

UNIVERSIDAD DEL ACONCAGUA



FACULTAD DE PSICOLOGÍA

Tesina de Licenciatura en Psicología

*“Dolor crónico como síntoma conversivo en
pacientes con Fibromialgia: una posible
lectura desde el Psicoanálisis”*

Alumna: Macarena Bru Stocco

Directora: Mgter. Bibiana Vangieri

Fecha: Septiembre de 2016

Hoja de Evaluación

Tribunal examinador:

Presidente:

Vocal:

Vocal:

Profesor invitado:

Nota:

Agradecimientos

A mí misma por cultivar la voluntad de superar los obstáculos y tomar las oportunidades que se me fueron presentando a lo largo de este recorrido y que me permitieron estar aquí y ahora presentando este trabajo.

A Bibiana por orientarme en este último trayecto. Por su tiempo, atención y calidez.

A todos aquellos profesores que me transmitieron con pasión su vocación, sus conocimientos y amor por el estudio.

A mi padre por darme la oportunidad de estudiar y enseñarme sobre la tierra, las flores y el agua.

A mi madre por mostrarme la fortaleza y el entusiasmo. Por llenarme de cariño y amor.

A mi hermano por sus amuletos de la suerte previos a mis exámenes.

A Bety por las velas encendidas. A mi familia por su apoyo constante.

A mi compañero por la alegría, la inspiración y por compartir aprendizajes sobre esta carrera. Por ayudarme a atravesar los pantanos de la desmotivación.

A la querida Jaula y todos los compañeros y amigos que crucé en mi camino, que tanto me ayudaron durante la carrera y me permitieron disfrutar el recorrido.

A Nani, Sandra, Sele, Clari, Eushi, Yu, Flor y Juli por ser esa familia elegida y por hacerme reír tanto.

¡Gracias!

Resumen

Esta investigación tiene como objetivo describir qué se entiende por dolor y qué se entiende por cuerpo desde el Psicoanálisis. Se busca diferenciar el concepto de cuerpo de la Medicina del propuesto por el Psicoanálisis. Éste último lo considera como algo a construir, algo que no está dado sino que deviene en el sujeto atravesado por un orden simbólico que lo preexiste. Se buscar indagar además, si el dolor crónico de la Fibromialgia se trata de un síntoma conversivo o si escapa a este concepto desarrollado por Freud.

En las elaboraciones teóricas se describen los conceptos de dolor, goce, cuerpo y síntoma conversivo aportados por S. Freud y J. Lacan, como así de autores contemporáneos motivados también por comprender la subjetividad que subyace y determina la experiencia del dolor crónico.

Se abordará un caso pertinente para la articulación teórico- práctica, del cual se tomarán viñetas de entrevistas para relacionarlas posteriormente con los conceptos desarrollados y a lo descripto sobre el padecimiento que presentan los sujetos con Fibromialgia.

Palabras clave: Dolor. Cuerpo. Conversión. Síntoma. Fibromialgia.

Abstract

||1||

This research aims to describe what is meant by pain and what is meant by body from Psychoanalysis. It also aims to establish differences between the concept of body by Medicine and the concept of body in Psychoanalysis. This theoretical current defines the body as something to build, something that is not given but becomes with the subject crossed by a symbolic order that pre-exists him. It seeks to further investigate if the chronic pain of Fibromyalgia is a conversive symptom or if it doesn't suits to this concept developed by Freud.

The theoretical chapters describes fundamental concepts of pain, jouissance, body and conversive symptom provided by S. Freud and J. Lacan, as well of contemporary authors also motivated to understand the subjectivity that underlies and determines the experience of chronic pain.

The research also develops a theoretical- clinic study of a case that aims to articulate clinical vignettes interviews with the concepts described and the carachteristics of the fibromialgia's pain.

Keywords: Pain. Body. Conversive Symptom. Fibromyalgia.

Índice

UNIVERSIDAD DEL ACONCAGUA	1
HOJA DE EVALUACIÓN	3
RESUMEN.....	5
ABSTRACT	6
INTRODUCCIÓN.....	10
PRIMERA PARTE	13
MARCO TEÓRICO	13
CAPÍTULO I.....	14
“FIBROMIALGIA, UN DIAGNÓSTICO MÉDICO”	14
1.1 ¿Qué es la Fibromialgia?	15
1.2 Sobre el diagnóstico de la Fibromialgia	17
1.3 Tratamiento para la Fibromialgia.....	23
CAPÍTULO II.....	26
“ACERCA DE LA CONSTITUCIÓN SUBJETIVA Y CORPORAL”	26
2.1 Introducción.....	27
2.2 Aportes freudianos.....	27
2.3 Complejo del Prójimo: Vivencia de satisfacción y vivencia de dolor.....	29
2.4 La pulsión freudiana	31
2.5 La compulsión a la repetición	35
2.6 Los caminos de la libido en la constitución subjetiva: Autoerotismo y Narcisismo	37

2.6.1 Autoerotismo	37
2.6.2 Narcicismo	39
2.7 Aportes lacanianos	42
2.7.1 Las dos operaciones constitutivas: Alienación y Separación	42
2.7.2 Narcicismo en Lacan: El estadio del espejo	47
2.7.3 El concepto de pulsión en Lacan	50
2.8 Constitución subjetiva- constitución del cuerpo	52
2.8.1 El cuerpo imaginario, simbólico y real	54
CAPÍTULO III	57
“SOBRE EL DOLOR Y EL SÍNTOMA CONVERSIVO”	57
3. 1 Introducción	58
3.2 Recorrido freudiano del concepto de dolor y otros aportes	58
3.3 Las lesiones y el dolor en el “Más allá del principio de placer”	60
3.4 Angustia, dolor y duelo en Freud	62
3. 5 Conceptualizaciones lacanianas sobre el dolor y otros aportes	64
3. 6 El dolor corporal: Aportes de Juan David Nasio	66
3.6.1 El dolor de la ruptura o lesión	67
3.6.2 El dolor de la conmoción.....	69
3.6.3 El dolor de reaccionar	70
3.6.4 La vivencia de dolor fundante.....	72
3.6.5 Dolor psíquico y dolor psicógeno.....	73
3.7 Acerca del síntoma conversivo	75
3.8 Elisabeth von R ¿un posible caso de Fibromialgia?	79
3.9 El dolor de la neurosis histérica	80
CAPÍTULO IV	82
“FIBROMIALGIA, UNA LECTURA PSICOANALÍTICA”	82
4.1 Un saber no sabido.....	83
4.2 Dolor crónico y Fibromialgia.....	85
4.3 El paradigma médico vigente y la subjetividad	87

4.4 Fibromialgia en la clínica psicoanalítica	90
4.5 El dolor y el fenómeno psicosomático	93
SEGUNDA PARTE.....	96
5. Aspectos metodológicos	97
5.1 Tipo y diseño de estudio.....	97
5.2 Descripción de la muestra	97
5.3 Instrumento	98
5.4 Procedimiento.....	98
5.5 Preguntas de investigación	98
5.6 Objetivo general.....	99
5.7 Objetivos específicos.....	99
ARTICULACIÓN TEÓRICA- PRÁCTICA.....	100
6.1 Introducción	101
6.2 Presentación del sujeto de estudio.....	101
6.3 Viñetas de entrevistas y articulación teórico- práctica.....	102
CONCLUSIONES.....	117
7.1 Conclusiones	118
BIBLIOGRAFÍA.....	125
8.1 Bibliografía	126
ANEXOS.....	132
9.1 Entrevistas del Caso Clínico “Mercedes”	133
9.2 Entrevista sobre Fibromialgia a la Dra. Petcovick	157

Introducción

«La salud es el silencio de los órganos», dicen los tratados médicos. Su sabiduría contempla en el dolor un lenguaje, un cuerpo vivo que se queja y sufre. Todos tenemos una oscura cicatriz que disimula un viejo y renovado dolor. Sé de jóvenes que se hieren a propósito. Hartos del silencio se queman, se mutilan, se hacen incisiones. Es su modo de estar vivos, de recuperar el tono de su cuerpo, de sentirlo suyo y escucharlo alguna vez hablar. Mientras veía fotos de esos jóvenes pensaba en los poemas. En su modo tan cruel de hacernos recordar que son lenguaje. Un cuerpo lleno de incisiones, cortes, quemaduras, donde siempre hay alguien que nos habla. Aunque se quede callado.

Eduardo Chirinos

La Fibromialgia es una patología crónica y compleja que provoca dolor muscular generalizado al punto en que puede llegar a ser invalidante para la persona que la padece. Suele asociarse a dificultades en el descanso nocturno y fatigabilidad, afectando así a las esferas biológica, psicológica y social de los sujetos.

El interés de la presente investigación surge ante la particularidad que plantea este diagnóstico: la prevalencia e intensidad de sus síntomas que no responden a ninguna

alteración objetivable a nivel orgánico. Se trata de una patología cada vez más diagnosticada y que pone en jaque al saber médico al no poder definir su etiología.

Además el dolor crónico presente en la Fibromialgia suele ofrecer resistencia al tratamiento por vía medicamentosa, es decir, que se trata de un dolor que persiste e insiste pese a las drogas aplicadas en el tratamiento. Frente a tales características del diagnóstico surge el interés de indagar, desde un enfoque psicoanalítico, en aquellos conceptos relacionados al dolor y al cuerpo para articularlos a las características del dolor crónico que presenta este síndrome. Se parte de dos cuestiones básicas a indagar: ¿Qué se entiende por dolor y por cuerpo desde el Psicoanálisis?; y teniendo en cuenta la ausencia de alteraciones orgánicas a pesar del dolor ¿Se puede considerar el dolor crónico de la Fibromialgia como un síntoma conversivo?

Las personas que padecen este síndrome son principalmente mujeres y puede rastrearse en sus vidas situaciones de sobrecarga física y mental a nivel familiar y laboral, las cuales podrían incidir en su diagnóstico.

Por su carácter actual y el abordaje multidisciplinario que exige, es necesario estudiar el fenómeno desde una perspectiva psicoanalítica para poder aproximar el conocimiento científico a la descripción y comprensión de este diagnóstico médico en auge.

En primer lugar y a modo de profundizar en los aspectos inconscientes que subyacen a esta problemática, se considera relevante sustentar el marco teórico en los conceptos desarrollados por Freud y Lacan y autores contemporáneos. El primer capítulo consiste en un breve recorrido por el diagnóstico de Fibromialgia desde la perspectiva médica.

En el segundo capítulo se desarrollan conceptos referidos a la constitución subjetiva y a la constitución corporal. Se toma de Sigmund Freud sus escritos referentes a la vivencia de satisfacción y de dolor, a la pulsión y sus elementos y la compulsión a la repetición como aquello que va más allá del principio del placer. Como también se indaga en sus conceptos de autoerotismo y narcisismo. Posteriormente se introducen los

conceptos de Jacques Lacan para trabajar con el estadio del espejo, las operaciones constitutivas del sujeto, de alienación y separación, y el concepto de pulsión. Por último se describe al cuerpo ubicado en los tres registros: Imaginario, Simbólico y Real.

El tercer capítulo consiste en un rastreo por el concepto de dolor desde aportes de Freud, Lacan y Juan David Nasio, y en relación al objetivo de trabajo se define al síntoma y la conversión. Finalmente, el cuarto capítulo, contiene los desarrollos de psicoanalistas contemporáneos sobre el tema del dolor crónico y Fibromialgia; especialmente se destacan aquí los aportes de Santiago Castellanos y Flora Salem.

En segundo lugar se lleva a cabo la presentación de un caso, tomado por su pertinencia a la problemática planteada y su articulación con la teoría desarrollada. Se trabajará con diferentes viñetas tomadas de las entrevistas realizadas en el contexto de esta investigación del caso “Mercedes” lo que permitirá analizar el discurso del sujeto y articularlo a los conceptos de dolor, pulsión, cuerpo y goce desde la perspectiva planteada.

Teniendo entonces en cuenta que un caso se construye a partir de un recorte que surge de un relato, en el que se delimita una estructura. Es decir, un conjunto de elementos, lugares, posiciones y funciones. En este estudio, el análisis del caso se produce a través de un recorte en viñetas de entrevistas.

PRIMERA PARTE
MARCO TEÓRICO

CAPÍTULO I

“Fibromialgia, un diagnóstico médico”

1.1 ¿Qué es la Fibromialgia?

Con el objetivo de introducir la presente tesina, se rastrearán en este capítulo las definiciones de Fibromialgia como diagnóstico médico.

La Fibromialgia es entendida como un síndrome crónico que se caracteriza por dolor musculoesquelético generalizado, no articular y carente de inflamación. Se distingue por presentar una exagerada hipersensibilidad en múltiples puntos predefinidos, los denominados, *puntos gatillo*. (Martínez Farrero, 2010)

El síndrome no manifiesta alteraciones orgánicas objetivables, es decir que su etiopatogenia es desconocida y suele estar acompañada por una gran variedad de signos y síntomas entre los que se destacan: la fatiga crónica, parestesias, problemas del sueño, rigidez generalizada (sobre todo matutina), síndrome uretral sin infección urinaria, cefaleas, irritabilidad, pérdida de concentración y síntomas ansioso-depresivos. El malestar y dolor generalizado pueden, por episodios, llegar a ser invalidantes para las personas que lo padecen. (Sedó y Ancochea, 2002)

La etimología de la palabra *Fibromialgia* proviene del latín: *fibra*, hace referencia al tejido conjuntivo, y del griego *mio* (músculo) y *algia* que significa dolor. La consideración de este síndrome como entidad nosológica es relativamente reciente en la historia de la Medicina y es asignada a la especialidad médica de Reumatología.

Se trata de un diagnóstico difícil de identificar y definir. La principal dificultad para diagnosticar esta patología es que se desconoce su causa y que no existen

alteraciones que se puedan detectar fácilmente para llegar a un diagnóstico rápido y certero.

La constelación variada de síntomas que acompañan a la Fibromialgia, lleva a las personas que la padecen por un largo, tedioso, y a veces iatrogénico recorrido por el sistema de salud hasta dar con dicho diagnóstico. Desde que un paciente inicia su contacto con la medicina hasta el diagnóstico, transcurre en promedio, una medida de tiempo de unos siete años; durante ese tiempo los sujetos se encuentran en una situación de incertidumbre puesto que ni ellos ni su entorno social y familiar consideran que el dolor (que no manifiesta lesiones visibles) sea una razón legítima para interrumpir las actividades cotidianas (Triviño, Solanes y Siles, 2014). Según un estudio realizado por Ubago Linares et al. (2005) el tiempo medio transcurrido desde el inicio de los síntomas hasta el diagnóstico del síndrome es de nueve años.

Se observa estadísticamente un alza en la cantidad de pacientes diagnosticados con Fibromialgia. Su elevada prevalencia la posiciona como un problema sanitario de importancia ya que además, demanda costos al sistema de salud. Afectan al 4% de la población mundial. El 90% de los casos se refiere a mujeres de entre 18 y 65 años (Castellanos, 2012).

Respecto de la consideración de este tipo de padecimiento a lo largo de la historia de la Medicina, se puede identificar que durante el siglo XIX recibió la denominación de Neurastenia; así es como Freud trataba esta temática situándola dentro de las neurosis actuales. En 1976, Hensch establece el término Fibromialgia y lo define como una forma de reumatismo no articular. Fue establecida por el American College of Rheumatology (ACR) en 1990 y en la actualidad se identifica con el código M79.7 de la Clasificación Internacional de Enfermedades (CIE-10CM) en su última revisión.

1.2 Sobre el diagnóstico de la Fibromialgia

La OMS (1992, citado en Sedó y Ancochea, 2002, 563) reconoce la Fibromialgia y la define como: “Un síndrome que se manifiesta a través de un estado doloroso crónico generalizado no articular, con afectación predominantemente de los músculos, y que presenta una exagerada sensibilidad en múltiples puntos predefinidos, sin alteraciones orgánicas demostrables.”

Según el ACR, Colegio Americano de Reumatología (2010) se trata de un problema de salud crónico que causa dolor en todo el cuerpo y presenta además otros síntomas. Comúnmente los pacientes manifiestan:

- Sensibilidad al contacto o presión, que afecta a los músculos y las articulaciones o a veces incluso a la piel.
- Fatiga severa.
- Problemas del sueño, regularmente experimentan un sueño no reparador.
- Problemas de memoria o claridad en el pensamiento.

Algunos pacientes también pueden presentar:

- Depresión o ansiedad.
- Migraña o cefaleas tensionales.
- Problemas digestivos: como el síndrome del intestino irritable y enfermedad de reflujo gastroesofágico.
- Vejiga irritable o hiperactiva.

- Dolor pélvico.
- Trastorno temporomandibular: conjunto de síntomas que incluyen dolor en el rostro y mandíbula, crujido de la mandíbula y un zumbido en los oídos.

Los síntomas de la fibromialgia y sus problemas asociados pueden variar en intensidad, es decir, que pueden aumentar o disminuir con el tiempo. Además se ha identificado que el estrés generalmente empeora los síntomas (ACR, 2010).

Los criterios diagnósticos propuestos en 2010 por el ACR son los siguientes:

1. Dolor y síntomas durante la semana anterior a la consulta, basados en el número de zonas doloridas de 18 puntos del cuerpo; el nivel de severidad de estos síntomas: A) Fatiga. B) Sueño no reparador. C) Síntomas cognitivos (problemas de memoria o pensamiento). Y otros síntomas físicos generales.

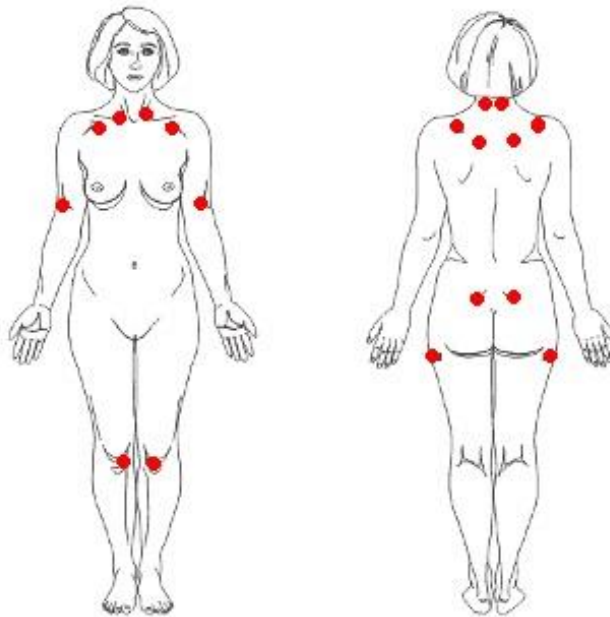
2. Los síntomas deben presentar una duración de al menos tres meses y en un nivel similar de intensidad.

3. No debe presentar ningún otro problema de salud que pudiera explicar el dolor y otros síntomas.

Establecer el diagnóstico de Fibromialgia depende exclusivamente de la existencia de al menos, 11 de los 18 puntos sensibles aceptados como específicos y repartidos a lo largo de la anatomía. Dichos puntos son:

- Inserciones occipitales de los músculos suboccipitales.
- Proyección cervical anterior de los espacios intertransversales C5-C7.
- Origen del supraespinoso.
- Segunda unión condrosternal.

- 2 cm distalmente al epicóndilo.
- Cuadrante superior externo de la nalga.
- Cara posterior del trocánter mayor.
- Almohadilla adiposa de la cara interna de la rodilla.



Se ha discutido en el ámbito médico si la hiperalgesia (hipersensibilidad al dolor) que se da en los pacientes con Fibromialgia tiene su origen en el propio músculo o en los mecanismos centrales encargados de elaborar la percepción del dolor. La presencia conjunta de insomnio y de otros trastornos funcionales orienta a pensar lo segundo. (Sedó y Ancochea, 2002).

La consideración de la Fibromialgia en el ámbito médico ha generado controversia por su difícil definición nosológica, pero los resultados de los estudios revisados señalan con bastante consenso que su origen podría ser neurológico y que el dolor crónico se debería a alteraciones en las respuestas de los neurotransmisores, generando así la alodinia (dolor secundario a un estímulo que normalmente no desencadena dolor) y la

hiperalgesia generalizadas (Martínez Farrero, 2010). A pesar del consenso en tal hipótesis, hasta el momento, no se ha encontrado ningún parámetro a nivel neurofisiológico, inmunológico, bioquímico o imagenológico que pueda detectar alteraciones físicas en los músculos o los *puntos gatillos* que los pacientes afirman dolorosos (Martínez Farrero, 2010).

Las hipótesis actuales sobre su causa se orientan entonces hacia las Neurociencias en donde se utiliza el concepto de Sensibilización del Sistema Nervioso Central (CSS) para poder explicar el fenómeno del dolor. Ubago Linares et al. (2005) sostiene también que a pesar del gran desconocimiento de la fisiopatogenia de la Fibromialgia, la teoría más aceptada se orienta hacia la Neuromodulación y que por lo tanto se trataría de un trastorno en los mecanismos neuronales encargados de la transmisión y recepción de la sensación dolorosa que ocasiona una disminución del umbral de percepción nociceptiva (forma de dolor que aparece como consecuencia de la aplicación de estímulos que producen daño o lesión de órganos) y como consecuencia de esto, se produce una hipersensibilidad dolorosa.

De acuerdo a la Dra. Petcovick (2015), se observaría en estos pacientes concentraciones elevadas de sustancia P (sustancia *pain* o dolor) y existiría también un aumento del Ácido glutámico, ambas, son sustancias estimulantes de la contracción muscular; cabe aclarar que estas modificaciones químicas en pacientes con Fibromialgia se encuentran en revisión actualmente (I. E. Petcovick, "comunicación personal", 8 de agosto de 2015). Por lo tanto esto pondría en mayor relieve la teoría de la sensibilización del Sistema Nervioso Central (SNC) en personas que presentan dicho síndrome.

Basándose en la Teoría de la Neuromodulación, el tratamiento farmacológico apuntaría entonces a regular la comunicación entre las neuronas aportando sustancias inhibitoras y excitadoras que actúen en los receptores neuronales y así modificar la retroalimentación entre las neuronas. Es decir que existiría una alteración en el quimismo neuronal de los sujetos con Fibromialgia pero no se ha logrado identificar a qué

respondería o por qué razón se generaría tal alteración. (I. E. Petcovick, "comunicación personal", 8 de agosto de 2015)

Respecto de la hipersensibilización generalizada a nivel físico y emocional que las personas con Fibromialgia pueden manifestar, Chaitow (2010, citado en Hidalgo, 2011, 345) afirma que "la hipersensibilidad emocional también puede afectar a la susceptibilidad de las vías nerviosas a la facilitación" es decir, las facilitaciones o circuitos neuronales que entran en relación con la transmisión de la sensación dolorosa. Se establecería así un circuito en el que la hipersensibilidad al dolor facilitaría por lo tanto la excitabilidad emocional, y viceversa; según Hidalgo (2011) esto condiciona enormemente la clínica de los pacientes con Fibromialgia, que empeoran ante situaciones de estrés y mejoran en condiciones de relajación.

Como ya se ha mencionado, según el ACR (2010) además de su cronicidad, los síntomas de la Fibromialgia puede variar en su intensidad, es decir, que suele presentar episodios de dolor agudos. Según la Dra. Petcovick, estos episodios se evidencian notoriamente cuando el paciente se encuentra compensado o estable respecto de sus síntomas y por alguna causa externa, como ejemplo una pérdida laboral o despido, el sujeto allí experimenta un episodio agudo de dolor. (I. E. Petcovick, "comunicación personal", 8 de agosto de 2015)

Según Triviño Martínez, et al. (2014) se describe en la mayoría de los casos, que el comienzo de la Fibromialgia surgiría después de hechos puntuales, infecciones víricas o bacterianas, accidentes de automóvil, separación matrimonial, problemas familiares, etc. Otras veces aparecería después de sufrir enfermedades que debilitan el organismo como la artritis reumatoide, el lupus, etc.

Podrían pensarse estas circunstancias como desencadenantes pero no causantes. Como ya se ha mencionado, en la actualidad son muchos los trabajos de investigación dedicados a conocer sus causas pero no existe acuerdo en que la Fibromialgia esté

provocada por factores orgánicos o trastornos psicológicos. Los autores señalan además, que el modelo biomédico imperante etiqueta como alteración psicológica todo aquello donde se desconoce la causa que lo produce. (Triviño Martínez et al., 2014)

En cuanto al momento en que se define un diagnóstico de Fibromialgia, Triviño Martínez et al. (2014) señalan que las personas enfermas relatan una vida antes y después del diagnóstico puesto que repercute en que no son creídas por sus familiares y amigos ya que la invisibilidad de la fibromialgia es una dificultad a la que se enfrentan la mayoría de los pacientes en sus vidas cotidianas. Al mismo tiempo, es posible que una vez que los sujetos tomen contacto con que presentan una patología llamada Fibromialgia, la ansiedad ante la incertidumbre descienda (Ubago Linares et al., 2005). Según las verbalizaciones de los pacientes, registradas en el estudio de Ubago et al. (2005) tras el diagnóstico referían expresiones como: “estoy mejor una vez que sé que no me lo estoy inventando” (p. 687)

La incertidumbre y la incompreensión que los sujetos experimentan frente a su padecimiento físico, contribuyen a sumirlos en un estado de depresión y actitud negativa, pero este círculo vicioso se rompe al recibir el diagnóstico que les ayuda a asumir la enfermedad, a aprender a vivir con ella y a buscar estrategias de afrontamiento como terapias alternativas e información (Triviño Martínez et al., 2014)

1.3 Tratamiento para la Fibromialgia

En cuanto al tratamiento implementado en pacientes con Fibromialgia, su objetivo es principalmente paliativo para aliviar los síntomas del dolor, además se intenta regular y mejorar la calidad del sueño, aplacar los síntomas ansiosos o depresivos y mejorar también la capacidad física, la astenia y los problemas asociados (Alegre et al., 2010). Las drogas comúnmente utilizadas en el tratamiento de la Fibromialgia son:

- Antidepresivos.
- Pregabalina.
- Anticonvulsivantes.
- Tramadol y algunos analgésicos.

El curso del tratamiento es cíclico puesto que presenta períodos de mejoría y períodos de exacerbación de los síntomas. Su curso también se caracteriza por ser multifactorial, es decir, que depende de muchos elementos en juego durante el tratamiento, como de la tolerancia de ese sujeto a la medicación, depende de las enfermedades conyugantes o acompañantes y de los trastornos psicológicos o de las vivencias anormales que pueda tener el paciente (I. E. Petcovick, “comunicación personal”, 8 de agosto de 2015).

Desde el punto de vista del planteamiento terapéutico no se conoce ningún tratamiento con capacidad para curarla, su objetivo, como ya se mencionó, es aliviar los síntomas y la adaptación del enfermo ya que pocas son las medidas farmacológicas de

demostrada evidencia exceptuando los beneficios de antiinflamatorios, analgésicos reguladores del sueño particularmente de antidepresivos o relajantes musculares y las terapias conductuales-cognitivas. (Triviño Martínez et al., 2014)

Es por ello que cada vez con más preponderancia tienen protagonismo las intervenciones no farmacológicas en este colectivo, e incluyen otras terapias alternativas que como: la acupuntura, modificaciones de la dieta, ejercicio físico, hidroterapia, masajes, taichí y la meditación o yoga. (Triviño Martínez et al., 2014). Según Ugago Linares et al. (2005) la estrategia terapéutica más efectiva es la combinación de tratamientos farmacológicos con terapias alternativas. Entre las terapias no farmacológicas las más utilizadas serían la psicoterapia, fisioterapia, quiromasajes, acupuntura y ejercicio aeróbico. Por lo tanto, se puede concluir que su tratamiento requiere de un abordaje multidisciplinar.

El dolor entonces es el principal de los problemas de estos sujetos que lo describen como incapacitante para la actividad diaria pero no para la movilidad, es resistente a los diagnósticos y a los tratamientos convencionales.

Según Triviño Martínez et al. (2014) las consecuencias experimentadas por los sujetos que padecen Fibromialgia son:

- Deterioro cognitivo: Falta de atención y concentración que afecta la memoria y la capacidad de expresión en el lenguaje. El dolor físico o la preocupación por su estado de salud demanda en gran medida la función cognitiva de atención, y como consecuencia dificulta la concentración para realizar otras actividades.
- Trastornos laborales: La limitada capacidad física, una mayor necesidad de descanso, la incapacidad para realizar tareas repetitivas o la incapacidad para concentrarse relacionado con el deterioro cognitivo influyen en

pacientes con Fibromialgia para responder a las demandas físicas, psicosociales y de organización en el trabajo.

Ubago Linares et al. (2005) señalan en su investigación, que la Fibromialgia causa baja laboral en un gran porcentaje de los sujetos estudiados.

CAPÍTULO II

“Acerca de la constitución subjetiva y corporal”

2.1 Introducción

En este capítulo se abordarán conceptos fundamentales del Psicoanálisis con el objetivo de aproximarse al concepto de cuerpo y de dolor desde esta perspectiva teórica. Se comenzará por la constitución subjetiva para comprender cómo emerge el sujeto de la cultura.

La constitución subjetiva es entendida siempre en relación al otro de los primeros cuidados. Es esencial considerar esta relación porque a partir de ella se construye una subjetividad y se estructura el psiquismo.

2.2 Aportes freudianos

Se mencionan las elucidaciones de Freud (1895/2005) sobre neurología que desarrolla en el Proyecto de Psicología a modo de introducción, ya que luego serán retomadas por Nasio (2007) en sus elaboraciones sobre el dolor físico.

Aquí Freud (1895/2007) aborda el tema de la constitución subjetiva desarrollando sus ideas en términos biológicos; de este modo propone un esquema del aparato psíquico que se basa en un modelo neurológico, es decir, un sistema dotado de neuronas que

tienen la capacidad de transmitir y transformar cantidades de energía. Existiría en este aparato un *Principio de Inercia*, es decir, la tendencia de las neuronas de liberarse de la cantidad de energía a través de una respuesta refleja. Para ello el aparato cuenta con la presencia de neuronas sensibles y neuronas motoras, cuya función principal es cancelar la recepción de estímulo por medio de una maniobra de libramiento, conectándose con los músculos para ejecutar la descarga. Freud (1895/2007) plantea que “El sistema de neuronas tiene la más decidida inclinación a *huir del dolor*.” (p.351), éste es entendido como la elevación de tensión.

Acerca de la proposición principal, es decir la de carácter cuantitativo, Freud realiza una diferencia importante que precede al concepto de pulsión. Denomina Q a la cantidad en general de la excitación neuronal, teniendo el mismo orden de magnitud que las cantidades del mundo externo, compuesta por estímulos frente a los cuales se puede huir. Y denomina Q_h a la cantidad cuyo orden de magnitud es el intercelular o *cantidad psíquica*, correspondiendo a una excitación de la que no se puede huir.

Freud categoriza dos sistemas de neuronas en el aparato psíquico: Las *pasaderas*, son aquellas dedicadas a la percepción, reciben la energía del exterior e inmediatamente la transmiten sin ofrecer resistencia. Y por otro lado, las neuronas *impasaderas* que sí ofrecen resistencia, retienen la energía y portan la memoria. Estas neuronas reciben las excitaciones endógenas del cuerpo y aquellas del exterior transmitidas por las neuronas pasaderas, además son alteradas de forma duradera cuando reciben la excitación y así se vuelven susceptibles de conducción. Este grupo de neuronas entonces facilitan la memoria, al respecto de la misma Freud (1895/2007) refiere que para que una vivencia siga generando efectos va a depender de “(...) la magnitud de una impresión, y de la frecuencia con que esa misma impresión se ha repetido”. (p. 345).

Por lo tanto Freud (1895/2007) plantea que el sistema de neuronas realizará dos operaciones fundamentales: recepcionar los estímulos provenientes del exterior y descargar las excitaciones generadas en el interior.

Con este enfoque neurológico el autor va a explicar cómo se inscriben en el aparato psíquico de un sujeto las tempranas experiencias, dadas en el encuentro con el otro de los primeros cuidados, produciendo procesos que constituirán la estructuración psíquica de ese sujeto.

La *Vivencia de satisfacción* y la *Vivencia de dolor* son fundantes en el psiquismo ya que inauguran para el sujeto el pasaje de la naturaleza a la cultura, del funcionamiento biológico del organismo a su articulación como cuerpo con el mundo del lenguaje.

