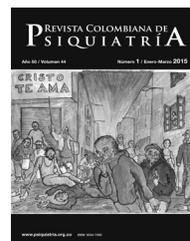




# REVISTA COLOMBIANA DE PSIQUIATRÍA

www.elsevier.es/rcp



## Artículo de revisión

# Dolor crónico y duelo



José Antonio Garciandía Imaz<sup>a,\*</sup> y Claudia Marcela Rozo Reyes<sup>b</sup>

<sup>a</sup> Departamento de Medicina Preventiva y Social, Departamento de Psiquiatría y Salud Mental, Facultad de Medicina, Pontificia Universidad Javeriana, Bogotá, Colombia

<sup>b</sup> Programa de Terapia Ocupacional, Escuela de Medicina y Ciencias de la Salud, Universidad del Rosario, Bogotá, Colombia

### INFORMACIÓN DEL ARTÍCULO

#### Historia del artículo:

Recibido el 26 de abril de 2016

Aceptado el 6 de mayo de 2017

#### Palabras clave:

Dolor crónico

Duelo

### R E S U M E N

**Introducción:** En este artículo se intenta encontrar, mediante una revisión sistemática, la información que permita establecer alguna conexión entre el dolor crónico y el proceso de duelo, más allá de las relaciones intuitivas que los conectan.

**Método:** Revisión de la literatura médica sobre los artículos que puedan mostrar alguna evidencia de la relación del dolor crónico y el duelo.

**Resultados:** La información disponible sobre ambos temas por separado es abundante, pero cuando se trata de informaciones que los relacionen, es muy poco lo que se encuentra.

**Conclusión:** La relación entre el dolor crónico y el duelo se ha mencionado de manera intuitiva como una condición que se da por sentado. Sin embargo, se ha publicado muy poca evidencia de esa relación, lo cual es una muestra de que es un aspecto muy poco investigado.

© 2017 Asociación Colombiana de Psiquiatría. Publicado por Elsevier España, S.L.U. Todos los derechos reservados.

### Chronic Pain and Grief

#### A B S T R A C T

**Introduction:** The aim of this article was to conduct a systematic review in order to find information that enables a connection between chronic pain and the grieving process to be established, beyond the intuitive relationships that connects them.

**Methods:** The medical literature was reviewed in search of articles that provide some evidence of the connection between chronic pain and grief.

**Results:** The available information on both topics by themselves is profuse but there are very few publications that deal with both issues simultaneously.

**Conclusions:** The connection between chronic pain and grief has been mentioned intuitively as a condition taken for granted. However, little evidence of this relationship has been published, which suggests that this topic has not been widely researched.

© 2017 Asociación Colombiana de Psiquiatría. Published by Elsevier España, S.L.U. All rights reserved.

#### Keywords:

Chronic pain

Grief

\* Autor para correspondencia.

Correo electrónico: jgarciandia@javeriana.edu.co (J.A. Garciandía Imaz).

<https://doi.org/10.1016/j.rcp.2017.05.008>

0034-7450/© 2017 Asociación Colombiana de Psiquiatría. Publicado por Elsevier España, S.L.U. Todos los derechos reservados.

## Introducción

El dolor es un aspecto importante en el ámbito de la medicina, pues la gran mayoría de las enfermedades cursan con algún tipo de dolor.

Hay una relación muy estrecha entre el dolor y el duelo desde una perspectiva etimológica, ambas palabras significan dolor. En español se usa el término dolor para relacionarlo con experiencias fisiológicas y el término duelo, para relacionarlo con experiencias emocionales. Con esta premisa, el propósito de este artículo es buscar en la literatura médica la evidencia existente sobre las relaciones entre 2 tópicos, el dolor crónico y el duelo, con la intención de brindar información útil para entender cómo ambas experiencias interactúan, más allá de la afirmación intuitiva de que existe una relación.

## Métodos

Para esta revisión se llevó a cabo una búsqueda en las bases de datos PubMed, Scielo, EMBASE y Lilacs. En PubMed, se encontraron 151 artículos con los *thesaurus* siguientes (dado que duelo en inglés tiene 3 acepciones, se utilizaron las 3): Chronic Pain and Grief: 40 artículos; Chronic Pain and Mourning: 42 artículos; Chronic Pain and Bereavement: 71 artículos. La búsqueda en Scielo no produjo ningún resultado con los mismos *thesaurus*. La búsqueda en EMBASE no produjo ningún resultado. También se hizo una búsqueda en Lilacs y no produjo resultados.

De todos los artículos hallados, solo 4 relacionaban el dolor crónico con el duelo de forma deductiva inferencial, sin confirmación de relación de ambos tópicos. Los demás artículos no presentaban una relación directa y clara entre los 2 temas, las conexiones son más circunstanciales y muy tangenciales. En vista de ello, se realizó una búsqueda adicional en otras áreas de conocimiento para complementar la carencia de datos directos del tema. En vista de la precariedad de la información sobre la relación entre dolor crónico y duelo, se realizó una revisión de corte narrativo en el intento de construir una relación entre ambos tópicos. Una posible búsqueda podría haberse orientado hacia la relación entre dolor crónico y pérdida; sin embargo, aun cuando la pérdida (del tipo que sea) da origen a un proceso de duelo, no se consideró pertinente dicha búsqueda porque habría desviado la atención del objetivo de esta revisión.

## Dolor agudo frente a crónico

Desde una perspectiva médica, el dolor se clasifica en 2 tipos, agudo y crónico. El dolor agudo tiene un sentido fisiológico (con gran implicación neurovegetativa) de alerta contra el daño tisular, que implica un propósito patológico de búsqueda de respuesta para la restitución y resolución. Según la IASP<sup>1</sup>, se refiere a todo dolor que tenga una duración < 3 meses.

En ese mismo sentido, el dolor crónico está determinado por una duración > 3 meses. Presenta poca implicación neurovegetativa y un deterioro psicológico y conductual de mayor intensidad que en el dolor agudo; no tiene un propósito patológico de alerta o advertencia sobre un daño tisular, ni un

valor adaptativo ni funcional<sup>2</sup>. Se expresa como un sufrimiento mixto que implica la concomitancia de un dolor físico y un dolor emocional. Desde la perspectiva del sufrimiento, expresa algo más que el dolor físico y se relaciona con experiencias existenciales que no se han precisado con claridad en la literatura médica. Una de ellas es el proceso de duelo que sucede como producto de una pérdida, de un ser querido, de un trabajo o cualquier otra circunstancia significativa para una persona.

## Dolor crónico como experiencia multidimensional

Al remitirse a la fisiología de Guyton<sup>3</sup>, el dolor es un mecanismo protector de la corporalidad, sucede siempre que un tejido padece una lesión. Impulsa al individuo a reaccionar de una manera refleja para suprimir o evitar el estímulo que lo origina. En este sentido, el dolor funciona como una alarma útil y funcional que está al servicio de una reacción protectora del organismo y permite la detección, localización e identificación de eventos o procesos que pueden generar daño en el organismo. En la expresión de Casal<sup>4</sup>, la ausencia del dolor o su silencio pueden conducir a una carencia de reactividad corporal, con consecuencias fatales.

