

Relación de los Síntomas de la Fibromialgia (FM), con la Neurosis Histórica Conversiva desde la
Teoría Freudiana

Presentado Por:

Deicy Paola Gómez Gómez

Julieth Ledezma Castrillón

Asesor Temático y Metodológico:

Jorge Iván Jaramillo Zapata

Docente Proyecto de Grado

Juan María Ramírez Vélez

Fecha de Entrega:

26 de Mayo de 2015

Facultad De Ciencias Humanas y Sociales

Corporación Universitaria Minuto De Dios Seccional Bello





(Como se citó en Kettenmann, 1992, p., 69)

Agradecimientos

A Christopher, Samantha y Felipe;
Ángela y Rosa. Nuestros amores;
Que con su constante ayuda y comprensión,
Llenaron nuestros días grises de color e inspiración.
A Juan María Ramírez nuestro gran maestro y
acompañante en este camino, quien con su esfuerzo
y dedicación sembró la pasión por el arte de
investigar. A Jorge Iván Jaramillo, quien con su
rigor académico y trascendencia en el saber marcó
una huella en esta investigación. A nuestros
docentes y compañeros, que sin saberlo, fueron
Pieza clave en nuestro proceso investigativo.

Érase una vez una mujer, que no sabía que significaba ser mujer para el deseo del hombre, y decidió acudir a preguntarlo a quien presuntamente podía saberlo: un médico. Le llevó su cuerpo sufriente. Dibujo en él una anatomía diferente. Recibió como respuesta la pintura de un cuadro clínico que debía organizar sus síntomas según un ordenamiento de lógica médica. Una estética de la muerte, cuando ella demandaba por una ética de vida. Deambuló por diagnósticos, pronósticos, tratamientos, denunciando constantemente la impotencia de un presunto saber. Como era su cuerpo el que gritaba, sólo un médico podría descifrar su pregunta... a condición de escucharla. Y de su encuentro con quien decidió poner en juego su oreja, nació el Psicoanálisis. Elogio, entonces, de la histérica: es fundadora, pero a condición de descubrir luego su trampa

(Como se citó en Israël, 1974, P., 3).

Resumen

En el presente proyecto se aborda la Fibromialgia (FM) desde la teoría Freudiana, explicada a la luz de la neurosis histérica conversiva, dando un marco referencial de los síntomas, aspectos generales y teorías explicativas de la Fibromialgia, en contrastación con un abordaje a la teoría psicoanalítica propuesta por Freud para la neurosis histérica conversiva, a su vez se tratará de hacer una relación entre algunos casos documentados propuestos por Freud (1893) y algunos casos de Fibromialgia abordados en la actualidad por Castellanos (2012), lo cual permitirá plantear si existe, o no, una relación entre ambas entidades patológicas.

Palabras clave: Fibromialgia, neurosis histérica conversiva, Freud.

Abstract

In the present project addresses Fibromyalgia (FM) from the Freudian theory, explained in the light of the hysterical neurosis converting, giving a framework of symptoms, general aspects and explanatory theories of Fibromyalgia in a contrasting approach to psychoanalytic theory proposed by Freud for converting hysterical neurosis, in turn try to make a connection between some documented cases proposed by Freud (1893) and some cases of fibromyalgia addressed today by Castellanos (2012). Which will allow raising if not, or a relationship between the two pathologies.

Keywords: Fibromyalgia, converting hysterical neurosis, Freud.

Tabla de contenido

Introducción	9
Planteamiento del problema	12
Objetivo general.....	21
Objetivos específicos.....	21
Justificación.....	22
Diseño metodológico	24
Capítulo I.....	26
Aproximación a la historia del dolor.....	26
Capítulo II	39
Aspectos generales de la fibromialgia desde la medicina	39
Reseña histórica del concepto fibromialgia	40
Criterios diagnósticos emitidos por el (acr) colegio americano de reumatología	43
Síntomas presentes en la fibromialgia	46
Componentes del tratamiento médico en la fibromialgia	48

Capítulo III.....	53
Algunas teorías explicativas para la etiología de la fibromialgia	53
Explicaciones fisiológicas	54
Hipótesis periférica.	55
Inflamación muscular.	55
Tensión muscular.	57
Alteraciones neuroendocrinas.....	59
Alteraciones en los neurotransmisores.	61
Explicaciones psicológicas.....	64
Hipervigilancia.	64
Reumatismo psicógeno.	65
El estrés en la fibromialgia.....	67
Teoría biopsicosocial.	68
Capítulo IV	70
La histeria en Freud	70
Boceto histórico del concepto de histeria.....	70
La histeria en los estudios prepsicoanalíticos de freud	75
La etiología de la histeria	86
Etiología de la histeria: el trauma de la seducción.....	86
Etiología de la histeria: fantasía inconsciente.	93
El síntoma histérico	98
La represión en el síntoma histérico.	98
El lugar de la pulsión en el síntoma histérico.....	99
Masoquismo, pulsión y síntoma.	107
El síntoma configurado a partir del dolor.	110
Capítulo V.....	114

Algunas puntualizaciones sobre historiales clínicos de la fibromialgia y la neurosis	
histérica conversiva.....	114
Histeria.....	115
Casos de neurosis histérica conversiva.....	116
Elisabeth r.	116
Señora emmy von n.	119
Fibromialgia	122
Casos documentados de fibromialgia.....	123
A.	123
María.....	125
Capítulo VI.....	133
Conclusiones	147
Referencias bibliográficas.....	147

Introducción

El presente texto es el resultado de la indagación documental realizada a partir de establecer la relación de los síntomas de la Fibromialgia, con la neurosis histérica conversiva basada en los postulados teóricos promovidos por Freud, el principal exponente de antaño del psicoanálisis.

Para el cumplimiento de esta labor nos vimos impelidas a realizar una revisión exhaustiva por algunas de las obras contenidas en la literatura freudiana en relación a la histeria y también al abordaje de diversos textos de la medicina que aluden a la explicación y descripción de aspectos generales en relación a la Fibromialgia. Todo ello guiado por la incógnita presente en relación al desconocimiento y ambigüedad que se presenta actualmente para la Fibromialgia, dado que a pesar de ser la Fibromialgia una afectación designada como entidad patológica, se desconoce su causa y origen.

Así, pues, en aras de dilucidar algo de lo que se pone en juego en el dolor crónico de la Fibromialgia, se realizó un abordaje teórico que tuvo como punto de partida la revisión y esbozo del dolor a través de algunas épocas y pensadores más relevantes de la historia. Este contacto al suceder del dolor permitió el acercamiento al estado del arte que rodea el dolor desde épocas pasadas hasta la modernidad y pos-modernidad. Permitiendo de manera lacónica una pesquisa que hizo las veces de antesala para dirigirnos al objetivo perseguido.

No obstante, luego de ilustrar algunos momentos históricos relevantes para la historia del dolor se dio paso a un primer momento que estuvo comprendido en dos capítulos que proporcionaron marco de referencia a la Fibromialgia, en tanto su categoría de enfermedad médica y reumatológica, suministrando elementos puntuales para la comprensión de aspectos generales desde esta óptica médica. Dichos elementos abordados condujeron a la aproximación teórica de hipótesis explicativas en lo concerniente a su causa y etiología. Hipótesis imperantes del lado de lo fisiológico y los sistemas centrales y periférico, en yuxtaposición a estas, la presencia de una explicación de orden psicológico.

Así las cosas, tras conjeturar diversos elementos teóricos del lado de la Fibromialgia y la medicina, se abre espacio a un segundo momento comprendido por dos capítulos más que tendrán como fin presentar, a través del acercamiento a la literatura freudiana, la contemplación y conceptualización de las Neurosis Histérica Conversiva, como entidad diagnóstica y estructuración psíquica.

Conceptualización que parte de asignar lugar a elementos teóricos como el trauma y la fantasía inconsciente en la etiología de la histeria, así mismo el terreno designado desde lo teórico a la pulsión, la represión, el masoquismo, en tanto su relación con el dolor placer-displacer, en el decurso de los procesos anímicos y el papel de estos en la conformación del síntoma somático.

Es así como la construcción teórica de una postura de la Fibromialgia y la histeria, convergen al establecimiento de una relación a partir elementos puntuales en cada una de ellas. La histeria,

por su parte, se hará presente a través de mecanismos y funcionamiento inconsciente de los procesos psíquicos y la configuración somática de sus síntomas. De otro lado, la Fibromialgia en tanto caracterización diagnóstica como entidad patológica, queda circunscrita por unos criterios clínicos y cumplimiento de síntomas preestablecidos. Así, emerge una comparación teórica que suscita la presencia de dos casos de Fibromialgia análogamente a dos de histeria.

La correlación que se logra establecer entre ambos casos, permite el encuentro de aspectos similares en tanto síntomas de ambas entidades diagnósticas. Dicho concurrir de aspectos similares en la comparación de los historiales clínicos, conduce a la búsqueda de verificación de un nexo entre Fibromialgia e histeria, que da cuenta de la existencia de una relación teórica entre ellas; que desembocará finalmente en un último momento de análisis, discusiones y conclusiones.

Planteamiento del problema

La Fibromialgia (FM) es una enfermedad que se ha considerado como una afectación del sistema muscular de una forma general. Consiste en la aparición de múltiples dolencias físicas, dolores musculares localizados en diferentes partes del cuerpo, ya sea de manera gradual o inmediata y sin una causa o lesión orgánica aparente, las personas que la sufren presentan un número diverso de síntomas tanto físicos como psíquicos, entre ellos es posible encontrar: dolor muscular, fatiga crónica, trastornos del sueño, intestino irritable, depresión, angustia, abandono de la vida social, entre otras (Merayo, 2008).

En algunos casos, es importante resaltar que quienes presentan Fibromialgia se ven condicionados por algunos impedimentos en su motricidad, lo cual en una serie de situaciones es causa de tropiezo para valerse por ellos mismos. Sumado a esto, la dificultad para continuar con el desarrollo normal de su vida cotidiana (Merayo, 2008). Autores como Merayo (2008), Villanueva, Valía, Cerdá, Monsalve, Bayona, Andrés (2004) y Vicente (2009), afirman que los síntomas de la Fibromialgia conducen a las personas a refugiarse en vidas de amargura y angustia, esto, debido a la condición de su enfermedad.

Ya anteriormente veíamos cómo algunos autores, plantean que estas circunstancias tienen como efecto múltiples episodios depresivos y afectaciones del estado ánimo, además particulares problemas que se hacen presentes en el establecimiento de vínculos y el sostenimiento de los mismos. Al respecto conviene decir, que esta inestabilidad en la creación y sostenimiento de vínculos ha sido explicada como un factor que resulta de la incompreensión y

exclusión de su entorno inmediato (Martínez, 2008). Cabe distinguir además, que en consecuencia con lo anterior, la construcción de imaginarios sociales, que parten del supuesto de considerar la Fibromialgia como una enfermedad irreal y ficticia que hace parte de la imaginación del sujeto, ha contribuido a un dificultoso desenvolvimiento en el ámbito familiar y social de personas afectas de Fibromialgia (Vicente, 2009).

Una larga trayectoria y un amplio trabajo investigativo, realizado alrededor de esta afectación, registra cerca de 3.500 trabajos investigativos, que hasta el año 2008 se habían realizado acerca de la Fibromialgia (Martínez, 2008). A pesar de ello, la Fibromialgia aún se presenta como un fenómeno difuso y de difícil abordaje, con una alta ambigüedad en su causa y origen, conviene dejar sentado además, el dificultoso escenario al que deben enfrentarse aquellos afectos por esta enfermedad, escenario que deben afrontar también quienes se interesan en comprender y abordar dicho fenómeno (Villanueva, Valía, Cerdá, Monsalve, Bayona, Andrés, 2004). Lo anterior tal vez como consecuencia de la complejidad y desconocimiento que se hace presente aún en relación con esta que se presenta como enfermedad.

En aras de contribuir al esclarecimiento del fenómeno, actualmente convergen nuevas teorías de orden biológico, como la neurología, que pone en duda la explicación reumatológica que se le dio a la Fibromialgia en sus inicios, la cual era explicada y comprendida, como una enfermedad únicamente de origen reumático (Martínez, 2008). Dicha explicación no tiene el mismo valor para la ciencia actual debido al marco de complejidad sobre el cual se ha visto delimitado esta enfermedad, aun desde sus inicios. Estas nuevas posturas de orden neurológico que explican la Fibromialgia como un fenómeno que es originado a consecuencia de una

alteración cerebral (Pérez, 2004), ha generado cierta credibilidad. Al respecto algunos estudios realizados, como el de Villanueva, Valía, Cerdá, Monsalve, Bayona, Andrés (2004), sugieren que, al parecer “hacen evidente la alteración de algunas sustancias neuroquímicas”(p.55).

Antes de continuar, pongamos en consideración un estudio que fue realizado en 2004, por la Asociación Española del Dolor, en pacientes afectos de Fibromialgia. Dicho estudio demostró “anormalidades neuroquímicas a distintos niveles cerebrales” (Villanueva, Valía, Cerdá, Monsalve, Bayona, Andrés, 2004.p.55). Este fue considerado como un gran avance, sin embargo, tras pretender llevar dicho avance a la realidad del tratamiento, sus efectos, no tuvieron los alcances esperados, por tan “magno” descubrimiento.

Agregando a lo anterior, se argumenta que una de las mayores dificultades que se ha hecho presente en la comprensión y abordaje de la Fibromialgia ha sido la concepción biologicista y científicista que predomina en la actualidad; concepción que ha dirigido las investigaciones y estrategias de tratamiento más aceptadas (Castellanos, 2008), sin dar, tal vez, mayor crédito a otras hipótesis que no sean fundamentadas sobre dichos métodos preestablecidos.

Es problemático que la Fibromialgia, en la cual se hace presente diversos síntomas psíquicos y afectivos, sea abordada con mayor importancia desde métodos que privilegian lo biológico y orgánico, aun a sabiendas de que existen los trastornos psicológicos como el estrés y la depresión que se hacen presentes dentro del cuadro sintomático(Merayo, 2008).

Algo más hay que añadir, a saber, la poca consideración que se le ha otorgado a los factores psíquicos, los cuales no son precisamente tomados como potenciales causales de la Fibromialgia, es decir, no es atribuible como explicación etiológica o causal para la conformación de las algias que se presentan en esta (Castellanos, 2008), sino como efectos secundarios (Merayo, 2008). Lo anterior permite sospechar que actualmente se ha desembocado en una mirada reduccionista y limitante para el fenómeno. Habría que decir también que la psicología ha tomado parte dentro de esta mirada que se le realiza a la Fibromialgia, de lo cual podemos derivar que más que contribuir con una mirada holística, ha favorecido a la creciente estigmatización del fenómeno como una enfermedad que pareciera no tener cura, (Castellanos, 2008) por lo cual, sus aportes se direccionan a una adaptación frente a los síntomas de la enfermedad (Merayo, 2008).

Esta breve explicación basta para comprender que, a pesar de que la psicología participa en el abordaje y tratamiento de la Fibromialgia, no logra aún tener un estatus que le posibilite dar una explicación desde lo psíquico al fenómeno algico que se hace presente en ella, sin decir que esto no sea posible (Moscoso, 2011). Muestra de ello es la participación que adquiere al interior del tratamiento, participación que se efectúa desde las Terapias Cognitivo Conductuales (TCC), las cuales han estado orientadas a la búsqueda de métodos que puedan mitigar los síntomas, además, de generar adaptación a la enfermedad, teniendo como base la enseñanza de diferentes mecanismos de afrontamiento de cara al dolor, que permitan llevar la enfermedad de manera más amable y soportable (Cañas, 2014).

Consideremos ahora que, para algunos psicólogos, como Merayo, esta intervención de la psicología en el tratamiento de la Fibromialgia es interpretada como un avance, dado que según el relato de Merayo (2008), sostenido en su tesis doctoral, la cual titula “Eficacia Comprobada de la Terapia Cognitiva-Conductual y la Gestión Personal en Pacientes con Fibromialgia”, anteriormente la Fibromialgia era considerada únicamente como una enfermedad reumatológica. Por tal razón los pacientes que la padecían, no recibían tratamiento psicológico como complemento a los tratamientos farmacológicos (Merayo, 2008).

Conviene, sin embargo, advertir que pensar como avance un tratamiento orientado a la preservación de una enfermedad es ambiguo dado que dicho tratamiento se ve más orientado al sostenimiento y atenuación del síntoma, antes que a la resolución e identificación del mismo (Castellanos, 2008), aun cuando desde las herramientas ofrecidas por la psicología se brindan elementos particulares, como la comprensión e interpretación subjetiva del dolor, presentes en las representaciones de cada sujeto (Moscoso, 2011).

Siguiendo lo expuesto por Merayo (2008) en su tesis doctoral, conviene recoger algunos de los resultados evidenciados en la intervención terapéutica realizada por este. Para ello tenemos que partir de los presupuestos inicialmente planteados, los cuales pretendían generar un impacto positivo en el manejo del dolor y una considerable disminución de los síntomas psíquicos y físicos, que tuvieran como resultado una mejora en la calidad de vida de los pacientes afectados de Fibromialgia (Merayo, 2008). Falta por decir, entonces, que los presupuestos inicialmente planteados no se vieron finalmente cumplidos, o por lo menos no de manera total, y solo en

pocos casos de manera parcial. Cabe señalar entonces, que llegaron a la conclusión de que “no existe un tratamiento psicológico eficaz para la Fibromialgia” (Merayo, 2008. p. 347).

Antes de continuar, resaltemos la importancia que la Terapia Cognitivo Conductual ha obtenido actualmente. Esta se ha posicionado como un complemento a la terapia tradicional, la cual ha consistido en un suministro de fármacos, entre ellos, medicamentos psiquiátricos de tipo antidepressivos como: fluoxetina; amitriptilina; trazodona entre otros; y analgésicos y antiinflamatorios en compañía de algunos métodos alternos como el yoga, la acupuntura, la hidroterapia y otros ejercicios de tipo físicos (Gutiérrez, 2007).

A propósito de las terapias y tratamientos que intervienen en la Fibromialgia, consideremos también la construcción y propagación de entramados discursivos que se ha popularizado en el campo médico, alrededor de esta enfermedad, creando un blindaje. Como diría Foucault “más que escuchar al enfermo, el médico debía ver la enfermedad” (como se citó en Moscoso, 2011, p., 244). La objetivación de la enfermedad es un creciente discurso que se sobrepone a la particularidad de los fenómenos patológicos y no patológicos. Subyace, además, en estos detalles la primacía de la objetividad científica que se ubica en diversas situaciones por encima de los discursos subjetivos de los pacientes (Moscoso, 2011). Es particular ver disciplinas como la psicología que se supone están orientadas a la comprensión subjetiva, apoyando una visión reduccionista y objetivante del ser humano (Braunstein, Pasternac, Benedito, Saal, 1982).

Ahora, es oportuno mencionar al médico y psicoanalista Santiago Castellanos, el cual ha dedicado gran parte de su trabajo a la investigación de la Fibromialgia. Tal como lo expresa en algunos de sus escritos como *El Dolor y los Lenguajes del Cuerpo* (Castellanos, 2012); *Psicoanálisis Aplicado a la Terapéutica: una Experiencia de Investigación y Tratamiento de la Fibromialgia*.(Castellanos2012), narra experiencias en intervenciones con pacientes aquejados de Fibromialgia. Este atribuye el dolor severo de la Fibromialgia a una forma de lenguaje del cuerpo, siendo significativa la importancia que tiene lo narrado en los historiales clínicos de los pacientes atendidos por él, donde afirma que:

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).

Así las cosas, importa dejar sentado, además, que Castellanos (2012), psicoanalista de orientación lacaniana, se ha valido de los diferentes elementos propuestos por la medicina y el psicoanálisis para ofrecer una nueva mirada a la Fibromialgia. Sin embargo, este en sus investigaciones ha buscado fundamentar las intervenciones a partir del dispositivo de la palabra; es preciso mencionar que esta forma de intervención no hace parte de los protocolos del sistema sanitario actual.

No parece excesivo afirmar, por todo lo anterior, que la Fibromialgia se ha posicionado como un fenómeno difuso, en el cual aún abundan múltiples interrogantes, y así también diversas

hipótesis, tal vez unas con mayor efectividad y menos credibilidad y viceversa, otras con mayor credibilidad y menor efectividad (Moscoso, 2011). Aquí vale la pena hacer una pequeña digresión sobre algunos factores externos a las investigaciones de la Fibromialgia, dado que, además de ser regidas desde discursos científicos, conviene subrayar, es movida por factores económicos y políticos que pretenden el beneficio de las industrias farmacéuticas (Ramos, 2004). Es significativa la importancia que tiene la medicación en los tratamientos ofrecidos para la Fibromialgia, hasta tal punto que se ha posicionado como el tratamiento de mayor prevaencia y más aceptación en la población afectada por esta, además, el más usado y sugerido por los médicos (Merayo, 2008).

Después de esta pequeña digresión volvamos sobre lo que atañe a esta investigación. Para ello es considerable señalar que sobre la Fibromialgia aún hay mucho por decir e investigar, no solo en cuestión de su causa y origen, sino también sobre su abordaje y tratamiento, lo cual constituye un amplio marco de investigación que tal vez en este trabajo no se abordará en su totalidad. Sin embargo, En este caso diremos que Freud y algunos de sus postulados teóricos trabajados desde el psicoanálisis, ofrecen una mirada distinta a este tipo de fenómenos.

Este punto se puede destacar observando la ocupación que Freud (1895) tuvo en el tratamiento de las neurosis histéricas conversivas, las cuales consistían en afectaciones con respecto a la disfuncionalidad particular de un órgano específico del cuerpo, sin que ello comportara necesariamente una lesión o enfermedad de tipo orgánica. Es necesario aclarar que la Fibromialgia no es una afectación exclusiva de la neurosis histérica conversiva; para lograr una

corroboración de este tipo, se hace necesario un ejercicio clínico a partir de la práctica del psicoanálisis (Castellanos, 2012).

Esto obliga a venir sobre otras particularidades que pueda no tenerse en consideración, las cuales permitan entrever elementos diferentes a los ya analizados en los estudios actuales de la Fibromialgia, generando la posibilidad de abrir nuevos campos de investigación e hipótesis, que puedan dar un viraje a lo que hasta ahora se conoce de la Fibromialgia. Es significativa la importancia que tienen los planteamientos realizados por Freud en su estudio y tratamiento para la neurosis histérica conversiva, lo cual genera diferentes inquietudes en el presente fenómeno de la Fibromialgia y llevan a pensar en ¿Cuál es la relación de los síntomas de la Fibromialgia, con la neurosis histérica conversiva desde la teoría freudiana?

Objetivo general

Establecer la relación de los síntomas de la Fibromialgia (FM), con la neurosis histérica conversiva desde la teoría freudiana.

Objetivos específicos

- Identificar teóricamente los síntomas de la Fibromialgia desde la medicina.
- Caracterizar conceptualmente la neurosis histérica conversiva desde la teoría freudiana.
- Comparar a la luz de casos documentados, los síntomas de la Fibromialgia y los de la neurosis histérica conversiva.

Justificación

Es importante desde la psicología realizar investigaciones acerca de la Fibromialgia (FM), que tengan como fin, comprender y abordar elementos propios de esta enfermedad sobre la cual queda tanto por decir, realizando un acercamiento teórico que privilegie el abordaje de las estructuras psíquicas y sus fenómenos, lo cual permitirá caracterizar y categorizar los síntomas que en la Fibromialgia se hacen presentes.

Importa dejar sentado, además, que para la comprensión y abordaje de dichos elementos se hace necesario un ejercicio clínico, que para efectos de la presente investigación tal intervención no se hace posible, dado los recursos formativos de los cuales se disponen; baste lo anterior para aclarar que se trata más bien de un ejercicio puramente documental, acerca una posición teórica que busca generar una alternativa explicativa desde una perspectiva psicoanalítica del fenómeno de la Fibromialgia a partir de la teoría freudiana.

Por otro lado, es importante resaltar que en la actualidad ejerce predominio la perspectiva positivista y de las ciencias naturales, la cual propone la Fibromialgia como una enfermedad reumatológica, de origen biológico y con algunas afectaciones psicológicas (Merayo, 2008). Esta perspectiva ha centrado su atención en variables científicas, que han generado una visión unitaria y casi superficial del fenómeno. Sin embargo, el psicoanálisis, por su parte, plantea una mirada profunda y diferente que propone nuevas alternativas para su abordaje (Castellanos, 2009).

De acuerdo con la apología de los aspectos antes enunciados en relación con la pertinencia de esta investigación, es también apropiado señalar que, esta investigación ha sido pensada como la primera etapa de un macro proyecto, que busca el hallazgo de la etiología de la Fibromialgia, en relación a una posible explicación desde la neurosis histérica conversiva, consignándose en esta primera etapa, un aparataje teórico que servirá como argumento y base para la aproximación a una intervención práctica.

Lo anterior encontrará sustento al verificar la existencia de una posible relación entre los síntomas de la Fibromialgia, en conformidad y similitud con los síntomas de la neurosis histérica conversiva. De esta manera obtener el respaldo de teorías sólidas para nuevas variables que puedan ser halladas en la investigación de la Fibromialgia.

Como factor final, cabe resaltar que cada día aumenta la población que padece la enfermedad, de manera que ya alcanza entre un 3% y un 6% de la población mundial, es decir que se está hablando de cuatrocientos veinte millones de afectados a nivel mundial (Mohamed, López, el Yousfi, 2012). Es notable que la situación presenta un alto riesgo, hasta el punto de ser tomada como una problemática social (Peña, 2014), lo cual amerita la presencia de investigaciones direccionadas a clarificar y generar nuevas hipótesis.

Diseño metodológico

La presente investigación se sostendrá a partir de un enfoque cualitativo. Como es sabido, este se caracteriza por comprender las cualidades particulares de un fenómeno, buscando un grado de profundidad para los datos, riqueza interpretativa y una mirada holística (Hernández, Fernández, Baptista, 2006). Concibamos pues, que lo anterior sustenta y define el objeto del presente trabajo investigativo, el cual pretende comprender el fenómeno de la Fibromialgia a partir de los postulados teóricos del psicoanálisis, a la luz de las estructuras psíquicas, privilegiando la particularidad del fenómeno como tal.

Conviene distinguir, además, que dicho trabajo no será abordado desde la práctica clínica, dado los recursos formativos de los cuales se disponen. Baste lo anterior para aclarar que se trata más bien de un ejercicio puramente documental acerca una posición teórica que busca explicar el fenómeno de la Fibromialgia a partir de la neurosis histérica conversiva en la teoría freudiana.

Dicha revisión será sustentada a partir del método hermenéutico, del cual se puede decir es:

El arte de comprender y de interpretar, se sustenta, para Gadamer, en el diálogo, entendido como la interacción de un sujeto con otro o con un texto, con la condición de que, en vez de llegar a conclusiones acabadas, genere discurso en el otro, que se abran horizontes mediante una herramienta propia de este proceder: la pregunta” (Echavarría, Tisnés, Arizábal, Vanegas, 2010, p. xxiii).

Ahora bien, es importante señalar que este análisis e interpretación de los textos constituye la fuente primaria de información bajo la cual dicha investigación será regida.

Esta línea de argumentación nos conduce a una caracterización del fenómeno, que pretende el análisis de variables de manera independiente y particular, esto permite aclarar que el nivel de investigación tendrá un efecto de profundidad descriptivo, en el cual se pretende de manera explícita comprender y esclarecer algunos elementos de la Fibromialgia a la luz de la neurosis histérica conversiva.

Ahora, es importante advertir que la Fibromialgia encuentra toda una lógica en el dolor, por lo cual se abordarán diferentes escritos científicos, teóricos e históricos que permitan dejar sentado una caracterización de este.

A partir de lo anterior, se ahondará en la Fibromialgia como un fenómeno tanto psíquico como físico, validando las diferentes posturas teóricas que subyacen alrededor de esta, buscando la identificación de sus síntomas a la luz de algunas teorías explicativas como: la neurología, la reumatología y la psicología.

Por lo expuesto anteriormente es pertinente un acercamiento con la teoría freudiana acerca de la Neurosis Histérica Conversiva, a través de lo consignado en sus escritos e investigaciones pre psicoanalítico y psicoanalítico que designarán una categorización y descripción para los fenómenos histéricos.

De acuerdo a lo fundamentado en lo anterior, se dará paso a una interrelación entre los síntomas de la Fibromialgia y la Neurosis Histérica Conversiva, a través de algunos casos citados por Freud de histeria y de Castellanos concernientes a la Fibromialgia propiamente dicha.

Capítulo I

Aproximación a la historia del dolor

*“he aquí la santa verdad sobre el dolor”
el nacimiento es dolor, decaimiento es dolor,
la vejez es dolor, enfermedad es dolor,
así como lo es la muerte,
la unión con el que no se ama es dolor,
la imposibilidad de tener lo que se desea es dolor.
todo es dolor (como se citó en Guerrero, 2002, p. 1, 2).*

Buda (500 a.C.), quien enuncia el escrito del epígrafe, hace aproximadamente 2.515 años atrás, permite ilustrar la inherencia del dolor a la condición humana. Además, establece una unidad entre la vida y el dolor, confirmando que el origen de la vida misma se encuentra condicionado por este. La tesis que Buda postula como una verdad del dolor fue afirmada varios siglos después por Schopenhauer (2007) al decir "Querer es esencialmente sufrir, y como vivir es querer, toda vida es por esencia dolor" (p. 130).

Es revelador plantear el dolor como un factor que acaece en la existencia humana; tal vez, pensar el dolor como un corolario mismo del vivir, cambiaría la óptica bajo la cual es observado; hablar de dolor es hablar de la existencia misma, un dolor que crea ligazones con lo trágico de la condición humana.

Teniendo en cuenta su larga trayectoria y recorrido por las diferentes épocas de la existencia, es significativa e importante la caracterización cronológica que se hace con respecto al dolor, además, este breve recuento histórico del dolor permitirá tener un acercamiento con algunas concepciones teóricas que se hacen más relevantes e influyentes, logrando de alguna manera ilustrar el desarrollo y construcción que se ha tenido del dolor a través de la historia.

Ahora, sin más preámbulos, descendamos sobre algunas particularidades que nos consigna la historia.

En la antigüedad el dolor era, según Guerrero (2002), “atribuido a un origen divino, a poderes mágicos, religiosos, demoníacos, teológicos y filosóficos” (p. 1). Esta concepción que aparece en la antigüedad abre el panorama de las representaciones culturales que predominaban en ese momento acerca del dolor. Un amplio abordaje denota la presencia de diferentes personajes anclados al dolor como una forma de castigo y/o posesión considerada como un designio divino. (Guerrero, 2002).

