



Fibromialgia: más allá de la histeria

Juan Pablo Viana Bustamante

Trabajo de grado presentado para optar al título de Psicólogo

Asesora

Juliana María Bueno Restrepo, Psicoanalista. Magíster (MSc) en Investigación Psicoanalítica

Universidad de Antioquia
Facultad de Ciencias Sociales y Humanas
Psicología
Medellín, Antioquia, Colombia
2024

Cita

(Viana Bustamante, 2024)

Referencia

Viana Bustamante, J. P. (2024). *Fibromialgia: más allá de la histeria*. [Trabajo de grado profesional]. Universidad de Antioquia, Medellín, Colombia.

Estilo APA 7 (2020)



CRAI María Teresa Uribe (Facultad de Ciencias Sociales y Humanas)

Repositorio Institucional: <http://bibliotecadigital.udea.edu.co>

Universidad de Antioquia - www.udea.edu.co

El contenido de esta obra corresponde al derecho de expresión de los autores y no compromete el pensamiento institucional de la Universidad de Antioquia ni desata su responsabilidad frente a terceros. Los autores asumen la responsabilidad por los derechos de autor y conexos.

Tabla de contenido

Resumen.....	4
Abstract.....	5
1 Introducción	6
1.1 Planteamiento del problema	6
1.2 Justificación.....	8
1.3 Objetivos	8
1.3.1 Objetivo general	8
1.3.2 Objetivos específicos	9
2 Marco teórico	10
2.1 Fibromialgia	10
2.2 Dolor	11
2.3 Tipos de dolor.....	11
3 Metodología	13
4 Desarrollo.....	14
Conclusiones	26
Referencias.....	30

Resumen

Este trabajo investigativo parte de un interés acerca de la aparente incidencia de factores psíquicos de la vida de un sujeto en la experiencia de dolor en la fibromialgia. A partir de una revisión documental, tanto de autores que actualmente se han dedicado a pensar al sujeto diagnosticado con fibromialgia en un marco psicoanalítico, como de autores clásicos que a partir de la clínica han formulado hipótesis acerca del posible carácter que puede tener el dolor en la vida de un sujeto, trato de llevar a cabo una articulación teórica entre el dolor en la fibromialgia y algunos conceptos psicoanalíticos que aportan elementos para pensar el fenómeno desde otro lugar. Esta articulación teórica estará destinada a permanecer como una simple abstracción hasta que la clínica de la fibromialgia desde el psicoanálisis sea la que propiamente dote de validez o invalidez a los argumentos expuestos. Partiendo del territorio médico (lugar en el que se ubica a la fibromialgia actualmente) resalto la interrogación por un factor llamado ‘emocional’ que da pie a pensar el dolor, no como producto de un accidente físico, sino como producto de asuntos relacionados con la vida psíquica de los sujetos, dando paso a una lectura desde el territorio psicoanalítico.

Palabras clave: fibromialgia, psicoanálisis, dolor, el sujeto en la fibromialgia, fibromialgia y goce, fibromialgia e histeria.

Abstract

This research project stems from an interest in the apparent influence of psychic factors in a subject's life on the experience of pain in fibromyalgia. Based on a documentary review of both contemporary authors who have considered the subject diagnosed with fibromyalgia within a psychoanalytic framework, and classic authors who, through clinical practice, have formulated hypotheses about the possible nature of pain in a person's life, I attempt to carry out a theoretical articulation between pain in fibromyalgia and some psychoanalytic concepts that provide elements for understanding the phenomenon from a different perspective. This theoretical articulation is intended to remain a mere abstraction until the clinical practice of fibromyalgia from a psychoanalytic approach properly validates or invalidates the arguments presented. Starting from the medical field (where fibromyalgia is currently situated), I highlight the inquiry into a so-called 'emotional' factor, which allows for considering pain not as a product of a physical accident, but as a result of issues related to the psychic life of individuals, thus opening the door to an interpretation from the psychoanalytic domain.

Keywords: fibromyalgia and psychoanalysis, pain, the subject in fibromyalgia, fibromyalgia and *jouissance*, fibromyalgia and hysteria.

1 Introducción

1.1 Planteamiento del problema

Muchas de las llamadas “enfermedades asociadas al estrés” se han recogido como categorías diagnósticas desde mediados del siglo pasado. Diagnósticos como el colon irritable, la fibromialgia, la gastritis nerviosa, migrañas asociadas al estrés, dermatitis asociada al estrés, entre otros, se han ido introduciendo paulatinamente, y hoy día se encuentran en la población con una alta prevalencia. Consideremos la fibromialgia. En un estudio hecho en Estados Unidos, Walitt et al. (2015) encontraron que aproximadamente 3,94 millones de personas en el país tienen el diagnóstico de fibromialgia, lo que representa una prevalencia del 1,75% de la población, en mujeres un 2,38% y en hombres un 1,06%. Por su parte, Cabo-Meseguer et al. (2017) encuentran que “la fibromialgia afecta como promedio a un 2,10% de la población mundial; al 2,31% de la europea; al 2,40% en la población española y al 3,69% de la población en la Comunidad autónoma Valenciana”. En relación a los costes económicos, estos autores adicionalmente estiman que, a nivel nacional, anualmente esta afección conlleva un gasto de más de 12.993 millones de euros. Al respecto de esto, en una investigación anterior, Rivera et al. (2009) encuentra que, durante el año 2006, se calcula un gasto de alrededor de 9.982 euros por cada paciente al año. Berger et al. (2007), encuentra que en Estados Unidos cada paciente diagnosticado con fibromialgia supone un gasto de 9.575 dólares aproximadamente. Estos datos, por ejemplo, reflejan, por un lado, el problema de salud pública que representa esta afección en la población, y, por otro, ese vacío en relación a una respuesta efectiva frente a (en este caso) el pedido de ayuda de los pacientes en relación a un dolor real.

Una de las características distintivas de estas “enfermedades asociadas al estrés” (y de la fibromialgia, claro está) es que se desconoce la raíz de la enfermedad, su etiología precisa, y, por consiguiente, los tratamientos que se proponen están dirigidos únicamente a aplacar la sintomatología asociada. Una afirmación común, la cual se puede corroborar fácilmente en la clínica (y otra característica de estas enfermedades) es que son afecciones corporales que parecieran verse intensificadas por ciertas situaciones “estresantes” en la vida del sujeto. Sumado a esto, también se puede evidenciar que, las más de las veces, los síntomas ceden cuando acontecen una suerte de cambios que resultan significativos para el sujeto (Castellanos, 2012).

Pensemos la fibromialgia, y para ello partamos de una definición reciente, tomada de Tuta et al. (2022) quienes definen la fibromialgia como “un síndrome caracterizado por dolor crónico generalizado, rigidez articular, trastornos del sueño, fatiga, ansiedad y episodios depresivos, cuyas manifestaciones clínicas comienzan después de un trauma físico o *emocional*” (p. 7). De esta definición, por un lado, salta a la vista lo descriptiva que es, dando a entender las manifestaciones más comunes de esta afección. Por otro, al final nos hablan los autores de lo que consideran su causa, a saber, “un trauma físico o *emocional*”. Este “*emocional*” nos habla señala una posible conexión entre lo orgánico y la vida emocional de la persona, entre el dolor físico y una causa de otro orden, eso “estresante” que pareciera intensificar o calmar las manifestaciones sintomáticas. Al ahondar en el bagaje académico sobre la afección, se encuentra que su etiología es completamente difusa, pasando a ser definida como “multifactorial”. Esta etiología multifactorial hace referencia a posibles causas genéticas, epigenéticas, alteraciones en el sistema nociceptivo e influencia de variables contextuales estresantes que intensifican los síntomas (López et al., 2022). Estas hipótesis etiológicas comparten la característica de poner el acento en asuntos objetivos, como el ambiente, la herencia, la expresión genética y el sistema de transmisión del dolor, desestimando eso *emocional* que encuentra su cabida al final de la definición citada.