2.3 Complejo del Prójimo: Vivencia de satisfacción y vivencia de dolor

Aquí Freud (1895/2007) recurre como ejemplo al momento en que el infante siente hambre. Tras la acumulación de energía proveniente de la excitación interna en el sistema de neuronas impasaderas (por ejemplo: caída de la glucosa en los niveles de sangre); el niño percibe un aumento de tensión en su organismo y por la vía motriz tiende a la descarga (por ejemplo el llanto). Pero puesto que se trata de un estímulo interno, no le es posible escapar de la tensión con una simple descarga motora; es necesario una *acción específica* para cancelar el estímulo, en este caso es la provisión del alimento. Esta *acción específica* depende de un movimiento en el mundo externo, de un prójimo que la opere. A partir de esta acción se origina en el sujeto la vivencia o experiencia de satisfacción y la vivencia de dolor.

La cría humana debido a su estado de prematurez y desvalimiento en que se encuentra al nacer, necesita de un otro (la madre o el cuidador) para recibir cuidados y

poder ser satisfecha. Continuando con el ejemplo mencionado, tras la descarga motora expresada en el llanto, el bebé es interpretado por este otro de los primeros cuidados quien asume, por ejemplo, que el niño tiene hambre entonces realiza la acción específica (darle de mamar) cancelando así el estímulo endógeno. La *vivencia de satisfacción* inscribe al llanto con un efecto de comunicación, se convierte en un llamado. Por efecto retrospectivo, el llanto dejó de ser una mera descarga para convertirse en un pedido al otro, quien va a significar de diversas maneras el grito. La necesidad biológica va a pasar por el tamiz del otro, quien le pone palabras e interpreta al bebé, y así es transformada en una necesidad lógica; de esta manera el aparato psíquico se va complejizando.

La *experiencia de satisfacción* deja como consecuencia unas facilitaciones en el grupo de neuronas portadoras de memoria, se inscribe la percepción de un objeto (en este caso el pecho) y a esta imagen del objeto de la satisfacción se asocia simultáneamente la huella de un movimiento (por ejemplo el reflejo de succión). De este modo el psiquismo buscará volver a investir nuevamente aquella *imagen- recuerdo* que se generó. Por lo tanto la *vivencia de satisfacción* instauro en el sujeto la posibilidad deseante y configura un objeto, como objeto que facilita la satisfacción.

Algo de satisfacción se inscribe, pero como la satisfacción es parcial y no total, algo va a quedar sin ligar y esto es lo que constituye la primera *vivencia de dolor*. Aquí se puede entrever cómo aquello no ligado tiene que ver con la pulsión, concepto que Freud aún no desarrolla plenamente en este momento de su obra.

Entonces la *vivencia de dolor* es entendida como aquello que no fue satisfecho por el auxilio ajeno, se trata de un incremento de la excitación que se traduce en displacer quedando una *huella mnémica del objeto hostil*. Cada vez que esta huella es investida, el aparato psíquico sentirá displacer y tenderá a la descarga. Freud (1895/2007) expresa: "(...) se establece un estado que no es dolor, pero tiene semejanza con él. Ese estado contiene displacer y la inclinación de descarga correspondiente a la vivencia de dolor." (p.365)

Freud (1895/2007) postula que el resto que queda de la experiencia de satisfacción y de la experiencia de dolor son los estados de deseo y los afectos respectivamente. Y de estos emergerán la atracción primaria, en el deseo, y la defensa primaria en el caso del dolor.

2. 4 La pulsión freudiana

Puesto que uno de los temas principales en la presente tesina es el cuerpo; es importante entonces abordar la pulsión como concepto esencial que define la relación del sujeto con su cuerpo. Para ello es preciso hacer un recorrido por las diferentes elaboraciones del concepto en la obra de Sigmund Freud comenzando por su artículo “Pulsiones y destinos de pulsión” (1915/2005) en donde formaliza la definición de “*Trieb*” a partir de la diferencia con el estímulo.

En este escrito el autor intenta unificar todo, lo que hasta entonces, había mencionado sobre la pulsión, se trata de un artículo relativamente extenso en cuanto a la diversidad de los contenidos a los que apela para poder aclarar un camino hacia una definición clara del concepto. Podría pensarse como un camino algo escabroso para la comprensión y elaboración teórica como más adelante expresa en “Más allá del principio de placer” cuando describe a la pulsión como “(...) el elemento más importante y oscuro de la investigación psicológica” Freud (1920/ 2008, p. 34).

Para ilustrar el problema de la pulsión freudiana en el Psicoanálisis, Laurent (2015) afirma:

La pulsión freudiana es una paradoja puesto que, para la pulsión freudiana, hay, a la vez, una parte, el quantum libidinal, y luego una

representación de palabra, y todo el problema es qué es lo que hace que la representación de palabra y el quantum libidinal se mantengan juntos. Ese es el misterio, y es por eso que Freud decía que la pulsión era un mito. Y es el misterio que Lacan no dejó de explorar, intentando remplazar ese mito y encontrar un modo de dar cuenta de a qué se debe que se mantengan juntos lo que es el goce y lo que es el sistema del Otro. (Entrevista a Laurent, 2015)

La pulsión representa un estímulo para lo psíquico, que a su vez se diferencia cualitativamente de los demás estímulos fisiológicos. A modo de describirla, se puede decir que la pulsión es una fuerza constante representante de un estímulo proveniente del interior del organismo, por lo tanto no es posible sustraerse de ella por medio de la huida, sino que representa una exigencia de trabajo incesante para el aparato psíquico y solo se la puede cancelar mediante su satisfacción, que es siempre parcial. Ahora bien, el estímulo se trata de una fuerza externa que actúa momentáneamente y de golpe en el tejido nervioso, de este estímulo, sí es posible escapar ya que se genera en el sistema nervioso un camino de descarga dirigido hacia afuera. Puede entonces evadirse del estímulo mediante una acción motriz que buscará descargar la tensión fuera del sistema. En cambio la pulsión produce una descarga hacia adentro.

En esta obra Freud (1915/2005) toma aportes de la fisiología y da la siguiente definición de pulsión:

Si consideramos la vida anímica desde el punto de vista biológico, la pulsión nos aparece como un concepto fronterizo entre lo anímico y lo somático, como un representante [Representant] psíquico, de los estímulos que provienen del interior del cuerpo y alcanzan el alma, como una medida de la exigencia de trabajo que es impuesta a lo anímico a consecuencia de su trabazón con lo corporal. (p.117)

Entonces es algo que se origina en la frontera entre el cuerpo y la psiquis, Freud (1915/2005) expresa que la pulsión se caracteriza por tener una particular *trabazón con lo corporal*. Esta idea de trabazón pareciera remitir a un anudamiento entre lo psíquico y lo

corporal que no resulta armónico, como podrá observarse luego, en el “Más allá del principio del placer” (Freud, 1920/2008). La pulsión es algo que puede desbordar al psiquismo y al cuerpo ya que busca ir más allá de lo posible.

La hipótesis freudiana sobre el objetivo principal del aparato psíquico es que éste intenta mantener constante los niveles de energía, es decir, librarse de cualquier aumento de tensión y considerando el carácter insistente de la pulsión; sostiene que posiblemente la exigencia de trabajo impuesta por las pulsiones, haya generado las complejizaciones y desarrollo actual del sistema nervioso. En este momento de su obra, el autor mantiene la idea de que el sistema se regula por la serie placer-displacer, siendo el placer la disminución de tensión y el displacer su aumento.

Algunos de los términos que se usan en conexión con el concepto de pulsión son: esfuerzo, meta, objeto, fuente de la pulsión.

Por “esfuerzo” de una pulsión se entiende la fuerza constante que ella representa, el gasto de energía, es la esencia de la pulsión. La “meta” es siempre la satisfacción. Cabe aclarar que los caminos para su satisfacción pueden ser diversos incluso las pulsiones pueden permutarse unas por otras o bien combinarse entre sí. También es factible hablar de metas inhibidas cuando avanza hacia la satisfacción pero luego la pulsión experimenta una inhibición o desviación. Por lo tanto se infiere de esto que no existe una única vía de satisfacción para ellas. Por “fuente” de la pulsión se entiende aquel proceso somático, interior a un órgano o a una parte del cuerpo de la cual emana esta fuerza, es el origen de la pulsión, su punto de anclaje (la zona erógena).

Y por último, el “objeto” es aquello de lo cual se vale para alcanzar la meta. No necesariamente es un objeto ajeno, también puede ser una parte del cuerpo propio. Se trata de un objeto perdido por estructura cuyo efecto de pérdida provoca el esfuerzo incesante por el cual luego se buscan objetos que lo van a ir sustituyendo y es esto lo que le dará la cualidad de pulsión parcial. También puede suceder que el mismo objeto sirva simultáneamente a la satisfacción de varias pulsiones. Cuando existe un lazo

particularmente íntimo de la pulsión con el objeto se hablará de fijación, que se da en las etapas tempranas del desarrollo libidinal. Además, la cualidad de este objeto es contingente, es decir, que para la pulsión su objeto puede ser aleatorio, por ende no existiría una ligadura biológica entre pulsión y objeto.

Freud (1915/2005) va a proponer una primera clasificación de las pulsiones en voicas o de autoconservación y las sexuales. A las pulsiones sexuales las describe como numerosas y provenientes de diferentes fuentes orgánicas. Destaca que éstas se diferencian y actúan por separado, y que sólo más tarde se reúnen en una síntesis más o menos lograda. Su meta es en un principio el placer del órgano y sólo posteriormente puede aparecer como meta la reproducción. En su primera aparición las pulsiones sexuales se apuntalan sobre las pulsiones de autoconservación y poco a poco se deshacen de ellas. Una parte continúa asociada a las mismas durante toda la vida y pueden intercambiar sus objetos.

En “Pulsión y destinos de pulsión” Freud (1915/2005) ahonda en los caminos que recorre la pulsión para alcanzar su meta y reconocerá cuatro destinos de la misma: el trastorno hacia lo contrario (que tiene que ver con el cambio de meta de pasiva a activa y viceversa), la vuelta hacia la propia persona, la represión y la sublimación. Freud (1915/2005) destaca que estos diferentes destinos que tomará la pulsión están conectados con la etapa narcisista y que sus variaciones tienen que ver con el regreso a estadios anteriores de la vida del sujeto, además agrega que están marcadas por vivencias de una gran ambivalencia.

Para ejemplificar los destinos de pulsión, Freud (1915/2005) toma los pares sadismo- masoquismo y voyeurismo- exhibicionismo. Interesa aquí el primer par, éste cuenta con tres movimientos; comienza el sadismo como una acción violenta dirigida hacia otro al que se intenta dominar como objeto, luego la pulsión sufre la vuelta hacia la persona propia, es decir, la meta cambia de activa a pasiva y por último se vuelve a dirigir hacia alguien ajeno, externo.

2.5 La compulsión a la repetición

En “Más allá del principio de placer” Freud (1920/2008) advierte, mediante determinados observables, la presencia de algo que va más allá del anteriormente postulado principio de placer. Se trataría de una fuerza operante que nada tendría que ver con el placer o el evitar el displacer del sujeto. En este artículo, su hipótesis versa que coexistiría con este principio otra tendencia en el aparato psíquico, que no destrona a la primera, pero que de igual modo evidencia su eficacia.

Freud (1920/2008) se pregunta por qué entonces el sujeto en su vida repite situaciones penosas que no le procuran, aparentemente, placer alguno, como puede observar en el caso de la repetición de los sueños traumáticos de las Neurosis de guerra. Estos pacientes que habían sido seriamente afectados por la guerra, soñaban una y otra vez con el momento de su accidente y despertaban en estado de terror. Si anteriormente en su obra había postulado que el sueño era cumplimiento de deseo, ¿por qué entonces estos sueños parecen contrariar al principio de placer y se repiten? El retorno de los sueños traumáticos obedecería a una compulsión de repetición, a una tendencia, quizá anterior, del sueño como cumplimiento de deseo. Respondería a un más allá del principio de placer que le pone un límite al principio de placer pero no por ello lo contraría. Respecto de esta compulsión, Freud (1920/2008) afirma:

Hemos de adscribir la compulsión de repetición a lo reprimido inconsciente. (...) no puede menos que provocar displacer al yo, puesto que saca a luz operaciones de mociones pulsionales reprimidas. (...) es displacer para un sistema y, al mismo tiempo, satisfacción para el otro. (...) se trata, desde luego, de la acción de pulsiones que estaban destinadas a conducir a la satisfacción; pero ya

en aquel momento no la produjeron, sino que conllevaron únicamente displacer. Esa experiencia se hizo en vano. Se la repite a pesar de todo; una compulsión esfuerza a ello. (...) compulsión de repetición y satisfacción pulsional placentera directa parecen entrelazarse en íntima comunidad. (pp. 20-21-22)

Aquí Freud (1920/2008) establece el dualismo pulsional: Pulsión de vida y Pulsión de muerte. En la primera, unifica las pulsiones yoicas y sexuales que aspiran a la renovación de la vida, y en la segunda, se refiere a la tendencia destructiva que puja por una vuelta al estado inorgánico; “(...) la meta de toda vida es la muerte (...)” (p. 38). La Pulsión de muerte es aquella fuerza que trabaja silenciosamente cuya satisfacción pulsional, se encuentra en un recorrido que va por fuera del bienestar del sujeto y se repite, compulsivamente.

De esta manera el sujeto se ve forzado a repetir lo reprimido como vivencia presente en lugar de recordarlo como fragmento del pasado. Lo que se repite tiene que ver con aquello que marcó y dejó huellas durante las primeras experiencias de satisfacción que a su vez dejaron algo sin satisfacer, es decir, las huellas de las primeras experiencias de dolor, imposibles de simbolizar o ligar, y que se escapan al principio del placer. Son huellas que quedarían fuera de la economía libidinal.

2.6 Los caminos de la libido en la constitución subjetiva: Autoerotismo y Narcisismo

2.6.1 Autoerotismo

Se indagará en tales conceptos para continuar desarrollado el tema principal de este capítulo, la constitución subjetiva. Freud (1905/2008) presenta al autoerotismo como fase primordial del desarrollo libidinal en el sujeto. Siguiendo el aporte de otros autores contemporáneos como Salem (2003), quien piensa a la Fibromialgia como un fenómeno de autoerotismo, resulta importante entonces describir tal concepto a fin de posibilitar articulaciones en apartados posteriores.

En “Tres ensayos de una teoría sexual” Freud (1905/2008) desarrolla el concepto de *zona erógena*. Éste deriva de lo que anteriormente había llamado *zona histerógena* (Freud, 1893/2008) al referirse a aquella zona del cuerpo que al ser estimulada desencadenaba un ataque histérico. El autor plantea que los órganos del cuerpo son capaces de emanar excitaciones sexuales y que el sector afectado por estas excitaciones se trataría de un *zona erógena*, fuente de la cual aquella pulsión sexual parcial emerge. Freud (1905/2008) dirá que lo que diferencia a las pulsiones entre sí, son sus relaciones con las *fuentes somáticas* (es decir, el proceso de estimulación o excitación en el interior del órgano) de las que provienen y sus *metas* (la cancelación parcial de la excitación de órgano).

Una zona erógena puede ser potencialmente cualquier parte del cuerpo, una parte de la piel o mucosa en el que determinadas estimulaciones generan sensaciones de placer. Pueden existir ciertas zonas erógenas predestinadas, como la boca por ejemplo,

pero esencialmente el carácter erógeno puede tomarlo cualquier parte del cuerpo, poseyendo el mismo potencial de excitabilidad que los genitales. Esto da cuenta de la capacidad de desplazamiento de la libido en el cuerpo.

Para referirse al concepto de autoerotismo, Freud (1905/2008) toma como observable una exteriorización de la sexualidad infantil: el chupeteo del infante; éste consiste en el contacto de succión rítmico de los labios con alguna otra parte del propio cuerpo que es tomada como objeto de esta succión, se trata de una acción que no tiene como fin la nutrición. Lo particular de este movimiento es que manifiesta a la pulsión que no se satisface con un objeto externo sino que se satisface en el propio cuerpo, es decir, que es autoerótica.

La pulsión nace apuntalada en una función vital esencial, en este caso, la nutrición. Cuando el bebé mama el pecho, la zona de la boca (labios, lengua) se constituye en una zona erógena en sus primeras experiencias de placer, es decir, que al inicio se asocia la satisfacción de la necesidad de alimento con la satisfacción de las zonas erógenas. Tras esta experiencia intentará repetir el mismo placer, buscará nuevamente la satisfacción sexual (es decir, de la pulsión) y se separará de la necesidad biológica sobre la que se montaba originalmente. El niño, que aún no domina el mundo externo, utiliza una parte del propio cuerpo como objeto para la satisfacción de la zona erógena principal y aquella otra parte se constituye entonces como una zona erógena secundaria de menor valor, que le permitirá luego ir libidinizando otros objetos. La satisfacción es la extinción parcial y temporal de la pulsión, puesto que ésta siempre retorna, rodea las áreas que le incumben e insiste.

Se pueden distinguir entonces tres características de las exteriorizaciones de sexualidad infantil: nace *apuntalándose* en las funciones físicas vitales, es *autoerótica*, pues se satisface en el propio cuerpo y su meta se encuentra dirigida por una *zona erógena*.

2.6.2 Narcicismo

Se indagará sobre este concepto fundamental para poder articularlo posteriormente al fenómeno del dolor crónico en la Fibromialgia. Freud (1914/2008) ubica al narcicismo como una instancia intermedia entre el autoerotismo y el amor de objeto. Naccke en 1899 (citado en Freud 1914), utiliza este término para referirse a aquella conducta por la cual un sujeto da al cuerpo propio un trato similar al que daría al cuerpo de un objeto sexual. Es decir, que le presta determinada atención, lo acaricia, lo mira a tal punto de poder lograr con su cuerpo una satisfacción plena.

Aquí el autor va a distinguir un narcicismo primario de un narcicismo secundario, del primero es posible dar cuenta a partir del segundo, cuando por diversas situaciones se produce un repliegue de la libido puesta en los objetos, vale decir también, en las representaciones de dichos objetos hacia su lugar de origen: el yo. El narcicismo primario se trataría de una investidura original perteneciente al yo, que luego podrá ir emanando hacia los objetos, y así como los inviste libidinalmente también puede despojarlos de esta energía psíquica y replegarla hacia sí mismo. Por lo tanto, una vez que el yo sea lo suficientemente libidinizado, podrá depositar la libido en objetos exteriores. Es allí donde sobrevendrá el narcicismo secundario con sus cimientos puestos en el narcicismo primario. (Freud, 1914/2008)

Freud (1914/2008) también va a diferenciar la libido yoica, aquella dirigida hacia sí mismo, y la libido de objeto, dirigida entonces al mundo de los objetos, ya sean reales o fantaseados. Si una de éstas prevalece, la otra se empobrece. Al inicio, en el narcicismo primario, ambas energías psíquicas no se diferencian, es a partir de la investidura de objeto cuando es posible diferenciar la energía sexual de la energía de las pulsiones yoicas. La libido es un quantum de energía psíquica que a su vez tiene una cualidad

particular: está dotada de una gran movilidad que le permite ir desde el reservorio de energía narcisista para investir las representaciones de objetos del mundo exterior e incluso regresar nuevamente al yo.

El narcisismo sería una formación posterior al autoerotismo. Al inicio de la vida no existe una formación unitaria como lo es el yo, sino que éste adviene, se construye. En un principio las pulsiones se encuentran dispersas, no están unificadas en el organismo del infante pero durante el desarrollo van a ir tomando cierta coherencia cuando estas pulsiones se organicen alrededor de ciertas zonas (llamadas erógenas) y que luego al unificarse van a darle la investidura original al yo (Freud, 1914/2008).

De los observables clínicos propuestos por Freud para conceptualizar los movimientos de la libido, se exhibirán en dos que atañen a esta tesis: La enfermedad orgánica y la hipocondría.

Tomando el caso de la enfermedad orgánica, se observa que el enfermo en su sufrimiento retira el interés que ha puesto anteriormente en el mundo externo, por lo tanto situaciones, motivaciones proyectos con los que contaba comienzan a resultarles indiferente. A su vez la libido se retira de los objetos de amor y vuelve a replegarse sobre el yo, podría pensarse que el enfermo deja de amar en parte. Entonces este interés (como libido no sexual) y libido se vuelven a indiferenciar en el yo una vez que se repliegan en él y cuando el sujeto sana puede volver a libidinizar fuera de su yo.

Ahora bien, en el caso de la hipocondría, el sujeto retira el interés y la libido (con particular acento se evidencia mayormente el retiro de ésta) y los deposita en el órgano o la parte del cuerpo que le demanda su atención. Aquí Freud refiere que la diferencia entre hipocondría y enfermedad médica reside en que en esta última, las dolencias tienen su fundamento en alteraciones orgánicas comprobables y en la primera esta evidencia objetiva no se encuentra, de todos modos da la razón de existencia a las dolencias de órgano de la hipocondría y se pregunta en qué consisten éstas.

Freud (1914/2008) propone clasificar a la hipocondría dentro de las neurosis actuales, junto a la neurastenia y a las neurosis de angustia. Agrega además que en el núcleo de la constitución de las neurosis actuales se encuentra la hipocondría y que ésta podría pensarse como una especie de “*estasis de la libido yoica*” (pag. 83), esto daría por lo tanto un aumento de la tensión que se traduce como ya se ha visto, en displacer. Se trataría entonces del recorrido de la libido por aquellos órganos susceptibles de estimulación dolorosa o de estimulación en general y entonces se refiere a la erogenidad de los órganos como aquella actividad en la que la vida anímica deposita excitaciones sexuales en distintas partes del cuerpo. Freud (1914/2008) en relación a esto agrega:

“(…) estamos familiarizados hace mucho con la concepción de que algunos lugares del cuerpo- las zonas *erógenas*- podían subrogar a los genitales y comportarse de manera análoga a ellos (...) Podemos decidarnos a considerar la erogenidad como una propiedad general de todos los órganos (...) a cada una de estas alteraciones de la erogenidad en el interior de los órganos podría serle paralela una alteración de la investidura libidinal dentro del yo. En tales factores habríamos de buscar aquello que está en la base de la hipocondría y puede ejercer, sobre la distribución de la libido, idéntico efecto que la contracción de una enfermedad material de los órganos” (p. 81).

2.7 Aportes lacanianos

2.7.1 Las dos operaciones constitutivas: Alienación y Separación

Para Lacan alienación y separación se trata de dos operaciones lógicas que tienen lugar en la relación con el Otro, entendido este último como la estructura del lenguaje. La alienación va a inaugurar la entrada del sujeto en el universo signifiante; y la separación introduce la pérdida del *objeto a*. Tomamos estos desarrollos del autor para abordar las dos operaciones que constituyen al sujeto del Inconciente.

Según Lacan son operaciones lógicas que actúan por simultaneidad y por anticipación retroactiva. Para orientarnos en la comprensión de la característica de la simultaneidad, Lacan (1964/2013) dice que “un signifiante es lo que representa a un sujeto para otro signifiante” (p. 215). Damos cuenta entonces que el sujeto no es sin los significantes del Otro (sin pasar por la alienación a la cadena signifiante del Otro). Y al mismo tiempo que este mundo simbólico lo constituye, el sujeto no es ningún signifiante del Otro, no hay signifiante que lo signifique completamente sino que siempre remite a otro. La anticipación retroactiva tiene que ver con que la supuesta consistencia del Otro (instante lógico de la alienación) opera cuando empieza a asomar justamente su propia inconsistencia (instante lógico de la separación).

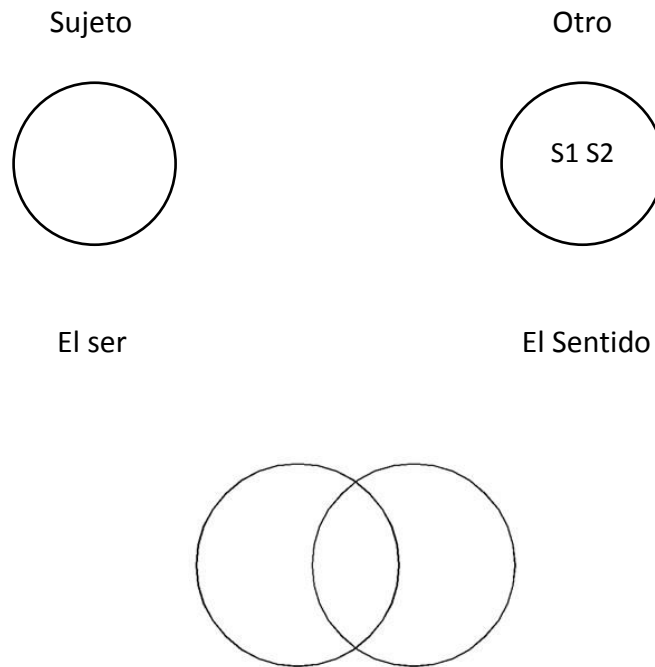
Aquí Lacan (1964/2013) desarrolla un concepto de alienación diverso a aquel que propone en el Estadio del Espejo. En este último plantea una alienación de naturaleza imaginaria que tiene relación con la constitución del yo mediante la identificación especular a la imagen del semejante. En el Seminario XI la va a referir como una operación lógica, simbólica y articulada a la operación de separación.

La alienación es la operación esencial que funda al sujeto y establece su división originaria al exigirle que haga una elección que siempre implicará una pérdida. Según Lacan (1964/ 2013) esta operación posee una estructura lógica de un “vel ó alienante”, se trata de un vel que implica un elección forzada y con una pérdida ineliminable, en su palabras:

La alienación consiste en ese vel que condena (...) al sujeto a sólo aparecer en esa división que he articulado lo suficiente, según creo, al decir que si aparece de un lado como sentido producido por el significante, del otro aparece como afánisis. (p. 218)

Como afánisis o “fading” es decir, como desaparición. Para explicar estos fenómenos Lacan utiliza la teoría de los conjuntos. En la Alienación se trata de la operación de la reunión (que no es igual a la suma) y en la separación refiere a la intersección. Da el siguiente ejemplo para ilustrar la teoría: se tienen cinco elementos en un conjunto, y cinco en el otro, al sumarlo da diez. Luego dice que los objetos pueden pertenecer al mismo círculo, y que en esa reunión, puede haber objetos de ambos círculos. Por lo tanto, en la reunión sólo habrá ocho objetos, si dos de los objetos pertenecen a ambos círculos. Lo que quiere explicar aquí, es que en la elección de estos elementos, si se quiere conservar una de las partes, la otra desaparece de todas formas. Por ende si se elige el ser, se cae en el sin-sentido y si se elige el sentido, pues éste sólo existe despojado de esa porción de sin-sentido, es decir el sujeto del inconsciente.

Entonces existen dos conjuntos o campos, el del Sujeto (conjunto vacío donde Lacan ubica al ser) y el del Otro (donde ubica el sentido, la cadena significante). Lacan sostiene que el mundo simbólico, el mundo del Otro preexiste al sujeto, y es en el campo del Otro en donde adviene, se constituye el sujeto. Por ende algo tiene que advenir y es a través de la operación de la alienación donde se produce un sujeto en el campo del otro.



Para poder comprender este gráfico, Miller (1999) refiere:

Es evidente que, a partir del momento en que el conjunto vacío encierra un elemento significativo, ya no está vacío. El sujeto encuentra entonces ese significativo y se hace él mismo significativo. En otras palabras, invierte el conjunto sujeto intentando encontrarse y sólo encuentra ese significativo y dice: Soy ese significativo. (p. 183)

El sujeto entonces toma el significativo del Otro, elige la vida cercenada, el sin-sentido que procura su afánisis, su fading o desaparición. “La bolsa o la vida”, si elige la bolsa, pierde ambas. Si elige la vida, se queda con la vida pero sin la bolsa, o sea, una vida cercenada. Necesariamente, elija lo que elija, su elección implicará una pérdida. (Lacan, 1964)

El significante de la identificación primordial es S1 y viene del Otro.

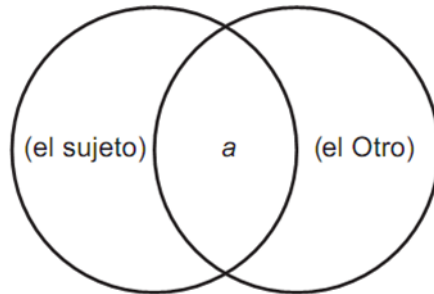


Lacan (1964/2013) afirma:

En los intervalos del discurso del Otro surge en la experiencia del niño algo que se puede detectar en ellos radicalmente -me dice eso, pero ¿qué quiere? Este intervalo que corta los significantes, que forma parte de la propia estructura del significante, es la guarida de lo que (...) he llamado metonimia. Allí se arrastra, allí se desliza, allí se escabulle, como el anillo del juego, eso que llamamos el deseo. El sujeto aprehende el deseo del Otro en lo que no encaja, en las fallas del discurso del Otro, y todos los por qué del niño no surgen de una avidez por la razón de las cosas -más bien constituyen una puesta a prueba del adulto, un ¿por qué me dices eso? resucitado siempre de lo más hondo -que es el enigma del deseo del adulto. (p. 222)

Entonces ¿cómo responde el sujeto a esta pregunta? Lacan (1964/2013) dice que con su propia desaparición, con su afánisis. Es decir, el sujeto se presenta como en falta, por así decirlo, al percibir la falta en el Otro, por lo tanto una falta cubriría a la otra. Se juntan entonces, el deseo del sujeto, y el deseo del Otro. Y aquí Lacan explica que no hay respuesta directa a esto. Una falta generada en el tiempo anterior, sirve para responder a la falta generada por el tiempo posterior. Es en este encuentro con el Otro que el sujeto encuentra una falla, algo que no encaja. Se produce una separación entre el sujeto y el Otro, y eso que cae tendrá que ver con el deseo. Es decir que aparece algo del orden de la

falla, de la no complementariedad sujeto-objeto. Y la separación marcará entonces esa relación del sujeto con el Otro, posibilitando el deslizamiento del deseo.



El sujeto es por lo tanto efecto del lenguaje, está sujeto al campo del Otro. Esta alienación simbólica implica que habrá un significante que estará siempre ausente en esa cadena significativa. Es decir que el sujeto se constituye a partir de una hiancia, a partir del deseo del Otro. El estar dividido, alienado, implica que hay una pérdida de la naturalidad a partir de que lo simbólico atraviesa al sujeto. Esta es la alienación simbólica, constitutiva del sujeto. Hay un significante que falta, por estructura, falta que no se puede suturar. Lo que no se puede suturar es ese objeto perdido de la necesidad, aquello que constituye la operatoria de la separación. Esto es lo que se pierde de la naturalidad por la alienación en lo simbólico, por ser sujeto del lenguaje. Hay un resto que escapa a la significación.

Cuando algo de la madre se ausenta, allí ya está produciéndose toda esta operatoria. Esto que en la primera experiencia de satisfacción el niño encontró como completud o satisfacción plena y que luego querrá reencontrar: es ese objeto que por definición es inhallable.

Los conceptos ofrecidos por Lacan (1964/2013) para explicar la constitución subjetiva, se toman en la presente investigación con el objetivo de poder inferir qué es lo que sucede a nivel subjetivo en el padecimiento de las personas diagnosticadas de Fibromialgia. Se intentará reflexionar sobre qué de la alienación y la separación se pone en juego en los sujetos aquejados de dolor crónico.

2.7.2 Narcicismo en Lacan: El estadio del espejo

Siguiendo con el tema principal del capítulo, la constitución subjetiva, se tomarán conceptualizaciones que Lacan (1949/2008) desarrolla en “El estadio del Espejo” para dar cuenta además de cómo es que el sujeto llega a constituirse como sujeto, y así también cómo llega a constituir su cuerpo, es decir, cómo es que este sujeto llega a tener un cuerpo. Cabe aclarar que desde esta perspectiva teórica, el cuerpo es el encuentro entre el organismo y el universo simbólico que atraviesa este real de ese organismo, de esa carne. Quedando así el cuerpo ubicado en tres registros, uno real, uno simbólico y otro imaginario, este último se podrá apreciar claramente en este apartado.

Lacan (1949/2008) se basa en ciertos referentes de la psicología como Baldwin quien se detuvo en la observación del niño pequeño comparado con los animales. Refiere que el niño alrededor de sus 6 meses de vida adquiere la posibilidad de fascinarse con la imagen que el espejo le devuelve y luego con el tiempo de reconocerse ahí mismo. Acá hay una diferencia con respecto al chimpancé de la misma edad quien al entender que la imagen sólo es ilusoria pierde el interés en ella. (Lacan, 1949/2008)

El concepto del estadio del espejo va mucho más allá del experimento entre el pequeño y el animal; representa un aspecto fundamental de la estructura de la subjetividad; es parte imprescindible en la formación del Yo como recurso del cual el niño se vale para llevar a cabo el proceso de identificación, que al mismo tiempo representa esa alienación imaginaria con el Otro.