El dolor crónico como experiencia subjetiva tiene un sustrato claramente fisiológico, pero se alimenta de un contexto que se constituye en el andamiaje donde se articula como experiencia vital. Se caracteriza por ser un dolor patológico poco congruente neurovegetativamente, que no tiene un claro propósito fisiológico ni un valor adaptativo o funcional, pero que genera una serie de trastornos psicológicos y conductuales<sup>5</sup>. La vida con dolor crónico promueve una reestructuración existencial con reaprendizajes, adaptaciones y algún grado de discapacidad que implican un inevitable duelo, como expresan Dysvik et al.<sup>6</sup>. Esto se manifiesta en un sentimiento de fragmentación corporal, visible como descontrol de alguna parte del cuerpo. Sin embargo, en los diferentes artículos revisados no se da la reflexión de que el duelo en sí mismo, como experiencia emocional de dolor, pueda ser origen o una concomitancia para la expresión de un dolor crónico.

Como consecuencia, genera experiencias dicotómicas de desespero y esperanza, un vacío en la comprensión misma como «fenómeno doloroso» que no se suscribe a una explicación aceptable, como sostienen Furnes et al.<sup>7</sup>. ¿Es posible pensar en una relación circular entre ambos?, ¿el dolor crónico genera un duelo y el duelo genera dolor crónico?

Responder a estas preguntas requiere, en principio, considerar que, si bien el dolor agudo es una respuesta a un estímulo nocivo, el crónico carece de un claro estímulo externo. No obstante, quien los padece reconoce y vive ambos dolores (agudo y crónico) como una amenaza a la integridad del cuerpo. Por ello no es infrecuente que los pacientes con un dolor crónico se resistan a pensar que la mente, las emociones o la psique estén involucradas en su manifestación como una petición de ayuda, una forma de agresión, una expiación de culpa o la inadaptación a una pérdida.

Swanson<sup>8</sup> considera que el dolor es un estado afectivo y emocional que puede conducir de manera indefinida emociones, cuando no es posible hallar una vía más económica de

expresión, a través de su verbalización. Se trata, según dicho autor, de un evento neuropsicológico primario que está en la misma categoría que la ansiedad y la depresión y que, como ellas, tendría un correlato neurobioquímico.

Desde una perspectiva construccionista, Gil et al.<sup>9</sup> consideran que el dolor crónico se organiza en un individuo en conexión con un marco de estructuras sociales (grupos de los que formamos parte, las categorías que utilizamos para leer el mundo, las clases sociales, las instituciones, las creencias, etc.). En este sentido, los autores consideran que el dolor crónico puede ser una respuesta de la corporalidad enfrentada a estas estructuras o una emergencia de estas cuyas influencia y presencia determinan cómo, cuándo y dónde uno siente dolor crónico. Un estudio realizado con pacientes terminales por Strassels et al.<sup>10</sup> muestra que la experiencia del dolor crónico tiene variaciones en las personas dependiendo de las características clínicas del padecimiento y, en gran medida, de las características demográficas de los pacientes, lo cual informa de la trascendencia de aspectos culturales, familiares y de creencias como envoltura que cobija la experiencia de vivir el dolor crónico.

Katz et al.<sup>11</sup> muestran en su estudio que la aparición de dolor crónico después de intervenciones quirúrgicas, está influido por factores genéticos y biológicos. A su vez consideran que la transición del dolor agudo al crónico también se influye por factores psicológicos y sociales como la ansiedad previa, la personalidad introvertida, el miedo a la operación, la vivencia de la cirugía como una pérdida catastrófica, las estrategias para afrontar el dolor y, sobre todo, la respuesta de solicitud y cuidados posoperatorios, llevada a cabo por otros que pueden reforzar la experiencia de dolor crónico.

En opinión de los autores, el dolor crónico surge en la interacción con otro y se expresa e interpreta en la dimensión subjetiva del individuo, con el poder de obtener ciertas concesiones del entorno para comportarse de modo inusual, ya que de otra manera no sería aceptable. Los pacientes tienen respuestas frente al dolor que están en dependencia de cómo el contexto familiar, social y laboral responde a la queja como una comunicación de sufrimiento. En ocasiones el exceso de solicitud de los cuidadores puede generar una exacerbación de la queja dolorosa y constituirse en un círculo vicioso, en el que el contexto colabora tácitamente en el mantenimiento del dolor y la cronicidad.

Esto no deja de tener consecuencias en el ámbito médico, dado que la práctica médica es en realidad una forma cultural de generar sentido a las quejas y síntomas, nutrida por contextos y procesos sociales e históricos a los cuales no se sustrae el dolor crónico, como dice White<sup>12</sup>. La medicina emerge de un diálogo interdisciplinario, social y económico. Es un proceso relacional que hace que el dolor crónico como síntoma esté inserto en una urdimbre cultural y de dimensiones simbólicas que conectan el *self* y el cuerpo con sentidos que van al ritmo de las transformaciones sociales y culturales, como dicen DelVecchio et al.<sup>13</sup> Por lo tanto, frente al dolor crónico es preciso siempre llevar a cabo un abordaje multidisciplinario<sup>10</sup>. Sobre todo cuando las personas se acercan a su final, debe ser interdisciplinario y coordinado, debido a la cronicidad que ha adquirido y por el impacto emocional que la cercanía de la muerte produce en todas las personas involucradas: familia, personal médico y no médico, como enfatizan Momen et al.<sup>14</sup>.

## Dolor y expresión

Cuando se explora el dolor crónico de un paciente, se busca precisar en el lenguaje, con la intención de ubicarlo en la geografía corporal, determinar su intensidad y describir sus características. En este sentido, el dolor crónico puede ser enunciado como un dolor intenso, rápido, eléctrico, punzante, de latigazo, mazazo, corrientazo o un dolor lento quemante, nauseoso, sordo, tenebrante, permanente, todas ellas expresiones simbólicas que verbalizan un proceso de experiencia dolorosa, acorde con la cotidianeidad cultural del momento histórico<sup>2</sup>. Hace 300 años no era posible que alguien describiese su dolor como eléctrico. Es usual que se expresen dolores en función de instrumentos, un dolor como una puñalada solo puede expresarse así si se conoce lo que es un puñal; un dolor eléctrico o en corrientazo, si se conoce lo que es la electricidad. Carlson<sup>15</sup> dice que el dolor solo puede ser definido por una reacción de retirada que lo delata o por expresiones de queja que se concretan en manifestaciones verbales definidas (palabras) o indefinidas (quejidos). Siempre tiene un fuerte componente subjetivo: «la actividad inducida por un estímulo nocivo en los caminos nociocceptor y nociocectivo no es dolor, este es siempre un estado psicológico, aunque podamos apreciar perfectamente que a menudo tiene cerca una causa física»<sup>2</sup>.

Por ello, los pacientes con dolor crónico generan mucha duda. Sus quejas, ¿son expresión de una verdadera lesión somática? Los síndromes dolorosos crónicos tienen la característica de que están entre el malestar físico, psíquico y social, son una expresión del paciente y su mundo, esto hace difícil su abordaje. Su campo de acción va más allá de los límites de la corporalidad del paciente. En este sentido, la definición que hizo la IASP<sup>1</sup> como una experiencia sensorial y emocional asociada a una lesión tisular presente o probable permite poner en evidencia 3 dimensiones del dolor:

- La vivencia del dolor crónico como una experiencia individual única e intransferible.
- El tono afectivo derivado de esa experiencia se expresa en una dimensión sensorial de percepción del dolor que genera una determinada emoción y que lo inscribe como un valor psíquico y lo registra en la memoria como un contenido eficaz y necesario para la supervivencia.
- Independientemente de la presencia del daño tisular verificable, el dolor crónico sigue siendo dolor, así sea somático o psicógeno.