Al respecto Guerrero, (2002) afirma que:

Los conceptos que se tenían sobre el dolor estaban oscurecidos por las creencias mágico-religiosas. La mayor parte de la población pensaba que las sensaciones dolorosas eran causadas por influencias de los dioses o por los espíritus de la muerte. Creían que las fuerzas demoníacas penetraban a través de orificios y poros para destrozarse al individuo (p. 1).

Ante la presencia de estos designios divinos y fuerzas demoníacas que tenían como resultado el dolor, estas comunidades primitivas se valían de ritos simbólicos con el fin de alejar los espíritus malignos. “La persona lesionada recurría a conjuros, hechizos y órdenes poderosas con la intención de ahuyentar a los demonios del dolor” (Bonica, Loeser, 2003, p. 4). La diversificación de estrategias llevadas a cabo para mitigar o eliminar el dolor no tenía límites, pues se utilizaban hierbas y en algunos casos realizaban incisiones en su cuerpo para sustraer el dolor, así mismo, los tatuajes eran utilizados como una forma de exorcismo, mediante la cual el cuerpo era protegido de estas posesiones demoníacas (Bonica, Loeser, 2003).

Grecia viene a romper con las concepciones mágico-religiosas que predominaban en las civilizaciones antiguas, especialmente puso en tela de juicio la idea de los Egipcios “de que el corazón era el centro de las sensaciones sensorium commune o centro de la percepción sensorial” (Bonica, Loeser, 2003, p. 4), idea que ya había sido privilegiada por algunos pensadores griegos.

En esta nueva mirada al cuerpo y por consiguiente al dolor, conviene mencionar la intervención de Pitágoras, uno de los primeros pensadores griegos quien “trazo una línea divisoria tajante entre el alma y el cuerpo. Consideraba que el dolor y el sufrimiento son necesarios para el desarrollo y el autocontrol” (Merayo, 2008, P. 37). Así pues, Alcmeón de Crotona uno de sus discípulos se vio interesado en comprender el origen de la percepción, el pensamiento y la sensación afirmando que estos se producen en el cerebro y no en el corazón (Bonica, Loeser, 2003).

Véase ahora como Hipócrates (460-377 a.C.) pensaba que “el dolor era una manifestación de condiciones que alteraban el estado del equilibrio del cuerpo sano, constituía una consecuencia de la discrasia” (como se citó en Guerrero, 2002, p. 2). En tanto que esta noción de discrasia hacía referencia a la existencia de los cuatro humores: sanguíneo, flemático, bilioso (bilis amarilla) y melancólico (bilis negra) (Merayo, 2008). “Se pensaba que cuando había deficiencia o exceso de alguno de los humores (discrasia) surgía dolor” (Bonica, Loeser, 2003, p. 5). Esta concepción hipocrática se instaura como el primer paso, para dar inicio a la medicina científica creando una separación con la medicina antigua (Merayo, 2008).

Por otra parte, Aristóteles (384-322) fue uno de los que consideró que el sensorium commune o centro de la percepción sensorial se encontraba ubicado en el corazón, atribuyéndole

a este órgano “el centro de todas las funciones vitales y el asiento del alma” (Bonica, Loeser, 2003, p. 3). Es de resaltar que el cerebro dentro de sus teorías fue relegado a un segundo plano, en el cual obtenía poca o nula participación de los procesos sensoriales; pensaba que “el dolor se constituía en el corazón, más como un sentimiento que como una sensación” (Merayo, 2008, P. 38).

A pesar de que en ese momento se presentaron algunas divergencias frente a estas nuevas teorizaciones del dolor, fueron estas las encargadas de regir durante los siguientes siglos las nuevas miradas explicativas del funcionamiento del dolor en los seres humanos y de este mismo como un fenómeno presente en ellos.

Es preciso mencionar que las ideas inicialmente planteadas por Aristóteles, posteriormente fueron revisadas por sus discípulos. En un primer momento por Teofrasto y más tarde abordadas en profundidad por Estratón, quien “postuló la idea de que el centro de la sensación, incluido el dolor, era el cerebro” (Bonica, Loeser, 2003, p. 5). Así mismo esta idea, tiempo después es ampliada por Herófilo y Erasítrato quienes discurren una estrecha relación, hasta ese momento desconocida, entre el cerebro y el sistema nervioso. Lo dicho por Aristóteles del *sensorium commune* queda falseado y cuestionado por sus discípulos (Bonica, Loeser, 2003).

Por lo demás, se dirá de la influencia Hipocrática, que tuvo origen en Grecia y se extendió hasta Roma con Galeno (130-200 d. C.) —griego de nacimiento establecido en Roma—este fue considerado como uno de los más grandes médicos de la antigüedad con una gran influencia sobre la medicina de su época; muchos de sus descubrimientos aún continúan vigentes. A través de sus experimentos realizados por medio de la investigación con animales “postula que el

sistema nervioso central (SNC) es el asiento de la sensibilidad y del sistema motor y que las sustancias fluidas del organismo juegan un papel fundamental en la responsabilidad de las funciones sensoriales y motoras” (Guerrero, 2002, p. 3). Sus investigaciones establecieron un nuevo sistema filosófico innovando en el pensamiento médico, contraponiéndose a las teorías mágico-religiosas que aún eran consideradas como reales (Merayo, 2008).

Estas nuevas tendencias que se vislumbraron como un avance para el estudio y comprensión del dolor, también instituyeron una visión científicista que abrió nuevas miradas al fenómeno de la enfermedad y el dolor presente en ella, además, dio inicio a la objetivación de un saber en relación a los paradigmas del dolor en el ser humano que aún en la actualidad se conservan como el fundamento básico de algunas ciencias y disciplinas.

Es particular que el interés por hallar una explicación acerca del dolor se encuentra solo varios siglos después de haber sido identificado como un fenómeno que aquejaba la existencia de los seres humanos. Al parecer no ocupaba un lugar trascendental en los estudios e investigaciones de ese momento, al respecto Guerrero (2002) postula que:

Siendo el dolor una experiencia sensorial y emocional desagradable que se observa en la mayoría de los padecimientos del ser, sin embargo es poco lo que encontramos en los archivos históricos de la salud con anterioridad a la segunda guerra mundial concerniente a cómo tratarlo, controlarlo y evitarlo (p. 4).

Tras el breve recorrido hecho hasta este momento importa dejar sentado que hablar de la historia del dolor es hablar de una historia marcada por la lucha constante entre discursos

religiosos y científicos, discursos que han sido orientados a la explicación y en algunos casos conocimiento de dicho fenómeno. Antes de adentrarnos nuevamente en el recorrido histórico que se viene realizando, es oportuno hacer una pausa para sintetizar algunas ideas que se suscitan en las lógicas que adquiere el dolor alrededor de la historia. Para ello se retomarán algunos puntos ya mencionados, con el fin de subrayar las variaciones históricas evidenciadas hasta aquí en relación al estudio del dolor.

Obsérvese pues cómo en las civilizaciones antiguas se concibió el dolor como un castigo divino o posesión demoníaca ocasionado por los dioses; esta concepción mística en la explicación del dolor que rigió durante varios siglos, es desplazada a partir de diferentes inquietudes que fueron surgiendo para la explicación del dolor. Algunos de los planteamientos griegos y sus esfuerzos por hacer una aproximación científica al dolor toman fuerza, dando paso a nuevas perspectivas avaladas por estudios e investigaciones que al momento tuvieron mayor auspicio en Grecia. Este nuevo paradigma del dolor desaloja la ilustración mística que hasta ese momento era considerada como única y verdadera, instaurando una mirada explicativa basada en hechos reales que pudieran ser comprobados de manera sustancial.

Tras este breve resumen continuemos con algunas puntualizaciones ya en el período del cristianismo, y más exactamente hacia finales de la edad media, época en la cual el dolor es asumido como una forma de agradar a Dios. El dolor se denota ya no como un castigo sino como un deseo profundo por imitar a Cristo, por sentir el dolor como él lo sintió.

Es preciso mencionar que la crucifixión de Jesús adquiere toda una lógica en la representación del sufrimiento físico, otorgándole una gran importancia, dado que “sabemos del dolor de los otros a través de la observación de sus gestos, actitudes y expresiones corporales, es decir, a través de un conjunto de signos expresivos que pueden ser trasladados al mundo de la imagen” (Moscoso, 2011, p. 23, 24). El sacrificio de Cristo insta una nueva percepción cultural frente al dolor, por medio de su cuerpo maltratado y llagado se establece no solo un desprecio por el cuerpo, sino también una aceptación y sumisión frente al dolor.

El relato de muchos de los que fueron considerados santos de la cristiandad, gira entorno a la búsqueda constante de ser objeto de laceraciones y martirios, todo ello con el fin de sentir dolor. Al respecto Moscoso (2011) indica que:

Las vírgenes mártires, los Cristos de la Pasión, los masacrados en las guerras de religión o, en el extremo, los cuerpos anatomizados, se conforman a un patrón iconográfico que no expone simplemente la violencia, sino que la interpreta en un marco evaluativo que transforma los protagonistas en seres ilógicos e imposibles. (p. 27).

Los datos hagiográficos de los cuales se tienen noticias en la actualidad, permiten conocer la vida de algunos personajes relevantes considerados como mártires de la fe, algunos de ellos fueron Margarita de Antioquía, Jorge de Capadocia, Santa Marina entre otros, que obtuvieron una figura iconográfica en el dolor, al ser objeto de su manifestación más atroz y despiadada. “La tortura no los destruye y el dolor no los afecta. Antes al contrario, la mutilación de sus cuerpos concluye siempre con la reunificación de sus miembros y la cura milagrosa de sus heridas”

(Moscoso, 2011, p. 31). Esta forma de demostrar su fe por medio del sufrimiento, se convirtió en el aliciente y motivo de existencia para sus vidas.

La forma que encontraron estos mártires de la fe para mostrar su amor y fidelidad a Dios, establece una nueva forma de dolor que configura un imaginario social y cultural. “La resistencia física de estos seres venerables configura un modelo emocional, pero también cognitivo, que determina cuánto duelen nuestros males y cómo de exagerados pueden ser nuestros lamentos” (Moscoso, 2011, p. 44). Esta concepción del dolor instaurada por los mártires, toma forma dentro de las representaciones culturales que incita a “obligar a los sentidos a obedecer a la razón” (como se citó en Merayo, 2008, p., 40), alcanzando un valor trascendental e influyente que ha de catapultarse como una de las bases para regir y percibir el dolor dentro de la sociedad misma.

Es así que, durante el renacimiento, subsiste la creencia de que el dolor es grato a Dios, pues según San Ignacio de Loyola dirá, “el dolor no solo es aceptable sino deseable puesto que permite un acercamiento a Dios al entender el sufrimiento del “Dios hecho hombre”; el dolor autoinflingido es el primer paso en el mecanismo de la penitencia” (Merayo, 2008, p., 40). No obstante, durante esta época del renacimiento, según Merayo:

Aparece una corriente dominada por el espíritu inquisitivo y crítico, el pensamiento racional y la vuelta a las fuentes clásicas. El espíritu crítico llevó a confrontar las enseñanzas de Galeno con observaciones anatómicas (...) sin embargo, el desarrollo de la anatomía no dio lugar a un avance inmediato y significativo en el conocimiento de los mecanismos del dolor (2008 p., 39).

Por tal razón, Descartes aparece en la modernidad con una de las primeras teorías explicativas lógicas para el dolor, gran parte de sus postulados teóricos se ven influenciados por los planteamientos de Galeno y demás pensadores griegos. A partir de lo anterior y de sus investigaciones experimentales, “Descartes concibió al ser humano como una máquina física con un alma inmaterial, explicando mecánicamente todas las funciones del cuerpo” (Merayo, 2008, p.40), afirmando la separación existente entre el cuerpo y el alma, concibiendo dichas instancias como partes separadas. Separación sustancial entre el cuerpo y el alma que se ve reflejada en su concepción acerca del dolor, el cual fue considerado como un fenómeno puramente físico, es decir, un acontecimiento de naturaleza sensorial fisiológica (Torres, 2006). Para Descartes la experiencia dolorosa es:

Una percepción del alma, que puede estar originada por acción de agentes externos al cuerpo o bien por el cuerpo mismo (...) define el rol del dolor como elemento de integración entre el alma y el cuerpo, quedando graficado así en el siguiente párrafo: “Hay además algunas cosas que experimentamos en nosotros mismos y que no deben ser atribuidas al alma sola, ni tampoco al cuerpo solo, sino a la estrecha unidad que ambos forman (...) Tales son ciertas sensaciones como el dolor” (Pizarro, 2014, p., 715)

Esta aparición de Descartes en la historia del dolor y por ende la herencia de pensadores como Galeno, Vesalio, Newton y otros, generó diversas reacciones que tomaron partido en el pensamiento filosófico de ese momento, dejando como resultado seguidores y detractores. Sin embargo, su teoría de la especificidad se constituyó como una concepción predominante acerca del dolor gran parte del siglo XIX (Torres, 2006).

El siglo XIX podría ser nombrado como el siglo de la objetivación del dolor y sufrimiento humano. A partir de los postulados introducidos por Descartes, la mirada hacía los fenómenos del cuerpo estuvo condicionada por la medición y cuantificación de los diferentes métodos experimentales heredados por la ciencia cartesiana: todo aquello que no pudiera ser comprobado en la realidad material, carecía de valor real y se concebía como ficticio. La proliferación de discursos objetivantes no comprendió límites, estableciéndose como una variable preponderante en toda intervención. En relación a lo anterior, Moscoso (2011) dirá que:

También la medicina estableció un vínculo entre los síntomas de la enfermedad y las lesiones orgánicas. Puesto que los primeros dependían de las segundas, las instituciones se vaciaron de pacientes y se llenaron de enfermedades. Esta sustitución del paciente por su enfermedad potenciaba las prácticas relacionadas con la objetivación de los síntomas, con la localización anatómica de la lesión y con los intentos por establecer una medida intersubjetiva de las sensaciones conscientes (p., 122).

Tras esta nueva concepción de enfermedad y dolor, habrá que decir también que en el siglo XVIII y parte del XIX el dolor adquiere una nueva representación cultural, dejando de ser apreciado como una voluntad divina para ser considerado como un episodio despreciable, a su vez adquiere una inscripción en la lógica de la ley y el castigo punitivo, estableciéndose como una nueva forma de dolor (Moscoso, 2011).

Con el resurgimiento de la clínica en el siglo XIX, hay que reconocer que se acrecienta el propósito de controlar, ordenar y disciplinar históricamente el sufrimiento humano, surgiendo así la necesidad de crear dispositivos clínicos que comprendan el dolor. En los franceses se

instituye la preocupación por la clínica del dolor trazando unos lineamientos para ella, apoyados desde un punto de vista epistemológico que toma fuerza en los alemanes (Assoun, 2001), lo cual constituye un punto de convergencia que permitirá otras perspectivas en el abordaje del dolor y sufrimiento humano (Moscoso, 2011).

Tras la instauración del modelo clínico, hacía finales del siglo XIX, después de la aparición de la filosofía de la ilustración, subyacen algunas contraposiciones acerca de las teorizaciones realizadas por Descartes para el dolor. Se corre el velo que hasta ese momento había impedido el avance en el estudio del dolor, se aleja por un momento la mirada del dolor como consecuencia únicamente de una lesión orgánica, dando inicio a la explicación del dolor como un fenómeno que encuentra explicación en causas psicológicas; esta nueva explicación permite pensar el cuerpo y el alma como unidad (Torres, 2006).

Después de vislumbrar diferentes elementos para el abordaje y estudio del dolor, nuevas ciencias y disciplinas como la psiquiatría y la psicología, toman partido en el estudio y abordaje de este fenómeno. La introducción de estos nuevos discursos estuvo supeditada al deseo de dar una solución al dolor como síntoma y enfermedad quedando inscrita como una forma más de objetivar el dolor, valiéndose de la demanda de ofertas terapéuticas cuyo fin suscita el expendio y comercialización de los nuevos fármacos.

La explicación psicológica para el dolor, en esta época, alcanza mayor credibilidad al descender sobre el estudio particular de las parafilias; según la Real Academia de la Lengua Española, en su diccionario de uso común parafilia es definida como una desviación sexual. Las

parafilias en la modernidad fueron consideradas como una enfermedad que aquejaba a la existencia humana, estaban particularmente caracterizadas por una necesidad de que les inflingieran dolor durante el acto sexual. Al respecto conviene resaltar que:

La discusión de estas parafilias sólo podía tener lugar desde una perspectiva psicológica y no fisiológica: en último término, no había ninguna distinción sustantiva entre el dolor real o el puramente imaginado. Este último tenía la misma relevancia cognitiva y clínica que el padecimiento físico (Moscoso, 2011, p. 239).

Observemos, cómo en el devenir histórico, pensar el síntoma y factor patológico sin visibilizar una lesión o alteración orgánica ha sido cuestionado, dado que adquiere un valor agregado de la subjetividad. Sin embargo, en medio de esta constante por otorgar un carácter demostrable al dolor como una forma de expresión psíquica, aparecen los estudios sobre la histeria, estudios que fueron abordados por diversos autores como Georget, Briquet, Janet y especialmente Freud como uno de los más relevantes estudiosos de esta, quien a partir de sus estudios sobre la histeria, dará fundamento al psicoanálisis y por consiguiente al dolor en la experiencia humana: “Los síntomas de la histeria constituyen entonces símbolos mnémicos, es decir, indicios de memorias reprimidas” (Moscoso, 2011, p.273).

Las afecciones histéricas se constituyeron como una de las enfermedades evidenciadas en el siglo XIX, en la cual se puede observar este contenido psíquico del dolor como una forma de expresión del cuerpo. En relación a los estudios realizados sobre la histeria, Briquet (1859) afirma que “el recuerdo, la imagen de un dolor pasado, parece estar asociada a una sensación

particular y lo reproduce automáticamente en cuanto aparece esta señal” (como se citó en Moscoso, 2011, p.272).

Cada uno de los descubrimientos y consignas que aportan los siglos pasados, harán las veces de antesala para el siglo XX, en el cual tras la herencia de épocas fenecidas, convergerán nuevos paradigmas que buscan nuevos métodos para el abordaje y tratamiento del dolor. El dolor es configurado como un objeto de estudio para las diferentes ciencias presentes en esta época y las que al transcurrir de los tiempos se fueron añadiendo; en este siglo, al igual que en los pasados, persisten diversos enigmas y paradojas en relación con el dolor. Sin embargo, los avances tecnológicos e invenciones científicas tendrán un papel fundamental en sus investigaciones.

Ahora bien, poca diferencia se evidencia entre el siglo XX y el XXI, dado que hablar del dolor en el siglo XXI es aún hablar de un fenómeno incomprendido (Martínez, 2008). Un dolor percibido como factor externo a la humanidad que amenaza el existir de la vida misma, por tal razón debe ser eliminado y erradicado sin que ello sugiera el saber en profundidad de él. Todo ello ha desembocado en una proliferación de discursos y multiplicidad de saberes explicativos que han buscado dejar ver con mayor veracidad la generalización de manifestaciones y posibles tratamientos para el dolor pero, no denotando necesariamente la comprensión de este. El dolor sigue siendo un interrogante para la ciencia; cierto es que, aún en la actualidad, se presentan fenómenos de dolor para los cuales la ciencia no encuentra un argumento válido que aclare y genere su comprensión; ejemplo de ello es la Fibromialgia (Castellanos, 2012).

Capítulo II

Aspectos generales de la fibromialgia desde la medicina

¿Te imaginas a tu hermana que no puede resolver en dos horas la limpieza de la casa? Bueno, ni en dos horas ni en cinco. No puedo, sencillamente no puedo. ¿Te imaginas a tu hermana teniendo que renunciar a ser el centro de las tertulias que de tantos desastres me salvaron y en las que tanto me divertía? ¿Te imaginas a tu hermana sin poder ni tan siquiera hacer punto de cruz porque no puede estar sentada mucho tiempo porque le arden y le escuecen las costillas, que están inflamadas? No puede ir al cine porque estar un rato quieta le produce un dolor infinito. (Castro, 2004 p. 44).

Hablar de Fibromialgia es tal vez, hablar de un fenómeno doloroso que solo puede ser descrito y descifrado por quien lo padece. En pocas palabras, es hablar de un dolor que trastoca la existencia, como un ramalazo que atraviesa su sentir, perturbando lo más ínfimo de su ser, enmudeciendo sus palabras, aletargando sus sentidos; un dolor que finalmente inmuta el alma, adquiriendo su máxima expresión a través del cuerpo.

Insistamos ahora en decir que la Fibromialgia es también un fenómeno difuso en el que actualmente se hace difícil su abordaje, esto dada su ambigüedad. A la luz de algunos estudios epidemiológicos la Fibromialgia se ha convertido en un problema de salud pública, con altos niveles de prevalencia (Peña, 2014). Sin embargo habrá que resaltar que dilucidar y eliminar sus molestias se ha convertido en el objetivo de un sinnúmero de discursos científicos que se han encargado de regir los estudios e investigaciones realizadas para dicho fenómeno.

Reseña histórica del concepto Fibromialgia

De acuerdo con lo anterior, cabe agregar un breve recorrido por la historia y concepción de lo que actualmente se conoce como Fibromialgia. Se dirá entonces que Etimológicamente Fibromialgia (FM) viene del Latín *fibro* que significa tendón o fibra, *mi* del Griego músculo y *algia* dolor (Martínez, 2008), lo cual remite a los primeros estudios efectuados en relación con el dolor de la fibra muscular. Dichos estudios datan desde el siglo XVIII, momento en el que se discrepa frente a la idea que el reumatismo constituía una sola entidad patológica, y por el contrario se piensa desde ese momento en diversas entidades reumáticas. Esta ampliación del fenómeno reumático admite el abordaje a otras formas de reumatismo, lo cual permitió en el siglo XIX categorizar entre ellas la dolencia y posible afectación de los músculos, afectación que no generaba deformación. Es caracterizada por la hipersensibilidad de los tejidos fibrosos y su capacidad expansiva de dolor en áreas vecinas (Martínez, 2008).

Así las cosas, Floriep desde 1.843, año en el que datan las primeras investigaciones acerca del fenómeno de la Fibromialgia, hace posible hablar de este tema que para ese momento era algo completamente desconocido. Además, contribuyó a la construcción de una posible explicación de los síntomas presentados en el dolor de la fibra muscular. Es significativa la importancia de lo antes mencionado, dado que a partir de esta diferenciación nosológica de las entidades reumáticas y apertura investigativa de las mismas, se otorga importancia a la afectación, conocida en ese momento, de la fibra muscular (Martínez, 2008).

Sin embargo, hacía el siglo XX Gowers (1.904) introduce el concepto de Fibrositis, cuyo significado es inflamación del tejido fibroso. La introducción de este nuevo concepto surge con el finde tipificar el dolor crónico y así otorgarle un nombre específico que lo distinguiera de los

demás, permitiendo también tipificarlo como una inflamación de los músculos y tejidos fibrosos, lo cual finalmente no pudo ser corroborado como tal (Martínez, 2008).

Ahora, interesa extraer de lo dicho la apertura de un espacio para la contrastación de nuevas teorías. Dicha apertura es realizada por Hensch en 1936, el cual propone un factor psicológico en la aparición de fibrositis, atribuyéndole a esta no sólo un origen inflamatorio en el cuerpo, sino también la mirada de aspectos psicológicos implicados en la aparición de dichos síntomas. Este aporte da un giro a la concepción que hasta ese momento se tenía acerca de la Fibrositis permitiendo el emerger nuevas consideraciones acerca del fenómeno, dando paso a un período álgido en la década de los 70 que enriqueció las discusiones acerca de este tema (Castellanos, 2009). Posteriormente se evidencian nuevas posturas, resaltando el aporte realizado por Bonica en 1974, considerando que el dolor fibrosístico, es decir, el dolor en los músculos, no era producto de una tensión muscular, sino que parte de su origen era debido a una alteración psíquica, creando un círculo vicioso entre ambos (Ojeda, 2012). Todas estas discusiones desembocan en 1976, donde una vez más aparece Hensch introduciendo una nueva propuesta, la cual tenía como propósito cambiar el término de Fibrositis por el de Fibromialgia, propuesta que tiene éxito y es aceptada años más tarde por el Colegio Americano de Reumatología (Vicente, Berdullas, Magan, 2009).

Tras la aparición y aceptación del concepto Fibromialgia, el cual reemplaza lo que en un inicio se conoció como dolor de la fibra muscular y fibrositis, varía la observación y comprensión para esta. Dado que su mirada ahora es realizada desde una óptica diferente,

precedida por no encontrar lesiones orgánicas, como la inflamación de los músculos y fibras propuestas en su génesis, le otorgaron un valor agregado; esto debido a que ahora la clasificación del dolor referido dependía de lo expresado por el paciente. Partiendo de esta afirmación, Bauer (2008) al respecto menciona que:

Si analizamos los diferentes nombres que antes se utilizaban para la fibromialgia, se constata una gran incertidumbre con respecto a la naturaleza de esta enfermedad: en efecto, se sospechaba que se trataba de una inflamación del tejido muscular (Fibrositis), una enfermedad generalizada de los músculos y tendones (tendomiopatía), una enfermedad reumática (reumatismo muscular), diferentes estados de tensión anormales o disfuncionales psíquicas (reumatismo psicógeno). Hasta ahora, no se ha podido demostrar de manera convincente ninguna de estas suposiciones. En primer lugar el término fibromialgia sólo describe una sensibilidad anormal frente al dolor de la musculatura y las estructuras fibrosas vecinas (p. 24).

Avanzando en el tiempo, se encuentra, que es entonces en el año de 1.990 que la Fibromialgia es establecida como enfermedad reumatológica por el Colegio Americano de Reumatología (ACR), año en el que también expide una serie de criterios diagnósticos que se vieron influidos por el trabajo realizado con grandes grupos de pacientes con Fibromialgia— estos criterios diagnósticos serán expuestos en párrafos más adelante—. Acto seguido, en el año de 1992, es reconocida como enfermedad por la Organización Mundial de la Salud (OMS) y al mismo tiempo es introducida en la Clasificación Internacional de Enfermedades (CIE-10), clasificada con el código M79.7 dentro del grupo de las enfermedades reumatológicas (Vicente, Berdullas, Magan, 2009).

De otro lado, hacía 1950 y 1980 se hizo presente una creciente dificultad frente a la hipótesis diagnóstica de la Fibromialgia, dado que los criterios diagnósticos enunciados por el ACR no eran tomados con gran relevancia y prevalecía un gran desconocimiento de estos. Antes bien, se estimaban como criterios diagnósticos sesgados o eran pasados por alto sin ser tenidos en cuenta dentro de la hipótesis diagnóstica. Finalmente tanto el desconocimiento de los criterios como el uso inapropiado de estos, representó un embrollo para los médicos y pacientes. Así, pues, frente a esta controversia para el establecimiento del diagnóstico, el Colegio Americano de Reumatología (ACR) tras reconocer y aprobar a la Fibromialgia como una enfermedad reumatológica, se ve impelido a reafirmarse en los criterios clínicos ya emitidos en 1990 para el establecimiento del diagnóstico (Bauer, 2008). Criterios que para este momento son nuevamente publicados y adquieren un mayor impacto.

Criterios diagnósticos emitidos por el (ACR) Colegio Americano de Reumatología

Ahora bien, de acuerdo con los criterios de clasificación enunciados por el Colegio Americano de Reumatología (ACR) en 1990, según el Ministerio De Sanidad, Política Social E Igualdad de España (2011) son concebidos de la siguiente manera:

Estos criterios caracterizan la FM por la presencia conjunta de dos hechos:

1. Historia de dolor generalizado durante, al menos, tres meses y que está presente en todas las áreas siguientes: lado derecho e izquierdo del cuerpo, por encima y por debajo

de la cintura y en el esqueleto axial¹ (columna cervical, pared torácica anterior, columna dorsal o columna lumbar). Por tanto, se cumplen las condiciones de dolor generalizado si existe dolor en alguna región del esqueleto axial y en, al menos, tres de los cuatro cuadrantes corporales (dividiendo el cuerpo con una línea vertical longitudinal que separe dos hemisferios derecho e izquierdo y una línea transversal que pase por la cintura y separe dos mitades superior e inferior) o, excepcionalmente, sólo dos si se trata de cuadrantes opuestos respecto a los dos ejes de división corporal.

2. Dolor a la presión de, al menos, 11 de los 18 puntos (nueve pares) que corresponden a áreas muy sensibles para estímulos mecánicos, es decir, con bajo umbral para el dolor por estímulos mecánicos (Figura 1):

- Occipucio: en las inserciones de los músculos suboccipitales (entre apófisis mastoide y protuberancia occipital externa).
- Cervical bajo: en la cara anterior de los espacios intertransversos a la altura de C5-C7.
- Trapecio: en el punto medio del borde posterior.
- Supraespinoso²: en sus orígenes, por encima de la espina de la escápula, cerca de su borde medial.
- Segunda costilla: en la unión osteocondral.
- Epicóndilo³: distal a 2 cm y lateralmente al epicóndilo.
- Glúteo: en el cuadrante supero-externo de la nalga.

¹Esqueleto axial: son los huesos que “forman el eje del cuerpo, incluye los huesos de la cabeza, la columna vertebral y la caja torácica” (Audesirk, Audesirk, Byers, 2008, p., 706).

²Supraespinoso: músculo ubicado en la parte posterior del hombro (omoplato) es decir “en la fosa supraespinosa de la escápula” (Field, 2004, p. 200).

³Epicóndilo: sitio donde los músculos del antebrazo se unen al hueso lateral del codo (Field, 2004).

- Trocánter mayor⁴: en la parte posterior de la prominencia trocantérea.
- Rodilla: en la almohadilla grasa medial próxima a la línea articular (p. 30,31). (Véase figura 1).

