

EL CUERPO Y EL DOLOR: ABORDAJE DE PACIENTES EN PSICOLOGÍA MÉDICA

*THE BODY AND PAIN: AN APPROACH TO PATIENTS
IN MEDICAL PSYCHOLOGY*

*O CORPO E A DOR: ABORDAGEM DE PACIENTES
EM PSICOLOGIA MÉDICA*

Ana María Bentancor

Facultad de Medicina,
Universidad de la República
Montevideo, Uruguay
Correo electrónico:
anabentancor11@gmail.com
ORCID: 0000-0003-0928-3767

Florencia Jurado

Asociación Uruguaya
de Psicoterapia Psicoanalítica
Montevideo, Uruguay
Correo electrónico:
flojurado01@gmail.com
ORCID: 0000-0002-4136-9547

Nicolasa Morales

Facultad de Medicina,
Universidad de la República
Montevideo, Uruguay
Correo electrónico:
nicolasamorales@fmed.edu.uy
ORCID: 0000-0002-2881-8061

Recibido: 14/3/2023

Aceptado: 18/4/2023

Para citar este artículo / To reference this article / Para citar este artigo

BENTANCOR, A. M., JURADO, F. y MORALES, N. (2023). El cuerpo y el dolor: abordaje de pacientes en Psicología Médica. *Equinoccio. Revista de psicoterapia psicoanalítica*, 4(1), 71-86. DOI: doi.org/10.53693/ERPPA/4.1.5

Creative Commons Reconocimiento 4.0 Internacional (CC BY 4.0)

Resumen

El dolor crónico es experimentado por sujetos según la singular manera de procesar los eventos que involucran a su cuerpo. La atención a los fenómenos transferenciales y contratransferenciales ha permitido el corrimiento de la mirada centrada exclusivamente en el paciente y sus afecciones, hacia el espacio interpersonal que surge en la relación con este. Este concepto ha generado aportes enriquecedores que pueden favorecer la relación asistencial entre las especialidades médicas y los pacientes, especialmente en aquellos que implican altos grados de complejidad o que han sido denominados como *difíciles*. Este artículo describe aspectos del abordaje del dolor crónico en una policlínica interdisciplinaria.

Palabras clave: psicoanálisis, dolor, interdisciplina, relación médico-paciente.

Abstract

Chronic pain is experienced by subjects according to the singular way of processing the events that involve their body. Attention to transference and countertransference phenomena has allowed a gaze shift from focusing exclusively on the patient and their conditions, towards the interpersonal space that arises in the relationship with them. This concept has generated enriching contributions that favor the care relationship between medical specialties and patients, especially those involving high degrees of complexity or deemed 'difficult'. This article describes aspects of chronic pain management in an interdisciplinary polyclinic.

Keywords: psychoanalysis, pain, interdisciplinary, doctor-patient relationship.

Resumo

A dor crônica é experimentada pelos sujeitos de acordo com sua singular forma de processar os eventos que envolvem o seu corpo. A atenção aos fenômenos de transferência e contratransferência permitiu o deslocamento do olhar focado exclusivamente no paciente e suas afeições, para o espaço interpessoal que surge na relação com o paciente. Este conceito gerou contribuições enriquecedoras que podem propiciar a relação assistencial entre as especialidades médicas e os pacientes, em especial aqueles que acarretam altos graus de complexidade ou foram denominados como *difíceis*. Este artigo descreve aspectos da abordagem da dor crônica em uma policlínica interdisciplinar.

Palavras-chave: psicanálise, dor, interdisciplina, relação médico-paciente.

INTRODUCCIÓN

Desde sus inicios y hasta la actualidad, el psicoanálisis se ha preocupado por mantener el diálogo con lo social, lo cultural y lo político. Y lo ha hecho al integrar elementos de cada época y articularlos con otros saberes y disciplinas. Tal como plantea Hernández (2016), Freud entrecruzó la medicina, la psicología, la filosofía, la antropología y la literatura para elaborar sus propias hipótesis. Hoy en día, esta forma de concebir el psicoanálisis permanece y es parte de su propia forma de ver y entender el mundo en el que vivimos.