Freud y Breuer (1895) en sus *Estudios sobre la histeria* describen el mecanismo a partir del cual los conflictos emocionales presentes en la vida de un sujeto pueden tomar la forma de síntomas orgánicos. No dicen, “denominamos <<conversión>> a la transformación de la excitación psíquica en síntomas somáticos permanentes” (p. 46). Esta “excitación psíquica” se ve exacerbada en la medida que los conflictos y deseos inconscientes del sujeto se ponen en juego sin una elaboración, lo cual aumenta la tensión en el organismo y deviene (en muchos casos) un síntoma físico que manifiesta ese conflicto. Y es que, las más de las veces, (tal como nos lo señala Castellanos, 2012) cuando la persona no tiene las palabras para nombrar aquello que le sucede, el cuerpo habla.

Así, considerando lo inespecífico de la etiología, el vacío que esta afección provoca dentro del discurso médico, la perseverancia del dolor en los sujetos a pesar de las intervenciones, la conexión que parece haber con lo emocional y la mirada particular que da el psicoanálisis al sujeto, su realidad subjetiva y sus efectos, pretendo investigar acerca de lo que esta disciplina nos puede decir sobre el dolor en la fibromialgia y la implicación del sujeto que la padece.

1.2 Justificación

En mis prácticas clínicas hospitalarias desde la psicología, y en la experiencia de mis allegados en su ejercicio de la medicina, he encontrado una serie de vacíos en relación a una respuesta médica concreta a asuntos que frecuentan el discurso de los pacientes y que atraviesan su condición de enfermedad. Por ejemplo, ¿por qué un paciente que necesita empezar una diálisis para poder vivir se niega a los procedimientos? ¿Por qué un paciente que desea con toda su alma una cirugía bariátrica no puede comprometerse con el proceso y “moderar” su ingesta de alimentos? ¿por qué alguien pareciera optar por aquello que lo va a conducir a la muerte, cuando simultáneamente hace hincapié en la vida? Estas cuestiones parecieran no responder a lo orgánico, por el contrario, parecieran apuntar hacia la relación que guarda el paciente con su afección.

Es justamente aquí donde el psicoanálisis encuentra su razón de ser. La necesidad que encuentra Freud es precisamente que, dentro del discurso médico, el sujeto se encuentra forcluido (Lacan, 1966), es decir, abolido, rechazado en la medida que es abordado a través de procesos somáticos objetivables. Este es el caso de la fibromialgia, que, a pesar de no encontrarse abiertamente problematizada en el ámbito médico, la necesidad está presente, y aquellos que padecen la afección son quienes cargan con las consecuencias de no avanzar en la comprensión del fenómeno. Es por ello que, considerando el sufrimiento por el que pasan los sujetos a raíz de la falta de respuesta frente a su dolor desde el ámbito médico que pretendo realizar un abordaje de la afección desde el psicoanálisis, disciplina en la cual se ha conceptualizado con precisión la lógica que tiene el dolor en la vida anímica de un sujeto, lo cual ha mostrado tener efectos clínicos positivos sobre, dada la concepción de lo psíquico, ese componente ‘*emocional*’ del que nos hablan las definiciones.

1.3 Objetivos

1.3.1 *Objetivo general*

Indagar por la implicación del sujeto en el dolor en la fibromialgia.

1.3.2 Objetivos específicos

- Analizar la relación que existe entre los aspectos orgánicos/somáticos y la vida anímica del sujeto.
- Conceptualizar el dolor enmarcado en la disciplina psicoanalítica.
- Analizar la articulación que hay entre el dolor en la fibromialgia y el goce del cuerpo.
- Indagar por los efectos de la relación con el Otro en el dolor en la fibromialgia.

2 Marco teórico

2.1 Fibromialgia

Diversos autores, en su tarea investigativa, han hecho una revisión histórica del término fibromialgia, y evidencian cómo éste tuvo una evolución hasta consolidarse como la categoría diagnóstica que encontramos hoy. Antes de que el diagnóstico “fibromialgia” se estableciera como una condición asequible, hubo cuadros diagnósticos previos con sintomatología que podría identificarse como un cuadro de fibromialgia hoy día:

En 1843, el anatomista alemán Robert R. Floriep describe "puntos sensibles", en su tratado de patología y terapia de los reumatismos donde propone una asociación entre reumatismo y puntos dolorosos de músculos rígidos. En los años de 1881, el médico estadounidense George M. Beard escribió un libro llamado «American Nervousness» donde describe a pacientes con neurastenia que presentaban pérdida de fortaleza, fatiga o cansancio de manera crónica, y en quienes se constata la presencia de múltiples puntos dolorosos e hiperalgia. (Arredondo et al., 2018, p. 1512)

Luego, en 1904, el neurólogo británico William Gowers acuñó el término fibrositis a la terminología médica, término que dominó el discurso médico en el área de los síndromes musculares dolorosos durante años, y que cobijaba una amplia gama de sucesos dolorosos en las personas. Esa terminación “itis” denotaba que estos dolores se debían a una inflamación en las fibras musculares, suponiendo de entrada una correspondencia somática. Siguiendo la revisión hecha por los autores citados, desde los años 30 se empieza a directamente negar el origen inflamatorio de los dolores presentes en la fibrositis, a la vez que se comienza el desarrollo de hipótesis que incluyen un factor que llaman “psicológico”. No fue sino hasta 1976 que, al constatar que no había ningún sustento orgánico para sostener la sintomatología dolorosa, se cambió la denominación del padecimiento, pasando de fibrositis a fibromialgia, reconociendo la falta de correlato orgánico, pero, más importante aún, dejando ver que el origen es desconocido, ya no puede hacer parte de la denominación de la afección, eso es lo que encarna ese nuevo “algia” a la vez que, en términos médicos, ya no se implica una inflamación, sino la presencia de un dolor.

Ahora la encontramos como categoría diagnóstica legítima, a la vez que se mantiene (y acentúa) el enigma respecto a una causa que permita explicar la raíz del dolor.

2.2 Dolor

El dolor (IASP, 2011) es definido como “una experiencia sensorial y emocional desagradable asociada con un daño tisular real o potencial”. Es decir que el dolor en gran medida ha sido concebido como una manifestación sintomática que hace parte de un asunto más amplio que lo contiene. El dolor como una pincelada dentro de un cuadro más grande. Pero esta concepción se ha venido modificando en las últimas décadas a raíz de diversas investigaciones que han evidenciado diferentes aspectos determinantes a la hora de considerar el dolor, llegando incluso a diferenciar entre diferentes tipos de dolor. Considerando que el dolor desde siempre ha sido una de las principales razones por la cual consultar a un médico, este no ha cesado de ser objeto de estudio, llegando a avances significativos en el siglo pasado, y consolidándose paulatinamente como un campo de estudio particular dentro de la medicina con el nacimiento de la especialidad en reumatología (Alegre et al., 2020) y el campo de la medicina del dolor y cuidados paliativos (del Rio y Palma, 2007).

2.3 Tipos de dolor

Se diferencia entre dolor agudo y dolor crónico (García, 2017), y, en relación a este último, se habla de dolor crónico primario y dolor crónico secundario (Margarit, 2019). El dolor agudo es resultado directo de una lesión de cualquier tipo en el cuerpo, es receptivo a medicamentos para su manejo, suele irse en la medida que la condición clínica que lo causa se soluciona y tiene una duración inferior a 3 meses (García, 2017). Por su parte, el dolor crónico supera los 3 meses de dolor persistente en el individuo. Es decir que el principal criterio para diferenciar entre dolor agudo y crónico es la duración de este. Sin embargo, como ya fue mencionado, el dolor crónico se subdivide en 2 categorías. El dolor crónico primario es planteado como una enfermedad en sí misma, es decir que no es consecuente a ninguna condición médica subyacente (Margarit, 2019). El dolor crónico secundario deriva de una condición clínica, es síntoma (tal como el dolor agudo, solo que este supera los 3 meses de duración). Esta concepción del dolor, ya no únicamente pensado

como una consecuencia asociada a otra causa, sino como categoría diagnóstica en sí misma trajo consigo nuevas inclusiones a los manuales diagnósticos, que ahora incluían patologías como la fibromialgia, la cual fue reconocida por la OMS desde 1992 como una entidad clínica (López y Mingote, 2008).