En cualquier caso es preciso tener en cuenta que el dolor crónico es, por lo general, una enfermedad diferenciada y aparentemente desconectada de los posibles procesos desencadenantes y sin duda de difícil abordaje.

Blanquer<sup>16</sup> sostiene que el dolor crónico es un fenómeno que presenta 4 aspectos: a) sensoriales y discriminativos, gracias a los mecanismos neurofisiológicos de percepción del dolor; b) afectivos, que unen la emoción a la percepción sensorial; c) cognitivos, que elaboran la comprensión de la experiencia dolorosa en sí, y d) conductuales, que se manifiestan por los gestos y las actitudes frente al dolor. Estos aspectos emergen en el dolor agudo de manera desintegrada, errática

y sin un contenido simbólico aparente que los sustente. El dolor crónico tiene un componente simbólico, es siempre algo más que solo dolor, tiene una significación general, un sentido contextual y un matiz individual.

### **Duelo como experiencia existencial y antecesor del dolor crónico**

El duelo etimológicamente tiene el mismo origen que el dolor, en realidad son sinónimos; de hecho, la palabra duelo proviene del latín *dolus*, que significa dolor. Según la Real Academia Española de la Lengua<sup>17</sup>, el duelo es la expresión de «dolor, lástima, aflicción o sentimiento» que se tiene por la muerte de alguien. Es un proceso emocional, psicológico, y como todo proceso, tiene un principio y un final.

Tanto el dolor psíquico representado por el duelo como el dolor crónico, que es una experiencia física y psíquica de pérdida de la salud y de desintegración corporal, son una experiencia displacentera. El duelo se expresa en un disturbio emocional y puede derivar en expresiones somáticas, que en ocasiones incluyen dolores esporádicos de naturaleza inespecífica, al igual que sucede también en el síndrome depresivo (que con frecuencia cursa con dolor crónico lumbar, cervical, dolores musculares inespecíficos). El duelo se inicia con la experiencia de pérdida de alguien o algo y, por lo tanto, es en principio una experiencia de desintegración. Su elaboración tiene el objetivo de la reintegración del individuo, esta vez sin el objeto perdido para una nueva adaptación a la realidad.

El dolor crónico, se constituye en una experiencia de pérdida (salud, tranquilidad, etc.) y requiere la elaboración de un proceso de duelo, aunque no es habitual pensarlo. Apoyando esto, Furnes et al.<sup>7</sup> sostienen que el duelo posterior a la instauración de un dolor crónico corporal se constituye en un camino hacia la reintegración del cuerpo vulnerado. Tanto el dolor crónico como el duelo son procesos multidimensionales que involucran aspectos de orden cognitivo, emocional, somático y de comportamiento. Se hace notoria esa multidimensionalidad, sobre todo cuando el pronóstico de incurabilidad de un padecimiento se ha hecho explícito. Meza et al.<sup>18</sup> explicitan que estas personas, de manera inconsciente, inician un proceso de adaptación (duelo preparatorio) a la nueva situación, anticipándose a su final compartiendo sus emociones, sentimientos y expectativas con su entorno, como una forma de llevar a cabo un duelo anticipado.

Por otro lado, Mystakidu et al.<sup>19</sup>, en relación con este duelo preparatorio (o anticipatorio), afirman que no resulta tan útil e incluso es perjudicial. En pacientes con cáncer terminal, independientemente del sexo, observaron que aumentaba la posibilidad de desesperanza, ansiedad y depresión e incluso se asoció como factor de riesgo de metástasis. Es un síntoma de mal ajuste, debido a la posibilidad de generar rumiación, una alteración del contenido y de la dinámica del pensamiento que consolida al individuo en la tristeza y la depresión.

Desde esta perspectiva, el duelo es un proceso que no se puede ni se debe anticipar; la cultura y el tipo de sociedad generan rituales y ceremonias específicas para elaborar el duelo. Tiene su tiempo, y la precipitación antes de que ocurran los eventos origina una paradoja de comportamiento y obliga

al individuo a actuar como si la pérdida hubiese sucedido antes de que haya ocurrido, como mencionan Pascual et al.<sup>20</sup>.

No existe una clara determinación del tiempo necesario para un duelo, cuándo debe comenzar, cuando debe finalizar, aunque se considera como normal el periodo entre 6 y 12 meses, según Echeburúa et al.<sup>21</sup>.

En cuanto al contenido del proceso de duelo, existen diferentes descripciones de los signos y síntomas que pueden presentarse, organizados en fases o etapas dependiendo del autor que lo presente. No es estrictamente necesario que una persona haga el proceso en el mismo orden ni con todas las etapas tal y como se describen, la variabilidad es muy amplia y la secuencia del proceso tiene un carácter muy personal.

Desde la perspectiva de Kübler-Ross<sup>22</sup>, el duelo es un proceso de cinco fases: negación, ira, negociación, depresión y aceptación, que no necesariamente deben suceder en ese orden. A pesar de ello, en algún momento se vivirán estas fases. Bowlby<sup>23</sup>, por su parte, establece 4 fases del duelo: entumecimiento, que se caracteriza por un estado de aturdimiento, negación, cólera y no aceptación; anhelo y búsqueda, en las que el individuo siente una profunda añoranza y tiene pensamientos constantes sobre el fallecido; fase de desorganización y desesperanza, donde se incorpora la contundencia de la realidad de la pérdida con todos los síntomas y se impone el desconsuelo, y fase de organización, en la que el individuo comienza a salir del duelo, se incorpora a la vida y se instaura el recuerdo reparador que internaliza la pérdida y la integra al yo.

Worden<sup>24</sup> plantea el duelo en 4 etapas orientadas como tareas: aceptar la realidad de la pérdida; trabajar las emociones y el dolor de la pérdida; adaptarse a un medio en el que el fallecido está ausente, y recolocar emocionalmente al fallecido y continuar viviendo. O'Connor<sup>25</sup> proyecta el duelo como 4 etapas que progresivamente avanzan en un orden cronológico: primera etapa, de ruptura con los hábitos antiguos que dura desde la muerte hasta la octava semana; segunda etapa, que inicia la reconstrucción de la vida y va desde la octava semana hasta los 12 meses; tercera etapa, en la que el individuo comienza una búsqueda de nuevas relaciones afectivas, y va desde el primer año hasta el segundo, y finalmente la cuarta etapa, que es la fase de la finalización del ajuste y comienza después del segundo año.

Brown et al.<sup>26</sup> describen el duelo como un conjunto de síntomas somáticos, cognitivos y emocionales, en combinación muy personal en cada individuo, que sucede en 3 etapas: una fase inicial de choque, una segunda de preocupación y una tercera de resolución. En el caso de Markhan<sup>27</sup>, el duelo sucede en un proceso que, desde la primera fase de incredulidad y negación, sigue con una segunda fase de resentimiento, la tercera de remordimiento, una cuarta de temores, la quinta de resignación y la sexta de serenidad. Finalmente Parkes<sup>28</sup> propone 5 fases de duelo, que comienzan con una etapa de alarma en la que predomina una reacción de estrés; la segunda de aturdimiento en la que la insensibilidad es el contenido emocional; la tercera de aprehendimiento, en la que el individuo emprende la búsqueda del fallecido; una cuarta etapa de depresión con una profunda tristeza, y por último, una quinta etapa de recuperación, en la que se produce un proceso de reparación de la pérdida, merced a la reconstrucción simbólica.

