

FIBROMIALGIA
UN DIÁLOGO TERAPÉUTICO

FIBROMIALGIA
UN DIÁLOGO TERAPÉUTICO

A. Barreda, J. Choza, A. Gutiérrez y E. Riquelme (eds)



ESTUDIOS THÉMATA
Sevilla • 2016

Título: *Fibromialgia. Un diálogo terapéutico.*

Primera edición: Agosto 2016.

© A. Barreda, J. Choza, A. Gutierrez y E. Riquelme, 2016.

© Editorial Thémata, 2016.

Editorial Thémata

C/ Antonio Susillo, 6. Valencina de la Concepción
41907 Sevilla, ESPAÑA

Tlf: (34) 955 720 289 E-mail: editorial@themata.net

Web: www.themata.net

Imagen de cubierta: Miró, *Collage*.

Diseño, corrección y maquetación: MM y JCh.

ISBN: 978-84-943454-9-4 DL: SE 1230-2016

Imprime: Ulzama, Navarra.

Impreso en España • Printed in Spain

Reservados todos los derechos exclusivos de edición para Editorial Thémata. El contenido de esta obra está protegido por la Ley, que establece penas de prisión y/o multas, además de las correspondientes indemnizaciones por daños y perjuicios a cualquier forma de reproducción, distribución, comunicación pública y transformación, total o parcial, de esta obra sin contar con la autorización escrita de los titulares del Copyright.

Índice

Prólogo.....	11
1. La fibromialgia en medicina. Una revisión de la información médica disponible en la literatura especializada. Junio de 2016.....	15
<i>Eduardo Riquelme Gajardo.</i>	
1. Presentación.....	15
2. Historia.....	16
3. Descripción médica de la enfermedad.....	16
4. Discusión.....	19
5. Conclusión.....	22
2. Expectativas y fracasos en el tratamiento de la fibromialgia.....	23
<i>Miguel Ángel Muniain Ezcurra.</i>	
1. Expectativas del paciente y dificultades del médico.....	23
2. Aspectos sobre los que es más fácil informar.....	24
3. Lo necesario para que los médicos podamos responder a las expectativas.....	24
4. El fracaso.....	25
3. Fibromialgia y mitocondria.....	27
<i>Fernando Galán Galán.</i>	
1. La definición de fibromialgia según el Centros para el Control y Prevención de Enfermedades (CDC).....	27
2. ¿Enfermedad o síndrome?.....	27
3. Prevalencia de la Fibromialgia.....	28
4. ¿Dónde situar la fibromialgia?.....	28
5. Datos que demuestran una alteración mitocondrial en la FM.....	30
6. ¿Cuál es la relación entre los síntomas del estrés oxidativo y FM?.....	31
7. Referencias.....	32
4. Aportaciones del método de la ciencia al estudio de la fibromialgia.....	33
<i>Rafael Moreno Rodríguez.</i>	
1. Criterios caracterizadores del método de la ciencia.....	33
2. Aplicaciones a la caracterización de la fibromialgia.....	34
2.1. Ajuste en la caracterización de la fibromialgia.....	35
2.2. Precisión en la caracterización de la fibromialgia.....	38
2.3. Diferenciación en la caracterización de la fibromialgia.....	38
3. Conclusiones.....	40
4. Referencias bibliográficas.....	41

5. La Filosofía como orientación en la terapia aplicada.....	43
<i>José Ordóñez-García.</i>	
1. Introducción	43
2. Cuestiones metodológicas de intervención a raíz de la experiencia en la consulta.....	47
3. Método de Intervención 1 (MI-1): Demarcación exoperceptiva (de la moral a la ética).....	49
4. Método de Intervención 2 (MI-2): Demarcación endoperceptiva (de la ética a la moral)	51
5. Bibliografía.....	58
6. Un caso de Fibromialgia. El caso de Dolores.....	59
<i>Amalia Sierra</i>	
1. La práctica clínica	59
2. Caso clínico. El caso de Dolores	61
3. Diagnóstico diferencial.....	66
7. Miedo, ansiedad y angustia.....	69
<i>Francisco Rodríguez Valls.</i>	
1. Miedo y ansiedad como emociones naturales.....	69
2. El tratamiento filosófico de la angustia: la experiencia metafísica de la emoción	70
3. Semejanzas y diferencias entre ansiedad y angustia.....	71
4. Conclusiones: la irreductibilidad entre ansiedad y angustia	74
8. Sentido de la vida, fracaso existencial y enfermedad.....	77
<i>Jacinto Choza.</i>	
1. Sentido de la vida y eros platónico	77
2. La noción antigua de “destino”	78
3. Revolución industrial, universalización de la libertad y angustia	79
4. Inhibición del eros y niveles de libertad.....	80
5. Formas disfuncionales de reacción ante la angustia.....	81
6. Papel de la conciencia en el enfermar y en la curación.....	87
7. La imposibilidad de la auto-aceptación y las mutilaciones de la autoconciencia	88
8. Cuestiones de bioética.....	91
9. Perspectiva médico familiar en la atención a pacientes con fibromialgia..	93
<i>Francisco Campa Valera.</i>	
1. La perspectiva de la Medicina Familiar y Comunitaria (MFC)	94
2. La Perspectiva de la enfermedad: La Fibromialgia.....	96

3. Praxis en Medicina de Familia	99
10. Psicología de la fibromialgia	105
<i>Francisco Javier Cano García.</i>	
1. La fibromialgia es una enfermedad cuya base es la hipersensibilización del sistema nervioso central.....	105
2. Rasgos y procesos psicológicos que pueden ser relevantes en el desarrollo y evolución de la fibromialgia.....	106
3. Existen modelos psicológicos útiles para comprender la fibromialgia	107
4. Existen tratamientos psicológicos eficaces para abordar la fibromialgia en un contexto interdisciplinar	109
5. Referencias.....	110
11. El caso del “Dolor Pelviano Crónico”. Antropología Médica y dolor en la mujer	113
<i>Sergio Valenzuela Puchulu.</i>	
1. Las Fuentes de referencia	113
2. La finalidad de la reflexión.....	114
3. La pregunta inicial ¿Por qué el dolor?.....	114
4. El dolor y los fines de la medicina.....	116
5. El alivio del dolor y el sufrimiento causados por males.....	118
6. La consulta por dolor en ginecología.....	118
7. El recurso a la Medicina Psicosomática.....	126
8. Antecedentes en la Historia de la Medicina	128
9. La Antropología Médica.....	130
12. El doble querer. Historia de un modelo de la enfermedad psicosomática....	133
<i>Jacinto Choza.</i>	
1. Planteamiento del problema	133
2. Lo voluntario y lo electivo según Aristóteles y Brentano. El interés y la atención.....	134
3. Avicena, Tomás de Aquino y Scheler. La valoración y su base orgánica...136	
4. El intelecto agente, el alma, el yo y el otro	138
5. El doble querer. Un modelo de la enfermedad psicosomática	141
13. Emociones y somatización de las emociones en Hegel: la fisiología psíquica.....	145
<i>Juan J. Padial.</i>	
1. La deuda de la psicopatología contemporánea con Hegel.....	145

2. La teoría hegeliana de la somatización emocional.....	448
3. Formas patológicas y no patológicas de las somatizaciones.....	152
14. En busca del trastorno de somatización y su relación con los enfermos de fibromialgia.....	155
<i>Eduardo Riquelme.</i>	
1. Introducción	155
2. El origen de las enfermedades	156
3. Antecedentes históricos	158
4. Fibromialgia, enfermedad de somatización e histeria	160
5. Psicopatología del trastorno de somatización. Fenomenología descriptiva ..	162
6. Conclusión	164
7. Bibliografía.....	165
15. Estima en las pacientes con fibromialgia.....	167
<i>Aymé Barreda Parra.</i>	
1. Antecedentes	167
1.1. Estima	168
1.2. Fibromialgia y estima.....	171
2. Mejoramiento de la estima	171
3. Referencias	172
16. Nostalgia de la vida buena. Algunos poemas sobre el dolor	175
<i>Abel Feu.</i>	
17. Fibromialgia. El punto de vista de la administración sanitaria	197
<i>Antonio Rivero.</i>	
18. Fibromialgia. El tratamiento mediático de la enfermedad	205
<i>Alfonso Pedrosa Elbal.</i>	
Epílogo.....	209

Prólogo

Después de un siglo en que se ha desarrollado mucho la medicina científica especializada, las diversas formas de tratamientos y psicoterapia, y el uso de fármacos, en el siglo XXI el ejercicio de la médica vuelve, a través de la reactivación de la “especialidad” del “médico de cabecera”, a una reflexión y a una práctica que le permita superar la escisión del ser humano, del enfermo, en cuerpo y mente, en orgánico y psíquico. En cierto modo eso es lo que se pretende con las “especialidades” de “médico general” y “médico de familia”.

Los profesores del Departamento de Bioética y Humanidades Médicas, de la Facultad de Medicina de la Universidad de Chile, que participan en la educación de nuevos médicos y especialistas, pretenden lograr ese objetivo mediante la formación en una Antropología médica que se base en la Antropología filosófica, y, en concreto, en la Antropología filosófica desarrollada por diversos profesores de la Universidad de Sevilla.

Para llevar a cabo esa tarea se ha elegido como uno de los puntos de partida el estudio de la fibromialgia, por tratarse de una enfermedad especialmente adecuada para estudiar la unidad del ser humano como cuerpo y mente, como orgánico y psíquico, en una conjunción en la que esas dimensiones son indiscernibles.

Este volumen recoge las sesiones celebradas en la Facultad de Filosofía de la Universidad de Sevilla, entre el jueves 4 de febrero y el jueves 2 de junio de 2016 en el Seminario Permanente de Antropología Médica, “Dolor, representación y medicina en los pacientes con fibromialgia”.

En los carteles de difusión el seminario se anunciaba como perteneciente Programa de Doctorado de la Facultad de Filosofía de la Universidad de Sevilla y como organizado conjuntamente con el Departamento de Bioética y Humanidades Médicas de la Facultad de Medicina de la Universidad de Chile.

Se anunciaban como ponentes: médicos de distintas especialidades, psicólogos, filósofos y profesionales afines, provenientes de Arequipa,

Málaga, Santiago y Sevilla. Como profesores responsables: Jacinto Choza Armenta, del Grupo de investigación HUM - 153, Francisco Rodríguez Valls, del Grupo de investigación HUM - 110, y como coordinador: Eduardo Riquelme Gajardo, de la Universidad de Chile. Estaba dirigido a estudiantes, profesionales, profesores, funcionarios y público en general.

Estas características del seminario permiten comprender el contenido de este volumen. En él se contienen los resúmenes escritos de las ponencias que se expusieron oralmente durante esos días, siguiendo un orden cronológico.

Se reproducen los textos de las sesiones lo más fielmente posible a la realidad, manteniendo el tono coloquial y distendido que tuvieron. El resultado es el de contar con un semillero, que es lo propio de un "seminario", del verbo latino "seminare", sembrar. Semillero de ideas, sugerencias, advertencias, procedimientos, etc., aportados por académicos de diversa formación, intereses y aspiraciones intelectuales. La voz moderna para "seminario" es la inglesa "brain-storming", tormenta de ideas.

El resultado es muy sorprendente porque se trata de un estudio interdisciplinar sobre la fibromialgia, y los estudios interdisciplinares son tanto más escasos y difíciles cuanto más demandados. Son muy demandados porque la especialización excesiva, que ha puesto de manifiesto sus enormes ventajas para el saber, ha puesto de relieve también sus deficiencias y con ello ha abierto el proceso de reclamación de las visiones de conjunto. Son muy difíciles porque la mayoría de los profesionales no están habituados a trabajar más allá de sus campos de experticia, no disponen del tiempo y de los contactos personales, y piensan que es difícil aprender de otras disciplinas, más aún si hay que reactivar actitudes de aprendizaje que se dejaron de practicar.

Los estudios interdisciplinares son difíciles. Para llevarlos a cabo hacen falta dos cualidades que impulsan a los académicos y profesionales a afrontar esos riesgos, a saber, la valentía y la humildad. La valentía para adentrarse en lo que se desconoce y para aportar a través del diálogo con otras disciplinas, saliendo del ámbito que cada uno frecuenta y domina.

La humildad para transmitir saberes limitados y para correr el riesgo de quedar mal debido a las propias carencias.

En el caso de este seminario, el conjunto de los participantes ha puesto de manifiesto que cuenta con esas cualidades, y ello puede apreciarse en el estilo, el tono y el contenido de los textos aportados por cada uno. Si se afrontan esos riesgos, las ventajas alcanzadas compensan con creces el atrevimiento. Lo alcanzado es un saber novedoso, estimulante, amplio y del que nadie podía disponer, porque no ha habido antes el atrevimiento de formar agrupaciones así. De hecho la finalidad de la publicación de este libro es que el lector repita, en la medida de lo posible, la experiencia de diálogo interdisciplinar, y si se trata de profesionales que trabajan con los pacientes, de pacientes o sus familiares, sirva para enriquecer e iluminar la comprensión y la ayuda que se necesita dar para aliviar el dolor y el sufrimiento.

En este estudio sobre la fibromialgia, la posibilidad de constituir un equipo como el de los participantes venía dada por algo completamente fortuito. Ya antes de empezar el seminario bastantes de nosotros éramos amigos, y amigos desde muchos años atrás. Por eso la idea de trabajar sobre la fibromialgia tenía como valor añadido la oportunidad de encontrarnos en sesiones de diálogo y de celebración del encuentro. Independientemente del valor científico que la unidad de este volumen tiene, y que el lector puede percibir directamente por sí mismo, tiene también el valor humano de ser un pequeño monumento a la amistad, que no puede apreciarse directamente en el texto, pero que los participantes sí pueden reconocer en él, al ver escritos sus nombres junto al de un conjunto de amigos.

A todos ellos es preciso agradecer su trabajo, su asistencia y la puntualidad en la entrega de los resúmenes, que es lo que permite que este texto se ponga a disposición de cuantas personas lo deseen.

Sevilla, 12 de junio de 2016

1. LA FIBROMIALGIA EN MEDICINA. UNA REVISIÓN DE LA INFORMACIÓN MÉDICA DISPONIBLE EN LA LITERATURA ESPECIALIZADA. JUNIO DE 2016.

Eduardo Riquelme Gajardo, Facultad de Medicina, Universidad de Chile.

Sumario: 1. Presentación. 2. Historia. 3. Descripción médica de la enfermedad. 4. Discusión. 5. Conclusión.

1. Presentación.

Hemos iniciado un seminario multidisciplinar para estudiar y comprender a los pacientes con fibromialgia, en la Facultad de Filosofía de la Universidad de Sevilla. Entre febrero y junio de 2016 diferentes profesionales de la medicina, filosofía, psicología, periodismo, etc., harán ponencias de su especialidad y participarán de un debate respecto a este tema. En la primera ponencia, me ha correspondido hacer una puesta al día sobre lo que la medicina sabe hoy de la fibromialgia. Para ello he hecho una revisión de los contenidos de publicaciones médicas, revistas científicas, guías clínicas y libros, de la misma manera como los profesores preparamos nuestras clases de medicina. La elección de la bibliografía la he hecho en forma arbitraria, incluyendo textos de mayor prestigio médico y según mis intereses. Como suele ocurrir, he revisado bibliografía en español, inglés y portugués. El presente artículo, describe este trabajo, que solo pretende ilustrar a los participantes del seminario un punto de partida del estado actual del saber médico.

En este artículo, haré primero una descripción resumida de la información encontrada y luego, después de una breve discusión, concluiré que esta información tiene cuatro problemas que impiden una buena comprensión de la enfermedad de fibromialgia: primero, permanece una visión médica separada entre cuerpo y psiquis, segundo, hay un conocimiento confuso y mal sistematizado, tercero, la definición de enfermedad en torno a la confirmación de una etiología conocida es inútil y por lo tanto se requieren correcciones conceptuales, y cuarto, el saber médico no da cuenta de la evolución y pronóstico de los pacientes con fibromialgia, por lo que resulta muy difícil saber cual es la ayuda médica real.

2.- Historia.

Las descripciones sobre la fibromialgia o sobre enfermedades que se parecen a ella, datan de mediados del siglo dieciocho. Vale la pena destacar 4 momentos de su historia. Williams Gowers en 1904, en el Reino Unido, describe un cuadro que llama fibrositis y lo asocia al lumbago por un supuesto origen inflamatorio. El estadounidense Philip Kahler Hench en 1990, propone el nombre de fibromialgia y piensa que se trata de una enfermedad reumática no articular con un componente emocional. En 1992 el Colegio Americano de Reumatología define la fibromialgia y describe unos criterios diagnósticos que se han utilizado hasta la actualidad. Por último, en 1992 la Organización Mundial de la Salud, reconoce la fibromialgia entre las enfermedades reumatológicas y específicamente como parte de los trastornos de tejidos blandos y le asigna el código F 79.7, que incluye las antiguas descripciones de fibrositis y de inflamaciones de tejidos fibrosos y musculares.

3.- Descripción médica de la enfermedad.

Tradicionalmente la medicina ha ordenado las descripciones de las enfermedades en 8 ítems, que sirven para sistematizar la enseñanza y el estudio de los alumnos y médicos. Enunciaré a continuación los contenidos de los ítems, colocando las ideas más importantes y que más se repiten en la bibliografía que he revisado.

1. Definición.

La fibromialgia es una enfermedad que se caracteriza por:

- Dolor e hipersensibilidad musculoesquelética, generalizados y crónicos.
- Tener frecuentemente síntomas “neuropsicológicos”, como fatiga, sueño percibido como no reparador, disfunción cognitiva, ansiedad y depresión.
- Por asociarse con mayor frecuencia a otros síndromes que tienen dolor y fatiga, como fatiga crónica, desorden temporomandibular, cefalea crónica, colon irritable, síndrome de vesícula dolorosa y otros dolores pélvicos inespecíficos.
- La importancia que tiene el sistema nervioso central en la mantención del dolor y de los demás síntomas.
- Tener consecuencias negativas en el plano físico y social.

2. Epidemiología.

Las cifras de prevalencia reportadas en la fibromialgia son extremadamente variables. Hay estudios de población general, de mujeres adultas, de

mujeres de tercera edad y de pacientes de atención primaria y reumatológica. La prevalencia puede variar entre 2 y 10 %. Existen grandes diferencias entre las edades encontradas para el inicio de la enfermedad y hay acuerdo sobre su presencia en todos los niveles socioeconómicos y sobre una proporción de 9 mujeres por cada hombre diagnosticado.

En España, es posible que un 4 % de las mujeres adultas tengan fibromialgia.

3. *Clínica.*

La descripción del cuadro clínico se centra en el hallazgo de 6 elementos:

1. Dolor e hipersensibilidad, generalizados y en relación al esqueleto axil. El dolor es mal circunscrito, relatado como intenso y limitador de la funcionalidad. Para el diagnóstico se exige que se presente la mayor parte del día, la mayoría de los días y por lo menos por 3 meses. Algo característico, es la mayor sensibilidad dolorosa evocada por los pacientes. Suele haber hipersensibilidad dolorosa para estímulos de presión, calor y frío (alodinia). Se plantea que la razón de este fenómeno es el procesamiento anormal del dolor y no la existencia de una patología musculoesquelética. La evaluación de puntos dolorosos, difundida por el Colegio Americano de Reumatología, se sigue usando, pero ha ido cayendo en descrédito su utilidad diagnóstica.

2. Síntomas neuropsicológicos como fatiga, rigidez, trastornos del sueño, disfunción cognitiva, ansiedad y depresión. Se describen síntomas variables en su tipo e intensidad. Existe asociación frecuente a problemas de personalidad.

3. Trastornos dolorosos con manifestaciones clínicas similares como cefalea, dolor facial y mandibular, dolor mioaponeurótico de cuello y espalda, artralgia, dolor visceral digestivo, urinario y pélvico. Se postula que hay alteraciones de vías nerviosas compartidas, lo que motiva a un tratamiento global.

4. Asociación a enfermedades musculoesqueléticas, infecciosas, metabólicas o psiquiátricas. Ellas pueden simular o iniciar una fibromialgia.

5. Factores psicosociales. El estrés subjetivo u objetivo puede iniciar o exacerbar la fibromialgia. Existe asociación a violencia intrafamiliar. Se supone una interacción a nivel de sistema nervioso central, que explicaría la utilidad de intervenir sobre el estrés.

6. Deterioro funcional físico y mental y deterioro de rol social. La valoración y comprender estos aspectos mejoran el logro de metas terapéuticas.

4. *Análisis de laboratorio y estudios radiográficos.*

Son recomendables en el estudio diagnóstico realizar exámenes de rutina como la velocidad de sedimentación, proteína C reactiva, biometría hemática, perfil bioquímico y medición de hormonas tiroideas. Según la historia clínica y el examen físico pueden ser necesarias otras pruebas serológicas y de anticuerpos, así como imágenes radiológicas.

5. *Diagnóstico diferencial.*

Las características del dolor y de la hipersensibilidad, un buen examen físico y algunas pruebas de laboratorio, suelen ser suficientes para diferenciar la fibromialgia de otras enfermedades inflamatorias, infecciosas, no inflamatorias degenerativas o lesionales, endocrinas, neurológicas, psiquiátricas y de reacciones adversas a fármacos (Cuadro 1).

6. *Etiología, fisiopatología.*

Ha resultado difícil encontrar una causa orgánica demostrable para la fibromialgia. En los últimos años se ha descrito un grupo de enfermedades en que existe una alteración del sistema nociceptivo del dolor, aludiendo a un origen de neurológico central de la fibromialgia y de otras enfermedades asociadas con dolor. La investigación señala que existen problemas en el procesamiento sensorial de las vías nerviosas ascendentes y descendentes y la alteración regulatoria de neurotransmisores como la dopamina, serotonina y noradrenalina.

Además, se menciona un factor genético complejo, múltiple y predisponente, asociado a las vías sensoriales y a la regulación de los neurotransmisores.

Los factores emocionales y cognitivos están asociados a la percepción de los síntomas más que a su génesis. Existen escasas publicaciones, preferentemente en el área psiquiátrica, en que el origen se relaciona con la histeria, los trastornos somatomorfos, simulación, neurosis de renta y condiciones socio culturales contemporáneas.

La controversia médica respecto a la validez del diagnóstico de la fibromialgia se funda en la ausencia de una fisiopatología clara. Se ha propuesto llamar a la enfermedad "síndrome de fibromialgia", para destacar que se trata de una agrupación de síntomas variados, y se recomienda que sea considerada una enfermedad funcional en la medida que los medios que posee la medicina actual, no puedan avanzar en su identificación física.

7. Tratamiento.

El tratamiento se organiza en farmacológico y no farmacológico. El órgano blanco de los medicamentos son las vías del dolor y el sistema nociceptivo. Han mostrado resultados favorables en disminuir los síntomas el uso de antidepresivos (amitriptilina, duloxetina, venlafaxina y milnacipram) y de anticonvulsivantes (gabapentina y pregabalina).

Como tratamiento no farmacológico se menciona la utilidad de informar y educar sobre las características específicas de la fibromialgia y sobre sus posibilidades terapéuticas. Se propone centrar el tratamiento en disminuir la percepción de enfermedad, en recuperar el estado funcional y en mantener un buen acondicionamiento físico. Disciplinas como el Yoga y el Tai-chi han sido recomendadas. Con frecuencia se muestran como beneficiosas las estrategias cognitivo conductuales.

8. Pronóstico y evolución.

No encontré información médica sobre la evolución de los pacientes a mediano y largo plazo, ni sobre el pronóstico de la enfermedad. Los resultados de los tratamientos muestran disminución del dolor, disminución de las consultas médicas y de los gastos sanitarios, así como menor ansiedad y depresión en los pacientes. Hay autores que señalan que la toma de decisiones compartida con los pacientes mejora los resultados en disminuir el dolor y recuperar la funcionalidad.

4. Discusión.

Existe un estudio de meta análisis con metodología de medicina basada en evidencia, publicado en el año 2009 por un grupo de expertos alemanes . La reunión y revisión que ellos hicieron de 8000 publicaciones existentes sobre la fibromialgia, arrojó unos resultados que se pueden resumir en 3 ideas sobre el conocimiento médico de la fibromialgia:

1. Se define por sus síntomas y signos, más que por cualquier lesión corporal consistentemente identificable. El término apropiado es "Síndrome de fibromialgia".

2. Se define por los criterios del Colegio Americano de Reumatología y se clasifica como un síndrome somático funcional, mientras no exista una lesión física claramente demostrable. Existe una constelación típica solo de síntomas y es necesaria la exclusión de enfermedades inflamatorias y me-

tabólicas que podrían causar los mismos síntomas. No es fiable el hallazgo de puntos dolorosos.

3. Se recomienda un enfoque de tratamiento por etapas, en que el paciente y el médico decidan conjuntamente sobre las opciones de tratamiento. Se recomiendan fuertemente ejercicios aeróbicos, amitriptilina, terapia cognitiva conductual y terapia de hidromasaje.

Más allá del cuestionamiento sobre la metodología de la medicina basada en evidencia, en cuanto a que lo evidenciable científicamente no es lo único que sabe la medicina, es destacable que lo que puedo concluir con mi revisión médica coincide con el meta análisis. A pesar de la gran cantidad de publicaciones revisadas (la bibliografía está disponible al final del artículo), la información se repite y satura rápidamente, confirmando que lo que finalmente se sabe de la fibromialgia es limitado.

La definición de la fibromialgia aparece como una enumeración de síntomas y percepciones peculiares, asociados a una constelación de enfermedades que se manifiestan con dolor y fatiga. La gran dispersión de los datos epidemiológicos, especialmente la diferencia entre las prevalencias en los distintos niveles sanitarios de atención de pacientes, sugieren un problema en la validez del diagnóstico.

Al describirse el cuadro clínico, la información encontrada no integra los aspectos psíquicos y físicos de los pacientes, existiendo una tendencia a mantener los elementos emocionales y sociales como una asociación de orden secundario. Parece muy importante en la valoración diagnóstica el análisis del dolor y la hipersensibilidad. Sus características generalizadas, no sistematizables y su valoración subjetiva, junto a una buena entrevista y un examen físico minucioso, orientan suficientemente el diagnóstico diferencial y el uso de recursos de laboratorio y de imágenes. Los signos físicos medibles han sido progresivamente desechados y los intentos por mensurar el dolor y su distribución topográfica parecen inútiles.

La etiología sigue siendo incierta. Predominan las explicaciones organicistas y solo en la medida que los resultados han sido escasos, se ha recurrido a la concurrencia de factores emocionales y sociales y a la necesidad de una comprensión integral de los pacientes. Los estudios genéticos mencionan una multifactorialidad y la posibilidad de una predisposición, información poco útil y que no ayuda en la prevención. Los estudios neurofisiológicos conceptualizan un "órgano periférico y central del dolor", en que solo se conocen los hallazgos anatómicos, la regulación parcial de

los neurotransmisores y la organización en base a niveles de regulación. Sin embargo, poco se sabe de cómo funciona el sistema nociceptivo y sobre la manera cómo interactúan el tronco cerebral, los núcleos de la base del cerebro y la corteza cerebral. Es decir, no se sabe cómo el dolor es afectado por las funciones corporales automáticas, las emociones, la cognición, la percepción y la conciencia.

Sobre el tratamiento me parece al menos sospechoso el uso de psicofármacos antidepresivos y ansiolíticos. Ciertamente, parece conveniente que las regulaciones neuronales del dolor respondan a fármacos que alivian los síntomas emocionales. También, parece curioso que los analgésicos sean poco citados para el tratamiento y que el uso de corticoides y opiáceos resulte contraproducente. El tratamiento no farmacológico tiene dos puntos de partida claves, la educación y la información. El trabajo médico y no médico orientado a mejorar la condición física es altamente recomendado, pero no se mencionan explicaciones fisiológicas de su utilidad.

Es llamativo que el diagnóstico de trastorno somatomorfo (Cuadro 2), un trastorno psiquiátrico conocido, no es mencionado ni abordado en la mayoría de las publicaciones. Por el contrario, ellas tienden a recomendar el uso restringido y separado de los trastornos psiquiátricos (como comitancia). Solo hay un desarrollo mayor de estos aspectos cuando se revisan publicaciones de origen psiquiátrico y psicológico. Sin embargo, la medicina reconoce la utilidad de unas intervenciones llamadas cognitivo conductuales, de la psicoterapia y del abordaje de factores estresantes personales y ambientales.

La falta de información sobre el pronóstico y la evolución de estos pacientes, coloca al conocimiento médico en una difícil situación. Parece ser que las publicaciones no pueden decir con claridad cuál es el aporte real de la atención médica. Si pensamos en los fines de la medicina descritos por el Hasting Center , como la prevención y la promoción de la salud, la disminución y el cambio en el curso del dolor y el sufrimiento y el cuidado y la curación de los enfermos, poco se puede concluir de su logro en los pacientes con fibromialgia. Finalmente, resulta imposible creer que la existencia de una enfermedad solo se puede definir por el conocimiento de una etiología o una fisiopatología. Los pacientes con fibromialgia se sienten enfermos y solicitan ayuda médica y por lo tanto deben ser ayudados como tales.

5. Conclusión.

Durante varias semanas he buscado de forma arbitraria un número de libros, guías clínicas y artículos médicos en español, inglés, y portugués, que reportan el conocimiento médico sobre la fibromialgia. En un afán por transmitir este conocimiento a un grupo de profesionales, académicos y público en general, que participan de nuestro seminario, he hecho un resumen de la información encontrada y he discutido la validez del conocimiento para comprender y asistir a los pacientes con fibromialgia.

Sin pretender que este sea un estudio de rigor metodológico, he querido entregar un primer marco teórico que sirva para dialogar entre disciplinas como la medicina, la antropología médica, la psicología y la antropología filosófica. Me animo a concluir, que el conocimiento médico reportado tiende a ser poco integrador y confuso. Permanece una tendencia a abordar por separado el cuerpo y la psiquis de los pacientes, insistiendo en la necesidad de tener explicaciones científico naturalistas más que comprensiones humanas del enfermo. Con los pacientes con fibromialgia es necesario definir la enfermedad antropológicamente y no en base al conocimiento de la etiología. Apremia un trabajo médico con correcciones conceptuales, tanto en el diagnóstico clínico como en su tratamiento. Es necesario dar cuenta del pronóstico y la evolución de esta enfermedad, solo así la medicina puede constatar su acción y su beneficio a los pacientes.