3 Metodología

La realización de esta investigación implica una revisión de las generalidades y particularidades del fenómeno de la fibromialgia en el ámbito clínico tanto médico como psicoanalítico, a partir de la lectura de textos publicados en relación a esta afección en ambas áreas. Es por ello que es correspondiente llevar a cabo un análisis documental, ya que, en mi propuesta, busco rastrear las posiciones y teorizaciones que nos ofrecen diversos autores a través de una revisión bibliográfica, en aras de establecer un diálogo entre las diferentes miradas que nos ofrecen, para finalmente, a partir de dicha lectura, tratar de decir algo que tal vez pueda aportar a la comprensión del fenómeno.

4 Desarrollo

Fibromialgia es un diagnóstico médico caracterizado principalmente por la presencia de dolor crónico sin un sustento orgánico que permita explicarlo. En las definiciones de Fibromialgia y Dolor referidas con anterioridad, se puede apreciar como el factor *emocional* juega un papel dentro de la experiencia dolorosa. En la definición misma de dolor traída por la IASP se puntualiza que el dolor puede ser sensorial o emocional, sin distinción en el valor que puede tener más uno que otro. En la conceptualización de fibromialgia dada por Tuta et al., se nos dice que las manifestaciones dolorosas comienzan a raíz de un trauma físico o emocional. Así, eso “emocional” ocupa hoy día un lugar relevante a la hora de pensar el dolor en un sujeto, dado que este tipo de definiciones contemporáneas traídas del discurso de la ciencia reflejan precisamente la influencia que tiene la experiencia afectiva del sujeto en la manifestación del dolor. Pero ¿cómo eso ‘emocional’ en una persona puede tener incidencia en el cuerpo al punto de manifestarse como, por ejemplo, dolor? Al respecto de esto, nos dice Freud (1890):

Los afectos en sentido estricto se singularizan por una relación muy particular con los procesos corporales; pero, en rigor, todos los estados anímicos, aun los que solemos considerar «procesos de pensamiento», son en cierta medida «afectivos», y de ninguno están ausentes las exteriorizaciones corporales y la capacidad de alterar procesos físicos. (p. 119)

Freud señala varios elementos significativos. Nos dice que un aspecto que precisamente caracteriza a los afectos es una relación particular con los procesos corporales, y que, todos los procesos de pensamiento son afectivos, debido a que, para el psicoanálisis, lo pensado siempre implica a un sujeto que lo piensa, y que no puede desligarse de su pensamiento. Esta ‘relación particular’ de la que nos habla Freud empieza a esbozar un poco ese puente que conecta la vida emocional de un sujeto (su realidad psíquica) con las afecciones del cuerpo (lo somático/orgánico). En la práctica clínica tanto médica como psicoanalítica se evidencia cómo, por ejemplo, en situaciones de “estrés” mayor, la experiencia de dolor se ve (y se ha visto) intensificada: una vivencia del dolor influida por sucesos que acontecen en la vida de los sujetos que lo padecen, o, más que los sucesos, el impacto que tienen estos en la vida anímica.

Dado que tradicionalmente nos relacionamos con el dolor en forma de manifestación meramente física, asociada a alguna lesión o falla en el organismo, pensarse dentro de la experiencia dolorosa no suele ocupar un lugar dentro de aquellos que lo padecen, ni dentro de las disciplinas científicas que lo abordan. A raíz de esto, dado que los dolores en la fibromialgia no se pueden constatar en el organismo, suelen tomarse con menos seriedad que cuando hay una lesión constatable que evidencia esa declaración de dolor. Esto podría decirse que es un prejuicio derivado de la epistemología positivista, que atraviesa el discurso médico, y condiciona (al menos en principio) a muchos de sus practicantes, a pesar de que en su mismo discurso se empieza a dar un lugar (aunque sea un lugar enigmático) a que la experiencia dolorosa física y emocional no deberían tener una distinción frente a la ayuda que requieren y la disposición con la que se recibe. Sigamos a Freud:

En general, cuando se formula un juicio sobre dolores que, en lo demás, se incluye entre los fenómenos corporales, es preciso tomar en cuenta su evidentísima dependencia de condiciones anímicas. Los legos, que de buena gana resumen tales influencias anímicas bajo el nombre de «imaginación», suelen tener poco respeto por los dolores debidos a la «imaginación», a diferencia de los provocados por una herida, una enfermedad o una inflamación. Pero es una evidente injusticia, cualquiera que sea su causa, aun la imaginación, los dolores no dejan de ser menos reales ni menos fuertes. (p. 120)

Una primera hipótesis que plantea Freud para arrojar luces sobre la relación entre eso ‘emocional’ y el cuerpo tiene que ver con lo que denominó el mecanismo de conversión histérica. En el encuentro de un sujeto con un pensamiento que lo conflictúa profundamente, este opta (inconscientemente) por reprimir una cuestión que toca de forma angustiosa su subjetividad. Así, dicha representación inconciliable deviene inconsciente, a la vez que el afecto que la acompaña queda suelto, no está articulado a la representación que lo originó, y su manifestación afectiva se satisface en el cuerpo a través del síntoma, por ejemplo, de dolor. El dolor aparece como una manifestación corporal de una representación insoportable para la consciencia del sujeto. El dolor como símbolo, como metáfora cifrada de eso inconsciente que representa, y, en esa medida, oculta un significado descifrable.

Veamos, por ejemplo, como el caso Elisabeth Von R. escrito por Freud (1895), es un caso que hoy día “se podría considerar como un caso de fibromialgia del siglo XIX.” (Castellanos, 2012, p. 39). Se afirma esto dado que en este caso se habla acerca de “una joven dama que desde hacía más de dos años padecía de dolores en las piernas y caminaba mal” (Freud, 1895, p. 151), acompañado de una intensa fatiga que la conducían a quedarse en reposo. Freud empieza un recorrido sobre los acontecimientos importantes en la vida de la paciente. Entre estos se encuentran la muerte de su padre hace unos años, una operación riesgosa de ojos a la madre y la posterior muerte de su hermana al dar a luz. El padre de Elisabeth, antes de su muerte, atravesó un largo periodo de enfermedad, periodo en el que la paciente se encargó de sus cuidados, y durante el cual los síntomas de dolor en las piernas aparecieron. Su primer episodio de dolor se da cuando, al cuidado del padre, una tarde lo deja para irse a una reunión social, donde espera encontrar al chico que le atrae. Se va a ir temprano de la reunión, pero el susodicho chico la convence de quedarse más diciéndole que él la va a acompañar. Cuando, ya tarde, llega a casa, encuentra al padre muy mal, y se reprocha a sí misma todo el tiempo que se tomó en darse gusto a expensas de la salud de su padre. Luego se constatará que la zona de las piernas donde el dolor se instala es precisamente la zona de las piernas donde el padre de Elisabeth apoyaba sus piernas todos los días para que ella cambiara sus vendajes. Pasado un tiempo con el dolor relativamente apaciguado, durante una sesión con Freud, la paciente escucha a su cuñado en la habitación de al lado, el cual ha venido a buscarla, por lo que Elisabeth se levanta exaltada y pide terminar la sesión de inmediato, mientras, paralelamente, Freud observa como los dolores vuelven a aparecer. Esto, sumado a otra historia de interacción cercana con su cuñado, le da ocasión a Freud para confrontar a la paciente afirmando que ella se siente atraída por su cuñado. Ella, a pesar de que al principio lo toma defensivamente, desentendiéndose de esa idea, termina por confirmarlo, cuando señala que, luego de encontrarse ya muerta su hermana, y frente a su lecho, se le cruzó por la cabeza un pensamiento fugaz: “Ahora él queda libre y tú puedes convertirte en su esposa.” (p. 180). En la medida que estas elaboraciones de representaciones conflictivas inconscientes se verbalizan, cuando se empieza a develar el sentido que esconde el dolor, articulándolo discursivamente, el síntoma empieza a ceder, tal como pasó en este caso.