Otro autor, Hanus<sup>29</sup>, plantea el trabajo de duelo como siguiente a la pérdida de un ser querido, pero también como un proceso que puede desencadenarse por la pérdida de una relación afectiva o alguna actividad trascendental para el individuo. En su perspectiva, el duelo consiste en 2 fases que suceden linealmente pero pueden superponerse a lo largo del proceso: la fase del impacto, que se desencadena en el momento en que la persona recibe la noticia. Se instaura una tensión emotiva interna y surgen el llanto y los sentimientos de cólera. La fase depresiva, caracterizada por la nostalgia de la pérdida, la tristeza, el esfuerzo por aceptar y resignarse a que las vivencias relacionadas con el objeto perdido ya son ahora parte del pasado. Hay una retracción del mundo circundante, la persona siente un dolor interior profundo y lacerante cuya intensidad varía dependiendo de la trascendencia del objeto perdido. La fase de restauración o de solución del duelo, se produce una vuelta paulatina del interés hacia el entorno y el mundo que se acompaña por el deseo de establecer nuevos vínculos. El dolor comienza a diluirse en la cotidianidad y se incorpora el recuerdo.

El duelo no siempre tiene un curso esperado, puede suceder que se convierta en un proceso patológico, que Parkes<sup>30</sup> clasifica en 3 tipos: síndrome de pérdida inesperada, en el que la etapa de obnubilación es muy larga y duradera, generalmente cuando ocurre la muerte de un hijo; el síndrome de duelo ambivalente, que sucede cuando la persona no sabe si se alegra o se entristece por la pérdida y cursa con muchos sentimientos de culpa, y el síndrome de duelo crónico, cuando el proceso se prolonga mucho más de lo esperado. Y es en este momento en que se puede instaurar el dolor como expresión física, manifestando la imposibilidad del duelo y su incorporación que deriva en un dolor crónico.

Se hace esta exposición de las diferentes concepciones del proceso de duelo para mostrar la complejidad que implica relacionarlo con el dolor crónico. Los diferentes autores expresan diversas fases del duelo, pero no se encuentra información que permita correlacionar en qué fase del duelo se gesta el dolor crónico, excepto en el estudio de Parkes<sup>30</sup>. Por ello se considera necesario implementar estudios en esta línea de investigación, lo cual permitiría realizar un trabajo preventivo durante el proceso de duelo.

### **El dolor crónico como expresión relacional**

El dolor crónico es una experiencia holística que involucra procesos fisiológicos, psicológicos y sociales que generan un contexto existencial particular. En este sentido, como expresan Ferrell et al.<sup>31</sup>, el duelo es un factor que, con sus componentes afectivos, cognitivos y motivacionales, interviene en la afectación física y mantiene la discapacidad ulterior. Está íntimamente ligado al dolor, etimológica, fisiológica y psicológicamente («me duele el alma», «siento un dolor que no sé dónde ubicarlo», etc.). Tiene muchos significados emocionales, cognitivos y conductuales que se traducen en manifestaciones y expresiones corporales<sup>7</sup>. Morse<sup>32</sup> sostiene que las personas tienden a soportar el dolor crónico para suprimir emociones que no están dispuestas a asumir. Existe una profunda relación entre el dolor crónico y el duelo, conforman un circuito de retroalimentación, según Dyswik et al.<sup>6</sup>,

al punto de que el dolor crónico se sostiene en el duelo no concluido, como expresión somática de este, en ciertas circunstancias.

Sigmund Freud<sup>33</sup> en *Inhibición, síntoma y angustia* hace una reflexión pionera al comparar entre las reacciones de una persona al dolor crónico con las que suceden en el duelo. El dolor crónico, en alguna parte de la corporalidad, tiene una subrepticia intencionalidad de desplazar la tristeza de la pérdida de un objeto hacia otro que lo sustituya. Generalmente una parte del cuerpo asume y expresa mediante el dolor persistente un dolor moral por la pérdida de un objeto. Este dolor de la pérdida instaurado en el cuerpo se torna una experiencia vívida, intensa, que suscita la atención de los otros. De esta forma, el dolor se cronifica en la medida que el duelo no sea comprendido y resuelto, lo cual, una vez logrado, podrá transformar el dolor crónico en un dolor moral consciente.

Más recientemente, Blanquer<sup>16</sup> ha dicho que «el dolor en su cuerpo representa la nostalgia inconsciente de un objeto amado y perdido, pero del que el paciente no puede o no quiere prescindir. El paciente “tiene” un dolor, su cuerpo “le” duele. El dolor posee al paciente y al mismo tiempo el paciente posee un dolor. A veces es sorprendente en la práctica cotidiana observar cómo el paciente ha aprendido a vivir con su dolor crónico hasta el punto de que algunas tentativas terapéuticas demasiado “enérgicas” de liberarle de él terminan por la aparición de efectos secundarios». Para el autor, el dolor crónico está incorporado, invadiendo la vida, apropiándose de la existencia. Adquiere una multifuncionalidad en el paciente, le facilita pedir ayuda, tener una atención del entorno y entrar en contacto con su culpa consciente o inconsciente y lograr un cierto sosiego para no enfrentarse a sí mismo y sus conflictos. Conecta al individuo con la posibilidad de desarrollar cierta capacidad de sufrimiento compensatorio frente a la pérdida, una sutil actitud masoquista. Ante la pérdida y los sentimientos de culpa, necesita tener la posibilidad de resarcir el dolor de la pérdida con un blanco al que dirigir su frustración, su agresión, y nada mejor que el propio cuerpo.

Bajo esta visión, el duelo congrega un carácter relacional (por lo tanto, social) que se expresa en variabilidades individuales y contribuye a la construcción del dolor crónico como expresión corporal de una imposibilidad existencial ante la pérdida de un objeto amado u otra dimensión trascendental para la vida de un individuo como puede ser la pérdida de la salud. La experiencia del dolor crónico no es fácil de simbolizar y expresar. Como decía Wittgenstein<sup>34</sup>, de aquello de lo que no podemos hablar es mejor callarse, y en el caso del dolor crónico, es difícil que las palabras lo contengan. Cuando el dolor crónico se impone, el discurso lingüístico se silencia. El dolor crónico evoca la naturaleza finita de quien lo padece, lo introduce en la soledad más profunda, puesto que no hay manera de compartirlo. Esto lo asemeja al duelo, es de difícil expresión.

Se trata de una experiencia postsensorial, pero también preconceptual, aparece como un fenómeno personal, privado y siempre subjetivo<sup>35</sup>. Está modulado por aspectos sensoriales, psicológicos y socioculturales que son el sustrato con el que se constituye la experiencia dolorosa particular que el paciente intentará comunicar. Por lo tanto, hay una intencionalidad comunicativa que necesita ser interpretada. Por ello el dolor crónico, es una narración cualificada que el paciente

emite y es escuchada por el médico. Es un constructo que se alimenta de las creencias y género, como muestra un estudio de Nayak et al.<sup>36</sup> en el que compara el rol de las diferencias filosóficas y de espiritualidad de la cultura en India y Estados Unidos en relación con la respuesta de tolerancia e intensidad frente al dolor. Los hallazgos del estudio muestran que la percepción, la expresión y la tolerancia al dolor dependen de aspectos culturales y de sexo. Los varones de la India, sometidos al mismo grado de dolor, mostraban una mayor tolerancia al dolor que los varones y las mujeres estadounidenses y que las mujeres de su misma cultura. Además, la manera de afrontar el dolor también difería entre varones y mujeres de ambas culturas.