Lacan (1949/2008) en sus Escritos, Tomo I: “El estadio del espejo como formador de la función del yo (je)” refiere:

El hecho de que su imagen especular sea asumida jubilosamente por el ser sumido todavía en la impotencia motriz y la dependencia de la lactancia que es el hombrecito en ese estadio infans, nos parecerá por lo tanto que manifiesta, en una situación ejemplar, la matriz simbólica en la que el yo (je) se precipita en una forma primordial, antes de objetivarse en la dialéctica de la identificación con el otro y antes de que el lenguaje le restituya en lo universal su función de sujeto. (p. 100)

Como ya se ha mencionado, el bebé humano se encuentra en una situación de desvalimiento mucho mayor que cualquier otra especie. Nace prematuro y completamente dependiente de un otro. Además al nacer no tiene una imagen propioceptiva del cuerpo puesto que no hay tampoco una coordinación motriz, esto se relaciona con la maduración del sistema nervioso humano. No posee una imagen integrada de su cuerpo, sino fragmentada.

Entre los 6 y 18 meses, en la historia de la formación del individuo, comienza la fase que Lacan (1949/2008) llamará Estadio del espejo, y postula:

El estadio del espejo es un drama cuyo empuje interno se precipita de la insuficiencia a la anticipación; y que para el sujeto, presa de la ilusión de la identificación espacial, maquina las fantasías que se sucederán desde una imagen fragmentada del cuerpo hasta una forma que llamaremos ortopédica de su totalidad, y a la armadura por fin asumida de una identidad enajenante, que va a marcar con su estructura rígida todo su desarrollo mental. (p. 102)

El sistema visual del pequeño es relativamente avanzado con respecto a su sistema motriz. Ve en ese espejo una imagen total que percibe como una Gestalt como un todo unificado en contraposición a la falta de coordinación de su cuerpo real. El yo se identifica con la imagen especular que el espejo le ofrece, la imagen de él que es simultáneamente él mismo y otro. Por esto, el yo se constituye por alienación. Esa imagen que el niño asume como propia -su Imago- proviene del otro. La constitución del sujeto entonces, se da por la identificación con el otro, lo cual genera una tensión conflictual, puesto que hay

dos para un solo lugar. Pero es este proceso el que le permitirá formarse de sí una imagen ortopédica de totalidad. Es decir, que el fenómeno del estadio del espejo va a organizar la relación libidinal del sujeto con la imagen de su cuerpo.

El sujeto entraría así en el orden de lo imaginario y también de la dimensión simbólica, que estaría presente en la figura del adulto que sostiene al infante. El niño luego de experimentar con júbilo la imagen que toma como propia en el espejo, voltea la cabeza para que el Otro le ratifique esa imagen, ese deseo materno que empuja al niño a identificarse con lo que desea, transmitido mediante la mirada amorosa de la madre. Miller (2006) en "Introducción a la clínica lacaniana" agrega:

La castración de la madre que le da al hijo su lugar de falo imaginario. O sea que el falo imaginario es la imagen con la que el sujeto se identifica. De no haber esta matriz, el niño no tendrá valor de falo y no podrá constituirse como un yo, y es el caso de las llamadas psicosis infantiles, del autismo infantil. (p. 91)

En esa imagen donde el niño es el falo de la madre, esa imagen cubre la falta en ambos. Es esa alienación en la que el sujeto se constituye por algo que no es de él sino que es a priori ajeno, y así se da lugar al yo del sujeto revelando que está escindido. Esa identificación a la imagen total del otro involucra también al yo ideal, que funciona así como una promesa de totalidad futura y sostiene al yo en la anticipación (Evans, 1996).

Es este el proceso por el cual el sujeto irá formando una imagen de sí, primero dada por ese espejo, esa imagen tomada del otro, con la cual formará una imagen propia, aunque siempre ortopédica e incompleta.

2.7.3 El concepto de pulsión en Lacan

Lacan (1964/2013) retoma este desarrollo freudiano como uno de los conceptos fundamentales en Psicoanálisis y menciona entonces la distinción que Freud (1915/2008) hace de la pulsión en cuatro términos: El *esfuerzo* o *Drang*, cuya característica esencial es su fuerza constante que a su vez impide la asimilación de la pulsión a una función biológica, ya que esta última es marcada por el ritmo. Justamente el constante movimiento de la pulsión la hace poseedora de un movimiento arrítmico, por lo tanto la *Trieb* no se trataría de la presión de una necesidad biológica.

La pulsión se satisface llegando a su *meta*, este punto es importante ya que en muchas ocasiones el sujeto se satisface allí donde desde la conciencia asegura no satisfacerse, en palabras de Lacan (1964/2013):

Satisfacen algo que sin duda va en contra de lo que podría satisfacerlos, lo satisfacen en el sentido que cumplen con lo que ese algo exige (...) aquello que satisface por la vía del displacer, es, al fin y al cabo, la ley del placer (p. 172)

Lo que allí hace obstáculo al principio de placer es lo real, es aquello que se presenta como imposible. El autor también retoma el *objeto* de la pulsión al referirse que se trata del término mayormente revestido de contingencia, es decir, podría ser cualquier cosa u objeto. Para Lacan (1964/2013) el lugar que ocupa el objeto en relación a la satisfacción de la pulsión, es un lugar en donde es contorneado por ella, es el punto en torno al cual gira la pulsión. Sostiene que para captar la esencia del funcionamiento pulsional, es necesario concebir al objeto en el orden de un *hueco*, es decir, un vacío, éste sería el *objeto a* como objeto causa del deseo.

La *fuerza* tiene que ver con aquellas zonas erógenas ya mencionadas, con aquellos puntos del cuerpo que tienen estructura de borde (lo oral, lo anal, la voz y la mirada). Esta idea de borde resulta fundamental ya que Lacan (1964/2013) la utiliza para representar el *círculo de la pulsión*. La pulsión se estructura a través de un vaivén y tiene un carácter circular que contornea alrededor de ese vacío, el *objeto a*. Por lo tanto la satisfacción de la pulsión se produce contorneando ese objeto; y es justamente ese movimiento el que le otorga su carácter circular, su recorrido que se estructura como un vaivén. La meta de la pulsión, según Lacan (1964/2013) podría pensarse en dos sentidos, como *Aim*, es decir, el trayecto que recorre y como *Goal* que refiere al hecho de marcar un punto hacia al cual se dirige y agrega:

La pulsión puede satisfacerse sin haber alcanzado aquello que, desde el punto de vista de una totalización biológica de la pulsión, satisface supuestamente su fin reproductivo, precisamente porque es pulsión parcial y porque su meta no es otra que ese regreso en forma de círculo. (p. 186)

Por lo tanto la pulsión es siempre autoerótica, busca satisfacerse en su propio recorrido, en su ir y venir. Además es importante destacar que la pulsión se inscribe en el psiquismo en el orden de una falta, de algo no realizado, de este vacío o hueco ya mencionado y es justamente esta manera de inscripción que la ubica en el orden de lo real. Estas características que tienen que ver con la repetición han sido trabajadas en este apartado con “Más allá del principio de placer” (Freud, 1920/2008).

2.8 Constitución subjetiva- constitución del cuerpo

Continuando con el tema principal de este capítulo, se abordará a continuación las conceptualizaciones sobre el cuerpo desde la perspectiva trabajada.

El síntoma que da inicio al desarrollo del Psicoanálisis es el síntoma somático de conversión. El cuerpo es, aquello de lo cual Freud (1893/2008) da cuenta en el estudio de las histerias donde pudo observar cómo, en muchos casos de parálisis motrices de pacientes histéricas, la parálisis no se asociaban a lesiones orgánicas.

Freud (1893/2008) refiere que "(...) se puede sostener que la parálisis histérica es también una parálisis de representación, pero de una representación especial cuya característica debe ser descubierta" (p. 200). Esta representación es aquella que construye el sujeto histérico sobre su propio cuerpo y que nada tendría que ver con la fisiología en relación a las parálisis de causa orgánica.

En "Algunas consideraciones con miras a un estudio comparativo de las parálisis motrices orgánicas e histéricas" Freud (1893/2008) afirma:

(...) la lesión de las parálisis histéricas debe ser por completo independiente del sistema nervioso, puesto que la histeria se comporta en sus parálisis y otras manifestaciones como si la anatomía no existiera, o como si no tuviera noticia alguna de ella (...) es ignorante de la distribución de los nervios (...) (p. 206)

El desencuentro o desarmonía entre el síntoma y la disposición anatómica, esta forma de fragmentación que el síntoma conversivo impone al cuerpo; tiene que ver con la fragmentación introducida por la incidencia del significante en el cuerpo. La histeria se trataría entonces de esa relación disarmónica (como producto de la pérdida de

naturalidad) entre el cuerpo y los efectos del lenguaje, en donde no se toma a la anatomía real sino su representación inconciente.

La historia de este modo, cuestiona al saber médico y muestra cómo el cuerpo puede enfermar por otras vías que no responderían exclusivamente al funcionamiento orgánico. Freud (1893/2008) revelará entonces cómo el síntoma conversivo responde a un proceso de simbolización y que cualquier sector del cuerpo puede tomar valor de zona erógena.

El cuerpo sería entonces una construcción subjetiva, una cadena de representaciones, como lo demuestra Freud (1893/2008) desde su primera época. No se trataría del cuerpo como ente biológico u orgánico puramente, sino del cuerpo en tanto asociación de representaciones, es decir, cadena significante. El cuerpo habla en el síntoma, habla del sujeto. Por lo tanto podría decirse que el síntoma habla en tanto que retorno de lo reprimido (Perrota, 2011).

Lacan (1964/2013) establece una diferencia entre organismo y cuerpo como construcción significante. Esto quiere decir que no se nace con un cuerpo sino que éste se llega a constituir en ese anudamiento de los registros imaginario, simbólico y real. Por lo tanto los órganos por sí mismos no constituirían el cuerpo, sino que el sujeto monta una imagen del mismo y de sus contenidos atribuyéndoles un determinado valor simbólico.

Según Lacan (1964/2013) para llegar a la idea de cuerpo es preciso que al organismo viviente se agregue una imagen que lo represente en el psiquismo y es lo que justamente se desarrolla en el Estadio del Espejo. Esta imagen completa, total que representa en primer momento al cuerpo va a ser fragmentada por el efecto que el significante introduce en el cuerpo, a saber, inaugura la entrada en el mundo simbólico y como consecuencia produce una pérdida de naturalidad del organismo.

El cuerpo, nace en el campo del Otro simbólico que preexiste al sujeto y le presenta una organización del mundo y la cultura a través del lenguaje. Este Otro que

interpreta las manifestaciones del niño irá propiciando las articulaciones significantes que le darán un cierto sentido a las funciones del cuerpo. También el cuerpo irá recibiendo ciertas marcas en insignias que se inscriben en él y lo irán nombrando y determinando de manera particular en cada sujeto.

Por lo tanto, el sujeto en tanto ser hablante inmerso en el lenguaje, adquiere otra dimensión en relación a sus funciones orgánicas. Dicha dimensión es la pulsional, que no se agota en la satisfacción de la necesidad biológica sino que demanda su satisfacción en ese cuerpo marcado por el lenguaje. Como se ha visto anteriormente, el recorrido de la pulsión tiene que ver con aquello que contornea un vacío, un borde y sus fijaciones entran en relación a los agujeros del cuerpo; entonces al hablar de cuerpo pulsional se estaría hablando de un cuerpo agujereado en el que la satisfacción pulsional da lugar al desequilibrio, la desproporción y el exceso.

2.8.1 El cuerpo imaginario, simbólico y real

El cuerpo para el Psicoanálisis puede pensarse como una construcción imaginaria, simbólica y real. El primer cuerpo en la enseñanza de Lacan (1949/2008) es el cuerpo imaginario; como ya se mencionó, en este momento el autor sostiene que para obtener un cuerpo es preciso un organismo más una imagen. La dimensión imaginaria es la que dará la forma y la consistencia del cuerpo a partir de la unidad de la imagen especular que germina así el sentimiento de unidad corporal. Esta imagen corporal total funcionará como una matriz, encarnando una fuerza vital que en el futuro será el sujeto (Castellanos, 2012).

El cuerpo imaginario entonces, consistirá en un cuerpo alienado a una imagen especular de completud que cautiva al sujeto, aquí el cuerpo se presentaría sin fallas. Este registro arraiga en la relación del sujeto con su propio cuerpo, con la imagen de su cuerpo (Evans, 1996).

A partir de “Función y campo de la palabra y el lenguaje en psicoanálisis” Lacan (1953/2008) considera que es el significante el que introduce el discurso en el organismo, resalta entonces la trascendencia de la palabra sobre el cuerpo y sostiene “Las palabras están atrapadas en todas las imágenes corporales que cautivan al sujeto; pueden preñar a la histeria (...) representar el flujo de la orina de la ambición uretral o el excremento retenido del goce avaricioso” (p. 289).

El sujeto como organismo vivo carece de la capacidad para representarse a sí mismo, es por ello que precisa de otro para hacer posible tal representación. Por lo tanto el cuerpo surgirá como identificación con el semejante durante el Estadio del Espejo y en su dimensión simbólica como efecto de la introducción de los significantes del Otro, que harán de este organismo vivo un cuerpo al ir otorgándole diversas funcionalidades a sus órganos a través del discurso. Este cuerpo entonces se constituirá en relación con el Otro del significante que marcará para este sujeto un nombre, un género, ideales. Incide así sobre este cuerpo a través de los significantes con horarios, voces, miradas, etc., que poco a poco irán dejando ciertas huellas y constituyendo ese cuerpo para ese sujeto. Al respecto de las alienaciones e identificaciones primordiales que introduce el registro simbólico, Castellanos (2012) refiere:

El cuerpo no es un don de la naturaleza. A diferencia del organismo es un producto transformado por el discurso. El organismo animal deviene un cuerpo sintomático y pulsional en el ser hablante; el lenguaje afecta al organismo, lo desnaturaliza, lo modifica (...) por la incorporación del lenguaje se paga un alto precio, pues esta operación negativiza el goce original y *real*, primario. El cuerpo se desvitaliza, aunque no en su totalidad. El hombre paga un precio por hablar (...) la libra de carne que contiene lo natural del organismo. (p. 52)

Como resto de esta incorporación de lo simbólico queda la libido que irá implantándose en las zonas erógenas, su recorrido tendrá como función recuperar en el exterior el goce perdido del cuerpo, de allí emerge entonces la disposición pulsional que apunta a los objetos fuera y dentro del cuerpo. Suponiendo un estatuto primario del goce, éste en su encuentro con el lenguaje será modificado, fragmentado, localizado y condensado en estas zonas erógenas en aquellos lugares en donde el cuerpo presenta bordes o agujeros (Castellanos, 2012).

Finalmente se aborda, de manera breve, el cuerpo en su dimensión real. Este registro entra en relación con lo imposible de asimilar simbólicamente, es decir, presenta resistencia a ser integrado completamente en el orden simbólico y es esto justamente lo que determina la cualidad traumática de lo real. Esta dimensión tiene a su vez connotaciones de sustancia material y que entran en relación con la biología y el cuerpo en su aspecto físico puro (Evans, 1996). Dicha faceta real del cuerpo es aquella que la medicina toma para conceptualizarlo como un organismo vivo compuesto por tejidos, órganos, con determinadas funciones, etc. El cuerpo pierde su condición plenamente orgánica al ser introducido en el mundo del lenguaje, por lo tanto pierde su naturalidad y con ella el estado puro de necesidad, así entonces emerge la dimensión pulsional que se ancla también en lo real. El cuerpo real se trataría entonces de un cuerpo afectado por el goce.

Lacan (1975/1997) en la conferencia "Joyce el síntoma II" refiere que el humano tiene un cuerpo, en lugar de ser un cuerpo, así establece una disyunción entre el cuerpo y el ser. Castellanos (2012) al referirse a este momento de la enseñanza lacaniana agrega:

En el mundo animal puede justificarse el hecho de identificar su ser y el cuerpo pero no es así en el hombre, que también se hace sujeto a través del significante, es decir, está hecho de falta- en- ser. Esta falta divide su ser y su cuerpo y reduce este último al estatuto del tener" (p. 56)

CAPÍTULO III

“Sobre el dolor y el síntoma
conversivo”

“El dolor físico nos pone en oposición con nuestro cuerpo, el cual se muestra completamente ajeno a lo que está en nosotros” P. Valéry

3. 1 Introducción

Este apartado tiene como objetivo intentar responder a una de las preguntas centrales de la presente investigación: ¿Qué se entiende por dolor desde el Psicoanálisis? Para ello se rastreará dicho concepto en la obra de Freud y Lacan. Además se indagará en los desarrollos sobre el tema del dolor realizados por Juan David Nasio (2007) en su libro “El dolor físico” en donde toma también conceptualizaciones, principalmente freudianas, que continúa ampliando.

3.2 Recorrido freudiano del concepto de dolor y otros aportes

En el “Proyecto de Psicología para neurólogos” Freud (1895/2005) sostiene que el dolor sería producto de la irrupción de grandes cantidades de energía provenientes del exterior, que perforan los dispositivos de barrera del aparato psíquico. Se trata de un aumento cuantitativo que alcanza al aparato y se dirige hacia todos los caminos de descarga ya facilitados. En este momento el autor supone la existencia del “Principio de Constancia” en el sistema nervioso, por lo tanto éste tenderá a huir del dolor o mantener

constantes sus niveles de energía. Es por ello que la irrupción del dolor pone en movimiento al aparato psíquico en su totalidad.

La vivencia de dolor es definida por Freud (1895/2005) como la contrapartida de la vivencia de satisfacción. Ésta es presentada como la vivencia por la cual se instaura el deseo en el niño, producto del auxilio ajeno que le permite realizar la acción específica cesando así el estado de excitación y malestar interno.

La emergencia de esta vivencia nace entonces, a partir del ingreso de cantidades hipertróficas al aparato produciendo en él:

1) una elevación de la sensación de displacer, puesto que se ha producido una interrupción en el Principio de Constancia del aparato, 2) por consecuencia se produce una inclinación de descarga, y 3) queda una facilitación entre la tendencia a la descarga y una imagen-recuerdo del objeto excitador de dolor (imagen mnémica hostil).

El todo de esta secuencia es llamado por Freud (1985/2005) vivencia de dolor, aquello que durante la vivencia queda sin ligar, sin posibilidad de ser satisfecho es lo que produce dolor. Además cada vez que la imagen mnémica hostil sea reinvestida nuevamente se producirá un estado análogo al de la vivencia, pero esta vez no se produce una nueva conmoción, es decir, un nuevo ingreso de cantidades hipertróficas desde el exterior, sino que estas cantidades son otorgadas desde dentro del aparato. Esta idea de aquél quantum de energía interna será el anticipo al concepto de pulsión.

El dolor sería entonces un elemento constituyente del psiquismo e indisoluble de la satisfacción pulsional ya que toda vivencia posterior seguirá las coordenadas de la vivencia fundante, cada vez que algo de la satisfacción tenga lugar, también habrá algo que quede sin satisfacer. En tal contexto sería posible pensar que el dolor que se presenta en la Fibromialgia podría ser la expresión de un dolor antiguo, fundante, de algo que en su momento quedó sin ligar y retorna en el presente expresado en dolor físico difuso y crónico.

En relación a los posibles destinos de pulsión en el par sadismo- masoquismo, Freud (1915/2005) hace referencia de un segundo tiempo en que se produce la vuelta de la pulsión sádica hacia el yo, es decir, el masoquismo y expresa “(...) las sensaciones de dolor, como otras sensaciones de displacer, desbordan sobre la excitación sexual y producen un estado placentero en aras del cual puede consentirse aún el displacer del dolor” (p.124), es decir, que el sujeto gozaría no del dolor mismo, sino de la excitación sexual que lo acompaña.

Como ya se mencionó en el apartado anterior, Freud (1920/2008) señala que en lo mudo de la satisfacción pulsional, el sujeto se ve forzado a repetir lo reprimido. Lo que se repite tiene que ver con aquello que marcó y dejó huellas durante las primeras experiencias de satisfacción que a su vez dejaron algo sin satisfacer, es decir, las huellas de las primeras experiencias de dolor, imposibles de simbolizar o ligar, y que se escapan al principio del placer.

3.3 Las lesiones y el dolor en el “Más allá del principio de placer”

Freud (1920/2008) dirá que el displacer específico del dolor corporal se explica porque la *protección antiestímulo fue perforada en un área circunscripta* del cuerpo, y desde ese lugar doliente afluyen al aparato anímico central excitaciones constantes como las que podrían venir del interior del aparato. Se puede inferir entonces, que al definir el dolor corporal, el autor lo compara con la pulsión; de manera que la agresión externa que provoca el dolor evoca la agresión interna de la pulsión. Castellanos (2012) agrega:

De esta forma el dolor corporal puede ser considerado como un síntoma, como una satisfacción sustitutiva (...) Se trata de entender el síntoma no

solamente como algo descifrable (...) que tiene un sentido, sino también como la sustitución de aquello que está reprimido, que falla (...) como una satisfacción sexual sustitutiva, que puede perturbar las diferentes funciones del cuerpo” (p. 46)

Entonces se figura el trauma como un proceso en donde un estímulo externo, por su magnitud o significación para el sujeto, es capaz de alcanzar el umbral del aparato y perforar la barrera antiestímulo provocando así una perturbación de la economía energética del organismo y movilizándolo, en consecuencia todos los medios defensivos. Ante esta situación en un primer momento queda abolido el principio del placer y grandes volúmenes de estímulo ahogarán el aparato anímico. La tarea entonces consistirá en dominar el estímulo, es decir, “ligar psíquicamente” los volúmenes de estímulo que penetraron violentamente, para luego tramitarlos (Freud, 1920/2008).

Ante tal situación, la reacción sobreviniente será que de todas partes de la vida anímica sea movilizada una “energía de investidura” con el propósito de generar en torno al punto de intrusión una investidura energética de nivel correspondiente. Se produce una *contrainvestidura*, a favor de la cual se empobrecen los otros sistemas psíquicos, produciéndose una parálisis o rebajamiento de cualquier otra operación psíquica (Freud, 1920/2008). Se distingue aquí una energía que fluye libremente sin ligar y busca su descarga y otra energía de ligadura.

Siguiendo con el observable clínico anteriormente mencionado, el de las Neurosis de guerra, Freud (1920/2008) señala que en aquellos casos en donde junto a la impresión traumática se produce simultáneamente una herida física, el sujeto que ha sufrido tal experiencia, tendrá luego mayores posibilidades de ligar el exceso de energía al generarse una sobreinvestidura narcisista del órgano o parte del cuerpo comprometida. Freud (1920/2008) da cuenta que con el sustento de una marca en el cuerpo, los pacientes podían enlazar más palabras a la herida en relación a su vivencia traumática y de esa forma, poco a poco los sueños de terror iban cediendo. Es decir, que al poder ir

articulando algo de lo simbólico en lo mudo de la satisfacción pulsional, el síntoma se volvía menos perturbador.

Se podría pensar en el dolor de la Fibromialgia como un posible modo de satisfacción pulsional, que hace su recorrido de manera muda y sorprende al sujeto quien no puede encontrar explicación ni localizar definitivamente el dolor en una zona de su cuerpo. Además al no presentarse lesión visible alguna, que le permita tener un sustento físico para asociar y simbolizar, el sujeto se encuentra a la deriva de un dolor difuso, no localizable y por lo tanto difícil de elaborar simbólicamente.

3.4 Angustia, dolor y duelo en Freud

En este apartado de “Inhibición, Síntoma y Angustia” Freud (1926/2008) va a diferenciar entre sí tres elementos: La angustia, el dolor y el duelo. Plantea que, si la angustia nace como reacción frente al peligro de la pérdida del objeto, ¿cuándo entonces la separación del objeto produce angustia, cuándo duelo y cuándo quizás solo dolor?

Es importante destacar las dos teorías de la angustia en la obra de Freud. Entre 1884 y 1925, el autor postulaba que la angustia neurótica es simplemente una transformación de la libido sexual que no ha sido adecuadamente descargada. A partir del presente artículo, Freud (1926/2008) abandona su teoría anterior y plantea que la angustia es una reacción a una “situación traumática”, vale decir, una experiencia de desamparo ante una acumulación de excitación que no se puede descargar. Estos traumas

son precipitados por “situaciones de peligro” tales como la pérdida de la madre como objeto, la pérdida del amor del objeto, entre otras vivencias (Evans, 1996).

El yo se encontraría entonces frente a la posibilidad de desvalimiento ante un peligro, no necesariamente externo, sino un peligro pulsional. Se trataría de una exigencia pulsional cuya satisfacción aterra y hace retroceder al yo, esta pulsión no es más ni menos que la masoquista orientada hacia la destrucción vuelta hacia la propia persona.

La primera condición de angustia para el yo es la de la pérdida de percepción, que se equipara en la vida del lactante a la pérdida del objeto. El yo todavía no cuenta una pérdida de amor, más tarde la pérdida de amor del objeto es un mero peligro y condición para la angustia.

Según el autor, el dolor es la genuina reacción frente a la pérdida del objeto, la angustia es la reacción frente al peligro que esa pérdida conlleva, y en ulterior desplazamiento el peligro de la pérdida misma del objeto. En palabras de Freud (1926/2008) el dolor:

(...) nace cuando un estímulo que ataca en la periferia perfora los dispositivos de la protección antiestímulo y entonces actúa como un estímulo pulsional continuado, frente al cual permanecen impotentes las acciones musculares en otro caso eficaces, que sustraerían del estímulo el lugar estimulado. En nada varía la situación cuando el estímulo no parte de un lugar de la piel, sino de un órgano interno (...) (p. 159.)

Freud (1926/2008) menciona que el lenguaje ha creado el concepto de “dolor interior” o anímico para equiparar las sensaciones de la pérdida del objeto al dolor corporal.

En el caso del duelo, tras el examen de realidad, el yo es exigido a separarse del objeto perdido. Comienza un trabajo en el que se retiran las investiduras libidinales anteriormente depositadas en el objeto, ahora inexistente.

3. 5 Conceptualizaciones lacanianas sobre el dolor y otros aportes

Para continuar con el recorrido del presente capítulo, es preciso retomar el concepto de goce al que refiere Lacan a partir de 1960, en donde marca la clásica oposición entre el placer y el goce.

El placer le pone un límite al goce, funciona a la manera de una ley que intenta acotarlo. A su vez, el sujeto busca trasgredir esto que prohíbe su goce todo, busca ir más allá del principio del placer. Como resultado de esta trasgresión no se generaría un mayor placer sino dolor, ya que el sujeto solo puede soportar una cierta cuota de placer (Evans, 1996). Más allá del límite, el placer se transforma entonces en un *placer doloroso*, Lacan (1959-60/1991) sostiene al respecto que “el goce es sufrimiento” (p. 60). Por lo tanto se trataría de un modo de satisfacción paradójica en donde el sufrimiento del sujeto deriva de la propia satisfacción, a saber, satisfacción pulsional.

La entrada en el mundo simbólico le exige al sujeto una renuncia pulsional, se trataría de una renuncia inaugural al goce durante el complejo de castración en donde el sujeto desiste de sus intentos de ser el falo imaginario para la madre. Ante esta prohibición el goce se presenta constantemente trasgresor.

En “Psicoanálisis y Medicina” Lacan (1966/1993) refiere:

¿Qué se nos dice del placer? — que es la menor excitación, lo que hace desaparecer la tensión, lo que más la atempera, es decir, lo que nos detiene necesariamente en un punto de lejanía, a muy respetuosa distancia del goce. Pues lo que yo llamo goce en el sentido en que el cuerpo se experimenta, siempre es del orden de la tensión, del forzamiento, del gasto, incluso de la hazaña. Indiscutiblemente hay goce en el nivel en que comienza a aparecer el dolor, y

sabemos que es solamente a ese nivel del dolor que puede experimentarse toda una dimensión del organismo que de otro modo permanece velada. (p. 17)

Por lo tanto aquí el goce designaría la ruptura del equilibrio y la homeostasis corporal. Se trataría de los excesos consecutivos cuya sede es el cuerpo, es decir, el dolor equivaldría al goce que se experimenta en el cuerpo. En una revisión del concepto Castellanos (2012) expresa:

El ser hablante goza porque es cuerpo vivo. Lo hace de muchas maneras, no solo se trata de goce en el cuerpo, también existe el goce de la palabra o el goce del pensamiento (...) El goce de la vida se tramita de muchas maneras y la operación simbólica o el encuentro con el lenguaje consigue de manera relativamente eficaz darle un sentido y localizarlo en lo que Freud llamaba zonas erógenas (...) Lo que Lacan inventa como objeto *a* consiste en la organización del goce de una manera relativamente domesticada, a través de objetos que permiten cuantificar y localizar el goce en el cuerpo. (p. 67-68)

Retomando las palabras de Lacan (1966/1993) en donde refiere que solo al nivel del dolor se experimenta aquella dimensión real del organismo, Castellanos (2012) señala que en el relato de sus pacientes diagnosticadas con Fibromialgia cuando refieren por ejemplo “me duele hasta la carne y el pelo” (p.69) podría observarse allí el goce del cuerpo como deslocalizado, por fuera de la articulación significativa, un goce que se manifiesta así como dolor generalizado y difuso que toma todo el cuerpo.

En relación a estos conceptos, Nasio (1996) agrega:

El cuerpo es un lugar de goce. Goce quiere decir el máximo de tensión, de exigencia (...) significa dolor y desgaste. Ése es el cuerpo con que nos tenemos que ver en el análisis. Un cuerpo que nos aparece como que es y no es nuestro (...) es mío en la medida en que el otro que está frente a mí remite hacia mis imágenes (...) Pero el lugar donde el cuerpo no es mío es cuando el cuerpo goza. Allí me es totalmente exterior. (p. 75)

En el *Seminario 7* Lacan (1959-60/1991) define al dolor como “un campo que, en el orden de la existencia, se abre precisamente en el límite en que el ser no tiene posibilidad de moverse” (p. 62). Se estaría refiriendo entonces a un dolor que paraliza al sujeto, que no le permite el movimiento (movimiento del deseo) y así dificulta el vínculo con la vida.

3. 6 El dolor corporal: Aportes de Juan David Nasio

A continuación se tomarán conceptos desarrollados por Nasio (2007) en su libro “El dolor físico” donde propone investigar sobre el origen psíquico del trastorno doloroso en el cuerpo. Comúnmente se suele considerar el dolor físico como una sensación que pertenece solamente a la esfera neurofisiológica de la que el sistema nervioso se encarga transmitir, y las repercusiones a nivel psicológico y social (tan evidentes en el caso de un dolor crónico) tomarían el lugar de unas prolongaciones emocionales posteriores al dolor.

Para conceptualizar el dolor, es interesante detenerse en la definición que elabora la IASP (International Association for the Study of Pain) según la cual: El dolor sería “*una experiencia sensorial y emocional desagradable, asociada con una lesión tisular real o potencial o incluso descrita en términos que evocan una lesión de esa índole*” (IASP, 1986 en Nasio, 2007). Es decir, más que una mera sensación neurofisiológica, se trataría de una emoción que puede surgir incluso sin la presencia de una lesión. Por lo tanto, esta definición considera que el dolor tendría ya un estatuto de realidad desde lo que el paciente refiere sentir en su cuerpo y expresar en su queja (Nasio, 2007).

El autor toma como hipótesis que un dolor intenso se origina desde una intensa conmoción del yo, esta excitación se transcribe en el inconciente y luego regresa mudada

en diversos sucesos penosos e incomprensibles de la vida cotidiana de un sujeto. Nasio (2007) agrega que:

(...) el dolor, ya sea físico o psíquico, siempre es un fenómeno de límite. Siempre emerge en el nivel de un límite, o bien en el límite impreciso entre el cuerpo y la psique, o bien entre el yo y el otro e incluso entre el funcionamiento ordenado del psiquismo y un funcionamiento perturbado. (p. 15)

Si bien la emergencia del dolor se trata de un proceso único e instantáneo, Nasio (2007) considera que se pueden distinguir en su desarrollo diferentes facetas, y así, a modo de recurso teórico, postula tres tiempos: Se inicia con la ruptura o *dolor de la lesión*, a éste le sucede el *dolor de la conmoción* y por último desarrolla el tiempo de la reacción defensiva del yo o el *dolor de reaccionar*.

Antes de continuar, es importante destacar que el autor utiliza el concepto global de Yo en sus múltiples acepciones y de manera simultánea: el yo- persona, yo- conciencia, yo- órgano endoperceptor, el yo- memoria inconciente y como el yo- inhibidor.