2. EXPECTATIVAS Y FRACASOS EN EL TRATAMIENTO DE LA FIBROMIALGIA.

Miguel Ángel Muniain Ezcurra, Facultad de Medicina, Universidad de Sevilla.

Sumario: 1. Expectativas del paciente y dificultades del médico. 2. Aspectos sobre los que es más fácil informar. 3. Lo necesario para que los médicos podamos responder a las expectativas. 4. El fracaso.

1. Expectativas del paciente y dificultades del médico.

En un Seminario del Programa de Doctorado de Filosofía como este, en el que participamos una gran variedad de profesionales, creo que es conveniente que comience diciendo que soy médico y por tanto, mi profesión consiste en intentar curar a las personas. No es una profesión sencilla, porque de hecho, curar, lo que se dice curar, ocurre poco. Laín Entralgo decía que los médicos curamos pocas veces, aliviarnos algunas veces más y deberíamos consolar siempre. El reto es considerable.

Desde el comienzo de la medicina, unas personas acudían a otras para buscar una solución a un problema de salud. Las expectativas de lo que un paciente espera son ilimitadas, o mejor dicho, solo están limitadas por la dimensión del proceso que se padece. Así, un paciente que trabajaba en el campo y se había clavado una espina en la planta del pie, lo que esperaba era que el médico le extrajera el cuerpo extraño. Por el contrario, si la mujer del faraón estaba de parto y aquello no iba bien, lo que se esperaba es que el médico llevara a buen término un parto complejo. En las dos circunstancias los pacientes tenían puestas grandes expectativas en los médicos, aunque la gravedad en sí misma de cada proceso, era diferente.

Pero ¿cómo se han generado las expectativas sobre el actuar de los médicos? Por la información. Cuando se sabía de alguien que tenía algunas capacidades, en este caso mejorar la salud, y había una persona con problemas de salud, los amigos, los vecinos o algún conocido, lo llevaban al “experto”. Si la cosa iba bien, aquello correría como la pólvora. Las expectativas son generadas por la información.

En la actualidad y especial en estos años, los medios de comunicación se han ocupado de un modo progresivo de aspectos relacionados con la salud. Tanto en los medios escritos como en la radio y televisión, hay abundante información sobre la salud. Cuando todo este sistema se pone a trabajar, la capacidad de generar expectativas en la sociedad es ilimitada.

2. Aspectos sobre los que es más fácil informar.

1. Grandes logros o descubrimientos. Por ejemplo, el número de trasplantes, el tratamiento de infecciones hasta ahora incurables, como la hepatitis C, los buenos resultados en el tratamiento de muchos cánceres.

2. El enfrentamiento de las epidemias. En muchas ocasiones se emplea esta información para señalar responsables sanitarios o políticos por la oportunidad de sus respuestas. Por ejemplo, cuando la OMS recomendó la vacunación masiva por la Gripe hace unos años, se le acusó de actuar en exceso. Por el contrario, en estos días se le acusa por actuar tarde en la emergencia sanitaria del virus Zika.

3. Los productos milagrosos. Especialmente la medicina no convencional y los productos de parafarmacia son anunciados como curativos y sin efectos secundarios.

Raramente se habla de las limitaciones de la medicina. Y cuando se habla de limitaciones, los medios de información se refieren más a los errores médicos y de los sistemas sanitarios.

Es preciso informar sobre las limitaciones de la medicina. A pesar de todos los avances, impresionantes, de la ciencia médica, son muy pocas las enfermedades que han desaparecido. Todo lo contrario. Es que aún los pacientes pueden morir o tener serios problemas de salud por padecer procesos que aparentemente son banales. Es fácil explicar que un paciente fallezca de un cáncer avanzado, pero es difícil explicar que una infección de la piel, tras una herida menor, origine la muerte de un paciente que estaba previamente sano. Esto sigue ocurriendo.

3. Lo necesario para que los médicos podamos responder a las expectativas.

1. Mayor conocimiento científico. Es decir, precisamos conocer cual o cuales son las causas de una determinada enfermedad. Muchas veces conocemos lo que pasa en una enfermedad y pocas veces sabemos la causa de ella. Necesitamos conocer al menos los mecanismos que producen la

enfermedad. Pero además, precisamos disponer de las pruebas necesarias (estudios de laboratorio, estudios de imagen, etc.) que nos permitan asegurar que es esa enfermedad y no otra. Por fin, necesitamos tratamientos eficaces.

2. Precisamos habilidades, no solo para realizar una intervención, sino para lo que es más difícil: de los datos recogidos del paciente solicitar e interpretar adecuadamente las pruebas realizadas. Luego, saber elegir la más adecuada entre las diversas posibilidades que se plantean.

3. Actitudes. Orientadas al bienestar del paciente, el ejercicio de su autonomía y en un marco de justicia social.

4. El fracaso.

Habitualmente, no estamos formados para pensar y enfrentar el fracaso en cualquier campo de la vida. Si las expectativas de los paciente son ilimitadas, no lo son menos las de los estudiantes de medicina. Por eso, asumir el fracaso es una asignatura pendiente en medicina. Decir “no sé qué tiene” o “no sé qué hacer” se cambia por una fácil respuesta: “que lo vea otro”. Hay momentos en que hay que decir “de esto nadie sabe más”, lo que suele ser difícil de decir y entender.

La Fibromialgia es una enfermedad de causa desconocida, que se asocia en ocasiones a diversos procesos, tales como síndrome de fatiga crónica, síndrome del intestino irritable, cistitis intersticial, trastornos motores del tubo digestivo, etc. Todos estos procesos asociados son también de causa desconocida y no hay exámenes que nos permitan asegurar el diagnóstico. La Fibromialgia se acompaña en muchas ocasiones de trastornos anímicos, síntomas depresivos y ansiosos.

No es difícil que el médico fracase en los procesos de los pacientes con fibromialgia, por varias razones:

1. Desconocemos la causa.
2. No disponemos de pruebas de laboratorio o de imagen que tengan sensibilidad y especificidad suficientes para diagnosticar la enfermedad.
3. No es posible hacer un pronóstico razonable.
4. No disponemos de tratamientos universalmente efectivos.

Durante mucho tiempo a los pacientes con Fibromialgia se les ha considerado pacientes psiquiátricos. De hecho, el aumento de su frecuencia, como

si se tratase de una “epidemia”, su aparición reciente y algunas de sus características clínicas, han tenido como consecuencia el que muchos profesionales consideren que esta enfermedad ha venido a completar el espacio dejado por la histeria. Actualmente son pocos los casos de histeria que se diagnostican en adultos. Para muchas personas, padecer una enfermedad psiquiátrica es una afrenta. Algunos comportamientos se imitan a nivel social y esta imitación subconsciente, puede generar alteraciones y conflictos que no se pueden resolver.

Cualquier médico que ha visto pacientes con un cuadro clínico de dolores generalizados, trastornos del sueño, cansancio, etc., ha sido testigo del sufrimiento de estos pacientes, a pesar de padecer un proceso que no se pueden diagnosticar con seguridad. Es más, muchos profesionales temen hacer el diagnóstico de fibromialgia por las consecuencias negativas que se producen en los pacientes, al quedar anclados a la enfermedad. Otros, por el contrario, consideran que es necesario hacer un diagnóstico lo más pronto posible, con la esperanza de que se eviten así pruebas complementarias y visitas médicas innecesarias.

Creo que el término fibromialgia engloba varios procesos diferentes, con tratamientos diferentes y en los que la esfera anímica juega un papel determinante. Igualmente considero que no se puede intentar ayudar a estos pacientes con tratamiento farmacológico exclusivamente. La actividad física y la psicoterapia, junto con un razonable uso de los medicamentos, pueden ser de considerable ayuda. Muchos pacientes y en ocasiones sus familiares desean que se les realicen “todas las pruebas disponibles para diagnosticarlos adecuadamente”. Las limitaciones deben explicarse en este contexto, dado que la realización de pruebas complementarias innecesarias no está carente de efectos indeseados.

3. FIBROMIALGIA Y MITOCONDRIA.

Fernando Galán Galán, Facultad de Medicina, Universidad de Sevilla

Sumario: 1.La definición de fibromialgia según el Centros para el Control y Prevención de Enfermedades (CDC). 2.¿Enfermedad o síndrome? 3.Prevalencia de la Fibromialgia. 4.¿Dónde situar la fibromialgia? 5.Datos que demuestran una alteración mitocondrial en la FM. 6.¿Cuál es la relación entre los síntomas del estrés oxidativo y FM? 7.Referencias.

1. La definición de fibromialgia según el Centros para el Control y Prevención de Enfermedades (CDC).

En la práctica clínica, no es raro encontrar pacientes con la superposición de síntomas de algunas condiciones comunes, incluyendo, entre otras, síndrome de fatiga crónica, la fibromialgia, la depresión y la enfermedad psicósomática. Y, más recientemente, también se puede incluir la enfermedad mitocondrial, aunque menos común, pero no muy rara.

Comenzaré por la definición de fibromialgia según el Centros para el Control y Prevención de Enfermedades (CDC) “La fibromialgia es un trastorno de etiología desconocida que se caracteriza por dolor musculoesquelético generalizado, trastornos del sueño, cansancio y a menudo acompañado de problemas del estado de ánimo”

A la pregunta ¿Dónde situar la fibromialgia? Contestaré con la Clasificación Internacional de Enfermedades (CIE-10) en Capítulo XIII: “Enfermedades del sistema osteomuscular y del tejido conectivo” códigos M00-M99”.

- Código M79: “Otros trastornos de los tejidos blandos, no clasificados en otra parte”

2. ¿Enfermedad o síndrome?

La siguiente pregunta que me hago es: ¿enfermedad o síndrome?

- Código M79-7: el Síndrome de la fibromialgia debe ser clasificado como un síndrome somático funcional, en lugar de un trastorno mental. Síndrome somático funcional (SSF)

- El diagnóstico requiere:

- La presencia de síntomas somáticos,

- La ausencia de condiciones médicas que expliquen estos síntomas.
- La investigación epidemiológica del SSF ha descuidado evaluar el segundo criterio debido a la limitación de poder llevar a cabo los exámenes médicos.

3. Prevalencia de la Fibromialgia.

- 0,5-4% de la población
- ¿Por qué tan amplio rango?
- Por los criterios usados
- Los criterios de diagnóstico para la fibromialgia han evolucionado a lo largo de los años.
- En 1990 requirieron la palpación de “puntos sensibles” por un médico y la presencia de dolor generalizado durante al menos 3 meses. Y ausencia de otras patologías
- En 2010, eliminó el examen de los puntos sensibles, pero se basó en el médico valora la gravedad en dos escalas, Y ausencia de otras patologías
- En 2011 (2010 m), eliminó las estimaciones del médico y los reemplazó con resumen generado por el paciente derivado de la percepción subjetiva de los síntomas.
- “Los criterios diagnósticos modificados de 2010 abarcan un espectro más amplio de pacientes con fibromialgia-like síntomas que los de 1990” por lo que son más sensible pero claramente menos específicos.

4. ¿Dónde situar la fibromialgia?

Otra posible respuesta es como un Síndrome de Sensibilidad Central.

Aunque su iniciación proviene de mecanismos periféricos que producen dolor, la entrada nociceptiva persistente conduce a cambios en el sistema nociceptivo central.

Después de la inducción de la sensibilización central, sensaciones dolorosas pueden surgir independientes de la entrada nociceptiva periférica.

Algunas de sus características son:

- Trastornos del dolor unidos por un proceso patológico unificador de la nocicepción disregulada, referido como “sensibilización central.
- Estos trastornos a menudo co-ocurren (overlapping = solapamiento)
- Los tratamientos de acción central: pregabalina o duloxetina
- Para probar si efectivamente existe este síndrome, necesitaremos un conjunto claro de criterios de diagnóstico y de biomarcadores para ello.

- Si nos atenemos al aspecto de Overlapping = solapamiento) observamos en la literatura estos resultados:
- El 75% de los pacientes con criterios de Fibromialgia (FM) cumplen los criterios del S. temporomandibular (TMD)
- El 18% de los pacientes con TMD cumplen con los criterios de FM,
- El 32- 80% de los pacientes con FM cumplen con IBS (S. intestino irritable)
- El 32- 65% de los pacientes con IBS cumplen los criterios para FM.

Como resumen a esta primera parte sobre la Fibromialgia podemos concluir con:

El médico debe informar al paciente de que no existe una cura para la fibromialgia, pero los tratamientos no farmacológicos y farmacológicos solos o combinados pueden mitigar los síntomas y mejorar la función en las personas afectadas.

Si continuamos con la pregunta ¿dónde situar la fibromialgia?, la tercera posibilidad es como estrés oxidativo y disfunción mitocondrial

La mitocondria es un importante orgánulo del interior de la célula, y una función crucial de las mitocondrias es generar energía en forma de ATP (trifosfato de adenosina) a través de la fosforilación oxidativa utilizando predominantemente hidratos de carbono y ácidos grasos como combustible. El sistema de la fosforilación oxidativa (OXPHOS) se encuentra en la membrana interna y consta de cinco complejos de proteínas multiméricas: complejos I-IV de la cadena respiratoria y V complejo (ATP sintasa). Además, hay dos transportadores de electrones móviles (co-enzima Q10 y citocromo c).

La síntesis ATP se lleva a cabo mediante dos procesos metabólicos coordinados:

1. Ciclo de Kreb's
2. Cadena respiratoria mitocondrial, fosforilación oxidativa (Oxphos)

Las mitocondrias están bajo control genético dual de los genomas mitocondriales y nucleares. Sólo treinta y siete genes (22 ARN de transferencia, 2 ARN ribosomal, 13 polipéptidos que forman subunidades estructurales del sistema de fosforilación oxidativa) están codificadas por el ADNmt.

El resto de las proteínas mitocondriales, incluyendo la mayoría de las subunidades de la cadena respiratoria (79 de 92), los factores de ensam-

blaje de la cadena respiratoria, aquellos involucrados en el mantenimiento y la expresión de ADNmt y en su transcripción y traducción, así como en el control de la dinámica mitocondrial están codificadas por el núcleo, sintetizadas en el citosol e importadas a la mitocondria.

5. Datos que demuestran una alteración mitocondrial en la FM.

- Acúmulos subsarcolemales de mitocondrias en biopsias musculares (1984; 1986)
- Menor n° de mitocondrias y aumento de su tamaño (1984)
- Alto n° de biopsias con presencia de fibras rojo rasgada (2004)
- fibras citocromo c oxidasa negativas, indicando déficit de citocromo c oxidasa o complejo IV (1993)
- El artículo “Miopatía mitocondrial imitando el síndrome de la fibromialgia” de Villanova M et al. *Muscle Nerve* 1999;22:289–91. en el que describen a una mujer de 45 años de edad con FM y delección ADNmt de \approx 4 kb y propusieron la presencia de pacientes con enfermedades mitocondriales entre los pacientes diagnosticados de FM.

Pero esta producción de energía por la mitocondrias tiene una contrapartida que es la producción de especies reactivas de oxígeno.

Las mitocondrias son una fuente importante de ROS (especies reactivas de oxígeno) en la mayoría de las células de mamíferos.

El Estrés oxidativo es una pérdida de equilibrio entre altos niveles de producción ROS y los mecanismos de defensa antioxidante.

La producción de ROS por las mitocondrias puede conducir a daño oxidativo en las proteínas mitocondriales, membranas y en el ADN que afecte a la capacidad de las mitocondrias para sintetizar ATP y llevar a cabo su amplia gama de funciones metabólicas, que son esenciales para el funcionamiento normal de la mayoría de las células. El daño oxidativo mitocondrial también puede aumentar la tendencia de las mitocondrias para liberar proteínas al espacio intermembrana, tales como citocromo c (cyt c) al citosol por mitocondrial permeabilización de la membrana exterior (MOMP) y de ese modo activar la maquinaria apoptótica de la célula. Además, la producción mitocondrial ROS conduce a la inducción del poro de transición de permeabilidad mitocondrial (PTP), que hace que la membrana interna permeable a moléculas pequeñas en situaciones tales como la lesión por isquemia / reperfusión. Por consiguiente, no es sorprendente que el daño oxidativo mitocondrial contribuye a una amplia gama de pa-

tologías. Además, el ROS mitocondrial puede actuar como una señal redox modulable, que afecta de forma reversible la actividad de una serie de funciones en la mitocondria, citosol y el núcleo.

6. ¿Cuál es la relación entre los síntomas del estrés oxidativo y FM?

Recientes estudios han demostrado que el estrés oxidativo puede causar:

- Sensibilización periférica y central y alterar la nocicepción.
- Lo que resulta en la hiperalgesia mediada por mecanismos oxidantes locales y espinales.

Mario D Cordero et al. han evidenciado en pacientes con Fibromialgia, niveles reducidos de coenzima Q10, disminución de potencial de membrana mitocondrial así como aumento de producción de las especies reactivas de oxígeno (ROS), como un marcador de la disfunción mitocondrial.

Este mismo autor en 2013, tratando a estos paciente con CoQ10 observó reducción del cuestionario de impacto de fibromialgia (FIQ) ($p < 0,001$), reducción del dolor ($p < 0,001$), fatiga y cansancio matutino ($p < 0,01$). Así como disminución significativa de los niveles de ROS.

Por último quisiera referir el reciente artículo de M Cordero et al. en el que se muestra por primera vez una mutación homoplásmica en el ADNmt (3251A> G) en una familia con diagnóstico de FM. Como era de esperar, la mutación fue maternamente transmitida y estaba presente en todos los miembros de la familia con manifestación clínica típica de FM. Los estudios fisiopatológicos mostraron evidencias de una disfunción mitocondrial en las células del paciente que fue restaurada con tratamiento de CoQ10.

En conclusión, “proponen la indicación de análisis de secuencias de ADN mitocondrial en pacientes con FM con evidencias de herencia materna. La presencia de síntomas similares a las miopatías mitocondriales podría desenmascarar las enfermedades mitocondriales entre los pacientes con FM que podrían beneficiarse de las pruebas de diagnóstico genético mediante análisis de secuencias de ADN mitocondrial y ser elegibles para el tratamiento con CoQ10 y / u otro compuesto con efectos en la mitocondria”.

7. Referencias

CORDERO, M. (et. al.), *Mitochondrial dysfunction and mitophagy activation in blood mononuclear cells of fibromyalgia patients: implications in the pathogenesis of the disease*, Arthritis Research & Therapy, 2010.

CORDERO, M. (et. al.), *Can Coenzyme Q10 Improve Clinical and Molecular Parameters in Fibromyalgia?*, Antioxidants & Redox Signaling, 2013.

CORDERO, M. (et. al.), *Mutation in cytochrome b gene of mitochondrial DNA in a family with fibromyalgia is associated with NLRP3-inflammasome activation*, J Med Genet, 2015; 1-10.

4. APORTACIONES DEL MÉTODO DE LA CIENCIA AL ESTUDIO DE LA FIBROMIALGIA.

Rafael Moreno Rodríguez, Facultad de Psicología, Universidad de Sevilla.

Sumario: 1. Criterios caracterizadores del método de la ciencia. 2. Aplicaciones a la caracterización de la fibromialgia. 2.1. Ajuste en la caracterización de la fibromialgia. 2.2. Precisión en la caracterización de la fibromialgia. 2.3. Diferenciación en la caracterización de la fibromialgia. 3. Conclusiones. 4. Referencias bibliográficas.

1. Criterios caracterizadores del método de la ciencia.

Toda disciplina o materia es definida por un doble componente: los contenidos de los que trata, y el método o forma en como los aborda. En las disciplinas que pretenden ubicarse en el marco de la ciencia los contenidos son específicos de cada una, pero en todas ellas el método debería ser el mismo. Esta semejanza metodológica entre disciplinas que, como Medicina o Psicología, participan en el Seminario recogido en esta publicación es lo que da cabida a una ponencia como la presente. Ésta señala en primer lugar los criterios más característicos del método de la ciencia, esbozando después aplicaciones de ellos al estudio de la fibromialgia.

El método de la ciencia puede ser entendido como el modo que la Humanidad ha ido conformando a lo largo de las últimas centurias para conocer la realidad e intervenir en ella, procurando hacerlo de la forma más convincente posible al basarse en evidencias que permitan la contrastabilidad de sus problemas y soluciones. De tal modo, las tareas y procedimientos reconocidos actualmente como constitutivos de la ciencia pueden entenderse como una depuración de los utilizados por el ser humano en su vida cotidiana para plantear y resolver preguntas y problemas.

Esa depuración caracterizadora de la ciencia es resumida con denominaciones diversas como rigor, objetividad o validez, delimitadas de muchas maneras a lo largo del tiempo. A medida que se ha ido necesitando destacar requisitos que deberían cumplir las distintas tareas del actuar científico, se han ido acuñando diversos términos y nociones, entendidas actualmente como tipos y criterios de validez. Algunos como validez de contenido y de constructo, de tratamiento, de sujetos y ecológica, interna

y externa, predictiva y criterial, o concurrente y aparente son ampliamente utilizados. También son referencias a validez o a sus carencias términos como control, confusión, exhaustividad, mutua exclusividad, ajuste, sesgo, solapamiento, fiabilidad, estabilidad, autenticidad, colinealidad, homocedasticidad, sensibilibilidad y robustez, junto con varias decenas más.

Esa alta cantidad de criterios supone una importante dificultad tanto para su aprovechamiento como para el aprendizaje del proceder científico. Abordando tales limitaciones, Martínez y Moreno (2014) han estructurado los numerosos criterios presentes en la literatura agrupándolos únicamente en tres, aplicables a cualquier elemento del trabajo científico sea éste objetivo de estudio, hipótesis, variable, relación, categorías o niveles de variables, técnicas de recogida de datos o para sus análisis, datos, conclusiones, informe de lo investigado o cualquier otro. Desde este punto de vista, en cada elemento deben cumplirse los tres siguientes criterios: i) *Precisión* o claridad, y por ello con fiabilidad o consistencia, sin que resulte difuso o ambiguo; ii) *Diferenciación* respecto al resto de elementos, a los entendidos como distintos, sin resultar confundido o solapado con ellos; y iii) *Ajuste* a su respectiva referencia, correspondiendo con ella sin faltas ni sobras, es decir con exhaustividad pero también con parsimonia.

Así pues, las disciplinas y profesiones científicas tienen la posibilidad de desarrollar y utilizar los conceptos y procedimientos que entiendan más adecuados en cada caso: pueden plantear constructos e indicadores, realizar experimentos y también estudios naturalistas, obtener datos numéricos y también de tipo verbal o gráfico, recogerlos mediante observaciones o a través de pruebas o reactivos, y analizar tales datos y obtener conclusiones a partir de técnicas estadísticas o con procedimientos cualitativos. Sin embargo, si se desea ubicar a toda esa variedad de posibilidades en el marco de la ciencia, cada una de ellas deberá cumplir en la mayor medida posible con los tres criterios recién señalados, los que resumen la validez científica con las siglas PDA de sus iniciales.

2. Aplicaciones a la caracterización de la fibromialgia.

De acuerdo con la propuesta recién descrita, también el abordaje de la fibromialgia debería cumplir en la mayor medida posible con los criterios PDA de validez. Ello se aplica a todas las fases que deban seguirse en el citado abordaje, desde la caracterización del tema, hasta cada una de las tareas de las investigaciones que se realicen sobre él ya sean con datos

propios o de la literatura. Por la limitación de espacio de la presente obra, lo que sigue está circunscrito a la tarea de caracterización o delimitación de la fibromialgia.

Como punto de partida conviene tener presente que la caracterización de temas de estudio en ciencia no debe ser entendida como la captación de la realidad “tal como es”, en este caso de “lo que es” la fibromialgia. La fibromialgia no debería ser entendida como algo con entidad previa a su conocimiento y por tanto a descubrir. Lo que existe son personas que sufren en unos modos que, según lo señalado por la literatura, aún no han sido delimitados de manera satisfactoria. En este sentido, la fibromialgia debería ser lo que se considere más adecuado concebir para entender qué les ocurre a esas personas y por qué, para así poder ayudarles. Ello debería ser la referencia a la que debería ajustarse la noción de fibromialgia a consensuar, que deberá quedar planteada en términos precisos a la vez que diferenciada de otras nociones con las que pueda compartir características, cumpliendo así los tres criterios de validez. Los subapartados que siguen ilustran al respecto.

2.1. Ajuste en la caracterización de la fibromialgia.

Este criterio indica que la delimitación buscada debería incluir todo aquel elemento que ayude a definir fibromialgia, sin olvidar ninguno y sin incluir otros que no aporten información relevante, haciéndolo por tanto con exhaustividad y parsimonia. Esa delimitación debería incluir muy probablemente los elementos presentados a continuación y resumidos en la figura 1, a expensas en todo caso de las modificaciones que expertos en el tema pudieran considerar. Tales elementos incluyen variables y relaciones recogidas por la abundante literatura médica y psicológica disponible (p. ej., Deodhar y Marcus, 2011; Inanice y Yunus, 2004; Laroche y Guérin, 2015; Ministerio de Sanidad, Política Social e Igualdad, 2011; Wang et al, 2015), concepciones de la Psicología con intenciones de exhaustividad como ocurre con el modelo de campo interconductual (Kantor, 1978; Ribes y López, 1985), y los mencionados criterios metodológicos de validez.

Como primer elemento no puede faltar la consideración de las dolencias que manifiestan las personas sufrientes. Pueden agruparse en dos tipos: físicos o biológicos, como dolores, fatiga muscular, hipersensibilidad

y otros malestares corporales, y psicológicos como ansiedad, tristeza, estrés y trastornos del sueño.

También deberían considerarse las actividades de dichas personas respecto a las dolencias que padecen y que acaban de señalarse. Dichas actividades, ya sean observables para otros o privadas en forma de pensamientos, incluyen tanto las de tipo reactivo a las dolencias como las proactivas u operantes que tratan de modificarlas o actuar sobre ellas. Ello implica centrar la caracterización de la fibromialgia no ya en las dolencias de los sufrientes, sino en las interacciones o relaciones de doble sentido que mantienen con ellas, de reacción y de acción activa. Probablemente es esta ampliación de enfoque la que hace que buena parte de la literatura opte por hablar de síndrome fibromiálgico más que de fibromialgia delimitada preferente o únicamente por dolencias como las señaladas en el párrafo anterior.

Las relaciones entre las actividades de los pacientes y sus dolencias pueden resultar beneficiosas o perjudiciales, dependiendo del tipo de consecuencias que tengan en forma de la aparición o supresión de hechos en sus vidas. La importancia de tales consecuencias radica en que cada una de ellas lleva asociada para la persona una valencia o valoración, reflexionada o no, que puede resultar agradable o desagradable con mayor o menor intensidad. Dicha valencia constituye el tono emocional o sentimientos con que la persona vive tanto cada relación entre sus actividades y dolencias como las consecuencias que sigan, y conforma la razón o motivo de que en lo sucesivo actúe de una determinada manera. En función de esas valencias, será más probable que las actividades seguidas por ellas vuelvan a darse con el fin de repetir las satisfactorias y evitar o posponer las desagradables. En definitiva, el modo en como responda o actúe la persona respecto a sus dolencias le aportará unas consecuencias y valencias que a su vez podrán aumentar o amortiguar aquéllas, padeciéndolas de manera continuada y sin vislumbrar alternativas o viviendo con ellas al procurar que tengan el menor peso posible en la cotidianidad.

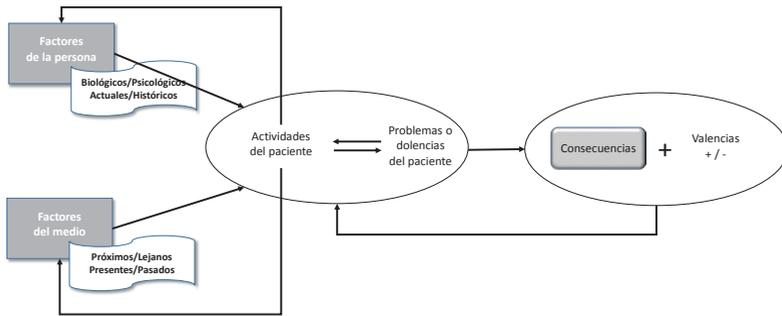


Figura 1: Configuración de elementos del síndrome fibromiálgico

Los elementos descritos hasta aquí no ocurren sin embargo en el vacío ni siempre de la misma manera, sino que se ven influidos por una amplia serie de factores. Algunos son propios del paciente, distintos a sus dolencias y a las actividades respecto a ellas, y otros son del medio que le rodea. De los factores de las personas algunos son biológicos, como la vulnerabilidad física o características genéticas, y otros son psicológicos como los hábitos de salud, habilidades de afrontamiento de dificultades en general o tolerancia a la frustración, resultados en buena medida de la propia historia individual. Del medio pueden señalarse sucesos o hechos percibidos por los pacientes, así como las actitudes y otras características de las personas que componen su entorno familiar, social y laboral si es el caso, más aspectos del hábitat físico como facilidades o inconvenientes de distintos tipos que contenga.

Estos factores, además de afectar directamente a las dolencias de los pacientes y a sus actividades respecto a ellas e indirectamente a sus consecuencias, también pueden ser modificados por la actividad de dichas personas si está a su alcance y lo permiten los propios factores.

En definitiva, los señalados hasta aquí serían elementos y relaciones a considerar para la descripción de lo que ocurre en cada caso de síndrome fibromiálgico, sujetos a una revisión exhaustiva de la literatura y a la valoración por expertos en el tema. No debe olvidarse, sin embargo, que en el mejor de los casos constituirían la descripción de la fibromialgia ya existente en personas, debiendo añadirse la consideración del origen y desarrollo de la misma, en la que deberían identificarse con validez los factores

de tipo biológico o psicológico que facilitan o producen la aparición de las dolencias. También es relevante señalar que considerar la configuración señalada como concepción general de la fibromialgia no resulta incompatible con centrar la atención sobre algunos de sus elementos en determinados estudios, que en todo caso aportarían su mejor rendimiento al ser integrados con lo que averiguado sobre el resto.

2.2. Precisión en la caracterización de la fibromialgia.

Además de su ajuste a lo que convenga delimitar en los pacientes, las caracterizaciones válidas de lo que pueda entenderse por fibromialgia ya desarrollada y de su origen y evolución requieren también la precisión de cada variable y relación consideradas.