Además de señalar los problemas que trae el paradigma reduccionista y organicista de los procesos de salud-enfermedad-atención-cuidados, también se han desarrollado alternativas para la comprensión de dichos procesos. Cassell (1976) es uno de los autores que realizan un aporte en este sentido; él traza la diferenciación entre la enfermedad (*disease*) y el padecimiento (*illness*). La primera alude al hecho biológico, y el segundo, a la experiencia que transita la persona. Desde esta premisa se viene desarrollando la psicología médica en su tarea asistencial, docente y de investigación: buscando una mirada integral y aunando los enfoques de las ciencias médicas, la psicología y las ciencias sociales.

Como campo disciplinar, la psicología médica se nutre de distintos y variados cuerpos teórico-prácticos; el psicoanálisis es uno de los más influyentes. El esfuerzo por comprender la experiencia subjetiva de cada paciente ante los procesos de salud-enfermedad implica desafiar la división mente-cuerpo. Esto permite generar estrategias específicas en la atención, adaptadas a las realidades de cada uno. Asimismo, la especial

consideración de los fenómenos transferenciales y contratransferenciales que se ponen en juego tanto con pacientes como con equipos asistenciales ha permitido el corrimiento de la mirada centrada exclusivamente en el paciente hacia el espacio interpersonal que surge en la relación de ambos. Ello ha supuesto un avance en la calidad de la atención y los cuidados.

Desde el campo clínico, especialmente a partir del psicoanálisis y de los aportes de la psicósomática, se puso de manifiesto el interés por los procesos psíquicos que pueden jugar un papel en la enfermedad física, y no solo mental. El interés inicial se centró en indagar el papel causal de lo psíquico sobre lo somático, pero, a medida que se empezó a concebir a los fenómenos de la salud de manera multicausal, este interés se ha desplazado hacia la participación de los factores psicológicos en la progresión de las enfermedades.

El dolor crónico y el abordaje de los pacientes con dicho padecimiento resultan un gran desafío para la medicina a lo largo de la historia; fundamentalmente, en la medicina moderna, caracterizada por la hiperespecialización y la tecnologización. Tradicionalmente, el paciente con dolor orientaba al médico en la búsqueda de procesos patológicos desencadenantes. Lo que la clínica ha evidenciado, al igual que la investigación en dolor crónico, es que dicha condición resulta en una compleja multicausalidad, que va más allá de los complejos procesos que involucran la fisiopatología del dolor que ya conocemos. Tomemos como ejemplo a una persona que padece dolor de manera persistente y que le ocasiona un grado considerable de discapacidad, pérdida de funcionalidad y calidad de vida. Tal padecimiento puede suceder en ausencia de procesos patológicos (biomédicos) que expliquen suficientemente tal repercusión.

La definición de la Asociación Internacional para el Estudio del Dolor (IASP, por su nombre en inglés), reformulada en 2020, da cuenta de lo anterior: «El dolor es una experiencia sensorial y emocional desagradable

asociada o similar a la asociada con daño tisular real o potencial» (Raja et al., 2020, p. 3). De ella se desprende la dimensión subjetiva de la vivencia del dolor, al estar estrechamente relacionada con la experiencia de cada persona y la singular manera de procesar los eventos y las circunstancias que involucran a su cuerpo. Se destaca, además, que el daño implicado pueda ser real o potencial.

Si bien no existe un tipo de personalidad tendiente a padecer o cronificar el dolor, podemos encontrar algunas características clínicas comunes en aquellas personas que lo padecen. Entre ellas, destacamos:

- ▶ Una biografía o curso de vida con elementos de trauma (en ocasiones trauma complejo) en la infancia.
- ▶ Vivencias de abandono de las figuras de cuidado y dificultades tempranas en el procesamiento y la expresión del mundo emocional.
- ▶ Aparición de un tipo de dolor principal al que pueden verse asociadas otras molestias somáticas características.
- ▶ Insistencia en la búsqueda de ayuda profesional para obtener un diagnóstico. Esto conduce a historias clínicas extensas con múltiples consultas a especialistas y realización de paraclínica —algunas veces— invasiva para arribar a un diagnóstico que parece no explicar la intensidad ni la repercusión de la dolencia. En esa búsqueda de soluciones se recurre —en ocasiones— a cirugías, en las que se depositan expectativas elevadas, que suelen generar grandes frustraciones cuando los resultados no son los esperados o, peor aun, cuando agravan el padecimiento.