3.6.1 El dolor de la ruptura o lesión

Cuando se produce una herida en el cuerpo, el yo ejecuta dos percepciones al mismo tiempo; percibe el dolor en el área local dañada del cuerpo (percepción somatosensorial) y la percepción del estado interno de alteración que lo desborda (Nasio (2007) la llama percepción somatopulsional).

El *dolor de la lesión* corresponde al influjo de excitaciones violentas percibidas imaginariamente en la periferia del Yo. Cabe aclarar que el Yo experimenta al cuerpo a la

manera de su envoltorio periférico, en algunos casos como externo (la piel, las mucosas) y en otros como periferia interna (los órganos) y cualquier perturbación en el organismo la sentirá proveniente del exterior. Por lo tanto, la parte lesionada será percibida como un sector fronterizo, una unidad separada del yo. Ahora bien, cuando el dolor es tan intenso, esta disociación del Yo con su cuerpo desaparece y en ese momento se convierte en ese cuerpo conmocionado. Todo el ser es la materia doliente.

Durante la percepción de la perturbación se forma una *imagen mental de la herida*. Es decir, una representación del lugar doliente y lesionado del cuerpo que trae a la conciencia la percepción de un lugar del cuerpo fuente del dolor, y que por esa misma razón, el yo experimenta aquella fuente como separada, autónoma y hostigadora.

El autor expresa que el Yo es buen receptor de algunos cambios en el organismo pero un pésimo cartógrafo, puesto que la sensación dolorosa no se encuentra en la lesión misma sino que está en el cerebro, la trasmite el sistema nervioso central. Nasio (2007) describe entonces tres aspectos del dolor: uno real, un aspecto simbólico y otro imaginario.

Real: Es la percepción *somatosensorial* de una estimulación intensa que afecta el tejido orgánico.

Simbólico: Consiste en la formación instantánea de la representación mental del lugar dañado del cuerpo.

Imaginario: El dolor es percibido imaginariamente desde la periferia, desde la lesión. Ésta se va a figurar como un hostigador externo del cual el yo buscará deshacerse.

3.6.2 El dolor de la conmoción

Siguiendo a Freud (1895/ 2007) en su “Proyecto de psicología para neurólogos” a través de la lesión, grandes cantidades de estímulos ingresan aportando una corriente energética no controlada y devastadora que hunde al Yo en un estado de impacto o shock traumático y que además, logra abolir temporalmente el principio de placer. El afluyo de esta energía va a dejar ciertas huellas en las *neuronas del recuerdo*, inscribiendo una imagen mental de la herida o detalle del objeto hostil junto a una carga afectiva. El Yo percibe su propio estado conmocionado con el trastorno de las tensiones pulsionales y es lo que constituye la percepción somatopulsional, creando así la sensación de dolor.

En esta faceta del dolor, además del registro mnémico a nivel de la conciencia, se produce su inscripción en el inconciente. Es por ello que Nasio (2007) hace hincapié en el concepto de *dolor inconciente* o *memoria inconciente del dolor*: es aquella que encubre el pasado y no lo refleja concretamente en la conciencia sino que lo hace de manera deformada. La conmoción y el dolor provocados en ese momento quedan registrados en el inconciente y reaparecen luego, transfigurados de cualquier manera que les sea posible en el presente. El sujeto no podrá dar cuenta, de que su malestar actual se trata de la reaparición de sufrimientos olvidados. Ya sea que éstos retornen y se expresen, por ejemplo, como fenómeno psicósomático o un en afecto penoso cuya aparición no se puede explicar, o se trate de una conducta impulsiva destinada a repetir fracasos, o bien, cualquier otra manifestación que sea susceptible de presentarse en la conciencia

Retomando entonces la memoria en términos biológicos, aquella neurona que almacenó la imagen del recuerdo hostil, quedará en un estado de irritabilidad elevado por el cual cualquier excitación, por mínima que sea, le hará reaccionar. Se trata del fenómeno de *sensibilización de las neuronas del recuerdo*, por el cual queda un camino abierto para

la descarga, y cada vez que excitaciones inadvertidas estimulen estos contenidos de recuerdo, el sujeto podrá experimentar un nuevo dolor, quizá menos intenso, y en otra parte del cuerpo y de manera inexplicada, es decir sin causa orgánica.

Respecto de las consultas clínicas en la actualidad por estos dolores que se presentan sin justificación orgánica identificable, Nasio (2007) expresa en relación a la práctica clínica:

(...) este médico cambiaría su actitud clínica si admitiera (...) que el cuerpo es una pantalla en la que se proyectan recuerdos y que el sufrimiento somático actual de su paciente es la reaparición viva de un dolor anterior olvidado. En este caso, el doctor invitaría a su paciente a que éste hablase de todas aquellas antiguas conmociones traumáticas, psíquicas o corporales, que pueda evocar (p. 30)

3.6.3 El dolor de reaccionar

Lo que describe Nasio (2007) en esta tercera faceta del dolor es el esfuerzo defensivo que el yo realiza ante la conmoción en la que se encuentra. En respuesta al ataque, el Yo concentra toda la energía de la que dispone alrededor de la lesión, en un intento de autocuración, para frenar el aflujo excesivo de energía. Este movimiento reactivo es al que Freud (1920/ 2008) se refiere cuando alude a los conceptos de *contracarga* o *contrainvestidura*. Por supuesto que este intento de autocuración no se aplica a los tejidos orgánicos heridos, sino al tejido simbólico que sostiene la *representación psíquica* de la lesión. Es decir, que al no poder curar la herida real, cura la representación de la misma.

Pero esta defensa resulta inadecuada, porque en lugar de aplacar el dolor, el exceso compensatorio de energía que el Yo deposita en aquella *sobreinvertidura narcisista* (puesto que se trata de una imagen del propio cuerpo, es narcisista), le produce aún más dolor. Nasio (2007) indica al respecto de aquello que produce el afecto penoso:

“Lo que engendra el dolor es la valorización afectiva, demasiado intensa, de la representación que está en nuestro interior de la cosa a la cual estamos ligados y de la que ahora hemos sido privados, sea una parte de nuestro cuerpo o el ser que amamos” (p. 40)

Éste es precisamente el momento en que aparece el dolor, cuando el Yo en un intento de adaptarse a la conmoción se aferra obstinadamente a la representación de la imagen del cuerpo herido. Es un intento local y aislado de defensa destinado a fracasar.

Ahora bien, ¿por qué este exceso de energía se traduce en dolor? Porque la representación que se encuentra sobreinvertida terminará por aislarse y se excluye del conjunto de las otras representaciones estructurantes del Yo (Nasio 2007). De este modo el Yo pierde cierta cohesión y deberá funcionar con una estructura desestabilizada.

Nasio (2007) sostiene entonces que no hay dolor corporal sin representación. Además menciona que esta imagen formada no es solamente coetánea a la lesión, sino que deviene también de diversas huellas inconcientes decantadas de antiguos dolores y también por los deseos de los otros. Es necesario aclarar que estas imágenes mentales no coinciden ni respetan la anatomía real sino que se forman en el sustento de la anatomía fantaseada. Es decir, que las percepciones que los sujetos tienen sobre sus propios cuerpos son interpretaciones deformantes derivadas de vivencias fantaseadas sobre la realidad de su cuerpo físico.

3.6.4 La vivencia de dolor fundante

La hipótesis principal del autor en su libro “El dolor físico” sostiene que en la base del sufrimiento humano, sea psíquico o físico, se halla un dolor original. Ahora bien, ¿es posible llegar a figurarse cuál es este dolor inaugural? Podría pensarse éste como resultado de las primeras experiencias en la vida en la formación de los vínculos afectivos, o incluso antes, en la vida intrauterina; hasta se puede pensar en mecanismos neuronales dispuestos al dolor que responden a la configuración genética de la especie orientados a la conservación de la misma (Nasio, 2007). Pero no es lo esencial descubrir el origen, sino dar cuenta de la subjetividad que se expresa en el sufrimiento. Este dolor originario y atemporal es despertado cada vez que surge un *neodolor*, imprimiéndole una cualidad, un sello particular en el dolor de cada sujeto. Cada persona sufre a su manera, lo que siente siempre es *su propio dolor* porque lleva la impronta de su historia, de lo más íntimo de su pasado (Nasio, 2007).

Entonces se puede pensar que todo afecto, ya sea agradable o desagradable, no se trataría solamente de la emoción sentida en el instante mismo en que surge sino que posiblemente también sea la reproducción de un afecto originario. Al respecto Nasio (2007) refiere que:

Todo afecto es la repetición de una experiencia emocional primordial. Es evidente que esta concepción eminentemente freudiana es lo que nos permitiría identificar el afecto con el significante lacaniano. Un significante (...) es siempre la repetición de otro significante. De ahí que decir que el afecto sería un significante equivale a afirmar: sólo hay afectos repetidos (p. 34)

Es importante destacar lo que Nasio (2007) denomina “dolor inconciente”, éste no radica en el sufrimiento de un momento único que queda anclado como un recuerdo

hostil. Más bien se trata de un proceso activo que comenzaría con un sufrimiento somático muy intenso y que deja facilitados los caminos de hipersensibilización para su reanimación cuando surja un nuevo dolor. Aquí el autor estaría refiriéndose a la experiencia fundante del psiquismo, cuyas dos caras, el dolor y la satisfacción van a surcar huellas que resultarán estructurales en la construcción de la vida psíquica de un sujeto (Freud, 1895/ 2007).

Para Nasio (2007) el concepto de “dolor inconciente” es otra manera de denominar a la memoria inconciente del dolor, la cual, estaría estructurada a la manera de un lenguaje. Si se tiene en cuenta la experiencia de dolor como fundante del psiquismo, se podría concluir por lo tanto que el dolor corporal es siempre, en algún punto, una reminiscencia de un dolor primordial y que el sufrimiento, es humano porque es memoria inconciente. De esta manera un dolor vivido sería el recuerdo de un dolor antiguo, al respecto Freud (1926/2008) afirma que “los estados afectivos están incorporados en la vida anímica como unas sedimentaciones de antiquísimas vivencias traumáticas y, en situaciones parecidas, despiertan como unos símbolos mnémicos” (p.89)

3.6.5 Dolor psíquico y dolor psicógeno

Para poder articular de manera adecuada los conceptos descritos en la presente tesina con la implicancia de la práctica en el estudio de caso, es necesario definir estos dos conceptos.

El *dolor psíquico* puede definirse como un estado afectivo, o una reacción afectiva a la pérdida brutal e imprevista de un vínculo de amor. Esta memoria puede o no tomar

una expresión corporal. Este dolor puede manifestarse posteriormente de cualquier manera que le sea posible. Nasio (2007) propone cuatro vínculos de amor posibles:

El primer vínculo de amor, aquella relación con ese otro primordial con el que se desarrolla un vínculo de apego intenso. La ruptura súbita y definitiva de este vínculo es el que impulsa aquel trabajo psíquico conocido como *duelo*.

El segundo vínculo amoroso es aquel que se establece con el propio cuerpo, es un vínculo implícito del cual no siempre se tiene conciencia. Por ejemplo, en muchas ocasiones una persona puede dar cuenta de lo esencial que es para ella la función de la respiración recién cuando ésta se encuentra alterada por una bronquitis u otra causa.

Cuando este vínculo sufre una pérdida, se daña la integridad de la relación con el propio cuerpo, se produce el *dolor de la mutilación*.

El tercer vínculo de amor es aquel que el sujeto tiene en relación a la imagen de sí. Cuando se produce una ruptura en la integridad de la imagen de sí, surge el *dolor de la humillación*.

Y en cuanto al último vínculo que el autor postula, no se trata del amor por el objeto de amor electo sino por el vínculo amoroso en sí mismo, la posibilidad de amar y ser amado. Cuando éste se pierde o desbarata se produce el *dolor del abandono*.

Ahora bien, el *dolor psicógeno* se trata de un dolor cuyo origen parte de un conflicto psíquico antiguo, y que termina por expresarse en un dolor corporal sin causas orgánicas que lo expliquen. Este dolor puede expresarse en alguna de estas dos modalidades:

El dolor psicógeno de carácter histérico: Al que Nasio (2007) describe como un dolor del que los pacientes expresan deseos de hablar. Tratan los dolores como si fueran personajes diferentes de sí mismos ubicados en zonas diversas de sus cuerpos. Es característico de este tipo de dolor su particularidad nómada, se desplaza de lugar, va tomando diferentes partes del cuerpo y también varía en intensidad.

En cambio en el caso del *dolor psicógeno de carácter hipocondríaco*, el paciente no lo vive como algo que tiene sino como algo que lo habita, todo su ser se transforma en ese dolor. Éste vive en el interior de su cuerpo como un objeto perseguidor que lo hostiga incesantemente, impregnando su existencia de dolor.

3.7 Acerca del síntoma conversivo

Para intentar responder a una de las preguntas de investigación de la presente tesina: ¿Se puede considerar el dolor crónico de la Fibromialgia como un síntoma conversivo? Se desarrolla a continuación un rastreo por el concepto de síntoma y el concepto de conversión.

El síntoma entra en relación con el tercer tiempo de la Represión, con el *retorno de lo reprimido*. Aquello que la Represión primaria instaura en el psiquismo es la imposibilidad, por estructura, de una satisfacción toda. El síntoma es una de las vías por las que aquello no ligado retorna.

Freud (1926/2005) sostiene que toda formación de síntoma se produce para escapar al peligro cuya señal es el surgimiento de la angustia, por lo tanto los síntomas ligan la energía que de otro modo se descargaría como angustia y señala:

(...) los síntomas son creados para evitar la *situación de peligro* que es señalada mediante el desarrollo de angustia (...) en los casos considerados hasta ahora ese peligro era el de la castración o algo derivado de ella. (p. 122)

El síntoma es una formación de compromiso entre los sistemas del aparato psíquico. Para el sistema inconciente, representa una realización del deseo. Mientras que

para el preconciente representa una forma para protegerse de una irrupción abrupta de angustia. Al respecto Freud (1917/2007) señala:

(...) los síntomas neuróticos son el resultado de un conflicto que se libra en torno de una nueva modalidad pulsional (...) las dos fuerzas que se ha enemistado vuelven a coincidir en el síntoma (...) gracias al compromiso de formación (...) Por eso el síntoma es tan resistente, está sostenido desde ambos lados (...) una de las partes envueltas en el conflicto es la libido insatisfecha, rechazada por la realidad, que ahora tiene que buscar otros caminos para su satisfacción (...) si acepta otro objeto en lugar del denegado (...) emprende el camino de la regresión y aspira a satisfacerse dentro de una de las organizaciones ya superadas (...) (pp- 326- 327)

En cuanto al *beneficio del síntoma*, éste designa de modo general, toda satisfacción directa o indirecta que un sujeto obtiene de aquél. Se distinguen el beneficio primario y secundario del síntoma. El primario tiene que ver con que algo se satisface en el síntoma, algo de lo no ligado se liga en él. De esta manera el padecimiento que el síntoma conlleva sería menor al que el que implicaría enfrentarse al conflicto. En cuanto al beneficio secundario, el síntoma provoca un movimiento alrededor del sujeto, se podría decir que el sujeto se satisface por el padecimiento ya que gracias a él obtiene ciertos beneficios en su medio circundante ya sea laboralmente, afectivamente, socialmente, etc. (Freud, 1905/2008)

De acuerdo a lo expuesto se puede considerar al síntoma como una formación sustitutiva en función del retorno de lo reprimido; y como satisfacción sustitutiva en tanto que si es sustitutiva, es una satisfacción posible. Es satisfacción sustitutiva porque justamente opera allí donde hay algo no posible (la satisfacción toda). Por lo tanto el síntoma surge como efecto de una pérdida estructural. (Vangieri, 2001)

Lacan (1957/2013) lo ubica del lado de la metáfora y lo describe como mensaje. Es decir, que planteando al síntoma como una metáfora, se encuentra necesariamente en el

campo de lo simbólico y a su vez no puede desligarse de su vínculo con lo real. En consecuencia, el síntoma está entre los dos registros.

En tanto es simbólico, su estructura de metáfora implica una sustitución. Según Lacan (1957/2013) el síntoma se vincula con el modo en que la lengua fue hablada y se inscribe en el cuerpo, esto que queda inscripto en el cuerpo es algo enigmático que gira alrededor del rasgo unario, de aquella primera marca. Y en cuanto a la vertiente real del síntoma, tiene que ver con lo que en él se satisface, con el goce y la repetición.

Lacan (1957/2013) ubica al síntoma como una respuesta frente del deseo del Otro, es decir frente al Gran Otro barrado que emerge como deseante y que por lo tanto remite a la propia castración del sujeto. El síntoma entonces es una forma de evitar saber acerca del deseo del Otro y por lo tanto del deseo de sí mismo, es una forma de no saber sobre la castración.

Gradualmente el autor se aleja de esta concepción lingüística del síntoma y se acerca a una comprensión del mismo como puro goce que no puede ser interpretado y que nada quiere decir, como si se tratase de acción inútil. Este cambio culmina cuando Lacan (1975/1997) introduce el término *sinthome*.

Como ya se mencionó, el síntoma que da inicio al desarrollo del Psicoanálisis es el síntoma de conversión. Esta perspectiva teórica entonces nace apuntalada en el estudio de los fenómenos del cuerpo a los que la Medicina de ese entonces no podía dar respuestas. En este momento de su obra, Freud (1893/2008) plantea como eje de la cura el volver consciente lo inconsciente. Para ello, pesquisaba en el relato de la vida de sus pacientes aquellos acontecimientos que dieron lugar al desarrollo de sus síntomas; de este modo junto con Breuer (1893/2008) utiliza el método de la hipnosis, mediante el cual se busca abreaccionar (descargar) aquellos afectos estrangulados, sofocados en un tiempo anterior que tenían un nexo particular con el síntoma que aquejaba al paciente histérico. Por lo tanto ubicaría la contracción de la neurosis a causa de un acontecimiento traumático o una constelación de ellos.

El recuerdo del trauma psíquico actuaría al modo de un cuerpo extraño, cuya intromisión en el sistema es capaz de seguir generando efectos en el presente, independientemente del tiempo cronológico transcurrido desde el hecho traumático, por lo tanto, conserva su eficacia en la vida anímica (Breuer y Freud, 1893/2008)

Con respecto al ataque histérico, Freud (1893/2008) menciona que la provocación del mismo se produce por una estimulación en la *zona histerógena* o por una vivencia actual que resuena por semejanza despertando una vivencia patológica anterior.

La sintomatología clásica de la histeria se asocia a síntomas físicos como las parálisis locales, dolores y anestias a los que no se les puede encontrar causa orgánica alguna y que se articulan a una *anatomía imaginaria* que no se conecta de manera precisa con la estructura real del sistema nervioso (Evans, 1996). Así lo constata Freud (1893/2008) en “Algunas consideraciones con miras a un estudio comparativo de las parálisis motrices orgánicas e histéricas” como ya se ha mencionado en el capítulo anterior.

Respecto del síntoma de conversión Freud (1894/2008) afirma:

En la histeria el modo de volver inocua la representación inconciliable es *trasponer* (...) a lo corporal la *suma de excitación*, para lo cual yo propondría el nombre de *conversión* (...) puede ser total o parcial, y sobrevendrá en aquella inervación motriz o sensorial que mantenga un nexo, más íntimo o más laxo, con la vivencia traumática. El yo exento de contradicción (...) a cambio, ha echado sobre sí el lastre de un símbolo mnémico. (p. 50-51)

3.8 Elisabeth von R ¿un posible caso de Fibromialgia?

Se mencionará este caso trabajado por Freud (1895/2008) con el objetivo de pensarlo como un posible historial clínico que entraría en relación al tema estudiado. Castellanos (2012) plantea hipotéticamente que desde la óptica de la medicina actual, Elisabeth von R podría ser diagnosticada, como un caso de Fibromialgia.

A modo de una presentación breve de la sintomatología del caso; Elisabeth von R de 24 años padecía dolores en las piernas principalmente en la cara anterior del muslo derecho y poseía cierta dificultad para caminar desde hacía dos años. La paciente se quejaba de experimentar grandes dolores al caminar y una intensa fatiga viéndose así obligada, por episodios, a guardar reposo durante el cual el dolor no remitía pero se aliviaba. Las características del dolor que la paciente describía eran de un dolor cutáneo y muscular indeterminado, que no se limitaba solamente a la zona del muslo derecho, y además se refería a un *cansancio doloroso*.

Otra característica del tipo de dolor que Elisabeth presentaba, y que también se ha observado durante las entrevistas realizadas para la presente investigación, es que la persona aquejada de su síntoma no puede dar demasiados detalles sobre el dolor y manifiesta dificultades para expresarlo con el lenguaje, es decir, se trataría de sensaciones corporales difíciles de describir.

Lo interesante de este caso para la presente investigación, es que el tipo de dolor que Elisabeth refiere sentir, y otras características de su sintomatología como la fatiga crónica (aquél *cansancio doloroso*) y los episodios de dolor agudo que logra aliviar, pero no anular mediante el reposo; podrían presentar ciertas similitudes con el tipo de sintomatología descrita en pacientes diagnosticados con Fibromialgia. Estas

características podrían semejarse a los dolores y fatiga que estas personas describen, como se ha visto en apartados anteriores. El dolor del que la paciente de Freud (1895/2008) se aquejaba podría asemejarse al dolor que presentan sujetos con Fibromialgia, vale aclarar, en su difícil localización, es decir, esta cualidad de dolor difuso, a veces generalizado, y de difícil descripción verbal. Además también podría observarse la similitud en cuanto al surgimiento de episodios agudos de dolor, a los que mediante el descanso o medicación, se les podría dar un alivio pero que en definitiva siempre retornan. El objetivo de señalar estas similitudes sobre la sintomatología de la Fibromialgia con el caso publicado por Freud (1895/2008) es poder pensarlo como un ejemplo de casuística precursor para el estudio de este tipo de sufrimiento o dolor corporal que no presenta causas identificables desde lo puramente biológico.

3.9 El dolor de la neurosis histérica

En cuanto a la neurosis en general, Nasio (1990) sostiene que ésta es una “mala manera de defenderse, la manera inapropiada que, sin saber, empleamos para oponernos a un goce inconsciente y peligroso” (p. 22). Se trataría de una defensa fallida ya que al intentar aplacar lo intolerable de un dolor lo transforma en sufrimiento neurótico a través de los síntomas. Como resultado entonces, se logra sustituir un goce inconsciente, peligroso e irreductible, por un sufrimiento consciente, soportable y en última instancia reductible. En el caso del modo de sufrimiento *histérico*, se sufre conscientemente en el cuerpo, consiste por lo tanto en *convertir* el goce inconsciente e intolerable en sufrimiento corporal (Nasio, 1990).

El autor define a la conversión, desde un punto de vista económico, como “la transformación de un exceso constante de energía que pasa del estado psíquico al estado somático” (p. 32). Sin embargo, sea en el plano psíquico o en el corporal el sujeto sigue sufriendo, pues sufre de estar habitado por un exceso inasimilable e irreductible. Por lo tanto la salida conversiva resulta una mala solución, porque el problema de la incompatibilidad permanece intacto, puesto que lo que supo ser incompatible para el yo a nivel de la representación; a partir de la conversión, surge la incompatibilidad de un sufrimiento somático que no obedece a las leyes del cuerpo real.

Según Nasio (1990) existirían dos clases diferentes de conversión, que lejos de oponerse se complementan: “una *conversión global* que transforma la angustia en un estado general del cuerpo, y una *conversión local* que transforma la angustia en un trastorno somático limitado a una parte definida del cuerpo” (p. 46). Finalmente, el autor señala que la solución histérica al problema de la angustia es amar la angustia, amarrarse a ella a pesar del sufrimiento que conllevan los síntomas.

CAPÍTULO IV

“Fibromialgia, una lectura
psicoanalítica”

4.1 Un saber no sabido

Con el objetivo de introducir este apartado se comenzará mencionando las elucidaciones realizadas por Freud (1890/2007) en su artículo “Tratamiento psíquico (tratamiento del alma)” para dar cuenta de aquellas dolencias que se presentaban a nivel corporal a los que la Medicina no podía dar respuestas. Freud (1890/2007) planteaba que hasta el momento, la ciencia médica se había dedicado de lleno al estudio de los procesos físicos para dar explicación y tratamiento a los malestares corporales y había subestimado el terreno desconocido de la vida anímica.

Las consultas clínicas de cierta clase de enfermos, cuya sintomatología variada y cambiante no evidenciaba causas orgánicas, dejaban sin explicaciones relevantes a la ciencia médica de aquel entonces. Freud (1890/2007) toma algunos casos como ejemplos para ilustrar la diversidad del fenómeno: la persona sufría dolores en los ojos en el momento en que precisaba leer; o al intentar realizar un trabajo que requería atención y labor intelectual, la persona sufría intensos dolores de cabeza; también estos pacientes solían padecer constantes trastornos digestivos, etc. Además estos síntomas gozaban de una gran movilidad por la cual se sustituían unos a otros, por ejemplo, un día el paciente podía presentar una parálisis en el brazo derecho y al otro día la parálisis se desplazaba hacia el brazo izquierdo. O bien podía mudar de un síntoma digestivo a un fuerte dolor de cabeza.

Se trataba entonces de cuadros realmente llamativos a los que no se les podía dar respuesta desde el abordaje clásico del momento. Freud (1890/ 2007) sostiene que entre lo anímico y lo corporal existe una relación de acción recíproca innegable y además, señala

que estos pacientes se mostraban muy susceptibles a los cambios profundos en sus condiciones de vida. Para ilustrar tal afirmación el autor pone como ejemplo aquel paciente que al realizar un viaje podía sentirse en un estado de salud óptimo y al regresar a su hogar volvería a sentir de manera intensa la sintomatología que se había suspendido por un lapso de tiempo. Así Freud (1890/2007) remarca que estos signos patológicos se encontrarían claramente influidos por la corriente de afectos de la vida anímica, por lo tanto estos afectos participarían de los procesos corporales y poseerían la cualidad de exteriorizarse en ellos como así también de alterarlos.

Freud (1890/2007) señala críticamente la actitud científica de los médicos que consideran las causas anímicas de estos dolores como meros productos de la “imaginación” y les asignan un menor valor en la investigación, a comparación con los dolores causados por lesiones, enfermedades, etc. Freud (1890/2007) reconoce el estatuto de realidad de estos dolores de causa orgánica desconocida y además infiere que ciertas enfermedades o síntomas hablan, portan un mensaje. El instrumento o recurso terapéutico para revelar la verdad o este *saber no sabido* que está detrás del síntoma, es la palabra. Es así como propone el tratamiento psíquico para estas enfermedades y postula:

<Tratamiento psíquico> quiere decir, más bien, tratamiento desde el alma-ya sea de perturbaciones anímicas o corporales- con recursos que de manera primaria e inmediata influyen sobre lo anímico del hombre. Un recurso de esa índole es sobre todo la palabra, y las palabras son, en efecto, el instrumento esencial del tratamiento anímico. Freud (1890/2007, p. 115)

4.2 Dolor crónico y Fibromialgia

Se retomará el tema del dolor para articularlo al dolor crónico tipificado en el diagnóstico de Fibromialgia. Según Crue (2001, citado en Salem, 2003, 5) “(...) la mayoría de los dolores crónicos, comienzan con un daño periférico, pero el dolor continúa mucho después de que la lesión o daño original ha sanado”

Ahora bien, ¿cómo es posible que una herida sanada siga teniendo efectos de dolor en el sujeto? Tal fenómeno, lleva a pensar que más allá del tratamiento médico existe un factor que escapa a los medios de objetivación y medición y que entra en una relación crucial con el proceso de la cura, este factor se trata de la subjetividad (Salem, 2003; Castellanos, 2012). La subjetividad tiene que ver con el modo en que cada sujeto puede abordar lo real de su cuerpo, es decir, cómo el sujeto puede o no, enfrentar su dolor, transformarlo, mejorar o empeorar. Por lo tanto habría algo de este dolor crónico que resiste a su cura con el abordaje médico clásico pero que cede en, algún punto, mediante entrevistas y abordaje psicológico. Salem (2003) se pregunta en qué consiste este dolor que, según su experiencia clínica, sólo cede con la cura por la palabra y sostiene:

Influidos por el discurso médico, que no es sólo de los médicos, sino un modo de abordar lo real del cuerpo, solemos suponer que el dolor es señal de daño, y de hecho lo es, pero en tanto parletres, es un hecho de discurso, a cada uno nos duele en función de nuestra subjetividad, esto es al modo particular de elaborar este real que es el daño físico. (parr. 8)

Con respecto a este dolor que retorna, Salem (2003) lo menciona como *memoria del dolor* y Nasio (2007) lo refiere como *memoria inconciente del dolor* para indicar aquel tipo de memoria que encubre el pasado y que luego lo refleja de manera deformada en la conciencia. Estos conceptos se los puede asociar al esquema del aparato psíquico propuesto en “Proyecto de Psicología para neurólogos” donde Freud (1895/ 2007) se figura en el aparato un grupo de neuronas portadoras del recuerdo. En tal esquema, por ejemplo, un estímulo doloroso, ya sea por su intensidad o por asociación, activará las huellas mnémicas asociadas a un dolor ya experimentado y que por lo tanto ya ha dejado sus huellas. El enlace entre estas huellas se establecerá de manera particular en cada sujeto.

Se puede pensar entonces que la cronificación del dolor tendría que ver con este juego de asociaciones inconcientes e involuntarias. Y que justamente no por ser inconcientes, estas huellas y enlaces sean menos eficaces, sino lo contrario: posiblemente cuanto más muda sea la relación o asociación más efectiva e insistente puede ser la memoria del dolor y el retorno del mismo. (Salem, 2003)

Salem (2003) propone entender al dolor crónico como un fenómeno de autoerotismo. Es importante destacar que la autora define al fenómeno con un hecho que se presenta a los sentidos, algo que acontece y se puede observar pero que no es un síntoma, por lo tanto no constituye una formación del inconciente. Salem (2003) sostiene entonces que en los casos de personas aquejadas de dolor crónico, se trata de sujetos que no lograrían constituir una lógica que pueda dar cuenta del deseo de Otro y por lo tanto se desplazarían en una serie metonímica en donde un dolor borra al otro.

En el autoerotismo cualquier parte del cuerpo puede ofrecerse como zona erógena y así ser sede de sensaciones y alteraciones, que en muchas ocasiones, lejos de provocar placer (en el sentido homeostático) son sentidas como dolorosas. Podría pensarse que el dolor crónico de los sujetos con Fibromialgia sería la expresión del cuerpo o varias partes de él constituidas en zonas erógenas, en donde la pulsión vuelve constantemente a tal

punto, que exigiría al máximo la excitación o alteración de aquellas zonas corporales generando así también el máximo de desgaste y esfuerzo en el cuerpo.

4.3 El paradigma médico vigente y la subjetividad

Para responder a las preguntas de investigación ¿Qué entiende el Psicoanálisis por cuerpo? y ¿Qué entiende la Medicina por cuerpo? Palomera (2012, citado en Castellanos, 2012, 12) expresa:

El cuerpo de la medicina científica es el cuerpo fotografiado, escaneando, calibrado e insertado en una cartografía estadística. Por otro lado, el cuerpo del goce, *vale decir, el cuerpo del Psicoanálisis*, concierne a la particularidad irreductible del sufrimiento del paciente.

Como ya se mencionó, el tratamiento del dolor físico hay algo que siempre escapa a la lógica de la medicina, a la lógica de los fármacos o incluso a la del mismo daño orgánico. Castellanos (2012) sostiene que la subjetividad opera de manera decisiva en el tratamiento y considera al dolor crónico sin causa orgánica como una manifestación de, lo que él llama, los *lenguajes del cuerpo*. El dolor crónico de la Fibromialgia se presenta como un acontecimiento que se experimenta en el cuerpo y que al mismo tiempo se anuda a un conflicto psíquico no evidente, es decir, no apreciable de manera clara para el sujeto (Castellanos, 2012).

En la actualidad continúa predominando el modelo biomédico simple, heredero del pensamiento cartesiano. Este modelo divide al dolor; por un lado ubica el dolor relacionado a una causa orgánica objetivable y por el otro, el dolor secundario a factores psicológicos. De esta manera se percibe al primero como un dolor “verdadero” y al

segundo como “imaginado”, esta disociación por consecuencia, contribuiría negativamente en el tratamiento de la Fibromialgia (Castellanos, 2012). El discurso científico médico se sigue sosteniendo en esta disociación operativa entre lo psíquico y lo somático, por lo tanto trabajaría con la concepción del cuerpo como una suma de órganos y aparatos cuyo funcionamiento se puede explicar a la manera de una máquina, dejando así excluida la subjetividad del paciente. En este paradigma los síntomas entonces, podrían ser entendidos y explicados por alteraciones que se producen a nivel de neurotransmisores cerebrales y sistema endócrino, etc.