Las variables pueden ser planteadas en los términos que se consideren útiles, por abstractos que sean necesarios para resumir una amplia cantidad de casos particulares. Pero inevitablemente han de ser traducidas a niveles de indicadores empíricos. Si no es así, la caracterización pretendida quedaría lastrada por la ambigüedad o falta de claridad. Cada variable debe quedar precisada también en dos o más niveles o categorías, especificando su tipo cualitativo, ordinal o cuantitativo.

Igualmente debe suceder con las relaciones consideradas, en las que debe precisarse además cuáles son sus términos independientes y dependientes. Ello supone por ejemplo precisar cada actividad de las personas como reactiva o proactiva respecto a sus dolencias y también respecto a los factores condicionantes. También debe precisarse con claridad cómo las valencias asociadas a las consecuencias de las actividades de los pacientes le influyen en cada caso a corto y también a medio y largo plazo. Eso podría explicar cómo consecuencias aparentemente beneficiosas de manera inmediata pueden resultar contraproducentes con posterioridad.

2.3. Diferenciación en la caracterización de la fibromialgia.

Además de ajustadas a sus referencias y precisas, las caracterizaciones de los síndromes fibromiálgicos desarrollados y de su origen deberían quedar diferenciadas de las delimitadoras de otros problemas, sobre todo aquellos con los que compartan algunas características. Asimismo, cada uno de sus elementos debe quedar diferenciado del resto, de cualquier otro considerado como distinto a él. Las señaladas a continuación son algunas de esas diferenciaciones a lograr.

Cada variable planteada y sus distintas categorías o niveles deben ser definidas de modo que resulten mutuamente excluyentes, sin solapamientos o confusiones con otras. Así por ejemplo, deben diferenciarse las actividades con las que cada paciente interactúa con sus dolencias y otras características suyas que pueden influir en tales actividades y ser influidas por ellas. También deben evitarse los solapamientos que se cometen a veces al plantear relaciones, entre dos términos que se suponen diferentes cuando en realidad se trata de uno solo denominado de maneras diferentes, constituyendo una pseudo-relación. Así ocurriría, por ejemplo, si se explicara la alta frecuencia de una determinada actividad considerando como causa la persistencia o tenacidad de la persona que la realiza, y se precisara esta persistencia en términos de la repetición o alta frecuencia de dicha actividad, justamente el supuesto efecto que se pretende explicar.

En las relaciones cuyos dos términos sí aparezcan diferenciados debe lograrse otra diferenciación, la de estos términos con otras variables que puedan influir en uno de ellos o en ambos. Toda relación se estudia en términos de la variación conjunta o covariación entre los niveles de su término independiente y dependiente, pero no debe olvidarse que dicha covariación puede deberse en realidad a las variaciones que sus términos puedan tener con otra u otras variables no tenidas en cuenta. Así sucede, por ejemplo, cuando se achaca la actividad de una persona a un suceso que no teniendo ese efecto parece tenerlo al variar a la vez que la auténtica causa. Se trata por tanto de diferenciar entre relaciones causales y las que no lo son.

En el caso de la fibromialgia y de otros muchos temas un ejemplo de esa necesidad de diferenciar entre covariaciones causales y no causales es el planteamiento usual en la literatura, y sin embargo discutible metodológicamente, consistente en aceptar que el equipamiento y funcionamiento biológico de las personas son causas productoras del funcionamiento psicológico. Se entiende así que si las personas hacen, dicen y sienten es debido a que su cerebro y resto de equipamiento biológico así lo provocan, o así lo deciden como incluso se llega a decir con frecuencia. A pesar del carácter mayoritario de tal asunción, esta debería ser repensada a partir de la diferenciación que puede y debe hacerse entre la mencionada y evidente base material biológica del comportamiento humano y los elementos del medio y de la propia persona que actúan –estos sí– como agentes productores o causas eficientes de dicho comportamiento. Expresándolos en

otros términos, el equipamiento biológico de los individuos, su *hardware*, es imprescindible para la actividad y dolencias de las personas. Pero es el conjunto y sucesión de relaciones entre ellas y con otros factores o características suyas y del medio, el *software*, lo que hace útil al soporte. De tal modo el cerebro y demás equipamiento material de tipo biológico debería dejar de ser considerado causa productora de las actividades y dolencias de las personas, pasando a ser en muchos casos el efecto de lo que éstas hacen y sufren (ver p. ej. Pérez-Álvarez, 2011).

3. Conclusiones

Los criterios de validez aplicados hasta aquí a la caracterización de la fibromialgia o síndrome fibromiálgico deben ser extendidos a las restantes fases de las investigaciones sobre el tema, es decir la recogida y el análisis de datos, la obtención de conclusiones a partir de lo hecho y la comunicación de todo ello. En la recogida y análisis de datos debe cuidarse la precisión de cada instrumento y procedimiento a utilizar, sin perder la lograda en las variables planteadas en el objetivo de cada estudio, haciendo las necesarias pruebas de fiabilidad o consistencia que muestren la precisión buscada. Para el ajuste de todos esos elementos al objetivo planteado, han de utilizarse los muestreos adecuados cuando así resulten necesarios, así como atenerse a las condiciones o supuestos que requieren muchas técnicas de análisis especialmente las estadísticas paramétricas. Y para la diferenciación de elementos deben utilizarse las técnicas de control disponibles tanto en la recogida de datos como en el análisis de ellos. También las conclusiones y la comunicación de lo hecho y hallado deben resultar precisas, ajustadas a lo pretendido, sin añadir lo que no esté fundamentado ni omitir errores ni aspectos encontrados, y diferenciadas entre sí. En definitiva, los tres criterios de validez señalados constituyen la guía para decidir en cada caso lo correcto de lo que se esté haciendo o planeando, para responder a la pregunta de “si está bien”, dotando así a cada profesional de la autonomía para auto-responderse sin necesidad de someter a expertos cada decisión. El texto ya citado de Martínez y Moreno (2014) recoge y estructura tales precauciones, y el de Moreno y Martínez (2014) los desarrolla para plasmarlas con validez en los informes de investigación.

En cualquiera de las aplicaciones de los tres criterios constitutivos de la validez debe tenerse en cuenta que, aunque diferentes entre sí, cada

uno de ellos se ve influido por los otros. Dos ejemplos: si falta la precisión de determinados elementos, falta información suficiente para decidir si se ajustan a sus referentes y si se diferencian de otros; y un sesgo o falta de ajuste por exceso de elementos puede hacer que estos sobrantes puedan confundirse con los que ajustan. Por esas influencias, la identificación de un criterio o su falta suele ir acompañada de la de otro.

Por último señalar que el orden de aplicación de los tres criterios suele resultar indiferente, recomendando en todo caso alguno de los dos siguientes: Comenzar atendiendo a la precisión de cada elemento, seguir considerando la diferenciación con el resto, para concluir con el ajuste a su referencia; o bien empezar por considerar el ajuste de cada elemento para en caso positivo revisar después su precisión y su diferenciación con el resto. Esas posibilidades explican que más arriba se hayan presentado los criterios en orden PDA, mientras que en su aplicación han sido considerados en orden APD.

4. Referencias bibliográficas

- DEODHAR, A., MARCUS, D.A. (2011), *Fibromyalgia: A Practical Clinical Guide*, NY: Springer, New York.
- INANICE, F, YUNUS, M. B. (2004), *History of Fibromyalgia: Past to Present*, Current Pain and Headache Reports, 8, 369-378.
- KANTOR, J.R. (1978), *Psicología interconductual: Un ejemplo de construcción científica sistemática*, Ed. Or. México: Trillas, 1958.
- LAROCHE, F., GUÉRIN, J., *Fibromyalgie: Où en est-on en 2015? Douleur et Analgésie*, 2015, 28, 31-39
- MARTÍNEZ, R. J., MORENO, R. (2014), *¿Cómo plantear y responder preguntas de manera científica?*, Síntesis, Madrid.
- Fibromialgia*. Ministerio de Sanidad, Política Social e Igualdad, Gobierno de España, 2011. <http://www.msps.es/profesionales/prestacionesSanitarias/publicaciones/docs/fibromialgia.pdf>
- MORENO, R., MARTÍNEZ, R., *Claves para la elaboración de informes de investigación empírica en Psicología y ciencias afines*, Universidad de Sevilla, 2014. <http://institucional.us.es/comoinvestigar/informe/informesdeinvestigacion.pdf>
- PÉREZ-ÁLVAREZ, M., *El mito del cerebro creador*, Alianza, Madrid, 2011.

RIBES, E., LÓPEZ, F., *Teoría de la conducta: Un análisis de campo y paramétrico*, México: Trillas, 1985.

WANG, S., HAN, C., LEE, S., PATKAR, A., MASAND, P., PAE, C., *Fibromyalgia diagnosis: A review of the past, present and future. Expert Review of Neurotherapeutics*, 2015, 15, 667-679.

5. LA FILOSOFÍA COMO ORIENTACIÓN EN LA TERAPIA APLICADA¹.

José Ordóñez-García, Facultad de Filosofía, Universidad de Sevilla.

Sumario: 1. Introducción. 2. Cuestiones metodológicas de intervención a raíz de la experiencia en la consulta. 3. Método de Intervención 1 (MI-1): Demarcación exoperceptiva (de la moral a la ética). 4. Método de Intervención 2 (MI-2): Demarcación endoperceptiva (de la ética a la moral). 5. Bibliografía.

1. Introducción.

Se debe tener en cuenta un principio fundamental en la actitud filosófica: no todo lo que uno hace agota la disciplina con la que se relaciona eso que uno hace. La Filosofía no es erudición historiográfica, ni vacía especulación teórica cuyo *modus vivendi* deriva, con demasiada frecuencia, en una esquizia entre el vivir y el pensar, tampoco es mera indagación de carácter epistémico. Hay filósofos que son verdaderos moralistas en uno u otro de estos ámbitos del conocimiento. Y es ésta una afirmación bastante acertada, si atendemos al espíritu que guía su ejercicio filosófico, que no es otro que la búsqueda de respuestas de carácter definitivo, global, respuestas, pues, con vocación de esencialidad y, por ende, atemporales. No hay respuesta que pueda ir, honestamente, más allá de uno mismo y esto es importantísimo si se trata, además, de una filosofía que pretende ayudar a la resolución de conflictos personales: lo que le viene bien a uno no tiene porqué irle bien a

1 Debido a las limitaciones propias de un libro que, como éste, pretende dar a conocer las experiencias de distintos estudiosos en torno a la aplicación terapéutica de la filosofía, a partir de un seminario organizado con tal fin, el siguiente texto, que es la aportación a dicho seminario, sólo es un resumen de lo que se expuso en ese seminario. No obstante, se trata de un trabajo que sigo elaborando en formato libro sobre el tema. De ahí que no me haya prodigado en desarrollar más ampliamente y con más rigor las ideas y conceptos fundamentales de lo que, a mi parecer, podría ser considerado como el ejercicio de la Orientación Filosófica (OrFi) en la práctica terapéutica. Me he limitado a exponer cuestiones básicas derivadas de la experiencia en la consulta iniciada en el año 2003 aproximadamente. De modo que he prescindido de incluir casos prácticos así como de un mayor detenimiento en los Métodos de Intervención a raíz de los que pueden abordarse determinados conflictos del existente. Espero que, más adelante, pueda acabar este trabajo y ofrecer un más completo y riguroso desarrollo del tema. Pido, por tanto, disculpas por las ambigüedades y dudas que puedan surgir de él. En cualquier caso quisiera mostrar mi agradecimiento a Cristián de Bravo Delorme por sus comentarios y sugerencias a este texto.

otro: los problemas parecen ser los mismos cuando se expresan, pero son del todo diferentes cuando escuchamos cómo se expresan. En cualquier caso, también hay filósofos que insisten en la primacía de la pregunta sobre la respuesta; que es en el saber preguntar donde se encuentra la clave de la buena respuesta. Me apunto a esta segunda opción, como resultado de una convicción personal a raíz de las vivencias experimentadas, para la defensa de una adecuada aplicación de la Filosofía en el ámbito de la terapia. Así damos con una primera característica de la OrFi: no es esencialista sino existencial.

El filósofo de carácter fenomenológico existencial se caracteriza, o ha de caracterizarse, por un ascendente ético. El pensar a raíz de lo dado sin más, orientado por la cosa tal como se despliega en la reflexión propia, es lo que singulariza una posición ilustrada. De modo que es siempre la situación la que prima en su modo de presentarse y tal como se presenta, es decir: no se trata de evaluar el discurso del otro sino de posibilitar el despliegue de lo que en él hay implícito, el “desde dónde” son consideradas las cosas (convicciones, creencias, gustos...) y, por tanto, las contradicciones, falacias y paradojas que se derivan de ahí. En nuestro caso, muchos de los problemas con los que nos encontramos se deben a un enfrentamiento entre la moral y la ética, entre el “se dice” y el “digo”.

En mi opinión, una de las características de la actitud filosófica, de corte fenomenológico existencial, en el marco de la terapia, radica en su capacidad para posibilitar la creación de nuevos contenidos morales, apartándose así de la moral ligada al “se hace”. Desde el primer gran moralista que fue Platón, en nuestra tradición, no han parado de surgir, desde entonces, otros tantos. Es raro no encontrar a un filósofo que no esté instalado en una determinada concepción del bien y del mal, de lo correcto y de lo incorrecto, de lo verdadero y de lo falso, ya sean propios o adquiridos, y que no intente insuflarlo en los demás convirtiéndose así en un educador (de *educāre*, no de *educere*²), un guía, y, así, en un antiilustrado, en un esencialista. Aquel que dice: “la Filosofía es esto”, “la ciencia es esto”, “la moral es esto”, “el saber es esto”... no hace otra cosa que comportarse de manera incoherente e inconsecuente con lo que es ontológica y ópticamente: mortal, contingente, finito. Son los conceptos racionales u ópticos mediante los que el existente interpreta el afecto de la temporalidad surgido del sentimiento de angustia ante el acabamiento de la vida. De modo que: la muerte es lo que me afecta, la angustia es cómo siento eso que me afecta y la temporalidad cómo concibo eso

2 *educāre*: guiar, conducir; y *educere (ex-ducere)*: sacar afuera, extraer. Sobre el origen y significado de ambos términos se puede consultar: <http://etimologias.dechile.net/?educar>.

que siento. Así pues, toda afirmación con visos de rotundidad o esencialidad ni es coherente ni consecuente y, en el mejor de los casos, no deja de ser mera pseudo teología. ¿Moralista y teólogo? Así se compensa en muchos casos la esquizia subjetiva. Con bastante asiduidad la esiedad de una cosa —el despliegue de su ser^{3/4} se sostiene en un imperativo de carácter meramente funcional o utilitario, da igual que sea teórico o práctico: en uno parece regir la lógica interna de los enunciados y en otro la evidencia constatada por la experiencia.

Si uno piensa que la filosofía es aquello que uno mismo dice que es, está en lo correcto, pero sólo en cuanto no pretenda ir más allá de su condición existencial y anímica. Todos buscamos alguna certeza. Es lo normal cuando estamos sostenidos por *un* ingobernable como la inquietud. Lo absurdo es pretender que lo que a mí me aquieta serene también a los otros; a veces es así y otras no. Dicho de otro modo: a veces funciona en el otro lo que funciona en mí, pero no siempre. Escuchamos repetir hasta la saciedad aquello de Aristóteles: “el ser se dice de muchos modos”. Y efectivamente así es, día tras día comprobamos las diversass formas como se manifiesta el ser: amor, envidia, frustración, alegría, serenidad, angustia... Pero también de qué manera se expresan cada uno de esos fenómenos. Sin embargo, también es cierto que diariamente nos encontramos con perspectivas que, paradójicamente, afirman de forma taxativa y rotunda que *lo* bueno o lo justo *es* tal cosa y *solo* tal cosa, como si, por ciencia infusa, ésa fuese la consideración única y unívoca. El sufrimiento se debe, en muchas ocasiones, a la frustración que se deriva del encuentro con un *cómo* diferente en relación al *mío*. Cuando el *mío* no es el *tuyo* hay problema. Pero en realidad es un falso problema generado por lo que, desde Heidegger, designamos como “diferencia ontológica”, que, en nuestro caso se puede interpretar como la diferencia entre la moral y la ética o, de modo tentativo, “diferencia existencial”. Los problemas empiezan cuando, repentinamente, una determinada situación pone en crisis el “se hace” para destapar el “qué hago”.

La Filosofía no es otra cosa que una vía de conocimiento, por ello su impulso es el clásico querer saber de raigambre griega. Pero una cosa es saber lo que dicen otros, algo del todo intrascendente en el sentido más profundo de la aspiración al saber, y otra muy diferente lanzarse uno a decir aquello que la experiencia le ha puesto al alcance, esto es: aquello que ya me ha ocurrido y de lo que he obtenido alguna enseñanza. La autoridad no proviene de lo dicho por los otros —de ahí sólo obtenemos erudición y ésta no es la tarea del pensar^{3/4} sino de las cosas mismas o más exactamente del encuentro frontal con ellas. De lo contrario nos comportamos, como algunos curas y algunos terapeutas sin experiencia, dando consejos y pautas sobre ciertas cuestiones que ni conocen ni pueden conocer por

sus propias limitaciones morales. No se puede servir al bienestar del otro si uno no se ha encontrado en una situación semejante a la suya o ha pasado por las mismas dificultades, esto es: se ha encontrado con la aventura y el riesgo de tenerse a sí mismo. Las fuentes historiográficas nos ayudan sólo hasta cierto punto: aportan herramientas conceptuales y metodológicas de gran utilidad, pero si uno no sabe usarlas adecuadamente son inútiles. No estamos capacitados para resolverlo todo y hay cosas que no tienen solución. Hay personas que no pueden dejar de ser como son. Éste es precisamente uno de los temas fundamentales de la práctica terapéutica: el de sus límites y de cómo afrontarlos. Pero dejaremos este asunto para otro momento porque merece una atención más detenida.

Así pues, hay vías de conocimiento, o mejor dicho, diferentes cosas que se desean conocer: el universo, los mares, la tierra, las células, el cerebro, la atmósfera... y para distinguir un saber de otro se crean disciplinas específicas con denominaciones específicas. ¿Es que se puede pretender cifrar el contenido temático de la Filosofía de una manera exclusiva? ¿se dice la Filosofía de un solo modo? Sabemos que no. Y esto lo muestra sobradamente la erudición historiográfica. Sólo una actitud guiada por la arrogancia o la ignorancia puede pretender la posesión de semejante fantasía. Hay filósofos porque antes hubieron algunos que, pensando y actuando de una determinada manera, fueron calificados con ese término; antes que el filósofo fue el simple y llano pensador, un ilustrado. La Filosofía, como término genérico disciplinar, es históricamente más tardío. Por tanto, quien dice que la Filosofía es esto o aquello, no lo hace desde la Filosofía sino desde su posición concreta: bien como filósofo, que identifica entonces su perspectiva con la disciplina genérica, o bien como historiador, en cuyo caso o hace un mejunge de lo que dicen unos y otros o toma por Filosofía la doctrina de algún filósofo o de alguna escuela. Ninguno es ilustrado.

¿Podríamos describir la OrFi en términos de una ontología fenomenológica de carácter terapéutico, en tanto en cuanto ella se presenta como uno de los modos de ejercer el filosofar? Porque no. La intervención terapéutica no consiste aquí en otra cosa que en lograr la aparición de la esecidad del conflicto del existente que sufre: cómo, y no qué, es el desamor, cómo, y no qué, es la fidelidad o la infidelidad, cómo, y no qué, es el miedo, los celos, etc. Vemos que se trata de saber preguntar, y en este ejercicio de la filosofía la pregunta correcta es por el *cómo*, no por el *qué*, no se hace metafísica en la OrFi sino hermenéutica de la facticidad. La vida no deambula por el *qué* sino que se da *en y cómo*.

En muchos casos, la mayor parte de los conflictos se caracterizan por ser fenómenos que nos lluevan a experimentar de nuevo nuestra contingencia y finitud

y, por tanto, nos muestran a raíz de cómo *actuamos* qué *somos*. Sin embargo, constantemente procuramos olvidar y hacer como que no sabemos qué somos desatendiendo el cómo originario. Aparece la temporalidad, antes retraída y ocultada por una vida uniforme, homogénea, plana, atemporal, y experimentamos “ahora” la duración, la contingencia; que una cosa acaba y, a la vez, otra comienza. Desde una perspectiva ontológica la existencia nos enseña que nada escapa al ser, que todo es, al margen de nuestra consideración afectiva y/o moral. En esta dirección creemos que tendría que ir la intervención de la OrFi en tanto que práctica al servicio de la liberación de una comprensión más amplia y profunda de lo que significa el hecho del “es”. Cuando pretendemos vivir al margen de la finitud y la contingencia, de la temporalidad al cabo, no sólo buscamos una vida ilusoria sino una vida más “natural” que existencial, porque sólo los animales nacen terminados y planificados, nosotros no. No somos animales terminados y programados sin tiempo ni conciencia, a nuestro pesar. Vivir *como si* no fuésemos seres temporales es vivir *como si* fuésemos animales, pero como no lo somos sino que somos existentes, toda tentativa de perennidad (familiar, social, personal) resulta antes o después un fiasco y un asco. Lo que en el animal es mera programación, en nosotros es, de modo análogo, la moral. Ellos cruzan el tiempo mientras nosotros somos tiempo, y nuestra defensa frente a él, nuestro repudio transferencial es la moral.

2. Cuestiones metodológicas de intervención a raíz de la experiencia en la consulta.

El existente —así definimos a quienes buscan ayuda en la OrFi^{3/4} se analiza a raíz de lo que describe de sí, de lo que dice de sí mismo, de ese hegeliano “para sí” en una esquicia imposible. Del sí mismo como otro, more E. Levinas o C. Rosset. Se sitúa, *como si* estuviese frente a sí, construyendo un relato en el que se desdobra, a la vez, como sujeto y objeto, es decir: como una diferenciación absolutamente clara y real. Pero, como sabemos, esto es algo bastante paradójico por su carácter aporético: no es posible que el existente sea sujeto y objeto al mismo tiempo. Esto es ya una prueba que declina cualquier posibilidad de autoanálisis, como algunos pretenden. No digamos si, además, recordamos a Hegel, cuando sostiene que el medio para conocer altera lo que se quiere conocer (Hegel: 2000, 51), o a Schopenhauer, para quien el sujeto es el que conoce sin ser él mismo lo conocido (Schopenhauer, A.: 2003, 87), o a Heidegger, quien sostiene que para saber qué sea eso del tiempo antes debemos conocer a ése que se pregunta por el tiempo (Heidegger, M.: 1999, 35). En todos los casos prima la circunstancia en

la que el sujeto es la clave, el constituyente, mientras que él mismo no se da su constitución. Y si la eseidad de una cosa no se encuentra en esa cosa, del mismo modo la eseidad de un existente no reside en él, aunque, sin embargo, tenga que hacerse cargo de eso que él tiene como ser a pesar suyo. Si la eseidad de nuestra existencia estuviese ya dada, no tendría sentido inquietarse por ella, no habría interrogante. No obstante, y esto resulta curioso, sabemos que somos mortales, finitos y contingentes. Y este saber certero de lo que somos es común y singular de nuestra especie, aunque genérico. ¿Hasta qué punto quien busca ayuda en la OrFi quizás sólo desea saber cómo articular esa generalidad en su singularidad? ¿Cómo vivir en correspondencia con el saber de la mortalidad, finitud y contingencia? En términos de intervención terapéutica ésta podría ser su finalidad: en-simismar lo ex-simismado, no vivir *como si* la muerte fuese un fenómeno exclusivo del otro y por tanto *como si* la mortalidad me fuese algo ajeno —aunque así suceda empíricamente^{3/4}, sino asumir el significado hermenéutico de ese modo de ser mío y desplegar las posibilidades de una existencia consecuente. Cuando el otro muere por primera vez ante mí y para mí, me desvela algo que ignoraba a pesar de que esa ignorancia no me eximía de morir también. Cuando uno muere sin saber que es mortal, en la ignorancia de lo que es, muere como si fuese un animal: “el animal sólo conoce la muerte en el momento de morir” (Schopenhauer, A.: 2003, 121). Así pues, la eseidad de mi existencia me asalta desde el otro. No hay mismidad ni yo cuya realidad, si queremos agarrarnos a esos conceptos, no se funde en la alteridad. Por eso mismo, el sufrimiento siempre es una experiencia que emana del otro; el reconocimiento implícito de que no dispongo de mi eseidad, porque sencillamente no hay tal, no hay una constitución subjetiva cerrada y acabada desde el principio. El sufrimiento se nos muestra como la incidencia del devenir del otro a raíz de nuestro carácter relativo.

Así pues, el existente ha de alterizarse para describirse como fenómeno. Y esto lo hace con la mayor naturalidad pero, a su vez, con la mayor inconciencia, puesto que se describe a sí mismo como otro sin caer en la cuenta de que, para ello, ha de darse la condición de la diferencia (cosa que ya vemos que es una mera fantasía, real, pero en tanto que fantasía). Sin embargo, la situación habitual del existente en la consulta es precisamente la del asombro o la resistencia ante este descubrimiento. Suele ser duro tomar conciencia de cómo ha sido realmente el desarrollo de sus características personales. Descubrir y asumir que todo lo que cuenta de sí mismo sucede a través de un lenguaje que no ha creado sino que ha aprendido, al igual que los términos que expresa para decir qué es y cómo es. Le deja perplejo.

Cuando por ejemplo uno afirma que es inteligente, resulta increíble observar su reacción al preguntarle si esa característica ha surgido de sí mismo o, por el contrario, ha sido lo dicho por otro al verle actuar de una determinada manera. Encontrarse con que uno es lo dicho por otro es impactante (soy mortal porque así me lo ha desvelado el otro). Más aún cuando esta experiencia es puesta en juego en todas sus posibles derivaciones. Uno es para el otro recíprocamente. ¿Y altera el otro, por ello, el conocimiento de mí mismo? Creemos que no. ¿Por qué? Porque no hay, como se deduce de lo dicho, constitución del existente al margen del otro; existo de una determinada forma de ser cuando el otro me reconoce ligándome a ella a raíz de una determinada acción: simpático-antipático, guapo-feo, listo-tonto, celoso-confiado... Se trata de pensar el devenir del otro como el acontecimiento de mi singularización. Esta experiencia tiene su constancia real en la aparición de la frustración en cuanto al yo y a la mismidad en su realidad común y corriente, pues son meros prejuicios acríticos. En la consulta el OrFi ha de procurar insuflar en el existente experiencias originarias capaces de movilizar su consideración de los prejuicios. Vamos a definir este movimiento, de modo muy convencional, como el recorrido que traslada al existente de la moral/otro a la ética/existente.

Teniendo en cuenta las características del movimiento expuesto, podemos llevar a cabo una experiencia metodológica, al modo de una entrevista, siguiendo estos pasos o fases y sus correspondientes preguntas:

3. Método de Intervención 1 (MI-1): Demarcación exoperceptiva (de la moral a la ética).

A) Auto-visión del sí-mismo.

Descripción de su sí-mismo (ser para sí):

1. *¿cómo* eres para ti?
2. *¿qué* eres para ti?
3. *¿quién* eres para ti?

B) Auto-inter-visión de su ser-con.

Descripción de su sí-mismo-con (ser para el/los otro/s):

1. *¿cómo* eres para el/los otro/s?
2. *¿qué* eres para el/los otro/s?
3. *¿quién* eres para el/los otro/s?

C) Contra-visión de su no-ser.

Descripción de su no-sí-mismo (no ser para sí):

1. *¿cómo* no eres para ti?

2. *¿qué* no eres para ti?

3. *¿quién* no eres para ti?

D) Re-visión y neo-visión del sí-mismo. (Resignificación subjetiva).

Descripción re-significativa de su sí-mismo (ser para sí):

1. *¿cómo* eres *ahora* para ti?

2. *¿qué* eres *ahora* para ti?

3. *¿quién* eres *ahora* para ti?

Se trataría de que las entrevistas hiciesen este recorrido para que el sujeto sea capaz de reflexionar sobre lo que considera de su existencia a través de su narración. La finalidad de este examen no es otra que el encuentro con la posibilidad, con su situación existencial originaria, puesto que es el fenómeno específico de la existencia; de hecho no puede haber educación si el existente viniese ya planificado al mundo. Sin embargo, la inmersión en la educación implica, inevitablemente, la asunción de contenidos comportamentales ya establecidos, lo cual no es otra cosa que la adquisición de los juicios ya dados; lo que comúnmente llamamos moral (otra cosa es el carácter de necesidad de la dimensión moral). La angustia de la posibilidad, que sólo se experimenta como pensamiento activo y concreto, supone la puesta en juego de la vivencia del juicio en el existente; su dimensión ética. Y de esto es de lo que, a mi modo de ver, se trata: de comprender justamente la incidencia del otro representado por los prejuicios morales como fuente del sufrimiento. Vaciado de lo adquirido, o al menos llevado a su toma de conciencia, el existente retorna a la situación que nunca puso en juego. Pero este momento no es grato. Ese vaciado es quedarse a solas con la decisión y la responsabilidad, con el imperativo ético surgido ante el desvelamiento de que somos un constructo del otro y de que ahora se trata de la posibilidad en la forma de una reconstrucción, puesto que, en sentido estricto, no partimos de la nada. Lograr una transformación de la percepción sobre sí es fundamental para alcanzar la evidencia del juicio subjetivo, porque sólo este juicio proporciona convicción a la voluntad para actuar y decidir con responsabilidad.

El OrFi actúa aquí como un método de acceso al conocimiento personal siguiendo el antiquísimo precepto delfico: “conócete a ti mismo”. Sin embargo, ese precepto muestra ahora, en la práctica, su carácter irónico: es inviable. De alguna manera es un precepto que indica un límite, pues al pon-

erlo en práctica experimentamos su imposibilidad, porque sólo se conoce al otro. Así podemos entender que, efectivamente, la OrFi des-ilusiona, que su trabajo es des-ilusionante. El existente llega a reconocerse en lo que ha sido hasta ahora: un iluso, un objeto construido por la voluntad del otro. De ahí que el “yo” no sea, en consecuencia, otra cosa que ilusión, una realidad de carácter ilusorio. Recomponer y reelaborar la multiplicidad que nos habita, ésa es la tarea. Porque se sufre a raíz de algo mal colocado, a raíz de ocupar un sitio en el que no se está a gusto; en muchos casos la moral (lo común) no encaja en la ética (lo singular), y ésta termina por descolocarse.