Claramente, la medicina centrada en la mirada biomédica no puede, por sí sola, dar cuenta o resolver este desafío que presenta la experiencia del dolor crónico. Existe un consenso cada vez mayor respecto a la crítica que realiza Menéndez (2005) sobre el modelo médico hegemónico. En este, los procesos de salud-enfermedad son comprendidos desde una mirada acultural y ahistórica, donde la singularidad humana

escapa al foco de atención que se centra en los procesos biológicos generalizables.

Resulta necesario el trabajo multi e interdisciplinario para poder acercarnos con diferentes focos y miradas a una problemática altamente frecuente en la práctica médica. Además, como venimos planteando, esta problemática surge y se cronifica a partir de una multicausalidad de factores.

VIÑETA CLÍNICA

La viñeta clínica que presentamos a continuación corresponde al trabajo realizado en una policlínica interdisciplinaria para pacientes con dolor crónico dentro del Hospital de Clínicas Dr. Manuel Quintela. Dicha policlínica está integrada por diferentes especialidades, que articulan sus saberes y prácticas en torno a la situación particular de cada paciente que es derivado: medicina interna, anestesiología, medicina física y rehabilitación, psicología médica, psiquiatría, neurocirugía, neurología, traumatología y toxicología.

María¹ concurre frecuentemente a la puerta de emergencia con quejas somáticas y dolor lumbar como síntoma principal. Desde allí es calmada con analgésicos y algunos opioides débiles. También se le realizan estudios paraclínicos, en los que se descartan posibles patologías de base. Es referida a algunas especialidades médicas para realizar consultas de seguimiento y otros estudios que se consideren pertinentes. En su historia clínica tiene un largo antecedente de consultas y de procedimientos, algunos invasivos, que no logran calmar su dolor ni disminuir su demanda de atención. Tampoco se encuentra una explicación orgánica que dé

1 Se modifica el nombre de la paciente involucrada a los efectos de salvaguardar la identidad y preservar el anonimato.

cuenta de la presencia de una causa fisiológica que explique suficientemente bien los síntomas, quejas y nivel de dolor de María. En alguna de todas estas consultas se solicita la valoración de la unidad de Psicología Médica. Al tomar contacto con María, allí se le pide que relate su historia en relación con sus dolores físicos. A partir de ello, nos detenemos en algunos momentos y exploramos el contexto en el cual se desarrollaban dichos dolores. Esto nos conduce a indagar en el relato del curso de vida y biografía de María.

Así surge la historia de una niña criada por una abuela materna y, posteriormente, por una tía (descrita con características hostiles y desactivizada), a la que siempre llama *mamá*. A su madre biológica la describe como «la que me tuvo». La figura paterna surge más tarde en su vida. Al conocer la identidad de su padre, María descubre que él había conformado otra familia y que, de hecho, tiene varios hermanos por esa línea. Recién toma contacto con ellos una vez que su padre fallece. Para ese entonces, ella ya era una persona adulta, casada y con un hijo. La familia de su esposo se constituye como su familia, a tal punto que, cuando se separa, él se va de la casa y ella se queda viviendo con ellos, junto a su hijo. Previo a su matrimonio, había convivido con la familia de una amiga, a quien se refiere como «hermana de la vida»; allí también encuentra una familia que la adopta como integrante.