El dolor crónico, como experiencia fisiológica, genera un sentimiento de pérdida parcial y, por lo tanto, el proceso de duelo es menos obvio y evidente, cosa que limita los apoyos. Ni el paciente ni los otros parecen ser muy conscientes de las pérdidas derivadas de un dolor crónico. Sin embargo, para Bistre<sup>37</sup> los dolores crónicos hieren la conciencia, incursionan en la identidad y la ponen en crisis, incorporando una pérdida de la autoestima, una falta de esperanza y sobre todo una agresión hacia el entorno que es expresada por el dolor crónico. Es una experiencia de pérdida que no se ha podido construir conceptualmente y para la cual no parece haberse encontrado la expresión simbólica capaz de contenerla. Lo que no es claro es si el duelo puede estar involucrado en el origen, en el mantenimiento o exacerbación del dolor crónico.

En un trabajo realizado por Dysvik et al.<sup>38</sup>, consideran que el duelo por pérdida (muerte) de un ser querido y el duelo por dolor crónico tienen aspectos que comparten y se superponen. Por una parte, en el duelo por pérdida y en el duelo por dolor crónico se inicia un proceso de reaprendizaje del mundo y de adaptación, independientemente de cualquiera de las 2 circunstancias. Además, ambas situaciones comparten también sentimientos de dificultades de control existencial y reducción en la predecibilidad de la vida. Ello se acompaña de disminución de la esperanza, bienestar y habilidades para hacer frente a la vida. El duelo, la pérdida y el dolor crónico generan unas reacciones que se superponen en una experiencia de vacío existencial que los autores desglosan en 3 características: vaciedad, vulnerabilidad y agotamiento. Para afrontar estas dificultades, diseñaron una intervención de grupo basada en terapia cognitivo-conductual, que finalmente arrojó resultados positivos, y en ambos tipos de pacientes (pérdida y dolor crónico) aumentaron la esperanza, la aceptación, la universalidad, el altruismo, la facilidad para la expresión de emociones, la autocomprensión y el aprendizaje interpersonal. Ello permite inferir que el proceso de elaboración del duelo facilitado por la terapia contribuyó a una mejoría del sufrimiento generado por ambas experiencias.

Zisook<sup>39</sup> encuentra una correspondencia entre el duelo y el dolor crónico, años después de la experiencia de la pérdida; el duelo no resuelto se expresa en forma de visiones, angustia, culpa y, con mucha frecuencia, alguna forma de dolor somático, generalmente de carácter crónico. En esta línea, Gibes<sup>40</sup> muestra, en un muy corto artículo, que un dolor crónico del pie de una paciente se relaciona con la pérdida y la desaparición de un hijo.

Park et al.<sup>41</sup> contribuyen a esta perspectiva mostrando que las emociones positivas tienen un efecto de mejora en las

condiciones de salud, la capacidad de enfrentarse a la vida, las actividades sociales e incluso en la evolución y mejora del dolor crónico. Sostienen que la elaboración del duelo es un proceso de reconstrucción de emociones positivas que favorece la respuesta de mejora ante el dolor crónico y no elaborar el duelo se inscribe en un contexto de emociones negativas que empeora la respuesta ante el dolor crónico. Rodríguez et al.<sup>42</sup> consideran que el paciente con dolor crónico se convierte en un «paciente difícil» porque el sistema de salud no interpreta que el dolor crónico pueda ser la expresión de aspectos simbólicos que exceden la mera corporalidad, pero que se expresan en ella. Y mientras no se resuelvan ciertos aspectos emocionales, el dolor persistirá como una queja de la cual no se ven los elementos subrepticios que lo alimentan y están en la esfera emocional de la experiencia de pérdida que no es resuelta por un proceso de duelo y que incluso puede conducir al paciente al suicidio. Tanto que Strain et al.<sup>43</sup> también relacionan el dolor crónico como el principal factor de inducción al suicidio en el primer año en ancianos que enviudaron. Para Turk<sup>44</sup> las consultas a las que acuden los pacientes con dolor crónico convocan a personas con duelos no resueltos, acumulados a lo largo de la vida y en estado de hibernación. Por ello, el abordaje terapéutico se torna redundante, y la persona que lo padece elude y evita afrontar las pérdidas dolorosas del pasado. Las vive de una manera intensamente culpabilizadora, persecutoria y punitiva. Por ello tolera con más facilidad el dolor físico que el dolor psíquico, y en este contexto, el dolor crónico es un excelente escudo frente al duelo.

Como lo expresa dicho autor, las pérdidas del pasado no elaboradas mediante el duelo permanecen sin integrarse en la actualidad del presente y adquieren una dimensión amenazante. La manera de conjurarlas efectivamente es dando una dimensión absoluta al presente, y eso se logra con la presencia del dolor crónico. Frente al dolor actual, el pasado se diluye, pierde relevancia. El dolor crónico es una expresión de la distorsión temporal del individuo que afecta a la integración de su yo psíquico y corporal. En ocasiones los pacientes rayan en la psicosis, y se observa un tono delirante en su dolor crónico.

### **El dolor crónico: confluencia físico-psíquica**

El dolor crónico nos habla de que algo anda mal, no solo en el cuerpo de la persona, sino también en la existencia. Por lo tanto, es una alarma compleja y tiene una gran utilidad para orientar los esfuerzos no solo hacia el cuerpo del paciente, sino que también a su contexto existencial. De no ser así, los abordajes farmacológicos fracasarán. Sabemos que el dolor crónico es un llamado de atención sobre un sufrimiento crónico, por lo general oculto para el paciente. Una lumbalgia, cefalea, etc., son sutiles expresiones de un dolor de vivir y la muestra de una dificultad para vivir de otra manera, de tolerar el sufrimiento psíquico, de soportar las limitaciones, los fracasos, las frustraciones y sus duelos. Esto genera controversias. En un estudio de Tomas et al.<sup>45</sup> que intentó determinar factores de riesgo de duelo prolongado en cuidadores de pacientes con cáncer, no se contempla la posibilidad del dolor como predictor o como consecuencia. Sin embargo, un estudio de Walter et al.<sup>46</sup> relaciona el dolor crónico con el estrés postraumático.

Sostiene que el trauma psicológico genera una mayor vulnerabilidad. Así, traumas asociados con violencia sexual, como violación, humillación o insultos obscenos acumulados generan dolor abdominal, jaquecas, dolor al orinar y dolor renal, tanto a varones como a mujeres. Como explicación, plantean que un trauma no se puede afrontar de manera inmediata, por ello la intensa activación emocional que genera actúa internamente y no puede ser transformada en acciones que faciliten el afrontamiento y su resolución, lo que genera una implosión emocional. Esto conduce a sentimientos de culpa y depresión que finalmente se derivan hacia diferentes procesos de dolor crónico. Un estudio de Meluk<sup>47</sup> basado en un amplio número de exsecuestrados (más de 100) corrobora la relación entre el síndrome de estrés postraumático y el dolor crónico en las víctimas, fundamentalmente expresado como dolores de cabeza y de pecho crónicos.