La práctica de la OrFi debe apostar por una incardinación de los conflictos en las características del sujeto. Básicamente, y a grandes rasgos, el problema fundamental y fundacional del existente no parte de un problema determinado, que es aparente (paro, divorcio, miedo, inseguridad...), sino de la ignorancia relacionada con aquellos fenómenos concretos y permanentes que le son propios. No hay sufrimiento que no se derive de un desajuste entre los prejuicios, creencias, y los fenómenos que las vulneran.

4. Método de Intervención 2 (MI-2): Demarcación endoperceptiva (de la ética a la moral).

A raíz de la práctica en consulta podemos establecer el siguiente esquema donde representar el movimiento interno de la conjetura del sujeto de cara a la viabilidad de una acción:

Quiero (hacer esto)	Puedo	Debo	= Posible	(Sensato)
	Puedo	No debo	= Posible	(Insensato)
	No puedo	Debo	= Imposible	(Insensato)
	No puedo	No debo	= Imposible	(Sensato)

En primer lugar es conveniente distinguir entre “querer” y “desear”. El deseo suele estar ligado a la incolmabilidad: uno no logra siempre “todo” aquello que desea y, por ello, la medida de la índole del deseo es una cosa importante. Uno puede saber, con mayor o menor certeza y cinismo, cómo

ha de ser la conformación de su deseo, qué cosas ha de tener en cuenta a la hora de decidirse por algo determinado. De ahí que el esquemita de arriba tenga importancia. Cada uno de nosotros tiene ciertas capacidades físicas e intelectuales, facultades que desconocemos hasta que las ponemos en juego, y precisamente es la experiencia, la constatación empírica, la que nos lo muestra. Por ella sabemos qué tenemos y no tenemos y hasta dónde podemos y no podemos llegar. Es cierto que uno puede desear ir más lejos de lo que está capacitado, es legítimo e incluso muy propio de nuestra condición, pero esto ya es puro deseo en sentido estricto, es decir: incolmable. De ahí que todo deseo está destinado a la incomparcencia de lo deseado³, pero no así el desear como tal. De este modo, el deseo, por esa misma carencia suya intrínseca, por ese “nunca es suficiente”, “nunca es bastante”, retorna una y otra vez sin colmo degenerando, en el peor de los casos, en avaricia (disfrute por acumulación), o regulándose y obteniendo una cierta satisfacción, un cierto “con esto está bien” de carácter suficiente (disfrute por consumación). El querer tiene otro significado en tanto en cuanto su contenido puede alcanzarse o no, pero una vez alcanzado el sujeto puede disfrutar de lo obtenido de manera más o menos permanente, al menos en algunos casos: alguien quiere estudiar medicina o compartir su vida con determinada persona, lo logra y disfruta de ello. Pero tal vez no lo consiga, y entonces tiene la posibilidad de querer estudiar otra cosa o de querer compartir su vida con otra persona, pero también puede querer no estudiar o querer vivir solo.

Otra cuestión interesante, relativa al “querer”, la podemos extraer de la vida diaria. Normalmente utilizamos la expresión “no quiero” en situaciones tales como: “no quiero ir al colegio”, “no quiero que cojas esas llaves” o “no quiero café”. En los tres casos la negación constituye una respuesta a la interpelación del querer de otro: “quiero que vayas al colegio”, “quiero que dejes las llaves donde están” o “tómame el café”. De esta manera, la negación supone una diferenciación entre el querer del otro y el mío. En este sentido podríamos tratar de distinguir esa bidireccionalidad

3 Uno puede confundir “querer” y “desear” en expresiones como ésta: “no quiero morir”. Esto, de por sí, es imposible y, por ello mismo, se trata de un deseo y no de una posibilidad real. Del mismo modo que uno dice que “quiere morir”, también puede decir que “no quiere morir”, como si eso estuviese sujeto a una mera decisión. En ambos casos nos encontramos un querer que es imposible, y es a este “querer imposible” a lo que podemos llamar “deseo”.

del “querer” denominando “voluntad” al “querer del otro”, en cuanto imperativo dirigido a mí, y aludir al término “querer” cuando el imperativo procede de uno mismo. Con ello ciframos la metodología de intervención del OrFi en el ámbito del querer, es decir: de la ética de cada uno⁴. Al respecto, no cabe la negación cuando el querer se refiere a mí mismo, a no ser que ese querer, puesto en acción, haya fracasado: quiero estudiar medicina, lo hago, pero no lo consigo por diversos motivos. Entonces sí se puede expresar la negación, aunque de un modo más preciso: “no puedo estudiar medicina”.

El esquema planteado arriba puede ser tomado como una referencia de utilidad a la hora de abordar la situación conflictiva de una persona. Es una guía de ayuda para el despliegue del “querer” dentro de los límites de una cierta racionalidad⁵. Hemos tomado como referencia de lo que puede ser considerado un querer racional y viable la sensatez y la insensatez⁶: un querer sensato y un querer insensato, que no sólo han de regirse por la racionalidad sino, fundamentalmente, por su viabilidad concreta⁷. En muchas ocasiones no todo lo moralmente aceptado es conveniente (y sensato) ni todo lo conveniente es siempre moralmente aceptable. Así podemos cifrar la lucha entre la ética y la moral, entre el querer de uno y el deber de los otros. No hay conflicto cuando ambas instancias coinciden, se identifican: lo que quiero y lo que debo es lo mismo. Sin embargo, en estos casos, lo que ocurre en realidad es que el sujeto interioriza el deber de tal modo, con tal intensidad, que lo ha convertido en su querer; actúa de forma que, para él, la alteridad es precisamente el encuentro con “un” querer

4 Así delimitamos también el sitio de la moral (en tanto del otro y, en consecuencia, de la voluntad) y el de la ética (en tanto del mío y, así, del querer).

5 Puesto que no podemos perder de vista el concurso de la racionalidad en la aplicación de este método terapéutico de carácter filosófico.

6 Para la cuestión de la sensatez y la insensatez nos hemos apoyado en la interpretación que de ambos términos hace Paul Diel en relación al deseo, de manera que, para él, el deseo puede ser sensato o insensato. El conflicto con la exaltación del deseo es representado por el mito de Ícaro. (v. *El simbolismo en la mitología griega*. Labor, Barcelona, 1991, pp. 43-55).

7 Estimamos que la racionalidad por sí misma no es suficiente. Cuando Hegel identificó lo racional con lo real y lo real con lo racional no tuvo en cuenta el fenómeno de la locura. El loco lo es porque lo que dice y lo que ve no es real para nosotros, aunque sí para él. De ahí que lo que es para él racional no lo es para nosotros. Sin embargo, no podemos olvidar que el loco lo es para nosotros no para él, por ello lo real es tan tremendamente real en él que sufre por ello. Y su sufrimiento es real.

que, inscrito en la ética de un sujeto, le supone el encuentro con “una” inmoralidad. Así pues, para que la moral al uso triunfe de manera clara, el sujeto no ha de encontrar falla alguna entre lo que quiere y lo que debe, o dicho de manera sencilla: vivir asumiendo como absolutamente propio el querer ajeno, la moral como su ética. Y esto está bien para vivir siempre del mismo modo, para que todo se mantenga siempre de la misma manera... que le viene bien, casualmente, a unos pocos. Para que no alteren “mi” forma de vivir procuro que los que llegan a mi mundo se avengan a cómo han de ser las cosas en él; “deben” aprender y asumir que el sitio de las cosas y la corrección en la conducta (cómo han de hacer con las cosas) ya están establecido de “una” determinada manera y que, por lo demás, es “la” manera de hacer las cosas. En este sentido, la comodidad que todo individuo quiere y busca exige el sedentarismo, necesita la fijación repetitiva de un modo de estar en un determinado mundo y con los que en él habitan. Así actuamos con nosotros mismos (ropa, calzado, peinado...), con la familia (moral familiar) y con los demás (moral social). Educar no consiste en otra cosa que lograr la asunción introspectiva de unos determinados modos de comportamiento para facilitar la vida en común, generalizando, en la medida de lo posible, esos contenidos⁸. Que este proceso sea necesario parece a todas luces innegable: cada vez que cualquiera de nosotros coge las llaves de casa y las deja en un lugar cualquiera, obliga a los demás a preguntar por ellas, y si cada uno hace lo mismo cada vez que las utiliza al final nos pasamos el día preguntándonos unos a otros dónde están las llaves. Un engorro que se soluciona echando mano de la comodidad y la operatividad: a partir de hoy las llaves se pondrán en tal sitio. Sin embargo, y esto es lo que no debemos olvidar, el sitio que se ha decidido para colocar las llaves no es el sitio *de* las llaves sino el que hemos decidido nosotros para ellas. No pertenece a la naturaleza de las llaves sino a nuestra voluntad (a nuestra naturaleza). Así pues, del mismo modo,

8 La rebeldía de la adolescencia no es más que el enfrentamiento con la moral establecida. Los adolescentes, por lo general, mediante su rebeldía, muestran una toma de conciencia ante el deseo del otro en la forma de una oposición. Se trata de no obedecer comportándose como el otro le dicta y quiere, reclamando su propio modo de actuar. Sin saberlo, los adolescentes representan la lucha entre la ética y la moral, entre el deseo propio, aunque vago y errático, y la moral establecida representada por el otro (padres e instituciones). Aunque ciertamente, y en la mayoría de los casos, el contenido ético adolescente suele ser muy pobre en tanto en cuanto no se funda en una iniciativa ideológica clara sino en la mera oposición a lo establecido. Rebelde sin causa, pero sin pausa.

las normas del comportamiento colectivo no tienen un origen trascendente sino que son pura inmanencia (relativo-subjetivas): parten de una posición de autoridad autónoma que se impone mediante el miedo o la seducción engatusadora. Esa autoridad puede estar llena de buena voluntad, saber que no es posible vivir en sociedad sin un criterio unificado para hacer determinadas cosas (he ahí los semáforos), pero esto no es óbice para saber reconocer cuándo una nueva realidad comportamental, suficientemente representativa, lampara por ser reconocida y respetada. En mi opinión es precisamente esta cuestión conflictiva uno de los temas singulares, si no el genuino, de la OrFi.

Volviendo sobre nuestros pasos nos encontramos, entonces, con que el querer puede ser sensato o insensato. Uno puede querer cosas no sólo posibles sino asequibles, pero también cosas imposibles, quiméricas. En ocasiones el querer se nutre del entorno social (cultural, económico...) y su contenido, su objeto, ser también posible o imposible: un trabajo decente y bien remunerado es tan normal como sensato, pero, sin embargo, en determinadas circunstancias políticas o económicas puede llegar a ser algo imposible, aunque sea sensato. Pongamos un caso ejemplar siguiendo en cierta medida el Método de Intervención MI-2 que hemos propuesto.

Se trata de una mujer joven que acude porque su marido, para su sorpresa, se ha separado de ella sin que aparentemente hubiese problema alguno en la pareja, según manifiesta. En el transcurso del relato de su problema, expresa el contenido de su deseo del siguiente modo: "cuando me entrego al deseo del otro hago lo que quiero".

Es una situación paradójica: tu deseo es mi deseo. Dicho de manera más exacta: quiero cumplir tu deseo. Una situación que tiene que resultarnos ilustrativa, por cuanto lo que ella manifiesta es algo muy interesante: no expresa su deseo sino su querer. Ignora que ha establecido una diferencia, por lo demás coherente, entre desear y querer. De algún modo podemos inferir de esta situación lo siguiente: el contenido del deseo es totalmente personal mientras que el contenido del querer es metapersonal. Con el deseo pongo en juego mi interés mientras que con el querer pongo en juego el interés del otro, i.e.: quiero ser el medio de satisfacción de tu deseo.

Hacer lo que se quiere cuando lo que se hace es ponerse al servicio del otro es representar un rol meramente instrumental, ser un útil o un objeto: “tráeme las zapatillas” o bien “tengo ganas de poseerte”. En estos casos, la agradabilidad social y el deseo de satisfacer (que no es más que otra manera de agradar) suponen un alto riesgo subjetivo: ¿qué ocurre cuando el otro no se siente satisfecho conmigo? ¿qué ocurre cuando me pide que dejemos nuestra relación porque ya no hay amor? ¿puedo dar satisfacción al otro si para ello tengo que apartarme de su vida? ¿cumplir su deseo para no poder más volverlo a cumplir? Tal vez tras esa afirmación de su querer (“cuando me entrego al deseo del otro hago lo que quiero”) se oculte un sentimiento tan primario como el del temor a la pérdida, fenómeno éste que puede ser considerado como un representante de la temporalidad, de la muerte. Y una de las formas básicas de experimentar el temor es ante la pérdida de lo que se tiene y no se quiere dejar de tener.

No obstante, esa posición de ella tiene un hondo riesgo existencial. Cuando el fundamento y el sentido de la vida de uno se encuentra fijado en exceso al otro puede venirse abajo con mucha facilidad. Que no somos plenamente autónomos es algo que podemos constatar con facilidad, pero tampoco somos totalmente dependientes. Al menos eso nos señaló Kant en su reflexión sobre el significado de la Ilustración: atreverse a pensar. Esta sencilla prescripción es un dato sobre la viabilidad de nuestra autonomía en cuanto al contenido existencial de nuestra vida. Cuando una persona afirma que su tarea en la vida consiste en agradar al otro, entonces su pensamiento no pasa de ser una suerte de medio para lograr satisfacer al otro; no piensa en sí sino como una actividad de servicio, en buscar los medios adecuados para lograr la satisfacción del otro. Se trata de una actitud obediente, no ilustrada, que, como el genio de la lámpara, sólo emerge para satisfacer a los demás... pero no más de tres veces. En este caso práctico ella es “la señora de la lámpara”, dispuesta a cumplir los deseos del otro pero también hasta un límite: no quiero cumplir tu deseo de separarte de mí. Curioso giro en su posición, puesto que ahora expresa su deseo oculto: no te separes de mí. En realidad se queja de que el otro no satisfaga su deseo, sólo que lo hace de forma velada. Con ello damos con la posibilidad de que, en el fondo de este asunto, se trata de una traición: ella ha cumplido el deseo de él mientras él cumplía el de ella, pero ahora él ha dejado de cumplir con el deseo de ella sin que ella haya dejado de cumplir con el

de él. Se ha roto un contrato de forma unilateral. No hay contrato capaz de superar la contingencia y la temporalidad.

Esto nos conduce a una reflexión interesante: ¿hasta qué punto la “buena” relación entre nosotros se funda en un intercambio de posiciones? ¿en actuar a veces según los deseos del otro y a veces según los de uno? ¿Es posible controlar el contenido y alcance de los deseos del otro para que, en caso de tener que acceder a ellos, no suponga esto ir en detrimento de los genuinamente propios? Esta última pregunta la dejaremos para desarrollarla más detenidamente en otro momento⁹. En cuanto a las otras dos cuestiones la respuesta parece inmediata, si tenemos en cuenta que nuestro referente sigue siendo el caso práctico que nos ocupa. Nuestra vida diaria está llena de momentos en los que decimos: “te daré lo que me pides si haces esto que te pido”. Entre un niño y un adulto la diferencia estriba en este intercambio al que, por lo común, accedemos a gusto. Del egoísmo infantil debemos pasar al compartir adulto. Sólo accedemos al deseo del otro si, a cambio, cejamos en el nuestro y hacemos nuestro el suyo. Y esto es lo sensato. He de tener claro si el otro es capaz de satisfacer mi deseo al igual que debo saber si soy capaz de satisfacer el suyo. En este ámbito entran en juego tanto las determinaciones morales como las físicas¹⁰. Y el modelo más representativo de ese entregarse por completo al deseo del otro es el de la monja, a quien el otro nunca abandonará en cuanto está más allá de lo físico, por eso nunca le desaparece. De este modo sólo la figura de la monja hace sensato ese deseo, pero para la mujer de nuestro caso es

9 Es un tema interesante porque alude a situaciones de carácter social en los que la negociación asume un papel fundamental y en ella entran en juego fenómenos como la cesión, la concesión o la renuncia, entre otros. Pero sobre todo, y creo que es lo más atractivo, en estas situaciones se parte de un horizonte previo no expuesto de forma clara, pero que constituye la base desde la que se parte y, por lo común, se ignora. Uno funda su deseo a raíz de lo que ya tiene: puedo desear lo que no tengo en función de lo que tengo o puedo desear no tener lo que tengo, que al cabo son lo mismo. Quien desea estar sano es aquel que está enfermo; quien desea no estar enfermo es aquél que desea estar sano. Quien no tiene casa desea una, pero quien ya tiene una desea una más grande o desea otra cosa que vaya en consonancia con lo que ya tiene. Si a un colectivo le hacemos vivir en la máxima precariedad posible seguramente manifestarán unos deseos muy poco ostentosos y, además, fáciles de cumplir para el otro. Se trata de un relación de dominio que explica el drama del bienestar y el malestar social. Intentaremos desarrollar este tema de manera específica en otro momento.

10 En la excelente película *Los santos inocentes* (Mario Camus, 1984), basada en un texto de Miguel Delibes, vemos cómo el deseo del señorito pasa por encima de las condiciones físicas del sirviente, y no damos de las morales.

un auténtico sufrimiento en la medida en que el otro no sólo no está más allá de lo físico sino que, precisamente por ello, puede abandonarla. Es sensata en cuanto monja, pero insensata en cuanto mujer, que es de hecho como tiene que actuar.

5. Bibliografía.

BARRIENTOS RASTROJO, J., *Introducción al asesoramiento y la orientación filosófica*, Ediciones Idea, Santa Cruz de Tenerife, 2005.

BARRIENTOS RASTROJO, J. (et. al.), *La Filosofía a las puertas del tercer milenio*, Fénix Editora, Sevilla, 2005.

BARRIENTOS RASTROJO, J., ORDÓÑEZ GARCÍA, J., *Filosofía aplicada a personas y grupos*, Doss Ediciones, Sevilla, 2009.

BARRIENTOS RASTROJO, J., *Resolución de conflictos desde la filosofía aplicada y desde la mediación*, Visión Libros, Madrid, 2011.

BARRIENTOS RASTROJO, J., MÉNDEZ CAMARASA, J., *Filosofía y espacios sociales*, Visión Libros, Madrid, 2011.

BARRIENTOS RASTROJO, J., MÉNDEZ CAMARASA, J., *Intervenciones filosóficas en la sociedad*, Visión Libros, Madrid, 2001.

CAVALLÉ, M., *La sabiduría recobrada. Filosofía como terapia*, OBERON, Madrid, 2002.

HEGEL, G.W.F., *Fenomenología del espíritu*, FCE, Madrid, 2000. (Trad. Wenceslao Roces)

HEIDEGGER, M., *El concepto de tiempo*, Trotta, Madrid, 1999. (Trad. Jesús Adrián Escudero)

ORDÓÑEZ GARCÍA, J., «El tratamiento en la Orientación Filosófica», en BARRIENTOS RASTROJO, J. (et. al.), *La Filosofía a las puertas del tercer milenio*, Fénix Editora, Sevilla, 2005; pp. 91-102.

ORDÓÑEZ GARCÍA, J., «Lo que queda de uno», en ARNAIZ, G. (et. al.), *Saber pensar para saber vivir*, Fénix Editora, Sevilla, 2008; pp. 173-209.

ORDÓÑEZ GARCÍA, J. (2009): «Baltasar Gracián: prudencia y filosofía práctica», en Barrientos Rastrojo, J. – Vergara Aguilar, E.: *Filosofía Aplicada y circunstancia española*. Doss Ediciones, Sevilla, pp. 37-46.

ORDÓÑEZ GARCÍA, J., «Concepto y vivencia de la posibilidad como un horizonte de trabajo para la Orientación Filosófica», en BARRIENTOS RASTROJO, J., MÉNDEZ CAMARASA, J., *Intervenciones filosóficas en la sociedad*, Visión Libros, Madrid, 2011; pp. 107-130.

SCHOPENHAUER, A., *El mundo como voluntad y representación*. (vol. I). FCE - Círculo de Lectores, Bilbao, 2009.

6. UN CASO DE FIBROMIALGIA. EL CASO DE DOLORES.

Amalia Sierra, Psicóloga sanitaria, Psicoanalista. Sevilla

Sumario: 1. La práctica clínica. 2. Caso clínico. El caso de Dolores. 3. Diagnóstico diferencial.

1. La práctica clínica.

Podemos considerar que el síntoma es “*el signo de lo que no marcha bien*”, se sabe desde hace mucho tiempo en medicina que el síntoma, no puede representar a la enfermedad en su conjunto, los síntomas son señales más o menos fiables de que ocurre algo dentro del sujeto.

También resaltar que los mismos síntomas, pueden llevarnos a procesos absolutamente diferentes.

En psicopatología, la noción de síntoma guarda una cierta relación con la de “*queja*”, es decir, con la de demanda dirigida al entorno o hacia el clínico.

El síntoma en la fibromialgia, oscila con facilidad entre la vivencia de incapacidad, la reclamación, el agotamiento físico y mental.

La resolución de los síntomas corporales mediante la palabra se ve facilitada por el carácter reivindicativo de estos enfermos.

El sujeto busca una respuesta a sus dolencias, a sus síntomas, trata de conseguir bien una salida definitiva para una situación vivida como imposible de resolver.

La psicopatología psicoanalítica, se ocupa de la observación y la escucha del *pathos subjetivo*, así como de las manifestaciones en cada caso particular estudiando al sujeto, uno por uno (caso por caso), considerando las estructuras clínicas generales para todos.

La historia y la clínica han llevado caminos paralelos. Su interacción es tan estrecha que en el fondo son inseparables. Todo historiador de la psiquiatría y todo clínico, investigan y actúan bajo la mirada de un modelo clínico, sujeto a unas coordenadas y a un criterio histórico.

La historia de la psicopatología puede llegar a desempeñar un papel epistemológico de primer orden a la hora de explicar porque los clínicos hacen lo que hacen en su práctica cotidiana y dicen lo que dicen asum-

iendo un riesgo para construir teorías conceptuales más o menos sólidas y coherentes.

A este cometido epistemológico esencial bien puede añadirse además una función contextual, es decir, relativa a los entornos, situaciones y coyunturas geográficas, económicas, socio-políticas y culturales que se consideren más relevantes.

Existen muchos métodos, unos considerados científicos como los que no son así reconocidos, cada clínico desde propio método intenta acercarse al problema de la queja, enfermedad, síntoma, norma o patología.

Dentro de la clínica psicoanalítica, las entrevistas se pueden distinguir entre *entrevistas preliminares* y *entrevistas clínicas*. Ambas pueden ser definidas como conversaciones entre un clínico y un paciente, en las cuales se pueden distinguir desde el principio cuatro formas clínicas de presentar los síntomas: *la clínica de la queja, la clínica del actuar y la angustia, la clínica de la inhibición y la del carácter*.

Ya desde el primer momento en que empieza a hablar el paciente se pueden reconocer y delimitar los síntomas dentro de alguna de estos cuatro tipos de clínica.

Se trata por tanto de encuadrar y delimitar los síntomas e intentar aproximarse lo más posible al tipo de clínica de que se trate, en cada caso particular. Evidentemente el clínico está invitado a intervenir para dar consejo o una opinión sobre lo que al paciente se refiere.

El clínico debe intentar ser lo más objetivo posible, sin olvidar el sufrimiento de cada sujeto.

Cada sujeto entenderá la misma frase dicha por el clínico de una manera diferente, aun teniendo la misma observación objetiva, todo ello en función de su vivencia interior y de su propia forma de afrontar su vida.

Es muy importante tener claro desde el principio en que estructura psíquica se sitúa el paciente, neurosis, perversión o psicosis.

El profesional clínico debe intentar adaptarse a la vivencia personal del sujeto que consulta, viendo caso por caso y uno a uno. No vale todo para todos.

Podríamos resumir diciendo, que la entrevista clínica debe permitir al menos dos efectos más o menos relacionados entre sí: un efecto que contribuya al diagnóstico y un efecto terapéutico.

Con respecto al diagnóstico, intentaremos determinar dentro de que estructura clínica se encuentra el paciente e también hacer un esfuerzo por

situar su posición subjetiva entre las distintas posiciones características de su estructura.

En relación al efecto terapéutico, la intervención o interpretación hay que posibilitar al paciente a comprometerse con un trabajo terapéutico, o bien permitirle tomar distancia respecto a una elección y elaboración de su vida que le resulta nociva.

Hay que determinar y delimitar lo que para el sujeto , constituye su síntoma, su queja, su enfermedad a través de una determinada “ascesis” o “saber técnico” que permita “acercarse” al paciente sin sentirse sin embargo afectivamente implicado.

Tal y como sucedió con la histeria , la investigación sobre la fibromialgia, abre un discurso singularmente complejo, el que los dominios de lo psíquico y lo orgánico están imbricados.

El sujeto fibromialgico exige una serie de exploraciones médicas cada vez más sofisticadas, argumentando dolores y molestias y negándose a comunicar su verdadero malestar imaginario, lo cual podría ser la clave de esas manifestaciones de apariencia somática.

Al pasar por este sinfín de pruebas y exploraciones, el sujeto termina por consolidar la creencia de su enfermedad.

Por estar estructurado como un lenguaje este tipo de síntomas que manifiestan las pacientes pueden ser descifrados y transformados mediante los efectos de la palabra.

Aunque el dolor del cuerpo sea real y duela, el fenómeno psicossomático está profundamente arraigado en lo imaginario y no se articula con otros significados.

La fibromialgia no puede separarse del problema de la significación, es decir de la importancia del lenguaje de estas pacientes que está atravesado por su verdad y su mentira.

2. Caso clínico. El caso de Dolores.

Dolores es derivada a mi consulta por un colega, tiene despacho y tiene que marcharse a Berlín durante un tiempo, me dice que la atienda porque *es una chica que está muy mal.*

Reinicia conmigo un recorrido que duraría de 2011 a principios de 2015.

Dolores tiene 32 años cuando la veo por primera vez. Es la menor de tres hermanos, una hermana mayor, un hermano y ella, *que ocuparía el tercer lugar.*

Es una mujer que no tiene formación universitaria ni formación profesional pero siempre ha trabajado, desde que tenía 16 años, contribuyendo a la economía familiar y ayudando notablemente a su hermana, que ha tenido una vida tremendamente estragosa y está separada con dos hijos de un padre alcohólico.

Durante el primer encuentro casi no habla, *solo llora*.

Dice que no puede más, *que no puede más*.

Cuando acaba la primera sesión, dice que se marcha más *tranquila*, concertando cita para la semana próxima.

La segunda sesión se presenta más tranquila, empieza a hablar de sus síntomas, en efecto cumple con todos, los cuales podríamos encuadrar dentro del marco de la fibromialgia, migrañas, falta de energía, cansancio generalizado, no presenta ganas de hacer nada, no duerme por la noche, se siente agotada al día siguiente, colon irritable, bola en el estómago como ella lo llama, dolores musculares, presenta una paralización de la parte izquierda del cuerpo, desde la pierna hasta el cuello, la parte izquierda no la puede mover y anda rígida como si una prótesis envolviera su cuerpo. Estos dolores le hacen no poder levantar el brazo y torcer el cuello.

Estos síntomas cursan con fobia a la gente, no poder estar rodeada de gente y no poder salir. Esto la obliga a no frecuentar un centro comercial, cine o lugar semejante.

Durante sesiones y sesiones habla de *sus dolores*, es un alma en pena, todo le duele.

Llora bastante al principio y casi no habla, esto cambiará a lo largo de las sesiones donde dejará de llorar para empezar a *hablar*.

Cuenta su recorrido interminable por hospitales, centros de salud, consulta de psicólogos y otros profesionales, internistas traumatólogos, neurólogos, radiólogos, cardiólogos, había visitado a todos los "ólogos" y ninguno le decía que le pasaba y que enfermedad concreta tenía, al final le dijeron que era fibromialgia, pero que no era nada orgánico, ya que todas las pruebas se presentaban como negativas y no aparecía ningún indicio de enfermedad física.

Sesión tras sesión empieza a contarme su historia familiar y su historia con los hombres. Tanto una como otra no han sido muy satisfactorias, y en cada una de ellas se siente como un objeto utilizado, en la familia sirve para solucionar problemas y aportar dinero y con los hombres se limita

a ser un objeto sexual, donde todos hacen sexo con ella, pero ninguno se queda con ella.

Empieza a relatar la relación sexual que mantiene con un hombre desde hace 11 años. Durante esta relación el hombre tiene varias novias que armoniza bastante bien con la relación con ella, diciéndole que a ella la quiere más, pero que tiene que comprender que las otras son novias y ella es la mejor pero que no puede ser su novio. Asombrosamente ella comprende que esto es así, conformándose con que a ella la quiere más.

Durante la relación con Dolores, el partenaire llega a casarse con una de estas novias, ella acepta la situación y sigue viéndolo.

Un detalle, el supuesto novio, se dedica al mundo del toreo, siendo famosillo en este ambiente, lo cual produce una gran admiración en Dolores, creyendo que *está con una persona importante que a ella la quiere más*.

Esto a ella le hace sentirse *inferior* respecto a su partenaire y dar gracias a Dios porque este hombre se ha fijado en ella. Esta relación fomenta su baja autoestima y complejo de inferioridad.

La relación empieza a ser infernal, queda con él y no aparece, la lleva al cortijo realiza el acto sexual con ella, desapareciendo durante bastante tiempo, dejándola sola en el campo sin coche ni medios para volver a su casa.

Durante 11 años, la relación va empeorando convirtiéndose en algo que físicamente empieza a afectarle, ya no está tan guapa como antes, ya no está tan contenta como antes, ya no tiene motivación sexual como antes y ya no empieza a estar siempre disponible como antes, su supuesto novio empieza a no tener un *objeto* como antes y no está nada contento.

Ella ha intentado durante numerosas ocasiones dejar la relación pero algo se lo impide ya que él la quiere más que a las demás.

Después de algunas sesiones, decide no coger más el teléfono, cosa que le cuesta bastante hacer y termina finalmente por descolgar y hablar con él.

A lo largo de las sesiones consigue borrar su número de teléfono y aunque se lo sabe de memoria, decide no volver a hablar con él. Cada sesión durante un tiempo la dedicaba a convencerse a ella misma porque no podía hablar con él.