El fallecimiento de su padre biológico y de su suegro (al que quería como a un padre) ocurren en el mismo año, con un breve lapso de tiempo entre uno y otro. Se comienza a observar que el procesamiento de estos duelos resulta sumamente difícil para María, ya que le hacen replantearse cuestiones de su propia identidad. De hecho, recuerda que cuando era niña la llamaban por su segundo nombre, mientras que en la etapa adulta se hace llamar por su primer nombre. Cabe destacar que reconoce este hecho en el transcurso de las entrevistas con Psicología Médica, sin haberlo registrado en oportunidades anteriores.

ABORDAJE DEL CASO

Las intervenciones realizadas desde el equipo de Psicología Médica se desarrollan con un abordaje interdisciplinario (policlínica interdisciplinaria) para el tratamiento de su dolor crónico. Esto incluye: tratamiento médico, rehabilitación física y procedimientos intervencionistas mínimamente invasivos. Dichas intervenciones se nutren, entre otros, de los aportes de Fiorini (1977). Desde una visión psicodinámica, se buscan comprender los determinantes actuales de la situación por la que atraviesa el paciente. Definitivamente, no se trata de dejar de considerar los factores históricos que intervienen, sino, además, de poder «aprehender la estructura de la situación transversal» (Fiorini, 1977, p. 23) en la cual se actualizan los determinantes que generan la situación de enfermedad actual.

Desde Psicología Médica, las intervenciones apuntan a buscar, en la historia de María, una versión más ampliada y cohesiva de su identidad. Se trabaja sobre los aspectos que le permitan autopercebirse con mayores niveles de autonomía y de control sobre sí misma, para disminuir su nivel de discapacidad y potenciar aspectos saludables. Asimismo, se indaga en la identificación de las emociones y su expresión, para lograr un proceso elaborativo que rompa con ese circuito de expresión somática de sus vivencias. Se favorece, así, la autoevaluación y se estimula la mirada sobre sí en su relacionamiento con otros.

Todo esto ocurre en el contexto de un vínculo estable, empático y continente, con un manejo de la distancia afectiva, que permite y tolera los movimientos regresivos y defensivos que se presentan en la evolución. En efecto, ello se hace posible al generar un ambiente permisivo y contenedor —en la línea que plantea Fiorini (1977)—, que habilita la expresión de temores, deseos y fantasías.

Actualmente, María se encuentra estable en cuanto a sus síntomas, ha logrado disminuir y discontinuar, incluso, algunos fármacos. Realiza actividades de disfrute propias, con sentimientos de culpa menos intensos por no realizar otras obligaciones (cuidado de otros). Esto promueve, a nivel familiar, un nuevo relacionamiento más acertado, al favorecer la comprensión de lo que sucede en términos de síntomas y conductas de enfermedad. Su dolor puede ser expresado en palabras, lo que genera un corrimiento de su cuerpo. Escribe frecuentemente, y de manera espontánea, acerca de cómo se siente, permitiéndose explorar su dolor emocional. Sus consultas son cada vez más esporádicas y solamente de seguimiento con el equipo de la policlínica que la asiste.

Podemos pensar que María, por diversas situaciones de su historia de vida y desarrollo, presenta fallas en su estructuración psíquica, ya que, al presentar mucha inestabilidad, no ha logrado formar un yo cohesivo. El medio circundante en el que María se ha desarrollado no ha podido responder empáticamente a sus necesidades ni proveer aquello que requería en cada etapa de su evolución psíquica para su adecuado desarrollo emocional. Como consecuencia de estas fallas del ambiente, hay ciertas funciones o capacidades que no se desarrollaron normalmente o que faltan. Al no poder elaborar y simbolizar sus angustias mediante la palabra, estas se han manifestado en el cuerpo. Podemos pensar que María se constituyó con un déficit en el sentimiento de seguridad básica. No le resulta posible sentirse plena y segura respecto de sí misma y tiene dificultades en su autorregulación emocional, así como en su autoestima.

