentes situaciones que no obligatoriamente han de considerarse una patología psíquica. Por lo cual resulta necesario diferenciar sufrimiento psíquico, de patología mental

Dolor mental - Sufrimiento psíquico

M. Fleming (9), que denomina al dolor psíquico como dolor mental, nos dice respecto a las diferencia entre dolor mental y sufrimiento psíquico: *"Dolor mental se refiere a un dolor que el*

paciente refiere como siendo imposible de describir con palabras, y carente de cualquier asociación, mientras que el sufrimiento psíquico puede ser tanto nombrado y descrito. Dolor mental se deriva de la falta de tolerancia por parte del aparato psíquico cuando es dañado por emociones muy dolorosas”.

Para el psicoanálisis, el denominado dolor psíquico/ dolor mental, surge ante una herida narcisista (humillación, vergüenza, ridículo...) que afecta el amor propio y la autoestima y puede llegar al extremo de afectar la coherencia del sujeto, poniendo en esas instancias en marcha procesos defensivos de tipo esquizoides.

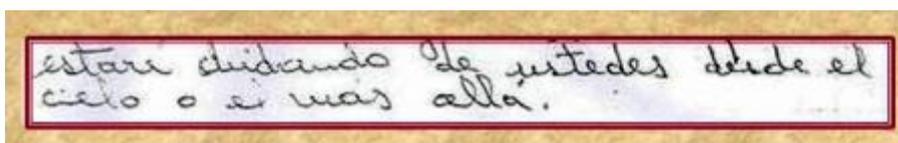
En cambio el sufrimiento psíquico, proviene de una alteración de la relación del sujeto con el objeto, y es descrito como una desazón o *“inquietud penosa e indefinible que acapara la afectividad”*, como por ejemplo podemos observar en la melancolía.

En ambos casos las torsiones estarán presentes en el grafismo, pero acompañadas de otros indicadores gráficos que presentarán - de acuerdo a cada uno de los casos - diferentes características.

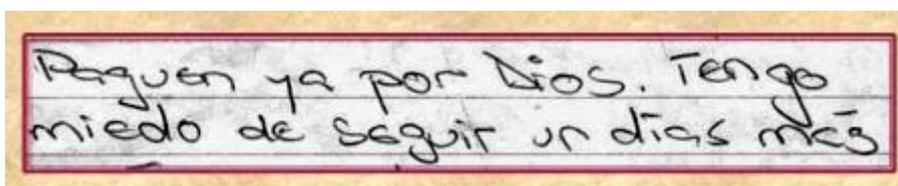
Handwritten text in a red-bordered box: "dos intentos de suicidio,"

Handwritten text in a red-bordered box: "Me llevo, a mi familia a donde"

Vemos entonces que la presencia de torsiones en un escrito puede ser - entre otras causas - consecuencia de dolor orgánico, dolor mental, sufrimiento psíquico. Que los componentes emocionales no son los mismos en el dolor agudo que en el dolor crónico (por ejemplo en el dolor agudo el componente afectivo principal es la ansiedad, mientras que en el dolor crónico es la depresión). Y que independientemente de las causas anteriormente mencionadas, las torsiones también pueden presentarse circunstancialmente en un escrito, indicando un estado de ansiedad y emotividad producto del sufrimiento psíquico interior del autor del manuscrito, al estar escribiendo sobre un tema determinado que le provoque aprehensión, le preocupe o angustie.



estare dudando de ustedes desde el cielo o si mas alla.



Ráguen ya por Dios. Tengo miedo de seguir un día más

De modo que el experto frente a una modificación de los gestos gráficos, y ante la presencia de torsiones, antes de dictaminar que estas corresponden a un “dolor de origen orgánico” debe considerar cuáles pueden ser los factores desencadenantes y agravantes, y las diferentes posibilidades, para no atribuir los resultados a lo único que conoce.

BIBLIOGRAFÍA

1. Doyharzábal María del Carmen, Dolor, Cómo identificar el dolor en el gesto gráfico, Apuntes de grafopatología. Cuadernillo teórico de cátedra, 1998
2. Jones A. K. P. Pain, its perception, and pain imaging. IASP newsletters, 1997 May,
3. Arbaiza Aldazabal, Daniel, Boletín El dolor, N° 44, Año14, 2005.
4. Ras, Matilde, III La mímica y la escritura, Lo que sabemos de grafopatología,- Estudio de los escritos patológicos, Ed. Gregorio del Toro, Madrid, 1963, pág. 44,
5. Mucci, María del Carmen, Dolor sensación, dolor percepción, en psicoprofilaxis quirúrgica, Conferencia pronunciada en las 1º Jornadas Argentinas del Dolor, de la Asociación Argentina para el Estudio del Dolor, Revista de Psicoanálisis y Cultura, N° 3, Abril 1996 www.acheronta.org.
6. Rodríguez Guerrero, A., Dolor y sufrimiento humano, Un desafío a Dios y un desafío al hombre), Rev. Ars Médica, Vol. 3. N° 3, 2002.
7. Buytendijk F. J.J., Teoría del dolor, Ed. Troquel, pág. 27-28.
8. Doyharzábal, María del Carmen, Cómo afecta el dolor el psiquismo, Apuntes de grafopatología, Cuadernillo teórico de cátedra, 2000/ 2015.
9. Fleming Manuela, Distinction between mental pain and psychic suffering as separate entities in the patient's experience, International Forum of Psychoanalysis Volume 15, Issue 4, 2006.

Nuestro agradecimientos a :

María del Carmen Doyharzábal

www.grafopatologica.com