Esta relación infernalmente amorosa, se conjuga con los sustos familiares, su hermana ha tenido problemas con el ex marido alcohólico, su hermana y sus sobrinos no tienen dinero para comprar esto y lo otro y lo pasan económicamente mal, Dolores como es de esperar contribuye

con su dinero, haciéndose cargo de la situación de su hermana y sobrinos. Sus padres muy mayores tienen problemas de salud importantes, ya han sido sometidos a varias operaciones graves, como también es de esperar, Dolores siempre ha contribuido con su entrega absoluta a este tipo de situaciones.

Pero repite desde el principio *que no puede más, que no puede más, no puede hacerse cargo de nada más.*

Intervengo diciendo que solo hace falta que se haga cargo de ella misma e in-tente ver...

Durante sesiones y sesiones habla y habla, dándose cuenta de que actúa repetitivamente en todas las situaciones y con todas las personas. Empieza a preguntarse porque hace esto.

Un día aparece un gato negro en la ventana de la consulta, y sorprendentemente empieza a gritar, a chillar, a levantarse, hasta ese momento no sabía que tenía fobia también a los gatos.

Repetía constantemente *“no puedo más, no puedo más, no los soporto...”*

A mí se me ocurre en este espaviento de gritos, golpes, etc...decirle “míralo”, sorprendentemente para mí, se sienta de nuevo en la silla mucho más calmada e intenta buscar con la mirada al gato, evidentemente el gato había salido corriendo desde que vio el movimiento que había en la sala.

Las demás sesiones a partir de este momento empezaron a transcurrir de forma diferente, se presentaba más calmada y decía que parecía que tenía menos dolores pero ir a un lugar con mucha gente o coger el coche ella sola, no podía.

Todo empezó a cambiar cuando después de meses, su supuesto novio la llamaba y ella se sentía mucho más fuerte para no descolgar el teléfono, después de hablar y hablar de este sujeto parece que dejó de interesarle y paso a segundo plano.

Empezó a hablar de la relación con sus padres y con su hermana.

Descubrió según ella, pero era algo que ella sabía pero que no se atrevía a decir, Dolores no soportaba a su madre, que era una sufridora, que siempre estaba enferma que siempre se estaba quejando, que nunca se reía, que su vida era una pena, y que no quería ser como ella.

Se sentía culpable por ello e intentaba hacer todo lo que su madre le había enseñado para sentirse menos culpable, actuaba como ella y siempre estaba a la disposición de todos.

Con su padre tampoco tenía buena relación, decía que según su padre todo le saldría mal, así que antes de emprender algo siempre sabía que estaba avocada al fracaso.

La relación con su padre le hacía tener reglar estrictas y severas que llegaban a la obsesión por la perfección.

Su hermana era la guapa y la pobrecita que todo le salía mal, así que ella, que era el patito feo de la casa tenía la obligación de ayudar a su hermana y sobrinos.

Se encontraba más fuerte con el tema del teléfono, así que decidió también empezar a ser fuerte con el tema familiar, empezó a pasar menos dinero a su hermana y sobrinos, empezó a salir con sus amigas, dejó claro que ella no estaba siempre disponible para sus padres y habría que hacer turnos entre los hermanos.

Sesiones tras sesiones, hay un cambio en dolores, ya no habla de su ex supuesto novio, ya no habla de sus dolores, ya no habla de su familia, por fin empieza a hablar de ella y de su deseo en la vida, sobre lo que quiere hacer, le gusta, busca...

Durante una de las sesiones, ya pasados al menos dos años me dice que ha conocido a un chico y que es 10 años menor que ella, que le gusta mucho pero que eso es imposible que no se lo puede permitir, que su familia dirá..., que la sociedad dirá..., que ella no puede aceptar de ninguna manera una relación con él.

Las siguientes sesiones, evidentemente tratan sobre la posible o no posible relación amorosa de Dolores con un jovencito, según ella.

Sesiones tras sesiones, ve y decide no estar sujeta por los prejuicios y reglas anteriores, dejar de repetir lo que siempre ha hecho, en definitiva amargarse la vida y gozar con este sufrimiento.

Decide salir con él, al principio supersecreto, por supuesto, poco a poco empieza a sentirse cómoda en la relación, le gusta este chico, se divierte, la escucha y habla con ella, a diferencia del anterior partenaire donde solo realizaba el acto sexual pero no hablaba ni la escuchaba.

Un día aparece en la sesión y me dice que ha ido al concierto de "niña Pastori" y que ha levantado el brazo izquierdo, además que había mucha gente y que solo ha tenido un poco de agobio.

Nos reímos ambas, empieza a hacer chiste con sus dolores y derivados...

Durante los próximos meses y sesiones habla de la ilusión de esta relación, de un salir y entrar, de los recorridos los fines de semana, por centros comerciales y lo que se compraba.

Intervengo, diciendo que siempre *es mejor ir el fin de semana al centro comercial que al centro de salud*

Se ríe y vuelve a hacer chiste con sus síntomas

Me dice que ya viene sola en el coche que ya no la tienen que traer y que todavía tiene un poco de miedo pero que pone la música que le gusta y ya está.

Dice que *los gatos ahora le parecen más bonitos con esos ojazos*, (respuesta a mi intervención “míralo” por el gato), pero que todavía no los toca.

Poco a poco va consolidando la relación, hasta que finalmente se presentan socialmente como pareja, sufriendo ambos los prejuicios, opiniones de los otros, que piensan que ella es 10 años mayor que él, sorprendentemente ella parece reaccionar de manera diferente a como lo hacía antes, modelo de novio diferente, relación con él diferente, posición con la familia diferente y ahora con la sociedad también diferente.

tiene que enfrentarse a los padres de él que no ven bien la relación de su hijo con esta mujer 10 años mayor que su hijo.

La familia del novio también es bastante complicada, Dolores va afrontando día a día cada acontecimiento que va surgiendo.

Interrumpió el tratamiento en 2015, para hacerse cargo de su vida y de su nueva elección de futuro.

Hoy en día está casada con este hombre y tiene un niño de 6 meses.

Se despidió diciendo seguiré viniendo cuando me haga falta para una puesta a punto.

3. Diagnóstico diferencial.

Dolores está formalmente diagnosticada de fibromialgia por el Sistema Andaluz de Salud.

La hipótesis central de este cuadro es el dolor crónico, sin daño orgánico reconocible, considero que este dolor está relacionado con la estructura inconsciente del sujeto.

El dolor ha tomado la deriva del cuerpo apoderándose de éste y se ha instalado de forma permanente, le hace la vida insoportable al paciente.

La fibromialgia es un síntoma transclínico, por esto entiendo que se puede hacer presente en cualquier estructura, (neurótica, perversa o psicótica).

Se puede entender este síntoma y es cuadro, la fibromialgia, como un “sirve para todo”, coincidente con la medicina actual que la consideran la caja de Pandora donde todo cabe y todo sale.

La medicina bajo su mirada fenomenológica, unifica en un diagnóstico único aquello que es un dolor radicalmente diferente según cada sujeto.

Es un diagnóstico unificador, donde todos los pacientes son iguales ante la ley médica, por más que la medicina afirme que no hay enfermedades, sino enfermos.

Dolores a lo largo de su vida va haciendo distintos usos de su cuerpo. Su cuerpo le servía para hacerse daño, castigarse por medio de descuidos, maltratos de su expareja o de la fibromialgia, instaurada como permanente en su cuerpo.

La culpa y el goce iban de la mana, culpa que sentía por no soportar a su madre, ni a los otros, ella lo deja muy claro en su frase “no puedo más, no puedo más, no los soporto”, goce en el sentido que cada culpable merece un castigo y paga por su culpa, paga a través de su cuerpo la culpa y goza por ser castigada.

Diversos síntomas, migrañas, afónicas que le dejaban sin habla, insomnio, inflamaciones de estómago, colon irritable, distintas maneras de complacencia somática que mostraban a un cuerpo “enfermo de verdad”.

Dolores trae estos síntomas a sesión y por medio de la palabra puede ir descifrando su saber.

Pero Dolores parece hacer otro uso de su cuerpo, la parte izquierda está paralizado lo cual le impide “mirar y agarrar”, todo lo que ocurre en su parte izquierda.

El haber instaurado el dispositivo de la palabra, permite a Dolores “ver”, la sesión del gato y la intervención sobre “la mirada” abre un nuevo estadio en el análisis de Dolores, donde ella se empieza a situar de una manera diferente para pasar a repetir, “veo todo de otra manera”, la mirada ha cambiado en ella, ve el lugar que ha ocupado para el otro y el lugar que ella ha elegido en relación con el otro.

Ha sido un objeto para usar, un objeto en uso y pasa a ser un sujeto que desea no ser usado.

Decir que el analista no escucha, el analista lee los síntomas, los lee como un lenguaje estructurado del inconsciente.

Dolores hace una nueva lectura de su historia donde se ve, se mira, desde otra perspectiva, es consciente del lugar de objeto que ha ocupado para los otros, ha sido la cenicienta de todos para pasar a ser la princesa que encuentra el amor y le ayuda a pasar a otra historia, la historia de su vida, no la historia de los otros.

El amor del otro y el amor por el otro le hacen cambiar de objeto para usar a sujeto para amar.

Ella hoy dice que ve la vida con otros ojos, también haciendo referencia al "miraló" de la intervención y a una nueva mirada.

Para mí la cuestión principal es, ¿*dónde queda el sujeto?*.

La idea de normalidad es una "ficción ideal" cabría considerar que entre normalidad y anormalidad existirían transiciones graduales.

Hay un concepto que yo considero importante se trata de la *responsabilidad subjetiva*, cuestión ésta en la que convergen la clínica y la ética. La psiquiatría y actualmente la salud mental han fomentado, mediante la concepción médica de los trastornos anímicos, una concepción que elimina la responsabilidad subjetiva a cuantos se hacen llamar enfermos.

La irresponsabilidad a causa de enfermedad mental tiene habitualmente consecuencias clínicas lamentables.

Queda pendiente, por tanto, un diálogo riguroso entre clínicos y juristas que alcance a conjugar la responsabilidad subjetiva, así como un consenso con las demás disciplinas.

Considerando que el papel del síntoma es proporcionar una respuesta a la angustia considerada como el malestar del sujeto, es necesario escuchar al sujeto, como sujeto único y no intentar generalizar.

Existen casos en que, de forma temporal o duradera, la angustia no queda enmascarada por el síntoma y el sujeto se ve enfrentado directamente a ella.

El sujeto busca una respuesta a sus dolencias, a sus síntomas, trata de conseguir bien una salida definitiva para una situación vivida como imposible de resolver o bien una salida transitoria que le devuelva su ser.

7. MIEDO, ANSIEDAD Y ANGUSTIA.

Francisco Rodríguez Valls, Facultad de Filosofía, Universidad de Sevilla

Sumario: 1. Miedo y ansiedad como emociones naturales. 2. El tratamiento filosófico de la angustia: la experiencia metafísica de la emoción. 3. Semejanzas y diferencias entre ansiedad y angustia. 4. Conclusiones: la irreductibilidad entre ansiedad y angustia.

Este escrito pretende contribuir a una interacción interdisciplinar entre antropología y psicología considerando el caso de dos emociones relacionadas en la práctica de la psicología pero que a mi juicio entrañan notables diferencias: la ansiedad y la angustia.

1. Miedo y ansiedad como emociones naturales.

Posiblemente los autores que más han estudiado las bases neurobiológicas del miedo y la ansiedad hayan sido J. LeDoux (LeDoux, 1999) con respecto al miedo poniéndolo en relación con diversas regiones de la amígdala y J. A Gray y N. McNaughton (Gray y McNaughton, 2000) con respecto a la ansiedad y el sistema septo-hipocampal. Uno de los supuestos que sostienen sus investigaciones y que vienen refrendados por la filosofía de la psicología desde tiempos inmemoriales es que esas emociones son compartidas por animales y humanos de tal forma que los resultados obtenidos en la investigación con animales pueden ser transportados al caso concreto del miedo y de la ansiedad humana. Ni el miedo ni la ansiedad son emociones propiamente humanas sino que, más bien, el hombre como sistema biológico que es las contempla en su sistema filogenético aunque, evidentemente, en el ser humano puedan adquirir condiciones especiales debido al fuerte influjo que la cultura ejerce sobre él. En este sentido puede decirse que el miedo y la ansiedad tienen un origen evolutivo cuya finalidad es la supervivencia del individuo o de la especie a través de impulsos de conductas mecánicas y de sentimientos que surgen espontáneamente ante diversos estímulos naturales.

..... Tanto el miedo como la ansiedad son emociones que previenen al sujeto psicológico acerca de un peligro. La diferencia que suele formularse es que así como el miedo tiene lugar frente a un peligro determinado,

la ansiedad tiene que ver con un peligro indeterminado. El ejemplo que habitualmente se pone en psicología experimental para diferenciarlos es el caso del ratón que entra en un lugar donde encuentra un gato o bien, sería el segundo caso, detecta un olor a gato. En el primer caso la emoción natural es el miedo. En el segundo caso la presencia del peligro no es segura aunque es posible y eso crea una inquietud ante lo que puede estar o no estar, es decir ante la posibilidad que no depende de nosotros, que es lo propio de la ansiedad. No hace falta decir que tanto el miedo como la ansiedad pueden ser respuestas apropiadas a su objeto como inapropiadas a su objeto dando lugar tanto a ataques de pánico injustificados como a los trastornos de ansiedad cuyo estudio ha desarrollado profusamente la psiquiatría.

Peligro real, peligro posible e indeterminado, eso diferencia el miedo de la ansiedad y hace que desde el punto de vista intelectual sean fenómenos distintos ya que lo que podríamos llamar el “mapa de la situación” que una y otra comportan es diferente: en una la situación es clara y admite un conjunto de respuestas perfectamente definidas filogenéticamente; en otro el mapa de la situación está incompleto y requiere un uso más activo de las facultades cognoscitivas para determinar el peligro en lo posible, evaluarlo y decidir una conducta. Ante el estímulo adecuado el miedo responde de forma instintiva con una conducta que, en muchos animales, es mecánica. Ante el estímulo adecuado la ansiedad busca determinar la existencia o no del peligro y se prepara cognoscitivamente para dar una respuesta. Por ello la conclusión es que la ansiedad depende más de las instancias cognoscitivas de lo que pueda depender el miedo.

2. El tratamiento filosófico de la angustia: la experiencia metafísica de la emoción.

En la historia de la filosofía el tratamiento de las emociones o pasiones ha estado constantemente presente, especialmente formando parte entrañable de la estructura humana, del alma humana y siempre muy en relación con la ética. Una consideración que clarifica su estatus antropológico es la afirmación de que las pasiones son moralmente indiferentes, de que no son buenas ni malas de por sí ya que forman parte del reducto animal de los apetitos concupiscible o irascible y la parte del alma que se refiere directamente al bien no son ninguna de esas dos sino la voluntad: la voluntad debe dominar los apetitos usándolos en su provecho

o constriñéndolos para acercarse al bien y rechazar el mal. Un cambio en la perspectiva ontológica de las emociones surge precisamente en el libro *El concepto de angustia* (1844) de Kierkegaard, cambio porque en él se presenta un sentimiento que es por su estructura propiamente humano y cuya respuesta ante él sí es éticamente relevante y lo es en grado sumo puesto que puede determinar lo que podríamos llamar una existencia auténtica o una existencia inauténtica (una existencia humana fracasada). El caso de la angustia es especial: no es que a un sentimiento animal el hombre lo transforme y trascienda desde su peculiar condición, como ocurre con todos los demás, sino que aparece como propio y exclusivo de él. Ello nos hace preguntarnos de forma más urgente si cabe sobre el origen anímico de esta emoción.

En Kierkegaard se encuentran los conceptos básicos sobre los que van a pensar otros teóricos de la angustia en el siglo XX como son Heidegger y Sartre y en ellos quedan claras las siguientes cuestiones: la angustia es una emoción propiamente humana que puede definirse como “vértigo ante la libertad”; la angustia se abre ante la posibilidad o, según Heidegger, ante la nada y cuando el ser humano encuentra como recurso ante ella sólo su propia finitud; la angustia es una emoción que se refiere al futuro, a la totalidad del futuro del sujeto angustiado y nace frente al conocimiento de tenerse a sí mismo en sus propias manos, es decir, ante la responsabilidad de construirse, de ser algo o la posibilidad del fracaso y de la nada. Veamos estas tres cuestiones por separado.

La imagen poética que tanto Kierkegaard como Heidegger establecen para dar cuenta de la angustia es la del sujeto al pie del abismo. Ese abismo, conceptualmente establecido, no es otro que la libertad. La condición de ser libre, de jugarse el ser o el no ser por tenerse a sí mismo y a la especie entre las manos producen una sensación de vértigo, de estrechamiento, de angostamiento, de *angst*, que es exactamente lo propio de la angustia: el conocimiento de sí mismo y de la propia condición construye un sentimiento. El descubrimiento de la libertad sólo se da en lo humano y por ello la angustia no se da en ninguna otra especie animal. Descubrir la libertad es lo propio del espíritu humano en el momento en que se contempla como causa de sí mismo, como producto de sí mismo y, en consecuencia, sale de lo que Kierkegaard llama la “naturalidad”, es decir la espontaneidad que vive en el círculo de un tiempo que tiene como eje el presente.

.....En segundo lugar, cuando el hombre descubre su propia libertad la descubre como esencial y como un fenómeno frente al que todo carece de importancia, es decir, ante lo que todo aparece como nada: nada es importante salvo el sí mismo frente al sí mismo. El problema de la libertad es que para salvar el abismo de la responsabilidad frente a sí mismo sólo se cuenta con la propia finitud. Eso contribuye a la angustia como emoción porque hace surgir la pregunta sobre si uno será capaz de salir airoso ante la propia posibilidad. Ciertamente es que cabría la posibilidad de cerrar los ojos ante el abismo y construir una existencia banal, o arrojar al abismo y cometer suicidio evitando toda responsabilidad, pero aquellos que soportan la angustia y se hacen cargo de sí mismos y del mundo como consecuencia son los que ejercen de forma propia y valiente su condición de humanos.

.....En tercer lugar, el eje temporal al que nos abre la angustia es el futuro, es decir, lo que consigue la angustia es abrirnos a la totalización de la completa existencia del sujeto que se presenta como proyecto a realizar. Todo mi yo posible, lo que puedo ser y que me constituirá eternamente como mi referencia pasa ante mi vista y se presenta como misión que afecta a mi ser y al ser del mundo. Lo que afecta es, en palabras de Sartre, la "posibilidad de la posibilidad" y al ver que es mía y que es indeterminada teniendo que ser determinada por mí es lo que hace surgir la responsabilidad que abre el sentimiento de angustia. El ser humano se presenta entonces como proyecto de existencia, como tenerse entre unas manos contingentes que deben arriesgarse en un plan de existencia que puede triunfar o fracasar.

..... Habría una cuarta cuestión que ha sido sobre todo desarrollada por Heidegger y que habla de la rareza del sentimiento de angustia: la angustia es un sentimiento que aparece sólo de vez en cuando en el ser humano. Nadie normal está eternamente angustiado y ni siquiera puede decirse que empíricamente aparezca en todos los seres humanos puesto que no todos viven una existencia auténtica. La angustia aparece en el momento de la conciencia de la propia posibilidad y cuando ésta se determina y se va poniendo en práctica la angustia se atenúa y se disuelve en el ir haciéndose cotidiano. Sólo en las crisis del proyecto vuelve a surgir con fuerza para establecer la reconducción del propio sujeto hacia un fin que el yo crea que es ontológicamente exitoso y que justifique su propia existencia.

3. Semejanzas y diferencias entre ansiedad y angustia.

Una vez establecidos los dos últimos puntos conviene ahora hacer una comparación, siquiera somera, de las principales semejanzas y diferencias entre la ansiedad y la angustia. Y la primera semejanza es que ambas son propiamente emociones: sentimientos que tienen su refrendo en sensaciones corporales objetivas y que están pendientes del resultado de alguna acción. En segundo lugar, tienen como referencia algo indeterminado: un peligro posible en el caso de la ansiedad o la posibilidad del sí mismo en el caso de la angustia. Ambas tienen también una especial relación con el conocimiento ya que la ansiedad busca determinar el objeto de peligro y la angustia determinar el proyecto existencial del propio yo. También coinciden en que la ansiedad se produce ante la expectativa temerosa de perder una situación ventajosa en la que uno se encontraba o en ganar una situación en la que pueda estar mejor: en la medida en que la solución no depende de nosotros podemos decir que el sujeto se encuentra ansioso. En el caso de la angustia la incertidumbre se produce cuando lo que se puede ganar o perder es el sujeto mismo.

.....

La última afirmación nos hace adentrarnos ya en las diferencias que podemos encontrar entre estas dos emociones. Ciertamente las dos nos hablan de un peligro indeterminado, pero así como la ansiedad lo que pretende es determinar el objeto peligroso en sí mismo, ver si el gato está o no en la habitación acudiendo al ejemplo que enunciábamos en el punto primero, la angustia lo que pretende determinar es la naturaleza del propio sujeto. Véase que ambas son actividades de tipo cognoscitivo: determinar o saber algo, pero así como la ansiedad puede resolver el misterio a fuerza de procedimientos instintivos como ocurre en la mayoría de los animales, el conocimiento que produce la angustia necesita conocer cómo es el sujeto y cuál es el fin al que se le debe encaminar, es decir, es un conocimiento que no puede ser menos que autoconsciente y sabedor de la propia condición de sujeto así como de la estructura que posee. Precisamente por ello el tipo de ejercicio cognoscitivo que se realiza en la ansiedad y en la angustia es diferente: para el primero hace falta sólo una memoria de trabajo hasta que se determine el objeto en el eje del presente. La angustia, sin embargo, necesita totalizar la vida entera del sujeto como proyecto y por ello su eje está en el futuro: sólo el futuro determinará si el proyecto de yo que se ha realizado ha sido exitoso o ha fracasado.

4. Conclusiones: la irreductibilidad entre ansiedad y angustia.

La cuestión que nos ocupa tiene consecuencias metodológicas en el ámbito de la psicología que explican por qué la ansiedad es un objeto frecuentemente tratado por lo que podríamos llamar psicología naturalista mientras que la angustia lo es desde el campo más minoritario de la psicología humanista. El hecho de que la ansiedad admita una explicación evolucionista que incluya a la totalidad de los seres vivos, incluido el ser humano, le da una facilidad para la experimentación y para extraer conclusiones de experimentos con animales a los que la psicología humanista no puede aspirar. Sin embargo podríamos considerar que la angustia como tal no es una emoción fantasma aunque sea una experiencia metafísica más que evolutiva y que también merece ser objeto de estudio de una ciencia que pretende dar razón de todo fenómeno psíquico aunque sea exclusivamente humano. Personalmente no conozco experimentos sobre la angustia y más bien me da la impresión de que existe en psicología una confusión entre ambas emociones. Como ejemplo baste recordar cómo se tradujo al inglés el título de la obra de Kierkegaard que hemos citado: *The concept of anxiety*. A mi juicio eso es un error que no hace justicia a ninguna de las dos emociones tratadas. Creo que una traducción que guardaría el sentido de la obra de Kierkegaard y que es posible en inglés es la de *The concept of angst* o, en todo caso, *The concept of anguish*. En ese sentido así como la psicología humanista está siempre abierta a la naturalista, eso podría implicar una ayuda por parte de posiciones psicológicas más cercanas a la filosofía a la psicología experimental para que comprendiera mejor la naturaleza y especificidad de la psicología del sujeto humano. Ese llamamiento a la complementariedad de ambos tratamientos es lo que justifica precisamente que hablemos de ansiedad y angustia en un lugar como este y con el marco horizonte que se ha fijado.

.....Las relaciones entre ansiedad y angustia son un elemento más del más extenso debate entre naturalismo y humanismo y muestran cómo en el caso del ser humano no todo fenómeno puede ser derivado directamente de instancias evolutivas: así como la ansiedad tiene una función clara para la supervivencia del individuo y de la especie, la angustia sólo la tiene para la existencia plena entendiendo esta bajo todas las condiciones culturales que son inaplicables al ciclo biológico de nacer-crecer-reproducirse y morir. Además, desde mi punto de vista, el origen de ambas emociones es diferente: en la ansiedad es la emoción la que mo-

tiva la determinación del peligro a través de instancias cognoscitivas; en la angustia es el conocimiento de la propia condición libre y de la necesidad de la configuración de un proyecto existencial bajo condiciones finitas la que causa la emoción del vértigo y del angostamiento. Por ello considero que ambas son irreductibles y nos abocan en consecuencia a plantear el problema sempiterno del dualismo o del monismo en la estructura del ser humano.

5. Referencias bibliográficas.

DARWIN, C., *La expresión de las emociones en los animales y en el hombre*, Alianza, Madrid, 1984.

FERNÁNDEZ-ABASCAL, E. G. (et al.), *Psicología de la emoción*, Editorial universitaria, Madrid, 2010.

FRANKL, V.E., *El hombre en busca de sentido*, Herder, Barcelona, 1979.

GOLEMAN, D., *Inteligencia emocional*, Kairós, Barcelona, 1996.

GRAY, J. A., N. MCNAUGHTON, *Neuropsychology of anxiety: an enquiry into the functions of the septo-hippocampal system*, Oxford University Press, Oxford, 2000.

HEIDEGGER, M., *¿Qué es metafísica?*, Fausto, Buenos Aires, 1992.

HEIDEGGER, M., *Ser y tiempo*, Trotta, Madrid, 2003.

KIERKEGAARD, S., *El concepto de angustia*, Espasa-Calpe, Madrid, 1972.

LEDOUX, J., *El cerebro emocional*, Planeta, Barcelona, 1999.

MASLOW, A. H., *Motivación y personalidad*, Díaz de Santos, Madrid, 1991.

PALMERO, F., MARTÍNEZ SÁNCHEZ, F. (coords.), *Motivación y emoción*, McGraw Hill, Madrid, 2009.

SARTRE, J.P., *El ser y la nada*, Losada, Buenos Aires, 1966.

SARTRE, J.P., *El existencialismo es un humanismo*, Edhasa, Barcelona, 1999.

8. SENTIDO DE LA VIDA, FRACASO EXISTENCIAL Y ENFERMEDAD.

Jacinto Choza, Facultad de Filosofía, Universidad de Sevilla.

Sumario: 1. Sentido de la vida y eros platónico. 2. La noción antigua de “destino”. 3. Revolución industrial, universalización de la libertad y angustia. 4. Inhibición del eros y niveles de libertad. 5. Formas disfuncionales de reacción ante la angustia. 6. Papel de la conciencia en el enfermar y en la curación. 7. La imposibilidad de la auto-aceptación y las mutilaciones de la autoconciencia. 8. Cuestiones de bioética.

1. Sentido de la vida y eros platónico.

El eros, el motor de la existencia humana, es el “afán de engendrar en la belleza según el cuerpo y según el alma” como dice Platón. Es la fuerza que se enciende en el alma para dar vida y para llevar la vida a su plenitud. Eros es la capacidad de vislumbrar algo hermoso, bello, grandioso, que hace que la vida tenga sentido, que hace que se sienta que vivir es gozoso, bueno.

A esa energía que enciende el alma e impulsa a los seres humanos a vivir, los filósofos le han llamado de diversos modos según enfocaban uno u otro de sus aspectos: Platón le llama “eros”, Tomás de Aquino “voluntad natural” (“voluntas ut natura”), Spinoza “impulso a conservar el ser” (“conatus suum esse servandi”), el psicoanálisis “deseo”.

Para los seres humanos lo más común es amar la tarea profesional, social o de servicio a la comunidad y amar a las personas de su ámbito doméstico. Lo bello y lo hermoso es lo que enciende el eros en el alma del hombre y le lleva a desarrollar su vida en el ámbito profesional y en el ámbito familiar.

El ejemplo más ilustrativo de cómo funciona el “eros” se encuentra en la experiencia del enamorado. Se comprende bien lo que hace el eros en el alma mediante la fenomenología del enamorado. El eros, la energía vital, hace que el enamorado despliegue la vida en las dos esferas mencionadas, la de la actividad pública, laboral o profesional, y la privada, la del amor conyugal y paterno-filial, de un modo jovial y gozoso. El trabajo y la familia. La pasión, el amor y el deber respecto de lo bello, hermoso y grandiosos percibido en esos dos ámbitos, encauzan la existencia humana

en las distintas etapas de la vida, en las distintas épocas de la historia de una cultura y en las distintas culturas.

2. La noción antigua de “destino”.

El destino es la determinación a priori del trayecto biográfico del individuo. El compendio de lo que va a ser la existencia antes de su despliegue temporal, o después, o independientemente del tiempo. Tal es el sentido de la expresión: “ese era su destino”. Esa destinación, eso a lo que uno está destinado, rige y regula el curso vital del individuo, y preside sus decisiones libres.

Lo que los antiguos llamaban “destino” es lo que constituye el horizonte biográfico del individuo, las posibilidades reales que aparecen en su vida, lo que puede elegir, lo que tiende a preferir, el contexto y el ámbito en que ejerce su libertad. Es lo que Ortega denominaba el conjunto de las circunstancias propias de cada uno en la expresión “yo soy yo y mis circunstancias”. El destino es el conjunto de esas circunstancias, las que en cada periodo temporal y en cada ámbito espacial se consideran condicionantes y determinantes del despliegue de la existencia del individuo.

Eso que los antiguos llaman “destino”, se concibe y se interpreta de manera diferente en cada periodo de la historia de la cultura occidental, y se puede esquematizar en una tabla como la siguiente:

Periodo	Tipo de determinación	Agente de determinación
Antigüedad occidental	Religioso teológica	Dioses, astros
Medievo	Onto-sociológica	Estirpe, estamento social
Modernidad	Socio-económica	Clase social
Romanticismo	Psicológica	Carácter (criminal,nato,etc)
Siglo XX	Biológica /mediática	Genes/información-publicidad

Junto a la naturaleza y el destino, la tercera determinación del trayecto existencial del individuo en la cultura moderna es lo que se denomina “vocación”, y que es aquella tarea o aquella “misión” a la que siente llamado. La “vocación” puede confirmar al destino y ser confirmada por él, como sería por ejemplo el caso de Mozart, y puede no coincidir con el destino y entrar en conflicto con él, como se dice en la canción andaluza “El hijo del ganadero/no quiere ser matador”.