En este aspecto, nos gustaría aclarar que entendemos la estructuración psíquica de María desde otro paradigma, a nivel metapsicológico, que no es el del psicoanálisis clásico. No hablamos del conflicto intrapsíquico entre la defensa y el deseo que genera el síntoma, o de los conflictos entre las distintas instancias del aparato psíquico (modelo intrasubjetivo), sino que lo pensamos desde un modelo intersubjetivo. Ambos modelos

son complementarios: por momentos, podemos pensar el caso de María desde un modelo intersubjetivo, y, por otros, desde un modelo intrapsíquico. Cuando nos referimos a su dificultad para elaborar los duelos por la muerte de las figuras paternas en su vida, podemos pensarlo en términos de conflicto intrapsíquico. Mientras que, cuando pensamos en su dificultad para autorregularse, calmarse y tolerar la vivencia dolorosa, lo intersubjetivo aporta a la comprensión desde las fallas que imprimieron el sello de la ausencia de figuras tranquilizadoras en su entorno.

TRANSFERENCIA Y CONTRATRANSFERENCIA: CONCEPTOS QUE FACILITAN LAS RELACIONES DIFÍCILES EN LA MEDICINA

Al igual que la gran mayoría de los pacientes que son asistidos en una unidad de dolor crónico, María representa un desafío para el equipo interdisciplinario. No solo por la sintomatología, sino también por lo que implica la relación médico-paciente. En este sentido, se plantea que un paciente con dolor crónico es un *paciente difícil* por su complejidad clínica, así como también por la intensidad emocional que se despliega en la relación.² Los conceptos de *transferencia* y *contratransferencia* nos ayudan a echar luz sobre este aspecto.

En la literatura académica el término *paciente difícil* se utiliza para hacer referencia a lo que sucede en casos como el citado. El equipo se siente desbordado en su habitual manera de relacionarse con los pacientes y se genera una sensación de rechazo y malestar. O'Dowd (1988) define a los llamados *pacientes difíciles* como un «grupo heterogéneo de pacientes,

2 El concepto de *paciente difícil* queda limitado a lo que se ha observado y estudiado en el contexto de la relación médico-paciente, y es desde ese paradigma que lo utilizamos en el abordaje del dolor crónico, así como también en otras situaciones médicas.

frecuentemente afectados por enfermedades relevantes, cuyo único rasgo común es la capacidad de producir distrés en el médico y en el equipo asistencial» (p. 528).³

Este tipo de pacientes son quienes requieren de respuestas exageradas de las personas del entorno para poder mantener su homeostasis. Consideramos, al igual que Agreda y Yanguas (2001), que depositar la etiqueta de *difícil* en un paciente puede tener que ver, sobre todo, con una necesidad del equipo de deslindarse de la responsabilidad que le toca al profesional en el encuentro humano, o sea, en la relación médico-paciente. En virtud de lo anterior, preferimos utilizar el término *relaciones difíciles médico-paciente*.

Desde el comienzo del abordaje con María se planteó un encuadre de trabajo con objetivos claros, unificados para todos los integrantes del equipo y en acuerdo con la paciente. Cada vez que surgía la posibilidad de una transgresión, impulsada por los movimientos regresivos que ocurrían en el transcurso del tratamiento, se hacía referencia al encuadre de trabajo acordado. Contratransferencialmente, generó en el equipo sentimientos intensos a los cuales se debió prestar atención para manejarlos y no contraactuarlos.

La transferencia, como fenómeno de la vida psíquica, está presente permanentemente y ocurre de manera inconsciente. Esto puede verse en nuestra práctica cotidiana, cuando el paciente transfiere sus vivencias pasadas hacia la figura del médico. Estas se presentan como afectos que dan cuenta de emociones tales como amor, odio, ambivalencia y dependencia. Cuanto más significativa sea para el paciente la relación que se establezca, más posible será que este fenómeno suceda. El modo como sea percibido y recibido también puede determinar el tipo de relación. A veces puede ser interpretada como algo negativo y, por lo tanto,

³ La traducción es nuestra.

colaborar en el deterioro de la conexión que se pueda establecer en dicha relación. En cambio, cuando se despliega en su faceta positiva, puede colaborar en la promoción de una relación y conexión favorable en la relación médico-paciente.