Siguiendo con la fibromialgia en la perspectiva del síntoma, quisiera exponer otro caso, trabajado y descrito por Santiago Castellanos (2012), “A propósito de un caso: embrollos y desenredos del dolor corporal” (p. 74). Se trata de una mujer de 59 años con diagnóstico de

fibromialgia desde los 54. Afirma no tener ganas de nada (fatiga) “ni de mirarme” (p. 74). Al preguntar por el inicio de sus dolores ella responde que empezó con un dolor en el glúteo izquierdo a raíz de “un mal paso” que dio al bajar de un autobús. También menciona que, igualmente por esas épocas, se va a vivir con su madre. A los 35 años se casa con un hombre que describe como bueno, que la quería y con quién hubiese podido construir una vida. De este hombre se separa a los 53-54 años, cuando éste le propone vivir juntos, a lo que decide irse a vivir con su madre, una mujer de 85 años que requería de muchos cuidados por temas de salud, y de la cual la paciente decidió asumir responsabilidad, acontecimientos que suceden en la época del ‘mal paso’ antes comentado. La madre es insaciablemente exigente con su hija como cuidadora, siempre demandaba su atención:

Muchas veces me siento ahogada. A ella le da miedo estar sola, quiere llamar la atención de todo el mundo. Yo ya estoy más cansada y la aguanto menos. Te quita las ganas de todo, tampoco tienes una conversación con ella. (Castellanos, 2012, p. 78)

Es importante señalar que la paciente asume los cuidados de su madre enferma debido a que los hermanos estaban acordando enviarla a un hogar donde se ocuparan de sus cuidados, algo que para la paciente nunca fue una opción. Ese “asumir” los cuidados de la madre no es gratuito, tiene un precio en relación al sacrificio que para ella representa todo el cuadro. En ese ‘mal paso’ se ve articulado un conflicto que la habita al respecto de abandonar a la madre y el deseo de vivir con ese hombre, o, en palabras de Castellanos “El cuerpo es habitado por el dolor y el goce que bascula entre la relación con la madre y el amor de los hombres.” Se va a vivir con su madre y pasado poco tiempo empieza con los dolores. Así, la fibromialgia en esta paciente es pensada como un cuerpo habitado por el dolor en relación con la demanda materna y el amor a este hombre.

Pensemos en estos dos historiales. Por un lado, tanto en Elisabeth como en el caso trabajado por Castellanos hay un tema notorio alrededor del deseo propio que habita a estas mujeres, deseo que entra en conflicto con aquello que tiene que ver con el deber ser moral, aquello que se espera de ellas: aquello que sienten que deben hacer versus el deseo que íntimamente las mueve. Ahora bien, otro elemento en común en estos casos interesante es el dolor. Sin embargo, con una presentación distinta. En el historial de Elisabeth Von R., el dolor en cuestión se encuentra focalizado en sus piernas. Esto llama la atención, ya que la fibromialgia, desde su misma definición,

nos habla es de una afección caracterizada por la presencia de dolor generalizado. Ese “generalizado” nos habla de una cierta deslocalización del dolor en el cuerpo, normalmente no se concentra en un punto, es una manifestación sentida en todo el cuerpo. ¿Por qué a veces el dolor, en ausencia de una lesión, se encuentra concentrado en cierto punto (localizado) y por qué a veces es generalizado (deslocalizado)? ¿Por qué Santiago Castellanos (médico y psicoanalista) considera un caso de dolor localizado un caso de fibromialgia?

Dejaré el abordaje de esta cuestión de la localización para más adelante, ahora quisiera exponer la concepción de dolor en Freud, que, a lo largo de su obra, se va formalizando. En su Proyecto de psicología para neurólogos (1895) la concepción de dolor abarca tanto el dolor como resultado de una lesión, como la vivencia de un hecho doloroso, o su recuerdo. En este texto, Freud hace una hipótesis acerca de la base fisiológica del aparato psíquico, y para ello aborda el tema del dolor, tanto al proveniente de una lesión como al causado por una representación. Para Freud la irrupción de una considerable cantidad de energía externa en el aparato psíquico, sea producto de un golpe o producto de una vivencia, puede ser experimentada como dolor. Así, dichas grandes cantidades de energía pueden provenir del exterior como resultado de una herida constatable como del interior del aparato psíquico, en relación a la vivencia o al recuerdo de una experiencia emocional intensa. Pero este sistema neuronal del que nos habla Freud busca evitar todo aumento en la tensión (“que será experimentada como dolorosa”), y es por ello que tiende a la “fuga del dolor”. Es decir, a la vez que nuestro aparato psíquico tiende a reducir la tensión producida por el aumento de energía dentro del mismo (fuga del dolor), este aumento deja huella a su paso.

Más adelante en su obra retoma esta “energía” de la que habla, introduciendo el concepto de *Libido* (1905), el cual definió como una energía psíquica motivadora, impulsadora, que media la relación de cada sujeto con el mundo y consigo mismo. Se postula la libido como una energía dinámica, que va y viene entre el yo y el mundo, que, sin embargo, encuentra momentos de exaltación de uno de estos lugares. En estados de cansancio, tristeza, emoción, angustia, etc., traemos toda esa energía libidinal a nosotros mismos en aras del proceso de sanación. En el estado de enamoramiento, por su parte, hay una fijación de la libido en el objeto. Freud postuló que, a pesar de que en ocasiones es necesario concentrar la libido para permitir, por ejemplo, la elaboración de un duelo, o para disponerla en el proceso de curación de una enfermedad, esta debe ser móvil, pues el estancamiento de la libido tiene efectos diversos, llegando a manifestarse, por ejemplo, en síntomas e incluso afecciones. La libido debe ser móvil para no enfermar (Freud.

1914), teniendo así también la capacidad de dañar. El carácter dañino de la libido. En la experiencia dolorosa, gran parte de la libido es dirigida a ese dolor y al lugar donde duele, cargando libidinalmente el sitio en cuestión. Dirá Freud que estos lugares del cuerpo libidinizados quedan como ‘facilitados’ para que el síntoma se instale allí. Sin embargo, como ya se mencionó con anterioridad, es importante señalar que no solo la experiencia física o emocional directa provoca el aumento en la tensión del aparato psíquico deviniendo en dolor, también la reviviscencia de un afecto doloroso constituye igualmente una experiencia que se percibe como dolor, solo que, en este caso, el dolor experimentado “es la cantidad de energía interna liberada por la brecha ya abierta”.

Ahora bien, ocupémonos de la cuestión del dolor localizado y no localizado. Sobre el primero, podemos referirnos a lo citado anteriormente sobre la libido, y el concepto Freudiano de *Zonas erógenas*. En Freud, una zona erógena es una parte del cuerpo que ha sido cargada libidinalmente, adquiriendo una significación privilegiada con relación al resto del cuerpo, quedando como “recortada”. En el caso de Elisabeth, Freud hipotetiza que existe la posibilidad de que sus dolores en las piernas hubiesen comenzado como un dolor reumático, meramente físico/orgánico, pero que de entrada libidinizaba ya sus piernas, lo cual se articuló con el recibir diariamente las piernas afectadas de su padre para ocuparse de su cuidado en lo que se podría llamar su lecho de muerte. Es decir que este dolor localizado está articulado a una representación inconsciente, es el mencionado síntoma freudiano, descifrable, que oculta un sentido, y que empieza a ceder en la medida que es elaborado por el sujeto.

¿De qué se trata, entonces, cuando es un dolor deslocalizado (generalizado)? Que por lo demás, vale decir, es la forma más común en la que se presenta la fibromialgia. En principio, podemos dar una primera tentativa de respuesta siguiendo con Freud y aquello que nos enseña sobre las zonas erógenas, que, si bien como ya sabemos se trata de partes del cuerpo privilegiadas, marcadas afectivamente por la experiencia, no se configuran únicamente allí, ya que, como también nos dice, todo el cuerpo es susceptible de ser erogenizado, y, en este sentido, todo el cuerpo puede ser territorio para el dolor, el dolor generalizado articulado al cuerpo como zona erógena en su totalidad. El tema es que, sea localizado o deslocalizado, hay algo de la estasis libidinal en juego en el dolor si lo consideramos desde esta perspectiva libidinal.