3. Revolución industrial, universalización de la libertad y angustia.

En todas las culturas la determinación de la existencia del individuo, la biografía, la configuración del sentido de la vida, el conjunto de circunstancias que completan el “yo” y que Ortega llama “mis circunstancias”, la llevan a cabo los factores socioculturales. Así era también en nuestra cultura antes de la revolución industrial

Después de la revolución industrial, a partir del siglo XIX, esa determinación de la existencia individual, de la biografía, se lleva a cabo desde la libertad individual. A partir de entonces la actividad profesional o laboral, en occidente, la elige el individuo humano varón según sus preferencias, y el cónyuge lo elige igualmente según sus preferencias. Los motivos de la elección suelen ser los sentimientos amorosos: el interés, el gusto o la pasión por una actividad y el enamoramiento. La mayoría de los hombres eligen la profesión que más les gusta y se casan por amor con la mujer que más les gusta.

Antes de la revolución industrial el tipo de actividad profesional de un hombre venía determinada por el sexo, la edad, la tribu, la estirpe, el gremio o el estamento, y el cónyuge solía procurarlo y elegirlo el cabeza de familia o los padres. En las mujeres eso sucede hasta la segunda mitad del siglo XX en la cultura occidental (Cfr. J. Choza, *Historia de los sentimientos*, Sevilla: Thémata, 2011).

A partir del renacimiento el enamorado es un hombre culto, una especie de héroe como Romeo, y a partir de la segunda revolución industrial lo son casi todos los jóvenes. La mayoría de los hombres se casan con una mujer de la que se enamoran. A partir del siglo XIX la determinación del sentido de la existencia corre por cuenta de la libertad individual en el caso de los hombres. En el caso de la mujer eso no ocurre hasta después de la tercera revolución industrial, la de la informática, en la segunda mitad del siglo XX. Desde entonces la mayoría de los hombres y de las mujeres elige su trabajo y elige su pareja, es decir, eligen el tipo de vida que quieren desarrollar y apuntan a una meta que frecuentemente también eligen.

Esta universalización de la libertad da lugar a una serie de fenómenos subjetivos, íntimos, que los filósofos describen y llaman angustia o miedo a la libertad (en el siglo XIX Kierkegaard y en el XX Heidegger y Fromm) y los médicos describen también y denominan con el mismo término, angustia (entre los primeros, Freud).

Los médicos (Charcot, Janet y Freud entre otros), describen algunas enfermedades como formas de reaccionar ante la angustia, es decir, como formas de miedo ante la libertad, y entre ellas especialmente la histeria.

La histeria es una enfermedad que afecta a las mujeres hasta la revolución sexual y la tercera revolución industrial de los 60 y 70. Antes de esas décadas la mujer no cuenta con las miles de posibilidades profesionales con que cuentan los hombres y en referencia a las cuales ejercen su libertad, sino que tienen solo una salida: casarse y ser una buena mujer, es decir, una buena esposa. Su destino está culturalmente fijado según un único cauce. En ese estrecho ámbito de ejercicio de la libertad el recurso más importante, y en muchos casos único, para la realización existencial de la mujer es su atractivo erótico. El miedo a la libertad es entonces miedo a no poder desplegar con éxito esos recursos, y lo que resulta afectado por ese miedo son precisamente tales recursos en su más estricta dimensión orgánica, a saber, el útero, las trompas, la apetencia sexual, etc.

4. Inhibición del eros y niveles de libertad.

En este punto es muy importante aclarar que aun siendo la libertad el modo en que el ser se manifiesta a sí mismo por sí mismo, que siendo el amor la forma en que el ser libre se manifiesta a sí mismo por sí mismo, y siendo la angustia una inhibición del eros y una inhibición de la libertad, tanto el enamoramiento y el entusiasmo como la angustia y la depresión, pertenecen al orden de la libertad fundamental o trascendental, pero no al de la libertad electiva o del libre albedrío, es decir, de la elección voluntaria.

Hay dos niveles de la libertad. Primero, el de la libertad trascendental o libertad fundamental, que coincide con la persona en su máxima radicalidad, con el sí mismo, y que comparece en la conciencia en experiencias del tipo del enamoramiento, el entusiasmo, la angustia y la depresión. Segundo, el de la libertad psicológica o libertad de elección, que comparece en la conciencia en experiencias referentes al trabajo que uno puede elegir o a la forma de relación con la pareja (Cfr. J. Choza, *Manual de antropología filosófica*, Sevilla: Thémata, 2ª ed. 2016, cap. XVI). Enamorarse no es algo que alguien decida, sino algo que a uno le pasa, como angustiarse. Estudiar derecho no es algo que a alguien le pasa, sino que lo decide, como casarse. A nadie "le sucede" que de pronto resulta que es licenciado en derecho o que está casado. Igualmente nadie se enamora porque ha decidido hacerlo o se angustia porque lo ha decidido.

Para aquellos individuos en los cuales el eros, la energía ontológica o el impulso existencial del alma, es suficientemente fuerte y corresponde a lo que se denomina la “naturaleza humana”, el horizonte vital se puebla de ideales atractivos y hermosos que les marcan una cierta ruta existencial que pueden seguir, su existencia puede tener un sentido y ser gozosa. De todas formas, y en todos los casos, esa energía ontológica del alma, de la naturaleza, tiene sus fisuras y su fragilidad. Es vulnerable.

En aquellos individuos cuya “naturaleza humana” se despliega según una “condición humana” o según un “destino” en virtud del cual esa energía del alma es débil, y esa naturaleza resulta vulnerada, se produce una inhibición del “eros”, de la “voluntad natural” o del “impulso para ser”, más o menos profunda, más o menos transitoria. En ese caso las figuras que pueblan el horizonte vital no se perciben como hermosas y la fuerza vital no se manifiesta como fuerza vital sino, justamente, como debilidad vital. La vida no aparece como gozosa y gozable en el ámbito familiar ni en el ámbito profesional, no tienen sentido en ninguno de ellos ni en ningún otro. La vida entonces aparece como sin sentido, como una carga, o incluso como una desgracia, como un mal.

A esta situación se le puede llamar fragilidad del bien o labilidad de la voluntad en clave humanística, condición enfermiza o temperamento mórbido en clave médica, pecado original en clave religiosa, y de otros modos.

Para aquellos individuos en los que no se da una emergencia del eros con suficiente energía, o bien aun dándose la meta deseada y la trayectoria existencial resultan inciertas, improbables o imposibles, la condición de libertad en que se encuentran puede generar unas formas de angustia que lleven a comportamientos disfuncionales, como la depresión y otras configuraciones más o menos transitorias y más o menos profundas de las actitudes de la persona.

5. Formas disfuncionales de reacción ante la angustia y el fracaso existencial.

A partir de los años 60 y 70, los de la revolución sexual y la tercera revolución industrial, tienen lugar la universalización de la enseñanza obligatoria y gratuita para todos los individuos en los países occidentales, y poco a poco, en todos los países del mundo. La libertad empieza a ser la condición común para todos los seres humanos desde el momento en que adquieren uso de razón, o al menos desde la adolescencia, y el factor desde el que se determina la existencia individual, desde el que se asume y se sigue un modo de vida.

A partir de entonces empiezan a emerger, y a manifestarse con notable presencia social, una cantidad muy perceptible de individuos afectados por una inhibición del “eros”. Son los individuos que no pueden encontrar sentido a la vida y que lo que experimentan en su vivir es esa dificultad o esa imposibilidad, que vivencian como fracaso existencial y que traducen en formas de comportamiento socialmente disfuncionales.

Los comportamientos disfuncionales pueden tener sus determinantes en el plano de la subjetividad singular, por deficiencias de diverso tipo en el orden de la constitución natural, del destino o de la vocación del individuo, o pueden tener sus determinantes en el plano sociocultural, por una configuración de la cultura con unas exigencias tan excesivas que un número muy alto de sujetos no son capaces de alcanzarlas o lo hacen con un coste muy alto para su integridad personal. Es el caso de los sujetos que viven angustiados por el peso del pluri-empleo, las hipotecas, el endeudamiento, las aspiraciones a lo extremadamente arduo, etc., que puede llegar a constituir un elevado porcentaje de la población con la consiguiente repercusión sobre el sistema sanitario.

Hay una tendencia al ajuste y al equilibrio entre el eros del individuo y las exigencias que la cultura o el medio demandan en orden a la supervivencia individual y familia. El ajuste es normal si la población y la cultura crecen de modo satisfactorio para ambos, es decir, si los individuos tienen una vida saludable y la cultura un desarrollo positivo, si registra innovaciones creativas útiles y valiosas. En caso contrario el desajuste es perjudicial para los individuos, para la cultura o para ambos, y si el perjuicio es muy grande los individuos o la cultura, o bien ambos, desaparecen.

Las formas de comportamiento disfuncional pueden ser destructivas para la sociedad y los demás, o perjudiciales para los individuos mismos, y tener modalidades evasivas, automarginativas, etc. Tales comportamientos se manifiestan en las diferentes edades de la vida, en hombres o en mujeres, en diferentes niveles sociales, constituyendo los grupos de riesgo o los grupos de afectados por la inhibición del eros y las patologías propias del siglo XXI.

Los estudios epidemiológicos del siglo XXI permiten señalar algunos grupos de riesgo y de afectados por comportamientos disfuncionales y patologías en las siguientes categorías:

Sentido de la vida, fracaso existencial y enfermedad

Población	% sin riesgo	% sin problema	% pob. problemática	% pob. afectada
Fracaso escolar (1970-2015)				
Alcoholismo	4%		Abusadores 10-15% H (%) M (%)	Alcohólicos 5% H (%) M (%)
Histeria (1900-1970)				
Fibromialgia (1970-2015)			H (%) M (%)	H (%) M (%)
Delincuencia (1970-2015)			H (%) M (%)	H (%) M (%)
Hipersexo (1970-2015)			H (%) M (%)	H (%) M (%)
Drogas (1970-2015)				

Sobre estas modalidades de comportamientos disfuncionales están disponibles, por el momento, las siguientes cifras:

CONCEPTO	Cifras disponibles
Fracaso escolar y deserción	<p>En España la evolución de las tasas de quienes abandonan sin título de Graduado en Educación Secundaria Obligatoria (GESO) desde 2005 ha sido variables. En los últimos años, se ha producido un descenso paulatino.</p> <p style="text-align: center;">14,7% 2009 10,7% 2013</p> <p>Hay diferencias regionales hasta de 20 puntos</p> <p>España tiene una tasa del 21,9% de jóvenes entre 18 y 24 años que han abandonado prematuramente el sistema educativo habiendo completado como mucho el primer ciclo de secundaria. Este porcentaje duplica la media de la Unión Europea (11,1%).</p> <p style="text-align: right;">Fuente, Ministerio de Educación, Diario El País.</p>

<p>Delincuencia juvenil</p>	<p>Tasa de menores infractores penales, año 2013 en España, 14 a 17 años: 15,1 por 100.000 habitantes. 4,6 hombres por 1 mujer. Fuente INE España.</p>													
<p>Promiscuidad sexual</p>	<p>18 a 29 años y número de parejas sexuales en %, año 2013, España.</p> <table border="1" data-bbox="604 399 1016 551"> <thead> <tr> <th></th> <th>5 a 9</th> <th>Más de 10</th> </tr> </thead> <tbody> <tr> <td>Ambos sexos</td> <td>12,4</td> <td>14,5</td> </tr> <tr> <td>Varones</td> <td>17,0</td> <td>24,0</td> </tr> <tr> <td>Mujeres</td> <td>7,7</td> <td>4,8</td> </tr> </tbody> </table> <p>Fuente INE España.</p>			5 a 9	Más de 10	Ambos sexos	12,4	14,5	Varones	17,0	24,0	Mujeres	7,7	4,8
	5 a 9	Más de 10												
Ambos sexos	12,4	14,5												
Varones	17,0	24,0												
Mujeres	7,7	4,8												
<p>Consumo de alcohol</p>	<p>España: En 2009, el 94,2% de la población de 15 a 64 años refirió haber consumido bebidas alcohólicas alguna vez en su vida, el 78,7% lo hizo durante el año anterior a la encuesta, el 63,3% durante el mes previo, y el 11% a diario. Por otra parte, en 2008 el 81,2% de los estudiantes de 14 a 18 años lo había probado alguna vez, el 72,9% lo consumió durante el año previo, y el 58,5% en el último mes.</p> <p>Los datos de que se disponen en población general (15 a 64 años) indican que, el consumo de alcohol, en términos generales, se ha mantenido en cifras elevadas pero estables durante el periodo 1997-2007, salvo por un reciente y ligero repunte en 2009. Sin embargo, se constata un aumento de la prevalencia anual de intoxicaciones etílicas en ambos sexos y para todos los grupos de edad, que ya se había iniciado en 2007 para el grupo de mujeres jóvenes (15 a 34 años).</p> <p>En los jóvenes se constata, también, la extensión de los patrones de consumo intensivo (intoxicaciones etílicas y consumo en atracón o binge drinking)</p>													

	<p>que conllevan riesgos elevados para la salud y el desarrollo psicosocial de los jóvenes que consumen y, por extensión, del resto de la sociedad. Así, se ha hecho evidente la adopción de este tipo de patrones de consumo, más propios de los países nórdicos y centroeuropeos, por países mediterráneos en los que eran infrecuentes hace unas décadas. En 2008, 3 de cada 10 estudiantes de 14 a 18 años admitieron haberse emborrachado durante el mes previo a la encuesta. De igual modo, 4 de cada 10 estudiantes de 14 a 18 años consumieron en forma de atracón y 2 de cada 10 lo hicieron más de cinco días en el mismo periodo. En la población general (15 a 64 años), este tipo de consumo fue más frecuente en hombres que en mujeres y en los grupos de menor edad (20-24 y 25-29). Fuente ministerio de Sanidad.</p>
<p>Fibromialgia</p>	<p>4% de las mujeres adultas en España, 2011 Fuente, Guía clínica Ministerio de Sanidad</p>

En relación con estos comportamientos disfuncionales y estas patologías es pertinente plantear una serie de cuestiones y proponer una serie de intervenciones de tipo político, jurídico, económico, científico, humanístico y mediático, en una sinergia interdisciplinar lo más adecuada posible. Para ello es oportuno tener en cuenta tres principios:

1. La inhibición del “eros” no es libre ni voluntaria en ningún caso.
2. La inhibición del “eros” tiene siempre carácter orgánico, porque afecta al sí mismo más radical de la persona que no es, desde ningún punto de vista, una realidad mental o puramente espiritual. Puede afectar al sistema inmune, al sistema de producción de energía de las mitocondrias, o a otros mecanismos más o menos recónditos o más o menos particulares dando lugar a una cantidad creciente de las llamadas “enfermedades raras”, “enfermedades somatomorfas”, o como quiera que la taxonomía médica las denomine.

3. Esa inhibición del eros que no es libre y que tiene carácter orgánico en cuanto que afecta al organismo, se asume en la conciencia y en la libertad psicológica o libre albedrío, se elabora caracterológicamente a lo largo de la vida, y se manifiesta fácilmente en los momentos de máximo riesgo existencial, a saber la menarquía y la menopausia en las mujeres, y el periodo equivalente en los varones.

Establecidos estos principios se pueden hacer más ajustadamente las propuestas de intervención de apoyo, formulando abiertamente algunas cuestiones latentes.....

¿Hay recursos farmacológicos que se han mostrado útiles en cada uno de esos casos? ¿Tiene sentido preguntar por la voluntariedad y responsabilidad de los afectados en los siete supuestos considerados? ¿Se trata del mismo tipo de voluntariedad y responsabilidad en todos ellos? ¿Qué tipo de intervención general y qué tipos de intervenciones diferenciales son pertinentes? ¿Cuándo y cuántos de esos casos son moralmente censurables y jurídicamente perseguibles y cuándo y cuántos no? El absentismo laboral puede ser moralmente reprobable e incluso jurídicamente, pero, ¿puede serlo el descenso de la productividad? ¿Es jurídicamente perseguible el alcoholismo?, ¿y la histeria? ¿Puede ser la censura social y familiar más traumatizante que la reprobación moral y jurídica? ¿Puede tener esa censura valor terapéutico? ¿Puede tener valor pedagógico?

Al parecer, los comportamientos disfuncionales más frecuentes en el hombre, como el alcoholismo y las drogas, suelen ser autodestructivos, y los comportamientos disfuncionales más frecuentes en la mujer, como la fibromialgia, la anorexia y algunas formas de promiscuidad sexual, también. En cambio en el varón es donde se dan con más frecuencia los comportamientos antisociales perseguidos jurídicamente, como las conductas delictivas tipificadas en los códigos penales, mientras que en la mujer no.

En general, la universalización de la libertad a partir de la revolución sexual y de la tercera revolución industrial, aparece quizá como el factor más determinante de las formas disfuncionales de comportamiento. Entonces la educación se muestra como la forma más adecuada de intervención ante tales comportamientos disfuncionales, porque la persuasión, la belleza y el despliegue de los ideales en el horizonte vital es la manera más eficaz de encauzar las energías que brotan de la libertad misma.

En relación con las enfermedades la prevención es un procedimiento más económico que cualquier tratamiento. Por eso la prevención de las conductas disfuncionales mediante la prevención del fracaso escolar y mediante el apoyo a las transformaciones puberales, en las poblaciones de entre 12 y 18 años, mediante la prevención de las conductas disfuncionales en las poblaciones entre 35 y 45 años, y la prevención de trastornos en los individuos de personalidad vulnerable, resulta también lo más aconsejable y lo que requiere mayor dedicación de recursos.

6. Papel de la conciencia en el enfermar y en la curación.

Para los seres libres la forma más adecuada de apoyo ante los comportamientos disfuncionales parece ser la intervención ante el conocimiento y la voluntad del afectado, teniendo en cuenta que está afectado en la raíz de su conocimiento y de su voluntad.

Desde el descubrimiento de la psiquiatría y la psicoterapia por Pinel en el siglo XIX, las propuestas de intervención sobre un intelecto y una voluntad dañados en su raíz han sido numerosas, y con enfoques muy diversos.

Una de las aportaciones más difundidas a partir del psicoanálisis freudiano consiste en la intervención sobre la represión inconsciente. La represión inconsciente es patógena no por ser represión, sino por ser inconsciente y por eso el acto de conciencia tiene valor terapéutico. La acción terapéutica cura realmente cuando produce una alteración de la configuración dinámica de la personalidad. (Cfr. J Choza, *Conciencia y afectividad* (Aristóteles, Nietzsche, Freud), Pamplona: Eunsa, 2ª ed. 1990).

Una modificación de la configuración dinámica de la personalidad es una modificación de un conjunto de actitudes que determinan la orientación de una persona en la vida, en su vida. Modificaciones dinámicas de la personalidad son el enamoramiento, el arrepentimiento, la conversión, la conciencia de la culpa, el gran descubrimiento, y en general experiencias de conocimiento, de caer en la cuenta de algo, de descubrir algo, que conmociona y enciende el eros en una dirección, que enciende la energía latente en el alma, o la energía dormida o ausente. Esa modificación deja fluir las energías psíquicas por un cauce con sentido creativo y positivo. Como si el acto de conocimiento tuviera además de valor terapéutico valor "soteriológico", de salvación, si es que terapia y salvación pueden distinguirse realmente. Como si parte de la psicoterapia diera la razón al intelectualismo ético de Sócrates en el sentido de que el pecado es ignorancia.

Si la modificación dinámica de la personalidad resulta de un acto de conocimiento, de caer en la cuenta de algo, y ese acto de conciencia tiene ese valor terapéutico, es porque se cae en la cuenta de que se percibe la realidad “como es”, y porque la luz ilumina el horizonte de otra manera, porque se cae en la cuenta de que es posible asumir la realidad y afrontarla saltando por encima de la angustia, porque se descubre que la represión inconsciente, el autoengaño y la conducta disfuncional o incluso autodestructiva no tenían sentido y no valían la pena.

Pero si se cae en la cuenta de todo eso es porque se descubre que el principio de realidad es más placentero que el principio de placer, más gratificante, más “eudemónico”. Y esto no es solo un descubrimiento para el paciente aquejado de comportamiento disfuncional. Es también un descubrimiento para la filosofía, para la antropología, la ética y la psiquiatría.

Los análisis de la conciencia y del valor del conocimiento espontáneo por parte de la fenomenología, desde Husserl y Jaspers a Edith Stein y Heidegger, por parte de la psicología y la psiquiatría, desde Janet y Freud hasta Binswanger y Medard Boss, y por parte de otras ciencias humanas y sociales, tal como se desarrollan en los siglos XX y XXI, apuntan al mejor conocimiento de la libertad y del modo de intervenir sobre ella. Como decía Hölderlin, donde abunda el peligro, crece también la salvación.

7. La imposibilidad de la auto-aceptación y las mutilaciones de la autoconciencia.

Las modalidades de configuración dinámica de la personalidad en clave negativa son las modalidades del enfermar psíquico o de las enfermedades del alma. Como casi todos los filósofos han indicado, el alma no puede enfermar en cuanto tal. El alma es “la forma del cuerpo físico organizado” como la definió Aristóteles, el principio activo inmaterial que regula el proceso embriológico, la energía inteligente que controla la organización, diversificación y articulación de los materiales que se elaboran a partir del cigoto. La enfermedad no consiste en una debilidad de ese principio inmaterial en sí, sino en la debilidad de lo desarrollado y articulado, es decir en la debilidad del compuesto “alma-cuerpo” o de la unidad “alma-cuerpo” (Cfr. *Manual de antropología filosófica*, cit., cap. V).

El alma, el principio autorregulador de la construcción completa del viviente humano, sabe de sí, de lo que está haciendo y de lo que le falta por hacer, en cada momento de ese proceso formativo, y ese saber corresponde a diversos niveles y tipos de conocimiento y a las correlativas funciones bi-

ológicas asociados a ellos. El código genético “sabe” construir el embrión, el sistema de autodefensa “sabe” eliminar las infecciones, el cuerpo en general “sabe” defenderse del calor o del frío adoptando posiciones que ofrezcan más o menos superficie a la intemperie, etc. En el último nivel de conocimiento “la persona” “sabe” que se ha enamorado, que es culpable, o que no puede con la tarea que tiene por delante, siendo esa tarea la de vivir, la de asumir la propia existencia. Ese nivel de conocimiento de la “persona” acerca de sí misma es lo que se denomina “conciencia” o más propiamente “autoconciencia” y tiene, como todos los demás niveles, sus mecanismos neurofisiológicos,

La estructura de la conciencia personal consiste en una representación del yo en su referencia a la realidad y las demás conciencias, consiste en un horizonte de actividad, en un campo de acción o en un escenario para el despliegue de la existencia.

Como señala Kant, uno de los elementos fundamentales y constitutivos de esa estructura de la conciencia es el “yo pienso”, o el “yo pienso en general” que va acompañando siempre a todas las representaciones de la conciencia y a todo posible flujo de conciencia. Ese “yo” es el que, según Freud, hace posible el recuerdo, pues solo se recuerda lo que se ha vivido en la modalidad de estar consciente.

Pero ese elemento de esa estructura de la conciencia, el “yo pienso”, tiene en su mismo nivel de comparecencia para sí mismo, otras tres dimensiones o valencias, igualmente fundamentales y constitutivas, a saber, “yo puedo”, “yo tengo” y “yo valgo”. Las tres pasiones fundamentales que señala Kant, poder, tener y valer, tienen carácter trascendental en el sentido kantiano del término, es decir, no pueden darse en la constitución misma de la autoconciencia y en la referencia de ella a sus contenidos. Esas tres dimensiones, por ser constitutivas, también se activan de algún modo cuando la conciencia no está referida al despliegue de la existencia, sino al ser, a su ser, en tanto que fundamento suyo, que es lo que ocurre en la meditación trascendental y en algunas formas de la experiencia mística, aunque en ese caso la conciencia registra que no hay actividad “hacia fuera” y puede parecer menos activa. En ese caso el poder, tener y valer operan de otro modo y se vivencias de otro modo.

La autoconciencia es siempre conciencia de que yo tengo, yo puedo y yo valgo. La constitución de la persona, la realización de la naturaleza humana, y la condición humana de cada existente singular, le da su tono

y color peculiar a cada una de las tres dimensiones de la autoconciencia. Como decía Hegel, el yo puedo, yo tengo y yo valgo en general, siempre están mediados por la autoconciencia ajena. La autoconciencia siempre se actualiza en relación con la autoconciencia ajena y, en concreto, de la autoconciencia de la madre y el padre, la familia, el grupo social, etc., o, según el ejemplo anteriormente citado, la autoconciencia de Wolfgang Amadeo Mozart está mediada por la de Leopoldo Mozart y la del hijo que no quiere ser matador por la de su padre el ganadero. Así es como la conciencia se actualiza en tanto que perteneciente a una naturaleza humana, no en general, sino en concreto, como perteneciente a esta cultura, a este grupo social y a esta familia.

La forma en que la conciencia registra la corrección de esa naturaleza y esa condición es la aceptación de sí mismo y del mundo, o el amor a sí mismo y a la realidad, al propio ser, al propio existir y a la vida, que es la unidad del existente y el mundo, del existente como "ser en el mundo". Algo así como la aplicación a cada persona singular, para momento y lugar concretos de la historia de los seres humanos, de la frase bíblica "y vio Dios que era bueno, muy bueno, lo que había hecho" para cada momento de la creación.

La autoconciencia de la persona se constituye en la constatación de que yo soy, que es la triple constatación de que yo tengo, yo puedo y yo valgo, y ésta es a su vez una constatación de la propia dignidad, del propio honor y del honor debido a la persona. Si hay una deficiencia en la constitución de la persona o en la constitución del horizonte vital y una inhibición del eros, por motivos embriológicos, de relaciones familiares, de maduración cerebral, o de lo que sea, entonces esa constitución de la autoconciencia se produce en la forma de representación deficitaria del poder, tener y valer, o lo que podría ser equivalente, en la forma de "representación del deshonor", que es la definición que Aristóteles da de la vergüenza.

La autoconciencia se constituye entonces como mutilada y mutilándose, es decir, como avergonzada, como escondiéndose de sí, como resistiéndose a su actualidad como autoconciencia. Porque la autoconciencia no puede aceptarse a sí misma como indigna, como no merecedora de honor. La conciencia no puede aceptarse así misma más que como aceptable. No puede re-presentarse como im-presentable. Así es como interpreta Kierkegaard la vergüenza subsiguiente al pecado original que se describe en el relato bíblico.

Esa representación del deshonor puede darse desde el principio de la existencia de cada persona o en cualquier momento del desarrollo de su vida, y la mutilación de la autoconciencia, la re-presentación de lo im-presentable, puede tener muchas modalidades. La forma más grave es la desesperación, que Kierkegaard describe en tres grados de menor a mayor gravedad: no querer ser uno mismo, querer ser otro y no querer ser un yo.

En último término la automutilación de la autoconciencia es una forma de comportamiento suicida, pero el suicidio, en cuanto intento de auto-aniquilación, es un comportamiento que se frustra siempre, como dice Kierkegaard siguiendo a Sócrates: si la autodestrucción moral, si el pecado, que es lo que podría destruir por completo al hombre, no lo aniquila, entonces es que el alma es inmortal.

El alma es inmortal, pero la inmortalidad y la eternidad no son de suyo felicidad ni salvación, no hacen posible la re-presentación de lo im-presentable. Para la autoconciencia esa re-presentación de lo im-presentable, requiere automutilación. Pero existir eternamente mutilada, o mutilándose eternamente, es el infierno, La eternidad no guarda relación con el cumplimiento del sentido de la existencia, como declaran San Agustín y Wittgenstein. Si la vida eterna no tiene sentido, no lo adquiere por el hecho de que se prolongue indefinidamente. La vida eterna entonces se convierte en una desgracia interminable, es decir, en una vida infernal.

En el tema que aquí se analiza, el problema es diagnosticar el grado de desesperación, ver si es posible curarla y quién puede hacerlo. El problema es averiguar si la desesperación se puede diagnosticar como culpa o no, si se puede curar mediante la reparación del daño o no, si se puede curar mediante el perdón o no, si la reparación del daño y el perdón son lo mismo o no, si la persona necesita que la perdone la comunidad, si necesita perdonarse ella a sí misma, o si necesita un perdón más radical y profundo, de algo o de alguien más allá, de su principio radical, de Dios o de quién. El problema es quién puede curar, perdonar, salvar, redimir.....

8. Cuestiones de bioética.

¿Cómo y quiénes pueden determinar la responsabilidad moral de los alcohólicos, drogadictos, delincuentes, y de los afectados por depresión, histeria, fibromialgia, anorexia y otras “enfermedades raras”?

¿Cuándo y cómo es posible prever y prevenir las inhibiciones del “eros”, de la energía vital o de las “ganas de vivir”?

¿Quiénes y cómo podrían determinar la asignación de recursos para la intervención y ayuda en los comportamientos disfuncionales?

¿Cuál es la responsabilidad de un terapeuta en la prevención y en la intervención en los comportamientos disfuncionales? ¿Cuál es la responsabilidad de los padres, los profesores, los cónyuges, los hermanos, los hijos, los amigos, la sociedad en general, los jueces y el sistema jurídico-penal?

¿Quién puede curar, perdonar, salvar, redimir? ¿Cómo y cuándo?

¿Cómo son las formas de la relación entre vergüenza, culpa y desesperación?

¿Cómo son las formas de la relación entre vergüenza, culpa y enfermedad?

9. PERSPECTIVA MÉDICO FAMILIAR EN LA ATENCIÓN A PACIENTES CON FIBROMIALGIA.

Francisco Campa Valera, C.S. D Paulino García Donas (Área de Gestión Sanitaria Sevilla Sur) y Departamento de Medicina. Medicina Familiar y Comunitaria (MFC), Facultad de Medicina, Universidad de Sevilla.

Sumario: 1. La perspectiva de la Medicina Familiar y Comunitaria (MFC). 2. La Perspectiva de la enfermedad: La Fibromialgia. 3. Praxis en Medicina de Familia.

Me gustaría en primer lugar manifestar mi agradecimiento al Prof. Eduardo Riquelme y al Prof. Jacinto Choza por su amable invitación a exponer mi visión médico familiar en esta interesante y sugestiva perspectiva caleidoscópica de Ciencia y Humanidades que es este Seminario de Antropología Médica que se está celebrando en la Facultad de Filosofía de Sevilla.