Ambas circunstancias, el estrés postraumático y el dolor crónico, comparten factores etiológicos y de mantenimiento: altos niveles de ansiedad, activación emocional y una similar implicación cerebral, como muestra Chen<sup>48</sup> en un estudio de neuroimágenes donde ambas comparten la corteza primaria sensorial, ínsula, giro cingulado anterior, sustancia gris periacueductal y corteza frontal. Comparten áreas sensoriales, afectivas y cognitivas. Como sostén de este planteamiento, Bischof et al., citado por Walter et al.<sup>46</sup>, muestran que la expectativa de dolor implica una reacción psicológica similar a la que sucede ante una corta estimulación de dolor antes de una estimulación nociocéptica aguda. Otis et al.<sup>49</sup> muestran que, cuando en situación de estrés postraumático se presenta dolor frecuente, una de sus consecuencias suele ser que se genera una expectativa de que aparezca un nuevo dolor. Esta circunstancia genera un círculo vicioso que consolida la relación entre ambas entidades. Lo que se conecta con otro hallazgo de Sawamoto et al.<sup>50</sup>, quienes sostienen que la expectativa de dolor durante una estimulación no dolorosa produce un patrón de excitación que es similar al causado por la estimulación dolorosa en sí misma.

Es conocida la relación compartida del estrés postraumático y el dolor en cuanto a la desregulación que ambas pueden producir en el sistema noradrenérgico<sup>51</sup>. En el mismo artículo se sostiene que la confrontación de una persona traumatizada con sus experiencias aumenta la actividad de opioides endógenos, lo cual les permite afirmar que el estrés continuo causado por un trauma que no se ha procesado induce una desregulación de los opioides endógenos, lo que facilita una hipersensibilidad o hiposensibilidad al dolor o incluso fluctuaciones entre ambos polos. Un estudio de Saporta et al.<sup>52</sup> se suma como confirmación: cuando algunos pacientes con trastorno de estrés postraumático son expuestos a un estímulo relacionado con el trauma, reaccionan con un incremento de opioides endógenos que corresponde a unos 8 mg de morfina. El autor interpreta este hallazgo como una conexión entre el entumecimiento y la parálisis emocional y el dolor corporal, que tendrían un origen común. El dolor crónico y las emociones negativas se procesan en una misma matriz neuronal, que fundamentalmente tiene asiento en el hemisferio derecho<sup>48</sup>. El trastorno por estrés postraumático propicia una mala relación con el propio cuerpo e impulsa al individuo hacia la búsqueda de soluciones, y una de ellas es la autolesión, que

tendría como finalidad generar opioides endógenos que finalmente contribuirían como alivio propio ante el impacto del trauma<sup>46</sup>.

O'Connor et al.<sup>53</sup> muestran que las personas con duelo prolongado, al ser sometidas a recordar a un ser amado que falleció, activan neuronas del núcleo *accumbens* y los centros de recompensa del cerebro como si con ello buscaran aliviar el dolor psíquico que les producía el recuerdo con una experiencia placentera compensatoria de orden fisiológico.

Estos hallazgos permiten establecer una conexión entre el duelo y el dolor crónico, puesto que el estrés postraumático es una expresión de las dificultades y el fracaso en elaborar un duelo adecuado a partir de un evento traumático. No hay un dolor sin sufrimiento<sup>54</sup>, todo dolor tiene un significado afectivo, es la expresión que traduce el desplazamiento de una situación fisiológica a la conciencia de la persona. El dolor crónico, en palabras de Smadja<sup>55</sup>, con su bagaje incapacitante, solo sería psíquicamente comprensible como un componente de procesos autocalmantes que son paradójicamente excitantes y logran sacar el Yo de posibles caídas en la depresión y debacles narcisistas. Aspecto que también resalta Porte<sup>56</sup>: el dolor crónico en gran medida aparta la atención y la concentración del individuo de otros traumatismos psíquicos impensables e intolerables para la conciencia, como pueden ser el abandono, la separación amorosa, la pérdida de identidad, la pérdida de la integridad física y otras. En cierto sentido, algunos componentes del dolor crónico podrían interpretarse como sustitutos del proceso de duelo ante la pérdida entendida por Harvey<sup>57</sup>, una experiencia personal y muy subjetiva de una reducción en los recursos simbólicos y físicos de los cuales una persona está investida. En un caso reportado por Roy<sup>58</sup>, el paciente presenta jaquecas como un sustituto del duelo por la muerte de la esposa, ante las dificultades para poder simbolizar su experiencia de pérdida.

Por otra parte, el dolor crónico también se vive como una experiencia de pérdida, una circunstancia negativa que genera cambios de largo plazo cognitivos, relacionales y de entorno social. Gatchel et al.<sup>59</sup> sostienen que el dolor crónico se constituye en una experiencia de pérdida secundaria. Es un evento traumático en sí mismo que se perpetúa en forma de consecuencias como la depresión<sup>60-62</sup> y la incapacidad para el afrontamiento de los problemas. Podemos inferir de ello una relación entre el dolor crónico y el duelo, puesto que la depresión en gran medida es un fracaso de algún tipo de duelo. A pesar de que no existen claras referencias en la literatura, es posible establecer una relación circular entre el dolor crónico y el duelo; se retroalimentan mutuamente y esta relación causal circular estaría en el centro de la refractariedad que implica el dolor crónico. En un estudio<sup>63</sup>, las personas que padecen un duelo prolongado necesitan tener contacto con pensamientos que generen un aumento de sus experiencias de dolor psíquico y pérdida como una forma de confrontar estas vivencias para ser capaces de afrontar la vida. Paradójicamente esto aumenta el círculo vicioso del duelo, y la pregunta en este punto es si en algún momento del proceso del duelo prolongado el dolor psíquico ante el fracaso de la resolución del proceso es substituido por un dolor físico cronicado que consolidaría el fracaso del duelo, pero que en

cierto modo lograría un nivel disminuido de adaptación en la forma de las discapacidades que puede generar.

### Dolor crónico, duelo y discapacidad

El dolor crónico puede generar limitaciones en la funcionalidad de la persona en tanto restringe la movilidad y, por tanto, se modifica la calidad de vida de quien lo padece. Produce restricciones, debido a que las actividades de la vida diaria comienzan a disminuirse, circunscribiendo la amplitud del movimiento solo a los puntos en los que no se siente dolor. De este modo, las personas sienten una menor capacidad de actuar y tienen la sensación de que el dolor invade su cotidianidad, por lo que la participación en actividades que antes disfrutaban o requerían se vuelve molesta o imposible.

En el estudio de Lerman et al.<sup>64</sup>, más de la mitad de los pacientes con dolor crónico tenían síntomas depresivos y de ansiedad. Y tales síntomas pueden causar dolor crónico y dolor incapacitantes. En contraposición, el dolor crónico o el dolor incapacitante no suele ser predictor de ansiedad o depresión. No obstante, se ha podido establecer que, cuando el dolor es de difícil manejo, las personas reportan mayor estrés y dificultades en su funcionamiento físico y social<sup>65</sup>.