Otro concepto que puede arrojar luces para ayudar a pensar la cuestión del dolor en Freud es el concepto de *Pulsión*. Nos dice que se trata de un estímulo, pero con ciertas particularidades. Mientras que un estímulo que proviene del exterior del sujeto (una luz, un ruido, un golpe) es algo

momentáneo, que se puede suprimir, por ejemplo, escapando, la pulsión es un estímulo que proviene del interior del sujeto, estímulo que tiene la característica de ser una fuerza constante, un impulso hacia la satisfacción de ese estímulo, el cual no se puede eliminar huyendo dada su naturaleza de ser una fuerza que proviene del interior. Dice Freud (1915) “la pulsión nos aparece como un concepto fronterizo entre lo anímico y lo somático, como un representante psíquico de los estímulos que provienen del interior del cuerpo y alcanzan el alma” (p. 117). Este impulso hacia la satisfacción es lo que Freud denomina *Principio de placer*, principio que se erige como móvil del aparato psíquico en la búsqueda de la satisfacción pulsional. Todo esto se articula, a su vez, con la susodicha fuga del dolor, la cual precisamente habla de un empuje hacia lo placentero y una evitación del displacer. Sin embargo, con el pasar de los años en su práctica clínica, Freud se encuentra reiteradamente con asuntos que no siguen la lógica de la pulsión, ni con la búsqueda de placer asociada. En su “Más allá del principio del placer” (1920), Freud describe, por ejemplo, cómo los pacientes a menudo muestran tendencias autodestructivas, como la repetición compulsiva de experiencias traumáticas o dolorosas en sus sueños y fantasías. Si la tendencia del aparato psíquico es precisamente a la fuga del dolor, ¿por qué se quedan los sujetos fijados en la repetición de un hecho doloroso? ¿por qué es tan frecuente encontrar conductas que apuntan es, en última instancia, a atentar contra la vida? ¿por qué un paciente, al sentir algo de mejoría, abandona el proceso de curación (permitiendo al síntoma la posibilidad de que siga presente)? Un fenómeno que le sirve a Freud para abordar estas cuestiones es el masoquismo.

El masoquismo para Freud pone en jaque su conjetura sobre el principio de placer y cómo este rige el aparato psíquico, dado que encuentra la satisfacción es justamente en el aumento de la tensión, y no en su disminución. En su obra *El problema económico del masoquismo* (1924), Freud reconoce que no todo aumento de la tensión es experimentado como displacentero, ni toda disminución se traduce en placer, y el fenómeno del masoquismo evidencia esto, al encontrar placer precisamente en el aumento de la tensión. En este momento de su obra, Freud ya se ha encontrado con lo que denominó *Pulsión de muerte* (1920), o “pulsión de destrucción, pulsión de apoderamiento, voluntad de poder”, “cuya meta es conducir la inquietud de la vida a la estabilidad de lo inorgánico” (1924). Esta pulsión, dirigida a uno mismo, tomaría la forma del masoquismo, y, dirigida al exterior, su contraparte, del sadismo. Así, si bien se refieren 3 formas del masoquismo, subyuga 2 de estas a la primera, la cual denominó “masoquismo erógeno, originario” (p. 169) siendo este la base de las otras formas de masoquismo que distingue Freud en el texto, a saber, el

semejante a la posición femenina y el moral (p. 167). Para Freud, la pulsión de muerte domina la vida psíquica, y la pulsión de vida batalla con esta, desviándola hacia afuera (destrucción, sadismo), pero permaneciendo en el sujeto una parte (masoquismo originario). En Tres ensayos de teoría sexual (1905d), se afirma que “La excitación sexual se genera como efecto colateral, a raíz de una gran serie de procesos internos, para lo cual basta que la intensidad de estos rebase ciertos límites cuantitativos” (p. 186). Es decir que, para que la excitación sexual se produzca, basta que la intensidad de los estímulos supere ciertos límites internos, siendo indiferente la naturaleza del estímulo, sea este placentero o displacentero. Así, al igual que con el placer intenso, acompañado al displacer intenso viene una “coexcitación libidinosa” (p. 169) provocada por la intensidad de la tensión generada por el estímulo, que liga al dolor como posible fuente de un aumento en la tensión cargada libidinosamente. Se constituye así el dolor, no como síntoma, no como la expresión de un conflicto inconsciente que encuentra su vía de descarga afectiva a través del síntoma de dolor en el cuerpo, sino como meta per se, como satisfacción en sí misma, satisfacción de una pulsión estructural en los seres humanos. El dolor como un efecto de la pulsión como agresión interna, esa parte de la libido que no logró ubicarse en el exterior y que permanece en el ser. De esta manera, la susodicha “fuga del dolor” debe ser cuestionada a la luz del dolor como satisfacción pulsional en sí misma, ya que, si bien no niega la posibilidad del dolor como manifestación de un conflicto reprimido, nos muestra otra posible forma en que este fenómeno puede estar articulado al sujeto, forma que habría que considerar a la hora de pensar el posible carácter que puede tener el dolor para un sujeto. De esta forma (y hasta este punto del desarrollo), el dolor ha sido concebido, por un lado, como una formación sustitutiva de una representación inconsciente, que oculta un sentido y que cede en la medida que es interpretado, por otro lado, como una estasis libidinal en zonas privilegiadas del cuerpo (o en el cuerpo en su totalidad como zona erógena) propiciando la emergencia del dolor como efecto de dicha estasis libidinal, y, por último, el dolor concebido como una satisfacción en sí misma, como meta, satisfacción de la pulsión de muerte, es decir, una búsqueda del displacer, que, si lo traemos al tema que nos ocupa, se traduce en otra posible forma de emergencia del dolor en la fibromialgia, no como la satisfacción sustitutiva del síntoma, ni como efecto de una estasis libidinal en el sujeto, sino como satisfacción pulsional en sí misma. Si consideramos lo dicho hasta el momento, pareciera empezar a esbozarse de forma lejana una cierta relación entre el dolor localizado con el síntoma freudiano, y el dolor generalizado con lo pulsional. Sin embargo, tratándose de una afirmación ostentosa al buscar distinguir y correlacionar 2 formas

del dolor, y al no contar con el material suficiente para afirmar con un poco más certeza esta cuestión, tal vez lo adecuado sea, por ahora, dejarlo a modo de pregunta: ¿El dolor localizado se articula al modo de la satisfacción sustitutiva del síntoma freudiano, mientras que el dolor generalizado responde a la lógica de la satisfacción pulsional desanudada de la articulación simbólica de la metáfora que constituye el síntoma?

Estos términos que ya no apuntan a la satisfacción en el placer, sino en la tensión, en el displacer, articulados al concepto de pulsión de muerte, evocan el concepto de *Goce* en Lacan, concepto que además relaciona directamente con el dolor:

Pues lo que yo llamo goce en el sentido en que el cuerpo se experimenta, es siempre del orden de la tensión, del forzamiento, del gasto, incluso de la hazaña. Incontestablemente, hay goce en el nivel donde comienza a aparecer el dolor, y sabemos que es solo a ese nivel del dolor que puede experimentarse toda una dimensión del organismo que de otro modo permanece velada. (1966, p. 17)

Es decir que el goce tiene que ver con esa satisfacción pulsional mortífera de la que hablaba Freud al apuntar a la tensión, al gasto, a la estabilidad de lo inorgánico. Es esa capacidad dañina que tiene la libido, que Lacan ubica, por ejemplo, en el tatuaje y la escarificación, prácticas que permiten, a través del dolor, concentrar en un punto una parte de la libido del sujeto. Y es que todo ese proceso doloroso (en mayor o menor medida) comporta ‘incontestablemente’ un goce para el sujeto. Se goza en el dolor, y hay un empuje en el sujeto a buscarlo de diferentes maneras, afirmación que Freud sabía de entrada lo polémica que podía llegar a ser, al ir en contra de toda lógica cultural. Articularlo al fenómeno de la fibromialgia da cuenta de ello, articulación concedida por la correlación directa entre dolor y goce propuesta por Lacan: el sujeto que padece fibromialgia goza en su dolor, ese dolor que lo aqueja tiene un valor para él, y, perderlo sería perder precisamente ese valor, ese gozar más.