La Fibromialgia se ha convertido, en especial de modo reciente, en un tema controvertido y polémico, incluso en el sentido etimológico más original de este término. Está en un debate permanente con posturas encontradas debido en parte a las dificultades que se tiene de sistematización de la entidad y en parte al modelo científico hegemónico que se utiliza de acercamiento a la realidad de los pacientes. Actualmente se considera que no tiene curación en el sentido más propio, amplio y general de la expresión, lo que, unido al intenso sufrimiento que puede causar en quien la padece, hace que desde visiones dogmáticas hasta escépticas o nihilistas podamos encontrar una vasta gama de posiciones de cara a entenderla y afrontarla.

El título de esta ponencia hace referencia a la Medicina Familiar y Comunitaria y es desde esta perspectiva desde donde voy a tratar de acercarme a su comprensión y clarificación. La MFC es una especialidad paradójica que surge a mediados de S.XX, en plena Revolución Cultural de los años sesenta en EE.UU para hacer frente a la fragmentación y despersonalización de la Medicina a la que se había llegado en esos momentos como consecuencia de la creación de múltiples especialidades de órganos y aparatos que se habían transformado en áreas incomunicadas de aten-

ción a los pacientes, donde el centro de la atención no era la persona sino el órgano o aparato referencia de la especialidad.

Mi exposición, por ello, va a versar sobre tres pilares operativos que permitan encontrar una estrategia que nos pueda facilitar comprender la entidad-no explicarla- asumiendo una perspectiva médico-familiar integradora de cara a intentar ayudar en lo posible a las personas que la sufren. De algún modo hacemos nuestra la frase del insigne Gran Maestro de ajedrez S.Tartakower que decía de la partida: *“Táctica es saber qué hacer cuando hay algo para hacer. Estrategia es saber qué hacer cuando no hay nada para hacer”*.

Los tres pilares serían:

1. La perspectiva médico-familiar, como especialidad que tiene un enfoque personal, y no por órganos o aparatos. Este pilar sería contextual o referencial.
2. El conocimiento actual de la fibromialgia
3. La praxis médico-familiar tal como se concibe en Atención Primaria de Salud y su posible aportación diferencial a los pacientes con fibromialgia.

1. La perspectiva de la Medicina Familiar y Comunitaria (MFC).

Aunque el nacimiento de la MFC tuvo lugar en el convulso contexto mencionado con anterioridad hay factores que facilitaron su aparición: Es de enorme importancia el cambio en el espectro salud-enfermedad en el S XX que pasó de ser eminentemente infeccioso, agudo y curable a las llamadas enfermedades procesales como la hipertensión, diabetes, artrosis, etc... relacionadas con la civilización, la industrialización y los nuevos modos de vida sobre todo en sociedades como la occidental. Este tipo de enfermedades no son curables en el sentido más preciso de la expresión, por lo que se aspira a controlarlas, a su cronicidad en definitiva, para que las personas puedan realizar su vida de la manera menos problemática posible, pero no son tratables al modo de una neumonía dejando atrás la afección.

También el denominado Informe Lalonde (1974) permitió cambiar el centro de gravedad de las enfermedades y la respuesta del sistema sanitario a la concepción de los llamados determinantes de salud como puntales de referencia operativa más que las entidades tal como se sistematizaban en la nosología y nosografía médicas.

Un último impulso en esta breve reflexión sobre la perspectiva médico familiar lo dio la Conferencia de la OMS de Alma-Ata (1978) donde la aparición de la Atención Primaria de Salud como estrategia activa de atención a las personas empezó a tomar forma. Cercanía en la atención, atención personal e integral, sostenibilidad del sistema eran formas nuevas de afrontar los problemas de salud de la población y tenían una figura médica de referencia: el médico de familia, que valoraba de modo conjunto, global no sólo aspectos puntuales o focales de la corporalidad o su psiquismo sino que intentaba situar a la persona en su contexto, en su nicho ecológico, comprender sus relaciones y su biografía dando a la vez una respuesta lo más completa posible. La figura del Médico de Cabecera se actualizaba de alguna forma...y se actualizaba de modo científico aunque siempre ha quedado un intenso residuo chamánico en su quehacer y preocupación por los pacientes. Su espacio ahora, su ámbito, dentro de la llamada Atención Primaria de Salud o parte de Sistema Sanitario instalado en la comunidad permitía no sólo un acercamiento a la realidad de las personas (sanas y enfermas) y una mayor eficacia en la prestación de servicios, sino un conocimiento más completo y exacto de su variabilidad y del espectro de enfermedad, no sesgado y seleccionado como en el caso del emergente biológico o psíquico valorado en el hospital, que pasaba a convertirse en el Tercer Nivel de Atención. Según los datos disponibles en la actualidad se conoce que de cada 1000 personas sólo 10 aproximadamente ingresarán en un hospital pero 250 serán atendidas en Atención Primaria.

Además, la visión panorámica, universalista o general de la Medicina de Familia aportaba elementos confluentes y de intersección que permitían una posición central con facilitación natural de la alianza terapéutica médico-paciente (Médico de Cabecera-paciente) imprimiendo al modelo recursos humanos ejecutivos para una posible mejor atención. El modelo, pues, variaba del meramente biológico, denominado técnicamente biomédico a uno más amplia raigambre, más comprensivo, ecológico e interactivo denominado de modo un tanto artificial bio-psico-social por aunar los afluentes que se consideraban estructurantes y operativos dentro de la configuración del entender al ser humano y al paciente como un todo.

La estrategia de la Medicina en el nuevo escenario esgrimía así una especialidad, la Medicina Familiar y Comunitaria(MFC), con una visión donde se podía asumir lo válido en Medicina, lo anatomo-patológico, la visión celular virchowiana, junto a otros elementos más antropológicos,

más descriptivos, más psicosociales disminuyendo el riesgo de incomunicación entre las áreas diversas de la Medicina, nutriéndose de recursos como la tecnología o la experimentación pero teniendo como objetivo ayudar personalmente al paciente y ayudarlo a vivir...o a sobrevivir en las mejores condiciones posibles , dada la ineludible carga temporal de la vida.

Así pues, el enfoque con que nos acercamos a la realidad se puede considerar trascendental en su sentido más lato; solo la teoría nos permite establecer realmente lo que podemos observar (A. Einstein). Una perspectiva parcial puede sesgarnos y hacernos invisible aspectos que con otra aflorarían .Hay quien cruza el bosque y no ve leña para hacer fuego (L.Tolstoi). Interesa por tanto nutrirse de modos de visión de los fenómenos complejos para poder acercarse a ellos más eficazmente. Para quien solo tiene un martillo todos los problemas le parecen clavos diría Mark Twain.

La estrategia en Medicina de hacer crónicas enfermedades que no es capaz de vencer , eliminar o erradicar por otra parte supone no sólo un avance desde el punto de vista científico sino un modo pragmático de afrontar las turbaciones vitales de las personas. De algún modo vivir se transforma y actualiza en re-vivir, en re-novarse, vence dos veces quien se vence (P Siro).

La MFC, por tanto, supuso un cambio estratégico en la Medicina al establecer un enfoque integrador, opuesto y complementario al resto de otras especialidades más parciales, donde el modelo global con centralización de la información del paciente o del sano y los aspectos dolientes tomaban carta de naturaleza frente a una consideración objetivista y nosológica. Esta perspectiva longitudinal y macroscópica ayuda a acompañar al paciente y a que pueda disponer de un anclaje vital, humano y científico. La cercanía del enfermo con el trabajo en la comunidad permite al tiempo un modo operativo de rentabilizar la atención al hacerse cargo el mismo profesional de las mismas personas favoreciendo el seguimiento técnico y humano.

2. La Perspectiva de la enfermedad: La Fibromialgia.

La Fibromialgia es una enfermedad reconocida por todas las organizaciones médicas internacionales de cierto relieve y por la OMS desde 1992. Está clasificada con el código M79.7 de la Clasificación Internacional de Enfermedades (CIE-10 CM en su última revisión) como enfermedad

reumatológica. Esta visión decantada históricamente se ha ido cuestionado progresivamente, intentando desde diversas perspectivas etiológicas buscar un fundamento más exacto a las claves que permiten explicar este padecimiento lo que trae como consecuencia de un modo u otro asignarlo a otra categoría nosológica. Y así se hace patente de algún modo que tenemos y disponemos más de “gnosis” que de “diagnosis” y que un esclarecimiento de la entidad es necesario. Actualmente en Medicina el criterio principal que se utiliza para establecerla es el de exclusión, principalmente operativo o pragmático pero que, en definitiva, es un criterio residual, tras hacer el diagnóstico diferencial con otras patologías muchas de ellas consideradas igualmente reumatológicas, pero también con otras en los lindes de la incertidumbre como el Síndrome de Fatiga Crónica o ciertos trastornos somatomorfos.

Se podría categorizar la entidad siguiendo los distintos enfoques vigentes como:

1. Enfermedad somática/orgánica; donde se situarían las tendencias actuales de síndromes de sensibilización central o de enfermedad mitocondrial.

2. Enfermedad psíquica, como síndromes depresivos, somatomorfos o la considerada nueva forma de Histeria del S XX/XXI.

3. Enfermedad psicósomática. Al estilo del enfoque de la úlcera péptica en su momento (Actualmente esta enfermedad se considera somática causada por la bacteria, *Helicobacter pylori*).

4. Grupo de enfermedades. Lo que implicaría que no se podría hablar de fibromialgia en singular, sino de “fibromialgias”.

5. Apofenia médica. Un modo de percibir instrumentalmente la entidad por la Medicina que la agruparía y le daría forma pero en realidad sin correspondencia real entre la percepción y el objeto. Esto explicaría por que hay tanta especulación y enfoques parciales.

En la actualidad se considera una enfermedad pero sin un consenso etiológico donde la teoría sobre sensibilización central tiene probablemente una cierta preponderancia o hegemonía nosológica aunque no gnoseológica:

Yunus MB. Central sensitivity syndromes: a new paradigm and group nosology for fibromyalgia and overlapping conditions, and the related issue of disease versus illness. Semin Arthritis Rheum. 2008 Jun; 37(6):339-52. : “CSS seems to be a useful paradigm and an appropriate terminology for FMS and related condi-

tions. *The disease-illness, as well as organic/non-organic dichotomy, should be rejected.*"

También la tendencia a considerar la fibromialgia como un grupo de entidades tiene una cierta predilección actual: *Giesecke T, Williams DA, Harris RE, Cupps TR, Tian X, Tian TX, Gracely RH, Clauw DJ Arthritis Rheum. 2003 Oct;48(10):2916-22. Subgrouping of fibromyalgia patients on the basis of pressure-pain thresholds and psychological factors.*

En general se puede considerar que hay aspectos más consensuados y otros menos: De modo esquemático:

CONTROVERTIDOS

Genética

Etiología

Patogenia-Fisiopatología

Nosotaxia /Delimitación con otras entidades/Grupos dentro de la Fibromialgia

Evolución

Pronóstico a largo plazo

ACEPTABLEMENTE CONSENSUADOS

Gran sufrimiento de los pacientes

Clínica

Tratamientos, aunque la eficacia también es discutible

Desde otra perspectiva igualmente panorámica de la Fibromialgia se puede afirmar que es una enfermedad:

Benigna (No mortal)

De curso crónico pero no inflamatorio

No pone en riesgo la vida ni deforma las articulaciones

No degenerativo (No hay un daño progresivo)

Curso variable (Brotos, fluctuaciones, etc...)

Grandes posibilidades de autocontrol; parafraseando al célebre actor Morgan Freeman que la padece: "Solo tengo una vida y no voy a permitir que la fibromialgia me quite la alegría de vivirla"

3. Praxis en Medicina de Familia.

Sírvanos de pórtico el autorretrato de Frida Kahlo “La columna Rota” para expresar el dolor generalizado e hiriente, el sufrimiento y dramatismo que con frecuencia usan los pacientes para describir su padecimiento. La perspectiva en Medicina de Familia que considera la dolencia del paciente como una entidad a la que hay que comprender previamente para poder comprender a su vez el diagnóstico en- y- de los pacientes nos sirve de base para acercarnos a su realidad y poder ayudarlos. Es preciso considerar, no obstante, que en Atención Primaria de Salud, en la consulta del Médico de Familia, no sesgada por ninguna selección previa de pacientes, podemos observar muchas situaciones que sin cumplir taxativamente los criterios de la enfermedad se podrían asimilar a ella, aunque con un curso más breve y benigno; son lo que se podrían considerar situaciones “Like” o “Fibromialgia minor”, verbigracia:

- Tras episodios problemáticos de diversa índole: ictus, hospitalizaciones, traumatismos, fracturas...
- Entidades reconducidas en su terminología pero que durante determinadas etapas de la Medicina se denominaban: “Neurastenia” y “Equivalentes depresivos”, etc...
- Vuelta a ejercer la actividad tras periodos de imposibilidad como en bajas laborales o inmovilizaciones (Efecto “despegue”)
- Tras cuadros virales inespecíficos o gripe,..etc...

A veces pueden durar incluso varios meses pero al final el paciente mejora y recupera su tono vital previo. Dada su sintomatología idéntica pero su benigna evolución se podría hablar analógicamente de *fibromialgia “minor”*, para diferenciarla de la *fibromialgia (major)* que es la entidad reconocida.

En Medicina de Familia, en Atención Primaria de Salud, debido a la no selección previa de los pacientes, a la indiferenciación primigenia sintomatológica y a las coordinadas técnicas y nosológicas que usamos lo primero es establecer una diferenciación explícita de la enfermedad ya de modo individual o mediante la conjunción de otros profesionales, típicamente reumatólogo, pero en cualquier caso el acercamiento a la dolencia como entidad subjetiva del paciente se hace necesaria para descubrir las

otras áreas ocultas donde se inserta la propia enfermedad y establecer la propia topografía de la orientación o del curso del discurrir vital del paciente. La complejidad en Medicina de Familia no la produce de modo especial la pluripatología, sino las interacciones de las diversas dimensiones del ser humano con su medio ambiente y su grupo humano, su historia, sus padecimientos y sus valores. El médico de familia es esencialmente un historiador más que un geógrafo y su proyecto es adaptar la Medicina, su Medicina Familiar a las necesidades de ese ser humano concreto, a esa persona considerada de modo unitario y global. Y es que los pacientes preguntan específicamente sobre su vida, lo que va a ser de su vida, el pronóstico más que el diagnóstico, sobre la patocronia más que sobre la clínica específica de la entidad. De modo paradójico no existen muchos estudios de fibromialgia a largo plazo ni sobre el pronóstico o estos aspectos tan relevantes que los pacientes reclaman. Se diría que nos hemos detenido en la zona del diagnóstico y que no podemos pasar de ahí.

Por ello, se diría necesario para el paciente poder efectuar ajustes a su realidad, a su manera de vivir personal y en compañía, a buscar apoyos con otros compañeros de destino, a cambiar determinados aspectos de la vida en definitiva.

Para el profesional de MFC es muy importante descartar lo peligroso y a veces el diagnóstico se hace difícil al ser por exclusión: Es el pensamiento y la praxis médica que en su labor de escrutinio va eliminando causas empezando por las más nocivas para el paciente; para un paciente que por otro lado siente la enfermedad como algo ajeno, extraño o parásito a ella pero con la que va a tener que vivir. Algunas personas luchan denodadamente por desembarazarse y dejarla atrás pero, ¿Cómo puede uno luchar contra sí mismo? Vence dos veces quien se vence decía P. Siro, pero a veces no se puede ganar...y es necesario convivir...

El diagnóstico diferencial en Medicina de familia se basa sobre todo en lo sindrómico, pero teniendo como eje central de su misión como hemos indicado eliminar o descartar lo potencialmente peligroso. Se puede considerar que en el ámbito de esa cercanía con el paciente el profesional debe ser mucho mas sensible que específico, sin caer por otra parte en elementos de iatrogenia terapéutica, de asistencia sanitaria dañina, lo que se ha dado

en llamar la prevención cuaternaria, de los propios riesgos del sistema sanitario. Por otra parte, las claves de atención personal y personalizada, mismo profesional en la atención, conocimiento de sus circunstancias y trabajo, ciclo vital familiar, etc... hacen que se pueda establecer un plan específico individual que ayude a “vencer” o quizá mejor a convivir. La ayuda entonces se puede concretar abarcando elementos comprensibles desde el llamado modelo biopsicosocial que pretende integrar todas las zonas que confluyen en los aspectos de la salud de las personas. El profesional además no solo sirve de enlace o conexión sino que es un referente de salud que promueve o aplica aspectos ligados de modo terapéutico a esas zonas confluentes. Puede así utilizar diversas claves metodológicas y áreas de conocimiento: Ya un acercamiento desde la Atención Familiar o quizá desde la Farmacología o desde la Rehabilitación, y de modo propio o poniendo a disposición del paciente los recursos necesarios que le brinda el sistema sanitario.

La atención de la Fibromialgia en Medicina de Familia se sustenta en una concepción integrada de la salud y la vida donde el dolor tenga un contexto de referencia y un sentido, se puedan establecer pautas de adaptación y de comprensión del ciclo vital del paciente y el plan terapéutico esté apoyado en determinadas claves de enlace. La impenetrabilidad de la enfermedad a la que se une a veces la incomprensión técnica y científica hace que resulte necesaria una aproximación personal pero al tiempo que valore los elementos circunstanciales para el desarrollo del proceso con ciertas garantías de éxito o estabilidad. En Atención Primaria de Salud observamos como muchos de los pacientes logran esa estabilidad conforme se produce el proceso de ajuste personal y ambiental. En este sentido el ejercicio físico y el apoyo de otras personas ya directo o a través de asociaciones logra producir un efecto positivo nada desdeñable. De algún modo, se podría considerar que las coordenadas de la persona van cambiando y se va produciendo una remodelación del paciente en su contexto, remodelándose indirectamente la enfermedad.

Presentamos por último para mostrar el abordaje en la primera fase del proceso diagnóstico el distinto enfoque que puede producirse si nos acercamos a los pacientes desde una perspectiva biológica usual y cotidi-

ana en Medicina o desde las claves biopsicosociales que se propugnan en Medicina de Familia.

Se trata de una paciente de 45 años que atendemos en consulta por mal-estar general, dolores de cabeza y de todo el cuerpo, desde hace aproximadamente 9-10 meses. También presenta cefaleas fronto-occipitales de carácter opresivo, polialgias que le dificultan sus actividades diarias, dolor intenso a nivel de la columna cervical con irradiación bilateral a trapecios y episodios de astenia con gran variabilidad temporal en su sintomatología.

En la anamnesis por órganos y aparatos destaca: Dolores abdominales leves y difusos, episodios ocasionales de dispepsia gástrica con sensación de plenitud postprandial sin anorexia ni pérdida de peso y taquiarritmias en fase de estudio. Desde hace 6 meses aproximadamente discreta y ocasional tumefacción difusa en ambas manos. Rigidez matutina de 15-20 minutos de duración. Dificultad para dormir con sueño no reparador. Frecuentemente estado de ánimo decaído y con ansiedad.

En sus antecedentes personales resaltamos Fumadora de 10 cigarrillos/día. Cólico nefrítico hace 2 años. Lumbalgia mecánica crónica. Tratamiento habitual: "Paracetamol 1g" y "Clorazepato Potásico 5 mg" según sintomatología.

A la exploración física encontramos: Consciente y orientada. Buen estado general. TA: 110/75. T: 157 cm. P: 65 kg. IMC: 26.3 No adenopatías. AC: Tonos rítmicos. No soplos. AR: Murmullo vesicular normal sin ruidos sobreañadidos. Abdomen: Blando, depresible, no doloroso a la palpación. No visceromegalias. Aparato locomotor: Col. Cervical: Flexoextensión máxima dolorosa +. Contractura trapezoidal derecha asociada. Tono muscular y ROT normales.

En el diagnóstico diferencial es preciso considerar diversos procesos: Endocrinológicos como el hipotiroidismo, reumatológicos como la polimiositis, etc... o incluso el Síndrome de Fatiga crónica y por supuesto la Fibromialgia.

Las exploraciones o estudios complementarias no aportaron información específica: hemograma, VSG, bioquímica estándar y reactantes de fase aguda: Normal. Enzimas musculares: Normales Proteinograma: Normal. Hormonas tiroideas: Normales. ANAs: Normales. Radiología raquis cervical y manos: Normales.

Podríamos resumir indicando que el enfoque biomédico muestra una paciente de 45 años con malestar general, dolores de cabeza y de todo el cuerpo desde hace aproximadamente 9-10 meses y también cefaleas fronto-occipitales de carácter opresivo, polialgias que le dificultan sus actividades diarias, dolor intenso a nivel de la columna cervical con irradiación bilateral a trapecios y episodios de astenia sin datos relevantes en cuanto a la exploración y estudios complementarios. El enfoque psicosocial añadido aportaría algunos datos de especial relieve que habría que interpretar cuidadosamente dadas las características de la paciente. Marido: 54 años, alcohólico con demencia. Dos hijas estudiando de 21 y 23 años. Hiperfrecuentadora de la consulta médica del Centro de Salud. Socio-económicos: dolores que le impiden trabajar (lleva dos semanas trabajando como limpiadora, después de estar varios años en el paro). Pensión del marido escasa.

Los objetivos del manejo clínico en la Fibromialgia se pueden establecer atendiendo a las claves personales de los pacientes si bien de modo general se consideran básicos: Establecer una buena relación con el paciente, dar una información adecuada, ofrecer apoyo psicosocial y tratar de mantener a las personas lo más activos posible; no se recomienda pues el reposo salvo circunstancias especiales. En caso de exacerbación de los síntomas y si los pacientes manifiestan dificultad para realizar su trabajo habitual se puede considerar dar IL. Hay personas donde el trabajo es un factor protector y de estabilidad en el curso de la enfermedad. Así, el tipo de trabajo que desempeña el paciente, el grado de satisfacción con el mismo y factores inherentes al profesional influyen sobre el número de bajas y su duración.

Farmacológicamente se consideran la utilización de diversos anti-depresivos, ansiolíticos y analgésicos. En el tratamiento no farmacológico hay que destacar igualmente: El ejercicio, la terapia cognitivo conductual y los grupos de autoayuda. También se han usado acupuntura, balnearios... etc...La gama es amplia.

De algún modo nuestra visión en túnel o incluso pseudoscópica, nuestra fragmentación científico-técnica no nos permite abarcar a este "elefante" y mirar al "elefante" solo desde una posición no nos ayuda a comprender su situación ni su entorno natural ni sus circunstancias ambientales. Por ello nuestras posibilidades de comprensión se reducen y por ende nuestras posibilidades terapéuticas también. Ir en una sola dirección -la vía interna-

puede aportarnos datos pero la doble vía: interna y externa más ecológica puede permitirnos tener disponibles elementos de correlación y engarce probablemente más completos y operativos.

Se podría concluir que, hoy por hoy, el apoyo personal y el cambio de estilo de vida se hacen necesarios en los pacientes con fibromialgia como presupuesto de una cierta solvencia en la estrategia de tratamiento y éxito. El médico de familia puede brindar apoyo cercano y sincero, utilizar metodologías terapéuticas de diversos campos y poner a disposición de los pacientes recursos del sistema sanitario que puedan ser de utilidad en los momentos necesarios. Pero incluso la mera cercanía personal y emocional entendemos que ya aporta de por sí elementos terapéuticos. Rememorando un viejo refrán quechua:

“Nucanquis purinanchis, ñañum puscananchis”. El fuerte que llora con el débil (o el que sufre con nosotros), ese vivirá...

10. PSICOLOGÍA DE LA FIBROMIALGIA.

Francisco Javier Cano García, Facultad de Psicología, Universidad de Sevilla.

Sumario: 1. La fibromialgia es una enfermedad cuya base es la hipersensibilización del sistema nervioso central. 2. Rasgos y procesos psicológicos que pueden ser relevantes en el desarrollo y evolución de la fibromialgia. 3. Existen modelos psicológicos útiles para comprender la fibromialgia. 4. Existen tratamientos psicológicos eficaces para abordar la fibromialgia en un contexto interdisciplinar. 5. Referencias.

A lo largo de este texto me gustaría desarrollar cuatro ideas principales derivadas la una de la otra. La primera es que la fibromialgia es una enfermedad cuya base es la hipersensibilización del sistema nervioso central. La segunda es qué rasgos y procesos psicológicos pueden ser relevantes en su desarrollo y evolución. La tercera es que existen modelos psicológicos útiles para comprender la fibromialgia. Y la cuarta es que existen tratamientos psicológicos eficaces para abordar la fibromialgia en un contexto interdisciplinar.

1. La fibromialgia es una enfermedad cuya base es la hipersensibilización del sistema nervioso central.

No comenzaremos por la descripción, caracterización clínica y criterios diagnósticos de la fibromialgia, pues estos han sido suficientemente tratados en el presente volumen. La sensibilización central es un proceso fisiopatológico de hiperexcitabilidad de las neuronas del sistema nervioso central produciendo un descenso del umbral de dolor (hiperalgesia), así como de otras sensaciones (hiperestesia), una percepción alterada de estímulos normalmente no dolorosos (alodinia), y generando también disfunciones vegetativas. La sensibilización central ha sido propuesta como el denominador común de trastornos tradicionalmente etiquetados *síndromes somáticos funcionales* o incluso *síndromes médicamente inexplicados*. Yunus (2009) propone incluir la fibromialgia en los síndromes de sensibilización central, junto al síndrome de fatiga crónica, los trastornos funcionales gastrointestinales (Ej. Síndrome de intestino irritable, colitis ulcerosa, dispepsia funcional, etc.), la cefalea tensional, la migraña, el trastorno tem-

poromandibular, el síndrome de dolor miofascial, el síndrome de piernas inquietas, la sensibilidad química múltiple, la dismenorrea primaria, la cistitis intersticial y el trastorno por estrés postraumático.

Yunus (2009) plantea múltiples factores predisponentes y desencadenantes de la hipersensibilización central como infecciones, procesos inflamatorios, traumas físicos, neuropatía de fibras pequeñas, contaminación química o ambiental, y otros. A estos se añaden otros que se sitúan en una esfera más psicosocial. Son la predisposición genética (incluyendo el temperamento), los problemas de sueño, disfunciones vegetativas, estrés y estrés en etapas tempranas, incluyendo la neonatal.

2. Rasgos y procesos psicológicos que pueden ser relevantes en el desarrollo y evolución de la fibromialgia.

El perfil de una persona que sufre fibromialgia con alto grado de afectación se expresa en cuatro áreas. Por una parte, los síntomas y el sufrimiento se convierten en el centro de su vida, incluyendo peregrinación asistencial (el conocido *doctor shopping*), y conflictos con profesionales de la salud. Funcionalmente, la persona puede reducir sus niveles de actividad hasta la incapacidad máxima, instaurándose en un estatus de invalidez y perdiendo la autonomía previa. En el ámbito psicológico puede aparecer estrés e incluso llegar a producir psicopatologías como trastornos depresivos (45%-65%), trastornos por ansiedad (15%-41%), abuso/dependencia de sustancias (17%-29%) o exacerbar trastornos de personalidad previos (31%-81%) (Dersh, Polatin, & Gatchel, 2002). En la vida social, la fibromialgia puede generar evitación de actividades y relaciones sociales, aislamiento, incompreensión, conflictos interpersonales, e incluso estigmatización.

El “camino” típico del paciente con fibromialgia tiene cuatro etapas (Sim & Madden, 2008): la experiencia de los síntomas, la búsqueda del diagnóstico, la búsqueda de legitimidad y el manejo de la enfermedad.

El ajuste psicológico a una enfermedad crónica como la fibromialgia pivota sobre cinco grandes tipos de factores: la personalidad, el estrés y el afrontamiento, los recursos interpersonales, los recursos económicos y factores culturales (Stanton, Revenson, & Tennen, 2007).

En el ámbito del dolor crónico y la fibromialgia son conocidos los distintos perfiles de ajuste a la enfermedad desde hace décadas. En un estudio pionero, Turk & Rudy (1988) evidenciaron empíricamente la existencia de tres de ellos. Al primero lo denominaron *adaptativo*, caracterizado por sín-

tomas y estrés tolerables, mínima discapacidad y considerable percepción de control de la enfermedad. Al segundo lo denominaron *disfuncional*, por la presencia de dolor y estrés intensos, elevada discapacidad y percepción de indefensión ante la enfermedad. Al tercero lo llamaron *interpersonalmente estresado* debido a sus particulares características de incomprensión y falta de apoyo social percibido, además de sentimiento de estigmatización.

Mannerkorpi, Kroksmark, & Ekdahl (1999), desde una perspectiva fenomenológica exploraron los distintos ajustes psicológicos a la fibromialgia. Utilizando entrevistas en profundidad encontraron cuatro áreas de ajuste: el manejo de los síntomas, el cumplimiento de las obligaciones, la vida social y la identidad personal. Denominaron *esforzado* a un primer tipo de personas que se consideró capaz de manejar los síntomas, para quienes el cumplimiento de las obligaciones era prioritario, tenían una vida social restringida salvo en lo profesional y que tenían una identidad personal preservada. Un segundo tipo de personas con fibromialgia recibió la denominación de *adaptado*. Similar al *esforzado* en cuanto al manejo de síntomas y la identidad personal, se caracterizó, sin embargo, por una autolimitación de las obligaciones en lugar de en la vida social, la cual se preserva en relación con la vida previa al padecimiento de la enfermedad. Junto a estos dos perfiles razonablemente ajustados, los autores encontraron dos perfiles de desajuste, a los que denominaron *desesperado* y *desesperanzado*. Comparten, en contraste con los anteriormente descritos, una incapacidad percibida para manejar los síntomas. Se diferencian en que el perfil *desesperado* quiere y no puede mantener el cumplimiento de obligaciones y la vida social, lo cual le genera fundamentalmente ansiedad, mientras que el *desesperanzado* ha abandonado ese anhelo, experimentando fundamentalmente depresión.

3. Existen modelos psicológicos útiles para comprender la fibromialgia.

Un avance teórico fundamental en nuestro entendimiento del dolor, la ya clásica Teoría de la Puerta de Control (Melzack & Wall, 1967) invitó a la Psicología a realizar aportaciones sobre cómo emociones, pensamientos y conductas formaban parte, junto con las sensaciones, de la experiencia dolorosa, base constitutiva del síndrome de fibromialgia. En nuestro estado actual de conocimientos, dos modelos psicológicos compiten a nivel de evidencia científica: el Modelo Cognitivo-Conductual y el Modelo de Flexibilidad Psicológica.