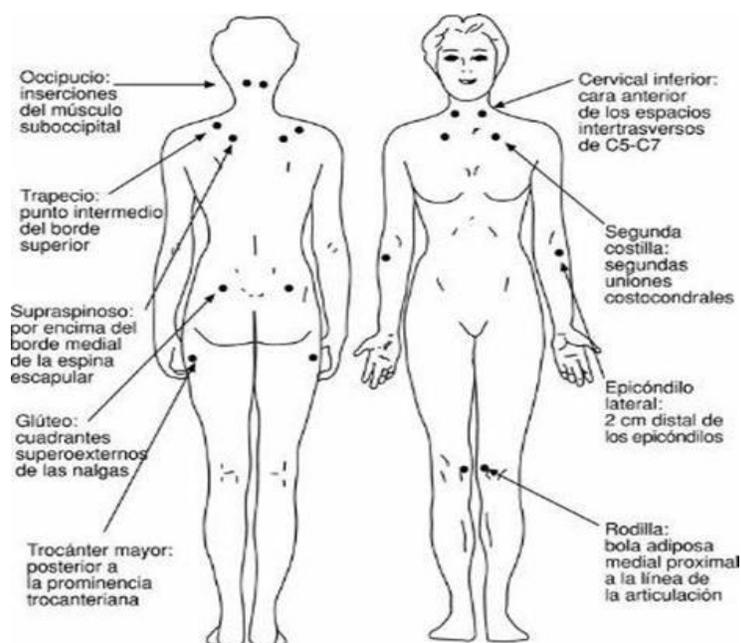


Figura 1. Criterios diagnósticos emitidos por el ACR para la elaboración del diagnóstico de la Fibromialgia (Ministerio de Sanidad, Política Social e Igualdad 2011, p. 32).

Después del acercamiento realizado a los criterios diagnósticos dictados por el ACR, es preciso definir la Fibromialgia desde una concepción médica.

Así pues, la Fibromialgia es una enfermedad crónica, actualmente comprendida dentro de las enfermedades reumatológicas que se caracteriza por múltiples dolores de localización inespecífica, difusa y profunda, en la mayoría de los casos inexplicable, dado que ante el malestar ocasionado por el dolor intenso no se hace presente una lesión orgánica que lo

⁴Trocánter mayor: unión de músculos ubicados en la parte superior del fémur. (Field, 2004).

justifique(Vicente, Berdullas, Magan, 2009). Es caracterizada por factores determinantes como: dolor generalizado crónico y sensibilidad exagerada ante la palpación de algunas áreas anatómicas (Martínez, 2008).

Según el Doctor Bauer (2008) se denomina Fibromialgia a “un síndrome que se caracteriza por el dolor crónico que sufren sus musculaturas y sus estructuras vecinas. Los músculos y sus fascias, así como los tendones, son extraordinariamente sensibles al dolor, aunque sólo los presionemos con los dedos” (p. 23).

Síntomas presentes en la Fibromialgia

Al llegar aquí es necesario hacer mención de los diferentes síntomas concebidos dentro del síndrome de la Fibromialgia, los cuales se encuentran comprendidos de la siguiente manera:

- Rigidez (76-84%) matutina o tras reposo.
- Alteraciones del sueño: insomnio, sueño ligero, despertar frecuente, bruxismo⁵ y sueño no reparador.
- Fatiga: con una frecuencia de aparición entre 55-95%. En general de aparición matutina, leve mejoría después para progresivamente ir aumentando a lo largo de la jornada.

⁵Bruxismo: “es definida como una actividad parafuncional que consiste en el apretamiento y frotamiento excesivo de los dientes entre sí en forma rítmica y que conduce al desgaste de uno o más piezas dentarias” (Barrancos & Barrancos 2006 p., 256).

- Cefalea tensional⁶: aproximadamente en el 50% de los enfermos.
- Parestesias⁷ e inflamación subjetiva con frecuencia bilateral.
- Distrés⁸ psicológico: con elevada asociación a ansiedad, alteraciones del humor y cuadros distímicos. Pueden incluso presentar trastornos de pánico y cuadros de fobia simple.
- Intestino irritable: dispepsia⁹, flatulencia, náuseas, estreñimiento o diarrea, cuadro pseudo obstructivo, entre otros. Se presenta en un 30-60%.
- Síntomas genitourinarios¹⁰, dismenorrea¹¹, síndrome premenstrual¹² y vejiga irritable

(Villanueva, Valía, Cerdá, Monsalve, Bayona, Andrés, 2004, p., 19).

⁶Cefalea tensional: Es el dolor de cabeza, cuero cabelludo, o el cuello, asociado a tensión de los músculos (Simons, & Travell, & Simons, 2007).

⁷Parestesia: Se trata de una sensación anormal que no es experimentada negativamente como desagradable, con independencia de que sea espontánea o provocada. La parestesia más frecuente es la sensación de hormigueo percibida al comprimir un nervio con adormecimiento de un área corporal. (Serra, 2007 p., 165).

⁸Distrés: se refiere al estrés con efectos negativos. (González, 2008).

⁹Dispepsia: “conjunto de síntomas ubicados en el epigastrio recurrentes y relacionados con la ingesta. Los síntomas son referidos como: pesadez, plenitud, distensión, acidez, ardor, regurgitación, eructos, náuseas, dolorimiento y aún dolor.” (Revista Medicina 1988, p., 432).

¹⁰Genitourinario: “los órganos genitales, o reproductores, y los urinarios constituyen el aparato genitourinario” (Ingraham, Ingraham, 1998, p., 588).

¹¹Dismenorrea: “toda molestia física o emocional relacionada con los periodos menstruales” (Ammer 2007, p., 225).

¹²Síndrome premenstrual: “conjunto de uno o más síntomas que ocurren, solos o a veces juntos, antes del comienzo de la menstruación, por lo común durante la semana precedente” (Ammer 2007, p., 227).

Algo más hay que añadir a lo expuesto anteriormente, y es la no constatación de la afectación ocurrida en la Fibromialgia a través de las pruebas de laboratorio. Cabe señalar que dichos síntomas no pueden ser verificados en los protocolos médicos para determinar lesiones y afectaciones orgánicas, antes bien, dichos criterios diagnósticos y síntomas de la Fibromialgia son valorados por consideración clínica (Villanueva, Valía, Cerdá, Monsalve, Bayona, Andrés, 2004). Tal como lo exponen Felipe y Castel (2009), al señalar que:

Algunas características de la FM, que hacen más compleja su comprensión y tratamiento son: el diagnóstico reciente; es un diagnóstico basado en exploración clínica; no existe lesión estructural; existen distintas hipótesis etiológicas; multiplicidad de factores que influyen en su aparición y evolución; prolongada latencia entre el inicio de los síntomas y el diagnóstico; largo peregrinar a diferentes especialistas; provoca rechazo; los tratamientos farmacológicos han mostrado una escasa eficacia; no se reconocen socialmente las dificultades que ocasiona y la rigidez legislativa, porque no admite modificaciones del ritmo laboral, adaptándose a la sintomatología del enfermo (de Felipe y Castel, 2009) (como se citó en García, 2012, p. 10).

Componentes del tratamiento médico en la Fibromialgia

Hechas estas salvedades aclaratorias frente a los criterios y síntomas para establecer un diagnóstico de Fibromialgia, conviene seguir adelante y de forma breve buscar ofrecer una caracterización para el tratamiento que actualmente es ofrecido para esta afección. Es necesario aclarar entonces que el tratamiento dado para la Fibromialgia es un tratamiento multidisciplinar,

el cual cuenta con diversas ciencias y disciplinas, así como también el concurrir de métodos heterogéneos para su intervención.

Sin embargo, es pertinente decir que las formas de tratamiento actuales para la Fibromialgia están basadas y fundamentadas en la caracterización de los síntomas, esto debido al desconocimiento que aún persiste acerca de su causa y etiología. Por lo cual está orientado a la disminución del dolor y al reencauce de la vida cotidiana, pretendiendo mejoras en los diferentes hábitos afectadas por esta. De esta manera busca generar adaptabilidad y funcionalidad para el manejo de la enfermedad (Bauer, 2008).

Como se habló entonces del tratamiento para la Fibromialgia en la actualidad para este ha surgido una serie de cambios, donde no solo importa el tratamiento farmacológico, sino que otros elementos han sido introducidos para él. De lo cual se dirá que, para que sea realmente efectivo, se debe pensar en un tratamiento que incluya ejercicio físico, medicamentos, educación y terapia cognitivo-conductual. Cabe puntualizar aquí que una de las primeras instancias que opera, es el tratamiento farmacológico, tal vez uno de los más aceptados por los pacientes y la comunidad científica, al presentarse como un impacto positivo en el cual se evidencia de manera parcial una mejoría para los síntomas. Sin embargo, el Ministerio de Sanidad, Política Social e Igualdad de España (2011) dice que:

No hay ningún fármaco aprobado por la agencia española de medicamentos y productos sanitarios ni por la agencia europea de medicamentos con indicación específica para la FM. Solo unos pocos fármacos han demostrado eficacia de forma consistente en ECCA en algunos de los síntomas de la FM (p. 36).

Lo que se acaba de citar suscita la dificultad que representa esta forma de tratamiento aún en otros países pero, no se puede perder de vista que esta situación debe ser contextualizada a la luz de lo que ocurre en Colombia, para ello es imperioso aludir a lo publicado en la *Revista Colombiana de reumatología*, de lo cual dirán:

Según la medicina basada en evidencia (MBE), hasta la fecha existen tres medicamentos que han sido aprobados por la FDA para el tratamiento de los síntomas del SFM. Ellos incluyen el fármaco antiepiléptico pregabalina¹³ y dos inhibidores de la recaptación de serotonina y noradrenalina (IRSN), duloxetina y milnaciprán (Morales, Mejía, Reyes, 2010, p. 235).

A pesar del limitado catálogo de medicamentos que aparece aprobado para el suministro de los fibromiálgicos, es importante señalar que dicho tratamiento es compuesto por otros medicamentos no aprobados, entre ellos es posible encontrar antidepresivos, antiinflamatorios, relajantes musculares, Sedantes e hipnóticos y otros a criterio médico (Morales, Mejía, Reyes, 2010).

Como complemento al tratamiento farmacológico aparecerán entonces otras estrategias, como lo son: el ejercicio físico que consta de ejercicios aeróbicos, fortalecimiento muscular y estiramiento o flexibilidad, los cuales buscarán mejorar la funcionalidad y tener una baja considerable de los síntomas. Así mismo, la intervención psicológica que se efectúa desde la terapia cognitivo-conductual, la cual está orientada a la atenuación de los síntomas. Esta se ha

¹³Pregabalina: es un neuromodulador, usado para aliviar el dolor neuropático, reduciendo la cantidad de señales de dolor que los nervios corporales envían al cerebro. (Salazar, Peralta, Pastor, 2010).

encargado de potencializar los diferentes mecanismos de afrontamiento que mitiguen el dolor y ayuden al paciente a la aceptación de su enfermedad (Morales, Mejía, Reyes,, 2010). Para ello expondrá García (2012) que:

Respecto a los tratamientos psicológicos, la casi totalidad de los mismos a los que se refieren las investigaciones sobre fibromialgia en el ámbito de la reumatología y de la evidencia científica son de orientación cognitivo conductual (TCC). Merayo et al. (2007) publican un estudio sobre la producción científica en FM de 1980 al 2005, y en él encuentran, que todos los trabajos de intervención psicológica menos uno utilizaron la TCC y el ejercicio físico. En un metaanálisis realizado para investigar la eficacia a corto y largo plazo de las intervenciones psicológicas en pacientes con FM, recientemente publicado, Glombiewski, Sawyer, Gutermann, Koenig, Rief y Hofmann (2010) sugieren que en el tratamiento de la fibromialgia en adultos se intervenga con TCC de larga duración acompañado de técnicas de relajación y/o biofeedback (p. 23).

Ahora bien, concibamos un breve paréntesis que llevará a adentrarse en la recta final de este capítulo. Es oportuno colegir que las consideraciones fundamentadas alrededor del texto ofrecen un acercamiento a la Fibromialgia como enfermedad médica, brindando desde este discurso biológico una aproximación que genere conocimiento frente algunos aspectos generales. Sin embargo, se hace particular que desde este enfoque simplemente se pueda hacer una superflua caracterización de los síntomas a partir de unos criterios diagnósticos, dígame pues, que estos síntomas y criterios diagnósticos se encuentran enmarcados por la objetivación de los

discursos mediadores presentes en las diferentes instancias reconocidas como partes activas para tratar y abordar dicha enfermedad.

Así las cosas, se remite entonces al comienzo de este capítulo, en el cual se enuncia la incompreensión y ambigüedad bajo la cual se encuentra asentida la Fibromialgia, ello se hace substancial considerarlo a la luz de las reducidas elucidaciones que la medicina ofrece, a sabiendas pues, de que prevalece en la actualidad como propuesta teórica privilegiada para la valoración de los síntomas e hipótesis diagnóstica, claro está, sin que sean suficientes para su explicación. Llama la atención además, lo supeditado que actualmente se encuentra el establecimiento del diagnóstico de Fibromialgia por los criterios emitidos por el Colegio Americano de Reumatología (ACR), si se puede decir, dichos criterios cumplen el papel de desligar lo subjetivo del paciente para finalmente presentarlo como un cuerpo enfermo. Encontrando así, cada vez más prevalencia el cuerpo inscrito en la modernidad desde las sociedades occidentales. Un cuerpo máquina que se aparta del hombre (Le Breton, 2002).

Finalmente, conviene advertir que ante la limitada respuesta de la medicina, en la actualidad convergen una miráda de teorías explicativas para la Fibromialgia y el fenómeno álgico que se presenta en ella. Esta heterogénea ilustración para la Fibromialgia ha estado comprendida entre discursos fisiológicos y psicológicos, donde se destacan algunas ciencias y disciplinas que concurren en el estudio de la Fibromialgia; entre ellas es posible encontrar la reumatología, la neurología, la psicología y en algunos casos la psiquiatría, todas con el fin último de explicar y ofrecer un tratamiento efectivo para la Fibromialgia. Sirva entonces la enunciación de los enfoques disciplinares y científicos que instan en el estudio causal de la Fibromialgia como antesala del siguiente capítulo.

Capítulo III

Algunas teorías explicativas para la etiología de la Fibromialgia

Antes de ofrecer algunas explicaciones a los fenómenos presentes en el cuadro sintomático de la Fibromialgia y a lo que subyace a estos, se recordará, una vez más, que el rasgo particular de la Fibromialgia es el dolor sobregeneralizado y crónico que se hace presente en el sistema músculo-esquelético. Así mismo enuncia Ferran (2006) que:

La Fibromialgia es un estado de amplificación de la experiencia del dolor. El dolor es una experiencia donde la subjetividad juega un papel muy importante. Es una vivencia compleja donde la información, las emociones, las experiencias anteriores, el soporte y comprensión del entorno y otros parámetros de difícil medida juegan un papel muy importante (p. 32).

A pesar de los acercamientos hacia posibles causas que desde diferentes ciencias y disciplinas se ha realizado para la Fibromialgia, aún se hacen ambiguas y poco aceptadas; esto debido a los efímeros resultados que se evidencian tras la aplicación de las teorías participantes en la formulación de los tratamientos, tratamientos que finalmente actuarán de manera parcial en el mejoramiento de los síntomas. Así las cosas, fluctúan diversos discursos que presentan múltiples discrepancias entre sus afirmaciones teóricas, no logrando llegar a acuerdos epistemológicos y científicos frente a la caracterización y aproximación teórica para la Fibromialgia.

En esta medida, desde el capítulo anterior se enuncian las explicaciones fisiológicas y psicológicas como principales contribuyentes en el estudio de la Fibromialgia. Se decía, además,

que dichas explicaciones comprenden algunas de las disciplinas y ciencias actuales que participan de manera activa en la investigación de la fibromialgia. Como fue ya mencionado, entre ellas se encuentran la reumatología, la neurología, la psicología y de manera parcial la psiquiatría, de las cuales se dirá que concurren en el estudio de la Fibromialgia, no siendo estas las únicas, pero sí las que en este momento gozan de mayor posición y aprobación en el ámbito de la salud y sus ciencias médicas. Así pues, en esta sección se pretenderá realizar una aproximación descriptiva para las explicaciones más relevantes vislumbradas por dichas ciencias y disciplinas.

Ahora bien, conviene adentrarse en lo que finalmente compete al presente apartado, lo cual es exponer de forma breve la caracterización de algunas teorías explicativas para la Fibromialgia. Para ello se hace necesario recordar lo mencionado por Merayo (2008) en su tesis doctoral, en la cual, como fue ya dicho, presenta dos modelos teóricos para la explicación de la fibromialgia, los cuales serán definidos en modelos Fisiológicos y modelos Psicológicos.

Explicaciones Fisiológicas

Según Merayo (2008) el modelo fisiológico estará dividido a su vez en dos categorías; hipótesis periférica e hipótesis central; para efectos de claridad conviene dejar sentado que estas hipótesis se encuentran comprendidas por el sistema nervioso periférico (SNP) y sistema nervioso central (SNC). Lo que afirma entonces que la hipótesis periférica, más ligada al estudio de la reumatología, será comprendida por el SNP, el cual responderá a lo “definido tradicionalmente en términos anatómicos como nervios craneales (excepto el nervio óptico),

nervios espinales con sus raíces y ramificaciones, nervios periféricos y componentes periféricos del sistema nervioso autonómico (Garder & Bunge, 1984)” (como se citó en Butler, 2002, p. 15).

Por otra parte la hipótesis central, que tiene un nexo directo con la neurología, estará comprendida por el SNC, el cual:

comprende a las estructuras u órganos nerviosos contenidos dentro del cráneo y del **canal espinal** (*conducto raquídeo*), ahora la porción del sistema nervioso central contenida dentro del cráneo se llama **encéfalo** y la contenida dentro del canal espinal (conducto raquídeo) **médula espinal** (Ruiz, 2002, p. 91).

Hipótesis periférica.

Así las cosas, se pasará a describir aquellas teorías explicativas contenidas en la hipótesis periférica, estas han sido objeto de estudio en primer medida de la reumatología, pretendiendo sostener que la Fibromialgia “puede producirse por la abnormalidad¹⁴ de las estructuras y mecanismos musculares” (como se citó en Merayo, 2008, p. 140).

Inflamación Muscular.

La inflamación muscular hace alusión a una de las primeras explicaciones emitidas por Gowers en 1904, quien para ese momento denominó al dolor músculo- esquelético como *Fibrositis* o inflamación de la fibra muscular, se consideraba como una afectación de orden

¹⁴Abnormalidad: de un anglicismo de anormal.

reumático correspondiente a una inflamación de la fibra muscular. Gowers suponía “un cuadro de dolor generalizado, de carácter difuso y cambiante que afectaba a la vainas tendinosas¹⁵, músculos y articulaciones, y que consideraba existía una base inflamatoria, aunque los pacientes no presentaban signos de flogosis¹⁶” (Aguilar, 2005, p. 201).

Así mismo, Gowers en algunos de sus estudios realizados para Fibrositis “indicó la existencia de nódulos o induraciones dolorosas palpables en estos pacientes y describió signos inflamatorios en la biopsia de estos nódulos con tejido fibroso incrementado y edematoso (como se citó en Merayo, 2008, p. 141).

Esta explicación que sostuvo Gowers y otros de su época careció de toda demostración científica. En oposición a lo que él sostuvo, estos puntos dolorosos no presentan ni presentaron ninguna clase de alteración inflamatoria en la estructura muscular. Se comprende así que este primer intento por dar explicación a lo que ocurre en la Fibromialgia queda “falseado” (Bauer, 2008).

Sin embargo, no ha sido suficiente y diferentes estudios e investigaciones han buscado comprobar esta teoría de inflamación muscular en la Fibromialgia. Muestra de ello es lo realizado por Le-Goff:

En su revisión llevada a cabo en el año 2006, recogió un total de 51 referencias acerca de la implicación del tejido muscular en la fisiopatología de la fibromialgia. Los estudios incluidos fueron llevados a cabo mediante electromiografía, espectrografía de resonancia magnética nuclear P-31 o biopsias musculares con su posterior examen histológico en

¹⁵Vainas tendinosas: sacos membranosos que envuelven varios de los tendones que se deslizan por túneles fibrosos y óseos en el cuerpo (Monneret, 1844).

¹⁶Flogosis: inflamación patológica (Monneret, 1844).

microscopía electrónica o microscopía óptica. También se revisaron estudios bioquímicos (Escolar, Duran, 2011, p. 175).

Así mismo Le Goff en el análisis de los resultados obtenidos en estudios electromiográficos llegó a la conclusión de que no existía diferencia significativa entre quienes padecían Fibromialgia y aquellos que no la padecían:

Le Goff en su revisión citó que los estudios bioquímicos y la espectrografía de resonancia magnética nuclear P-31 mostraron anomalías poco constantes en los niveles de fosfocreatina y adenosín-trifosfato (ATP), y que existía desacuerdo sobre una posible alteración metabólica en el tejido muscular de pacientes con fibromialgia (Escolar, Durán, 2011, p., 178).

De acuerdo a las ideas de Gowers y Le-Goff, muchos otros han pretendido explicar el fenómeno algico que se presenta en la Fibromialgia como una inflamación o alteración de la fibra muscular, lo cual aún no ha sido posible.

Tensión Muscular.

La tensión muscular o mialgia tensional, como la llamó Thompson (1990) para explicar la etiología del dolor crónico músculo-esquelético presente en la Fibromialgia, encuentra sus raíces teóricas en lo dicho por Bonica (1957), quien señalaba que:

La sintomatología del dolor y rigidez se debe a una contracción o hipertono muscular. Esta contractura provocaría dolor y el dolor más contractura, creándose así un círculo vicioso. El

hipertono muscular acarrearía un exceso de ácido láctico en el propio tejido muscular y ello sería una fuente adicional de dolor y fatiga (como se citó en Merayo, 2008, p. 142).

Thompson (1990), a partir de lo señalado por Bonica con respecto al dolor, especialmente de su hipótesis acerca de la presencia de hipertono y exceso de ácido láctico muscular, buscó demostrar que el dolor generalizado presente en el cuadro sintomático de la Fibromialgia se debe a una fatiga del músculo, lo cual no fue posible, dado que aún en la actualidad la presencia de estos factores musculares en la Fibromialgia no han podido ser demostrados de manera fehaciente (Merayo, 2008).

Ya se ha advertido que la Fibromialgia se ha convertido en un fenómeno de difícil abordaje lo cual se ha tornado en la principal fuente de existencia de diversas explicaciones científicas, las cuales hasta la fecha no han resultado acertadas. La parcialización del diagnóstico ha cumplido un papel fundamental, contribuyendo a la confusión de la Fibromialgia con otras entidades reumáticas de similitudes sintomáticas. Este es el caso de las anteriores explicaciones, que en busca de dilucidar el enigma oculto en la Fibromialgia, se ha realizado acercamientos desde ópticas sesgadas que finalmente no ha conducido a ningún avance concluyente (Aguilar, 2005).

Antes de continuar, conviene señalar que también se ha intentado adjudicar el dolor de la Fibromialgia a factores físicos sujetos a la incapacidad aeróbica, lo cual hasta el momento no ha sido comprobado. Antes bien, tras algunos estudios realizados, se ha verificado que “la capacidad aeróbica de los pacientes con SFM, no ha demostrado ser significativamente diferente de los individuos sanos de su misma edad” (como se citó en Merayo, 2008, p. 145).

Hipótesis central.

Dejando expuesto lo anterior, conviene entonces aproximarse a algunas teorías explicativas contenidas por la hipótesis central, siendo significativo, además, mencionar que las teorías contenidas por esta hipótesis se les atribuye mayor importancia en la actualidad. Sin embargo, antes de proceder a ello se revisará lo planteado por esta al decir que:

El modelo de modulación central propone que existen mecanismos desadaptativos en el sistema nervioso central que interactúan con la modulación periférica del dolor (Yunus, 1992). De acuerdo a este modelo los mecanismos disfuncionales del dolor en el sistema nervioso central están causados por el sistema neuroendocrino y con el tiempo la plasticidad en el sistema nervioso central pueden llevar a la cronificación del dolor. Hay varios factores neuroendocrinos que pueden ser asociados con la modulación del dolor del sistema nervioso central (como se citó en Merayo, 2008, p. 145).

Dando continuidad a la exposición, es apropiado proseguir sobre ciertas particularidades que consigna algunas de las teorías explicativas precedidas por la hipótesis central.

Alteraciones Neuroendocrinas.

Según la psicoendocrinología¹⁷ las hormonas son caracterizadas como moléculas orgánicas secretadas por las glándulas, dichas hormonas actúan bajo mecanismos que afectan la conducta y procesos psicológicos en el organismo de los seres humanos (Morris, Maisto, 2001). Diversas

¹⁷Psicoendocrinología: es la disciplina psicobiológica que estudia la influencia de las hormonas sobre la conducta y los procesos psicológicos, así como los efectos de estos sobre la secreción y el funcionamiento hormonales (Salvador, Serrano, 2002, p., 286).

investigaciones para la explicación etiológica de la Fibromialgia han convenido en considerar la secreción de algunas hormonas como un factor relevante, tanto así que se ha pretendido dar una explicación al fenómeno algico y demás síntomas presentes en esta a través de la producción glandular de hormonas (Ayán, 2011). Dentro de esta explicación neuroendocrina para la Fibromialgia, se destaca la alteración y sobreestimulación de diferentes hormonas, es el caso del eje Hipotálamo-Hipofisario-Suprarrenal (HHS), al cual actualmente se le adjudica como un factor importante de considerar en el inicio del cuadro sintomático de la Fibromialgia, siendo además objeto de análisis en aquellos pacientes que padecen Fibromialgia. Como es ya sabido, este:

Está programado como regulador de la respuesta general del organismo ante cualquier estímulo estresante. Por ello, las hormonas que regulan primaria o secundariamente este eje podrían estar alteradas en una situación de sufrimiento crónico como la fibromialgia (en la que se produce una hiperactividad del eje HHS) (García, Cusco, Poca, 2006, p. 55).

Ahora bien, es imperioso mencionar que el eje Hipotálamo-Hipofisario-Suprarrenal (HHS) está conformado por la interrelación entre el hipotálamo, la hipófisis y las glándulas suprarrenales; a su vez se constituye como una parte del sistema neuroendocrino, que tiene a su cargo la regulación de las reacciones frente a estímulos estresores, estado de ánimo, emociones y otros procesos corpóreos (Morris, Maisto, 2001).

Esta función reguladora del eje HHS se ha convertido en una de las tesis que sostiene la etiología y causa de la Fibromialgia. Ante el inadecuado funcionamiento de este eje puede

ocurrir un desequilibrio que conllevara a la producción de secuelas de tipo periférico y centrales. Así pues, tras estudiar la participación de este eje en la conformación de los síntomas de la Fibromialgia se han apreciado alteraciones en la producción de ACTH (hormona que estimula la secreción de las glándulas suprarrenales) y cortisol, lo cual se presenta como argumento para el aumento en la percepción del dolor (Merayo, 2008). Igualmente el registro de alteraciones en la percepción nociceptiva. Es significativa la importancia que tiene lo dicho por Merayo (2008) al retomar a Chrousos (1998) afirmando que “la disfunción del Hipotálamo-Hipofisario-Adrenal no es específica del SFM” (como se citó en Merayo, 2008, p., 146).

Aunque los hallazgos señalan una disfunción del eje HHS, en general son poco consistentes, se está de acuerdo en que pueden ser una consecuencia del propio cuadro clínico del SFM, más que su causa (Rivera y col, 2006) (como se citó en Merayo, 2008, p. 146).

Alteraciones en los Neurotransmisores.

Los neurotransmisores son un pequeño grupo de sustancias de bajo peso molecular, los cuales tienen a su cargo la comunicación entre neuronas, estos actúan estableciendo conexiones sinápticas que garantizan el enlace entre neuronas para así dar paso a las respuestas neuronales, cumpliendo así un papel fundamental para el buen funcionamiento del sistema nervioso (Bustamante, 2004). Sin embargo, lo que esta vez importa destacar, es que por estos días la normalidad o alteración en los neurotransmisores ha sido considerada como un elemento significativo de estudio para la aclaración de las viables causales que se presentan en la Fibromialgia. El anormal funcionamiento de los neurotransmisores ha sido una de las teorías

sobre la cual se han volcado muchas de las miradas médicas y científicas interesadas en dar respuesta a lo que sucede en la Fibromialgia. Habrá que decir además, que es una de las hipótesis menos falseadas y con más respaldo por parte de la ciencia médica (Ferran, García, Poca, 2006). En esta misma línea de pensamiento cabe señalar que:

En general en los enfermos con Fibromialgia se observa una disminución de la actividad serotoninérgica (5HT). Probablemente esta alteración es un dato importante ya que la serotonina no sólo tiene un papel en la alteración de la percepción dolorosa, sino también en las alteraciones neuroendocrinas (en el eje Hipotálamo-Hipofisario-Suprarrenal o HHS), en los trastornos del ánimo y la calidad del sueño (Ferran, García, Poca, 2006, p. 53).

Lo que resalta desde luego para la ciencia, es la estrecha relación de los neurotransmisores y su directa participación en las vías nociceptivas, que finalmente son un elemento básico en la percepción de dolor (Sierra, 2007). Considerando así el asunto, es importante mencionar lo emitido por la Asociación Española del Dolor en 2004 tras una investigación realizada. Se explicará entonces que:

La Fibromialgia es una condición de origen cerebral y no una enfermedad del sistema nervioso periférico, cada vez más se descubren anormalidades neuroquímicas a distintos niveles cerebrales. Así, se han detectado niveles hasta tres veces más altos de sustancia P¹⁸ en estos pacientes que en los controles relacionándose con niveles bajos de hormona de crecimiento (GH) y cortisol, que a su vez aumentaría la presencia de hiperprolactinemia y que contribuiría asimismo con el déficit de serotonina por un

¹⁸Sustancia P: “Neuroléptico que actúa como neurotransmisor y neuromodulador. En el Sistema Nervioso Central (SNC) está relacionada con la percepción del dolor” (Pérez, 2004, p., 55).

defecto en la absorción digestiva de triptófano. Resulta interesante comprobar cómo la serotonina, neurotransmisor que actúa como inhibidor, junto a encefalina y noradrenalina, en las vías de transmisión del dolor a nivel del asta posterior de la médula espinal, está en niveles deficientes en pacientes afectados de Fibromialgia (Pérez, 2004.p.55).

De acuerdo a lo anterior es interesante observar como en el mismo artículo en que es publicada esta afirmación, se hace mención de la poca eficacia que tienen los fármacos inhibidores de recaptación de serotonina, de los cuales se esperaría una solución total para esta anomalía neuroquímica, lo cual aún no ha sido evidenciado, antes bien sus efectos son parciales o en algunos casos no surge ningún efecto (Pérez, 2004). Sin embargo

En la actualidad el significado de estas alteraciones en los precursores o metabolitos de otros neurotransmisores cerebrales como la serotonina, noradrenalina, la encefalina, y el ácido gammaaminobutírico centra la mayor parte de las investigaciones sobre la etiopatogenia del SFM (Rivera y cols, 2006), con el objetivo de encontrar un proceso autoinmune en el cuadro (como se citó en Merayo, 2008, p. 147).