La discapacidad implica una serie de pérdidas, que ameritan que quien lo padece asuma constantemente duelos, en tanto se experimenta la limitación en la participación, especialmente cuando esta se instaura progresivamente. Esto puede ocurrir en los casos de personas que sufren enfermedades degenerativas, quienes deben ir adaptándose a realizar con menos destreza sus actividades diarias y requerir mayor apoyo o depender de elementos tecnológicos. Dysvik et al.<sup>66</sup> encontraron que el duelo es una parte esencial del dolor crónico, así como que el duelo sucede luego de un evento traumático, y los pacientes reportaron que su dolor los sometió a procesos de adaptación y reaprendizaje y un cambio significativo en su idea del cuerpo, de sí mismos y la sociedad, lo cual debía ser reconstruido ante la fragmentación que experimentaron por el dolor crónico.

### Conclusiones

La idea de que el dolor crónico tiene algún grado de conexión con dificultades en el proceso de duelo está bastante generalizada. Sin embargo, después de llevar a cabo una búsqueda sistemática de información respecto al objetivo de la revisión, no se halló evidencia suficiente de esa conexión directa en la literatura médica disponible en diferentes bases de datos.

Puede decirse que la información disponible muestra una conexión neurobiológica entre el dolor crónico y el duelo, en la medida que comparten algunas localizaciones neurológicas y algunos circuitos neuronales.

Esto hace pensar que la relación que existe entre el dolor crónico y el proceso de duelo responde a percepciones clínicas de orden empírico e intuitivo de uso común. Quizá el hecho de dar por sentada la existencia de una conexión haya obviado la necesidad de indagar e investigar más sobre el tema. No obstante, es posible sacar algunas conclusiones respecto a la relación entre dolor crónico y duelo:

- El duelo y el dolor crónico están relacionados en un nivel simbólico en el lenguaje; ambos conceptos tienen un origen etimológico común.
- Algunos autores sostiene que hay una relación circular de retroalimentación entre el dolor crónico y el duelo. El dolor crónico es una expresión corporal de las dificultades de una persona para reconducir su existencia ante la pérdida de un objeto amado u otro aspecto trascendental de su vida, como puede ser la pérdida de la salud, y representa la incapacidad del individuo para simbolizar y expresar el sufrimiento psíquico que implica la experiencia del duelo.
- El dolor crónico y el duelo comparten aspectos psicológicos en su proceso y evolución; ambos tienen una intención comunicativa que necesita ser comprendida en conexión con el contexto del individuo. En ambos casos, el individuo está involucrado en un proceso de reaprendizaje del mundo y readaptación a una situación que excede su capacidad de elaboración actual.
- La literatura muestra que duelos no resueltos se expresan en dolores somáticos que se cronifican. La elaboración del duelo contribuye a reinstaurar emociones positivas que mejoran el dolor crónico, y las dificultades en la elaboración del duelo incrementan las emociones negativas que desembocan en dolor crónico.
- El dolor crónico y el duelo comparten localizaciones neurológicas, circuitos neuronales y la producción de opiáceos endógenos. El dolor crónico y las emociones negativas como la experiencia del duelo son procesadas en matrices neuronales localizadas en el hemisferio derecho, como la corteza primaria sensorial, la ínsula, el giro cingulado anterior, la sustancia gris periacueductal y la corteza frontal.
- El dolor crónico, como generador de discapacidad, desemboca en la producción de duelos, y los duelos no resueltos desembocan en somatizaciones, de las cuales la más frecuente es el dolor crónico.
- A partir de esta revisión se considera necesario abrir un campo de investigación sobre el tema, en la medida que tiene implicaciones en varios órdenes del ámbito de la salud, como el tratamiento del dolor, los gastos farmacológicos en analgesia, el campo laboral, la discapacidad, los cuidados paliativos, la psicopatología, la psicología y la psiquiatría.

### Conflicto de intereses

Los autores declaran no tener ningún conflicto de intereses.

### BIBLIOGRAFÍA

1. IASP Subcommittee on Taxonomy Classification of Chronic Pain. Descriptions of chronic pain syndromes and definitions of pain terms. *Pain Suppl.* 1986;3:216-21.
2. Merskey H, Bogduk N, editores. Classification of chronic pain descriptions of chronic pain syndromes and definitions of pain terms. IASP International Association for the Study of Pain; 1994. Disponible en: <http://www.iasp-pain.org/files/Content/ContentFolders/Publications2/FreeBooks/Classification-of-Chronic-Pain.pdf>
3. Guyton CG, Hall JE. Tratado de fisiología médica. Barcelona: Elsevier; 2006.