Una de las consecuencias de esta exclusión de la subjetividad puede observarse en los pacientes con Fibromialgia que suelen circular por el sistema sanitario, muchas veces hostil, por tiempo prolongado sin encontrar un camino que les oriente a la comprensión y alivio de su dolor. Estos sujetos manifiestan un gran malestar al no sentirse comprendidos por el personal médico que los atiende. (Castellanos, 2012)

El cuerpo para el Psicoanálisis no es anatómico, sino que es el resultado del encuentro del organismo con el lenguaje. En este encuentro, y por qué no en el desencuentro también, se va nombrando el cuerpo, sus partes, sus formas, sus funciones y se van inscribiendo, como ya se mencionó anteriormente, las huellas que determinarán la vida de cada sujeto; incluida la enfermedad, agrega Castellanos (2012). Podría pensarse esto como aquellas zonas de clivaje que Freud (1914/2008) menciona en “Introducción del narcisismo”.

Lacan (1966/1993) introduce el concepto de *falla epistemosomática* para referirse a la falla que se establece en la práctica de la medicina al no incorporar la incidencia del inconsciente, es decir, del lenguaje sobre el cuerpo. Por ello es que plantea que el médico no se olvide del sujeto. Miller (1999) agrega:

En un hecho que el significante se convirtió en diferentes especies (...) se digitalizan tanto elementos visuales como fónicos, y se los pone en discos (...) La conversión del significante está en todos lados. El cuerpo también es susceptible

de servir de soporte al significante. Todo el cuerpo se presta a ello: la piel, los órganos, los humores, los fluidos del cuerpo, sus desperdicios, etc. ¿Por qué diablos el cuerpo escaparía a la conversión general? (p. 261)

Las palabras entonces poseen una carga de afecto, de libido, es decir una carga de goce. Y las mismas palabras o significantes no producen los mismos efectos en los seres hablantes. Al respecto Castellanos (2012) expresa que “desde el punto del goce, de la forma en que los significantes son *encarnados* en el cuerpo nos encontramos con la contingencia particular de los seres hablantes (...) en que esas palabras toman un estatuto particular para cada uno” (p. 36). El significante no tiene solamente efectos de significado sino que tiene también efecto de goce, su inscripción implica una pérdida y al mismo tiempo una localización del goce. Además el significante tiene la función de introducir en el cuerpo un cierto ordenamiento o localización libidinal. Es por ello que resulta importante un abordaje psicológico en pacientes con Fibromialgia para que el sujeto pueda de alguna manera, ir localizando este dolor generalizado y difuso que siente en su cuerpo a través del trabajo por la palabra para lograr simbolizar algo de este goce (que apresa dolorosamente a casi todo el cuerpo) de una manera más elaborada y así intentar acotarlo en lo posible.

Para el Psicoanálisis el sujeto es concebido como un sujeto dividido, atravesado por el lenguaje es decir, sujeto del inconciente. Esta concepción permite definir desde allí un cuerpo que será singular para cada uno. La medicina define a los cuerpos sin sujeto. El cuerpo se observa, se clasifica, se diagnostica. No se escucha al sujeto ni a los atravesamientos que sufre y que marcan su cuerpo (Perrota, 2011). Desde la perspectiva psicoanalítica, se propone una lógica basada en el “no pienso” y cuyo objeto de estudio es un sujeto escindido, que es tomado por el discurso del Otro, un universo simbólico que lo preexiste y que no sabe que sabe (Salem, 2003).

La concepción del sujeto entonces determina también la concepción del cuerpo y del síntoma. Para la medicina, el sujeto estaría excluido en su singularidad. El cuerpo aquí

es un cuerpo biológico, que se enferma por lo tanto se lo aborda a partir de la patología, es decir, de ser “portador” de una enfermedad. Este paradigma médico ubica al paciente como objeto de estudio de la medicina y no como sujeto singular (Perrota, 2011). El síntoma es entonces un indicador de la enfermedad, que debe ser suprimido para lograr la curación.

El Psicoanálisis permite legitimar la evidencia que los sujetos hablan a través de sus cuerpos y sus síntomas, y que justamente escuchar al sujeto en su singularidad posibilita hacer lugar a los padecimientos subjetivos en lugar de conformarse con rotular con diagnósticos (Perrota, 2001)

4. 4 Fibromialgia en la clínica psicoanalítica

Retomando las conceptualizaciones sobre el cuerpo y el dolor desde la perspectiva teórica trabajada, Castellanos (2012) señala entonces:

La relación del cuerpo es el resultado para cada sujeto del anudamiento de tres consistencias: la del cuerpo como imaginario, la del cuerpo de lo simbólico y la consistencia del real. El síntoma es el cuarto elemento, efecto de lo simbólico en lo real, el trazo que deja la lengua en el cuerpo, como efecto de goce. Este efecto de goce afecta al cuerpo haciendo de él el escenario de una serie de acontecimientos

Podemos tomar el dolor como un acontecimiento del cuerpo, pero “embrollado”; en el que el goce está deslocalizado y se experimenta como dolor generalizado. (p. 71)

Esta dimensión del cuerpo como “embrollado” plantea ciertas dificultades en el análisis. Según Miller (2002, citado en Castellanos 2012, p. 50) es preciso que el paciente, para poder analizarse, no se encuentre exageradamente *embrollado*, “(...) Es necesario al menos que el sujeto pueda desembrollarse, y eso se logra con la simbolización”

Castellanos (2012) toma entonces, el síntoma del dolor como un acontecimiento del cuerpo *embrollado*, esta denominación connota la presencia del registro real en el cuerpo en donde el goce se encontraría desamarrado, es decir, deslocalizado experimentándose como dolor generalizado. Según Castellanos (2012) la libido que se desplaza a la deriva sin localización, se trataría del mecanismo esencial que da lugar al padecimiento de la Fibromialgia. El término *embrollo* está en relación a lo real en el sentido en que no está ligado a nada, no responde a una ley, que por lo tanto, está fuera del lenguaje y no se deja atrapar por lo simbólico ni lo imaginario.

Existe además otro elemento característico del síntoma del dolor crónico: la separación abismal entre la subjetividad y el dolor, esto se expresa en un rechazo al saber, un rechazo a la faceta simbólica del síntoma como mensaje (Castellanos, 2012). Es por ello que los pacientes aquejados por este síndrome dirigen la demanda sobre la causa y la cura del dolor hacia el médico y de esta manera los sujetos se sitúan por fuera de su propia implicancia en el síntoma.

Castellanos (2012) sostiene que estos nuevos síntomas se relacionan con aquello que Lacan (1975/1997) mencionaba como *operación salvaje del síntoma*. Tal operación se opone a la vertiente simbólica del síntoma, es decir que aquí, se lo conceptualiza como algo que en realidad no porta mensaje alguno. En esta *operación salvaje* la libido se desliza por fuera de los lugares corrientes, es decir, que no se ubica en las zonas que comúnmente puede afectar el síntoma conversivo clásico de la clínica freudiana.

Estos aportes teóricos, alejarían entonces la posibilidad de pensar al dolor crónico, presente en la Fibromialgia, como un síntoma conversivo clásico ya que éste responde a

un estructura del lenguaje que puede ser interpretada y descifrada, es decir, se puede apreciar con mayor claridad la intervención de lo simbólico en su formación y además, el goce se localiza en una o algunas partes del cuerpo. En cambio, en la Fibromialgia, el dolor abarca a casi todo el cuerpo y se mueve a través de él tomando distintas partes en circunstancias diferentes. En consecuencia, la imagen que ofrece la idea de un goce desanudado o de la *operatoria salvaje del síntoma* dolor, se podría apreciar en el tipo de padecimiento que estos sujetos manifiestan. Por lo tanto, se puede pensar que el dolor crónico se trataría de un síntoma más complejo imbricado con mayor compromiso en el registro real, de tal manera que no se permitiría apresar ni apaciguar, en gran parte, por lo simbólico.

Castellanos (2012) propone como hipótesis que la Fibromialgia se trataría de un padecimiento complejo y transclínico. Es decir, que es un diagnóstico que podría encontrarse en distintas estructuras psíquicas:

Nos encontramos con el síntoma del dolor como síntoma o acontecimiento del cuerpo (...) Diferentes formas del lenguaje del cuerpo, modalidades de goce o manifestaciones clínicas que responden a diferentes estructuras o fallas y soluciones en el anudamiento de los tres registros (...) (p. 71)

Lacan (1975/1997) en la conferencia "Joyce el síntoma II" indica que "el goce del síntoma es un goce opaco que excluye al sentido" (p. 8). Si bien siempre habrá algo del real inapresable por el mundo simbólico, como se ha mencionado anteriormente, la propuesta del tratamiento en análisis es apuntar a que algo del sinsentido del síntoma se pueda tramitar por la vía de la simbolización intentando así reorientar el goce del síntoma. Cabe aclarar que las coordenadas de la cura serán diversas según se trate de un caso de neurosis o psicosis. Al respecto Castellanos (2012) agrega:

En los historiales clínicos se puede constatar que casi siempre hay algo en la vida del sujeto que tuvo un carácter traumático y provocó una ruptura libidinal que no pudo ser asimilada. Entonces el cuerpo actúa en cortocircuito, soportando

el síntoma, el dolor que no ha sido tramitado por la vía simbólica, de los afectos, de la angustia o del sufrimiento. (p. 110)

En el caso de las neurosis, se intenta que el sujeto pueda hacer un recorrido por la vía de la simbolización, como ya se ha mencionado, que le permita modificar el registro del goce, es decir, localizarlo y de esta manera posibilitar alguna salida a la petrificación del cuerpo fijado al dolor crónico. Es decir, se intenta reorientar el goce de modo que la pulsión pueda circular de otra manera en el cuerpo y posibilitar así otro movimiento del sujeto. (Castellanos, 2012)

4.5 El dolor y el fenómeno psicossomático

Ahora bien, si la Fibromialgia es susceptible de ser entendida (desde esta perspectiva teórica) como un diagnóstico transclínico y además el síntoma del dolor no sugiere poder explicarse acabadamente por la vía de la conversión, entonces, ¿podría tener el dolor crónico alguna relación con el *fenómeno psicossomático (FPS)*? Castellanos (2012) observa que en determinados pacientes, la Fibromialgia puede acompañarse de ciertos *fenómenos psicossomáticos*.

Será preciso entonces aproximarse a las definiciones del *FPS* desde la escuela francesa. En el Seminario II Lacan (1954-5/2004) sostiene:

Las investiduras propiamente intraorgánicas que en análisis llamamos autoeróticas desempeñan un papel muy importante, por cierto, en los *fenómenos psicossomáticos*. La erotización de tal o cual órgano es la metáfora que más

frecuentemente aparece, a causa de la sensación que induce en nosotros el orden de fenómenos que se halla en juego en los fenómenos psicosomáticos. (p. 149)

Si algo sugieren las reacciones psicosomáticas como tales, es que están fuera del registro de las construcciones neuróticas. No se trata de una relación con el objeto. (...) Las reacciones psicosomáticas se sitúan a nivel de lo real. (p. 150)

Cabe aclarar que no necesariamente la manifestación de un *FPS* corresponda a una estructura psicótica. En el *FPS* la libido se desarregla, no busca sus objetos en el exterior sino que se vuelve un goce tóxico dirigido a ciertas partes del cuerpo. La libido choca sobre lo real del cuerpo produciendo un efecto de lesión allí donde lo simbólico no alcanzó a operar o intervenir. (Castellanos, 2012)

En el Seminario XI Lacan (1964/2013) refiere:

Lo psicosomático, aunque no es un significante, es algo que, al fin y al cabo, solo es concebible en la medida en que la inducción significativa a nivel del sujeto ocurrió de una manera que no pone en juego la afánisis del sujeto. (p. 235)

(...) me atrevería a formular que cuando no hay intervalo entre S1 y S2, cuando el primer par de significantes se solidifica, se holofrusea, obtenemos el modelo de toda una serie de casos- si bien hay que advertir que el sujeto no ocupa el mismo lugar en cada caso. (p. 245)

La cadena significativa entonces no termina de operar porque presenta una perturbación. Esta perturbación es aquella que Lacan (1964/2013) llama *holofrase*, esto quiere decir que se produce una masificación de los significantes y el sujeto queda ubicado más del lado de la alienación que de la separación. Es por ello que no se produce la hiancia en la que el sujeto debiera estar representado, entre S1 Y S2; en el *FPS* habría un defecto de afánisis, el sujeto no estaría metaforizado por la articulación significativa sino que queda petrificado, fijado a ese S1 aislado. (Castellanos, 2012)

Que el significante se masifique implica que éste no remite a nada, por lo tanto es difícil de metaforizar y asociar o encadenar a otro significante. Es ésta, una característica de la lesión de órgano y del discurso que manifiestan sujetos con fenómenos psicossomáticos, es decir, lesión y discurso no remiten a nada, no hay nada que pueda articularse a esta lesión desde las asociaciones de la narrativa del sujeto (Nasio, 2001). Según Castellanos (2012) la estructura del *fenómeno psicossomático* no se trata de un síntoma-metáfora, como en el caso de la conversión, es decir que no estaría cargado de sentido sino que se presenta como un fenómeno puro.

Nasio (2001) rescata que la lesión de órgano es una forma de saber, ¿saber qué?, saber separarse justo a tiempo. Podría pensarse que en el *FPS* el sujeto queda apresado en el momento de la alienación y que justamente la lesión de órgano buscaría producir una separación de los significantes del Otro. Es por ello que Lacan (1975/ 1993) en la Conferencia de Ginebra sobre el síntoma sostiene que el goce que se encuentra en el sujeto psicossomático, es un goce específico profundamente arraigado en lo imaginario, sería un goce congelado a la manera de una fijación.

SEGUNDA PARTE

MARCO METODOLÓGICO

5. Aspectos metodológicos

5.1 Tipo y diseño de estudio

La investigación será cualitativa del tipo descriptiva. Los estudios del tipo *descriptivo* consisten en recolectar datos para así describir un concepto, categoría o variable. Buscan describir fenómenos, situaciones, contextos, para dar detalles de cómo son y se manifiestan (Hernández Sampieri, Fernández Collado y Baptista Lucio, 2010). La metodología *cualitativa* es aquella en la cual se estudia la calidad de las actividades, relaciones, asuntos, materiales o instrumentos en una situación problema.

En cuanto al diseño, se trata de un estudio de caso único. Éste se podría definir como “una investigación que mediante los procesos cuantitativos, cualitativos y/o mixto; se analiza profundamente una unidad integral para responder al planteamiento del problema, probar hipótesis y desarrollar teoría” (Hernández Sampieri, Fernández Collado y Baptista Lucio, 2010).

5.2 Descripción de la muestra

Se presentarán y analizarán viñetas de entrevistas semidirigidas llevadas a cabo en el Servicio de Reumatología perteneciente al Programa de Pacientes Crónicos de OSEP. El sujeto de estudio se trata de una mujer de 58 años, derivada por un médico reumatólogo y diagnosticada con Fibromialgia.

5.3 Instrumento

Entrevistas semidirigidas.

5.4 Procedimiento

Con el consentimiento informado de la entrevistada, se trabajará bajo anonimato con los datos recogidos del campo. Por medio de dicho procedimiento se buscará articular, en base a los objetivos de la investigación, aquellos conceptos descritos en el marco teórico con las viñetas extraídas.

La investigación se abordará desde la perspectiva teórica psicoanalítica, tomando como eje fundamental a Freud y Lacan, y trabajando con autores contemporáneos que continuaron desarrollando y aportando a sus teorías. Asimismo se tomarán datos provenientes de la Medicina para describir el diagnóstico de la Fibromialgia en términos médicos.

5.5 Preguntas de investigación

- ¿Qué se entiende por dolor desde el Psicoanálisis?
- ¿Qué entiende el Psicoanálisis por cuerpo?
- ¿Qué entiende la Medicina por cuerpo?
- ¿Se puede considerar el dolor crónico de la Fibromialgia como un síntoma conversivo?
- ¿Se puede pensar a la Fibromialgia como un fenómeno de autoerotismo?

5.6 Objetivo general

- Describir el concepto de conversión en la obra de Sigmund Freud y su posible relación con el padecer que se observa en la Fibromialgia.

5.7 Objetivos específicos

- Describir y analizar qué se entiende por dolor desde el Psicoanálisis.
- Explicar la diferencia entre organismo y cuerpo desde la perspectiva psicoanalítica.
- Articular el marco teórico con viñetas clínicas.

ARTICULACIÓN TEÓRICA- PRÁCTICA

CASO MERCEDES

6.1 Introducción

A continuación se presentan viñetas de entrevistas llevadas a cabo en el Servicio de Reumatología del Programa de Pacientes Crónicos de OSEP, con el objetivo de articularlas a los conceptos desarrollados en el marco teórico. Tales entrevistas fueron realizadas durante el mes de junio del 2016 en el contexto de prácticas de extensión.

6.2 Presentación del sujeto de estudio

Se trata de una mujer de 58 años llamada Mercedes. Es ama de casa. Está casada y convive con su marido (J) de 63 años y un hijo (H) de 29 años. Sus otros tres hijos ya han formado pareja y viven fuera de la casa materna.

Mercedes estudió los primeros años de una carrera universitaria en otra provincia e interrumpe sus estudios al contraer matrimonio, posteriormente se muda a Mendoza con su marido. Años más tarde durante el embarazo de su tercer hijo comienza a formarse como educadora, recibiendo de maestra pero nunca ejerce con tal título.

Mercedes es derivada por el médico reumatólogo del servicio de Pacientes Crónicos de OSEP, Dr. Páez para la realización de esta práctica. El Dr. Páez refiere el

siguiente diagnóstico el día 26/05/16 sobre su paciente: Artritis Reumatoide (AR), Fibromialgia (FM) y Colon irritable.

6.3 Viñetas de entrevistas y articulación teórico- práctica

M: Tengo problemas de todo, la artritis, la FM, el colon. Yo creo que es la misma enfermedad la que va (hace un círculo con el dedo) tomando los distintos órganos.

Es el dolor indefinido en el cuerpo, que sí tiene puntos pero no es el único punto. Un rato una cosa al otro otra, como que va subiendo y bajando en distintos puntos, no es fijo. A veces que sí, en las caderas es más agudo y fijo pero yo sé que tengo artrosis. Los dolores de la FM son más leves pero van de un lado al otro en tu cuerpo, suponiendo que es la FM y no la AR.

Los nervios sí aportan al dolor, ese estado de nervios de incomodidad.

Estas viñetas dan cuenta de cómo su sufrimiento físico se presenta a la manera de un goce deslocalizado que va tomando distintas partes de su cuerpo. Mercedes se refiere a un dolor que se mueve por distintos lugares del cuerpo, que sube y que baja. Esto entra en relación con aquella dimensión del cuerpo *embrollado* que remite a lo real del cuerpo, en donde el goce se encuentra desamarrado, deslocalizado y por ello se percibe como dolor generalizado y difuso. Se trata de un dolor difícil de describir con palabras porque justamente al remitir a un real es un goce que no tiene ley, no responde a nada y ante este sinsentido del síntoma, Mercedes intenta atrapar con las palabras aquello que se escabulle y no se deja atrapar por lo simbólico, es por ello que no logra describir con exactitud aquello que experimenta como dolor difuso.

Se puede observar en esta viñeta los movimientos de la libido que se desplaza a la deriva por el cuerpo. Aquello que Mercedes describe cuando habla de su dolor, se trata del recorrido de la libido por diferentes zonas del cuerpo que se prestan susceptibles de estimulación, es decir susceptibles de erogenidad. La erogenización de estas partes del cuerpo ofrece lugares que son afectados por el goce, y en consecuencia, remiten al dolor. La pulsión por lo tanto insiste y vuelve a estas zonas del cuerpo exigiendo su satisfacción, se trata aquí del goce que retorna a estas zonas y les impone el máximo de desgaste y esfuerzo para su satisfacción. Por lo tanto en esta satisfacción paradójica de la pulsión muda, lo que es placentero para un sistema se traduce en displacer para otro (Freud, 1920/2008). El goce entra entonces en la dimensión de sufrimiento para el sujeto y allí es como el cuerpo de Mercedes se presta flexible para la satisfacción pulsional mediante distintos síntomas.

M: Agudo de despertarme puede ser el dolor de la cadera, una pierna que es de otra persona, como un peso muerto. Hay noches que realmente dormir es difícil.

(...) cuando tengo que hacer limpieza profunda en casa después estoy que no sé quién soy de dolor, ahí sí.

Esta expresión en donde la parte doliente pertenece a otro; tiene que ver con cómo el Yo percibe al cuerpo como su envoltorio externo y por lo tanto percibe al dolor imaginariamente desde la periferia, el lugar doliente del cuerpo es tomado como fuente de dolor y se figura ante el Yo como un hostigador externo. Es decir que no reconoce como propio aquél sector del cuerpo sino que es percibido como un sector fronterizo, una unidad separada del yo. Ante un dolor intenso, en un funcionamiento yoico, Mercedes se defendería disociándose no reconociendo como propia aquella parte doliente de su cuerpo. En una viñeta, señalada anteriormente, se observa esta recurrencia sobre la percepción de ajenidad sobre su propio cuerpo. En momentos posteriores a un gran

esfuerzo físico, Mercedes llega a experimentar a tal punto su dolor físico que incluso la lleva a referir no reconocerse a sí misma. En esta ajenidad, pareciera que su cuerpo remite a Otro que está en juego en relación al dolor; lo que da cuenta de un posicionamiento ubicado más del lado de la alienación.

M: Así es con la FM, es difícil. Es la enfermedad de los incomprendidos, otra vez te estás quejando porque te duele porque si te quejas te dicen “y ahora ¿qué que te duele?” “ay” si te movés “ay” si giras el cuello. Sos una sucesión de dolores que no tienen origen.

Esta sucesión de dolores puede pensarse dentro de la lógica metonímica del movimiento de la libido en el cuerpo. Tal recorrido remite a lo autoerótico del dolor crónico en la medida que en que va tomando distintos órganos o zonas del propio del cuerpo. En esta modalidad autoerótica del dolor, Salem (2003) señala que un dolor borra al otro y así sucesivamente se reproduce este movimiento.

M: Soy muy rebelde con las pastillas. Dejé los tratamientos porque no era una mejoría notoria, eran solo para el momento y me ha destruido el hígado. Dejé el tramadol y la pregabalina, si me duele algo solo tomo paracetamol una o dos veces al día.

(...) también desistí de las pastillas para dormir. Así que la llevo con tecitos. La Pregabalina me la suspendí yo sola, no me impide llevar una vida normal pero sí es molesto, el dolor en las caderas, ese es fijo. La he tomado un montón de años, el alivio es en el momento pero vuelve el dolor. Si yo siento que no la necesito no la tomo.

No me limita a tener una vida normal, pero porque todavía tengo una vida ocupada, quizá más adelante tenga tiempo y me preocupe por mis dolores. Yo con mis dolores me las llevo bien.

En esta viñeta puede observarse como el dolor corporal de Mercedes no responde a la medicación, es decir, que el dolor se resiste al tratamiento. Su síntoma de dolor es rebelde, como ella misma refiere ser rebelde a la medicación. Teniendo en cuenta la ganancia pulsional del síntoma, podría pensarse cómo el sujeto se puede aferrar a su padecimiento defendiendo aquella posición en donde se juega una parte de su goce. Como bien señala Castellanos (2012), el dolor de la Fibromialgia se trata de un goce que ofrece resistencia y no responde al tratamiento y es en este caso evidente que el síntoma no responde a la medicación.

Mercedes refiere que puede llevar una vida “normal” a pesar del dolor; podría pensarse que a mayor dolor ella ofrece mayor resistencia, como si no quisiera saber nada de determinadas limitaciones que le muestra su cuerpo. A pesar del dolor ella continúa moviéndose igual. Podría pensarse que se muestra en una posición omnipotente, se ubica imaginariamente en un lugar desde el cual ella puede llevar una vida “normal” aunque le duela todo el cuerpo, como si no hubiera límites. En esta posición en la que se ubica desde un Yo Ideal, nada la limita, ni siquiera su padecimiento físico.

M: Como que te tenés que hacer fuerte. No contar con la familia, es de otra forma. En mí hizo que esa cierta dureza, yo voy sola, no voy acompañada a ningún lado. En las primeras consultas me parece que me acompañó mi marido (...) A veces para los hijos uno es demasiado fuerte, y si vos podés hacelo. (...) “total la mami es fuerte, se la aguanta” y mi mami también se lo toma así. Pero de alguien que uno espera que al menos una vez en la vida diga “ay pobrecita” (ríe). Se lo toman como yo se los presento “Ya va a pasar” (...) Y yo creo que me ve como la omnipotente y la omnipresente. Se toma más a ligera lo que a mí me pasa, porque como yo no manifiesto todos mis males. Pucha pero colaborá, decime te acompaño por lo menos (...) No hay mucha respuesta del otro lado, no me echo la culpa pero lo he fomentado. Uno se hace fuerte para que el otro no lo vea débil.

(Respecto de su madre quien no ha querido escucharla hablar de sus dolores físicos le pregunto cómo se siente en ese momento) *¡Ay! una impotencia en mi interior,*

siento lo que es la palabra impotencia. Te ahorco (hace la mueca) muaj y tenes que relajar, tiene 84 años, ¿qué le voy a decir? (...) Se me ocurren muchas cosas para decirle al otro. Siento mucha ansiedad, mucha angustia. Las ganas de llorar, las ganas de mandar todo a la miercoles, lo manejo dejo que pase.

Siempre he sacado fuerzas de donde no hubo, superar el día a día. Los cambios de clima me matan, me levanto de mal humor y arrancho así y llega la noche y me duele de la punta del dedo del pie hasta la punta del pelo, pero los demás no saben que me duele (...)

Me doy cuenta que se viene la crisis porque me pongo nerviosa, me siento impotente. No sé más adelante qué pasará conmigo, ¿me volveré dependiente? Por mi carácter no creo. La llevaré hasta donde me lleve la vida. No creo que me vaya a volver una persona dependiente y sufriende de mis dolores, los tengo...convivamos.

(Suenan la alarma de un mensaje en su celular) Me siguen llamando, como verás soy muy solicitada (ríe) (...) A gastar mi vida, sí, que te metés en un montón de cosas y después no sabes cómo zafar.

Se puede observar a lo largo de las viñetas este posicionamiento imaginario de Mercedes respecto del juego de lugares que ella define como potente e impotente. Este par de posiciones juegan un papel importante para ella, quien realiza pasajes constantes entre poderlo todo o no poder con nada cuando experimenta las crisis de dolor. Es llamativo como se juega en su discurso reiteradas veces el significante “fuerte”. Si se tiene en cuenta la función que cumplen los músculos (sostén de la estructura ósea, posibilidad de movimiento, capacidad de resistencia, de cargar peso) y el esqueleto que brinda la estructura en el organismo. Se puede pensar que a nivel imaginario, Mercedes se posicionaría desde un lugar de fortaleza en el que es sostén de la estructura familiar, es quien conecta a los miembros entre sí, es quien lleva adelante la enfermedad de su marido, se hace cargo y soporta así su posicionamiento en la dinámica familiar. Ella se considera fuerte porque soporta cargarse con situaciones pesadas, soporta responsabilidades, se carga de cosas y luego no sabe “cómo safar”. Es muy interesante

esta expresión que utiliza porque da cuenta de cómo a Mercedes se le dificulta aceptar y marcar para sí y para los demás determinados límites. No sabe cómo “safar”, es decir, no sabe cómo acotar, limitar ese movimiento que le exige tener que responder en todas partes.

De acuerdo a lo revisado en el marco teórico y en consonancia con la entrevista realizada a la Dra. Petkovick para la presente investigación (I. E. Petcovick, “comunicación personal”, 8 de agosto de 2015) los sujetos con Fibromialgia suelen presentar una tendencia a la autoexigencia muy marcada. Suelen ser personas muy perfeccionistas en su trabajo y que también se ubican (debido a las circunstancias externas como crisis vitales y a su posicionamiento desde su realidad psíquica) en el centro de la escena familiar tomando grandes responsabilidades dentro del sistema. Éste es el lugar que Mercedes siente ocupar, el lugar de las cargas, de las exigencias, se trataría de un mandato hostigador para el sujeto, un lugar de goce.

Ahora bien, como contrapartida de este posicionamiento, cuando algo de lo imaginario muestra alguna falla aparece la agresividad y en ese momento queda minusválida, por episodios, a causa de las crisis de dolor, su cuerpo le muestra el límite y Mercedes queda en un lugar de impotencia. También surge la agresividad cuando el espejo no muestra la complementariedad, ella pretende que los demás la comprendan sin que ella se dé lugar para expresar lo que siente o necesita. Cuando el otro no le responde como ella espera Mercedes se enoja, quiere atacar al otro o bien lo hace verbalmente y se angustia al sentir aquella impotencia que refiere en su interior.

Retomando a Nasio (2001) el cuerpo es reconocido como propio en la medida en que el otro devuelve las propias imágenes al sujeto, en este caso, que el espejo le devuelva las imágenes de una Mercedes “fuerte”. Pero cuando se estremece en las crisis de dolor, el espejo vacila y Mercedes se esfuerza para seguir obteniendo o reafirmando estas imágenes del espejo y así poder mantener esa consistencia yoica.

M: Y, hay veces que me siento como la última hormiga. Pero hay veces que no, lo tomo como algo natural, está en mi carácter y yo soy así, no me importa recibirlo o no recibirlo (ayuda del otro) (...) siento que todas me tocaron a mí, que yo soy la pobre víctima de todas estas circunstancias en mi cabeza, ¿por qué yo? Se me termina pasando porque yo soy de echarme tierra encima, así como soy de no decirte lo que estoy sintiendo por ahí me agarran las crisis de qué infeliz que soy y luego se me pasa, seguimos (...) Muchas veces me he sentido abandonada, pero si hay que tomar una decisión digo chau mis problemas internos y sigo.

Muchas veces me siento mal, esas ganas de abandonar todo (...) Tampoco soy de sufrir mucho tiempo, lo voy echando para el costado. Pero sí a veces me siento mal, me siento inútil, todo lo que hice no dio frutos. Por ahí pienso que soy egoísta, que estoy exigiendo algo que lo demás no son capaces de darme.

Es lo que me tocó, tengo que aprender a manejar. Lo que sí a veces no doy más, es mucha la presión, pero bueno son minutos y luego sigo en la marcha (...) Cuando me duelen los huesos (...) No poder con eso, me hace sentir más que infeliz, impotente no poder superar la situación inmediatamente (...)

En este combo que puse me acompaña la diabetes, la AR, la FM, sé que están pero no le doy la importancia que a lo mejor tienen (...) Yo le di origen en mi interior (a la FM), esas cosas que no he podido superar y he ido marginando, creo que a la larga. Quizá yo habré sido así de antes, lo haya tenido incorporado y no me daba cuenta. Le pongo nombre y apellido (...) El mío, jodete como que yo he llevado mis problemas a mi interior, siempre está lo que uno expresa y lo que no. Cosas que en su momento tendría que haber sacado y no saqué (...) me doy cuenta cuando viene como una especie de crisis entonces digo bueno a me viene la "Mercedita" me agarra la "Mercedita" (ríe) por eso te digo que al dolor le he puesto nombre y apellido porque le he puesto mi nombre, es verdad. Es la Mercedita rebelde que quiere que se le pase el dolor, machacando para que se le pase. Me

doy cuenta de que viene porque me pongo irascible, todo te molesta, un cambio violento de humor.

Aquí se puede observar el modo en que Mercedes se presenta en su posibilidad deseante, ella refiere que le es indiferente recibir o no recibir ayuda del otro y así se muestra en una posición en la que no le hace falta nada del otro. Al mismo tiempo, cuando ella refiere sentirse abandonada se está preguntando por el lugar que ocupa en el deseo del Otro. Se observa cierta ambivalencia respecto de la posibilidad deseante. Estas viñetas dan cuenta de cómo Mercedes se ubica en una posición sacrificial respecto del Otro, en donde deja lo propio en último lugar. De este modo trata a su dolor, lo deja a un costado y evita tramitarlo.