Prosiguiendo con el tema y en concordancia con las anteriores teorías expuestas, es importante mencionar de manera breve la alteración de la modulación del dolor, teoría que fue acuñada en primera instancia por Smythe (1979), aseverando la existencia de “una alteración de los mecanismos de procesamiento del dolor, probablemente por un desequilibrio en los neuromoduladores del sistema nervioso central (Crofford, 2005) (como se citó en Merayo, 2008, p. 149). Así mismo, antes de proseguir conviene saber que dentro de las explicaciones teóricas para la Fibromialgia se concibe una predisposición genética. Cabe distinguir que “hay indicios

de que algunos fenotipos genéticos son más frecuentes en los enfermos de Fibromialgia, como es el caso del gen que regula la expresión de la enzima catecol-o-metil- transferasa o el gen regulador de la proteína transportadora de serotonina” (Ayán, 2007, p. 17).

Por tal motivo, en algunas familias se encuentra la implicación de este gen el cual funciona como factor predisponente para contraer la enfermedad. Sin embargo, habrá que decir que a la fecha ninguna de dichas teorías ha podido ser comprobada.

Explicaciones psicológicas

Al igual que las teorías de orden fisiológico, las teorías psicológicas han surgido en el afán de dar explicación a los múltiples síntomas y afectaciones que se evidencian en la Fibromialgia. Ahora bien, conviene dejar sentado que difícilmente son considerados como evidencia científica, por lo cual no se les otorga mayor relevancia (Merayo, 2008).

Hipervigilancia.

De acuerdo a diversos actos investigativos se ha encontrado una baja efectividad del manejo de la entrada de estímulos en pacientes con Fibromialgia, dichos pacientes muestran una hipervigilancia que los conlleva a “una vigilancia elevada como factor predisponente en el síndrome de Fibromialgia” (Merayo, 2008, p. 152), entonces resulta que, en relación con la barrera de estímulos, se presenta un bajo umbral de dolor. Además, se dirá que esta hipervigilancia puede estar vinculada con la forma en que los individuos perciben los diferentes

estímulos, la manera en que se ha registrado los procesos cognitivos, es decir los mecanismos utilizados para procesar las “entradas sensoriales nocivas o dolorosas” (Merayo, 2008, p. 152).

Por otra parte, prestar atención y responder a acontecimientos puede animar y potenciar refuerzos ambientales (por ejemplo relaciones solícitas de los otros) o puede actuar como una defensa psicológica contra el miedo a adquirir enfermedades serias. Una excesiva cantidad de atención orientada puede más tarde comprometer respuestas de atención cognitivo- afectivas y conductuales debido a una deficiencia de recursos atencionales para apoyar el proceso auto- regulatorio (Wallace y Newman, 1997) (como se citó en Merayo, 2008, p. 152).

Reumatismo psicógeno.

Ahora es oportuno destacar algunas proposiciones acerca de la Fibromialgia como reumatismo psicógeno, indicando así, un trastorno esencialmente de origen psíquico. La teoría del reumatismo psicógeno fue sugerida por Halliday en 1937 quien “comentó y puso de relieve que los individuos con enfermedades psiconeuróticas pueden desarrollar un complejo sintomático que incluye dolores o rigidez, junto con una limitación de los movimientos y posible pérdida de fuerza (Halliday, 1944)” (como se citó en Merayo, 2008, p. 153).

Antes de pasar adelante conviene saber que tras la segunda guerra mundial diversos autores retomaron nuevamente la concepción de reumatismo psicógeno propuesta por Halliday (1937). Se hace susceptible de resaltar la prevalencia de casos de fibrositis para ese momento, siendo una variable constante la ausencia de lesiones musculares y alteraciones orgánicas. Finalmente no se podía dar cuenta del dolor presente en la fibrositis como efecto de una anomalía en el cuerpo,

antes bien se procedió a explicar este fenómeno doloroso desde la depresión y ansiedad que se evidenciaba en el cuadro clínico (Ayán, 2007).

Es necesario recalcar al respecto que “las alteraciones más frecuentemente estudiadas relacionadas con el trastorno son la ansiedad y la depresión (Ahles, Yunus, Riley, Bradley y Masi, 1984; Ahles, Yunus, y Masi, 1987)” (como se citó en Merayo, 2008, p.154)

Es significativa la importancia que tienen los elementos psicológicos para la explicación suministrada a la fibrositis en la década de los cincuenta. Sin embargo, como ya se ha señalado anteriormente, esta teoría no fue aceptada como validación científica del fenómeno álgico de la fibrositis, por lo cual en los sesenta surge un reconocimiento de teorías científicas con el propósito de formular nuevas explicaciones con un grado de validez para el método científico. A pesar de que en la actualidad prevalece el reumatismo psicógeno como una explicación posible para la Fibromialgia, se ha visto desplazado en gran medida por la hipótesis central a través de los modelos fisiológicos (Martínez, 2008).

Sin ánimo de detenernos de manera extensiva, es importante esbozar de forma puntual algunas conjeturas referentes al trastorno del espectro afectivo y los factores cognitivos como modelos psicológicos explicativos para la fibromialgia. Del primero de ellos se dirá, que sustenta una implicación directa de la Fibromialgia y la comorbilidad con trastornos psiquiátricos y médicos como el síndrome de intestino irritable, fatiga crónica, migraña y depresión mayor, lo cual se da por una anormalidad común (Merayo, 2008). Este modelo de trastorno del espectro afectivo fue propuesto por Hudson y Pope (1989) quienes argumentaban que el trastorno del

espectro afectivo no poseía “una relación causal entre la depresión y la fibromialgia” (como se citó en Merayo, 2008, p, 155)

Así también, los factores cognitivos obedecen a los pensamientos desadaptativos por la sensación que genera tener un bajo control del dolor, comprendido como un sentimiento deficiente de autoeficacia que crea cierta discapacidad. Cabe puntualizar entonces que según Merayo “la percepción y la interpretación de los síntomas contribuyen a una representación interna del dolor crónico. La representación disfuncional probablemente facilita a un medio que apoya conductas de enfermedad y la reducción de actividades” (Merayo, 2008 p, 156).

El estrés en la Fibromialgia.

No conviene pasar de largo sin revisar el estrés como un factor que, tal vez, establece una relación causal con la Fibromialgia. Para ello conviene distinguir la definición de estrés emitida por Lazarus y Folkman (1984), de la cual se dice es como conjunto de relaciones particulares entre la persona y la situación, siendo esta valorada por la persona como algo que “grava” o excede sus propios recursos y que pone en peligro su bienestar personal (Como se citó en Peña, Cañoto, & Santana, 2006).

El estrés se manifiesta de forma física y emocional, generando afectaciones en ambas esferas del individuo, estas afectaciones conllevan a diversas reacciones desencadenadas tras procesar un estímulo aversivo para el individuo. Así, “atendiendo a la conceptualización del estrés como proceso (Lazarus, 2000, Saldin, 1995), el dolor crónico puede entenderse como una experiencia

desafiante que coloca a las personas bajo estados de sobreactivación (fisiológica, cognitiva o conductual), atentando contra su bienestar” (como se citó en Merayo, 2008, p., 157).

Este punto se puede destacar observando que tras la activación de un estímulo y por consiguiente el surgimiento de un determinado dolor, habrá una reacción por parte del individuo, quien percibirá dicha activación como amenaza y optará por buscar un mecanismo de afrontamiento o un “intento de afrontamiento”, exigiéndole una serie de esfuerzos cognitivos llamados en busca de dar un mejor manejo a las situaciones que se han de considerar estresantes y que exceden sus propios recursos (Merayo, 2008). Por otra parte, Ferran, & García argumentan que:

También se ha sugerido que graves situaciones estresantes podrían favorecer el inicio de la enfermedad. Comisiones de seguimiento específicas, por ejemplo, la que se puso en marcha con motivo de los atentados terroristas de las torres gemelas en Nueva York, no ha arrojado, por el momento datos que revelen un incremento de la Fibromialgia en la población próxima, pero sí de otras enfermedades (2006, p. 92, 93).

Teoría biopsicosocial.

El modelo dominante de enfermedad hoy en día es el biomédico, y no deja lugar dentro de este marco a las dimensiones sociales, psicológicas y conductuales de las enfermedades. Se propone un modelo biopsicosocial que proporciona un proyecto para la investigación, un marco para la enseñanza y un diseño de acción en el mundo real del cuidado de la salud (Engel, 1977, p. 1).

El modelo biopsicosocial es un modelo muy sonado por estos días; su innovadora propuesta de integrar múltiples factores que atraviesan las experiencias, vivencias y dimensiones de los individuos se presenta como atrayente y prometedor para algunos. Al respecto Ayán (2011) afirma “la Fibromialgia se ajusta al modelo biopsicosocial de enfermedad crónica de Engel, en el que el estado de salud se ve influido por factores biológicos, psicológicos y sociológicos” (p. 53). Así pues, la estrecha correlación que guardan estas tres dimensiones del individuo postula una nueva mirada para la explicación de las causas posibles y síntomas presentes en la Fibromialgia (Engel, 1977).

Finalmente lo que se propone en esta teoría es un trabajo multidisciplinario que persigue como objetivo central analizar la Fibromialgia bajo una nueva óptica, no solo desde la mirada de la biomedicina, sino bajo una perspectiva que ahora contemplará factores diferentes a los biológicos (Engel, 1977). En esta línea de pensamiento Merayo postula que:

En contraste con el modelo biomédico, el modelo biopsicosocial se centra tanto en la enfermedad objetiva como en la subjetiva, una compleja interacción de variables biológicas, psicológicas y sociales. Desde esta perspectiva la diversidad es la expresión de la enfermedad subjetiva que incluye su severidad, duración y consecuencias para el individuo y que está implicada por las interrelaciones entre los cambios biológicos, estatus psicológicos y los contextos sociales y culturales (2008, p., 92).

Capítulo IV

La Histeria en Freud

Solía decir Charcot que la anatomía, en líneas generales, ha consumado su obra, y la doctrina de las lesiones orgánicas del sistema nervioso está, por así decir, acabada; y que ahora le tocaba el turno a las neurosis (como se citó en Freud, 1.886, p., 10).

Boceto histórico del concepto de histeria

Cabe anticipar aquí que se considera conveniente hacer una breve reseña acerca del concepto de histeria que ilustre de manera sustancial la aparición y uso de dicho concepto, sirviendo además, de antesala para mencionar las posteriores elaboraciones realizadas por Freud. Para ello se dirá entonces que de acuerdo a la definición etimológica histeria viene del griego hystéra que significa matriz o útero (Segura, 2004). Así pues, tras indicar el origen de esta palabra, es oportuno realizar un acercamiento histórico que denote la mirada bajo la cual es percibido este fenómeno en relación con algunos de los pensadores más relevantes para su estudio.

De este modo, al seguir el rastreo hecho por Chauvelot (2001) acerca de la historia de la histeria, salta a la vista un tratado importante del año 1900 antes de Cristo en Egipto en la región de Kahoun, este manual se denomina “perturbaciones del útero”, volcando sus elucidaciones al

estudio de la histeria, sus síntomas, diagnósticos y tratamientos. Dirá Chauvelot (2001) frente a dichas elucidaciones, que tuvieron vigencia hasta el siglo XIX, allí, se describe la histeria de la siguiente manera:

- Todos los síntomas que reagrupamos bajo el nombre de histeria son imputables únicamente al útero. Es decir, que es la enfermedad de un órgano y que su origen es sexual y específicamente femenino.
- El útero desencadena la enfermedad porque se halla en estado de inanición: no tiene lo que desea.
- Manifiesta su descontento desplazándose de manera intempestiva (p., 10).

Con ello se llega a las primeras explicaciones emitidas para lo ocurrido en el fenómeno histérico, puestas en circulación por Hipócrates quien relacionaba las manifestaciones histéricas con un desplazamiento del útero (Nasio, 1991). Al igual que Hipócrates, Platón pensaba también que el fenómeno histérico se debía a una alteración en el útero, para lo cual decía que:

En las mujeres, lo que llaman matriz o útero es un animal dentro de ellas que tiene un apetito de hacer niños; y cuando permanece un tiempo largo sin fruto, este animal se impacienta y tolera mal ese estado; vaga por todas las partes del cuerpo, obstruye los pasajes del aliento, impide la respiración, sume en angustias extremas y provoca otras enfermedades de toda clase (como se citó en Nasio, 1991, p.43).

En este orden de ideas, la histeria fue considerada, para este momento, como una afectación que tenía cabida solo en las mujeres, con una consideración especial para aquellas que no tenían vida sexual activa. Al respecto Bennett (1984) menciona que, “se consideró que la

histeria afectaba más generalmente a las viudas y vírgenes que a las mujeres casadas, por ello el tratamiento generalmente incluía la prescripción del matrimonio y el coito”(p, 295).

Avanzando en el tiempo, se encuentra a Galeno quien consideraba que la histeria era provocada por una retención de la sangre o semen femenino, dado que en aquella época se creía que la mujer también eyaculaba y ante la retención de dichos fluidos surgía el fenómeno histérico (Bennett, 1984).

Así que, Soranus de Éfeso (siglo II d. C) por su parte, argumentó no estar de acuerdo con la tesis acerca del útero como órgano itinerante, dividiendo la enfermedad histérica en dos modelos: “La histeria aguda es un ataque de sofocación—de donde viene el nombre de “sofoco uterino”. Y la histeria crónica es una enfermedad de constricción que apela a la relajación” (Chauvelot, 2001 p., 21). Soranus fue quien “escribió en griego un tratado de ginecología y obstetricia para sus estudiantes mujeres” (Alic, 1991 p., 45), por tal razón se considera uno de los precursores de la ginecología.

Así las cosas, en la edad media ocurre un desplazamiento en la contemplación de la histeria, dejando de ser mirada como un acontecimiento del cuerpo y ubicándose como una posesión demoniaca, creyéndose así que algunas perturbaciones psíquicas o nerviosas se debían a la influencia del demonio y no a un proceso natural y fisiológico, así pues, quienes presentaban síntomas histéricos eran considerados como peligrosos y eran condenados a la hoguera (Bennett, 1984). No está por demás decir que, en esta época surge una proliferación de discursos míticos y religiosos que pretenden dar explicación a la enfermedad siendo la histeria una de ellas.

Por otra parte, el renacimiento sirve de vestíbulo para la instauración, nuevamente, de la histeria como un asunto que atañe a la medicina, en el cual se desliga de la concepción mítica y religiosa predominante en la edad media; dando paso así a la modernidad y las nuevas miradas que esta traería. Sin embargo, estas nuevas miradas comprendidas en su gran mayoría por la medicina, daban cuenta de que la histeria seguía representado un problema de difícil explicación; esto debido a la predominancia científicista que trajo esta época. Como es sabido, la modernidad fue una época en la cual se privilegió la objetivación del conocimiento y la primacía de la razón, dando espacio así a la implementación de métodos que buscaban la medición y cuantificación material de los fenómenos, por lo cual, en la histeria lejos de encontrarse alteraciones morfológicas se hacía de difusa comprensión(Moscoso, 2011). Así entonces, dirá Moscoso (2011) que:

Fuera de la lógica de la correspondencia inmediata entre el malestar (subjetivo) y la lesión (objetiva), la búsqueda del asiento del dolor podía continuar en tres direcciones distintas. Para empezar, cabía interrogar al cuerpo muerto en lugar de preguntar al cuerpo vivo. También cabía pensar que el asiento del dolor no coincidía con el lugar de la sensación, sino que era invisible y remoto. Por último, podían arbitrarse formas de manejar el cuerpo del paciente de manera que, poniendo en tela de juicio su coherencia argumentativa, pudiera postularse la existencia de alguna enfermedad funcional (p., 253, 254).

Sentadas las anteriores premisas, es preciso mencionar la complicada situación en que deja inscrita la sintomatología histérica a los médicos de la modernidad. Estableciendo así la

ardua labor de encontrar una explicación para la histeria que pudiera ser comprobable a través de los signos manifiestos en su cuerpo, operando allí la rúbrica científica de la objetividad.

Planteada así la cuestión habrá que mencionar que la tarea de dar una explicación científica a la histeria estuvo contenida por una miríada de personajes, sin embargo se hace importante resaltar algunos de ellos tales como : Brodie, Turnbull, Hunter, Hilton, Isidore, Page, Erichsen entre otros, quienes dedicaron gran parte de sus estudios e investigaciones a evidenciar una posible alteración del sistema periférico y en su defecto una afectación morfológica que finalmente pudiera dar cuenta de lo sucedido en la histeria (Moscoso, 2011).

Ahora bien, tras las anteriores elucidaciones realizadas alrededor de la histeria conviene pues descender sobre el surgimiento del dolor inconsciente, del cual dirá Moscoso (2011) que:

Antes que en Freud la idea de este “dolor inconsciente” ya había hecho aparición tanto en el campo de la psicología experimental como en la fisiología o la práctica psiquiátrica; estaba tan bien presente, aunque de forma mitigada, en la genealogía de Nietzsche y en la filosofía de Schopenhauer así como en la obra de muchos psicólogos y fisiólogos experimentales que postularon la existencia de sensaciones, incluyendo sensaciones lesivas, por debajo del umbral perceptual (p. 265).

Habrà que decir, pues, que este dolor inconsciente otorga una nueva visión a los estudios realizados para la histeria, adquiriendo así relevancia en las investigaciones realizadas por Charcot, Briquet, Georget, Janet y muchos otros que buscaron a través de una aproximación del dolor inconsciente, dar una explicación a la etiología de la histeria (Moscoso, 2011). Con esto se

llega a Freud quien se encarga de dar todo un marco de comprensión e interpretación a lo que fue la histeria y la participación del dolor inconsciente en ella.

La histeria en los estudios prepsicoanalíticos de Freud

Importa dejar sentado aquí, que el pensamiento presicoanalítico de Freud se vio influenciado por los antecedentes ya obtenidos en su formación médica e investigativa, el medio social y cultural de su época, al mismo tiempo que las lecturas de pensadores como Goethe, y muy marcadamente por Meynert, Brucke, Breuer, Charcot y Fliess (Cosentino, 1999). Freud refleja en esta etapa presicoanalítica el enigma que presupone la histeria, avasallador para el espíritu científico de su época y su formación médica, sugiriendo con ello múltiples inquietudes. Así pues, expone Carmona (2011)

En otros términos, debe decirse que la sintomatología de las enfermedades nerviosas hace enigma en un tiempo en el que el cuerpo biológico debía ofrecer la respuesta al malestar que aquejaba al cuerpo del enfermo. Desde esta perspectiva, es comprensible que lo psíquico sea desconocido, que represente un territorio oscuro para el cual la ciencia no tiene explicación (p., 3).

Ya se ha advertido que Freud análogamente con los pensadores anteriormente mencionados y el creciente régimen científico marca una pauta para las posteriores investigaciones y elucidaciones realizadas inicialmente en el estudio de la histeria; conviene, sin embargo advertir, que se destaca como mayor influencia el trabajo realizado en pupilaje de Charcot durante los cinco meses que residió en París en la Salpêtrière, a donde asistió con el fin de proseguir sus estudios neuropatológicos. Sin embargo es allí donde se inquieta y lleva a cabo

sus primeros acercamientos con las afecciones histéricas, y si se puede decir, su mirada para las enfermedades nerviosas adquiere una nueva percepción (Freud, 1886).

Así pues, durante su estadía en la Salpêtrière Freud se dedicó a la observación de los enfermos allí recluidos, para este momento sus observaciones se encontraban completamente influenciadas por las elaboraciones realizadas por Charcot, es entonces a partir de dichas observaciones y algunas ideas intercambiadas con Charcot, que años más tarde surge un trabajo llamado *algunas consideraciones con miras a un estudio comparativo de las parálisis motrices, orgánicas e histéricas*, trabajo que será abordado de forma más minuciosa en algunas líneas a posteriori del presente apartado. Sin embargo, cabe mencionar, que es también con base en los estudios realizados de la mano de Charcot que Freud en 1888 publica un artículo bajo el nombre de histeria.

No está por demás, recordar, que para esta publicación Freud habla de los grandes descubrimientos y afirmaciones realizadas por Charcot en el campo de la histeria; arrogando como una importante elucidación la valoración clínica en las afecciones histéricas, así también la sintomatología de los fenómenos histéricos como un hecho compartido entre hombres y mujeres; dejando entonces de ser considerada la histeria como una afección únicamente femenina. Igualmente se abre espacio a la contemplación de la histeria como una forma de neurosis, de la cual no se puede obtener noticia a través de la fórmula fisiopatológica por lo cual dirá entonces Freud (1888) “será preciso conformarse con definir la neurosis en términos puramente nosográficos, por el conjunto de los síntomas que en ella aparecen...” (p., 45).

Este importante señalamiento que se realiza en la clínica histérica, muestra que los hombres también pueden contraer la histeria y su cuadro sintomático. Ello encuentra sustento en

la noción de histeria sin útero, que es atribuida a Areteo de Capadocia quien afirmó por primera vez que “en los hombres no se puede atribuir la histeria al útero” (Chauvelot, 2001 p., 19).

A pesar de los diferentes y cuantiosos estudios realizados para el fenómeno histérico aún para esa época no se contaba con límites que permitieran realizar un diagnóstico diferencial entre la histeria y otros fenómenos considerados patológicos de parecidos síntomas, por lo que en varias ocasiones no se hacía un análisis minucioso del cuadro sintomático y se diagnosticaba con histeria a aquellos que padecían diversas afecciones nerviosas. Por ello Freud menciona cómo Charcot establece que:

“histeria” es un cuadro patológico bien deslindado y separado, que se puede discernir con la mayor claridad en los casos extremos de la llamada “*grande hystérie*” (o histeroepilepsia). Además es histeria aquello que en formas más leves y rudimentarias, se puede situar en una misma serie con el tipo de la *grandehystérie* y poco a poco se desdibuja hasta llegar a lo normal; la histeria se diferencia radicalmente de la neurastenia, y aun, en sentido estricto se le contrapone (1888, p., 46).

Así pues, con el fin de realizar una distinción y categorización de la histeria como entidad patológica se erige una semiología que demarca particularmente el cuadro histérico, delimitando también los signos y síntomas característicos de esta. En esta medida se hace oportuno mencionar el retablo hecho por Freud (1888), a través de lo dicho por Charcot, en la cual sintetiza las variables observables que identifican la crisis histérica, de la cual indicará está comprendida por ataques convulsivos, zonas histerógenas, perturbaciones de la sensibilidad,

perturbaciones de la actividad sensorial, parálisis, contracturas y caracteres generales¹⁹. No conviene detenerse en la descripción de las variables sintomáticas mencionadas. Sin embargo, es preciso señalar que para la realización de este artículo Freud (1888) pretendía hacer una distinción de la histeria en relación con otras alteraciones nerviosas presentes para la época; claro está, guiado por su espíritu científico y su visión neurológica de las patologías nerviosas.

Ahora concierta volver prontamente a lo dicho cuatro párrafos atrás, en el que ya se mencionaba una de los trabajos realizados por Freud denominado *algunas consideraciones con miras a un estudio comparativo de las parálisis motrices, orgánicas e histéricas*; cabe señalar sobre este trabajo que fue encomendado a Freud por su maestro Charcot en 1885, estudio que se basaría en las observaciones realizadas en la Salpêtrière, estudio en el que deseoso por conocer el origen de las afecciones histéricas y su relación con la neurosis se encamina en una pesquisa guiada por el carácter racional que le asignaba sus estudios neurológicos pretendía establecer aspectos disímiles entre las parálisis orgánicas y las parálisis histéricas, en el cual las parálisis orgánicas se encontraban sujetos a alteraciones tisulares y del sistema nervioso mientras que para las parálisis histéricas, dado lo inmaterial de la lesión, no contaban con datos que permitieran una explicación.

Dicho lo anterior, es entonces significativo resaltar la importancia que tiene el vehemente interés de Freud (1888) en encontrar una explicación para las afecciones histéricas, en las cuales

¹⁹Véase, para la ampliación y caracterización de los factores mencionados por Freud dentro del cuadro sintomático de la histeria, en Freud, S. (1895), publicaciones prepsicoanalíticas y manuscritos inéditos en la vida de Freud, Strachey, Sigmund Freud Obras Completas, Buenos Aires-Madrid, Amorrortu Editores. (p., 46-56).

de acuerdo a sus conocimientos y rigurosa preparación en las ciencias biológicas encontraba de entrada una marcada diferencia con las parálisis orgánicas (Carmona, 2011). Es, por tanto, que Freud (1888) confrontado por sus conocimientos en anatomía, se encamina en la breve ilustración de un argumento que establece una caracterización y diferenciación entre parálisis perifero-espinales y parálisis cerebrales, a las cuales también llamó parálisis de proyección (perifero-espinal) y parálisis de representación (cerebrales)²⁰; demostrando de este modo la claridad en los distintos mecanismos que operan en ambos sistemas y los signos que evidencian sus alteraciones anatómicas.

Tras dejar trazadas las diferencias entre una y otra parálisis, Freud procede a establecer comparativamente los aspectos símiles y disímiles de estas con las parálisis histéricas. Por lo cual dirá Freud (1888):

La parálisis histérica es, por así decir, intermedia entre las parálisis de proyección y las parálisis de la representación orgánica. Si no posee todos los caracteres de disociación y de aislamiento, tampoco está sujeta, ni mucho menos, a las leyes estrictas que rigen la segunda, la parálisis cerebral (p., 200).

Sin embargo, dicha relación se establece solo en un sentido tácito dado que junto a lo anterior, Freud (1888) añade que “... Se puede sostener que la parálisis histérica es también una

²⁰Freud estableció dos formas de parálisis orgánicas, perifero-espinales (proyección) y cerebrales (representación); así pues, para ampliar lo dicho por él acerca de dichas parálisis, véase, en Freud, S. (1895), publicaciones prepsicoanalíticas y manuscritos inéditos en la vida de Freud, Strachey, Sigmund Freud Obras Completas, algunas consideraciones con miras a un estudio comparativo de las parálisis motrices, orgánicas e histéricas, Amorrortu Editores, (p., 197, 198, 199, 200).

parálisis de representación, pero de una representación especial cuya característica debe ser descubierta” (p., 200). Tras esta afirmación Freud abre un campo de interpretaciones para las parálisis histéricas las cuales de manera meticulosa van quedando desligadas y fuera del alcance de las explicaciones anatómicas. Al respecto Carmona (2011) parafraseando a Freud menciona

...la parálisis histérica puede ser mucho más disociada que la parálisis cerebral, puesto que los síntomas de la parálisis orgánica se encuentran fragmentados en la histeria. Mientras que en una parálisis orgánica del tipo de la hemiplejia, se produce la imposibilidad del movimiento en los miembros superior e inferior, la histeria disocia la parálisis del brazo y la pierna; los hace acontecer de un modo independiente (p., 6).

Así las cosas, Freud se encarga de abrir una brecha entre las parálisis histéricas y las parálisis orgánicas, para ello dirá, que la primera obedece a una lesión funcional, y adjudicará para la segunda una alteración tisular, la parálisis orgánica. Lo que resalta desde luego es la línea tajante y divisoria que se traza entre ambos fenómenos desplegándose así, un nuevo recogimiento para la histeria. Referente a ello entonces argumentará Freud (1888)

Que la lesión de las parálisis histéricas debe ser por completo independiente de la anatomía 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*(p., 206).

Allí, en la individuación que Freud le confiere a la histeria de lo anatómico se funda una perspicacia que ofrece oportunidad a lo psíquico como factor concomitante de los síntomas

históricos. Así pues, retomando lo mencionado en la anterior cita textual, Freud asigna una valía particular a los mecanismos presentes en la runa de la parálisis histérica, a la cual atribuye un desconocimiento del funcionamiento anatómico real que se presenta. Afirmará así Freud (1888), apoyando lo emitido por Janet, lo que opera en la histeria:

Es la concepción trivial, popular, de los órganos y del cuerpo en general la que está en juego en las parálisis histéricas.... Esta concepción no se funda en un conocimiento ahondado de la anatomía nerviosa, sino en nuestras percepciones táctiles y, sobre todo, visuales (p., 207).

Ahora, no parece excesivo afirmar que de este intento de elucidación para lo ocurrido en el fenómeno histérico, se desencadena una serie de cuestiones que cumplen la función de inscribir la naciente, y hasta ese momento poco creíble, explicación psíquica. Además, sugiriendo el simbolismo de las representaciones psíquicas en las alteraciones nerviosas. Para ello, interesa subrayar que:

La apelación a la noción de representación, que como idea condiciona la parálisis histérica, la inscribe en el ámbito de lo anímico, para el cual las funciones biológicas del organismo poseen valor en tanto representaciones de lo que acontece en la materialidad del cuerpo (Carmona, 2011, p., 7).

Como indicó Freud, entonces, las representaciones y el valor afectivo asignado a diferentes estímulos o experiencias adquieren en la histeria un dispositivo asociativo con una idea o suceso.

Por lo cual, en el caso del fenómeno histérico dichas representaciones quedan ligadas a una parte del cuerpo. Ahora pues, muy expresivo Freud (1888) manifiesta que:

He ahí la solución del problema que nos hemos planteado, pues en todos los casos de parálisis histérica uno halla que *el órgano paralizado o la función abolida están envueltos en una asociación subconciente provista de un gran valor afectivo, y se puede demostrar que el brazo se libera tan pronto como ese valor afectivo se borra* (p., 208, 209).

He aquí un detalle que merece toda la atención, uno de los primeros, tal vez el primero de los acercamientos figurados por Freud (1888) para el reconocimiento del contenido inconsciente; circunscribiendo el recogimiento de un aspecto no accesible por la parte consciente del individuo. Lo cual es atribuido como una forma de acento para los factores afectivos y anímicos que surgen en yuxtaposición a los síntomas histéricos y que además pueden presentar de forma no conscientes. A pesar de que Freud no profundiza aquí las amplias vicisitudes del contenido inconsciente es aquí de donde parte un nuevo campo para sus investigaciones acerca del inconsciente, de las cuales se ocuparía en sus próximos años de vida.

No conviene pasar de largo por los estudios prepsicoanalíticos sin mencionar de manera puntual algunos aspectos importantes consignados por Freud y Breuer (1893) en *estudios sobre la histeria*, el cual estuvo direccionado a la indagación de ese nexo causal que produce la histeria. Allí, en primera instancia se esboza elementos teóricos que permiten aproximarse a los mecanismos psíquicos que operan en la histeria, lo cual fue primordial para la construcción de un entramado discursivo que pudiera explicar el fenómeno histérico en esta época ya no tomado

como un acontecimiento puramente orgánico, sino con una importante tasación de los factores psíquicos. Freud, que para este momento había desligado muchos de sus estudios de la psiquiatría y la medicina, las cuales imperaban en su época, fue duramente cuestionado y criticado por su distanciamiento y creciente interés por la presencia de los mecanismos psíquico en las afecciones nerviosas (Cosentino, 1999).