En este punto quisiera hablar de una cuestión que no quisiera dejar de abordar, y que ahora encuentra cabida. De la mano del dolor en la fibromialgia suelen encontrarse compañeros tales como la depresión, ansiedad y/o fatiga. Al haber un estancamiento libidinal en el cuerpo del sujeto, este no se permite libidinizar el mundo, sino que concentra toda esa energía libidinal en sí mismo, y, al no poder dirigir su deseo a ningún objeto, un efecto posible es la susodicha depresión, ansiedad

o fatiga. Es decir, el dolor y sus comorbilidades como efecto de esa estasis libidinal en el propio sujeto, que, al no poder libidinizar el mundo, no encuentra nada, por ejemplo, que le llame la atención, nada que le guste, o, por ejemplo, que el dolor no le permite hacer nada o que se fatiga muy fácilmente. Es ese carácter dañino de la libido, las comorbilidades dentro de la fibromialgia como posibilitadoras de ese seguir gozando.

Una lectura que es usual escuchar acerca de los diagnosticados con fibromialgia es que hay una suerte de manipulación en las condiciones de manifestación del dolor. Si lo pensamos, por ejemplo, con relación al síntoma Freudiano se puede pensar hasta cierto punto en ganancias para el sujeto. A Elizabeth el dolor le permitía no ocuparse del conflicto subyacente a este afecto, por ejemplo. Pero la articulación con el goce apunta a otra cosa, como ya se mencionó, a algo que tiene que ver con un juego con el límite, con un “más y más”, con lo mortífero, y que no tiene que ver con el placer.

Lacan habla de distintas formas de gozar, entre ellas, una forma que tiene que ver con la lógica masculina (fálica, asociada al tener, poseer, no verse en falta), y otra forma que se ciñe a la propiamente femenina (que incluye el falo, pero no-todo fálico, hay algo más, “un goce más allá del falo” (Lacan, 1972, p. 90). Colette Soler (2006) dirá, al respecto de la manera fálica de gozar, que es “aquella que hace al hombre, completamente hombre, a partir de la gran ley de castración, que le deja, en materia de goce, solamente el goce llamado fálico, limitado y discontinuo como el significante mismo” (p. 26). Es decir, como respuesta a la gran ley de castración, en la cual se soporta la falta fundamental en los sujetos, viene el goce fálico, la manera masculina de gozar, en la que el otro tiene carácter de objeto, objeto que vendría supuestamente a colmar la falta del sujeto: “el goce está marcado por ese agujero que no le deja otra vía más que la del goce fálico” (Lacan, 1972, p. 16). Ese agujero que menciona Lacan es esa falta que queda a raíz del encuentro del individuo con el lenguaje, y el cual se trata de llenar con objetos que dan la impresión al sujeto de colmar ese vacío, pero que finalmente no lo hacen. Es importante señalar que el goce fálico no refiere a los hombre como tal (anatómicamente hablando), tiene que ver con una posición, la posición masculina, que apunta a una manera de gozar que tiene que ver con lo fálico, donde el otro es objeto de la falta, una falta que finalmente nunca se ve colmada. Es la lógica del goce mencionada anteriormente, mortífera, conduce a la repetición de un aspecto que no encuentra saciedad, y que puede perfectamente culminar en la muerte al no concebir otras posibilidades distintas a encontrar la satisfacción en el otro como objeto. Esta posición es la ocupada

tradicionalmente por los hombres, los cuales gozan es del órgano sexual sin relacionarse con el otro más allá que como ese objeto de la falta: “El goce fálico es el obstáculo por el cual el hombre no llega, diría yo, a gozar del cuerpo de la mujer, precisamente porque de lo que goza es del goce del órgano” (Colette, 2006, p. 15). Es así como sus manifestaciones se evidencian precisamente a través de esta lógica en la que el otro hace las veces de objeto de la falta del sujeto, hace las veces de promesa ilusoria de estar completo: la espera del siguiente objeto de mercado, el ocupar un puesto profesionalmente, controlar cuidadosamente la dieta alimenticia, darle forma al cuerpo en un gimnasio, son ejemplos que, si bien deben profundizarse en el caso a caso, generalmente hablan de una relación del sujeto con su propia falta, y con esas formas de gozar masculinas que se han establecido para amedrentar la angustia de verse incompleto. De esta manera, otra característica del goce fálico es que puede ser localizado, señalado: es el auto, es el empleo, es el salario, es la novia, ‘es el órgano’, etc.

Hace un momento dije que esa posición masculina de gozar es la ocupada tradicionalmente por los hombres, esto es debido a que las mujeres también guardan relación con esta forma de gozar, aunque paralelamente se relacionan con la forma propiamente femenina, forma que igualmente tiene que ver con una posición subjetiva, y no con las mujeres anatómicamente hablando. Al respecto, Colette Soler (2006):

En cuanto a lo que merece ser llamado mujer, se trata de otra cosa. No es un más acá, sino más bien un más allá, puesto que esa otra cosa soporta al << ser de la significancia>>. El otro goce, el suplementario, lejos de excluir la referencia al falo, se añade a él, situado en otra lógica, no de conjuntos, sino en la lógica del no-todo. (p. 26)

Este ‘más allá’, ‘no-todo’, como ya se mencionó, se refiere al falo. Es un más allá de lo fálico, un no-todo falo, pero ¿qué es eso ‘suplementario’ al goce fálico que tiene que ver con lo propiamente femenino? Al respecto de las manifestaciones del goce femenino, Lacan en su seminario XX nos habla de la experiencia de los místicos, a los cuales define como aquellos que “vislumbran la idea de que debe de haber un goce que esté más allá.” (Lacan, 1972, p. 92). Nos dice que son mujeres en su mayoría, pero señalando, con el ejemplo de san Juan de la Cruz (p. 92) y Kierkegaard (p. 93), que ser macho no obliga al sujeto en cuestión a colocarse del lado del goce masculino únicamente, todo-falo.

Se menciona el *Éxtasis de Santa Teresa*, un grupo escultórico hecho por Gian Lorenzo Bernini entre 1647 y 1652, que retrata la experiencia de transverberación de Santa Teresa de Jesús en abril de 1560. En la religión católica, la transverberación es descrita como “una experiencia mística de ser traspasado en el corazón causando una gran herida”, una “experiencia mística de cercanía a Dios que implica un ‘fuego’ y una ‘herida’ en el corazón.” (Diccionario Católico). Esta experiencia es descrita por Santa Teresa (1562) en su libro *El libro de la vida*, de la siguiente manera:

Veía un ángel cabe mí hacia el lado izquierdo, en forma corporal, lo que no suelo ver sino por maravilla; aunque muchas veces se me representan ángeles, es sin verlos, sino como la visión pasada que dije primero. En esta visión quiso el Señor le viese así: no era grande, sino pequeño, hermoso mucho, el rostro tan encendido que parecía de los ángeles muy subidos que parecen todos se abrazan. Deben ser los que llaman querubines, que los nombres no me los dicen; más bien veo que en el cielo hay tanta diferencia de unos ángeles a otros y de otros a otros, que no lo sabría decir. Veíale en las manos un dardo de oro largo, y al fin del hierro me parecía tener un poco de fuego. Este me parecía meter por el corazón algunas veces y que me llegaba a las entrañas. Al sacarle, me parecía las llevaba consigo, y me dejaba toda abrasada en amor grande de Dios. Era tan grande el dolor, que me hacía dar aquellos quejidos, y tan excesiva la suavidad que me pone este grandísimo dolor, que no hay desear que se quite, ni se contenta el alma con menos que Dios. No es dolor corporal sino espiritual, aunque no deja de participar el cuerpo algo, y aun harto. (p. 189)

La experiencia de Santa Teresa habla de una experiencia dolorosa, al hablar de fuego, dardos, metal, heridas, pero también habla del amor de Dios, de la huella de satisfacción que este dolor conllevó, de quedar abrasada. Dirá Lacan que basta con observar la estatua “para comprender de inmediato que goza, sin lugar a dudas. ¿Y con qué goza? Está claro que el testimonio esencial de los místicos es justamente decir que lo sienten, pero que no saben nada.” (Lacan, 1972, p. 92). “Hay un goce, ya que al goce nos atenemos, un *goce del cuerpo* que está, si se me permite (...) Más allá del falo.” (p.90). Se trata entonces de ‘un goce del cuerpo’, una experiencia de goce que abarca la totalidad del cuerpo y no se limita solo a un lugar preciso, nombrable, como lo es el caso del goce fálico.