A lo largo de estas viñetas se observa el modo en que ella percibe sus problemas de salud como un peso que le toca cargar, de este modo ella “es” su dolor. Pareciera ser un padecimiento del cual ella es merecedora. Podría pensarse aquí la presencia de un superyó hostigador y tirano. Mercedes, en una respuesta de tipo autoeórtica, ofrece su propio cuerpo para tal autocastigo. Esto evidencia la presencia de un movimiento en ella que va más allá del principio de placer, un movimiento que la lleva constantemente a sentir dolor, que exige a tal punto de costear los límites de lo que es posible o no posible de soportar. A esto se agrega la exigencia de superar sus conflictos y dolores inmediatamente y el enojo que le produce consigo misma el no poder hacerlo de tal manera; esto remite nuevamente a este nivel de exigencia que intenta ir más allá de lo posible.

Aquello también entra en relación con una tendencia marcada en Mercedes de no querer saber nada sobre su dolor, de querer actuar como si no lo sintiese. Ella ubica el origen de la Fibromialgia en su interior en relación a las vivencias, quizá vivencias de dolor, que no ha podido elaborar psíquicamente. Retomando en este punto a Nasio (2007) se puede relacionar lo anterior con el concepto de *dolor psicógeno*, es decir, que se trataría

de un dolor cuyo origen parte de un conflicto psíquico antiguo y termina por expresarse en un dolor corporal sin causas orgánicas que lo expliquen.

Freud (1895/2005) indicaba que la tendencia del aparato anímico es huir del dolor para así evitar al displacer, pero en este caso no se trata de un estímulo externo sino que el dolor entra en el orden de lo pulsional (a la manera de estímulo interno continuado) por lo tanto de este dolor no se puede evadir, representa una amenaza constante. Por ello es un dolor que siempre retorna y se le presenta en la conciencia a la manera de un dolor físico inexplicable y difícil de simbolizar o ligar a algo.

Nasio (1990) sostiene que la neurosis consiste en una defensa ante un goce inconciente y peligroso, es decir, un goce en el orden de lo pulsional del cual el sujeto no puede escapar. La defensa neurótica entonces intenta sustituir o convertir este goce inconciente, peligroso e irreductible en un sufrimiento conciente, soportable y al fin reductible a determinadas zonas del cuerpo. Aquellos problemas que Mercedes refiere mandar hacia su interior, tendrían que ver con vivencias de dolor que retornan de manera deformada. Así, con esta modalidad de sufrimiento histérico convierte lo intolerable del goce inconciente en sufrimiento corporal. Aun así esta defensa resulta fallida porque sigue existiendo un exceso inasimilable e irreductible, es decir, la pulsión. Y el problema de la incompatibilidad se mantiene, porque aquello que resultaba una representación incompatible a nivel yoico, a partir de la conversión (que en este caso no se trataría del síntoma conversivo clásico) surge la incompatibilidad de un sufrimiento somático que no obedece a las leyes de lo orgánico.

M: sabes que yo he tratado de buscarle, a lo mejor algún estado de nervios, alguna situación límite de mi vida apareció. Conjuntamente con mi diagnóstico de AR al poco tiempo se enferma mi marido y como que yo me olvidé de mí y me dediqué a él.

Puede ser que la FM me haya aparecido ahí, por los síntomas, por el hecho de que yo pasaba muchas horas en el hospital. Mis hijos trabajan. Puede ser que ahí, todo lo que no expresas hacia afuera lo mandás hacia adentro y que haya sido ahí cuando empecé con los problemas de la FM. Que muchas veces le echas la culpa al cansancio, la incomodidad.

(Sobre su diagnóstico) Y más o menos 6/7 años, me dijo "esto es FM" ah, dije, y bueno ahí me explico lo que era...no sé ¿el origen cuál es? (me pregunta a mí) ¿o como consecuencia de qué se presenta? No sé, y si me lo dijo no me acuerdo (...) sentía dolor, le echaba toda la culpa a la AR, no me cambió, no me varió fue algo más dentro de mi diagnóstico (...) Mirá acá hay información sobre analgésicos y otras cosas...o sea que la información la tuve que no la apliqué es un problema mío. No los he vuelto a leer porque no he tenido tiempo, me he dedicado a no sé qué, a gastar mi vida.

No sé, estas cosas no me las pongo a pensar a diario, pasan y van en el día en la semana, en el mes en el año, van van no es una cosa en que yo me concentre y le busque la vuelta.

He sufrido dolores muy fuertes, yo aguanto mucho. Este dolor del hombro cuando se me estaba cortando el tendón era muy agudo. A mí se me descompone adentro que me duele, me entendés, me duele. Que empiezo con los dolores y me siento mal y ahí sí puede que me sienta la última hormiga (...) me dolía dentro de la rodilla, no era el hueso o la articulación era una puntada dentro de la rodilla que por más que no me tocara no me dolía, yo lo sentía por dentro en el hueso, fueron esos días que el tiempo estuvo tan feo estuve con mucho dolor. Trato de ser fuerte al dolor, capaz estoy haciendo macanas pero trato de aguantar lo más que puedo sin tomar tanto analgésico (...) No quiero sentir dolor, no quiero sentir dolor, esa es la verdad.

De acuerdo a lo revisado en el marco teórico, el inicio de la Fibromialgia se ubicaría posteriormente a accidentes, lesiones físicas fuertes, crisis vitales o episodios que representan para el sujeto situaciones intensas y por ello dolorosas y estresantes.

Además es un factor frecuente que este síndrome se pueda acompañar también con el diagnóstico Artritis Reumatoide.

Durante los últimos diez años, Mercedes ha cuidado y acompañado a su marido tras múltiples operaciones a las que él ha tenido que someterse. En esta situación Mercedes adopta una actitud, que podría ser usual en ella, y es su postura sacrificial ante el otro. Ella se deja a sí misma, se descuida, no tiene tiempo en tales circunstancias de pensar en ella misma, sino que se olvida de su propio dolor para responder a la necesidad del otro. Podría pensarse que de alguna manera, para poder ella sostener la potencia o salud del otro, sacrifica su propio estado de salud en pos de la salud del otro.

Otra característica señalada por Castellanos (2012) sobre las personas diagnosticadas con Fibromialgia, es que el sujeto no se implica subjetivamente en su padecimiento y deposita así el saber, la explicación y la responsabilidad de la cura en el personal médico. Además el autor señala que habría cierto rechazo a la vertiente simbólica del síntoma como portador de un mensaje. Si bien Mercedes a lo largo de las entrevistas va logrando mayor capacidad de introspección, es evidente que le cuesta implicarse en su dolor, es como si le viniera de afuera y cuando refiere ponerle su nombre al dolor tampoco logra hablar de él asociándolo a una variedad de situaciones, momentos, pensamientos y sentimientos. Más bien relata hechos detallados de su vida pero no *historiza*, es decir, le cuesta contar su historia personal y asociarla con detalles particulares de su dolor. La información que Mercedes refiere tener sobre Fibromialgia y Artritis Reumatoide son el resultado de encuentros grupales de un taller que realizó cinco años atrás, pero esta información es un material que toma a medias y luego olvida, nuevamente evidencia que ella no se hace un tiempo para sí misma, evita reflexionar sobre su dolor.

Mercedes refiere no reflexionar mucho sobre lo que le sucede y que son cuestiones de su experiencia que “pasan y van” a lo largo del tiempo, si a esto se agrega su dificultad para ligar su dolor simbólicamente; se puede pensar entonces en un

movimiento subjetivo marcado por un ritmo metonímico y recurrente en donde habría ciertas dificultades para la producción metafórica. Es decir, este síntoma del dolor crónico y difuso toma más bien la forma de un movimiento autoerótico (ya que toma el propio cuerpo) y vaciado de sentido, que la forma de un síntoma conversivo clásico en donde es más evidente la incidencia de lo simbólico a través de la metáfora representada en alguna zona afectada y particular del cuerpo.

M: (...) mis hermanas se acuerdan de cosas malas que nos han pasado “te acordás cuando nos caímos” yo ni me acuerdo si no me plantean el panorama no me acuerdo. Hay cosas que quizá he ido internalizando y no ha sido un acto conciente (...) yo todo lo malo como que lo he bloqueado, no sé, debe ser un mecanismo de defensa, eso escapa a mi conciente (...) Quizá porque no me afectaron o no lo sentí de la misma manera. Si las recuerdo no me hieren, no me lastiman, no lo tengo internalizado. La otra vez hablaba con una compañera mía del secundario y ella me decía tenés memoria selectiva, eso ¿es bueno o malo? no sé, puede ser que yo tenga memoria selectiva (...) Y lo que a mí me gusta, lo bueno, lo que me hace bien. Lo otro lo descarto. Selectiva y acomodativa, me acomodo con lo que me siento bien, me satisface lo demás. Tampoco ha sido una vida desastrosa, tampoco tengo tanto sufrimiento como para decir sufrí tanto fueron tantas cosas malas que me pasaron, si yo te digo eso te estoy mintiendo, no es así.

Estas viñetas dan cuenta de la represión como defensa. Tal mecanismo no destruye las ideas o recuerdos sobre los que actúa, sino que los confina en el inconciente y es desde allí donde este material reprimido retorna en forma distorsionada, en síntomas, sueños, etc. tomando así al sujeto por sorpresa cuando algo del retorno de lo reprimido irrumpe. Nasio (2007) sostiene que todo afecto es la repetición de una experiencia emocional originaria, vale decir, de las vivencias de satisfacción y de dolor; y además menciona el concepto de *memoria inconciente del dolor*. Éste no se trata de un momento único, doloroso, enquistado como un recuerdo hostil sino que remite a un

proceso activo iniciado alguna vez por una experiencia de dolor tan intensa que dejó vías sensibilizadas para su reanimación cada vez que surja un *neodolor*. Por lo tanto el dolor corporal es, en algún punto, reminiscencia de un dolor primordial.

M: (...) un dolor muy intenso externo que me haya llegado fue la muerte de mi padre. Pero eso es una cosa común a todo el mundo, no es que haya sido mi dolor especial, único. La pérdida de las personas me ha dolido, sentís mucho dolor y mucha impotencia

(Pregunto por su “dolor único”)

M: Y la muerte de mi padre, quizá no era la mejor relación con él pero creo que no estaba preparada fue muy duro fue muy triste toda la situación (...) mi papá muere a la 1 de la mañana y le habían sacado el respirador (...) Nos quedamos mi hermana y yo, ella estudiaba (...) ella estaba sentada al pie de la escalera estudiando y yo me di cuenta cuando mi papá se murió, dejé de sentir los aparatos. Yo la hice hasta comer a ella, yo había llevado unos pedacitos de pizza y ya después salieron a avisarnos que había muerto y ahí empezó la otra gran historia: trasladarlo, fue fuerte y para mí eso si fue bastante pero más que nada la por la situación en general (...) Cuando lo llevaron al cementerio yo me acuerdo que no me pude quedar en el cementerio (...) cuando inclinaron el cajón así a mí me dio una cosa tan terrible de, eso puede ser el gran dolor, como que vos estás viendo que la persona se contrae que está todo mal que la estás golpeando y me fui. Había sido bastante fuerte todo el tiempo, a mi madre le decía mentiras más de una vez, se la ponía más liviana no tan directamente porque ella tenía asma nerviosa. Tenía en un punto a mi mamá en una sala con oxígeno y mi papá en terapia imagínate, una situación de mierda.

Tuve dos grandes amigas también y bueno, se fueron las dos (...) Una de cáncer y otra un accidente y eso también te limita el trato con la gente, esa profundidad. Eso fue un sacudón grande en mi vida, perder esas personas queridas de esa manera fue duro para mí. Pienso que eso también me aísla a ser más comunicativa. El miedo de perder al otro,

protegerme de una pérdida más (...) La primera pérdida, fue en dos meses, no hubo tiempo de asumir la enfermedad (...) Cuando fallece mi amiga, había estado todo el día con ella y me deja en mi casa, me dice mañana me voy a Buenos Aires, el domingo cuando vuelve tiene el accidente (se emociona y llora) Ahí yo creo que hice mi coraza. Fue hace diez años, creo que es el año que me diagnostican AR. Mando todo para adentro, no hablo de estos temas, tampoco le doy al otro la oportunidad de llegar, pobres los que me rodean.

En estas viñetas puede observarse nuevamente esta postura omnipotente que adopta Mercedes, ella es quien puede cuidar de su padre y su madre al mismo tiempo y hasta es capaz de darle de comer a su hermana mientras escucha el silencio de los equipos como indicio de la muerte de su padre. Mercedes soporta toda esta situación dolorosa hasta que se encuentra con la imagen del cuerpo de su padre que es golpeado durante el entierro. Sólo en este momento logra ausentarse, no puede soportar esa imagen en donde su padre sin vida cae y es golpeado. Ante la intensidad de este real intolerable Mercedes deja la escena.

Nasio (2007) señala que en la base del sufrimiento humano existe un dolor original, constituyente del aparato psíquico como lo plantea Freud (1895/2005) en el "Proyecto". Mercedes menciona que las pérdidas de seres amados son elementos comunes a muchas personas, pero en un momento ella habla de su "dolor único" y justamente esto da cuenta de la subjetividad que se expresa en su sufrimiento. Según Nasio (2007) tal dolor originario y atemporal es despertado cada vez que surge un *neodolor* que llevará el sello particular del dolor de cada sujeto, del propio dolor puesto que lleva la impronta de su historia personal. Claro que la muerte de su padre, este *neodolor* no es cualquier dolor, es la irrupción de un real que deja huellas difíciles de ligar. Ante las pérdidas, Mercedes expresa sentir impotencia y es claro que ante el real de la muerte ya no hay nada que pueda hacer.

A partir de la muerte de dos de sus amigas más cercanas, Mercedes se muestra como prevenida ante la relación con los demás como si no quisiera exponerse más a la

posibilidad de amar y por lo tanto a la posibilidad de experimentar otra pérdida. Podría pensarse aquí cierta dificultad para elaborar los duelos. En una viñeta anterior ella refiere no querer sentir dolor y es justamente esta disposición a evitar el dolor la que abre camino para que el dolor psíquico se manifieste en lo corporal.

A pesar de estas dificultades, se observa que en algún punto Mercedes se pregunta por su propio dolor, ella intenta buscar y asociar su historia personal al surgimiento del dolor. A lo largo de las entrevistas comienza a sentirse cómoda para hablar de sí misma y su experiencia de dolor. Se puede pensar entonces que allí, en donde emerge un interrogante respecto de ella misma, surge un terreno fértil para el trabajo psicoanalítico.

CONCLUSIONES

7.1 Conclusiones

A partir de las preguntas de investigación, los objetivos del presente trabajo y en función del recorrido realizado, se considera que existe una relación entre el dolor psíquico y el dolor corporal.

Para concluir con este trabajo, será preciso recopilar algunas ideas en relación al concepto de dolor desde el Psicoanálisis. Desde el inicio de su obra Freud (1895/2005) plantea al dolor como un exceso de energía que irrumpe en el aparato psíquico y desestabiliza así su homeostasis. De esta manera se le presentan al psiquismo grandes volúmenes de energía que con esfuerzo deberá ligar psíquicamente para poder reestablecer cierto equilibrio. Entonces en primer lugar, el dolor está en el orden de algo desproporcionado, una intensidad excesiva y por ello es algo laborioso de tramitar.

Para Lacan (1960/1991) el dolor está en el orden del goce. Éste representa la máxima tensión, el máximo desgaste para el cuerpo que se presta como su sede. El goce es aquello que busca trasgredir, que puja por ir más allá de lo posible y justamente más allá del límite, emerge el dolor y se experimenta como sufrimiento. Por lo tanto el dolor consistiría en el goce sentido en el cuerpo. Además el autor sostiene que a nivel del dolor, el sujeto experimenta una dimensión real del organismo que en condiciones ordinarias aparece velada.

Tras lo desarrollado en relación a las vivencias de satisfacción y de dolor, se concluye que el dolor es un elemento constituyente del psiquismo y a su vez indisociable de la satisfacción pulsional. El dolor tiene que ver con aquello que no se logra ligar

durante la satisfacción y que luego retornará e insistirá en ser ligado, sorprendiendo al sujeto en su vida cotidiana con ciertos padecimientos a los que no les puede dar explicación. Cada vivencia posterior seguirá las coordenadas marcadas por esta vivencia fundante. Nasio (2007) sostiene que el sufrimiento humano se edifica sobre un dolor originario y olvidado, por ello cada nuevo dolor experimentado lleva la impronta de este dolor único, original y atemporal. Esto da cuenta de la subjetividad implicada en el dolor, puesto que a cada sujeto le duele en función de su particularidad, de su propia historia de dolor. Por lo tanto se concluye que el dolor crónico en sujetos con Fibromialgia, podría entrar en relación con el retorno de algo no ligado. Así el sujeto se ve forzado a repetir aquello reprimido e imposible de simbolizar.

Esto entra en relación al concepto de *dolor inconciente o memoria inconciente del dolor* planteado por Nasio (2007), que remite a aquél proceso activo que inicia a raíz de un dolor intenso y que deja facilitados ciertos caminos para su descarga. A su vez, esta memoria se caracteriza por encubrir el pasado y no lo reflejarlo de manera concreta en la conciencia, sino que lo transfigura. De este modo el sujeto no puede dar cuenta que su malestar actual es la reaparición de sufrimientos olvidados. Por lo tanto se puede definir al *dolor psíquico* como un estado afectivo, producto de las privaciones o pérdidas, ya sea en relación a una parte del propio cuerpo, en la pérdida de un ser amado, etc., que puede o no tomar el camino de descarga en una expresión corporal.

Entonces ¿en qué consiste este dolor crónico de la Fibromialgia? De acuerdo a lo desarrollado y lo observado en el apartado teórico- práctico, se puede pensar que el padecimiento corporal presente en estos sujetos, posiblemente esté en relación a ciertas dificultades para elaborar los duelos en su historia de vida. Es decir, que aquél dolor tan intenso de las pérdidas, no logra tramitarse o simbolizarse en el trabajo del duelo, y luego retorna, reaparece para ligarse a algo. Retomando a Freud (1926/2008) el dolor es una reacción ante la pérdida del objeto amado.

Es importante destacar que tanto para el Psicoanálisis como para la IASP (International Association for the Study of Pain) el dolor es una experiencia emocional y sensorial que puede surgir incluso sin la presencia de una lesión física. Al ser una vivencia tan arraigada en la subjetividad de las personas, un dolor existe en la medida en que es referido y sentido por el sujeto. Es decir, no se trata de un fenómeno que se pueda constatar desde parámetros objetivos o externos sino, como Nasio (2007) sostiene: el dolor es dolor porque hay representación. Como se ha mencionado anteriormente, los sujetos con Fibromialgia tienen dificultades, tanto en su medio familiar como en el médico, para ser escuchados en relación a la veracidad de su padecimiento.

En cuanto al dolor crónico, muchos casos comienzan después de una gran lesión periférica, que luego de su cura es capaz de seguir generando efectos de dolor. Se concluye entonces, que tanto la experiencia de dolor como su cura son indisolubles de la subjetividad, es decir, del modo particular en que cada sujeto puede abordar lo real de su cuerpo.

Respecto del concepto de cuerpo, desde la perspectiva psicoanalítica es entendido como aquello que emerge en el encuentro del organismo con el lenguaje y sus efectos. A saber, el lenguaje introduce la pérdida de la naturalidad, es decir, el organismo pierde su estado de pura necesidad y así se abre paso a una nueva dimensión: la pulsional. La pulsión, a diferencia del estímulo fisiológico que es rítmico y se orienta a la autorregulación del organismo, representa una fuerza constante dentro del psiquismo. Su satisfacción es parcial y se produce contorneando ciertas zonas de borde o agujeros del cuerpo. Como se ha visto, la pulsión se inscribe en el orden de una falta (en esa pérdida de naturalidad) y su satisfacción da lugar a la desproporción, al exceso, es decir, desarmoniza el cuerpo.

El cuerpo es una construcción subjetiva, se constituye en una cadena de representaciones, y por ello mismo se puede identificar una anatomía imaginaria sobre el propio cuerpo que no respeta la anatomía real. El cuerpo no es algo dado sino que

adviene y es atravesado por los registros imaginario, simbólico y real. Nace en el campo del Otro simbólico que preexiste al sujeto y que lo introduce en el mundo del lenguaje interpretando y significando las manifestaciones del organismo, nombrándolo y otorgándole determinados significantes a sus funciones biológicas a través del discurso. El cuerpo imaginario se constituye a partir de la alienación a una imagen especular de completud venida del Otro a la que el sujeto se identifica y así logra su forma y consistencia imaginaria.

La dimensión real del cuerpo, tiene que ver con aquello que se resiste a ser integrado totalmente por lo imaginario y lo simbólico, está en relación a lo pulsional y la repetición. Es decir, es el cuerpo afectado por el goce. La dimensión real del cuerpo también remite a la materia orgánica. Es en su aspecto puramente físico donde interviene la Medicina, conceptualizando al cuerpo como constituido por tejidos que forman órganos y a su vez éstos son parte de sistemas que otorgan cierta funcionalidad y regulación interna al conjunto. Esta concepción propone objetivar y medir al máximo posible el organismo y deja por fuera la subjetividad. De esta manera el cuerpo biológico que enferma es abordado desde la patología intentando eliminar o aplacar los síntomas para lograr la curación.

Retomando el concepto de autoerotismo, Salem (2003) plantea al dolor crónico como un fenómeno de autoerotismo en la medida en que, algo de este dolor, representa una satisfacción pulsional orientada hacia el propio cuerpo; y por ello es autoerótica. De este modo, distintas partes del cuerpo son tomadas como zonas erógenas que la pulsión recorre satisfaciéndose en dicho recorrido, insiste al punto en que produce dolor en aquellas zonas. En tanto fenómeno, es algo que se manifiesta, se presenta a los sentidos pero que escapa a la simbolización y por lo tanto el sujeto se ve limitado para articular palabras alrededor de su padecimiento.

Respecto del síntoma conversivo, éste se trata de un efecto de la represión en donde una representación inconciliable es desestimada trasponiendo el exceso de

excitaciones a lo corporal. La función o zona del cuerpo afectada tiene alguna relación simbólica con aquello reprimido. Vale aclarar que el síntoma no tendría solamente que ver con algo que es posible descifrar, sino que viene a la manera de una satisfacción sustitutiva de aquello reprimido, perturbando así ciertas partes del cuerpo. La modalidad de sufrimiento histérico consiste en convertir un goce peligroso e irreductible en un sufrimiento conciente, soportable y finalmente reductible a esas zonas del cuerpo afectadas (Nasio, 1990). Sólo que el problema de la incompatibilidad sigue intacto al presentarse un dolor que no obedece a la lógica de lo orgánico.

Castellanos (2012) sostiene que la Fibromialgia se anuda a un conflicto psíquico olvidado, no evidente para el sujeto que lo padece. Si bien se encuentran ciertas similitudes entre el síntoma conversivo y el dolor crónico de la Fibromialgia; no puede pensarse éste a la manera del síntoma conversivo clásico donde la relación con el registro simbólico se evidencia con mayor claridad. Sino que se trataría de un padecimiento más complejo, imbricado con mayor compromiso en el registro real, y por ello, más resistente a ser simbolizado.

Se concluye entonces, que el dolor de la Fibromialgia se presenta como un acontecimiento del cuerpo *embrollado*. Este término no se toma del lado de la psicosis, sino que refiere a la presencia de lo real en el cuerpo en donde el goce se encuentra desanudado, deslocalizado y se experimenta así como un dolor difuso y generalizado en el cuerpo. Aquí el síntoma del dolor no responde a ninguna ley, no se liga a nada al no dejarse apresar por lo imaginario y lo simbólico.

Esto remite a aquello que Lacan (1975/1997) menciona como la *operatoria salvaje del síntoma*, en donde el síntoma no remite a nada, no porta mensaje alguno. Esto también se puede observar en los sujetos diagnosticados con Fibromialgia, que al intentar describir sus sensaciones les cuesta encontrar palabras para expresarlo. Aquí la libido de desliza por fuera de los lugares comunes a la conversión, tomando así todo el cuerpo en

un movimiento metonímico y autoerótico vaciado de sentido. De este modo la producción de la metáfora queda dificultada.

Según Castellanos (2012) en determinados casos, la Fibromialgia suele asociarse a fenómenos psicossomáticos en los cuales la libido deslocalizada choca contra lo real del cuerpo produciendo así lesión. Este fenómeno presenta fallas en la cadena significativa no produciéndose la hiancia entre el S1 y el S2 en la cual el sujeto quedaría representado sino que se conglomeran estos significantes y el sujeto queda alienado al S1, petrificado del lado de la alienación. Es decir, no se produce metáfora significativa y es por ello que la lesión y el discurso del sujeto psicossomático no remiten a nada, no presenta sentido alguno porque es fenómeno puro.

Según lo revisado en el marco teórico y lo observado en el caso clínico, los sujetos que padecen Fibromialgia suelen asumir un lugar sobre el cual recaen grandes responsabilidades dentro de la dinámica familiar, o al menos se posicionan imaginariamente desde un lugar en el que conectan a los otros miembros entre sí y sostienen la estructura familiar. Podría pensarse en la etimología de la palabra *Fibromialgia*: compuesta por el tejido conjuntivo (las fibras), los músculos (encargados de dar sostén y fuerza a la estructura) y el dolor. A modo de interpretar este significativo en juego, se podría decir que lo que duele es aquello que conecta, que une y que sostiene al sujeto en relación al Otro. Lo que duele, a nivel imaginario, simbólico y real es la relación con el Otro. Si se analiza del lado de la holofrase, el sujeto queda alienado al S1 y se produce una falla en la hiancia, allí donde el sujeto quedaría representado entre los significantes. Es por ello que en este padecimiento complejo el dolor remite al Otro, se siente como algo que es ajeno, algo que le es dado y el sujeto no puede implicarse en él sino que solo le queda padecerlo.

Ahora bien, respecto del lugar del Psicoanálisis frente al sujeto que padece fibromialgia, es importante tener en cuenta que este diagnóstico puede presentarse como un fenómeno transclínico, es decir, puede darse en distintas estructuras psíquicas

(Castellanos, 2012). La estrategia clínica entonces será guiada de acuerdo a la estructura de la que se trate. En el estudio de caso de la presente investigación, se pudo observar que algo por la vía de la simbolización se podía ligar; Mercedes comienza a preguntarse por su historia de dolor y algo comienza a simbolizar al respecto. Por lo tanto se concluye que la apuesta de trabajo con la palabra es posible en estos casos en donde se intenta que el sujeto pueda ir historizando sus experiencias de dolor, que pueda ir asociando y mediante la simbolización apuntar a reorientar algo de este goce deslocalizado.

BIBLIOGRAFÍA

8.1 Bibliografía

- Castellanos, S. (2012). *El dolor y los lenguajes del cuerpo*. Buenos Aires: Ed. Grama.
- Evans, D. (1996) *Diccionario introductorio de psicoanálisis lacaniano*. Buenos Aires: Ed. Paidós.
- Freud, S. (2007). Proyecto de psicología para neurólogos. En J. Strachey (Ed.) y J. L. Etcheverry y L. Wolfson (Trads.). *Obras completas: Sigmund Freud* (Vol. 1). Buenos Aires: Amorrortu (Trabajo original publicado en 1950 [1895])
- Freud S. (2008). Estudios sobre la Histeria. En J. Strachey (Ed.) y J. L. Etcheverry y L. Wolfson (Trads.). *Obras completas: Sigmund Freud* (Vol. 2). Buenos Aires: Amorrortu (Trabajo original publicado en 1895 [1893])
- Freud, S. (2008). Sobre la justificación de separar de la neurastenia un determinado síndrome en calidad de neurosis de angustia. En J. Strachey (Ed.) y J. L. Etcheverry y L. Wolfson (Trads.). *Obras completas: Sigmund Freud* (Vol. 3). Buenos Aires: Amorrortu (Trabajo original publicado en 1895 [1894])
- Freud, S. (2008). Fragmento de análisis de un caso de histeria. En J. Strachey (Ed.) y J. L. Etcheverry y L. Wolfson (Trads.). *Obras completas: Sigmund Freud* (Vol. 7). Buenos Aires: Amorrortu (Trabajo original publicado en 1955 [1901])
- Freud, S. (2008). Tres ensayos de teoría sexual. En J. Strachey (Ed.) y J. L. Etcheverry y L. Wolfson (Trads.). *Obras completas: Sigmund Freud* (Vol. 7). Buenos Aires: Amorrortu (Trabajo original publicado en 1905)
- Freud, S. (2008). Introducción al narcisismo. En J. Strachey (Ed.) y J. L. Etcheverry y L. Wolfson (Trads.). *Obras completas: Sigmund Freud* (Vol. 14). Buenos Aires: Amorrortu (Trabajo original publicado en 1914)

- Freud, S. (2008). La Represión. En J. Strachey (Ed.) y J. L. Etcheverry y L. Wolfson (Trads.). *Obras completas: Sigmund Freud* (Vol. 14). Buenos Aires: Amorrortu (Trabajo original publicado en 1915)
- Freud, S. (2008). Pulsiones y Destinos de Pulsión. En J. Strachey (Ed.) y J. L. Etcheverry y L. Wolfson (Trads.). *Obras completas: Sigmund Freud* (Vol. 14). Buenos Aires: Amorrortu (Trabajo original publicado en 1915)
- Freud, S. (2008). Conferencias de introducción al psicoanálisis (Parte III). En J. Strachey (Ed.) y J. L. Etcheverry y L. Wolfson (Trads.). *Obras completas: Sigmund Freud* (Vol. 16). Buenos Aires: Amorrortu (Trabajo original publicado en 1916- 1917)
- Freud, S. (2008). Más allá del principio del placer. En J. Strachey (Ed.) y J. L. Etcheverry y L. Wolfson (Trads.). *Obras completas: Sigmund Freud* (Vol. 18). Buenos Aires: Amorrortu (Trabajo original publicado en 1920)
- Freud, S. (2008). Inhibición, Síntoma y Angustia. En J. Strachey (Ed.) y J. L. Etcheverry y L. Wolfson (Trads.). *Obras completas: Sigmund Freud* (Vol. 20). Buenos Aires: Amorrortu (Trabajo original publicado en 1926 [1925])
- Hernández Sampieri, R.; Fernández Collado, C. y Baptista Lucio, P. (2010). *Metodología de la Investigación*. Quinta Edición. México: McGraw-Hill Interamericana.
- Hidalgo, F. J. (noviembre, 2011). Fibromialgia. Consideraciones etiopatogénicas. *Revista Sociedad Española del Dolor*, 18 (6), 342 – 350. Recuperado de <http://revista.sedolor.es/articulo.php?ID=768>
- Karlem, H. y equipo de trabajo. (2012) Documento sobre el método de investigación en psicoanálisis. Elaborado en el marco del proyecto de investigación: Método de investigación psicoanalítico. Articulaciones con el método genealógico de Foucault. Instituto de investigaciones, Facultad de psicología. Universidad del Aconcagua.
- Lacan, J. (2008). El estadio del espejo como formador de la función del yo [je] tal como se nos revela en la experiencia psicoanalítica. En T. Segovia (Trad.).

Escritos I (2ª. ed., pp. 99-105). Buenos Aires: Siglo Veintiuno. (Trabajo original publicado en 1949).

- Lacan, J. (2008). Función y campo de la palabra. En T. Segovia (Trad.). Escritos I (2ª. ed., pp. 231-310). Buenos Aires: Siglo Veintiuno. (Trabajo original publicado en 1953).