Desde luego, ya se ha hablado de algunas investigaciones en relación con la histeria realizadas por Freud, así que, en contemplación de algunos elementos anteriores y los aportes de Breuer, señalarán para este texto la prevalencia de la representación psíquica como una idea que condiciona la afección histérica, de la cual se dirá también es una representación atribuible a una carga de afecto que entra en concomitancia con el síntoma histérico, donde haya un valor patógeno que versa sobre el origen mismo de la histeria (Nasio, 1991).

Así las cosas, Freud y Breuer (1893) discurrieron sobre los síntomas histéricos un factor relevante, al cual designaron *trauma psíquico*. “En calidad de tal obrará toda vivencia que suscite los aspectos penosos del horror, la angustia, la vergüenza, el dolor psíquico; y, desde luego, de la sensibilidad de la persona afectada.... Dependerá que la vivencia se haga valer como trauma” (p., 31, 32). Importa dejar sentado aquí que, el trauma, que designa el recuerdo de la vivencia tendrá también el carácter de representante originario del síntoma (Carmona, 2011). El mejor modo de explicarlo será “en el caso de la neurosis traumática, la causa eficiente de la enfermedad no es la íntima lesión corporal, lo es, en cambio el afecto de horror, el *trauma psíquico*” (Freud, Breuer, 1893, p., 31). Dirán también Freud y Breuer que:

Lo que sobre todo importa es si frente al suceso afectante se reaccionó enérgicamente o no. Por «reacción» entendemos aquí toda la serie de reflejos voluntarios e involuntarios en que, según lo sabemos por experiencia, se descargan los afectos: desde el llanto hasta la venganza. Si esta reacción se produce en la escala suficiente, desaparece buena parte del afecto; nuestra lengua testimonia este hecho de observación cotidiana mediante las expresiones «sichhaustoben» {«desfogarse»}, «sichausweinen» («desahogarse llorando»), etc. Si la reacción es sofocada, el afecto permanece conectado con el recuerdo (p., 32).

He aquí un maridaje entre la reacción frente al efecto causado por la vivencia y el acontecer del trauma psíquico. Entre tanto, se dirá que la abreacción de dicho estímulo, afecto o vivencia será decisiva para la instauración del trauma psíquico; por consiguiente, de no ser sofocada la reacción, el afecto queda desconectado del recuerdo y del trabajo asociativo del pensar, el cual devendrá luego como síntoma histérico. Además, dirá Carmona (2011) “de tal convicción, deduce Freud, que la actividad psíquica representadora se descompone en consciente e inconsciente, y las representaciones, en susceptibles e insusceptibles de conciencia; es decir, representaciones de las cuales se posee o no, un saber”(p., 14).

Considerando así el asunto, es pertinente describir que ya para este escrito se presentan dos posibles etiologías para la afección histérica; la doctrina de las defensas y los estados hipnoides. Al respecto mencionará Strachey (1953), que ya Freud y Breuer divergían entre una y otra explicación, a pesar de que ambas fueron aceptadas. Sin embargo, Freud por su parte apoyaba la doctrina de las defensas, la cual opera en desalojo de la representación chocante e inconciliable para el yo alejándola de la conciencia. En disonancia, Breuer estuvo con mayor

preponderancia a favor de los estados hipnoides que se presentan en un estado en el que sobrevienen representaciones que constituyen un grupo psíquico e inconsciente, creando así una disociación de la conciencia con la capacidad de incitar efectos patógenos (Pérez, 1998).

Sin embargo, es a partir de la doctrina de defensa que Freud sustentará sus investigaciones futuras en los estudios psicoanalíticos, considerándose así que:

La representación de una vivencia, o de una sensación que despierte un afecto insoportable, puesto que se hace inconciliable para el conjunto de representaciones conscientes, el yo se aboca a la tarea de ahuyentar el contenido de la representación, procurando no pensar en él, olvidándolo, pues es preferible para el yo, empujar lejos la cosa traumática, que llevar a cabo un trabajo de pensamiento que resuelva la contradicción que la representación inconciliable le opone. De este modo, plantea Freud, se produce la escisión de la psique (Carmona, 2011, p., 16, 17).

Retomando algunas ideas, es conveniente señalar que la pesquisa e indagación por la causalidad de los fenómenos histéricos tuvo espacio en la constante exploración de ambos autores, por un tratamiento para estas afecciones, exploración que los condujo a la creación de un instrumento que pudiera dar cuenta de sus inquietudes en relación a la histeria. Strachey menciona en la introducción de este texto “el instrumento obvio para este propósito era la sugestión hipnótica” (p., 11), herramienta que tuvo como objetivo la persuasión de los pacientes y el flujo de “material oriundo de la región inconsciente de la psique” (p., 11).

A pesar de que la hipnosis representó la forma de intervención durante una parte de los tratamientos; lo que Freud perseguía, como fin último, fue la abreacción y catarsis del afecto estrangulado. Dirá también Strachey de ello “el método catártico es el precursor inmediato del psicoanálisis” (p., 22). Por lo cual, Freud y Breuer (1893) dirán de su método utilizado en psicoterapia que “*cancela la acción eficiente de la representación originariamente no abreaccionada, porque permite a su afecto estrangulado el curso a través del decir, y la lleva hasta su rectificación asociativa al introducirla en la conciencia normal...*” (p., 42).

Todo lo dicho hasta aquí ha estado direccionado a la revisión de varios elementos expresados por Freud en sus obras prepsicoanalíticas, buscando dilucidar varios factores enunciados por él en relación a la histeria. Ahora bien, conviene a partir de este momento adentrarse en sus estudios psicoanalíticos y lo designado en ellos para la histeria; en el siguiente apartado en especial a la comprensión de su etiología.

La etiología de la Histeria

Etiología de la histeria: el trauma de la seducción.

No se ha dicho antes en el trabajo, que desde 1895 Freud en una explicación presentada para los fenómenos histéricos, adjudica de forma insubstancial el síntoma de la histeria como el efecto de un proceso de defensa frente a un excedente sexual incompatible en conexión con una representación y afecto. Demarcando pues, la tendencia freudiana a preferir elucidaciones

psicológicas en vez de las neurológicas, dejando así, sentado para este momento un Freud encaminado en las formulaciones teóricas del psicoanálisis.

Antes de continuar, es conveniente precisar algunos elementos expuestos por Freud en 1896, tiempo de su devenir analítico, en su texto *la etiología de la histeria*, en el cual busca explicar la causalidad de lo que ocurre en la histeria arribando así, a un sistema conceptual de dos tesis que conducirán su relato. La primera, hace alusión a la cooperación de la cadena de los recuerdos, que consiste en el condicionamiento del síntoma histérico, el cual no acontece solo de su vivencia real, sino de otra vivencia que cumple el papel de activarlo. Y de la segunda se dirá que en el asiento de toda histeria se encuentran vivencias sexuales de manera prematura que conciernen a la niñez temprana.

Así las cosas, Freud (1896) para preguntarse por la etiología de la histeria retomó dicho por Breuer en relación con este asunto, por lo cual, afirmará “*los síntomas de la histeria (dejando de lado los estigmas) derivan su determinismo de ciertas vivencias de eficacia traumática que el enfermo ha tenido, como símbolos mnémicos de los cuales ellos son reproducidos en su vida psíquica*” (p., 192). El trauma psíquico sigue teniendo un carácter determinante en la causalidad y conformación de los síntomas histéricos. Sin embargo, Freud introduce nuevas puntualizaciones en relación a esas vivencias traumáticas y los síntomas. Al respecto, León (2013) menciona:

Freud elabora su propio discurso del método: si la psique es una ciudad enterrada, el síntoma es una piedra que habla “por la complexión de sus bordes, de costra y su contorno”. La

investigación arqueológica asoma como el trabajo de “hacer hablar a los síntomas de una histeria como testigos de la historia genética de la enfermedad”.... Interrogar al síntoma respecto de su propia historia, descifrar la inscripción de sus ruinas: tal es la arqueología que Freud funda como método para traducir el alfabeto.... De las neurosis (p., 97).

Por ello, Freud (1896) tras el estudio de las escenas traumáticas adjudica a ellas la posibilidad de encontrar los influjos y nexos responsables de ocasionar los síntomas histéricos y de la misma forma el modo en que dichos síntomas serán comportados. Sin embargo, en su estudio se encuentra con que los síntomas no concordaban con la escena traumática develada por el análisis, un recuerdo que no responde a las expectativas traumáticas planteadas como ofensivas. Asunto que hace recusar la credulidad de dicha formulación, entonces, dirá Freud que, tras esta escena ya develada, debe estar encubierta una segunda escena generadora de un sustento explicativo, en tanto, una escena traumática y ofensiva.

Aquí conviene detenerse un momento a fin de que sea explicada esta forma de escena encubierta, de la cual, dirá Freud (1896), se constituye a partir de la creación de nexos entre diferentes representaciones liadas por un mismo evento. Ahora es oportuno decir que esta primera escena encontrada “posee el significado de un eslabón dentro del encadenamiento asociativo”(p., 195), encadenamiento asociativo que se ve concurrido por diversas escenas ineficaces formadas a partir de una misma vivencia, pero que en el establecimiento de estos nexos adquieren nuevas representaciones. De ello se dirá entonces que este montaje para la escena traumática:

Para definir sus límites parte por delimitar aquello que excluye operación con la cual descarta toda *escena encubridora*, es decir, toda producción imaginaria que no revele una relación pertinente entre “idoneidad determinadora” (contingencia del contenido) y “fuerza traumática” (intensidad del afecto). Porque si la escena no es horrorosa sencillamente es falsa (León, 2013, p., 98).

No obstante, Freud indicará “que se intercalen muchas escenas ineficaces como unas transiciones necesarias en la reproducción, hasta que uno desde el síntoma histérico, alcance por fin la escena de genuina eficacia traumática” (p., 195). De esta manera la escena traumática real se encuentra como sustento en la cadena de eslabones permitiendo además establecer vínculos con otras cadenas asociativas. Aquí es necesario aclarar que esta cadena de eslabones, como ya se introdujo, constará de una dualidad en su maniobra reflejada en una escena que instaura el carácter determinante de idoneidad de la escena y otra que determina la fuerza y su carga afectiva (León, 2013).

Sin embargo, esta “cadena asociativa consta de más de dos eslabones” (p., 196) manera en la que la escena traumática forma diversas conexiones, no de fácil elucidación. Al respecto, dirá Freud: “unos nexos ramificados, al modo de un árbol genealógico. Pues a raíz de cada nueva vivencia entran en vigor dos o más vivencias tempranas como recuerdos” (p., 196). Allí, en la ramificación de las diferentes vivencias y representaciones psíquicas, se establecen cadenas de recuerdos asociados.

A pesar de las diversas cadenas de recuerdos y vivencias a las que conduce cada síntoma, estos recuerdos están recíprocamente encadenados en la asociación de eslabones y representaciones dando cuenta así de la ramificación alcanzada para una escena traumática. Así mismo, estas cadenas asociativas representantes de cada síntoma, entran en conexión trenzando un vínculo entre ramificaciones (Freud, 1896). Además, cuando se regresa a la escena traumática y a las cadenas y eslabones que lo fundamentan, se ve la sorpresa de Freud (1896) al encontrar que los

Síntomas histéricos sólo puedan generarse bajo la cooperación de unos recuerdos, sobre todo si se considera que estos últimos, según todos los enunciados de los enfermos, no había entrado a la conciencia en el momento en que el síntoma se presentó por primera vez (p., 197).

Expresará al respecto León (2013) “dicho de otro modo es la cadena de recuerdos inconscientes (y no el trauma “real-objetivo”) lo que opera en la formación de síntomas” (p., 100).

Freud (1896), tras el acontecer del proceso con sus pacientes histéricos, se encontró que el material mnémico vislumbrado como vivencia traumática llegado un punto, el material mnémico establecía nexos con la sexualidad y la pubertad, adjudicando el vivenciar traumático a un acontecimiento de tipo sexual en la pubertad. Este fue un elemento sustancial que lo llevó a pensar la histeria a partir de este componente sexual, lo cual le permitió aseverar que los

históricos “serían, en cierta medida personas que no pueden responder de manera suficiente en lo psíquico a las demandas sexuales” (p., 200).

En este orden de ideas, Freud (1896) se aproximó a la contemplación de dicho vivenciar sexual ocurrido en la pubertad, lo cual lo llevó a inferir que dichas vivencias no presentaban un grado de significación tal que representará una justificación para estas afecciones, es decir, no eran atribuibles como la escena que instituye la fuerza y su carga afectiva, sino antes bien como la escena determinante de idoneidad por su contenido, por lo cual recurrió a la revisión de escenas anteriores a la pubertad, conduciéndolo a la niñez temprana y a la estimación de la sexualidad en esta etapa y su función en la vida futura.

Así pues, apoyado en las elucidaciones realizadas acerca del factor sexual y ahora en la infancia, dice Freud (1896) “en la base de todo caso de histeria se encuentran una o varias vivencias.....de experiencia sexual prematura, y perteneciente a la tempranísima niñez” (p., 202). Sin embargo, ninguna de estas escenas posteriores en que se genera el síntoma es la eficiente y las vivencias genuinamente eficientes no producen al inicio efecto alguno. De otro lado, con el fin de dilucidar lo ocurrido en relación al trauma en la histeria, León (2013) señalará:

¿Qué cosa es esta proto-pulsión que se instala en el sujeto desde afuera e irrumpe en el cuerpo con la marca prematura de la sexualidad? Nos sabemos testigos del invento de una versión extrínseca del mito pulsional: una fuerza que viene desde el exterior y que asume la forma de una escena lo suficientemente terrible para engendrar el parásito del síntoma; un

espectáculo que el sujeto no comprende, y que sin embargo, genera un efecto de simbolización que hace evidente su función pragmática (p., 102).

Por otro lado, Freud (1896), hacía el final de su texto *la etiología de la histeria (1896)*, de la cual se ha venido hablando hasta ahora, aduce, nuevamente, acerca de los mecanismos psíquicos que deben estar presentes para la conformación del síntoma histérico de la cual dirá, debe surgir la defensa de una representación penosa. Toda vez que muestra un nexo asociativo con un recuerdo inconsciente, recuerdo que a su vez está en conexión con eslabones inconscientes de la cadena asociativa. Habrá que decir además que, dicho recuerdo inconsciente es sustancialmente un recuerdo sexual de un periodo infantil. Sin embargo, dirá Freud (1896) “el determinismo del síntoma histérico no proviene de vivencias infantiles, sino de vivencias posteriores” (p. 212).

He aquí, en pocas palabras, afirmará Freud (1896) “los síntomas histéricos son sobredeterminados” (p. 214). Esclareciéndose así que el síntoma histérico es activado por una vivencia de la vida actual que entra en conexión con una vivencia infantil cargada de afecto y que se hace disconforme para el yo. Este ocurrir psíquico fue nombrada por Freud (1915) años más tarde como la atemporalidad del inconsciente. Lo aquí dicho, no conviene pasar de largo sin ahondar un poco más en esto que se ha denominado disconformidad para el yo, lo cual será equiparable al factor constituyente del mecanismo defensivo que opera en la histeria, del cual indicará Freud (1896) que:

la defensa alcanza ese propósito suyo de esforzar fuera de la conciencia la representación inconciliable cuando en la persona en cuestión, hasta ese momento sana, están presentes

unas escenas sexuales infantiles como recuerdos inconscientes, y cuando la representación que se ha de reprimir puede entrar en un nexo lógico o asociativo con una de tales vivencias infantiles(p., 209).

Etiología de la histeria: fantasía inconsciente.

Tras realizar el anterior abordaje que ha permitido comprender la teoría del trauma y su relación con la etiología de la histeria. Así, pues, esto permite llegar hasta aquí e introducir una cuestión acerca de la teoría de la histeria que conduce inevitablemente a un asunto que discrepa en cierto grado del anterior. Ya para septiembre 21 de 1897 datan algunos de los indicios que Freud tenía acerca de sus dudas en relación a la teoría de la seducción infantil como factor constitutivo en la etiología de las neurosis; esta fecha es correspondiente a una de las cartas enviadas a su amigo Fliess, a quien le confiesa “ya no creo más en mi neurótica” (p., 301). Esta afirmación la hace impulsado por los diversos tropiezos presentados en el transcurrir del análisis de sus pacientes pero, sobre todo impulsado por su escepticismo frente a las narraciones emitidas por sus neuróticas, las cuales según él afirmaban haber sido seducidas en su infancia especialmente por sus padres, además, el hecho de que:

La intelección cierta de que en lo inconsciente no existe un signo de realidad, de suerte que no se puede distinguir la verdad de la ficción investida con afecto. (Según esto, quedaría una solución: la fantasía sexual se adueña casi siempre del tema de los padres) (p., 302).

Así las cosas, según Strachey, esta fue la primera emisión hecha por Freud en relación a la fantasía sexual como posible factor presente en las neurosis en donde guiado por sus observaciones y apreciaciones clínicas, conjetura que la seducción no aplica verosímilmente a la explicación etiológica de las neurosis y por consiguiente de la histeria. Es por ello que años más tarde en su texto *tres ensayos para una teoría sexual* (1905), públicamente habla acerca del asunto presentando un argumento que pone en entre dicho la teoría hasta ese momento propuesta para la etiología de las neurosis en la influencia de la seducción en el niño como algo precoz y ajeno a él; al respecto afirmará Freud (1905) que “resulta evidente que no se requiere de la seducción para despertar la vida sexual del niño, y que ese despertar puede producirse también en forma espontánea a partir de causas internas”(p., 173).

Además, creemos que en lo dicho hasta aquí se ve bastante bien como uno de los elementos que conduce a Freud a ese resquicio en la explicación etiológica de la histeria, es la sexualidad contemplada como un factor inherente al niño. Apreciación que fue movida en un primer momento por las arduas perturbaciones sexuales que a menudo le contaban sus pacientes.

Es de resaltar en esta tesis que Freud (1905) irrumpe en la concepción hasta ese momento fraguada para la sexualidad y desarrollo psíquico del niño, introduciendo así, una teoría de orden disímil; por lo pronto se dirá que sus divergencias residen en factores puntuales relativos a la sexualidad infantil. En la primera, el niño es objeto de seducción prematura, percibido como ajeno a la disposición sexual y dicha disposición se crea a partir de factores externos a él. Ahora, acerca de la segunda la cual fue propuesta por Freud (1905), le será

conferido al niño una disposición interna de tipo sexual, como un factor inherente a él. Así las cosas expondrá Freud (1925) que:

La función sexual estaba presente desde el comienzo; primero se apuntalaba en las otras funciones de importancia vital, y luego se independizaba de estas. Había recorrido un largo y complicado desarrollo antes de volverse notoria en la vida sexual normal del adulto. Se exteriorizaba primero como actividad de toda una serie de componentes pulsionales, dependiendo de zonas erógenas del cuerpo y que en parte emergían en pares de opuestos (sadismo-masoquismo, pulsión de ver-pulsión de exhibición)(p., 33, 34).

Dicho lo anterior, pásese ahora a otras puntualizaciones importantes en relación al lugar de la fantasía en la etiología de la histeria. Por lo pronto es pertinente dejar sentado que en la anterior teoría Freud alude a una escena traumática como un hecho vivencial y real, lo cual será una de las divergencias que emergen en la presente tesis dado que abordará la fantasía como una realidad psíquica (Musicante, 2005). En esta medida es preciso aducir a lo dicho por Musicante (2005) en relación a lo denominado como fantasía, de lo cual señala que “corresponde a una escenificación imaginaria en la que se halla presente el sujeto y que representa, de una manera más o menos deformada por los procesos defensivos, la realización de un deseo que es siempre en última instancia inconsciente” (p., 76).

En esta misma línea de pensamiento la teoría de la seducción, aplicada para la explicación etiológica de la histeria y demás tipos de neurosis, deja de tener un papel protagónico y se desliza a un papel antagónico en el que el niño no necesariamente es inscrito por un factor externo de tipo sexual. En relación a lo dicho aquí, Carvajal menciona que el:

Desarrollo psicosexual del niño, el cual impone en un organismo inmaduro, elementos sexuales “endógenos” que en tal perspectiva, tienen un carácter “traumático” al acaecer sobre un sistema nervioso y motor aun inmaduro, incapaz de tramitar tales excitaciones. La seducción entonces, deja de ser un suceso exterior, y se ubicaría como un evento propio del desarrollo psíquico del ser humano (p. 93).

Ahora bien, Freud se encontró con que no debía buscar en la etiología de la histeria un acontecimiento real, toda vez que la representación disconforme no necesita hallar su origen en un acto de seducción externa al individuo, sino, que dicha representación tiene génesis en la actividad pulsional interna de este (Nasio, 1991). Así que, dirá Freud (1926), dicho carácter traumático obedecerá más bien a “el nacimiento, la pérdida de la madre como objeto, la pérdida del pene, la pérdida del amor del objeto, la pérdida del amor del superyó” (p., 78); siendo estos, factores amenazantes para la realidad psíquica.

Conviene dejar sentado que dicha realidad psíquica se hace inconciliable para el sujeto, en lo que le queda, buscar un mecanismo inconsciente bajo el cual pueda tramitar esta penosa representación. Al respecto Nasio (1991) enuncia que “es tan intenso el surgimiento de este exceso de sexualidad llamado deseo, con la eventualidad de su cumplimiento, llamado goce, que, para atemperarse, necesita la creación inconsciente de fabulaciones, escenas y fantasmas protectores” (p., 27).

Así pues, estas creaciones inconscientes cumplen la función de sustituir el nivel de angustia ocasionado por la génesis autónoma y temprana de la sexualidad infantil y el deseo ocasionado por esta (Nasio, 1991). Allí, “el fantasma así construido es tan inconsciente y está tan sometido a la represión como la representación intolerable de la primera teoría; y también es portador de un exceso insoportable de afecto, exceso que ahora denominamos angustia” (Nasio, p., 28).

De otro lado, es auspicioso ocuparse del síntoma en relación al lugar que ocupa la fantasía en la conformación de este. Para ello, conviene subrayar lo dicho por Freud (1905) en su *fragmento de análisis de un caso de histeria*, diciendo al respecto que:

Un síntoma significa la figuración —realización— de una fantasía de contenido sexual, vale decir, de una situación sexual. Mejor dicho: por lo menos uno de los significados de un síntoma corresponde a la figuración de una fantasía sexual, mientras que los otros significados no están sometidos a esa restricción en su contenido (p., 42).

Es significativa la importancia que tiene la formación del síntoma y los nexos que establece con el devenir psíquico y demás conexiones representacionales. Sin embargo, es pertinente introducir en primer momento elementos que permitan la comprensión de la represión, mecanismo de defensa privilegiado de la neurosis, sirviendo de antesala para la comprensión del acontecer y formación de los síntomas.

El síntoma histérico

La represión en el síntoma histérico.

Freud (1915) comprenderá la represión como el mecanismo de defensa privilegiado de la neurosis y por consiguiente de la histeria. Así que, afirmará que esta es el destino de las mociones pulsionales que chocan con resistencias que buscan hacerlas inoperantes; esta defensa que se encuentra en concomitancia con el yo sofoca aquellas representaciones psíquicas de la pulsión, cada vez que las halla amenazantes e inconciliables para el yo procediendo al destierro de la conciencia a dicha representación.

Trasponer y fijar ese resto inconsciente en el cuerpo, bajo una forma figurada. Un salto del psiquismo a la inervación somática, es como lo designa Freud en su prefacio al hombre de las ratas (Freud, 1909).

Por lo cual, la represión que aparece como pieza clave en la conformación de los síntomas histéricos actúa como una forma de salvaguardar al yo, de realidades disconformes para él. Disconformidad que se logra por una representación chocante que se desliga del afecto, este afecto se liga a otro representante y surge el síntoma histérico, mediante formaciones sustitutivas que encuentran su expresión en la traspolación del síntoma, el cual toma forma somática y se instala en uno o varios órganos del cuerpo (Freud, 1915), evidenciando de esta manera uno de los

fracasos de la represión que es el “fracaso por conversión de la sobrecarga en el síntoma somático” (Nasio, 1991, p., 21). Dicho de otro modo por Freud (1915):

La investidura pulsional de la representación reprimida es traspuesta a la inervación del síntoma. En cuanto a la medida y a las circunstancias en que la representación inconciente es drenada mediante esta descarga hacia la inervación, para que pueda desistir de su esfuerzo de asedio (Andrangen) contra el sistema conciente (p., 181).

Este punto se puede destacar observando lo referido por Nasio (1991) acerca de la inervación, de la cual dirá que “la sobrecarga energética se suelta del collar de la representación intolerable, conserva su naturaleza de exceso y resurge transformada en sufrimiento corporal, sea en forma de hipersensibilidad dolorosa o, por el contrario, en forma de inhibición sensorial o motriz” (p., 21).

El lugar de la pulsión en el síntoma Histérico.

Lo dicho hasta aquí permite conjeturar que el síntoma obtiene un lugar de primacía en la constitución de las neurosis, toda vez que a través de este y su formación de compromiso se da vía a la satisfacción pulsional a las mociones y demandas inconscientes emitidas por esta, encontrando así una forma de tramitarlas (Carmona, 2011). Freud en su doctrina psicoanalítica otorga una mirada distinta para el síntoma, así que, el síntoma no será considerado como un detrimento para la vida anímica, sino antes bien, una vía por la cual pretende dar solución a su conflicto psíquico. Al respecto Carmona (2011) dirá que:

El síntoma, entonces, es inherente al ser hablante, a la condición misma de ser sujeto. Puede decirse, por ello, que el síntoma hace las veces del nombre que diferencia a los hombres, del mismo modo que los representa ante sus semejantes. (p., 34).

Así las cosas, conviene señalar que el síntoma no solo es inherente al ser hablante, sino también al lenguaje inconsciente del cual se sabe en demasía a través de este, constituyéndose como un lenguaje de expresión inconsciente. Por ello Freud (1917) en su texto *conferencias de introducción al psicoanálisis (parte III), 18ª conferencia. La fijación al trauma, lo inconsciente*.

Enunciará que:

El sentido de los síntomas es por regla general inconsciente; pero no sólo eso: existe también una relación de subrogación entre esta condición de inconsciente y la posibilidad de existencia de los síntomas..... Toda vez que tropezamos con un síntoma tenemos derecho a inferir que existen en el enfermo determinados procesos inconscientes, que, justamente, contienen el sentido del síntoma. Pero, para que el síntoma se produzca, es preciso también que ese sentido sea inconsciente (p., 255).

Ahora bien, habrá que decir también del síntoma que se instaura en la vida anímica, y orgánica en el caso de la histeria, como resultado del conflicto pulsional y metas pulsiones no cumplidas, pretendiendo como fin último la satisfacción de estas a partir de una subrogación.

Dicho de otro modo, Carmona (2011) expresará al respecto que:

El conflicto que da lugar al síntoma sería engendrado por la frustración libidinal, resultante del rechazo por parte del yo, de la satisfacción que anhela la libido; rechazo que la obliga a buscar la satisfacción por otros caminos y objetos. Así, de un modo

general, parte el camino hacia la formación del síntoma, el cual, puede ahora ser definido como “la satisfacción nueva o sustitutiva que se hizo necesaria por la frustración [libidinal]” que engendra el yo a través del mecanismo defensivo denominado represión (p., 45).

No obstante, ya se mencionaba al inicio de forma lacónica la participación de la pulsión en la conformación del síntoma, pero con el fin de esbozar su función y su aporte en la construcción y contribución en el sentido de este es conveniente hacer un pequeño paréntesis que aclare un poco más la noción de pulsión. Para ello, es pertinente retomar lo dicho por Freud (1915) consintiendo explicarla como el concepto fronterizo entre lo anímico y lo somático, adscrito bajo la figuración de un representante psíquico de los estímulos que emanan del interior del cuerpo y consigue tener repercusiones en la vida psíquica, impelida a partir de las demandas tributadas a lo anímico como resultado de su conexión con lo somático. Además, conviene dejar sentado que la pulsión no es una pugna temporal, sino que es una influencia persistente y de carácter endógeno, de la cual no se puede huir.

Otro tanto podría decirse de su relación con el síntoma, dado que es la encargada de realizar ciertas exigencias en relación con el cumplimiento de deseos inconscientes. La pulsión a su vez obtiene representación por parte de representantes psíquicos quienes agencian las exigencias emitidas por estas y también la tramitación de la descarga de investidura libidinal. Habrá que decir además, que dichas exigencias están subordinadas por el principio de placer quien procura en primera instancia la satisfacción de ciertas mociones pulsionales. Sin embargo, el enfrentamiento con la realidad exterior impuesta por el principio de realidad le acaece un

tropiezo a dichas pretensiones, siendo interpretadas como inconciliables y asentando algías que toman forma en la instauración del síntoma. Al respecto Carmona (2011) dirá que:

El análisis de la noción de síntoma, condujo entonces a la premisa de que en el aparato psíquico se movilizan excedentes de energía que la organización que constituye el síntoma no tramita completamente, puesto que éste no logra cumplir cabalmente el encargo de deslbidinizar las representaciones sobre las que se apoya la pulsión en su afán de satisfacción. Sin embargo, el síntoma puede ser definido como una modalidad de satisfacción pulsional aun cuando a través de él no se logre regular cabalmente los excesos de energía pulsional (p., 52).

Al comenzar las puntualizaciones construidas en los últimos párrafos señalamos como objeto de abordaje el lugar del síntoma histérico, hasta ahora pareciese que hemos hablado del síntoma neurótico en general, acto al que se ha llegado a propósito, dado que el síntoma histérico se ve caracterizado también por cada uno de los elementos descritos. Sin embargo, es menester de este apartado realizar una breve aproximación al síntoma histérico de forma más precisa. Por ello es conveniente mencionar una breve formulación acerca de los síntomas histéricos expuesta por Freud (1908) en su texto *Las fantasías histéricas y su relación con la bisexualidad*. Así, pues, versa que:

1. El síntoma histérico es el símbolo mnémico de ciertas impresiones y vivencias (traumáticas) eficaces.
2. El síntoma histérico es el sustituto, producido mediante «conversión», del retorno asociativo de esas vivencias traumáticas.