Conclusiones

En la actualidad se piensa que del “adecuado” manejo de las manifestaciones corporales sintomáticas se ocupa la medicina. Es una asociación casi natural: de los asuntos del organismo se ocupa la ciencia médica. Y los que padecen dichas enfermedades y afecciones así lo asocian: aquel que tiene el saber sobre mi enfermedad/afección/manifestación sintomática es el profesional de la medicina. Hoy día hay más opciones que el discurso propiamente médico para abordar dichos males: la medicina holística y alternativa, la astrología, el coaching, entre otros. Todas estas disciplinas, incluida la medicina, comparten una generalidad, y es que el saber acerca de eso que le sucede al sujeto lo posee el profesional y no el sujeto que padece la enfermedad. El otro es quien tiene el saber que el sujeto necesita para mejorar, sea médico, astrólogo, etc., dejando al sujeto al margen de la responsabilidad de aquello que le acontece.

Lacan, refiriéndose a Freud, nos habla de que el psicoanálisis nace precisamente de la exclusión del sujeto del discurso de la medicina. Lo que ocupa a la medicina es un organismo, su funcionamiento, sus alteraciones y las formas de recobrar la regulación del mismo, poco importa el sujeto implicado psíquicamente en dicho organismo. Sin embargo, en este intento de objetivar las afecciones del cuerpo en términos de enfermedades orgánicas, surgen fenómenos, como el de la fibromialgia, que interrogan precisamente esta pretensión, al poner en evidencia (en este caso) una afección del cuerpo sin un correlato orgánico objetivable, poniendo el énfasis, en cambio, en ese sujeto del que precisamente se ocupa el psicoanálisis.

En el ejercicio de la medicina de mis allegados, estos se han encontrado con que, sujetos que llegan a consulta por asuntos médicos, terminan por relatar aspectos de sus vidas, de su historia, de su contexto, de sus allegados, entre otros aspectos que no les interesan a los médicos dado que aparentemente no tienen ninguna relación ni incidencia en el tratamiento final. Esto es especialmente evidente en los casos de fibromialgia, dado que rápidamente pasan de hablar de su dolor físico a hablar de sus historias, prolongando las consultas. Es como si los pacientes encontrarán en el consultorio del médico un escenario para que eso que también tiene que ver con la enfermedad (no necesariamente de carácter orgánico) surja: la relación con la pareja, la relación con la familia, la vida laboral, los estudios, los amigos, etc. Lo que trato de describir es, por un lado, la imposibilidad que desde el discurso médico se ha venido evidenciando en relación a la fibromialgia: la falta de herramientas y de respuesta efectiva que pueden ofrecer, y, por otro lado,

la necesidad que tienen los sujetos que padecen de esta afección de encontrar un escenario para dejar salir todo eso que también atraviesa a su enfermedad.

El factor ‘emocional’ referido en las definiciones de fibromialgia y dolor provee de una pista distinta para pensar el fenómeno, distinta a la del organismo, la cual, como he descrito, se ha visto insuficiente a la hora de responder al manejo de esta afección. Al estar en contacto con personas que tienen (o han tenido) este diagnóstico de fibromialgia, y al abordar distintos historiales clínicos, pude evidenciar cómo la vivencia del dolor se veía directamente influida por afectos: cuando la vida funciona, cuando hay una suerte de quietud en las bases de relacionamiento diario, la experiencia de dolor disminuye, y, por el contrario, cuando la vida del sujeto se mueve, cuando no marcha bien, cuando aparecen ciertas cosas que lo angustian, que lo movilizan, el dolor aumenta. Incluso, cuando el sujeto toma ciertas decisiones difíciles, difíciles por el conflicto emocional tan intenso que para el sujeto representa, puede haber una incidencia en la manifestación de dolor misma.

Es así como desde el psicoanálisis puede hacerse un abordaje y una exploración de los aspectos psíquicos que parecieran tener una influencia directa en la vivencia de dolor de la fibromialgia. Freud nos dice muy temprano en su obra que cualquier aumento en la tensión del aparato psíquico es experimentado como displacentero e incluso traducirse en un estímulo doloroso. Señala después que hay ciertas zonas en el cuerpo que pueden verse privilegiadas para que el síntoma se instale allí, y que este ‘privilegio’ de esas zonas es dado por la historia de cada sujeto.

Luego, realizando una revisión del mecanismo de conversión histérica, Freud muestra cómo una representación reprimida y su afecto asociado pueden manifestarse metafóricamente en la forma de un dolor. Es decir, el dolor como manifestación sintomática con un significado reprimido, un conflicto que, inconsciente, logra expresar su afecto a través de, por ejemplo, el síntoma doloroso. El dolor como ‘solución’ a un conflicto inconsciente, que permite al sujeto no ocuparse conscientemente de lo intenso del conflicto, descargando su peso afectivo a través del síntoma. Después dirá Freud, adicionalmente, que los sujetos no renuncian a su síntoma fácilmente, por el contrario, se aferran fuerte a este del cual dicen padecer. Esta aparente búsqueda del displacer es lo que Freud denominó *Pulsión de Muerte*, que, articulada a lo dicho anteriormente acerca de ‘todo aumento de la tensión será experimentado como displacentero’ complejiza la cuestión al otorgar a esta afirmación el carácter de meta, y no de obstáculo, dado que la meta no es la evitación del

displacer ni la descarga en una satisfacción placentera, hay, en cambio, una satisfacción en el displacer, una satisfacción de otra índole.

En el desarrollo de su obra, Lacan introduce el concepto de *Goce*, el cual (además de recoger lo dicho por Freud acerca de la *Pulsión de muerte*), desde su definición misma relaciona con la vivencia de dolor de los sujetos. Algo del goce que habita al sujeto se satisface a través de la manifestación dolorosa. Como ya mencioné, muy controversial, ya que no solo pone patas arriba la concepción médica más difundida de la fibromialgia en la que el factor llamado ‘emocional’ ocupa un pequeño lugar, sino que además dice que el sujeto goza de ese dolor, en ese displacer que efectivamente experimenta. Más adelante en su obra hablará de formas de gozar, algunas de las cuales encuentran también una forma de articulación con la dinámica del dolor en la fibromialgia. Una manera fálica del goce con ciertas características usuales como que es localizable, rastreable, medible, “un goce de órgano”; y otra manera en relación a lo que Lacan denominó “estrictamente femenino” (Lacan, 1971, p. 101), especificando al respecto, “un goce del cuerpo” (Lacan, 1972, p. 90), que no es localizable y que equipara a la experiencia de los místicos con Dios, y, en este sentido, a diferencia del goce fálico, no se puede rastrear ni localizar de manera concreta, abarca todo el cuerpo y no se limita a un solo sitio.