Si bien el modo transferencial predominante de María con el equipo estuvo dentro del polo positivo, observamos que muy frecuentemente su *invitación* era a promover modos vinculares anteriores. Es así que se presentaron movimientos regresivos transferenciales que recrearon en y con la figura del médico conductas infantiles de dependencia, al buscar la protección materna o paterna que tal vez no obtuvo en situaciones similares en su pasado.

En el pedido de ayuda asistencial de María, la búsqueda de figuras paternas era una constante; sobre todo, como forma de manejar las emociones intensas que desencadenó el duelo por la pérdida de su padre biológico y de su figura paterna elegida (suegro). La situación de pérdida de salud y la condición de enfermedad, aguda o crónica, colocan a la persona en una condición de vulnerabilidad y reacomodación, en la cual recurre a mecanismos y formas de funcionamiento psíquico conocidas para sí y que se ponen en marcha ante situaciones de amenaza como estas.

La conducta del paciente puede mostrarse regresiva; es entonces cuando el fenómeno de la empatía juega un papel fundamental. Cuando se realizan determinadas puestas de límites para preservar el cuidado, se pueden transferir a la figura del médico afectos o vivencias que pueden revestir características malignas o benévolas. Por ejemplo, disminución de ingesta de determinados fármacos, restricciones, cambios en el estilo de vida (realizar ejercicio, hábitos saludables de alimentación). Ello puede ser interpretado o entendido como una medida de cuidado o, por el contrario, como un castigo.

La clásica expresión «Estoy en sus manos» de algunos pacientes hacia sus médicos tratantes da cuenta de movimientos regresivos y del nivel

de confianza puesto en esas figuras, tal vez idealizadas y cargadas de omnipotencia para el paciente, como lo fueron sus figuras paternas en la infancia. O, por el contrario, se pueden constituir en figuras persecutorias, castradoras y abandonicas, tal como el paciente puede haber experimentado a sus figuras parentales, posiblemente. Escuchamos expresiones tales como «Era su conejillo de Indias», «No me vio más, me abandonó». En el caso de María, una frase que repetía con frecuencia era: «Ustedes me cambiaron la vida», lo cual da cuenta de una vivencia inédita de gran impacto, pero a su vez de contención y sostén afectivo.

En la viñeta planteada, pensamos que la situación transferencial giraba en torno a la búsqueda de aceptación. Al colocarse en el lugar de buena paciente - buena hija, esperaba encontrar el lugar de afecto que frecuentemente venía solicitando mediante su sintomatología. Sus vivencias traumáticas con las figuras de apego se ponían en escena a través del dolor somático como mensaje. Y la validación de este por esas nuevas figuras de cuidado (equipo médico) significaban, para María, la respuesta que esperaba desde el entorno.

El otro polo de la relación, la contratransferencia —que también es un proceso inconsciente—, ocurre cuando el médico responde a la transferencia del paciente de un modo similar. La transferencia de afectos, tan intensos como la dependencia o la idealización, pueden promover en la figura del médico sentimientos de grandiosidad y omnipotencia, y que se sienta alimentado en su narcisismo por el paciente. Del mismo modo, puede ser depositario de los sentimientos de hostilidad ante la amenaza del abandono o por no haber brindado calma de la manera que se esperaba. Ello puede hacer contraactuar al profesional de la salud en términos de protegerse, aislarse, abandonar al paciente o devolver su hostilidad con actuaciones cruentas, de las cuales, por supuesto, no percibe la conexión inconsciente, solamente experimenta el afecto, pero no puede unirlo a su conducta.

En el concepto de *transferencia idealizada*, Kohut (1999) describió las transferencias que corresponden a la reactivación de las estructuras defectuosas del *self* por regresión. De esta manera, se intenta reencauzar el proceso de desarrollo a través de la transferencia. La transferencia idealizada es reactivada por la regresión en la que María se encuentra y la traslada al equipo. Lo que se observa en el tratamiento es la necesidad de la paciente de compartir la fuerza y la calma de un objeto del *self* admirado (equipo asistencial).