3. El síntoma histérico es —como lo son también otras formaciones psíquicas— expresión de un cumplimiento de deseo.
4. El síntoma histérico es la realización de una fantasía inconciente al servicio del cumplimiento de deseo.
5. El síntoma histérico sirve a la satisfacción sexual y figura una parte de la vida sexual de la persona (en correspondencia con uno de los componentes de la pulsión sexual).
6. El síntoma histérico corresponde al retorno de una modalidad de la satisfacción sexual que fue real en la vida infantil y desde entonces fue reprimida.
7. El síntoma histérico nace como un compromiso entre dos mociones pulsionales o afectivas opuestas, una de las cuales se empeña en expresar una pulsión parcial o uno de los componentes de la constitución sexual, mientras que la otra se empeña en sofocarlos.
8. El síntoma histérico puede asumir la subrogación de diversas mociones inconcientes no sexuales, pero no puede carecer de un significado sexual (p., 144, 145).

Ya en algunos párrafos anteriores, ubicados al inicio e intermedio de este apartado, se enuncia la concomitancia de la pulsión en la creación del síntoma. Así, pues, verbigracia en la anterior cita textual, se deja explícita la participación de la pulsión en la creación del síntoma histérico. Además, Freud (1925) en su texto *inhibición, síntoma y angustia*, enunciará que “el síntoma es indicio y sustituto de una satisfacción pulsional interceptada, es un resultado del proceso represivo” (p., 87). Así las cosas, indicará Freud (1926) que:

El dolor estuvo presente en la situación en que sobrevino la represión; la alucinación fue una percepción en ese momento; la parálisis motriz es la defensa frente a una acción que habría debido ejecutarse en aquella situación, pero fue inhibida; la contractura suele ser

un desplazamiento hacia otro lugar de una inervación muscular intentada entonces, y el ataque convulsivo, expresión de un estallido afectivo que se sustrajo del control normal del yo (p., 106).

De otro lado, Freud en un primer momento consideró el principio de placer como el encargado de dirimir el suceder de los procesos anímicos, adjudicando que “a la cantidad de excitación el placer comporta una disminución, y el displacer un aumento de la misma” (Uribe, Uribe, 2014, p., 205). En esta medida, Freud inicialmente discurrió que la intensidad de excitación comportaba en sí misma un carácter displacentero para el decurso de los procesos anímicos. Sin embargo, tras la revisión que realiza en su texto *más allá del principio de placer (1920)*, Freud se ve movido a desdeñar dicha afirmación. De estas circunstancias nace el hecho de que se introduce una contemplación diferente para el curso de los procesos anímicos, de la cual dirá Uribe, Uribe (2014) que:

El placer y el displacer son modos de nombrar la cantidad de excitación que se presentan en el aparato psíquico, es decir, en un sistema cualitativo con bases cuantitativas. Por tanto ambos placer-displacer, son sensaciones de disminución que afectan el sistema percepción (p., 205).

Es significativa la importancia que tiene el placer-displacer para la elucidación y sentido del síntoma neurótico, toda vez que no será el principio de placer el favorecido por el aparato psíquico, el resquicio establecido por la catadura dolorosa del síntoma, impele a injerir una satisfacción tramitada a través del sufrimiento ocasionado por el síntoma quebrantando las metas acusadas por el principio de placer. Así, pues, placer y dolor son observados bajo otra óptica que

permite pensar en el displacer como forma de placer (Ustárroz, 2008). Al respecto señalará Ustárroz (2008) que “la satisfacción oculta del síntoma se presenta como una situación paradójica ya que se trata de un placer obtenido a través del sufrimiento y de impedimentos que hacen dolorosa la vida cotidiana” (p., 2).

Ahora bien, en correlación con lo anterior Freud (1920) en su texto *más allá del principio de placer*, expresará también que en el decurso de los procesos anímicos lo que ejerce dominio es la compulsión de repetición. Bajo este principio, entonces, opera según Freud el deseo de “repetir hasta el punto de reproducir y revivenciarlas “imágenes-recuerdo” para mantenerlas bajo el dominio psíquico” (Uribe, Uribe, 2014, p., 206). Habrá que decir además, que dicha compulsión de repetición opera en pro del retorno de vivencias consideradas traumáticas. Freud (1920) acuñará la expresión “el eterno retorno de lo mismo” luego de haber señalado una serie de casos caracterizados por la exteriorización compulsa a iguales vivencias alrededor de la vida de los individuos, haciéndose evidente en el transcurrir de estos un carácter similar en las relaciones humanas, las cuales llegan a idéntico desenlace.

Así, dicho en otras palabras, la compulsión de repetición ilustrada en el vivenciar de los individuos, connota la rúbrica de fuerzas y tendencias que en aquiescencia apologizan y procuran el displacer (Uribe, Uribe, 2014). Al respecto conviene mencionar, que dicho vivenciar psíquico que procura el displacer entrará en una relación dialéctica, en la cual placer y displacer son análogos. Pero, conviene dejar sentado que existe una dinámica que soslaya en las instancias psíquicas dichos estímulos de placer-displacer; así que, un estímulo exógeno o endógeno que representa “displacer para un sistema y, al mismo tiempo satisfacción para el otro” (Uribe, Uribe,

2014 p., 206, 207). Por lo cual, menciona Ustárrroz (2008) que esta repetición que se exterioriza con el síntoma estará vinculada “a significaciones inconcientes reprimidas, al automatismo compulsivo de las neurosis traumáticas, y a las fantasías primordiales descubiertas por Freud tales como “la observación del acto sexual entre los padres”, “la fantasía de seducción” y “la amenaza de castración” ” (p., 34). Sumado a lo anterior, dirá Ustárrroz (2008) a través de lo dicho por Freud que:

La repetición se encuentra en relación con la experiencia de la vivencia de la pérdida de objeto, la ausencia de ese objeto que por otra parte jamás existió, al menos como posibilidad de completar al sujeto, lanza el dispositivo de la repetición, en la ilusión de alcanzarlo para obtener una satisfacción pretérita, única, originaria (p., 34).

Dicho lo anterior, conviene resaltar, entonces, que el síntoma hará las veces de satisfactor de las fantasías, bajo la escena de reencontrarse con el objeto. No conviene pasar de largo sin mencionar que para Freud dicha compulsión de repetición no podía ser explicada por las tópicas hasta ese momento enunciado, por lo cual entra en la búsqueda de justificar dicho principio. Así que, dirá de ella, es alusiva a la:

“pulsión de muerte”. Esta se instala por encima del principio de placer-displacer y del principio de realidad, esto es, como una ley primigenia del funcionamiento psíquico. Ahí es donde surge una tendencia más primitiva que el principio de placer, a saber lo animado tiende hacia lo inanimado, vale decir, lo orgánico tiende hacia lo inorgánico (Uribe, Uribe, 2014 p., 207).

Así las cosas, Freud encontrará que la pulsión de muerte fue primitiva, estando antes que las pulsiones sexuales y de auto conservación, toda vez que esta encuentra su génesis en lo que antecede a la vida misma. Por ello, conviene subrayar de manera sucinta que el acontecer pulsional queda fijado bajo una dualidad, pugnando entre sí sus diferentes mociones; al respecto dirá Freud (1920) que:

Uno de los grupos pulsionales se lanza, impetuoso, hacia adelante, para alcanzar lo más rápido posible la meta final de la vida; el otro, llegado a cierto lugar de este camino, se lanza hacia atrás para volver a retomarlo desde cierto punto y así prolongar la duración del trayecto (p., 40).

Masoquismo, pulsión y síntoma.

A pesar de que Freud abordó la pulsión de muerte en otros textos, esta obtiene un valor agregado en su texto *el problema económico del masoquismo (1924)*; a partir de lo esbozado en este texto, Freud se aproxima a esclarecer e ilustrar de forma teórica el asunto aún inconcluso de la pulsión de muerte y su relación con la economía placer-displacer así mismo, la participación de ambos en la estructuración del psiquismo. Antes de entrar en detalles acerca de la pulsión de muerte y su relación con el masoquismo, es pertinente hacer un breve paréntesis que ilustre los destinos designados por Freud (1915) para la pulsión en relación con el sadismo y masoquismo.

Freud, en su texto *pulsiones y destinos de pulsión (1915)*, había introducido algunos elementos que permitieron pensar masoquismo en el destino de la pulsión, reformulando además algunas de las cosas dichas anteriormente. Conviene dejar sentado que Freud inicialmente

pensaba que el masoquismo venía como un efecto secundario del sadismo, que se haría presente solo en la medida en que se diera el regreso de la pulsión sádica sobre sí mismo (Maestre, 2006). Así, pues, en este mismo texto Freud habla de las variaciones de la pulsión durante su movimiento, de las cuales indicará que su destino es: vuelta hacia la persona o trastorno hacia lo contrario. De la primera de ellas expondrá, que es una pulsión que estaba destinada a realizar su descarga en el mundo exterior, abandonando su vía y regresando sobre sí mismo. Por otro lado, el trastorno hacia lo contrario es una pulsión que originalmente tiene un fin sádico, activo, que va hacia afuera, desplazará dicho fin en un fin pasivo, masoquista, que hace su descarga sobre sí mismo (Maestre, 2006).

Es significativa la importancia que obtienen los destinos de pulsión, dado que a través de estos se condiciona la tramitación pulsional. No obstante, líneas adelante de lo enunciado por Freud en el anterior acápite, se encontrará también que Freud (1915) expresará una nueva tónica en relación a la pulsión sexual, refutando que la pulsión sexual es primaria y realiza sus movimientos hacia el mundo exterior. Así, adjudica que el primer movimiento pulsional hacia el exterior no es sádico; dicho movimiento pulsional es agresivo y no de tipo sexual; ahora, el primer movimiento de tipo sexual es el masoquismo, el cual de ser proyectado en el mundo exterior se constituye como sadismo (Maestre, 2006).

No obstante, Freud (1924) señalará que el acontecer pulsional estuvo sujeto a modificaciones, explicando que “sólo pudo ser la pulsión de vida, la libido, la que de tal modo se conquistó un lugar junto a la pulsión de muerte en la regulación de los procesos vitales” (p., 166). Así pues, de la libido o pulsión de vida al no entrar en correlación con la pulsión de

muerte, el decurso psíquico entraría en desequilibrio, viéndose obligado a virar las mociones de la pulsión de muerte, no ligadas, hacia el mundo exterior, estableciéndose el sadismo como un efecto secundario del masoquismo. Ello, permite hablar del masoquismo como un suceder primitivo, Freud (1924) señalará que:

El masoquismo erótico acompaña a la libido en todas sus fases de desarrollo, y le toma prestados sus cambiantes revestimientos psíquicos. La angustia de ser devorado por el animal totémico (padre) proviene de la organización oral, primitiva; el deseo de ser golpeado por el padre, de la fase sádico-anal, que sigue a aquella; la castración, si bien desmentida más tarde, interviene en el contenido de las fantasías masoquistas como sedimento del estadio fálico de organización (p., 170)

Dicho lo anterior, es auspicioso ampliar un poco más acerca de esto que apenas se enuncia como masoquismo erótico. De este modo, Freud (1924) propondrá el masoquismo como un factor primario y erótico, que le permite la desvirtuación del principio de placer como guardián de los procesos anímicos es, pues, de esta forma que hablará de un masoquismo erótico y de dos derivaciones precedidas por este a las que llama: masoquismo femenino y masoquismo moral. Describirá Freud (1924) para estos que el primero estará supeditado por una “condición a la que se sujeta la excitación sexual” (p., 167). El segundo adquiere forma como “una expresión de la naturaleza femenina” (p., 167) y del último que es secuaz de “una norma de conducta en la vida” (p., 167).

Ahora, tras realizar esta sucinta descripción de las efigies en que se presenta el masoquismo es prudente abordar lo ocurrido a través de la conexión pulsional. Así que, Doat & Japkin(1994) explicarán lo ocurrido allí, al decir que:

La libido viene del campo del otro, tropieza en el campo del sujeto con la pulsión de muerte y, para volverla inofensiva, se orienta hacia afuera, por medio del sistema muscular; en consecuencia, tiene que ver con el cuerpo. El resultado de ese combate entre pulsión de muerte y libido debe coincidir con lo observable: agresividad, sadismo en el acto sexual y masoquismo. Lo que era pulsión de muerte al interior del organismo toma el nombre de "pulsión de destrucción, de apoderamiento o voluntad de poder" a partir del choque con la libido (p., 122).

Esta pulsión que es enviada hacia el exterior, como descarga en el objeto, luego retorna sobre el yo bajo un componente sádico, que se adscribe como masoquismo primario y como el retorno de la pulsión sobre el cuerpo, que conforma el síntoma. Así que, el yo avasallado por las exigencias de las demás instancias psíquicas padece bajo este perentorio vínculo que lo subroga en sumisión, estableciendo ligazones con el dolor como fruto de dichas demandas y mociones pulsionales que se instala creando displacer.

El síntoma configurado a partir del dolor.

A partir de la aproximación teórica efectuada a los diversos aspectos y mecanismos que convergen en la neurosis, específicamente la histeria conversiva, conviene destacar la pesquisa y

el esbozo construido en relación a la represión, la pulsión, el masoquismo y el síntoma — elementos fundamentales para comprender el fenómeno histérico—. Pero, no se entienda la mención de ello en el sentido estricto de repetir nuevamente lo ya dicho en anteriores párrafos, sino antes bien, encaminarse a partir de lo ya enunciado para ofrecer una explicación al dolor corporal presenciado en los síntomas de la histeria.

Es significativa la importancia que posee el dolor a lo largo de la construcción teórica hecha por Freud, ello se evidencia desde el inicio mismo y su pregunta por el dolor presente en los síntomas histéricos, así mismo, conviene señalar uno de sus textos claves *Proyecto de psicología para neurólogos* en el cual pretendió explicar el dolor a partir del funcionamiento mental. Allí, insta y supedita la existencia del dolor como condición de dos tipos de energías, quien es serán las encargadas de administrar las estructuras mentales llamadas neuronas y sus expresiones de dolor (Maestre, 2006).

En esta medida, la perseverante investigación de Freud por saber acerca del dolor y su función en los procesos anímicos, lo lleva a plantear presunciones sobre el placer y el displacer. Maestre (2006) de su lectura a Freud dirá que:

La búsqueda del placer y la consecuente fuga del dolor estarán representadas por los intentos del ser vivo de bloquear o inhibir las cargas libres e indómitas para convertirlas o facilitar el predominio de las cargas fijas, que son las que están al servicio de la vida (p., 211, 212).

De otro lado, tras lograr la comprensión de los elementos teóricos presentados en las anteriores líneas y alrededor de todo el capítulo, es pertinente arrojar las conjeturas allí elaboradas con el fin de ceder un espacio al dolor y al lugar que este ocupa dentro del síntoma

histérico, toda vez que es a través de cada una de las consignas realizadas en los anteriores acápites que el dolor, en este caso corporal, puede ser sustentado y justificado como una forma de vivenciar algunos de los estímulos endógenos y exógenos suscitados por el decurso de los procesos psíquicos y anímicos. Al respecto Castellanos (2012), partiendo de los postulados freudianos y psicoanalíticos, dirá que:

De esta forma el dolor corporal puede ser considerado como un síntoma, como una satisfacción sustitutiva de una pulsión reprimida. Se trata de entender el síntoma no solamente como algo descifrable, al igual que en los sueños, que tiene un sentido sino también como la sustitución de aquello que está reprimido, que falla y que él ubica como una satisfacción sexual sustitutiva, que puede perturbar las diferentes funciones del cuerpo (p., 46).

Ahora bien, el dolor que regresa sobre el cuerpo como síntoma por el fracaso de la represión, sintetiza metafóricamente el sentido de este, toda vez que este dolor que se instala en un órgano constituye la manifestación somática de un conflicto psíquico no traducido. Sin embargo, habrá que agregar que el dolor no solo cumple la función de sintetizar este malestar y disconformidad para el yo, sino que se hace de los primeros autores intelectuales e instaurar lenguaje al cuerpo, trascendiendo su sentido e instalándose como una verdad para este cuerpo que establece ligazones con lo inconsciente. Así, pues, los síntomas como “el dolor de cabeza o los dolores lumbares histéricos. El análisis nos muestra que, por la condensación o el desplazamiento, esos dolores se han vuelto una satisfacción sustitutiva para toda una serie de fantasías o de recuerdos libidinales” (Castellanos, 2012, p., 46).

En esta misma línea de pensamiento, conviene ilustrar el dolor a partir de lo dicho por Castellanos (2012), quien enuncia que:

El dolor es como una gran autovía por la que el ser humano se ve obligado a circular en muchas ocasiones aunque el origen del recorrido sea diferente y el destino también. A veces, por diferentes razones, no sabemos salir de esa autovía una vez que entramos, o no salimos por el camino adecuado y volvemos al mismo lugar (p., 18).

En esta medida, hablar del dolor como lenguaje del cuerpo es hablar del carácter funcional que este le dispensa al sujeto al nombrarlo como acontecimiento, localizándolo en lo simbólico y develando figurativamente sus representaciones (Rodríguez, 2009). Así que, este dolor configurado como síntoma somático se presentará como una forma de dar noticia de la denegación de cumplimiento de la meta pulsional, tras dicha denegación el dolor sustituye la satisfacción que la moción pulsional se aventuraba a obtener; al no poder darle cumplimiento a su meta, deposita sobre el cuerpo, de manera repetitiva, la investidura libidinal designada por la pulsión, presentándose un desplazamiento de su monto de afecto que ahora queda representado por el dolor sobre un órgano del cuerpo (Ustárroz, 2008).

Este vivenciar del dolor a través de la repetición del síntoma, introduce una nueva lógica de placer-displacer, en la cual el infringir dolor mediante las descargas pulsionales y tramitación de los procesos anímicos, se instaura en el discurrir de los procesos psíquicos y manifestaciones somáticas. En esta medida Ustárroz (2008) señala que “el síntoma se revela entonces como algo displacentero e incómodo para el sujeto, pero al mismo tiempo le aporta satisfacción, una satisfacción inconciente de la cual no tiene noticias” (p, 2). Sin embargo, es una satisfacción que

estará mediada por el masoquismo erógeno primario y su relación de sentido con la representación de una fantasía inconsciente. De otro lado, para finalizar este apartado conviene subrayar lo dicho por Ustárroz (2008) en relación al síntoma y su vinculación directa con el dolor y el placer-displacer, toda vez que este menciona que:

En la formación de síntoma también intervienen dos factores a tener en cuenta; uno lingüístico y el otro económico. El elemento lingüístico, es aquél que permite que el síntoma sea un mensaje a descifrar, un jeroglífico, y por otra parte, el factor económico, que apunta a una satisfacción libidinal que como ya dijimos es paradójal en tanto se trata de una satisfacción dolorosa y placentera a la vez(p., 5).

Capítulo V

Algunas puntualizaciones sobre historiales clínicos de la Fibromialgia y la neurosis histórica conversiva

Ya en los anteriores capítulos se ofrecen elementos de tipo teórico para comprender los fenómenos presentes en la Fibromialgia y en la Neurosis Histórica Conversiva, por lo cual, en el presente apartado se pretende ilustrar, a partir de la enunciación de algunos fragmentos de historiales clínicos, los abordajes realizados y emitidos por Freud (1896) de Neurosis Histórica Conversiva y los casos de Fibromialgia expuestos por Castellanos (2008, 2009) en la actualidad.

Histeria

Freud (1905) al considerar el fenómeno histérico, propone que esta es una enfermedad que habla por sí sola, la cual se signa bajo la figuración del síntoma como una forma de lenguaje corporal que permite la manifestación somática de un conflicto psíquico no tramitado. Dicho lenguaje corporal se hace manifiesto actuando en concomitancia con la palabra hablada, la cual fue herramienta fundamental para el tratamiento psíquico o tratamiento del alma, en las perturbaciones anímicas y corporales presentes en la histeria. De acuerdo con esto, el trabajo del análisis es hacer que se entienda lo que dice la figuración del síntoma y sus conexiones inconscientes.

Por otro lado, la histeria es considerada como una forma de estructuración del aparato psíquico, una forma discursiva de organizarse frente al mundo (Freud, 1915); desde la presente perspectiva se va a hablar de estructura, entendiéndose, como una forma estable de organización en la psique de un sujeto (Bernal, 2009). A pesar de ser considerada como una forma de estructuración psíquica, pueden presentarse desencadenantes patológicos como una forma de salvaguardar el “yo”.

A continuación, expondremos de manera sucinta algunos casos de Neurosis Histérica Conversiva, expuestos por Freud (1893) en su trabajo conjunto con Breuer *estudios sobre la histeria*.

Casos de neurosis histérica conversiva.

***Elisabeth R.*²¹**

Lo narrado por Freud, alude a una situación de una joven de 24 años, que cuando lo consulta ya tiene dos años de estar presentando unos síntomas consistentes de dolores agudos y hasta severos en las piernas, lo que le dificultaba caminar. En ese tiempo había sufrido la muerte de su padre, una intervención quirúrgica de la mamá y el fallecimiento de una hermana. De acuerdo al diagnóstico de Freud, aquella realidad la había aislado socialmente y limitado de disfrutar cualquier tipo de placer como joven. Otros síntomas que presentaba eran fatiga y fuertes dolores al caminar, al respecto Freud(1895) señala que:

Caminaba con la parte superior del cuerpo inclinada hacia adelante, pero sin apoyo; su andar no respondía a ninguna de las maneras de hacerlo conocidas por la patología, y por otra parte ni siquiera era llamativamente torpe. Sólo que ella se quejaba de grandes dolores al caminar, y de una fatiga que le sobrevenía muy rápido al hacerlo y al estar de pie; al poco rato buscaba una postura de reposo en que los dolores eran menores, pero en modo alguno estaban ausentes. El dolor era de naturaleza imprecisa; uno podía sacar tal vez en limpio: era una fatiga dolorosa. Una zona bastante grande, mal deslindada, de la cara anterior del muslo derecho era indicada como el foco de los dolores, de donde ellos partían con la mayor frecuencia y alcanzaban su máxima intensidad. Empero, la piel y la musculatura eran ahí

²¹Véase: para ampliar el caso en: Freud, S., & Breuer, J., (1893) Estudios sobre la histeria II, Elisabeth Von R. p., 151-194, Strachey, *Sigmund Freud Obras Completas*, Buenos Aires-Madrid, Amorrortu Editores.

particularmente sensibles a la presión y el pellizco; la punción con agujas se recibía de manera más bien indiferente. Esta misma hiperalgesia de la piel y de los músculos no se registraba sólo en ese lugar, sino en casi todo el ámbito de ambas piernas (p., 152).

De acuerdo al relato, Freud trabajó por mucho tiempo el caso, pero no encontraba conexiones entre el historial y la enfermedad. Dicho historial patológico era diverso y doloroso por los sucesos ya relacionados, pero lo curioso fue que después de pasar por todo ello, un par de años después de la muerte del papá, la que cae fuertemente enferma es Elisabeth, lo que llevó a Freud a realizar un largo y difícil trabajo analítico para desentrañar el secreto oculto del síntoma del dolor.

Lo primero que Freud relaciona es el fracaso en su primera relación amorosa cuando estaba cuidando al papá en su lecho de enfermo, pues en un largo paseo con el novio, después de volver encontró que el papá había empeorado, cosa que se reprochó duramente. Con aquel incidente Freud descubre que ahora el dolor tomaba una zona distinta focalizada en otra parte de la pierna, y con cada caso sucedía lo mismo. Así pues, no podía hablarse en rigor de un único síntoma somático enlazado con múltiples complejos mnémicos de orden psíquico, sino de una multiplicación de síntomas análogos que, superficialmente considerados, parecían fundidos en uno solo (Freud, 1895).

El clímax del análisis se da en un determinado caso en que estando en una de las sesiones Elisabeth pide a Freud que interrumpa la sesión porque escuchó al cuñado que se acercaba y

Freud observa que súbitamente le dan los dolores que habían estado calmados, esto le permite comprobar ciertas sospechas que ya tenía de antemano y toma la medida de avanzar en el proceso de forma decisiva. En el interrogatorio Isabel le confiesa que al enterarse de la muerte de su hermana, un pensamiento le pasó como un rayo por la mente, “Ahora él está de nuevo libre, y yo puedo convertirme en su esposa” (Freud, 1895, p., 171). Tras el evidente suceso Freud (1915) experimentó tanto la claridad del caso como la recompensa de la dura tarea del análisis:

Ante mis ojos tomaban ahora cuerpo con toda precisión las ideas de defensa contra una representación intolerable de la génesis de síntomas histéricos por conversión de la excitación psíquica en fenómenos somáticos y de la formación de un grupo psíquico separado por aquella misma volición que impone la defensa (p., 93).

El descubrimiento de Freud consiste en que la muchacha había deseado a su cuñado sintiendo atracción por él, pero moralmente su conciencia rechazaba este deseo, y para ahorrarse los dolores de la certidumbre de amar al esposo de su propia hermana, creó un sufrimiento físico surgiendo sus dolores como resultado de una conversión de lo psíquico en lo somático.

Elisabeth tiene un deseo hacia un objeto prohibido, tal vez incestuoso, deseo que no pudo subordinar a la realidad para dirigirlo a otro objeto, ocasionándole un sentimiento de culpa, lo que le impedía avanzar en todo el sentido de la palabra, dolores agudos y severos en las piernas, que le dificultaba caminar, quizás se decía, al estar así no podré acceder a mi deseo, logrando renunciar a él. Lo que deviene en “grandes dolores al caminar” (Freud, 1895, p., 151) y esos dolores al caminar se transmudan en caminar mal en la vida o por la vida. Así las cosas, sus

afectos interpretados como el fracaso que traspasa todo el ser e invalida la vida misma sintiéndose así estancada y más aún incapacitada para avanzar, algo precisamente como un astasia y abasia pero del sentido mismo de la vida “segregada de todo trato social” (Freud, 1895, p., 159).

*Señora Emmy von N.*²²

Emmy Von N., es una mujer que tiene 40 años al momento de ser atendida por Freud, reside en Livonia. Así mismo, menciona Freud (1889), que esta mujer padecía de histeria. Desde el inicio del tratamiento Freud (1895) la presenta como una mujer de buen aspecto; señala, además, que “su rostro tiene expresión dolorida, tensa; sus ojos guiñan, la mirada abismada, el ceño arrugado, bien marcados los surcos nasolabiales²³ (p., 71). Freud (1889) al consignar algunos pormenores de su historia de vida, resalta que:

A los veintitrés años se casó con un hombre muy talentoso y capaz, quien, como gran industrial, se había labrado una posición descollante, pero era mucho mayor que ella.

Murió repentinamente, de apoplejía, tras una breve vida matrimonial. Ella indica como causa de su enfermedad ese suceso, así como la educación de sus dos hijas, ahora de

²²Véase: para ampliar el caso en: Freud, S., & Breuer, J., (1893) Estudios sobre la histeria II, Emmy Von N. p., 71-123, Strachey, *Sigmund Freud Obras Completas*, Buenos Aires-Madrid, Amorrortu Editores.

²³Surco nasolabial: es la línea oblicua que parte del ala de la nariz hacia el borde superior de la hendidura, formada por las permanentes arrugas de la piel, conforme la masa firme del labio superior se dirige hacia arriba, por debajo de la zona anterior más gruesa de los carrillos (Ozawa, 1995, p.143).

catorce y dieciséis años de edad, ambas muy enfermas y que padecen de perturbaciones nerviosas. (p., 72).

Así las cosas, Emmy, data la aparición de su enfermedad catorce años atrás, enfermedad que, según ella, inicia desde la muerte de su esposo. A partir de este momento ha venido presentado una serie de afecciones y dolores en diferentes partes de su cuerpo que han sido de versátil intensidad. Sin embargo “desde hace unos meses la aquejan graves padecimientos; desazonada e insomne, es martirizada por dolores” (Freud, 1889, p., 73).

Ahora bien, alrededor de las notas consignadas por Freud en su historial clínico, se observa la aparición de una serie de síntomas de orden somático, varios de ellos incapacitantes, que contribuyen al malestar ocasionado para esta mujer. Es así, pues, cómo en una de las primeras sesiones, más exactamente la sesión llevada a cabo en la tarde del 2 de mayo, Emmy refiere ser aquejada de una “sensación de enfriamiento y dolores en la pierna derecha, que arrancan de la espalda, por encima de la cresta ilíaca²⁴” (p., 73). Para este tipo de dolencias Freud (1889) sugería un tratamiento de masajes, baños, descanso en su lecho y sugestión hipnótica.

Ciertamente, las consignas de Freud (1895) en relación a los fenómenos dolorosos persisten durante todo el tratamiento en las diferentes sesiones. Por ello, y para efectos de clarificación se buscará señalar y subrayar algunas de las sesiones en las que emergen las algias. En esta línea de pensamiento conviene mencionar la sesión de la mañana del 8 de mayo, en la cual Emmy refiere el sufrimiento que le ocasionan algunas historias de animales especialmente

²⁴ Cresta ilíaca: “borde superior del ilíaco” (Ruiz, 2002, p., 107). Así mismo, se dirá que es un hueso de plano, de carácter irregular y que en unión de otro hueso forman la pelvis.

los ratones; al regreso de Freud en la tarde ella enuncia que “a la siesta ha tenido algo que llama «calambre en la nuca»” (p., 75).

Al día siguiente, en la sesión de la mañana ella describe haber dormido bien, pero, aparecerá para este momento uno de los síntomas de mayor consideración por Freud: los dolores de estómago, dolor que se repite una y otra vez y que finalmente encuentra un sentido. Es entonces, ya para la mañana del 10 de mayo, donde aparece un nuevo dolor, Freud (1895) menciona “la encuentro con el rostro descompuesto, contraído, las manos envueltas en un chal, quejándose de frío y dolores” (p., 78); los constantes dolores presentados en Emmy representan un elemento particular de su afección psíquica. Es llamativo que sus dolores cobran mayor fuerza en la mañana, y se aprecia un aumento de estos en el transcurrir de la intervención clínica, y en la medida en que Freud a través de la hipnosis borra algunas situaciones que le generan un significativo malestar psíquico. Es así, como conviene ilustrar la sesión de la mañana del 14 de mayo, en la cual se completan ya 14 días de continua intervención; para este momento Freud (1895) dice que:

Está bien y alegre, ha dormido hasta las siete y media de la mañana, sólo se queja de algunos dolores en la zona radial de la mano, dolores de cabeza y en el rostro. (...)Hoy no tiene casi nada horroroso que producir. Se queja de dolores y falta de sensibilidad en la pierna derecha; relata que en 1871 tuvo una inflamación en el hipogastrio y, apenas restablecida, debió cuidar a su hermano enfermo y en eso le sobrevinieron los dolores, que de tiempo en tiempo llegaban a provocarle una parálisis del pie derecho (p., 85).