4. Casal E. Introducción: consideraciones generales sobre el dolor compilador. En: D'Alvia R, editor. *El dolor. Un enfoque interdisciplinario*. Buenos Aires: Paidós; 2001.
5. Bilbeny N, Paeile C. Definición, clasificación y semiología. En *el Dolor, de lo molecular a lo clínico*. Santiago de Chile: Mediterráneo; 2005.
6. Dysvik E, Natvig GK, Furnes B. A narrative approach to explore grief experiences and treatment adherence in people with chronic pain after participation in a pain-management program: a 6-year follow-up study. *Patient Prefer Adherence*. 2013;9:751-9.
7. Furnes B, Dysvik E. Dealing with grief related to loss by death and chronic pain: an integrated theoretical framework. Part I. *Patient Prefer Adherence*. 2010;4:135-40.
8. Swanson DW. Chronic pain as a third pathologic emotion. *Am J Psychiatry*. 1984;141:210-4.
9. Gil A, Layunta B, Iñiguez de Rueda L. Dolor crónico y constructivismo. *Bol Psicol*. 2005;84:23-39.
10. Strassels S, Blough D, Veenstra D, Hazlet T, Sullivan S. Clinical and demographic characteristics help explain variations in pain at the end of life. *J Pain Symp Manage*. 2008;35:10-9.
11. Katz J, Seltzer Z. Transition from to chronic postsurgical pain: risk factors and protective factors. *Exp Rev Neurother*. 2009;9:723-44.
12. White K. *An introduction to the Sociology of Health and illness*. London: Sage; 2002.
13. DelVecchio G, Brodwin P, Good B, editores. *A pain as human experience: an introduction. Pain as human experience. An anthropological perspective*. Berkeley: University of California Press; 1994.
14. Momen N, Hadfield P, Harrison K, Barclay S. Managing pain in advanced cancer: a survey of United Kingdom General Practitioners and Community Nurser. *J Pain Symp Manage*. 2013;46:345-54.
15. Carlson NR. *Fisiología de la conducta*. Madrid: Addison-Wesley; 2005.
16. Blanquer A. *Dolor crónico: comprender para poder ayudar*. FMC. 2001;8:77-84.
17. *Diccionario de la Real Academia Española de la Lengua*. Madrid: Real Academia Española de la Lengua; 2016.
18. Meza DE, García S, Torres GA, Castillo L, Sauri S, Martínez B. El proceso del duelo. Un mecanismo humano para el manejo de las pérdidas emocionales. *Rev Esp Med Quir*. 2008;13:28-31.
19. Mystakidou K, Parpa E, Tsilika E, Athanasouli P, Pathiaki M, Galanos A, et al. Preparatory grief, psychological distress and hopelessness in advanced cancer patients. *Eur J Cancer Care (Engl)*. 2008;17:145-51.
20. Pascual AM, Santamaría JR. Proceso de duelo en familiares y cuidadores. *Rev Esp Geriatr Gerontol*. 2009;44:48-54.
21. Echeburúa E, Corral P. *La resistencia humana ante los traumas y duelo*. Madrid: Paliativos sin fronteras; 2005.
22. Kübler-Ross E. *Sobre la muerte y los moribundos*. Barcelona: Delbolsillo; 2010.
23. Bowlby J. *La pérdida*. Barcelona: Paidós; 1997.
24. Worden JW. *El tratamiento del duelo: asesoramiento psicológico y terapia*. Barcelona: Paidós Ibérica; 2004.
25. O'Connor N. *Déjalos ir con amor*. México: Trillas; 2009.
26. Brown JT, Stoudemire A. Normal and pathological grief. *JAMA*. 1983;250:378-81.
27. Markhan U. *Cómo afrontar la muerte de un ser querido*. Bogotá: Martínez Roca; 2003.
28. Parkes CM. *Studies of grief in adult life*. London: Penguin Books; 1991.
29. Hanus M. *Les deuils Dans la vie. Deuils et separations chez l'adulte et chez l'enfant*. París: Moloine; 1994.
30. Parkes CM. Bereavement as a psychosocial transition: processes of adaptation to change. *J Soc Issues*. 1998;44:53-65.
31. Ferrell BR, Coyle N. *The nature of suffering and the goals of nursing*. New York: Oxford University Press; 2008.
32. Morse J. Towards a praxis theory of suffering. *Adv Nurs Sci*. 2001;24:47-59.
33. Freud S. *Inhibición, síntoma y angustia. Obras Completas, XX*. Buenos Aires: Amorrortu; 2007.
34. Wittgenstein L. *Tractatus logicus filosoficus*. Madrid: Alianza; 1981.
35. Lolas F. *Aspectos emocionales del estudio del dolor*. Dolor. 1996;16:3-6.
36. Nayak S, Shiflett SC, Eshun S, Levine FM. Culture and gender effects in pain beliefs and the prediction of pain tolerance. *Cross-Cultural Res*. 2000;34:135-51.
37. Bistre S. *Evaluación clínica del dolor*. En: Paeile C, Bilbeny L, editores. *El dolor, de lo molecular a lo clínico*. Santiago de Chile: Mediterráneo; 2005. p. 313-21.
38. Dysvik E, Furnes B. Dealing with grief related to loss by death and chronic pain: suggestions for practice Part 2. *Pat Prefer Adherence*. 2010;21:163-70.
39. Zisook S. Unresolved grief. *Am J Psychoanal*. 1985;45:370-9.
40. Gibes J. Half century of pain. *Patient Educ Couns*. 2008;71:3.
41. Park SH, Sonty N. Positive affect mediates the relationship between pain-related coping efficacy and interference in social functioning. *J Pain*. 2010;11:1267-73.
42. Rodríguez Sanz J, Alvarez-Ude F. *Abordaje del paciente difícil. FMC*. 2013;20. Protocolos 1.
43. Strain WD, Lye M. Chronic pain, bereavement and overdose in a depressed elderly woman. *Age Ageing*. 2002;31:218-9.
44. Turk DC, Swanson KS, Tunks ER. Psychological approaches in the treatment of chronic pain patients—when pills, scalpels, and needles are not enough. *Can J Psychiatry*. 2008;53:213-23.
45. Thomas K, Hudson P, Trauer T, Remedios C, Clarke D. Risk factors for developing prolonged grief during bereavement in family carers of cancer patients in palliative care: a longitudinal study. *J Pain Symptom Manage*. 2014;47:531-41.
46. Walter S, Leissner N, Jerg-Bretzke L, Hrabal V, Traue HC. Pain and emotional processing in psychological trauma. *Psychiatr Danub*. 2010;22:465-70.
47. Meluk E. *El secuestro una muerte suspendida: su impacto psicológico*. Bogotá: Uniandes; 1998.
48. Chen C. New perspectives in EEG/MEG brain mapping and PET/fMRI neuroimaging of human pain. *Int J Psychophysiol*. 2001;42:147-59.
49. Otis JD, Keane TM, Kerns RD. An examination of the relationship between chronic pain and post-traumatic stress disorder. *J Rehabil Res Develop*. 2003;40:397-406.
50. Sawamoto S, Honda M, Okada T. Expectation of pain enhances responses to nonpainful somatosensory stimulation in the anterior cingulate cortex and parietal operculum/posterior insula: an event-related functional magnetic resonance imaging study. *J Neurosci*. 2000;20:7438-45.
51. Southwick SM, Krystal JH, Morgan CA, Johnson DR. Abnormal noradrenergic function in post-traumatic stress disorder. *Arch Gen Psychiatry*. 1993;50:266-74.
52. Saporta JA, Van der Kolk AB. *Psychobiological consequences of severe trauma. Torture and its consequences*. Cambridge: Cambridge University Press; 1992.
53. O'Connor M, Wellisch D, Stanton A, Eisenberger NI, Irwin MR, Lieberman MD, et al. Craving love? Enduring grief activates brain's reward center. *Neuroimaging*. 2008;42:969-72.
54. Le Breton D. *Antropología del dolor*. Barcelona: Seix Barral; 1999.
55. Smadja C. *La vida operatoria. Estudios psicoanalíticos*. Madrid: Biblioteca nueva; 2005.
56. Porte JM. *La douleur: concept limite de la psychanalyse*. *Rev Fran Psychosom*. 1999;15:149-56.
57. Harvey J, editor. *Perspectives on loss: A sourcebook*. Philadelphia: Brunner/Mazel; 1998.

58. Roy R. A psychosocial perspective on chronic pain and depression in the elderly. *Soc Work Health Care*. 1986;12:27-36.
59. Gatchel R, Adams L, Polatin P, Kishino N. Secondary loss and pain-associated disability: theoretical overview and treatment implications. *J Occup Rehabil*. 2002;12:99-110.
60. Roy R, Thomas M, Matas M. Chronic pain and depression: A review. *Compr Psychiatry*. 1984;25:96-105.
61. Fishbain DA, Cutler R, Rosomoff H, Rosomoff RS. Chronic pain associated depression: Antecedent or consequence of chronic pain? A review. *Clin J Pain*. 1997;13:116-37.
62. Roy R. Many faces of depression in patients with chronic pain. *Int J Psychiatry Med*. 1983;12:109-19.
63. Friedrichsen M, Hajradinovic Y, Jakobsson M, Sundberg L, Jonsson MA, Milberg A. Prolonged grievers: A qualitative evaluation of a support group intervention. *Palliat Support Care*. 2013;8:1-10.
64. Lerman S, Ridrich Z, Brill S, Shalev H, Shahar G. Longitudinal associations between depression, anxiety, pain, and pain-related disability in chronic pain patients. *Psychosom Med*. 2015;77:333-41.
65. Tjakkes G, Reinders J, Tenvergert E, Stegenga B. TDM pain: the effect on health related quality of life and the influence of pain duration. *Health Qual Life Outcomes*. 2010;2:46.
66. Dysvik E, Natvig G, Furnes B. A narrative approach to explore grief experiences and treatment adherence in people with chronic pain after participation in a pain-management program: a 6-year follow-up study. *Patient Prefer Adherence*. 2013;7:751-9.