CONSIDERACIONES FINALES

De lo expuesto hasta ahora, creemos relevante destacar la importancia que tiene el diálogo con el psicoanálisis para el trabajo desde la psicología médica. Este le provee una mirada particular de rescate de la subjetividad en un contexto que tiende aún hacia el organicismo. Provee, de hecho, no solo el diálogo del psicoanálisis con la psicología médica, sino también con otras disciplinas dentro de la salud, con los diferentes actores en una institución tan compleja como lo es un hospital y con la revisión constante sobre el sí mismo y el impacto del otro en nuestra propia subjetividad.

Cada momento sociohistórico produce determinadas subjetividades, distintas formas de ser y estar en el mundo, así como determinadas patologías. Los pacientes con dolor crónico son pacientes con estructuras frágiles y fallas en su estructuración psíquica y en su sentimiento de seguridad básica. Desde el modelo intersubjetivo, para el abordaje de estos pacientes se considera que el vínculo construido en la relación asistencial es muy importante para una mejor adaptación a la enfermedad y la adhesión al tratamiento, así como para la evolución del dolor, que, como vimos, va más allá de la entidad en sí misma.

La terapéutica desde psicología médica —es decir, las intervenciones que se realizan en el contexto hospitalario— implica una teoría y una praxis específicas que requieren de una formación particular. Las características del contexto de una policlínica, la multiplicidad de variables y disciplinas intervinientes, la fuerza de los movimientos transferenciales y contratransferenciales, por nombrar algunos, vuelven pertinente un abordaje focalizado, en múltiples niveles y con intervenciones dirigidas hacia diversos actores.

El territorio del hospital es distinto al del consultorio, efectivamente. Salcedo (2015) pregunta si es posible que el psicoanálisis se traslade a escenarios colectivos, instalados por sus propias dinámicas de poder. La respuesta no está cerrada. El propósito es compartir parte de la tarea que se realiza cuando ponemos a dialogar el psicoanálisis con múltiples campos disciplinares en un escenario que requiere de un encuadre distinto, para así plantearnos nuevas preguntas.

La complejidad y multicausalidad de estas situaciones clínicas, donde el abordaje del dolor se torna foco de intervención, deja en evidencia la necesidad del diálogo entre distintas disciplinas.

§

REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS

- AGREDA, J. y YANGUAS, E. (2001). El paciente difícil: quién es y cómo manejarlo. *Anales del Sistema Sanitario de Navarra*, 24(2), 65-72. <http://recyt.fecyt.es/index.php/ASSN/article/view/5899>
- CASSELL, E. J. (1976). Illness and disease. *The Hastings Center*, 6(2), 27-37. <https://doi.org/10.2307/3561497>

- FIORINI, H. J. (1977). *Teoría y técnicas de psicoterapias*. Nueva Visión.
- HERNÁNDEZ, A. L. J. (2016). Puntualizaciones en torno al diálogo entre el psicoanálisis y otras disciplinas. *Teoría y Crítica de la Psicología*, 8, 72-91.
- KOHUT, H. (1999). *La restauración del sí mismo*. Paidós.
- MENÉNDEZ, E. L. (2005). El modelo médico y la salud de los trabajadores. *Salud Colectiva*, 1(1), 9-32. <http://www.redalyc.org/articulo.oa?id=73110102>
- O'DOWD, T. (1988). Five years of heartsink patients in general practice. *British Medical Journal*, 297, 528-530. <https://doi.org/10.1136/bmj.1.5072.711-d>
- RAJA, S. N., CARR, D. B., COHEN, M., FINNERUP, N. B., FLOR, H., GIBSON, S., KEEFE, F., MOGIL, J., RINGKAMP, M., SLUKA, K., SONG, X. J., STEVENS, B., SULLIVAN, M., TUTELMAN, P., USHIDA, T. y VADER, K. (2020). The revised International Association for the study of pain: definition of pain. *Pain*, 161(9), 1976-1982. <https://doi.org/10.1097/j.pain.0000000000001939>
- SALCEDO, M. (2015). La cuestión de lo político en el psicoanálisis. *Psicogente*, 18(34), 420-432. <http://doi.org/10.17081/psico.18.34.516>.