A pesar de los constantes esfuerzos de Freud por erradicar de la conciencia de su paciente cada una de esas vivencias dolorosas representadas en su cuerpo, persisten aún durante algún tiempo. Ello se evidencia en la sesión de la tarde del 15 de mayo, en que Emmy manifiesta que:

Ha tenido dolores de penosa intensidad en el rostro, en la mano a lo largo de la línea del pulgar, y en la pierna. Siente rigidez y dolores en el rostro después de haber permanecido largo tiempo sentada reposando o con la vista clavada en un punto. Levantar un objeto pesado le provocó dolores en los brazos. El examen de la pierna derecha demuestra bastante buena sensibilidad en el muslo, anestesia elevada en la pierna y el pie, menor en la zona de la cadera y cintura (p., 92).

Así, pues, la intervención clínica se ve mediada todo el tiempo por las contracciones musculares, enfriamiento y anestesia de algunos órganos, angustia y fuertes dolores en diferentes partes del cuerpo. Habrá que decir además, que cada manifestación somática entra en asociación con contenidos psíquicos.

Fibromialgia

La Fibromialgia, como se ha ilustrado en capítulos anteriores²⁵, obedece a considerables afecciones dolorosas que generan una irrupción en la vida cotidiana de quienes la padecen. Sin embargo, es un fenómeno comúnmente estudiado por la ciencia médica, del cual no se ha encontrado causa imperante que justifique el estado doloroso que se presenta en ella. Castellanos

²⁵Véase. Infra: capítulo II, Aspectos Generales de la Fibromialgia Desde la Medicina, p., 27 y capítulo III, algunas teorías explicativas para la etiología de la Fibromialgia, p., 42.

(2012), ha realizado diversas intervenciones que permiten la valoración de algunos aspectos clínicos relevantes.

Casos documentados de Fibromialgia.

A.²⁶

Castellanos (2012) narra la historia de A; ella es una mujer que tiene 59 años, comenzó hace cinco (5) años con síndrome doloroso crónico y Fibromialgia. Al momento de la consulta llevaba un año sin poder trabajar, estaba sometida a una iatrogenia²⁷. Según el informe de reumatología se trata de un caso de síndrome doloroso crónico en un contexto de artrosis.

Sus palabras son “cansancio, no tengo ganas de nada, es que ni de mirarme, tengo mucho dolor, con muchas pastillas y todo sigue igual” En relación con la paciente Castellanos brinda una exposición textual de su relato:

“Me iba levantando cansada, doliéndome los huesos, hace cuatro o cinco años... Lo mal que iba al trabajo y lo bien que me iba al trabajo... Empezó por un hombro, después las manos, las articulaciones. Estoy recién operada y he quedado muy mal. Empecé con un dolor en el glúteo izquierdo, fue un mal paso que di al bajar del autobús y a raíz de eso empecé con los dolores... No tengo ninguna explicación...” (2012, p., 74).

²⁶Véase. Para ampliar el caso en: Castellanos, S., (2012). El dolor y los lenguajes del cuerpo. A propósito de un caso: embrollos y desenredos del dolor corporal. p., 74-81. Buenos Aires. Grama ediciones.

²⁷Iatrogenia: Alteración del estado del paciente producido por el médico.

A propósito, Castellanos (2012) menciona la relación en el hecho de haber tenido que ir a vivir hace cinco años con su madre y la coincidencia del inicio de los dolores. Tras el anterior señalamiento la paciente empieza a hablar acerca de la relación con su esposo:

“Nos casamos y todo mal y mal, le di una segunda oportunidad con la segunda hija, la pequeña y se fue con otra mujer, nos tenía a las dos embarazadas y se fue. Todavía no lo he superado y no me he fiado nunca más de nadie” (2012, p., 74, 75).

En una segunda relación amorosa la paciente dice que era un hombre muy bueno y que la quería, pero después de doce años de relación, resolvió no irse a vivir con él. En medio de esta situación tuvo que dejar la casa de alquiler donde vivía con su hija y decidió entonces vivir con su madre la cual estaba enferma y tenía para ese momento 85 años de edad, se comprometió a cuidarla entonces, pero ahora asegura sentirse ahogada:

“Me quedo sola con mi madre y todo eso me ahoga mucho... Ahora se me junta todo no voy a trabajar estoy más ahogada al estar en casa, estoy muy mal no me motiva nada... No es que esté deprimida, lo que pasa es que no veo nada...” (Castellanos 2012, p., 75).

Es así entonces, que al respecto de este caso clínico Castellanos (2012) postula que:

“El mal paso” que dio posibilidad que una serie de acontecimientos y síntomas corporales inundaran su vida hasta “ahogarla”. El goce del cuerpo, deslocalizado, irrumpe con el síntoma del dolor. El tratamiento le permite desembrollar el enredo en que estaba sumergida y establecer un vínculo con la vida diferente, en el sentido de la neurosis, volver a la situación en la que ella estaba antes de la aparición del dolor (p., 81).

Castellanos (2012) destaca asuntos importantes acerca “de la exclusión de la subjetividad del paciente” (p.29) lo cual según él, se ha convertido en un problema sumado a la falta existente de una teoría en la medicina que dé cuenta de la causalidad de la Fibromialgia. Es preciso acentuar que para Castellanos el discurso del paciente juega un papel preponderante cuando afirma “el cuerpo para el psicoanálisis no el anatómico, sino el resultado del encuentro del organismo con el lenguaje” (p.36).

*María.*²⁸

María es una mujer que tiene 48 años, refiere haberse casado embarazada a los diecinueve (19) y empezó a tener dolencias hace veinte (20) años, dolores de cabeza, luego de rodillas y talones los cuales fueron aumentando gradualmente en las articulaciones del cuerpo. Ella menciona: “Yo he sido una persona muy alegre, pero desde hace años estoy caída, me centro mucho en los dolores, cuando estoy más caída, tengo más dolor”(Castellanos 2012 p., 62).

Castellanos (2012) menciona como María en la primera entrevista le habla acerca de su extenso recorrido por el sistema sanitario sin que este lograra una ligazón entre su padecimiento físico y su historia. Por su parte la paciente no logra establecer la relación existente entre los síntomas en el cuerpo y las circunstancias en su vida. Al respecto, Castellanos insiste en buscar en la historia de vida y en la historia de los dolores y descartar cualquier relación entre esta y los

²⁸Véase. Para ampliar el caso en: Castellanos, S., (2012). El dolor y los lenguajes del cuerpo. A propósito de un caso: el dolor corporal y el dolor de existir. p., 61-65. Buenos Aires. Grama ediciones.

síntomas corporales, “entre el cuerpo y el ser” (Castellanos 2012 p., 61). Logrando hallar una coincidencia con las recaídas de su esposo en el alcohol.

Debido a esto Castellanos logra “establecer las conexiones entre su historia del dolor y la historia de su vida, con la misma lógica con que Freud procede en el historial clínico de Isabel de R” (2012, p.61).Lo primero que Castellanos (2012) puntualiza es el intenso dolor de cabeza justo antes del primer ingreso psiquiátrico de su esposo, y posterior a eso el siguiente relato:

Uno de los días mi marido se fue por ahí y recayó y nos hizo una pequeña jugarreta... Y en los talones había una especie de hormigueo y dolorcillo en las rodillas, se me acorchaba la mejilla y la parte anterior del muslo, como cuando se duermen las piernas, y empezaron a hacerme pruebas y después los hombros y las lumbares (p.62).

En la cita anterior la paciente refiere lo ocurrido años después del inicio de los dolores de cabeza y a partir de esto ella padece varios síntomas corporales que se aumentan dependiendo de los sucesos de su vida, a los que ella califica como difíciles. Castellanos indica como después el servicio de reumatología le hace un diagnóstico de Fibromialgia.

María a la edad de veintiún años se realizó una intervención quirúrgica con el fin de no tener más hijos. Actualmente dice haber algo que le resulta intolerable y son las constantes desapariciones y el abuso del alcohol por parte de su esposo razón por la que quisiera separarse definitivamente de él.

En posteriores sesiones empieza su relato hablando del alcoholismo de su padre y aduce “el alcohol no lo aguanto, mi padre era alcohólico, el alcohol lo he vivido siempre muy mal... Entre mi madre y mi padre siempre hubo muchas discusiones por eso”(Castellanos 2012 p., 62). Es de resaltar la importancia que tiene el alcoholismo, especialmente el de su padre, hasta concebirlo como un hecho inconciliable, lo cual es trasladado de forma inconsciente a la relación con su pareja.

Antes de pasar adelante, conviene detenerse un momento para evidenciar mediante una gráfica la relación existente entre los síntomas de la Fibromialgia y los de la neurosis histérica conversiva (véase figura 2), tomando como punto de partida la revisión de los elementos consignados en la anterior reseña de historiales clínicos. Sin embargo, antes de pasar a ello, es auspicio del presente apartado resaltar la llamativa y reiterativa expresión somática evidenciada en los casos de Fibromialgia y de histeria conversiva, toda vez, que por razón de la anterior exposición descriptiva, se abre un espacio que sustenta pensar y establecer un nexo entre ambos fenómenos instaurando una relación que se sostiene a partir de la manifestación corporal de dolor en concomitancia con manifestaciones de orden psíquico, lo cual es característico de los cuadros sintomáticos de ambas entidades patológicas.

No obstante, a la hora de presentar el entramado discursivo que promulga cada una de las teorías encargadas de explicar dichas enfermedades, emerge un valor agregado en común que fortalece el nexo mencionado, este es la ausencia de lesión orgánica que justifique las afecciones y dolores crónicos que aquejan a estas mujeres. En esa medida, se generan elementos teóricos

que permiten establecer una correlación entre los síntomas de la Fibromialgia y la neurosis histérica conversiva, lo cual será abordado en el siguiente apartado.

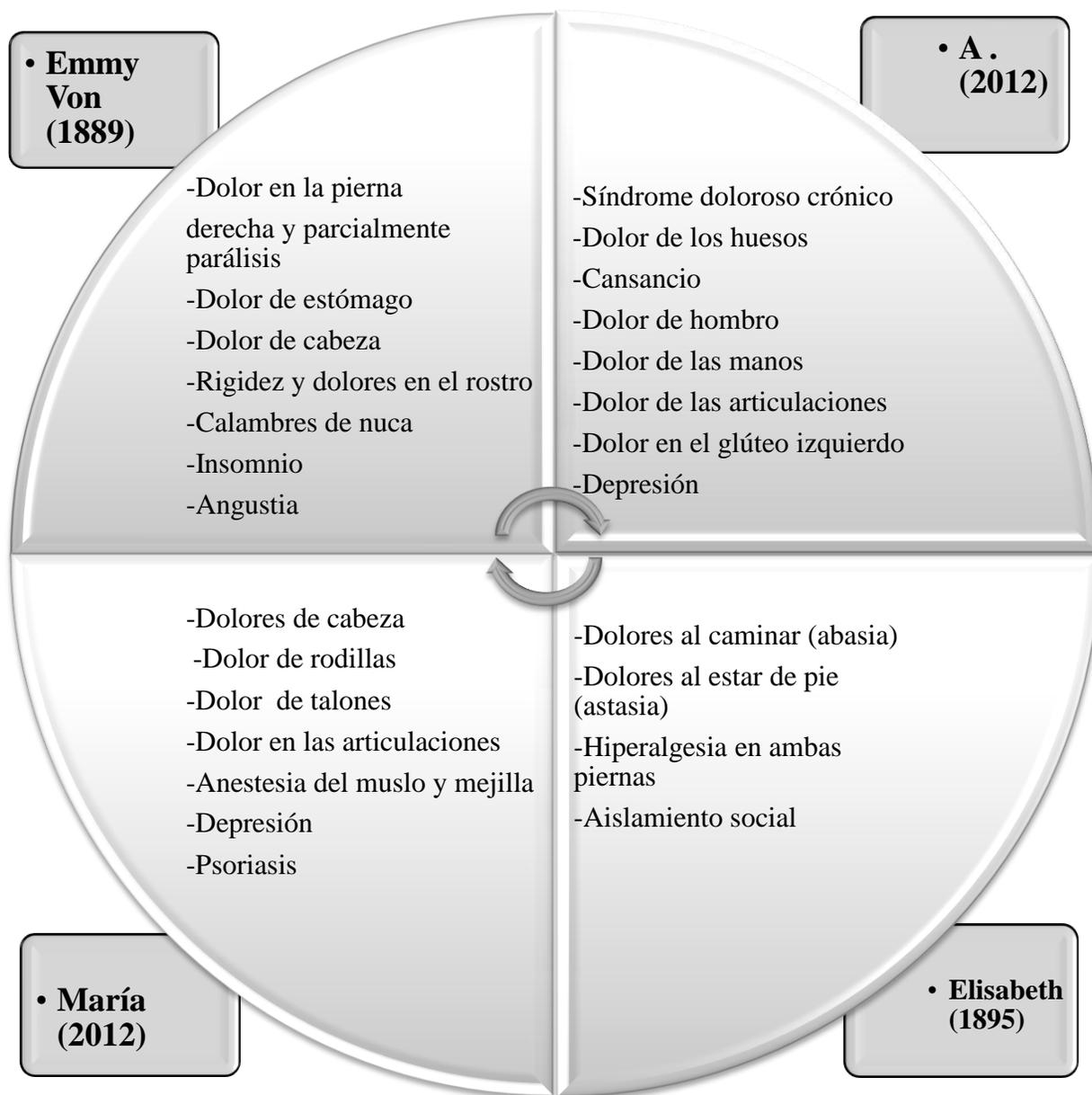


Figura 2. Correlación entre los síntomas de la Fibromialgia y la Neurosis Histérica Conversiva, a partir de las intervenciones clínicas realizadas por Castellanos (2009) y Freud (1895) en los casos de Emmy Von, Elisabeth Von R., A. y María.

La consigna descriptiva realizada en el contenido anterior, nos trae de nuevo a la expresión sintomática como un signo que permite establecer un paralelo comparativo entre la Fibromialgia y la Neurosis Histórica Conversiva, fundamentado a través de los casos clínicos documentados. Ya inicialmente veíamos como en la reseña realizada para cada uno de los casos se presenta un esbozo de las manifestaciones somáticas análogamente a las psíquicas que permite extraer, a nuestro juicio, una serie de factores que convergen entre sí interrelacionados estrechamente.

Así las cosas, a pesar de la marcada diferencia entre épocas en las que emergen los casos abordados, a sabiendas de que Elisabeth y Emmy se presentan en el siglo XIX, y María y A. en el siglo XXI, es relevante develar la convergencia evidenciada en la forma de tramitar y vivenciar los estímulos que sugieren ambas entidades patológicas fundamentadas a partir de los criterios nosológicos. Sin más preámbulos conviene desprenderse sobre algunas particularidades signadas entre los casos enunciados.

Ahora, vamos a recoger sumariamente los elementos, que a nuestro modo de ver, permiten establecer ligazones entre las manifestaciones sintomáticas. Para ello conviene detenerse en la semejanza que se ostenta en el caso de Emmy Von y A. en contraste con Elisabeth Von R. y María, toda vez que ambos pares se caracterizan por múltiples y álgidos dolores ubicados en diferentes partes del cuerpo de aparición súbita, detonados a partir de vivencias cargadas cualitativamente con un elevado monto de afecto que no se hace presente de

manera consciente, sino que hace su aparición signada bajo la representación simbólica expresada en el cuerpo.

En resumidas cuentas, la aparición de las manifestaciones sintomáticas encuentra explicación a partir de una serie de hechos relatados en sus historias de vida, que pudieron ser percibidas, o no, de manera traumática por ellas al momento de los hechos, pero, que luego de la interpretación construida a través de sus asociaciones en el análisis logran encontrar un nexo con su historia dolorosa (dolores de cabeza, estómago, rodillas, piernas, rostro, manos, cuello, entre otros) y malestares psíquicos (insomnio, depresión, angustia, ansiedad, aislamiento social, delirios, entre otros).

No obstante, conviene señalar que en el caso de las afectaciones motoras o parálisis no se encuentra una lógica estructural del organismo que justifique dicha alteración, como lo es en el caso de Elisabeth y A., en que sus órganos, cara y pierna y demás órganos, se encuentran disociados de su disposición nerviosa, pareciendo ser figurados como órganos aislados de los demás, en tanto, que Freud (1888) alude a lo ocurrido en la histeria como una idea popular y fútil de los órganos y la anatomía nerviosa, guiada en gran sentido por las percepciones visuales y representativas²⁹.

Es imperioso, entonces, tras contrastar ambos planteamientos sintomáticos en los anteriores casos ilustrados, pensar el cuadro sintomático de la Fibromialgia suscrito bajo afectaciones

²⁹Véase. *infra*. página 79 y 80.

psíquicas y somáticas, como una predeterminación instaurada desde antes en el acontecer de los decursos psíquicos, siendo perentorio el conflicto psíquico que se desplaza como síntoma somático, que emerge como síntoma conversivo. Ahora bien, es pertinente aproximarse un poco a la realidad cultural que envuelve los discursos patológicos y diagnósticos actuales, lo cual nos adentra en la recta final de este capítulo, para ello conviene presentar lo referido por Glasman (1974) en el prólogo realizado al artículo *el goce de la histérica* de Israël, en el cual dirá:

Érase una vez una mujer, que no sabía que significaba ser mujer para el deseo del hombre, y decidió acudir a preguntarlo a quien presuntamente podía saberlo: un médico. Le llevó su cuerpo sufriente. Dibujo en él una anatomía diferente. Recibió como respuesta la pintura de un cuadro clínico que debía organizar sus síntomas según un ordenamiento de lógica médica. Una estética de la muerte, cuando ella demandaba por una ética de vida. Deambuló por diagnósticos, pronósticos, tratamientos, denunciando constantemente la impotencia de un presunto saber. Como era su cuerpo el que gritaba, sólo un médico podría descifrar su pregunta... a condición de escucharla. Y de su encuentro con quien decidió poner en juego su oreja, nació el Psicoanálisis. Elogio, entonces, de la histérica: es fundadora, pero a condición de descubrir luego su trampa (Glasman, 1974).

Efectivamente hablar de ese cuerpo que grita, que se comunica y que encuentra quien lo escuche, es hablar de Freud y el origen del psicoanálisis, un origen guiado por el constante deseo de encontrar una explicación al enigmático dolor escondido en el cuerpo, un cuerpo que no se escucha, solo se lee en códigos cifrados y ya establecidos, por razón del mural de la

ciencia médica, un mural cubierto de métodos y técnicas que como una cortina de humo presenta un horizonte nublado y velado que aleja el sentido de aquel dolor. Sin embargo, Freud (1895), y en efecto el psicoanálisis, fue uno de los encargados de ver más allá de ese mural y cortina de humo llamado ciencia médica. Él, quien con su espíritu investigativo se encargó de dar una explicación subyacente a la histeria, hasta ese momento desconocida, construye un edificio teórico que marca una pauta para la comprensión de las afecciones psíquicas y por consiguiente de los fenómenos histéricos.

No obstante, el avance obtenido por Freud para la explicación de los fenómenos psíquicos y por ende histéricos, no ha encontrado cabida en la ciencias médicas contemporáneas, a pesar de ser esta una época de constantes avances y grandes descubrimientos. Antes bien, la búsqueda constante por medir, cuantificar y clasificar todos los procesos psíquicos le ha llevado al constante aislamiento de la subjetividad que cada ser posee: la subjetividad del dolor (Castellanos, 2012).

La posición que adquieren las ciencias positivistas y por consiguiente las ciencias médicas en el proyecto cultural contemporáneo, las ha revestido y ubicado en un lugar de preponderancia que rige al ser humano bajo las exigencias y demandas que estas imponen. Ciencias características de una era tecnocientífica, en la cual los seres humanos son asumidos como artefactos anatomizados, sistematizados e industrializados, que tratan de explicar su funcionamiento a partir de una visión mecanicistas que lo reduce a un mero reservorio de materia orgánica, del cual se espera resultado para una sociedad capitalista que propende por la productividad en aras de su consumo (Sibilia, 2005).

Así las cosas, los métodos que ofrecen estas ciencias y de los que se valen para su intervención, subrogan lo particular y singular que constituye a cada ser humano para ser transmutado en un conglomerado de síntomas que nominan una entidad patológica y diagnóstica, donde lo último que se escucha es la voz del paciente y el cuerpo que habla desde lo particular de su historia (Ramos, 2004).

Capítulo VI

Consideraciones finales

Alrededor de la construcción teórica en la cual se ve enmarcada la presente investigación, se ha dado pie a la realización de una importante pesquisa teórica que ha permitido llegar a la explicación de la Fibromialgia y la Neurosis Histérica Conversiva, lo cual se ve enmarcado en el andamiaje de los capítulos enunciados y el discurrir de los planteamientos allí consignados. Todo ello ha permitido la confrontación, basada en argumentaciones teóricas, de diversos discursos que buscan de manera símil y disímil dar explicación a una serie de elementos anómalos que se ven enmarcados por la dicotomía del diagnóstico nosológico asignado para ambas entidades patológicas. Ahora, dicho recorrido y constructo teórico permitirá dar respuesta a la pregunta planteada en un inicio, que alude a ¿Cuál es la relación de los síntomas de la Fibromialgia, con la Neurosis Histérica Conversiva desde la teoría freudiana?

Conviene recoger que dicha confrontación ha obtenido espacio en diversos aspectos, siendo uno de ellos la relación que se establece en el surgimiento y clasificación nominal que se presenta para explicar un fenómeno considerado patológico. En el caso de la Fibromialgia y la Neurosis Histérico Conversiva se halla un nexo vinculado con las vicisitudes y enigmas que presenta el fenómeno álgico y la explicación de este para el sistema sanitario de ambas épocas, toda vez que representa un dilema para la ciencia médica adjudicar una explicación a un malestar ubicado en el cuerpo sin respaldo objetivo, sino antes bien subjetivo, acogiendo la rúbrica de la universalización y objetivación de los fenómenos patógenos.

Así las cosas, el desarrollo histórico que enmarca el surgimiento tanto de la Histeria como de la Fibromialgia se ve impelido por la ausencia de recursos y métodos avalados como científicos para brindar una explicación y tratamiento en quienes son aquejados por este fenómeno. Es cierto que, las histéricas, en un primer momento mujeres, son excluidas y desarraigadas del sistema de salud que no dispuso (y no dispone aún), de una explicación rigurosa que dé cuenta de sus padecimientos y lo que subyace a esta; es por ello, que se inscriben como deambulantes por el sistema sanitario buscando una explicación que pudiera justificar sus afecciones. En muchos casos fueron tratadas como brujas y posesas demoníacas o en su defecto por fingir y suplantar sus padecimientos, es así como fuera de toda lógica en congruencia para la ciencia médica de ese momento quedan proscritas³⁰.

³⁰Véase. infra. página 69-74, capítulo IV, La histeria en Freud: Boceto histórico del concepto de histeria.

La ardua labor acompañada de tropiezos y obstáculos que denota el estudio e investigación de la histeria, es una realidad concomitante ahora para el abordaje de la Fibromialgia. Esta, presente a partir del siglo XX, se encarga de repetir y ejemplificar las incidencias concurridas en el decurso de la histeria avasallada por la proliferación de discursos explicativos que pretenden a toda costa encontrar para ella un lugar en la ciencia médica y una comprensión a través del método positivista y por consiguiente su objetivación.

La Fibromialgia que inicialmente es considerada fibrositis (Gowers, 1904) no encontró cabida en la misma vertiente de la Histeria, que para ese momento ya había sido abordada por Freud (1888). Antes bien, se inscribe bajo la óptica de la medicina como una enfermedad reumatológica, que al igual que la histeria en siglos pasados se posiciona como un fenómeno inconexo e incomprendido para la ciencia; desplaza aquellos nominados bajo este difuso diagnóstico a representar las angustiadas histéricas atendidas por Freud en el Siglo XIX que deambulaban buscando un lenitivo para su dolor, con la gran diferencia de que para la Fibromialgia del siglo XX y XXI no se ha encontrado aún quien dé respuestas, o por lo menos respuestas que presenten un argumento valedero para la ciencia médica (Castellanos, 2012).

Es significativo que la Fibromialgia, rica en elementos psíquicos, se constituya solo como una enfermedad de orden fisiológico, aún a sabiendas del antecedente psíquico que emerge en su cuadro sintomático. Habrá que mencionar que evidentemente tiene afectaciones sobre el cuerpo que generan un impacto negativo. Sin embargo, que esta afectación, que no es precedida por una

lesión, represente un argumento para instilarla como una patología que comporta solo al cuerpo encarna la escisión que la modernidad impuso para el cuerpo y el alma (Le Breton, 2002).

Esta dicotomización que emerge como una huella que determina el hombre moderno y posmoderno, es una de las principales causas por las que la Fibromialgia, hija adoptiva de la modernidad, no puede ser explicada y comprendida en la actualidad, toda vez que los discursos que pretenden abordarla son excluyentes y reduccionistas, al figurarla como una enfermedad del cuerpo orgánico que poco tiene que ver con lo psíquico del alma, porque hasta eso psíquico es explicado como un acontecer fisiológico en esta. Por lo tanto allí, la clasificación diagnóstica obedece más bien a la necesidad de ser ubicada y encasillada bajo una entidad patológica que le ofrece nombre, estatus e identidad cultural promoviendo posibilidades para las ciencias médicas y su intervención.

¿Cómo puede explicarse entonces la Fibromialgia al escapar a un mero acontecer fisiológico? En la actualidad converge una miríada de teorías explicativas³¹ que buscan dilucidar lo sucedido en la Fibromialgia, teorías que privilegian lo biológico sobre las demás esferas del ser humano (psicológico y social). Así pues, el converger de estos discursos teóricos cimienta, hasta ahora, las hipótesis que explican la causa y concurrir de los síntomas en la Fibromialgia.

Para dar respuesta a esta pregunta conviene traer a colación aquellas hipótesis fisiológicas que explican la Fibromialgia. Sin embargo, el fin último de ello será tomar una posición que no

³¹Véase. *Infra*. Capítulo III, algunas teorías explicativas para la etiología de la Fibromialgia, pág., 51-68.

procura la escisión cuerpo-alma, sino antes bien el construir una reflexión que permita una nueva óptica. Así las cosas, es perentorio partir de aquellas explicaciones que surgen en un primer momento para la Fibromialgia, las cuales se encuentran arrojadas por el sistema nervioso periférico (SNP) que alude a la alteración de músculos, nervios y cada una de las ramificaciones del sistema periférico. Dentro de esta teoría se buscó demostrar la alteración orgánica como causante de los continuos dolores y malestares incapacitantes vivenciados en el cuerpo, justificados a partir de inflamación e hipertonía muscular que genera un desequilibrio en los procesos homeostáticos. Es particular que a pesar de esta constante por encontrar algo del lado de lo orgánico que dispundie una justificación para los síntomas dolorosos perpetuados en el cuerpo, se encuentre con la ausencia de un componente físico que respalde alteraciones y mal funcionamiento de los órganos, quienes a simple vista parecen estar afectados.

Tal vez esta ausencia de lesión en el organismo represente un embrollo para las ciencias médicas, así como lo representó para Freud (1886) tras su acercamiento a la histeria y estaba en la Salpêtrière, hechos relevantes y cargados de enigma para este; sin embargo, él se dio a la tarea de descifrar lo ocurrido allí, en la afectación del cuerpo. Por ello, en este primer momento Freud (1888), muy influenciado por su maestro Charcot, se aventura a realizar un estudio que diera cuenta de esas afectaciones que al parecer no tenían un precedente anatómico, es así, como bajo el análisis de las parálisis motrices, orgánicas e histéricas se aproxima a sentar los primeros eslabones en el descubrimiento de la verdad en la histeria.

Freud (1888) descubrirá allí el carácter irracional de las parálisis histéricas, al comprobar que estas parálisis ciertamente no obedecían a la lógica estructural del organismo y su anatomía.

Al respecto menciona 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” (p., 206), pues, lo ocurrido en la histeria al igual que en la Fibromialgia no está supeditado por el cuerpo, a pesar de ser participante de este suceso que lo inviste y lo lleva a tomar expresión a través del dolor.

No obstante, se abre una brecha que da espacio para los procesos psíquicos y su implicación directa en la presencia del dolor, cansancio y fatiga crónica que Freud (1895) evidencia en los casos de histeria que en adelante se encargaría de trabajar. Este acontecer suscitado en el cuerpo impele a Freud (1888) a desligarse de su característica visión como neurólogo, en la cual una parálisis debe ser comprendida por unos lineamientos designados que la caracterizan en su aparecer, sustentados a partir de las alteraciones del sistema nervioso sea de tipo periférico o central. Al igual que hoy en la Fibromialgia, Freud (1888) buscaba explicar en la histeria los fenómenos dolorosos y perturbadores a partir del anormal funcionamiento anatómico y orgánico direccionado por los procesos fisiológicos y neuronales.

Ahora, en esta búsqueda de pesquisar que de lo ocurrido en la histeria se debe a un acontecer puramente fisiológico y neurológico, se encuentra con que en el decurso de los procesos anímicos las funciones biológicas se adscriben en tanto el valor conferido a partir de las representaciones materiales que se configura en el cuerpo. Así pues, que estas contracturas, hiperalgesias e hipertono muscular encontraran sentido en tanto representaciones psíquicas devenidas corpóreas.

En este orden de ideas, es llamativa una de las notas al pie realizadas por Freud (1895) en el historial clínico de Emmy Von tras mencionar los dolores como reumáticos — esta relación será ampliada por Freud de manera más puntual en el caso de Elisabeth Von R. —, en la cual luego de enunciar una serie de eventos dolorosos relatados por su paciente señala que:

Es probable que los dolores fueran en su origen reumáticos, o sea (para dar un sentido preciso a este término, del que tanto se abusa), dolores que tienen su principal sede en los músculos, y a consecuencia de los cuales se registra una significativa sensibilidad a la presión y una alteración de la consistencia de estos, que se exteriorizan con la mayor violencia tras un reposo o fijación más prolongados de la extremidad (p., 92).

Así mismo, en el historial de Elisabeth Von R. Freud (1895) se encarga de precisar un poco más acerca de esta concepción de reumatismo, la cuales introducida por él para explicar los dolores histéricos. Pero, en este momento es perentorio subrayar que:

En cuanto a la desacostumbrada localización de las zonas histerógenas, no se obtuvo al comienzo esclarecimiento alguno. Además, daba que pensar que la hiperalgesia recayera principalmente sobre la musculatura. La dolencia más frecuente culpable de la sensibilidad difusa y local de los músculos a la presión es la infiltración reumática de ellos, el reumatismo muscular crónico común, cuya aptitud para crear el espejismo de unas afecciones nerviosas (p., 153).