- Lacan, J. (2004). VIII: Introducción al *Entwurf*. En J. Granica, (Ed.) y J. L. Delmont y J. Sucre (Trads.). *El Seminario de Jaques Lacan: Libro 2: El Yo en la Teoría de Freud y en la Técnica Psicoanalítica*. (pp. 145-148). Buenos Aires: Ed. Paidós. (Trabajo original del año 1954-5)

- Lacan, J. (2013). *El Seminario de Jaques Lacan, Libro 5: Las formaciones del inconciente*. Buenos Aires: Ed. Paidós. (Trabajo original de los años 1957-1958)

- Lacan, J. (1991). IV: Das Ding. En J. Granica, (Ed.) y J. L. Delmont y J. Sucre (Trads.). *El seminario de Jacques Lacan: Libro 7: La ética del psicoanálisis*. (pp.57-72). Buenos Aires: Ed. Paidós. (Trabajo original del año 1959-1960)

- Lacan, J (2013). XIII: Desmontaje de la pulsión. En J. Granica, (Ed.) y J. L. Delmont y J. Sucre (Trads.). *El Seminario de Jaques Lacan: Libro 11: Los cuatro conceptos fundamentales del psicoanálisis*. (pp. 168-180). Buenos Aires: Ed. Paidós. (Trabajo original del año 1964)

- Lacan, J. (2013). XIV: La pulsión parcial y su circuito. En J. Granica, (Ed.) y J. L. Delmont y J. Sucre (Trads.). *El Seminario de Jaques Lacan: Libro 11: Los cuatro conceptos fundamentales del psicoanálisis*. (pp. 181-193). Buenos Aires: Ed. Paidós. (Trabajo original del año 1964)

- Lacan, J. (1993). Psicoanálisis y Medicina. En J. A. Miller (Ed.) y D. Ravinovich (Trad.). *Intervenciones y textos I*. Buenos Aires: Manantial. (Trabajo original del año 1966)

- Lacan, J. (1993). Conferencia en Ginebra sobre el síntoma. En J. A. Miller (Ed.) y D. Ravinovich (Trad.). *Intervenciones y textos II*. Buenos Aires: Manantial. (Trabajo original publicado en 1974)

- Lacan, J. (1989). *El Seminario de Jaques Lacan, Libro 22: R.S.I.* Buenos Aires: Edición Crítica. (Trabajo original de los años 1974-1975).
- Lacan, J. (septiembre, 1997). Joyce el síntoma II. Uno por Uno, Revista Mundial de Psicoanálisis, 45, 7-14. (Trabajo original publicado en 1975)
- Laurent, E. (2015). *Episodio 1. Se habla del cuerpo*. Retrieved 4 June 2016. Recuperado de <http://www.radiolacan.com/es/topic/651/3>
- Lublinsky, A. L. (2014). Guía para la realización de citas y referencias bibliográficas en psicoanálisis según las normas de la American Psychological Association (APA). Documento de cátedra Taller de tesina. Facultad de Psicología, Universidad del Aconcagua, Mendoza.
- Martínez Farrero, P. (diciembre, 2010). Fibromialgia: Una nueva enfermedad... o una antigua conocida. *Informaciones Psiquiátricas*, 199 (12). Recuperado de http://www.revistahospitalarias.org/info_2010/01_199_03.htm
- Miller, J. A. (1999). *Los Signos del Goce*. Buenos Aires: Ed. Paidós.
- Miller, J. A.; Deffeux, J.; Dewambrechies- La Sagna, C.; De Georges, P.; Henry, F.; Jolibois, M. (1999). *La psicosis ordinaria*. Buenos Aires: Ed. Paidós.
- Nasio, J. D. (1990). *El dolor de la histeria*. Buenos Aires: Ed. Paidós.
- Nasio, J. D. (1996). *Los gritos del cuerpo*. Buenos Aires: Ed. Paidós.
- Nasio, J. D. (2007). *El dolor físico*. Barcelona: Ed. Gedisa.
- Páramo, M. A. (2012). Normas para la presentación de citas y referencias bibliográficas según el estilo de la American Psychological Association (APA): Tercera edición traducida de la sexta en inglés. Documento de cátedra de Taller de Tesina. Facultad de Psicología, Universidad del Aconcagua, Mendoza.
- Perrotta, V. G. (2011). Concepciones de sujeto, cuerpo y síntoma en Medicina y Psicoanálisis. Memorias del III Congreso Internacional de Investigación y Práctica Profesional en Psicología, XVIII Jornadas de Investigación y Séptimo Encuentro

de Investigadores del MERCOSUR (pp. 164/168). Buenos Aires: Universidad de Buenos Aires.

- Petcovick, I. E. (2015). Comunicación personal en el contexto de la investigación del CIUDA “Detrás del dolor, el goce. Una lectura desde el Psicoanálisis acerca de la fibromialgia”. Agosto del 2015. Tunuyán, Mendoza.
- Sedó Fortuny, R.; Ancochea Millet, J. (2013). Una reflexión sobre la fibromialgia. *Atención Primaria*, 29, (9), 562-564. [doi:10.1016/S0212-6567\(02\)70638-0](https://doi.org/10.1016/S0212-6567(02)70638-0)
- Triviño Martínez, A.; Solano Ruiz, C.; Siles González, J. (Julio 2014). La cronicidad de la fibromialgia. Una revisión de la literatura. *Revista Enfermería Global*, 13 (35). Recuperado de http://scielo.isciii.es/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1695-61412014000300016
- Alegre de Miquel, J.; García Campayo, M.; Tomás Flórez, J. M.; Gómez Arguelles, E.; Blanco Tarrío, M.; Gobbo Montoya, Á.; Pérez Martín, A.; Martínez Salio, J.; Vidal Fuentes, E.; Altarriba Alberch, A.; Gómez de la Cámara, E. (2010). Documento de Consenso interdisciplinar para el tratamiento de la fibromialgia . *Actas Españolas de Psiquiatría*, 38 (2), 108-120.
- Thieme, K., Turk, D. C., & Flor, H. (2004). Comorbid depression and anxiety in fibromyalgia syndrome: relationship to somatic and psychosocial variables. *Psychosomatic medicine*, 66(6), 837-844.
- Ubago Linares, M. D. C., Ruiz Pérez, I., Bermejo Pérez, M. J., Labry Lima, A. O. D., & Plazaola Castaño, J. (2005). Características clínicas y psicosociales de personas con fibromialgia: Repercusión del diagnóstico sobre sus actividades. *Revista Española de Salud Pública*, 79 (6), 683-695.
- Vaieretti, I. (2012). *Pensar el Cuerpo en Psicoanálisis: diferenciación entre Neurosis y Psicosis*. (Tesis de grado). Universidad del Aconcagua, Mendoza.
- Vangieri, B. (2001). *Cuerpo y enfermedad. Causales inconscientes que intervienen en la enfermedad y su curso*. (Tesis de Maestría). Universidad del Aconcagua, Mendoza.

- Wolfe, F.; Clauw, D. J.; Fitzcharles, M. A.; Goldenberg, D. L.; Katz, R. S.; Mease, P.; Ruseell, A. S.; Winfield, J. B.; Yunus, M. B. (mayo 2010). The American College of Rheumatology Preliminary Diagnostic Criteria for Fibromyalgia and Measurement of Symptom Severity. *Arthritis Care & Research*, 62 (5), 600 – 610. DOI 10.1002/acr.20140

ANEXOS

9.1 Entrevistas del Caso Clínico “Mercedes”

Nombre: Mercedes.

Edad: Entre 50 y 60 años.

Derivado por: Médico Reumatólogo del servicio de Pacientes Crónicos de Osep. El diagnóstico que el Dr. Páez refiere el día 26/05/16 sobre su paciente: Artritis Reumatoide (AR), Fibromialgia (FM) y Colon irritable.

Fecha de las entrevistas: 10/06/2016 al 30/06/2016

Presentación del sujeto de estudio: Se trata de una mujer, ama de casa. Está casada, convive con su marido y un hijo, sus otros tres hijos ya viven fuera de la casa materna. Estudió primeros años de Ing. Agrónoma en otra provincia, interrumpe estudios al contraer matrimonio y se muda a Mendoza con su marido. Años más tarde durante el embarazo de su tercer hijo estudia en el Magisterio, se recibe de maestra pero nunca ejerce.

Primera entrevista

Mercedes se presenta con un movimiento ágil de su cuerpo, mueve sus manos para expresarse. Habla con fluidez y claridad. Su actitud corporal en la entrevista es relajada. Al ponerse el abrigo en el momento de finalizada la entrevista, lo hace normalmente sin dificultades y refiere que cuando le duele el cuerpo le cuesta vestirse.

M: El Dr. Me dijo que puede ser FM porque presento los 21 puntos de dolor. Tengo problemas de todo, la artritis, la FM, el colon. Yo creo que es la misma enfermedad la que va (hace un circulo con el dedo) tomando los distintos órganos.

Er: ¿Qué siente?

M: Dolor en el esternón, en las muñecas, en los tobillos, se me cortó un tendón por el desgaste de los huesos con la artritis.

Soy muy rebelde con las pastillas. Dejé los tratamientos porque no era una mejoría notoria, eran solo para el momento y me ha destruido el hígado. Dejé el tramadol y la pregabalina, si me duele algo solo tomo paracetamol una o dos veces al día.

Los nervios si aportan al dolor, ese estado de nervios de incomodidad.

Er: ¿En qué momento se dan estos estados de nervios?

M: Cuando va a cambiar el clima, dicen que no tiene nada que ver el clima, la humedad, pero se sienten en el cuerpo. Como que aprieta el tórax y bueno genera cierto estado de nervios, también desistí de las pastillas para dormir. Así que la llevo con tecitos. La Pregabalina me la suspendí yo sola, no me impide llevar una vida normal pero sí es molesto, el dolor en las caderas, ese es fijo. La he tomado un montón de años, el alivio es en el momento pero vuelve el dolor. Si yo siento que no la necesito no la tomo.

Así es con la FM, es difícil. Es la enfermedad de los incomprendidos, otra vez te estás quejando porque te duele porque si te quejas te dicen “y ahora ¿qué que te duele?” “ay” si te movés “ay” si giras el cuello. Sos una sucesión de dolores que no tienen origen.

Ahora estoy más preocupada que otra cosa, quiero ver qué es lo que pasa con mi estómago. Tomo café, fumo. Lo tenía controlado, esta vez me ha costado. Yo estuve dos años sin fumar Soy una estúpida por volver a fumar de nuevo. Yo fumo desde muy chica, solita de curiosidad porque mis padres fumaban, no busqué cómplices ni nada. No es una cosa que no pueda controlar, si no lo tengo no lo fumo. Creo que en el fondo no la quiero

controlar y además es para la descarga, me tranquiliza. Siento una asociación con el malestar, voy al patio fumo y me tranquilizo.

Er: Y estos puntos de dolor que mencionaba ¿cuáles son?

M: El esternón, las caderas, los tobillos y las manos, la muñeca, esta partes de los dedos. Por ahí me hace ruido toda la mano, yo me recuerdo al esqueleto de mi colegio, que hacía crick crack crick.

No me limita a tener una vida normal, pero porque todavía tengo una vida ocupada, quizá más adelante tenga tiempo y me preocupe por mis dolores. Yo con mis dolores me las llevo bien.

Er: Y las actividades cotidianas ¿cómo las lleva?

M: Bien en general, cuando tengo que hacer limpieza profunda en casa después estoy que no sé quién soy de dolor, ahí sí. Pero sino normalmente la llevo, aparte tengo la suerte de tener un marido colaborador en la casa. No te voy a servir de mucho porque la llevo bien con mis dolores.

Er: ¿Hace cuánto la diagnosticaron? ¿Había sentido la palabra FM antes?

M: Mirá, yo iba a los talleres de la obra social que era justamente hablar del dolor, cómo sobrellevar el dolor, la AR que es otra enfermedad que no se ve. La Artrosis te va dando una imagen de lo que va pasando, lo demás va por dentro.

Y más o menos 6/7 años, me dijo “esto es FM” ah, dije, y bueno ahí me explico lo que era...no sé ¿el origen cuál es? (me pregunta a mí) ¿o como consecuencia de qué se presenta? No sé, y si me lo dijo no me acuerdo.

Er: ¿Y cómo reaccionó en ese momento?

M: Y como yo viste sentía dolor, le echaba toda la culpa a la AR, no me cambió, no me varió fue algo más dentro de mi diagnóstico. Hasta que me enteré que era otra patología

o no sé cómo le llaman. Pero no había un cambio de mi estado, lo que sí fue chocante fue cuando me dijeron que tenía AR. Por ahí la vida te pone ejemplos, gente, mi vecino tenía pero en un estado tan avanzado, terminó en silla de ruedas....y por ahí digo tengo que dejar, ponerle un freno pero por ahí no, quizá estoy así hasta el último día. No estoy tan mal ni tan bien tan poco. Pero me asustó, después cuando vi que no era mortal ni superador...hay que aprender a convivir y que te deje vivir.

Er: ¿Se puede mover con libertad?

M: Si, yo creo que para mi edad si y el sobrepeso. Puedo moverme pero arrodillarme no puedo, si me arrodillo no me levanto porque el dolor es tan intenso asique no lo hago. Como que todavía no es tan importante.

Er: Y el surgimiento de estos dolores, ¿los puede asociar a algún momento de su vida, algo que recuerde?

M: Vos sabes que yo he tratado de buscarle, a lo mejor algún estado de nervios, alguna situación límite de mi vida apareció. Conjuntamente con mi diagnóstico de AR al poco tiempo se enferma mi marido y como que yo me olvidé de mí y me dediqué a él. Tiene diez cirugías de estómago, no es nada definitivo pero tampoco es bueno, él empezó con una úlcera perforada de duodeno y eso fue complicándose. Puede ser que la FM me haya aparecido ahí, por los síntomas, por el hecho de que yo pasaba muchas horas en el hospital. Mis hijos trabajan. Puede ser que ahí, todo lo que no expresas hacia afuera lo mandás hacia adentro y que haya sido ahí cuando empecé con los problemas de la FM. Que muchas veces le echas la culpa al cansancio, la incomodidad. Pienso que puede ser en ese momento y por el tiempo en que lo han diagnosticado.

Er: ¿Cuándo se enfermó su marido?

M: En enero del 2008, 8 años más o menos que fue el tiempo que a mí me diagnosticaron. Me olvidé la carpeta. La última cirugía de mi marido de en febrero del 2014, por ahí yo estoy alerta y hace dos años que no estamos en el hospital, como que la cabeza de uno...

Aparte tengo a mi familia completa en Neuquén, mi mami hoy tiene 84 años y me ha hecho correr varias veces de tomarme el micro o agarrar el auto. Entonces ahí, como que te vas descuidando y aparece todas estas cosas que te van afectando por dentro. Yo lo asocio así, a lo mejor por no superar una situación, por estrés, nervios y yo haya hecho un click interno pero no positivo sino negativo. Porque yo soy bastante dura a la Psicología, yo estudié psicología en el Magisterio y toda mi vida tuve la sensación que lo que no manejas por dentro no te van a ayudar de afuera, pero creo que a esta altura creo que si es necesario que te den una mano. No le he prestado atención a esas cosas y ahora es como que bueno, es lo que me tocó.

He ido para adelante sin preocuparme por mí. Soy una persona difícil, como muy dura quizá y sobretodo conmigo.

Dejate de jorobar con esto no, hay cosas más importantes y quizá lo que dejé era más importante. Eran como debilidades que tenés que superar.

Er: Pregunto por su trabajo de Maestra.

M: Mirá, nunca ejercí porque tuve que criar cuatro niños. Mi marido me dijo, el sacrificio lo hago yo vos encargate de los niños y la casa. Yo estudié porque soy maestra, y bueno yo acepté eso. Llegado el momento cuando los chicos crecen y no son tan madre-dependientes... yo me equivoqué, yo tendría que haber hecho algo por mí. O sea que me diera satisfacción y que me aportara a mí. Tuve la suerte de empezar a trabajar en la parroquia donde trabajo, con niños un montón de años y ahora con adolescentes. Te digo es difícil el tema, pero como es un tema de la fe, es más llevadero. Ahora...me hubiesen colgado si hubiese trabajado con niñitos de 7mo grado. No trabajé pero he tenido contacto con niños, durante 15 años he dado catequesis.

Er: ¿Estaba acompañada cuando recibió el diagnóstico?

Yo voy sola a todos lados. Tengo cierta dureza conmigo.

Me vine a vivir inmediatamente en el primer año de casada, embarazada, acá a Mendoza. Como que te tenés que hacer fuerte. No contar con la familia, es de otra forma. En mí hizo que esa cierta dureza, yo voy sola, no voy acompañada a ningún lado. En las primeras consultas me parece que me acompañó mi marido. Pero siempre me he movido sola. A veces para los hijos uno es demasiado fuerte, y si vos podés hacerlo, que estás esperando sino lo haces vos. También eso puede contribuir a que yo me lo haya tomado a la ligera, no me ha superado y si estoy en la casa y digo “ay” y ¿ahora que te duele? Eso me molesta, esa duda me molesta.

Er: ¿La reacción de su familia cómo ha sido?

M: Y yo creo que también la he tapado un poco a la reacción de ellos es de acuerdo a como me ven a mí. Si ves a una persona que está bajoniada que le cuesta salir...no. Yo hablo todos los días con mi hija cuando ella está viajando al trabajo y me suele decir “bueno mami pero si no haces gimnasia, no haces nada cómo no te va a doler?” y yo a veces no tengo ganas de hacer nada. La familia se lo tomó “total la mami es fuerte, se la aguanta” y mi mami también se lo toma así. Quizá mis hermanas me entiendan un poco más porque tienen sus problemas de salud. Pero de alguien que uno espera que al menos una vez en la vida diga “ay pobrecita” (ríe). Se lo toman como yo se los presento “Ya va a pasar”, no puedo decir que sea totalmente concientes de que algo pasa, son más bien cómodos pero porque yo he generado eso.

Siempre he sacado fuerzas de donde no hubo, superar el día a día. Los cambios de clima me matan, me levanto de mal humor y arranco así y llega la noche y me duele de la punta del dedo del pie hasta la punta del pelo, pero los demás no saben que me duele porque yo seguí haciendo una vida normal, por eso no me limita...todavía.

Me doy cuenta que se viene la crisis porque me cambia el humor, y empiezo a notar rigidez en el cuello, me duele esta parte del pecho. Y por ahí tengo mis fantasmas, ¿qué pasa si es otra cosa? Que me duele aquí me duele acá. Me doy cuenta que se viene la crisis porque me pongo nerviosa, me siento impotente. No sé más adelante qué pasará

conmigo, ¿me volveré dependiente? Por mi carácter no creo. La llevaré hasta donde me lleve la vida. No creo que me vaya a volver una persona dependiente y sufriente de mis dolores, los tengo...convivamos.

Er: ¿Cuando habla de estas crisis...cómo son, qué siente?

Es el dolor indefinido en el cuerpo, que sí tiene puntos pero no es el único punto. Un rato una cosa al otro otra, como que va subiendo y bajando en distintos puntos, no es fijo. A veces que sí, en las caderas es más agudo y fijo pero yo sé que tengo artrosis. Con un calmante, bajemos los decibeles, limito los esfuerzos.

He sufrido dolores muy fuertes, yo aguanto mucho. Este dolor del hombro cuando se me estaba cortando el tendón era muy agudo. Los dolores de la FM son más leves pero van de un lado al otro en tu cuerpo, suponiendo que es la FM y no la AR.

Er: ¿Lo siente más a nivel de huesos o músculos?

M: Músculos, cuando me cruzo de brazos y los quiero soltar no los puedo mover.

Ahora tengo esto del estómago que me han hecho la endoscopía, yo estoy durmiendo y me despierta una puntada de la boca del estómago hasta acá (señala la garganta) no sé si será la FM también. Agudo de despertarme puede ser el dolor de la cadera, una pierna que es de otra persona, como un peso muerto. Hay noches que realmente dormir es difícil. Tomo té de tilo, manzanilla, una vez que yo estoy relajada puedo dormir mejor.

(Suena la alarma de un mensaje en su celular) Me siguen llamando, como verás soy muy solicitada, ríe)

(M refiere que toma medicación para la tiroides hace muchos años) Junto con la menopausia apareció la diabetes tipo II. La llevo mal a la dieta, con los carbohidratos no me doy cuenta pero inconcientemente lo hago, cuando algo me supera emocionalmente.

En este combo que puse me acompaña la diabetes, la AR, la FM, sé que están pero no le doy la importancia que a lo mejor tienen.

De noche surgen todas estas cosas, que durante el día voy guardando. Será que estoy sola conmigo. No tengo sueño durante el día. Son contados los días en que no me despierto en la noche. Duermo en alerta. Pero no siempre ha sido así, los últimos diez años he empezado con estas idas y venidas del sueño.

Er: ¿Cómo es la relación con su esposo, como cree usted que él la ve?

M: Y yo creo que me ve como la omnipotente y la omnipresente. Se toma más a ligera lo que a mí me pasa, porque como yo no manifiesto todos mis males. Pucha pero colaborá, decime te acompaño por lo menos. No tomar conciencia de lo que está pasando, por un lado quizá es un mecanismo de defensa.

No sé si es la crianza, no sé si es que mi papá murió cuando éramos muy jóvenes. Mi papá hacía todo, mi mamá no sabía ni donde pagar las boletas. Somos 3 hermanas y mi mamá. Pienso que yo revertí la situación, pienso que “a mí esto no me va a pasar” Pienso en esto pero no creas que ocupó otras horas de mi vida, lo hago porque mi carácter es así. Me casé muy joven, a la fuerza uno tiene que formarse, quizá si hubiera estado más cerca de mi familia hubiera sido más dependiente. Pienso que eso es lo que me ha hecho así.

Er: ¿Y qué le pasa a usted cuando el otro no hace lo que usted espera que haga?

M: Y me agarra la furia interna, soy medio leche hervida para hablar y después pensar lo que dije. Pero lo tomo como algo natural, no reacciono mal. Me cuesta mucho hablar de mí, de lo que siento lo que estoy pasando. No hay mucha respuesta del otro lado, no me echo la culpa pero lo he fomentado. Uno se hace fuerte para que el otro no lo vea débil.

Er: ¿Y se acuerda cómo fue ese primer año en que se vino a Mendoza casada?

M: Uhuh sí, me acuerdo porque son cosas que te marcan en la vida. Me vine a vivir a Mendoza un 3 de diciembre y fui madre un 24 de enero, en ese interín de adaptarme a vivir lejos de mi familia, mi suegra se cae un 24 de diciembre se quiebra la cadera. Olvidate de tener una mano de ayuda, había que atenderla.

Muchas veces me he sentido abandonada, pero si hay que tomar una decisión digo chau mis problemas internos y sigo.

Lo que más me pesa es pucha no me realicé como mujer, yo tendría que haber trabajado, tener mi independencia. Es ese algo que me falta, es un problema pero ya no tiene solución. Al irse yendo los chicos de la casa, ser abuelo, pasas a otro plano. Cambio, replantearte la vida. Quizá no me valore yo todo lo que he hecho esos años y quizá resalte, tiene peso lo que no hice.

La carrera se me alargó porque vinieron dos hijos más, ¿cómo no controle las cosas? Con cuatro niños no me quedaba otra, tener título es una realización personal pero no haber ejercido es como que no lo hiciste.

Yo le di origen en mi interior (a la FM), esas cosas que no he podido superar y he ido marginando, creo que a la larga. Quizá yo habré sido así de antes, lo haya tenido incorporado y no me daba cuenta. Le pongo nombre y apellido.

Er: ¿Qué nombre y qué apellido?

El mío, jodete como que yo he llevado mis problemas a mi interior, siempre está lo que uno expresa y lo que no. Cosas que en su momento tendría que haber sacado y no saqué.

Er: ¿Suele hablar con alguien de lo que siente?

M: No, tengo dos amigas de toda la vida pero viven en otra provincia. No tengo allegados para ir a contar todo lo que me está pasando, una persona que te escuche.

Tuve dos grandes amigas también y bueno, se fueron las dos, una tenía la edad mía y falleció cuando tenía 40 años y otra más joven que yo que también falleció a los 40. Una de cáncer y otra un accidente y eso también te limita el trato con la gente, esa profundidad. Eso fue un sacudón grande en mi vida, perder esas personas queridas de esa manera fue duro para mí. Pienso que eso también me aísla a ser más comunicativa. El

miedo de perder al otro, protegerme de una pérdida más. Es una protección. La primera pérdida, fue en dos meses, no hubo tiempo de asumir la enfermedad.

Cuando fallece mi amiga, había estado todo el día con ella y me deja en mi casa, me dice mañana me voy a Buenos Aires, el domingo cuando vuelve tiene el accidente (se emociona) Ahí yo creo que hice mi coraza. Fue hace diez años, creo que es el año que me diagnostican AR. Mando todo para adentro, no hablo de estos temas, tampoco le doy al otro la oportunidad de llegar, pobres los que me rodean.

(Habla de su trabajo) quizá lo que no hice en una carrera lo hago en este trabajo, me siento cómoda me da satisfacción. Mucho apoyo en la oración.

Segunda entrevista

M se presenta a la entrevista con una carpeta de apuntes propios y fotocopias de los talleres a los que ha asistido en Osep desde el año 2006.

M: Mirá acá hay información sobre analgésicos y otras cosas...o sea que la información la tuve que no la apliqué es un problema mío. No los he vuelto a leer porque no he tenido tiempo, me he dedicado a no sé qué, a gastar mi vida.

Era: ¿A gastar su vida? ¿En qué la ha gastado?

A gastar mi vida, sí, que te metés en un montón de cosas y después no sabes cómo zafar. Estuve haciendo la colecta más por menos, yo todos los años la hago pero bueno ahora me tocó acompañar a los chicos. Creo que nos fue bien.

La semana que viene tengo estudios, me ha salido triglicerios y colesterol altos, es raro porque yo tomo las pastillas. Quizá es mi estado interno, electricidad ambiente, la pelotudez que me agarra.

Era: ¿Y cómo sería ese estado?

M: Y que te pasas más tiempo pensando en lo que tenés que hacer y al final no lo hiciste. Por suerte en estos días los problemas familiares no existen, tengo dos nietos, uno se ha alejado está enojado con el padre y en el enojo caemos los abuelos. Con la otra nena (del otro hijo) todavía no están determinadas las visitas. Como madre yo me hago problema.

Era: ¿Qué piensa usted de todo esto?

M: Para una madre ver sufrir a los hijos es un fracaso, en qué fallé yo que ellos no fueron capaces de elegir, no te voy a decir elegir porque nadie elige bien, sino capaces de dar vueltas las cosas. Con el más grande he tenido un par de encontronazos diciéndole vos no podes exigir lo que no sos capaz de dar (sigue hablando del hijo mayor). Por ahí me echo yo la culpa y mi marido, los criamos de manera que ellos tuvieran la libertad de elegir, siempre negociando. Me preocupa, la nena la vemos poco. Yo no soy de discutir con la gente, yo soy de las que se va, no se queda a discutir con la gente. A lo largo de mi vida sé que no he discutido con la gente (habla del conflicto de su otro hijo con la pareja) ya tiene 30 años, ¿qué puedo hacer?

Se me están escapando esas dos cosas, no las puedo resolver porque no las puedo resolver, pero sí unirlas de una manera armónica con lo que yo hago. Por ahí yo me echo la culpa, a lo mejor soy yo muy fría, me parece que es más mecanismo de defensa, no querés sufrir acercarte al otro e insistir para no ver que te está diciendo “no andate”, no sé quizá yo tendría que haber tomado otra posición, haber estado más cerca.

Er: Y en esto que estaba diciendo que ve en los demás, de dar algo y exigir algo a cambio, ¿cómo se ve usted en lo que da al otro y en lo que recibe?

M: Y, hay veces que me siento como la última hormiga. Pero hay veces que no, lo tomo como algo natural, está en mi carácter y yo soy así, no me importa recibirlo o no recibirlo. Pero hay veces que me genera muchos encontronazos con mi marido la situación “bueno pero dejalos”, no, dejalos no, no puede ser (sigue hablando de la relación de pareja del hijo). Le digo a mi marido, “ayúdame en ésta al menos” siempre he estado yo con ellos

entonces me siento culpable de no haber sido capaz de aclarar estas cosas a tiempo. Y bueno me termino peleando con mi marido, que esto es más fácil, me enojo y digo la la lá y a los cinco minutos me olvidé. Las relaciones de la familia son las más difíciles de todas. No digo me duele si ya sé lo que me van a contestar ¿y otra vez te está doliendo? Es lo que me tocó, tengo que aprender a manejar. Lo que sí a veces no doy más, es mucha la presión, pero bueno son minutos y luego sigo en la marcha.

Er: ¿En estos lugares donde usted habla de presión...cómo se siente?

M: siento que todas me tocaron a mí, que yo soy la pobre víctima de todas estas circunstancias en mi cabeza, ¿por qué yo? Se me termina pasando porque yo soy de echarme tierra encima, así como soy de no decirte lo que estoy sintiendo por ahí me agarran las crisis de qué infeliz que soy y luego se me pasa, seguimos.

Muchas veces me siento mal, esas ganas de abandonar todo, ¿y por qué le voy a dar el gusto a lo demás? Tampoco soy de sufrir mucho tiempo, lo voy echando para el costado. Pero sí a veces me siento mal, me siento inútil, todo lo que hice no dio frutos. Por ahí pienso que soy egoísta, que estoy exigiendo algo que lo demás no son capaces de darme.

Era: ¿Qué sería esto que no da frutos?

M: A mí me hubiese gustado que la respuesta sea otra. Por lo menos que me digan decime “qué es lo que te pasa”. Hoy hablé con mi mamá, ay me había agarrado un ataque de tos no podía parar, me dice “la verdad que si me llamas para quejarte no me llames”...mi mamá. Entonces yo empiezo otra vez con que no lo puedo contar.

Era: ¿Qué siente en ese momento?

M: Ay una impotencia en mi interior, siento lo que es la palabra impotencia. Te ahorco (hace la mueca) muaj y tenes que relajar, tiene 84 años, ¿qué le voy a decir? Puede ser que no he tenido mala relación con ella, pero con la distancia la relación se va poniendo más fría. A lo mejor la justifico un poco. No sé, estas cosas no me las pongo a pensar a

diario, pasan y van en el día en la semana, en el mes en el año, van van no es una cosa en que yo me concentre y le busque la vuelta.

Era: pregunto por la impotencia

M: Se me ocurren muchas cosas para decirle al otro. Siento mucha ansiedad, mucha angustia. Las ganas de llorar, las ganas de mandar todo a la mierda, lo manejo de que pase.

(Refiere a San Juan y amigas del secundario)

Era: Pregunto por la elección de Ing. Agrónoma.

Fue todo un tema porque yo quería estudiar Farmacia y mi papá “no, no, no te vas a ir a estudiar a ningún lado elegí algo acá” (en su pueblo natal). La situación económica había cambiado y no era tan fácil que yo me fuera estudiar afuera. Yo empecé Ing. Agronómica pensando en que al año siguiente terminaba el secundario otra compañera de Inglés, entonces ella que tenía departamento en la capital, se iba a ir a estudiar Farmacia, entonces yo pensaba que me iba a dejar ir a vivir con ella y no me dejaron, y en ese interín lo conocí a mi marido me puse de novia estuve dos años con él y después nos casamos y nos vinimos a vivir a Mendoza porque él es de acá.

Era: ¿Cuántos años estudió Ingeniería?

M: Hasta tercer año y ahí se acabó, yo pensé que iba a poder seguir pero uno se da por vencido no ya veo que no me voy a ir a San Juan a estudiar Farmacia. En ese año el primer año de las dos carreras eran la misma Química, Física Matemática. No elegí porque me gustaba, era la excusa, yo quería estudiar Farmacia, y bueno no se dio. Nació mi primer hijo al poquito tiempo que me vine a vivir acá y ya no podía seguir estudiando, no podía económicamente porque era privada.

Cuando estaba cursando el tercer año me casé, llegué a gatas hasta fin de año y después ya nos vinimos acá. Mi marido estaba terminando de cursar 4to año de Ing. Agrónoma.

Era: En los años que estudió... ¿algo le gustaba de lo que estudiaba además de las materias en común con Farmacia?

M: Y sí, una vez que te metés en la carrera le ves la parte buena sino estarías en tu casa. Pero sí me gustaba.

Era: ¿Y cómo fue dejarlo?

M: Me costó mucho, me costó años de asumir de que no había terminado y creo que sigue siendo mi deuda pendiente a veces. Mis hijos ninguno tiene el título universitario (estudiaban y no re recibieron), es la deuda pendiente familiar, para mí personalmente, ellos a lo mejor están bien en esa posición.

Era: ¿Y cómo fue que decidió estudiar en el Magisterio?

M: Yo me había quedado con que no había terminado algo, me metí en una carrera corta, eran tres años. Yo siempre desde chica tuve la onda de la docencia, cuando decidí que iba a seguir con Agronomía, si no me da para ir al campo, siempre pensando en utilizar la carrera como docencia. Por eso te digo, lo elegí porque era más corto y era lo que me gustaba y creo que todavía me sigue gustando enseñar.

Pero ya tenía los dos más grandes y creo que en mientras estaba haciendo el pre-universitario me quedo embarazada del tercero. Nació en agosto del primer año que cursé. No contaba con quedar embarazada pero bueno, Dios sabe cómo acomoda las fichas en nuestras vidas aunque a nosotros se nos hace difícil, es distinto ya el cursado los intereses de una persona con familia. Pero yo tenía muy buena relación con mis compañeras. Formamos un grupo muy lindo. Venían a estudiar a mi casa.

Era: ¿Cómo recuerda ese momento?