Todos estos elementos, desde el dolor a la manera del síntoma Freudiano hasta el dolor como una manifestación del goce fálico o del goce femenino, permiten introducir diversos elementos para pensar una afección como la fibromialgia hoy día, un momento en el que proliferan estos diagnósticos y en el que aún hay un vacío en la respuesta que se puede dar a la demanda de auxilio del sujeto sobre su dolor. El dolor a la manera del síntoma Freudiano permite circunscribirlo en la historia de vida del sujeto, y suponer allí un sentido inconsciente posible de ser descifrado. Sin embargo, una interpretación simbólica de ese dolor no es suficiente, y es donde la lectura desde las formas del goce encuentra un lugar en la cuestión: el dolor en la fibromialgia es una forma de gozar del cuerpo, y puede ser, como ya se vio, a la manera fálica o al modo propiamente femenino. Será en la escucha clínica analítica de la vivencia de goce de cada sujeto que se podrá dilucidar de qué forma de goce se trata. Es decir que el acento estará puesto en analizar cuál es el carácter que para ese sujeto en particular tiene ese dolor, ya que (siguiendo esta lectura de la afección) puede ser un dolor con un significado oculto, como también podría ser una manera del sujeto gozar, bien sea a la manera fálica o a la manera femenina, o, inclusive, una articulación entre estas, dado que a veces al ser tocado el conflicto y rastreado la significación de un dolor, este puede no ceder

completamente, al guardar también consigo algo de lo que para el sujeto constituye esta satisfacción mortífera. Y es que todo síntoma tiene un núcleo de goce, y, en este orden de ideas, un dolor con un trasfondo inconsciente puede igualmente poseer un carácter de goce para el sujeto.

Luego de la lectura de diversos historiales clínicos de sujetos diagnosticados con fibromialgia, además de, finalmente, también relacionarlo con los casos que personalmente conozco, pareciera en todos estos sujetos haber un cierto enaltecimiento de las demandas que provienen de otros (o que así interpretan) a la vez de un abandono de aquello que tiene que ver con su deseo propio e íntimo, con aquello que ellos mismos demandarían como sujetos deseantes. Elizabeth, por ejemplo, reprimió su deseo por los hombres por lo que este significaba para ella: primero era el abandono de su padre y luego una suerte de satisfacción en la muerte de su hermana por el deseo hacia su cuñado. En el caso citado de Santiago Castellanos, la paciente, luego de pasar por relaciones que consideró negativas y encontrar a un hombre que nombraba como 'bueno', lo abandona para darse al cuidado de su madre. Una lucha entre el deseo de cada uno y aquello que sienten que es su deber ser, aquello que sienten que se espera de ellas, que, al encontrar como respuesta una represión del deseo propio, pareciera permitir gozar del cuerpo en el sufrimiento que el otro (supuestamente) es el que me causa. El Otro como propiciador del escenario para gozar.

La forma en la que concebimos el dolor determina qué hacemos con él, tanto personal como profesionalmente, y, en la medida que el dolor se encuentre eminentemente en territorio médico, los sujetos se verán de entrada obstaculizados en siquiera la posibilidad de concebir que cada uno se encuentra implicado en el dolor que lo habita, y dejará al profesional de la salud la responsabilidad de hacer con ese dolor. Si bien, como ya mencioné, todo lo dicho en esta investigación deberá evidenciarse en la clínica para tener alguna clase de valor a la hora de pensar la clínica, la propuesta de este trabajo radica en un cambio en la concepción del dolor mismo, el cual, si bien puede ser resultado de una lesión, es decir, algo que no tiene que ver directamente con el sujeto, también puede ser el resultado de asuntos que tienen que ver con el sujeto, su inconsciente, y/o sus formas de gozar.

Referencias

- Alegre, C., Carbonell, J., Gobbo, M., Guzmán, M. A., Rivera, J., & Vidal, J. (2020). *Fibromialgia*. Sociedad Española de Reumatología.
- Arredondo, A., Pérez, I., & Santana, O. (2018). La fibromialgia con una visión desde la atención primaria. *Revista Cubana de Medicina General Integral*, 34(5), 1-10.
- Berger, A., Dukes, E., Martin, S., Edelsberg, J., & Oster, G. (2007). Characteristics and healthcare costs of patients with fibromyalgia syndrome. *International Journal of Clinical Practice*, 61(9), 1498–1508.
- Cabo-Meseguer, A., Cerdá-Olmedo, G., & Trillo-Mata, J. L. (2017). Fibromialgia: prevalencia, perfiles epidemiológicos y costes económicos. *Medicina Clínica*, 149(10), 441-448.
- Castellanos, S. (2012). *El dolor y los lenguajes del cuerpo*. Grama Ediciones.
- De Jesús, S. T. (1562). *El libro de la vida*. Freeditorial.
- Del Rio, I., & Palma, A. (2007). Cuidados Paliativos: historia y desarrollo. *Boletín Escuela de Medicina U.C.*, 32(1), 16–22.
- Diccionario Católico. (n.d.). *La Transverberación*. <http://bit.ly/48qLYPO>
- Freud, S. (1890). Proyecto de psicología. En Amorrortu, *Obras Completas I* (Vol. 1, pp. 323–390).
- Freud, S. (1890). Tratamiento psíquico (tratamiento del alma). En Amorrortu, *Obras Completas I* (Vol. 1, pp. 111–132).
- Freud, S. (1895). Señorita Elisabeth von R. En *Obras completas, tomo II: Estudios sobre la histeria*.
- Freud, S. (1905). Tres ensayos de teoría sexual. En Amorrortu (Ed.), *Obras Completas VII*
- Freud, S. (1914). Introducción al narcisismo. En Amorrortu (Ed.), *Obras Completas XIV* (Vol. 14, pp. 65–98).
- Freud, S. (1914). Pulsiones y destinos de pulsión. En Amorrortu (Ed.), *Obras completas XIV* (Vol. 14, pp. 105–134).
- Freud, S. (1920). Más allá del principio de placer. En Amorrortu (Ed.), *Obras Completas XVIII* (Vol. 18, pp. 1–62).
- Freud, S. (1924). El problema económico del masoquismo. En Amorrortu (Ed.), *Obras Completas XIX* (Vol. 19, pp. 161–176).
- García-Andreu, J. (2017). Manejo básico del dolor agudo y crónico. *Anestesia En México*, 29(1), 77–85.
- International Association for the Study of Pain [IASP]. (2011). *Dolor*. bit.ly/40h7iVY
- Lacan, J. (1966). La dirección de la cura y los principios de su poder. En Siglo Veintiuno (Ed.), *Escritos II* (Vol. 2, pp. 559–616).

-
- Lacan, J. (1966). Psicoanálisis y medicina. En *Cahiers du Collège de Médecine* (Vol. 7, pp. 761-774).
- Lacan, J. (1971). *El seminario, libro XIX: o peor* (Siglo Veintiuno, Ed.).
- Lacan, J. (1972). *El seminario, libro XX: Aún* (Siglo Veintiuno, Ed.).
- López, A., Pizarro, J. A., & Rodríguez, M. (2022). Fibromialgia y trastornos psicológicos: una revisión sistemática. *Revista de Medicina Interna*, 40(2), 78-90.
- López, M., & Mingote, J. C. (2008). Fibromialgia. *Clínica y Salud*, 19(3), 343–358.
- Margarit, C. (2019). La nueva clasificación internacional de enfermedades (CIE-11) y el dolor crónico. Implicaciones prácticas. *Revista de La Sociedad Española Del Dolor*, 26(4), 209–210.
- Rivera, J., Rejas, J., Esteve, J., y Vallejo, M. (2009). Resource utilisation and health care costs in patients diagnosed with fibromyalgia in Spain. *Clinical and experimental rheumatology*, 27, 39-45.
- Soler, C. (2006). *Lo que Lacan dijo de las mujeres*. Paidós SAICF, Ed.
- Tuta, C., Alarcón, F. J., Rodríguez, C. M., Rojas, A., Ceballos, F., & Garcia, L. (2022). Actualización en el abordaje diagnóstico y terapéutico de la fibromialgia. *Revista Sanitaria de Investigación*, 8(2), 1-12.
- Walitt, B., Nahin, R., Katz, R., Bergman, M., & Wolfe, F. (2015). The Prevalence and Characteristics of Fibromyalgia in the 2012 National Health Interview Survey. *PLOS ONE*, 10(9), 1-16.