Es cierto que para este momento Freud ya se preocupó por este componente reumático del cual no se tenía aún mucho conocimiento, por lo que no se profundiza sobre este asunto. Sin

embargo, Freud (1895) deja en claro la correlación entre estos dolores en la musculatura y el acontecer psíquico, como la concomitancia de ambos factores tendría como resultado la conversión histérica. Aquí conviene detenerse un momento a fin de que lo enunciado sea presentado de manera más clara, por ello es pertinente traer a colación la apreciación de Castellanos (2012), quien menciona que:

Para Freud el padecimiento que más frecuentemente produce una sensibilidad difusa y local en los músculos a la presión es la infiltración reumática de los mismos, o sea, el corriente reumatismo muscular crónico. Posteriormente la medicina ha desestimado este nombre por la verificación, a través de la anatomía patológica, de que no hay ninguna infiltración inflamatoria de los músculos, por lo que se le ha dado el nombre de fibromialgia (p., 40).

Cabe pensar, sin embargo, si lo dicho hasta aquí responde a la pregunta que nos hemos planteado. En cierta medida sí. Sin embargo, lo que se ha dicho hasta ahora en relación con el dolor en la histeria y su relación con la Fibromialgia merece ser ampliado mediante aquel mecanismo encargado de conducir la conformación del síntoma doloroso en tanto representación figurada en el cuerpo. Resulta, pues, que para la conformación de este fenómeno somático causante de dolor la histeria se vale de la represión, por excelencia esta será aquella encargada de proteger, salvaguardar y alejar todo lo que represente ser amenaza para el yo, a través de ella aquellas mociones pulsionales chocantes e inconciliables son sofocadas y desterradas, sometidas al olvido, de la conciencia (Freud, 1915).

Allí, la represión actúa sobre la agencia representante psíquica de la pulsión, toda vez que la meta última perseguida por esta es disconforme y disonante para el yo, por lo cual luego de ser proscrita de la conciencia la vía de descarga para la meta pulsional es cambiada volviendo sobre el cuerpo y descargando su investidura libidinal en él surgiendo así el síntoma somático en concomitancia con contenidos inconscientes, estableciéndose una ligazón que concibe el dolor como forma de descarga pulsional y expresión de esta representación chocante no tramitada psíquicamente.

Ahora bien, siendo fieles a la consigna enunciada de traer a colación aquellas hipótesis fisiológicas que explican la Fibromialgia y buscar de manera reflexiva tomar posición frente a ellas, conviene entonces conjeturar algunos elementos designados en la teoría explicativa comprendida por el sistema nervioso central³² (SNC). Esta hipótesis está centrada en la ilustración de las alteraciones: neuroendocrinas, de sustancias neuroquímicas y de la modulación del dolor. Por su parte, esta ha estado dirigida a la explicación de los diferentes mecanismos neuronales encargados de regular la percepción dolorosa, partiendo así, de la contemplación de las vías nociceptivas y la segregación de algunas sustancias químicas, sin embargo, se ha buscado demostrar que el déficit de estas funciones cerebrales puede dar paso a la constitución de la Fibromialgia (Merayo, 2008).

No se trata pues de dar descrédito a la anterior teoría, pero, es imperante mencionar que a pesar de los estudios realizados y la comprobación parcial de esta hipótesis como posible causa

³²Véase. Infra. Capítulo III, algunas teorías explicativas para la etiología de la Fibromialgia. Hipótesis central pág. 58-63.

etiología de la Fibromialgia su resultado no fue el esperado, dado que los tratamientos fundamentados a partir de dichos resultados investigativos no tuvieron el impacto deseado en la mejora de los síntomas. Todo esto nos conduce nuevamente a los postulados freudianos en relación al inicio de los estudios en la histeria, dado que, como fue ya mencionado en algunos párrafos anteriores, Freud (1888) guiado por sus conocimientos como neurólogo buscó explicar el fenómeno álgico presente en la histeria bajo los mecanismos neuronales del sistema nervioso central y su conexión con el sistema periférico.

No está por demás, recordar que Freud (1895) desde los inicios de su obra presenta un ferviente deseo por explicar el funcionamiento mental. Ya en su texto *Proyecto de psicología para neurólogos* postula la existencia de dos tipos de energías que gobiernan sobre este funcionamiento mental dando noticia sobre la presencia de estructuras mentales designadas "neuronas" (Maestre, 2006). Allí, la constante indagación de Freud por saber acerca del dolor y su función en los procesos anímicos, lo llevo desde el inicio a cuestionarse sobre él, es así como averiguó por:

La búsqueda del placer y la consecuente fuga del dolor estarán representadas por los intentos del ser vivo de bloquear o inhibir las cargas libres e indómitas para convertirlas o facilitar el predominio de las cargas fijas, que son las que están al servicio de la vida (Maestre, 2006, p., 211, 212).

En esta línea de pensamiento, Freud, luego de encontrarse con la dificultad de explicar desde lo puramente biológico lo ocurrido en los fenómenos álgicos, es impelido a buscar una nueva forma de dar explicación a ello. Es entonces como llega a lo ya mencionado acerca del

funcionamiento mental, así que, también se preguntó por las energías tanto internas como externas capaces de activar la mente. Años más tarde, esta teoría aparecerá como placer-displacer vinculada con la pulsión y los destinos de esta, en tanto satisfactor de las mociones pulsionales emitidas.

Es por tanto que este placer-displacer se halla estrechamente relacionado con la dificultad para modular el dolor; en Freud (1920) esta modulación del dolor no se presentará como una dificultad, sino antes bien como una forma de tramitar la carga de la pulsión de muerte en tanto excedente no ligado con la pulsión de vida, toda vez que se instala como masoquismo primario que realiza su descarga sobre el cuerpo infligiendo dolor. Este regreso de la pulsión agresiva sobre el propio yo y por consiguiente sobre el cuerpo instituye, como fue ya mencionado en dos líneas anteriores, la presencia de un masoquismo primario, el cual se encargará de contribuir a la compulsión de repetición y el eterno retorno de lo mismo, que se caracteriza por la tendencia de los sujetos a repetir vivencias displacenteras que son reiterativas en su historia de vida, posibilitando, además, un espacio al retorno de lo displacentero que se instaura como síntoma doloroso sobre el cuerpo, en el caso de la histeria.

Tal vez la búsqueda fallida de la ciencia médica por dar una explicación al dolor presente en la Fibromialgia como una forma de alteración en la modulación del dolor, designada por la anormalidad de los procesos neuronales, encuentre una respuesta en la pulsión y el regreso de esta como masoquismo.

No obstante, pretender pensar la Fibromialgia como una forma de Neurosis Histérica Conversiva, nos conduce a la revisión de elementos como el mencionado en los anteriores acápites y también a la valoración de asuntos políticos y económicos que de una u otra forma han fijado y, si se puede decir, predeterminado la asignación del diagnóstico y aproximación teórica para las múltiples categorizaciones hechas para este. En la historia, la desfiguración del concepto como una entidad holística que abarca una serie de fenómenos psíquicos y somáticos se ha visto en un constante desplazamiento, hasta tal punto de ser fragmentada en diferentes trastornos que representan las piezas claves de un enigma para la ciencia médica y tal vez, si se juntaran y observaran desde otra óptica, presentarían la historia originalmente introducida por Freud (Carvajal, 2014), que tiene mucho que ver con la Fibromialgia.

En dos capítulos anteriores³³ dedicamos de forma sucinta un apartado para evidenciar el surgimiento del concepto historia y el posterior arraigo de Freud para este fenómeno. Sin embargo, es conveniente ampliar el desenlace de la historia acuñada por Freud en el siglo XIX. Así pues, Carvajal (2014) menciona la importancia que tuvo la historia para el inicio del psicoanálisis, pero, menciona este que:

No ha reclamado el fenómeno histérico para la psiquiatría, por el contrario, una breve revisión sobre su estado actual, por ejemplo, en el cuarto *manual diagnóstico y estadístico de los trastornos mentales*, texto revisado (APA, DSM-IV R.T. 2.000), permite entrever su completa ausencia: el término historia ha desaparecido de dicho manual (p., 90, 91).

³³Véase. *Infra*. Capítulo IV la historia en Freud, página 69-113.

Esta ausencia y desplazamiento de la histeria como una entidad patológica ha dado pie a la ambigüedad de fenómenos histéricos presentes en la actualidad. Después de todo, el sometimiento de esta al estructuralismo diagnóstico y nosológico resultó en una ruptura de la concepción de histeria y en una aparición de diversos trastornos psicológicos y psiquiátricos, lo que deviene en la inscripción y figuración del fenómeno histérico bajo diversos discursos patológicos acuñados contemporáneamente; lo que ha desaparecido de la histeria es la forma de nombrarla para la ciencia, pero, la histeria en tanto histeria no pierde su vigencia, refiere más bien a un cambio nominal en la anunciación del diagnóstico, en el que cambia el nombre pero, para el psicoanálisis, se concibe como un discurso o como una estructura cuyos síntomas, hoy día, son variables (Castellanos, 2012).

Ahora bien, ¿a qué de la ciencia positiva presente en la sociedad posmoderna se debe la excesiva categorización de las entidades patológicas y por consiguiente la histeria? Responder esta pregunta amerita traer a colación a Ramos (2004) y su artículo *Fibromialgia: ¿la histeria en el capitalismo de ficción?* en el cual evoca que:

En la posmoderna sociedad del capitalismo de ficción, que curiosamente encuentra en la ciencia positiva y empirista una abrumadora coartada, el conflicto, la subjetividad (y el sujeto), resultan escotomizados, y no tienen otra función que la de servir de reclamo para la venta y el enriquecimiento empresarial (p., 117).

Una época al servicio de la industrialización y comercialización de la enfermedad y por ende el dolor. Arraigada en la búsqueda de producción, una producción camuflada como sinónimo de progreso y desarrollo que se postula como “un beneficio para todos” promulgando estrategias

para la salud y el buen vivir, enmarcada en una sociedad de consumo dirigida por las grandes élites, corporaciones e industrias farmacéuticas que al fin y al cabo persiguen sus propios beneficios.

Es significativa la importancia que tiene la influencia del sistema capitalista y consumista en las ciencias y saberes que promulgan la “salud”, una salud que finalmente no es salud en el sentido estricto de su expresión, dado que sus pretensiones económicas y políticas infringen una serie de daños colaterales; un sistema que promueve la enfermedad y el dispendio de medicamentos que pueden desembocar, en algunos casos, en iatrogenia³⁴ para la población. Al respecto menciona Ramos (2004), que estamos en una era en que:

No hay nada que historizar. Los pacientes no tienen problemas, dificultades relacionales, sinsabores vitales o (menos aún) conflictos intrapsíquicos. Tienen síntomas descontextualizados que han de ser agrupados, recibir un código y una etiqueta diagnóstica y, a renglón seguido, una indicación de tratamiento. Todo ello, por supuesto, dentro del canon y la ortodoxia del modelo biomédico y del reduccionismo organicista que, naturalmente, es el único científico, y que encaja con interesante precisión con los modelos ¿políticos? neoliberales y con la economía de mercado. Sociedad posmoderna y ciencia positiva: curiosos compañeros de viaje (p., 118).

Así las cosas, la ramificación y proliferación de trastornos patológicos abren un espacio a nuevos rótulos y etiquetas diagnósticas conllevando a la producción de nuevos fármacos y

³⁴Véase. infra. página 122, nota al pie 27.

formas de tratamiento que han de ser implantados como necesarios en la consecución de la tan anhelada ausencia de enfermedad y por ende dificultad. En medio de estas tretas tejidas al interior del discurso de las ciencias médicas se halla inmersa la Fibromialgia distante de ser comprendida como una afectación de orden psíquico y más aún el inscribirse en un discurso que promulga el responsabilizarse de sí, el cual implica salir del estado de confort que responsabiliza siempre un ente externo de lo sucedido en su fuero interno.

¿Dónde queda la histeria en la treta discursiva que emerge de las ciencias médicas? Tal vez, desplazada de su lugar. La histeria emancipada en tanto reconocimiento de su objetividad, no de su existir, queda reducida y subrogada por la implantación de nuevas formas de ser nombrada e intervenida forzada a inscribirse en la rúbrica científica sin que esta logre explicarla y otorgarle un lugar perentorio a partir de sus técnicas y métodos. Ahora, habrá que mencionar que del resultado de dicha emancipación la Fibromialgia, presentada como patología en la actualidad, representa una de esas formas sustitutivas de darle nombre a la histeria que fue acuñada por Freud (1896) en el siglo XIX.

Conclusiones

Una de las razones por las que prefiguramos la histeria de hoy con la histeria que algunos denotan como de antaño, es que a pesar de que se presenta de forma distinta, es la misma dado que la histeria lee la época “está a la moda”, se actualiza de acuerdo a la cultura y el contexto.

Lo disfuncional, ambiguo, inabordable, incomprensible, lo difuso del dolor, lo inconexo para la ciencia características que se repiten una y otra vez en la Fibromialgia y la histeria ¿será Fibromialgia la histeria? ¿Será histeria la Fibromialgia? es la Fibromialgia una forma de Neurosis Histórica Conversiva, toda vez que la primera aparece como una hija adoptiva de la modernidad a la cual se le ha cambiado el nombre. Sin embargo, ni toda fibromialgia es histeria ni la histeria tiene como condición necesaria la Fibromialgia.

A pesar de que la Fibromialgia puede ser explicada y comprendida como una forma de Neurosis Histórica Conversiva, no es un principio universal que aplique para todos los casos de Fibromialgia pues es menester obedecer a lo consignado por los postulados freudianos acerca de la contemplación del caso por caso arrojando una especial importancia a la subjetividad.

La ambigüedad de la comprensión fenoménica de la Fibromialgia obedece en gran medida al desplazamiento del concepto de histeria como entidad nosológica, dado que dicho concepto fue sometido a la fragmentación y ramificación de diversos trastornos, de los cuales se tiene noticia en la actualidad bajo el nombre de trastornos disociativos, somatomorfos y personalidad histriónica.

A pesar de que el psicoanálisis no se presenta aquí como la gran panacea, no conviene caer en el desuso de sus postulados y elementos teóricos por considerarse como “una pieza de museo” dado que de acuerdo a la presente revisión teórica sigue siendo una herramienta fundamental para comprender el acaecer de los procesos psíquicos.

Si la intención ha de ser encontrar la verdad traspuesta en el síntoma de la Fibromialgia, las ciencias médicas y su constante búsqueda por medir la verdad no serán las más indicadas, dado que la ciencia positivista y los discursos científicistas adscritos en sus dominios, bajo sus técnicas y métodos, relegan la posibilidad de concebir la subjetividad como algo particular y preponderante al momento de la intervención clínica. Por ello, ignoran un elemento tan fundamental como el sujeto mismo, es decir, lo inconsciente. Así que el camino más adecuado para desenmarañarlo, es el reconocimiento de la subjetividad propiamente dicha.

Se hace pertinente aclarar la diferencia existente entre proceso somático y psicósomático, ya que ambos se ven condicionados por la presencia de dolor corporal. Sin embargo, el primero, en tanto fenómeno doloroso ubicado en el cuerpo, hace referencia a las diferentes manifestaciones no determinadas por una lesión orgánica, presentándose con mayor frecuencia en la histeria conversiva. Así, dista del segundo, en cuanto proceso de somatización, que hace referencia a los fenómenos psicósomáticos, que implican, al igual que el somático, diferentes manifestaciones de dolor en el cuerpo, pero, éstas se encontrarán precedidas por una lesión o alteración orgánica sobre el soma (Freud, 1905).

Conviene dejar sentado, además, que el dolor en tanto fenómeno y síntoma somático, privilegiado por la Neurosis Histórica Conversiva como forma de expresión sustitutiva de los conflictos psíquicos no resueltos, no se instituye como único y propio de esta estructura, antes bien, es un factor constitutivo de las diversas formas de estructuración del psiquismo que, como en la Neurosis Histórica Conversiva, tendrá la función, en las diversas estructuras del psiquismo, de permitir la expresión de un malestar en tanto es disconforme para él.

Referencias Bibliográficas

Aguilar, J., (2005). Fibromialgia. Cabuchola, S., et al. Archidona: Málaga. Ediciones Aljibe.

Agrest, A., (1988). Dispepsia. Revista Medicina. Buenos Aires, Argentina, 48 (4). 432-435.

Recuperado de

<https://books.google.com.co/books?id=TRhhSsOg60C&pg=PA432&dq=AGREST+A+dispepsia&hl=es&sa=X&ei=okMVejFILCIsQSyyYDYAg&ved=0CBsQ6wEwAA#v=onepage&q=AGREST%20A%20dispepsia&f=false>.

Alic, M., (2005). *El legado de Hipatia: historia de las mujeres en la ciencia desde la antigüedad hasta finales del siglo XIX*. México. Siglo XXI editores.

Ammer, Ch., (2007). *La salud de la mujer de la A a la Z*. España: Editorial EDAF S.L.

Armstrong, F., & Bennett, T., (1982). *Bioquímica*. España: Editorial Reverte, S.A.

Assoun, P., (2001). *Introducción a la epistemología freudiana*. México: Siglo XXI Editores.

Audesirk, T., Audesirk, G., & Byers, B., (2008). *Biología: la vida en la tierra*. México: Pearson educación.

- Ayán, C., (2011). *Fibromialgia Diagnóstico y estrategias para su rehabilitación*. Madrid, España Editorial medica panamericana S.A.
- Barbany, J., (2002). *Fisiología del ejercicio físico y del entrenamiento*. Barcelona, España: Editorial Paidotribo (Barbany, 2002).
- Barrancos, J., & Barrancos, P., (2006). *Operatoria dental: integración clínica. Cuarta edición*. Buenos Aires, Argentina: Editorial Médica Panamericana.
- Bauer, J., (2008). *Fibromialgia: la curación es posible*. Barcelona, España: Robinbook, s.l.
- Bautista N. & Bautista, N., (2011). *Proceso de La Investigación Cualitativa. Epistemología, Metodología y Aplicaciones*. Bogotá: Editorial Manual Moderno.
- Bennett, S., (1984). *Razón y locura en la antigua Grecia*. Madrid, España: Akal editor.
- Bonilla, M., Moreno, Dolz., & Raga (2009). *Reproducción Asistida*. Madrid, España: Editorial Médica Panamericana.
- Botella J., & Clavero J. (1993). *Tratado de ginecología*. Madrid, España: Ediciones Díaz de Santos.

Braunstein, N., Pasternac, M., Benedito, G., & Saal, F. (1982). *Psicología: Ideología y Ciencia*.

México: Siglo XXI Editores.

Bonica, J. & Loeser, J., (2003). *Bónica Terapéutica del Dolor. Historia de los Conceptos y*

Tratamientos del Dolor. Estados Unidos: Mcgraw-Hill Interamericana.

Bustamante, E., (2004). *El sistema nervioso: desde las neuronas hasta el cerebro humano*.

Medellín, Colombia: Editorial Universidad de Antioquia.

Butler, D., (2002). *Movilización del sistema nervioso*. España: Paidotribo.

Cañas, E. (18 de agosto de 2014). Salud a diario.es. Recuperado de

http://www.saludadiario.es/Pacientes_de_cerca/3748/terapia-cognitiva-conductual-piedra-angular-fibromialgia-sindrome-fatiga-cronica

Carmona, J., (2011). Función de la noción verdad del sujeto en un material clínico: testimonio

escrito por el Hombre de los Lobos. (Tesis de maestría). Universidad de Antioquia.

Medellín, Colombia.

Carvajal, M., (2013). Recorrido de la teoría freudiana sobre la histeria en la psiquiatría

norteamericana. *Revista AffectioSocietatis*, 10. 87-110.

Castellanos, S. (2009) *Psicoanálisis Aplicado a La Terapéutica: Una Experiencia de Investigación y Tratamiento a La Fibromialgia*, (Tesis Doctoral), NEL, Barcelona, España.

Castellanos, S., (2012). *El Dolor y los Lenguajes del Cuerpo*. Buenos Aires: Grama Ediciones.

Castro, P., (2004). *Cartas a mi médico: cuentos fibromiálgicos*. Barcelona, España: Icaria editorial.

Cosentino., J., (1999). *Construcción de los conceptos freudianos I: Defensa, sueño, aparato psíquico*. Buenos Aires, Argentina: Ediciones Manantial SRL.

Chauvelot, D., (2001). *Historia de la histeria*. Madrid: Alianza editorial.

Diccionario Médico Recuperado de <http://www.onsalus.com/diccionario/hipertono/15536>

Doat & Japkin (diciembre de 1994). Acerca del masoquismo en Freud. *Tramas*, 7. 119-132.

Recuperado de

http://148.206.107.15/biblioteca_digital/estadistica.php?id_host=5&tipo=ARTICULO&id=1580&archivo=6-119

1580uds.pdf&titulo=Acerca%20del%20masoquismo%20en%20Freud.

Echavarría, J., Tisnès, H., Arizábal, M., & Vanegas, J., (2010). *El Objeto de la Psicología: el Alma como Cultura Encarnada*. Medellín, Colombia: Editorial Universidad de Antioquia.

Escolar, J., & Durán, R., (2011). *Fisiopatología de la fibromialgia: alteraciones a nivel cerebral y muscular*. Vigo: España.

Field, D., (2004). *Anatomía. Palpación y localización superficial*. Barcelona, España: Editorial Paidotribo.

Freud, S., (1886-1889). *Sigmund Freud Obras Completas I*. Buenos Aires: Amorrortu Editores.

Freud, S., & Breuer, J., (1893-1895). *Sigmund Freud Obras Completas II*. Buenos Aires: Amorrortu Editores.

Freud, S., (1893-1899). *Sigmund Freud Obras Completas III*. Buenos Aires: Amorrortu Editores.

Freud, S., (1901-1905). *Sigmund Freud Obras Completas VII*. Buenos Aires: Amorrortu Editores

Freud, S., (1906-1908). *Sigmund Freud Obras Completas IX*. Buenos Aires: Amorrortu Editores.

Freud, S., (1909). *Sigmund Freud Obras Completas X*. Buenos Aires: Amorrortu Editores.

Freud, S., (1914-1916). *Sigmund Freud Obras Completas XIV*. Buenos Aires: Amorrortu Editores.

Freud, S., (1916-1917). *Sigmund Freud Obras Completas XVI*. Buenos Aires: Amorrortu Editores.

Freud, S., (1920-1922). *Sigmund Freud Obras Completas XVIII*. Buenos Aires: Amorrortu Editores.

Freud, S., (1923-1925). *Sigmund Freud Obras Completas XIX*. Buenos Aires: Amorrortu Editores.

Freud, S., (1925-1926). *Sigmund Freud Obras Completas XX*. Buenos Aires: Amorrortu Editores.

García, F., Castel, B. & Vidal, J., (2006). Evidencia científica de los aspectos psicológicos en la fibromialgia. Posibilidades de intervención. I Simposio de dolor en reumatología. Guadalajara, España.

García, J., Cusco A., & Poca V., (2006). *Abriendo caminos: principios básicos de Fibromialgia, fatiga crónica e intolerancia química*. Barcelona, España: Taranná Edicions.

- García, M., (2011). *Psicoterapia grupal operativa de orientación psicoanalítica en Fibromialgia: evaluación y factores relacionados*. (Tesis Doctoral). Universidad Complutense de Madrid Facultad De Filosofía. Madrid, España.
- Guerrero, R., (2002). *Fundamentos básicos del dolor*. Bogotá, Colombia: Gente Nueva.
- González, M., (2008). *El Síndrome de Agotamiento Profesional en Oncología*. Madrid, España: Editorial Médica Panamericana.
- Gutiérrez, A., & Valenzuela, E., (2007), *Guías Sobre el Manejo Farmacológico del Dolor*. Bogotá: Editorial Universidad del Rosario.
- Hernández, R., Fernández, C., Baptista, M., (2010). *Metodología de la investigación*. México: Mc Graw Hill.
- Ingraham, J., & Ingraham., C. (1998). *Introducción a la microbiología. II*. Barcelona, España: Editorial Reverté S.A.
- Israël, L., (1974). El goce de la histeria. Escuela de filosofía universidad ARCIS. Recuperado de: <http://inabima.gob.do/descargas/bibliotecaFAIL/Autores%20Extranjeros/I/Isra%EBI,%20Lucien/Isra%EBI,%20Lucian%20-%20El%20Goce%20de%20la%20Histerica.pdf>

Kettenmann, A., (1992). *Frida Kahlo dolor y pasión*. Recuperado de

<http://www.mav.org.es/documentos/ENSAYOS%20BIBLIOTECA/Kettenmann,%20Andrea%20-%20Frida%20Kahlo.pdf>.

Le Breton, D., (2002). *Antropología del cuerpo y Modernidad*. Buenos aires, Argentina: Nueva visión.

León, S., (2013). *Psicoterapia psicoanalítica: Una ética terapéutica más allá de la técnica*. Santiago de Chile: RiL editores.

Maestre, F., (2006). Consideraciones éticas sobre un masoquismo reparador. (Tesis de doctorado). Universidad Complutense de Madrid. Madrid.

Maisto, A., & Morris, C., (2001). *Introducción a la psicología*. México: Pearson educación.

Martínez, M., (2008). *Fibromialgia el dolor incomprendido*. México: Alfabeta.

Merayo, L. (2008). Eficacia Comprobada de la Terapia Cognitiva-Conductual y la Gestión Personal en Pacientes con Fibromialgia. (Tesis Doctoral). Universidad de Sevilla. España.

Ministerio de Sanidad, Política Social e Igualdad España, (2011). Fibromialgia. Madrid, España.

Rescatado

de <http://www.msssi.gob.es/profesionales/prestacionesSanitarias/publicaciones/docs/fibromialgia.pdf>.

Mohamed, K., López, C. & El Yousfi, M., (2012). Protocolo de Evaluación Psicosocial para Enfermos de Fibromialgia. TRANCES, 3.

Monnneret, E., (1844). *Tratado completo de patología interna*. Madrid, España: Cadiz, Hortal y compañía.

Moscoso, J., (2011). *Historia cultural del dolor*. México: Taurus.

Musicante, R., (2005). *Comentarios psicoanalíticos I: el descubrimiento freudiano y su vigencia actual*. Argentina. Editorial Brujas.

Nasio, J., (1991). *El dolor de la histeria*. Recuperado de http://www.heortiz.net/cpm/nasio-el_dolor_de_la_histeria.pdf.

Morales, M., Mejía, M., Reyes, E., (2010). Síndrome fibromiálgico: tratamiento multidisciplinario según evidencia. *Revista Colombiana de Reumatología*, 17 (4).
Recuperado de http://www.scielo.org.co/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0121-81232010000400005.

Ozawa, J., (1995). *Prostodoncia total*. México: Editorial universidad nacional autónoma de México.

Pantanetti, A., (2012). *Fibromialgia: El síntoma de lo desconocido: Crónica basada en un caso real análisis y bases científicas*. Buenos aires: Dunken

Peña, O., (4 de Septiembre de 2014). Web Consultas. Recuperado de
<http://www.webconsultas.com/fibromialgia/fibromialgia-548#>

Pizarro, F., (2014). Descartes su aporte al entendimiento del dolor, 25 (4). 714-716. Recuperado de http://apps.elsevier.es/watermark/ctl_servlet?_f=10&pident_articulo=90360666&pident_usuario=0&pcontactid=&pident_revista=202&ty=162&accion=L&origen=zonadelectura&web=www.elsevier.es&lan=es&fichero=202v25n04a90360666pdf001.pdf

Ramos, J., (2004). Fibromialgia: ¿la histeria en el capitalismo de ficción? Revista de la Asociación Española de Neuropsiquiatría. 89. 115-128. Recuperado de:
<http://www.redalyc.org/articulo.oa?id=265019661008>.

Rodríguez, M., (2012). *Estados del dolor*. Madrid:Cendeac.

Ruiz, J., (2002). *Anatomía topográfica*. México: Editorial universidad autónoma de ciudad Juárez.

Salazar, M., Peralta C., & Pastor, F., (2010). *Tratado de Psicofarmacología*. Madrid, España: Editorial Médica Panamericana.

- Segura, S., (2004). *Diccionario etimológico de medicina*. Vasco, España: Editorial universidad de Deusto.
- Serra, J., (2007). *Tratado de dolor neuropático*. Madrid, España: Editorial Médica Panamericana
- Salvador, A., & Serrano, M., (2002). Perspectiva histórica y tendencia de investigación de la psicoendocrinología. *Revista de psicología general y aplicada*, 55(2). 285-311.
- Sibilia, P., (2005). *El hombre posorgánico: Cuerpo, subjetividad y tecnologías digitales*. Buenos aires. Fondo de cultura económica.
- Simons,D., Travell, J., & Simons,L., (2004).*Dolor y disfunción miofascial: el manual de los puntos gatillo. Volumen 2. Extremidades inferiores*. Madrid, España: Editorial Médica Panamericana.
- Simons, D., Travell, J., & Simons, L., (2007). *Dolor y disfunción miofascial: el manual de los puntos gatillo. Volumen 1. Mitad superior del cuerpo*. Madrid, España: Editorial Médica Panamericana.
- Schopenhauer, A., (2007). *El arte de tratar a las mujeres*. Bogotá, Colombia: Villegas editores.
- Torres, M., (2006) *La Experiencia del dolor*. Barcelona, España: Editorial UOC.

Uribe, J., & Uribe, J., (2014). *Del exceso y su regulación. Reflexiones desde el psicoanálisis y la filosofía*. Medellín, Colombia: Editorial Universidad de Antioquia.

Vicente, A., Magan, I., & Berdullas, S., (Junio, 2009). Fibromialgia y dolor crónico: abriéndose paso en el SNS. *Infocop*, 43. 1-8. Recuperado de <https://www.cop.es/infocop/pdf/1709.pdf>.

Villanueva, V., Valía, J., Cerdá G., Monsalve, V., Bayona, M., & Andrés, J., (2004)
Fibromialgia: diagnóstico y tratamiento. El estado de la cuestión. *Revista de la Sociedad Española del Dolor*, 11. 430-443. Recuperado de
<http://scielo.isciii.es/pdf/dolor/v11n7/revision2.pdf>.

Viru, A., & Viru, M., (2003). *Análisis y Control del Rendimiento Deportivo*. Barcelona, España: Editorial Paidotribo.