M: Era bueno, como te digo, con mi marido tenemos un arreglo de que vos haces lo que te gusta y yo hago lo que me gusta, pero un arreglo implícito, no algo que se presta para discusión. Si había una peña y teníamos que ir para sacar dinero para algo, yo iba a la peña

con las chicas y mi marido se quedaba con los chicos en casa. Las horas de mi marido con los niños porque los exámenes empezaban a la tarde hasta la noche. Él se iba con los niños a esperarme en el patio del Magisterio, un arreglo en común para que todo anduviera bien. Cuando nació el cuarto ahí se derrumbó todo esto que venía tan bonito (ríe) y ya ahí no pude trabajar porque no tenía quien me ayudara con el cuidado de los chicos. A mí en realidad me ayudaba mi suegro los buscaba y los traía a la casa cuando yo salía de cursar, porque mi marido no estaba, en ese momento viajaba mucho. Pobre, mi suegro estudió conmigo. Después se empezó a complicar más la cosa, mi suegra ya era grande, enferma, requería más cuidado. Pero bueno, yo cometí el error (refiere palabras de su marido mientras le hablaba a un amigo) “yo cometí el error de no permitirle que trabajara, qué diferente hubiese sido todo si ella trabajaba en lugar de cuidar a los chicos”, creo que hablaban algo respecto de los chicos.

Yo ya, a esta altura imagínate que arrepentida no estoy, sí me costó menos eso de no haber podido seguir. Cuando estudiaba Agronomía me costaba tanto superar eso de no haber podido seguir estudiando porque también cambié de ciudad, de ambiente, cambié la vida. Pero no son cosas que me hayan marcado, que por esto soy así. Creo que le he seguido la marcha al mundo nomás. Es más teniendo los chicos he dejado muchas cosas.

Era: ¿Qué cosas ha dejado?

M: Eso nomás. A lo mejor a veces me ha apretado un poco la economía pero poniéndolo a lo lejos, no he tenido nunca un problema, de qué voy a comer mañana o no poder pagar algo.

Pero en realidad no siento que eso me haya pesado nunca porque lo apliqué a un montón de cosas. Cuando los chicos eran más grandes me ofrecieron trabajar de secretaria en una escuela. Me hice amiga de una directora en un Censo y me ofreció ese trabajo y no ya está es una etapa superada ya está. No sé qué habré pensado en su momento, yo hoy en día frente a un aula ni loca como están los niños hoy. Tu propio cuerpo tu propio crecimiento, tu carácter te va diciendo ya no estamos para ese baile. A lo mejor yo en ese momento me

estaba sintiendo bien por otras cosas, que se yo. Mirá ni me acordaba, me has hecho acordar de que había tenido la posibilidad de trabajar. No me acordaba de ese momento.

Era: ¿Y no le llamó la atención ese trabajo?

M: No me acuerdo que sucedía en ese momento que me impidió que yo dijera que si, a lo mejor cuando lo piense en mi casa después te digo porque no acepté. Que es una tontera porque al día de hoy estaría un poco, no sé, a lo mejor me hubiese vuelto loca antes y sería una maestra con licencia psiquiátrica (ríe).

Era: ¿Había hecho las prácticas cuando nació su cuarto hijo?

M: Sí, ya estaba. Me tocó con niños de 4° grado. Por eso que empecé con catequesis de niños porque es la edad. Estaba para...pero se hacía cada vez más difícil el cuidado de los niños, mi marido no podía darle vuelta al asunto. Miles de niños se crían con sus mamás maestras y no pasa nada, pero yo no sé qué pensaría en ese momento. Me sentiría como que iba a ser culpable de dejarlos no sé.

Estudiar por estudiar, si ya lo hiciste una vez pero ya la segunda vez estudiar y no hacerlo es como que bueno algo está pasando. Te faltó el impulso para seguir, no sé, la verdad, después con el tiempo no me lo planteé más. Porque podría haber entrado a trabajar otra vez, hasta los 40 años podría haber entrado pero no, ya no es mi hora. Lo fui relegando siempre le encontraba un excusa.

Era: Y este impulso para seguir, ¿con qué lo relaciona?

M: No sé qué se yo, con cosas personales. Yo pienso mucho en la formación de cada uno, cómo te metieron en la cabeza que tenés que ser un ser útil en la vida entonces vos vas siguiendo eso, tenés que ser útil y bueno...una especie de orgullo interno que te dice pero vos tenés que superarte y si sos capaz de hacerlo hacelo. Poner a prueba tu propia capacidad, lo veo desde ese punto porque cuando yo estaba haciendo el examen para entrar a la UNCuyo, viste son exámenes bravos, no es fácil. Yo no había tenido jamás Filosofía. Yo soy Perito Mercantil, que tampoco lo elegís vos, me anotaron mis padres, vos

vas a ser perito mercantil y listo, se ve que mis padres vieron que era más útil la parte comercial que el bachillerato. Bueno uno no discutía mucho, a no ser que vinieras muy definido. No se discutía en ese momento lo que querías ser, eras. No sé por qué te estoy diciendo esto, ah el impulso de seguir, y era como que ya venías con el chip puesto. Vos tenés que superarte, tenés que estudiar, todo lo que vos hicieses por vos mismo era para crecimiento y que se yo. Entonces bueno cuando me inscribo voy a ver las materias y veo Historia Política y Filosofía, ¿qué tiene que ver con la docencia?

Entonces cuando rendía yo me buscaba en la lista entre las últimas que habían ingresado porque eran muchísimos, me buscaba entre los promedios de 70% 80%, yo me fui derecho a buscarme al mínimo, yo había estudiado pero con Filosofía e Historia....yo me buscaba y no me encontraba entonces otro que empezó al revés, que se tenía más fe, era la última de la primera hoja, ingrese con el 98%...no era algo que yo no fuese capaz, era altísimo, hasta el día de hoy no lo creo. Si soy capaz entonces puedo hacerlo. Igual que el día que descubría que podía dar catequesis, lo más alejado de mi forma de ser, de pensar. Yo era más mundana, ahora no, pero era de esas que personas que si tenía que salir salía, si tenía que tomar tomaba, si tenía que bailar baila, no tenía prejuicios. Estaba yendo porque mis niños estaban haciendo la comunión, iba a catequesis familiar. Y entonces hablaban de la Biblia, el Evangelio aplicarlo a la vida y yo decía pero esto lo tengo clarísimo ya lo sé, lo que había visto en la escuela se me había quedado. Ella misma me propuesto empezar, no, pero vos estás loca no lo voy a hacer. Una vez me llamó para un reemplazo y creo que en una clase estuve acompañada y en la próxima ya estuve sola delante de un grupo de niños. Así empecé yo, si alguien ve que yo puedo entonces seguramente podré. Parece fácil pero no lo es, tenés que ser un poco testimonio de vida. A veces en mi casa se enojan y me dicen andá a la iglesia porque allá te escuchan acá no servís para nosotros (ríe), generalmente la persona que trabaja en la iglesia el primer enemigo lo tiene adentro de la casa siempre.

Era: ¿Quién sería el primer enemigo dentro de la casa?

M: Mi marido pero él no dice que no a nada de lo que yo hago, pero si te sale con esos comentarios que te dan ganas de estrujarlos “bué ya van a salir las pedigüeñas, por qué no salen los curas a pedir” porque él sabe que si yo me vuelvo y le contesto pero como yo ya aprendí que lo tengo que dejar. Lo hace, ¿por qué no quiere que lo haga o lo hace por el gusto de picanarme por el gusto de ver qué es lo que le contesto? Él es practicante porque yo lo llevo, creo que él cree a través de mí. (Habla del catequismo de los hijos, del marido y la religión) Yo le dije que si nos casábamos era por iglesia, él se quería casar entonces yo le dije que para mí era importante el casamiento por iglesia.

(Se refiere a su madre que también trabajaba en la parroquia cuando M era niña) Por ahí mis hermanas se acuerdan de cosas malas que nos han pasado “te acordás cuando nos caímos” yo ni me acuerdo si no me plantean el panorama no me acuerdo. Hay cosas que quizá he ido internalizando y no ha sido un acto conciente como que tienen gravado recuerdos que quizá no son los mejores recuerdos, pero yo todo lo malo como que lo he bloqueado, no sé, debe ser un mecanismo de defensa, eso escapa a mi conciencia. ¿Cómo puede ser que yo no me acuerde de semejante cosa cuando me tendría que estar acordando no? Quizá porque no me afectaron o no lo sentí de la misma manera. Si las recuerdo no me hieren, no me lastiman, no lo tengo internalizado. La otra vez hablaba con una compañera mía del secundario y ella me decía tenés memoria selectiva, eso es bueno o malo? no sé, puede ser que yo tenga memoria selectiva.

Er: ¿Y qué selecciona?

M: Y lo que a mí me gusta, lo bueno, lo que me hace bien. Lo otro lo descarto. Selectiva y acomodativa, me acomodo con lo que me siento bien, me satisface lo demás. Tampoco ha sido una vida desastrosa, tampoco tengo tanto sufrimiento como para decir sufrí tanto fueron tantas cosas malas que me pasaron, si yo te digo eso te estoy mintiendo, no es así.

Er: Pregunto por el sufrimiento.

Cuando me duelen los huesos. Ahí puede que se me bajonee la vida y empiece a pensar ay pero qué infeliz que soy. No poder con eso, me hace sentir más que infeliz, impotente no poder superar la situación inmediatamente. Yo te contaba de que soy mucho de tomarme un tecito relajarme, darme órdenes a mi cabeza de que supere la situación.

Después no sé un dolor muy intenso externo que me haya llegado fue la muerte de mi padre. Pero eso es una cosa común a todo el mundo, no es que haya sido mi dolor especial, único. La pérdida de las personas me ha dolido, sentís mucho dolor y mucha impotencia. Sí, me duele un poco no haber tenido más nietos, un dolor interno, eso me mueve como que mis hijos no tengan una familia armada.

Era: Pregunto por su “dolor único”.

M: Y la muerte de mi padre, quizá no era la mejor relación con él pero creo que no estaba preparada fue muy duro fue muy triste toda la situación. Se la había explotado la vesícula hacía varios días andaba mal, lo vio un médico amigo en San Juan que lo quiso internar “ya vuelvo voy a buscar mis cosas” y se tomó un colectivo y se vino a Mendoza al hospital Ferroviario. Lo operaron, eso sí fue un dolor que me pegó, lo internan un 8 de noviembre, se va de Mendoza un 2 de diciembre pero tenía que volver porque no se recuperaba, nosotros en esos días nos fuimos de vacaciones con los chicos. Yo ya vivía acá, lo cuidaba...fue en el año 87' 88'. Él se vuelve a descomponer, llega a los dos o tres día o al otro día. Se puso peor, se fue complicando cada vez más, entra en terapia intensiva. Mi papá se murió de una infección por mala praxis. Su cuerpo no resistía más, yo al médico le decía “mientras había vida había esperanza” y el médico decía que había que prepararse para lo peor.

Era: ¿Y usted qué pensaba en ese momento?

M: No sé, que la respuesta la tenía los médicos y los recursos y que tenía que seguir luchando por él. Mis suegros estaban bien, mi marido, me ayudaban con los chicos. Aparte la situación que se genera, mi papá muere a la 1 am y le habían sacado el

respirador porque estaba. Nos quedamos mi hermana y yo, ella estudiaba, mi hermana es ingeniera, tenía un final entre febrero y marzo y estaba sentada al pie de la escalera estudiando y yo me di cuenta cuando mi papá se murió, dejé de sentir los aparatos. Yo la hice hasta comer a ella, yo había llevado unos pedacitos de pizza y ya después salieron a avisarnos que había muerto y ahí empezó la otra gran historia: trasladarlo, fue fuerte y para mí eso si fue bastante pero más que nada la por la situación en general. Llegamos a mi pueblo un primero de marzo, el calor, viste todas esas cosas que se van juntando aparte de haber estado toda la noche haciendo trámites. Cuando lo llevaron al cementerio yo me acuerdo que no me pude quedar en el cementerio, no no, porque lo iban a poner en el mausoleo que los jubilados ferroviarios, cuando inclinaron el cajón así a mí me dio una cosa tan terrible de, eso puede ser el gran dolor, como que vos estás viendo que la persona se contrae que está todo mal que la estás golpeando y me fui. Había sido bastante fuerte todo el tiempo, a mi madre le decía mentiras más de una vez, se la ponía más liviana no tan directamente porque ella tenía asma nervios. Tenía en un punto a mi mamá en una sala con oxígeno y mi papá en terapia imagínate, una situación de mierda.

Era: ¿Y usted como recuerda haberse sentido?

M: si no, no, no eso sí de pensar querer que se solucionen las cosas, tampoco enojo con dios ni nada quería que buscaran la manera de solucionarlo. La gente que viene y te trata de llenar la cabeza. Nos llama un médico cuando mi papá estaba en terapia “mire señora lo de su papá es un error humano, acá algo falló en el momento de la operación” ¿de qué nos sirve esto si mi papá se estaba muriendo de qué me sirve que yo sepa que esto fue un error humano? “pero usted tiene que hacer juicio al hospital”. Lo mismo me pasó con mi marido, una conocida de la sobrina de mi marido trabaja en el hospital, “a mí fulana me dijo que le están poniendo una medicación que no es, agarrá y hacé lío”. Desde el 2006 entrando y saliendo en el hospital, esto fue en el 2010. Lo importante que te salven la vida, lo recursos lo tienen ellos no los tenés vos y tampoco el que viene y te trabaja la

oreja. Le contesté y me gané un enojo familiar pero al día de hoy que mi marido está bárbaro desde el año 2014.

Era: Pregunto por las cirugías del marido y su diagnóstico de AR.

No me acuerdo si empezó 2006 o 2008, el Dr. (su médico reumatólogo) me dijo que en mi vida era muy complicado todo esto la enfermedad de mi marido, la distancia con mi familia, mi madre que se enferma y me hace salir volando cada dos por tres viste. No estoy segura, pero para mí que yo ya tenía el diagnóstico de AR y el de FM fue mucho después, como en el 2010 por las fechas de los apuntes que tengo, ahí debo haber tenido una recaída terrible por eso me había dado los cursos, para que uno entienda, comprenda lo que se te descompone adentro.

Era: ¿Qué se descompone adentro?

M: A mí se me descompone adentro que me duele, me entendés, me duele. Que empiezo con los dolores y me siento mal y ahí sí puede que me sienta la última hormiga. La otra vez me dolían las muñecas y las rodillas de despertarme del dolor, me dolía dentro de la rodilla, no era el hueso o la articulación era una puntada dentro de la rodilla que por más que no me tocara no me dolía, yo lo sentía por dentro en el hueso, fueron esos días que el tiempo estuvo tan feo estuve con mucho dolor. Trato de ser fuerte al dolor, capaz estoy haciendo macanas pero trato de aguantar lo más que puedo sin tomar tanto analgésico.

Era: Pregunto por el dolor interno que ella refiere cuando dice que le pone su propio nombre y apellido.

M: Sí es verdad, yo me doy cuenta cuando viene como una especie de crisis entonces digo bueno a me viene la "Mercedita" me agarra la "Mercedita" (ríe) por eso te digo que al dolor le he puesto nombre y apellido porque le he puesto mi nombre, es verdad. Es la Mercedita rebelde que quiere que se le pase el dolor, machacando para que se le pase. Me doy cuenta de que viene porque me pongo irascible, todo te molesta, un cambio violento de humor. Típico de la AR también, la enfermedad de los incomprendidos, yo

cambio de humor “y ahora loca que te pasó” y no me entendés que me está doliendo porque no lo estás viendo, porque no me pongo así ni así (hace muecas como de retorcimiento) lo siento yo, es interno.

Er: ¿Usted se siente incomprendida?

M: Sí, sobre todo cuando me duele me siento muy incomprendida, ese “ahora qué te duele” ese sí me pega en el hígado “otra vez te estás quejando” muchas veces trato de no quejarme. Yo me di cuenta que algo no estaba bien cuando se me empezaron a caer las cosas, perdía fuerza en las manos y yo sentía cierta rigidez en las manos. No quiero sentir dolor, no quiero sentir dolor, esa es la verdad. Aunque estar con dolor no me impide seguir mi vida, hasta ahora. A la AR se le agrega la FM, para mí es todo lo mismo no sé si será una consecuencia de la otra pero he visto compañeras en el programa de pacientes crónicos que pobrecitas. Yo no sé si llegue a superar ese estado, no por mi carácter, si yo te pido un vaso de agua y no me lo trajiste en el momento voy y lo busco yo. No puedo estar esperando del otro, por ahí la culpa puede ser mía no demuestro que necesito.

Er: Cuando su marido estaba internado ¿cómo lo veía a él?

M: Estaba muy preocupada, con miedo, no sabía que podía llegar a pasar. No saber qué estaba pasando, una situación de miedo, de no poder hacer nada, esa impotencia de no poder hacer nada. Terrible ver a una persona que se alimenta a través de una sonda porque no puede comer. Son cosas que son tremendas. Me preocupaba porque todo estuviese en orden, los papeles, las boletas, que no fuese a haber ningún problema económico, nada que ver con lo que es la salud, pero esas cosas me ayudaban a pasar el momento y que no me resultara tan doloroso. Más que dolor, miedo a lo desconocido. Yo le dije a mi hermana que si a mi marido le llegaba a pasar algo yo me iba a Neuquén a quedarme con mi madre a cuidarla hasta que se muriera mi madre, era como un paso que yo iba a hacer eso me daba el pasaje a ir a vivir con mi mamá “ay que feo lo que decís” bueno es lo que siento. Por mi carácter, hacerle frente para el costado a las cosas malas, viste la memoria selectiva, decir “que dolor terrible que yo sentía” pero no.

La situación fue límite, cuando a él le dio el infarto postoperatorio me hicieron entrar a terapia intensiva a las 2 am. El enfermero me dijo pase y háblele, no se me ocurría nada, le dije “no te vayas porque todavía tengo muchas cosas para decirte” nada más y salí no aguanté y me fui. Superó esa noche y lo trasladaron.

Era: ¿Y estas cosas que tenía para decirle?

M: Ah no sé qué es lo que era, en su momento no sé. Habrá sido pelearlo por algo. ¿Qué le habré querido decir? Ahora que lo pienso quizá no se me cruzó nada por la cabeza, no sé por qué me salió eso. Sí por ejemplo, a mí me daba mucho miedo hablarlo a mi papá pobrecito, estaba inconciente con el respirador, yo no me animaba a hablarle. Fue lo único que se me ocurrió decirle, como que yo tenía deuda con él “para decirle”

(Comenta otra cosa, fuera del tema, respecto de un cuadro que hay en el lugar en donde se lleva a cabo la entrevista y doy por terminado el encuentro)

Tercera Entrevista- Cierre

En la última entrevista Mercedes se presenta un poco cansada y la manera en la que se expresa da cuenta que comienza a generarse una mayor introspección. A lo largo de las entrevistas se observa cómo puede ir centrándose más en sus propios sentimientos y sus propias percepciones.

Le comunico que éste es el último encuentro y comienzo a dar cierre. En el momento en que voy a sugerirle la posibilidad que haga terapia psicológica, Mercedes completa mi oración y expresa: “¿Qué me busque una psicóloga? Sí, lo sé. Lo he intentado con la obra social, ya lo haré”.

En la segunda y tercera entrevista, Mercedes refiere respecto de su dolor: “El otro día me dolía tanto la cabeza, los brazos. Y me acordaba de vos, cuando la vea le tengo que decir”. Esto que ella expresa, me da la pauta de que algo a nivel transferencial comienza a

aparecer y que comienza a sentirse cómoda para hablar de sí misma y su experiencia de dolor, por lo que infiero entonces que surge un terreno fértil para el trabajo terapéutico en este caso.

Teniendo en cuenta el contexto de investigación de las entrevistas, doy por finalizados los encuentros. Nos agradecemos mutuamente.

9.2 Entrevista sobre Fibromialgia a la Dra. Petcovick

(I. E. Petcovick, "comunicación personal", 8 de agosto de 2015)

Entrevistadora: Macarena Bru Stocco

M: ¿Qué es la Fibromialgia (FM)?

Dra: Es una enfermedad que se caracteriza por dolor crónico acompañada por una hipersensibilidad (alodinia) por fatiga crónica. Con una serie de síntomas y signos muy diversos lo que hace que el diagnóstico sea por descarte de otras enfermedades.

- Perturbación del sueño
- Rigidez matutina (que también se da en las Artritis)
- Tr. Del humor
- Tr cognitivos
- Dolor al orinar, es la cistitis que acompaña al fibromiálgico que son sintomáticas pero sin germen.

Criterios diagnósticos (únicos aceptados) son los del Colegio Americano de Reumatología (ACR)

1) descartar otro tipo de enfermedades (como Artritis reumatoidea, polimialgia reumática, con varias suele confundirse)

2) dolor que persista por más de tres meses

3) los 11 puntos de dolor positivos que tiene que tener de los 18

No surge espontáneamente, es crónica y puede tener episodios más agudos. Estos episodios se dan sobre una base cuando está compensada y por una causa externa como ejemplo la echan del trabajo, ahí hace un episodio agudo.

Es una enfermedad sobre diagnosticada, generalmente en las licencias que se piden en el trabajo.

Hasta lo que se sabe no presenta lesión orgánica, aunque se han presentado trabajos (2002) por resonancia magnética funcional hay un aumento de los procesos del dolor cortical y subcortical en el paciente FM que en el normal, entonces a lo mejor sí hay un tr. orgánico. Y tampoco puedo decir que no lo hay, porque si yo me baso en el tratamiento que hago que es modulando los inhibidores y excitadores quiere decir que hay un tr. en esto, indirectamente, si $A + B = C$ y yo corrijo C quiere decir que A+B son anormales, si yo trato con drogas los mediadores químicos quiere decir entonces que hay alteración en ellos. Basado en la Teoría de la Neuromodulación, donde les doy reguladores de los inhibidores y excitadores y los pacientes andan bien, entonces eso es lo que está alterado, ahora ¿por qué está alterado? Eso no se sabe, pero si aparentemente hay una lesión química, no puedo decir que haya una lesión anatómica porque no lo sé.

M: Ya que hablamos del tratamiento entonces es sintomático para apaliar síntomas del dolor.

Dra: Sí, para el tratamiento del dolor crónico, no va tanto analgésico. En realidad lo que está aceptado por la FDA son tres drogas:

-los antidepresivos, más se usan los duales que son antiserotonínicos y noradrenalinicos entonces actúan en las dos puntas (en la inhibición y la excitación). Y la Pregabalina que actúa inhibiendo los excitadores.

- anticonvulsivantes

- y analgésicos algunos. Utilizan Tramadol que es un opiáceo que lo clasifica aparte de los opiáceos comunes.

M: ¿Qué variaciones o alteraciones neuroquímicas se observan en estos pacientes?

Se ha visto que estos pacientes tienen concentraciones elevadas de sustancia P sustancia excitadora del bulbo raquídeo, el Glutamato también lo tendrían aumentado (ambas son sustancias estimulantes de la contracción muscular) y también de la hormona del crecimiento pero eso está todo en revisión. Eso pone de mayor relieve la teoría de la sensibilización del Sistema Nervioso Central (SNC) sobre los pacientes con FM.

M: ¿Y a nivel de la dopamina serotonina y noradrenalina hay aumento?

Dra: Más que aumento, son los receptores de estos neurotransmisores los que están alterados. Todas estas drogas actúan por los receptores, pueden haber miles de neurotransmisores pero si no hay receptores no molestan, entonces que ¿hacen las drogas? Modulan las concentraciones, todo se maneja por feedback, entonces si yo tengo mucho de algo hace un feedback negativo, deja de producir y mejora, las drogas regulan los receptores, regula la liberación de los inhibidores y excitadores.

M: La liberación y la captación, la comunicación entre las neuronas.

Dra: Exactamente.

M: Diagnóstico diferencial con el Tr. por Dolor (en ese momento lo buscamos en Google porque ella no lo conocía)

Dra: Está muy asociado los factores psicológicos a la FB, incluso éstos pueden exacerbar la enfermedad médica pero no sé el diagnóstico diferencial entre el Tr. por dolor de la psiquiatría con el médico, supongo que el psiquiátrico no responde al tratamiento como si el FB que da respuesta al tratamiento. Pero siempre hay un porcentaje que no responde, en todo tratamiento.

La evolución del tratamiento es cíclica, hay períodos de mejoría y períodos de exacerbación, y es multifactorial: va a depender de la tolerancia a la medicación, de las enfermedades conyugantes o acompañantes, de los tr. psicológicos o de las vivencias anormales que pueda tener el paciente, etc. La FM se trata pero no se cura.

M: Tiene que aprender a convivir con ello. Y en relación a los pacientes que has derivado al psicólogo, ¿qué cambios has notado en ellos?

Dra: En principio, primero la aceptación de la enfermedad como enfermedad, se da cuenta que no está loca. Como cuando el que está deprimido acepta su enfermedad y va al psiquiatra.

M: Es un paciente que llega pensando que está loco porque no le encuentran nada y aun así le duele.

Dra: Llega desesperado al reumatólogo, después de muchos médicos, ahora menos porque le hemos dado bastante a conocer. Antes por el clínico, de ahí al neurólogo, al traumatólogo luego al psiquiatra y así termina en el reumatólogo. Es un paciente maltratado sobretodo en su familia, en la casa lo quieren ver muerto...vos tenés a un hombre una mujer que nunca está bien, que siempre tiene un problema de algo y que encima lo ves normal, todos los estudios son normales y se siguen quejando y les sigue doliendo...los hijos no la aguantan, el marido ni te cuento, en el trabajo rinden poco y nada porque todo les duele, porque faltan, tienen tr. en la concentración, es un trabajador ineficiente, está más preocupado por el dolor que por la actividad, no es un buen empleado.

El paciente FM mejora en un 50% cuando le dicen lo que tiene, así se llama su enfermedad, nombre y apellido: fibromialgia y ahí se tranquilizan, ahí el paciente tiene qué decir "tengo FM"...y dicen bueno por lo menos tengo algo, no habían encontrado nada y ahora tiene un diagnóstico.

M: Viene a la deriva y le encuentra una palabra.

Dra: Ya sabe que le pasa, entonces deja de ser un invento y todo el mundo le deja de decir que está loca porque no tiene nada, le han hecho de todo y alguien le ha creído y le da un diagnóstico, eso ya les mejora porque les disminuye hasta el sentimiento de culpa "por

qué tengo que estar toda la vida así y encima que nadie me crea”. Esta es una enfermedad familiar, porque se agota la familia.

Tiene muy mal rendimiento laboral y llega un momento en que tienen mala relación familiar, un desgaste en serio lo ves al marido con una cara... A mí me gusta siempre que vayan con el marido porque, parte del tratamiento es hacerle entender que es una enfermedad real, que no es algo que la mujer se ha inventado para no tener sexo con él o no estar con él, ahí es cuando entiende y le ayuda; van juntos a gimnasia. Aunque no les cambien mucho, les cambia el humor la predisposición y el paciente mejora.

M: Claro, la actitud para encararlo.

Dra: Sí, porque llega un momento que hasta no quiere ni hablar para no cansar a los que tiene cerca.

M: Sí, es como que esta fatiga del cuerpo la lleva a las relaciones también.

Dra: Sí, no sé qué términos usan ustedes pero sí. Y lo vemos siempre con todos los pacientes. Siempre los hago venir con un familiar, no siempre lo logro, para que la paciente se sienta acompañada y ayudada en el tratamiento. Pero los pacientes tampoco quieren ir a gimnasia, tampoco quieren ir al psicólogo...al psicólogo los mandamos para que hagan la terapia puntual de aceptación de la enfermedad como va el diabético y bueno le tocó en suerte ser diabético, hay que aguantar vivir con una enfermedad crónica. Como los médicos no estamos preparados para el apoyo psicológico, los mandamos para que acepten su enfermedad, se hagan amigos, hagan su tratamiento.

M: Es decir que se hace un abordaje interdisciplinario, desde lo físico la gimnasia, la rehabilitación, la medicina, el abordaje psicológico...

Dra: Siempre, si tengo pacientes psiquiátrico coordino como reumatóloga con el psiquiatra, el terapeuta ocupacional, el kinesiólogo, no todos aceptan pero tiene que ser así, no lo puedo tratar yo sola, lo desconozco. Si no es así el paciente fibromiálgico no avanza, son pocos los que avanzan. Lo que pasa es que todo es caro. Yo los mando

muchísimo a Yoga, no como filosofía sino la parte física de Yoga, tienen un tr. en la fibra muscular entonces para disminuir la parte farmacológica, que aprendan ejercicios de relajación, incluso hay unos que dejan la medicación...rehabilitación es la única manera de bajar la medicación sino hay que poner cada vez más y más.

M: ¿Qué síntomas psicológicos se manifiestan en pacientes con FB?

Dra: El fibromiálgico puro tiene síntomas más ansiosos que depresivos. Los tr. cognitivos porque tiene disminución de la atención, eso es de lo que se quejan ellos que pierden la memoria, en realidad no tiene pérdida de memoria sino que disminuye la atención. Y tr. del humor.

M: Pueden tener mucha irritabilidad estos pacientes, también por la falta de un sueño reparador.

Dra: Es que está todo encadenado, si no dormís bien no descansas, estás irritable tenés tr. cognitivos, tr. en la elaboración del pensamiento y la palabra, es una cuestión viciosa que encadena una a la otra, estás cansado, tenés dolor, te cansa más aún.

Quienes tiene síntomas más depresivos son los que tienen una depresión como enfermedad de base, esos pacientes FM son los que tratamos con psiquiatra.

M: Me decías que las profesiones donde más observas la FM es en maestras y también en amas de casa...

Dra: Lo que más veo acá son en maestras, principalmente en mujeres por eso es en maestras, pero actualmente también lo veo mucho en contadoras o abogadas y todas aquellas que son empleadas, secretarias de un nivel importante de responsabilidad.

M: ¿Más en gente en relación de dependencia que independientes?

Dra: Creo que sí. Lleva a pérdidas laborales importantes porque no es un buen empleado, no es porque no quieran serlo porque acordate que son obsesivas, prolijas ordenadas pero ya cuando enferman faltan, disminuye muchísimo el rendimiento.

M: ¿Cómo es el trato de estos pacientes con los demás? Me decías que son muy demandantes.

Dra: Con la familia lo son, y con el médico muchísimo. Si pudieran llevarse el médico o el psicólogo o el psiquiatra a la casa lo harían. Demandan mucha atención, porque son personas que nunca están bien, que les cuesta mucho llegar a un estado de bienestar.

Son pacientes difíciles porque, te hablo desde el punto de vista del reumatólogo, primero porque cuando llegan ya han visto un montón de médicos, tienen una carga emocional, un gasto económico enorme en estudios y familiar...ya llega un momento que está enojados con la medicina. Entonces es difícil llegar con una buena predisposición, tenés una buena relación pero ya es un paciente que entra defendido, entonces es un paciente difícil también porque es un diagnóstico por descarte entonces tenés que hacer una muy buena semiología, ver antecedentes etc. para llegar a decir FM, es un paciente medicamente complicado para abordar.

M: ¿Las edades en que más se observa la FM?

Dra: Gente joven en etapa laboral, lo que más vemos desde los 25 a los 45 años. Aunque lo estamos viendo muchísimo en adolescentes y gente más grande porque ahora la vida útil no es hasta los 50 sino que se está extendiendo más.

M: ¿Qué características de personalidad tienen estos pacientes?

Dra: Generalmente son obsesivos, prolijos, metódicos, obsesivos con su limpieza con su trabajo con todo. Son muy autoexigentes, sumamente perfeccionistas.

Hacia el tratamiento no tienen la misma actitud, ellos cumplen a su manera: no todos van al kinesiólogo, al psicólogo, a yoga, no tienen la misma obsesión para su vida sus cosas que para curarse.

M: ¿Y se contempla relación de la FM con aspectos psicológicos?

Dra: Sí, claro. Me preguntan por LA causa y en realidad no es LA causa, a veces son los gatillos. Como en algunas enfermedades reumatológicas, pero también para algunas enfermedades oncológicas, algunas vivencias anormales o fuertes de la vida actuarían como gatillo para cosas que estaban aplacadas salgan como síntomas, por un lado y por otro exacerban la enfermedad, está estable la paciente y por ejemplo se le muere la madre...otra vez caen. Por eso la evolución es cíclica. El estar mal exacerba los síntomas, entonces hay una relación, no es causa pero sí un gatillo.

En una enfermedad de etiología desconocida, se puede saber que puede pasar, que hay un dolor crónico posiblemente por alteraciones en los neurotransmisores pero la causa real no se sabe. Hay algo que no se conoce que desencadena la enfermedad, se saben los efectos.