La esencia del Modelo Cognitivo-Conductual (Ehde, Dillworth, & Turner, 2014) es la Teoría del Estrés (Lazarus, 2006). Dicho en términos sencillos, en un nivel individual, la fibromialgia y sus síntomas son estresores crónicos que la persona debe significar y manejar en su día a día. El balance entre las demandas que impone la enfermedad y los recursos que la persona utiliza para afrontarla es el que termina incrementando o no la sensibilización central que experimenta. Entre los factores conductuales que promueven la sensibilización central se han evidenciado la actividad inadecuada (por exceso o por defecto) y la tensión muscular; entre los emocionales, cualquier tipo de emoción desagradable, como la ansiedad, la ira, la tristeza o la vergüenza; entre los cognitivos, la atención excesiva a los síntomas, la memoria de los mismos, la rumiación, atribuciones erróneas y expectativas de control y autoeficacia percibida inadecuadas. Entre los factores conductuales que contrarrestan la sensibilización, “cerrando la puerta” a los síntomas, encontramos la actividad adecuada y la relajación muscular; entre los emocionales, los sentimientos positivos; entre los cognitivos, la distracción, la focalización externa de la atención, el afrontamiento activo y adecuadas percepción de control y autoeficacia. Toda esta experiencia individual debe ser contextualizada además, en un marco social y cultural que indudablemente la condiciona.

Por su parte, el Modelo de Flexibilidad Psicológica (McCracken & Morley, 2014) tiene raíces conductuales pero su fundamento es el concepto de flexibilidad psicológica. En la fibromialgia, como en otras enfermedades y circunstancias que generan sufrimiento, puede generarse un proceso inflexibilidad o rigidez psicológica caracterizado por falta de claridad o de contacto con los valores personales; por inacción, impulsividad o persistencia evitativa; por apego disfuncional al yo conceptualizado (identificación del yo con los procesos mentales propios); por fusión cognitiva (identificación de la realidad con los procesos mentales propios); por evitación experiencial; y por falta de contacto con el momento presente. Desde este modelo, un funcionamiento psicológico adecuado, caracterizado por la flexibilidad, se sitúa en los extremos opuestos, es decir, por una dirección vital guiada por valores propios; una acción comprometida; una concepción del yo como contexto; por la defusión cognitiva (separación de la realidad de los procesos mentales propios); por la aceptación de la experiencia; y por el contacto con el momento presente (conciencia plena).

4. Existen tratamientos psicológicos eficaces para abordar la fibromialgia en un contexto interdisciplinar.

En la actualidad se dispone de más de una veintena de tratamientos psicológicos aplicables a la fibromialgia (Jensen & Turk, 2014; Lee, Crawford, & Hickey, 2014). No obstante, dos modalidades de tratamiento multi-componente, las basadas en los modelos teóricos anteriormente expuestos, son las que han demostrado el máximo nivel de evidencia empírica según la Asociación Psicológica Americana (APA): la Terapia Cognitivo-Conductual y la Terapia de Aceptación y Compromiso.

La Terapia Cognitivo-Conductual ha sido protocolizada para ser aplicada a grupos reducidos de 8-12 personas en sesiones de 1,5 a 2 horas. Estas sesiones tienen un enfoque didáctico y motivador potenciado por la experiencia grupal. A modo de ejemplo, uno de estos protocolos, desarrollado en nuestro país (Moix Queraltó & Kovacs, 2009), incorpora las siguientes sesiones: introducción a la terapia cognitivo-conductual; técnicas de respiración y relajación; técnicas de manejo de la atención; técnicas de reestructuración cognitiva (modificación de pensamientos disfuncionales); técnicas de resolución de problemas; técnicas de manejo de emociones y asertividad; valores y establecimientos de objetivos; organización del tiempo y actividades reforzantes; promoción del ejercicio físico, higiene postural y del sueño, y prevención de recaídas. En uno de los últimos metaanálisis publicados (Perrot & Russell, 2014), los tratamientos cognitivo-conductuales habían conseguido tamaños de efecto grandes en la reducción de la fatiga y medianos en la reducción del dolor, la mejora del sueño, la mejora del estado de ánimo, el incremento de la capacidad funcional y del rendimiento mental.

Por su parte, la Terapia de Aceptación y Compromiso también ha comenzado a ser protocolizada para aplicarse en grupo. Por ejemplo, Vowles, Wetherell, & Sorrell (2009) han desarrollado un programa de ocho sesiones consistentes en: introducción al tratamiento; establecimiento de metas y curso del tratamiento; *aprender a vivir* con dolor crónico; valores y acción; deseos, pensamientos y sentimientos; acción; compromiso; y mantenimiento a lo largo de la vida. En uno de los últimos metaanálisis disponibles, la terapia de aceptación y compromiso demostró tamaños de efecto grandes en la reducción de la discapacidad, en la mejora de la calidad de vida, en ansiedad, en flexibilidad psicológica y en autoeficacia percibida para el manejo de la enfermedad; así como tamaños de efecto

medios en el impacto de la fibromialgia, en depresión y en intensidad del dolor (Lee et al., 2014).

5. Referencias.

DERSH, J., POLATIN, P. B., GATCHEL, R. J., *Chronic pain and psychopathology: research findings and theoretical considerations*, Psychosomatic medicine, 64(5), 2002; 773-786.

EHDE, D. M., DILLWORTH, T. M., TURNER, J. A., *Cognitive-behavioral therapy for individuals with chronic pain: efficacy, innovations, and directions for research*, American Psychologist, 69(2), 2014; 153.

JENSEN, M. P., TURK, D. C., *Contributions of psychology to the understanding and treatment of people with chronic pain: Why it matters to ALL psychologists*, American Psychologist, 69(2), 2014; 105.

LAZARUS, R. S., *Stress and emotion: A new synthesis*, Springer Publishing Company, 2006.

LEE, C., CRAWFORD, C., HICKEY, A., *Mind-Body Therapies for the Self-Management of Chronic Pain Symptoms*, Pain Medicine, 15(S1), 2014; S21-S39.

MANNERKORPI, K., KROKSMARK, T., EKDAHL, C., *How patients with fibromyalgia experience their symptoms in everyday life*, Physiotherapy Research International, 4(2), 1999; 110-122.

MCCRACKEN, L. M., MORLEY, S., *The psychological flexibility model: A basis for integration and progress in psychological approaches to chronic pain management*, The Journal of Pain, 15(3), 2014; 221-234.

MELZACK, R., WALL, P. D., *Pain mechanisms: a new theory*, Survey of Anesthesiology, 11(2), 1967; 89-90.

MOIX QUERALTÓ, J., KOVACS, F. M., *Manual del dolor: Tratamiento cognitivo conductual del dolor crónico*, 2009.

PERROT, S., RUSELL, I., *More ubiquitous effects from non-pharmacologic than from pharmacologic treatments for fibromyalgia syndrome: A meta-analysis examining six core symptoms*, European Journal of Pain, 18(8), 2014; 1067-1080.

SIM, J., MADDEN, S., *Illness experience in fibromyalgia syndrome: A meta-synthesis of qualitative studies*, Social science & medicine, 67(1), 2008; 57-67.

STANTON, A. L., REVENSON, T. A., TENNEN, H., *Health psychology: psychological adjustment to chronic disease*, Annu. Rev. Psychol., 58, 2007; 565-592.

TURK, D. C., RUDY, T. E., *Toward an empirically derived taxonomy of chronic pain patients: integration of psychological assessment data*, Journal of consulting and clinical psychology, 56(2), 1988; 233.

VOWLES, K. E., WETHERELL, J. L., SORRELL, J. T., *Targeting acceptance, mindfulness, and values-based action in chronic pain: findings of two preliminary trials of an outpatient group-based intervention*, Cognitive and Behavioral Practice, 16(1), 2009; 49-58.

YUNUS, M. B., *Central sensitivity syndromes: an overview*, Journal of Musculoskeletal Pain, 17(4), 2009; 400-408.

11. EL CASO DEL “DOLOR PELVIANO CRÓNICO”. ANTROPOLOGÍA MÉDICA Y DOLOR EN LA MUJER.

Sergio Valenzuela Puchulu, Departamento Bioética y Humanidades Médicas, Facultad de Medicina, Universidad de Chile.

Sumario: 1. Las Fuentes de referencia. 2. La finalidad de la reflexión. 3. La pregunta inicial ¿Por qué el dolor? 4. El dolor y los fines de la medicina. 5. El alivio del dolor y el sufrimiento causados por males. 6. La consulta por dolor en ginecología. 7. El recurso a la Medicina Psicosomática. 8. Antecedentes en la Historia de la Medicina. 9. La Antropología Médica.

1. Las fuentes de referencia.

Luego de aceptar la invitación a participar en este diálogo interdisciplinar, fue necesario empezar por definir las fuentes de las que debiera emanar una reflexión útil al propósito de esta empresa. Este aporte debería llevar a la vez que la impronta o experiencia de la ginecología, ejercicio al que le he dedicado 33 años de mi vida, la impronta de una particular manera de ejercerla, que es lo que espero transmitir en las páginas siguientes.

Las tres fuentes documentales que nutren este escrito, parten sucesivamente desde la experiencia clínica en el ejercicio de la gineco-obstetricia en el ámbito público y privado. Luego en la revisión documental e investigación junto a colegas de la especialidad y también de otras especialidades. Por último, y no menos importante, el haberme reconocido inmerso en una red de permanente presencia de mujeres en mi vida cotidiana. Desde las secretarías de mi consulta privada y las secretarías del Dpto. de bioética, las mujeres más cercanas en mi familia, mi madre, cuatro hermanas, seis hijas, dos nueras, una nieta y muchas sobrinas, primas y tías. Deben sumar con soltura la cincuenta.

En el ámbito clínico, como todo obstetra, he participado de manera más o menos importante, en la vida de muchas pacientes, he controlado sus embarazos, atendido sus partos, me ha correspondido dar buenas y malas noticias, como ha sido el acompañamiento a madres en su proceso de embarazo con niños malformados, algunos incompatibles con la vida extrauterina, la asistencia a mujeres y parejas con infertilidad invencible, el apoyo a mujeres con embarazos en crisis y muchas de ellas con una clara

intención personal o chantaje por otros, de abortar a sus hijos en gestación. También me ha correspondido acompañar a parejas de diversos credos religiosos, pero principalmente católicas con voluntad de vivir la Paternidad Responsable mediante la abstinencia periódica.

Los lugares desde donde se fue construyendo esta experiencia, son como he señalado, la asistencia pública social y también la atención en una Fundación Médica privada. Entre ellos se destaca un lugar de particular importancia porque es desde donde se realiza una reflexión sistemática del quehacer clínico para ponerlo en clave de revisión pedagógica. La Universidad de Chile, en su Facultad de Medicina ha destacado, en el concierto nacional, por su permanente aporte a la reflexión, sobre aspectos de suyo importantes para la vida de una nación, como son las artes, la ciencia, la filosofía y junto a ella la ética y luego la bioética, fundada en una antropología médica realista.

2. La finalidad de la reflexión.

Declaradas las fuentes documentales y empíricas de este trabajo, he pretendido desarrollar de manera mas extensa, gracias a la oportunidad que se me ofrece, un conjunto de impresiones, que subyacen con frecuencia en mi trabajo clínico, pero que a modo de constatación, se me fue revelando en forma mas patente, en las entrevistas con mis colegas médicos, ginecólogos, anestesiólogos, obstetras, psiquiatras, neurólogos, fisioterapeutas.

Este relato esconde la finalidad (el anhelo) de proponerles una discusión sobre el tema del dolor en la mujer (recoger sus opiniones, impresiones y conocimientos) y particularmente el dolor supuestamente de origen ginecológico, para lo cual tomaré como ejemplo el Dolor Pelviano Crónico, tal como se comprende cuando no existe sustrato orgánico, al menos evidente, y avanzar en una línea de investigación sobre el tema, si así se puede derivar de este intercambio.

3. La pregunta inicial ¿Por qué el dolor?

He dicho que una vez aceptado el desafío de compartir en este seminario permanente, me ha surgido la necesidad de hacer un esfuerzo para comprender desde el inicio, tanto el objetivo, como el nombre bajo el cual se pretende transitar en el tema.

Para quienes estén familiarizados con el lenguaje especializado, haber nombrado el Seminario: "Dolor, Representación y Medicina..." no debe inquietarlos como si inquieta a los médicos de a pie. La representación forma parte de los elementos del vivir humano, en cuanto a elementos básicos constitutivos del aparato psíquico. Se ha querido destacar, con incluir la representación en el título, a mi entender, que el dolor, mas allá de una sensación, un poco más complejo que lo que hace la conciencia con las sensaciones, al integrarlas en la percepción, ha querido destacar en la representación, las imágenes surgidas en la conciencia, reconocidas como un producto de sí mismo. Se ha insistido que son íntimas, carecen de vivacidad y nitidez, dependen totalmente de la actividad psíquica y se modifican por la voluntad.

Dirán entonces, los especialistas, que "las Representaciones. Son la materia prima con que trabaja el pensamiento. ° Los objetos concretos y determinados se viven como percepciones y se actualizan en forma de representaciones. La representación a diferencia de la percepción, se refiere a algo anteriormente percibido, o a algo inventado".

Como mi procedencia no es el mundo psiquiátrico ni su lenguaje, me ha sido muy útil, para tematizar el dolor en la mujer, el aprovechar la disposición polisémica del término representar, tal como se le entiende en el lenguaje corriente.

Cuando exploré tales acepciones me encontré definiciones comunes y corrientes, como por ejemplo; una representación es una puesta en escena, ya sea con motivos estéticos, de entretenimiento o de otro tipo. Por ejemplo: "La representación de la obra de Cervantes en el teatro fue el gran éxito de la temporada de verano", "Estamos trabajando junto a un grupo de actores para la representación de la vida del caudillo", "No se trata de un conflicto real, es sólo una representación".

O también lo que se utiliza en lenguaje jurídico, para referirse a la cosa que se representa en nombre de otra y al conjunto de personas que se presentan en nombre de otras.

Al querer hablarles del dolor pelviano crónico, como elemento central de la conferencia, he querido destacar, por motivos absolutamente utilitarios, el concebir el dolor, mas allá de su concreta explicación fisiológica y su mecanismo de producción, explicado ya desde las versiones mecanicistas de Descartes en su obra "El tratado del hombre", y luego descubriendo mecanismos, vías, sinergias, complejidades que de modo acumulativo y

creciente desde las ciencias básicas, han llegado a hacer del Dolor una especialidad de la propia medicina, con sus libros, congresos, unidades del dolor, especialistas y subespecialistas, etc.

Como lo explica Jacinto Choza en su ensayo sobre la "Dimensiones antropológicas del dolor", es necesario, en virtud de haber rechazado la pura visión defensiva del mismo, hacer una propuesta de un método de estudio, que de cuenta de su complejidad. En el ámbito de la medicina, el dolor a su vez es desafiante porque ya está en los inicios de la misma y un relato como el que se sigue, da cuenta de la justificación de la proto-medicina.

En un bello relato de Victor von Weizsaker se anima a mostrarnos su comprensión sobre lo que es la medicina y el ser médico. Nos dice en Escena Primordial: "Cuando la hermanita ve que el hermanito siente un dolor encuentra un camino que está más allá de todo conocimiento: cariñosamente su mano encuentra el camino, acariciando quiere tocarlo allí donde le duele.

De este modo la pequeña samaritana se convierte en el primer médico. En ella opera inconscientemente un saber acerca de una eficacia primordial que dirige su impulso hacia la mano y conduce la mano hacia el contacto eficaz. Porque esto es lo que experimenta el hermanito: la mano le hace bien. Entre él y el dolor se interpone la sensación de "ser-tocado" por la mano de la hermanita y el dolor se retrae ante esta nueva sensación. Y Así también surge el primer concepto de médico la primera técnica de la terapia.

Y a continuación desarrolla la idea, de que por los avances de la tecnología, y aún cuando la mano devenga en un conjunto de instrumentos cada vez más complejos, ahí, en la mano de la hermanita está contenido todo el ser y el quehacer médico. Y el pequeño paciente, quien representa el acontecer doloroso de la enfermedad, resume la solicitud de ayuda de todo paciente que padece, que ahí "donde el dolor desciende a las profundidades del corazón" su enfermedad será algo en él y no del todo él mismo.

4. El dolor y los fines de la medicina.

Desde los albores de la humanidad, los hombres han dejado huellas de su preocupación de los unos por los otros. Huesos y heridas tratadas mediante diversos métodos, pero bajo el mismo empeño de devolver la salud

perdida, personas que fueron asistidas, contenidas, curadas, son la huella de los inicios de la humanidad del hombre como género humano.

"La medicina, se ha justificado, desde su nacimiento, y se estableció como un arte, constituyendo un saber con su propio método y capaz de dar razón de su actividad. Diremos además, que el objeto material al que sirve la medicina es el hombre. El hombre como objeto material y la salud a restablecer como bien particular de él, constituyen a la medicina como actividad práctica, pero no sólo la constituyen como tal sino que también configuran los límites de dicha actividad." (M. Besio, el acto médico)

Ahora bien, como la medicina no tiene entre sus herramientas prescriptivas, la indicación "mátese a fulano", al menos así lo hemos heredado desde la tradición hipocrática, habría que preguntarse porque nunca lo ha aceptado y más bien ha proscrito en sus códigos el no matar, no provocar abortos, no dar una droga mortal aún cuando el dolor sea insufrible. Interesa conocer qué es lo que constituye la esencia del acto médico. Ya que con el dolor humano en general, se despierta un cúmulo de iniciativas, de respuestas casi reflejas. Pero no todas van en la línea de una indicación que aparentemente se contenga en los límites de la propia profesión.

Esta cuestión de los fines de la medicina, fue analizado por un gran número de expertos convocados por el prestigioso Hastings Center. La hipótesis de trabajo que motivaba el encuentro era: "el progreso de la ciencia médica y la biotecnología y el aumento de las necesidades humanas... habrían producido un cambio radical que obligaba a pensar de nuevo si entendemos la medicina en sus justos términos" (V. Camps).

La conclusión a la que llegan es que los fines actuales de la medicina hay que plantearlos en términos de:

- La prevención de enfermedades y lesiones y la promoción y la conservación de la salud.
- El alivio del dolor y el sufrimiento causados por males.
- La atención y la curación de los enfermos y los cuidados a los incurables.
- La evitación de la muerte prematura y la busca de una muerte tranquila.

Una vez reformulados en otros términos los nuevos fines a la luz de los nuevos tiempos sociales y tecnológicos sin vulnerar la naturaleza de la medicina, destacaré su relación con el tema del dolor.

5. El alivio del dolor y el sufrimiento causados por males.

Dice el informe del H.C.: el alivio del dolor y del sufrimiento se encuentra entre los deberes más antiguos del médico y entre los fines más tradicionales de la medicina. Aunque se conocen métodos farmacológicos eficaces para el alivio del dolor, el sufrimiento emocional que acompaña en ocasiones a la enfermedad no se suele detectar ni tratar de forma adecuada.

Sin embargo las preguntas sobre el sentido del dolor tanto en su vertiente fisiológica, de intensidad, duración, perturbación de la vida cotidiana, como del sentido en clave existencial, nos llegan inevitablemente a los médicos ¿Hasta donde debe llegar la medicina en el alivio del sufrimiento? ¿Por qué estoy enfermo? ¿Por qué he de morir? ¿Qué sentido tiene mi sufrimiento? La medicina, como tal, no tiene respuestas a estas preguntas, que no pertenecen a su esfera.

La aparición de las preguntas filosóficas en confrontación al mundo de las ciencias naturales, hace aparecer la pregunta por el sentido de las cosas. Y sin embargo, los pacientes recurren a médicos en busca de algún tipo de respuesta. En estos casos, hemos planteado, para la situación aflicta que genera ser portadores de una enfermedad con intenso dolor, con riesgo vital, exige que un programa de acompañamiento que mas allá de ser informativo, debiera conmiserarse y acompañar la inevitable puesta en marcha del proceso personal y familiar de búsqueda de sentido por la situación que se enfrenta.

No obstante, habrá ocasiones en que incluso la atención más humanitaria y los cuidados paliativos más avanzados alcanzarán un límite. En este punto, la medicina habrá de reconocer sus propias limitaciones; no todo en la vida puede quedar bajo el control de una medicina tan constreñida en sus posibilidades como aquellos seres humanos a los que sirve.

6. La consulta por dolor en ginecología.

Definida como la especialidad de las mujeres, en su justificación, su existencia se reconoce porque hay enfermedades que les son propias y exclusivas a las mujeres, aparte de las muchas enfermedades que comparte con los hombres.

En la práctica ginecológica habitual, el especialista se enfrenta con tres causas principales de consulta, a saber, el sangrado genital, las infecciones del tracto genital y el dolor de origen genital.

Como la vía de acceso al acontecer doloroso en la mujer, parte por conocer como se da en su realidad en cuanto mujer y exclusivamente sufrido por ella. Se hace evidente destacar las causas habituales de dolor ginecológico. La lista no es larga, pero muy permanente en quienes las sufren ya sea en forma periódica (mensual) o en forma crónica.

Ocasionales o periódicos:

- Dismenorrea (amenorrea, infertilidad): dolor episódico, relacionado con las menstruaciones. No siempre se logra establecer una causa desencadenante o causal.
- Mastodinia: asociado a los cambios hormonales del ciclo menstrual, las mamas experimentan un dolor periódico, que tiene las mismas características de la dismenorrea.
- Dolor ovulatorio (Mittelschmerz): dolor descrito como de intensidad variable, asociado a la distensión del folículo y normalmente previo a su rotura, en un día o dos.
- Sdr. Tensión premenstrual, Disautonomía, Disforia premenstrual: mal-estar físico y anímico asociado a la segunda fase del ciclo menstrual, más específicamente al período previo a la menstruación y que compromete en grado variable la vida cotidiana de las mujeres, produce ausentismo laboral, es fuente de conflictos en la vida de relaciones sociales y de pareja.
- Dispareunia (vaginismo, frigidez): todo acontecer doloroso asociado a la actividad sexual, desde la penetración, en algunos casos con imposibilidad de la misma, hasta dolor durante o después de las relaciones sexuales.
- Embarazo: contracciones uterinas y trabajo de parto (más propio de la obstetricia que de la ginecología, aún cuando es un tema igualmente desafiante)

Sin embargo, el dolor que nos va a preocupar en esta ocasión, es un dolor permanente.

Permanentes o Crónicos:

- Vulvodinia: dolor vulvar asociado a cambios atróficos, degenerativos, virales, depósito de uratos, etc. Muchas veces sin causa orgánica.
- Dolor Pelviano crónico: definido como dolor persistente y que produce incapacidad. Se define como la molestia pelviana no cíclica que excede

de seis meses (para algunos autores 3 meses) de duración y que no desaparece con el uso de analgésicos no narcóticos.

Los referentes colegiados más reputados en la especialidad lo definen de la siguiente manera:

- El Royal College of Obstetricians and Gynecologists lo define como “dolor intermitente o constante en la parte baja del abdomen o la pelvis, de al menos 6 meses de duración, que no se produce exclusivamente con la menstruación o la relación sexual y que no está asociado con el embarazo”
- American College of Obstetricians and Gynecologists lo define como “el dolor no cíclico de al menos 6 meses de duración que aparece en lugares como la pelvis, pared abdominal anterior o espalda baja, y que es lo suficientemente grave como para causar discapacidad o dar lugar a la atención médica”
- International Association for the Study of Pain (IASP) define el DPC sin patología evidente como el “dolor pélvico, crónico o recurrente que, al parecer, tiene un origen ginecológico, pero para los que no se encuentra una lesión definitiva o causa”

Aún cuando la definición está relativamente clara y ha logrado consenso, las causas de Dolor Pelviano Crónico, pueden ser muchas y muy variadas. Al entenderse como síntoma o como Diagnóstico sindromático, el DPC ha sido mal comprendido y por ende, mal estudiado, enfocado y tratado.

¿Por qué queremos analizar el dolor pelviano cónico en un seminario de dolor y fibromialgia?

Porque intuitivamente, en base a lo dicho, experiencia, intercambio y documentación, tienen similitudes a mi parecer bastante asombrosas. Ya podremos hacerlas más patentes.

El 70 % de las pacientes que lo cursan, sus causas NO son ginecológicas, a pesar de lo cual muchas ya han tenido algún procedimiento ginecológico diagnóstico o terapéutico, incluso operaciones ginecológicas, que hacían describir a los antiguos semiólogos como abdomen geográfico, ya que con frecuencia estaba surcado por una o varias cicatrices que simulaban un mapa.

Las Causas que aparecen descritas en los textos clásicos de ginecología se organizan más o menos así:

- Ginecológicas: endometriosis, proceso inflamatorio pelviano crónico, congestión pelviana, sdr. ovario remanente, sdr. ovario residual, miomas, cancer de ovario.
- Extraginecológicas: digestivas, consipación crónica, enfermedad celíaca, enfermedad inflamatoria intestinal, intolerancia a la lactosa, parasitosis intestinal, colopatía funcional.
- Urinarias: infecciones urinarias a repetición, neoplasias vesicales, divertículos uretrales, cisticis actínica.
- Músculo-esqueléticas: mialgia del piso pélvico, Sdr. Dolor pelviano miofascial, Sdr. Piriforme, hernias discales, coccigodinia.
- Funcionales: depresión enmascarada, somatización, abuso de sustancias, trastornos del sueño.
- Neurogénicas: neuralgia del pudendo o del iliofemoral.

Importancia del tema:

La importancia del tema puede mostrarse por cuan frecuente es, por el costo que produce, por la forma de enfrentamiento, pero que creo que lo más importante del tema es su relativa oscuridad etiológica y la forma ciertamente mecanicista que hasta ahora ha importado su reconocimiento y manejo. Describiré algunos trabajos de revistas especializadas que juzgan necesario detenerse a evaluar el manejo de este DPC. ,

Frecuencia: En USA, un 15 % de las mujeres tienen Dolor Pelviano Crónico

Costo anual al sistema salud: US \$ 2 billones/año

Tratamiento: dado su origen multifactorial: Es difícil de Diagnosticar y por lo tanto, difícil de tratar (tanto las fases diagnósticas como de terapias incluyen manejo quirúrgico con cierta frecuencia, lo que relativiza las expectativas de éxito)

Laparoscopías / Histerectomías: son alrededor del 40% de las laparoscopías que se realizan por este diagnóstico.

De los más de 600.000 histerectomías realizado en los Estados Unidos cada año:

Casi el 12% tiene dolor pélvico como la indicación primaria de cirugía.

El 20 % de las Histerectomías realizadas resultan tener una patología benigna obvia.

de las que no se encuentra una patología obvia, un 21-40% continúa con dolor post Histerectomía y 5 % tiene nuevas crisis dolorosas.

Co-morbilidad: como depresión puede bajar la chance de mejorar el dolor después de histerectomía.

Resultados: Cuando el cuadro es DPC y la solución es una histerectomía, un 14% tienen resultados peores que los esperados y 26% una lenta recuperación.

Por lo anterior se recomienda que una mujer con DPC debe ser evaluada previamente por urólogo, gastroenterólogo, neurólogo, fisiatra, etc.

La Histerectomía por procedimientos benignos es segura, de corta estadía, de buena recuperación y en general los resultados son favorables.

Pese a esto, surge la pregunta ¿Es igual en la paciente con DPC Ideopático? Los trabajos existentes desde los años 90 y 95, venían de grupos relativamente pequeños de pacientes (cientos). No caracterizaban el dolor y no había referencias a factores que modulaban el dolor como la enfermedad depresiva, a ansiedad o abuso sexual o seguimiento en estos temas

Luego que se hizo estudios con grupos pareados y controles de dolor preoperatorio con y sin depresión se vio que en general los resultados eran una mejor calidad de vida, mejor función social por sobre su condición basal. Sin embargo mas de un 14% no mejoró sino que empeoró

Entonces ¿cómo podemos identificar a aquellas mujeres a las que no le resolveremos el problema de dolor pelviano crónico con nuestras intervenciones?

Primero: Si el 70-80 % de las pacientes no tiene origen de dolor ginecológico, es un signo de alerta para los ginecólogos.

En segundo lugar, la fisiopatología de ciertos subtipos de dolor pélvico crónico no es susceptible de Tratamiento quirúrgico. Esto es apoyado por la reciente teoría que las vísceras pélvicas pueden compartir la enervación lo que resulta en la comunicación neurológica entre los órganos que puede conducir a la hiperalgesia en varios órganos a la vez. La eliminación del útero puede no ser suficiente para mejorar el dolor que se ha desarrollado en otros órganos adyacentes como los intestinos, la vejiga o los músculos del piso pélvico. Además, las teorías de la sensibilización central sugieren que el problema que conduce al desarrollo de las vías de dolor crónico puede conducir a alteraciones en el procesamiento central de dolor que no es probable que sean resuelta con la cirugía en un órgano periférico.

Tercero: Existen otras terapias además de la Histerectomía, que pueden ser efectivas como la terapia Cognitivo Conductual, la Fisioterapia, la terapia Analgesia, a pesar de que aún no podemos afirmar como algunas comorbilidades afectan la resolución del dolor pre y post-operatorio

En resumen, a las dificultades en el diagnóstico, causas, etiologías ginecológicas y no ginecológicas, se le deben sumar dificultades en el pronóstico y diversidad de tratamientos que hacen incomparables las evoluciones paciente por paciente que podrían dar cuenta de los procesos fisiopatológicos involucrados en la reinervación pélvica y en el dolor central.

A continuación se describen dos técnicas utilizadas aparte de la histerectomía, para el manejo del dolor pelviano crónico, sin causa aparente:

- La Ablación Laparoscópica Uterina del nervio (LUNA) implica la transección de los ligamentos útero-sacos en su inserción en el útero con el fin de interrumpir las fibras nerviosas sensoriales cervicales. Se ha planteado la hipótesis de que la división de estos troncos puede ayudar a las mujeres con dismenorrea. Un ensayo controlado aleatorio de 2009 de 487 pacientes con dolor pélvico crónico seguido durante 69 meses, y que se sometieron a laparoscopia con y sin LUNA, no encontró ninguna diferencia en el dolor, la dismenorrea, dispareunia o la calidad de vida entre los dos brazos. Además, un meta-análisis de ensayos aleatorios 2010 analiza más datos disponibles y no encontró diferencias en la mejoría del dolor entre los que se hizo o no se sometieron a LUNA. En la actualidad, no existe suficiente evidencia para recomendar LUNA.

- Neurectomía Presacra: Se dirige al plexo hipogástrico superior (nervios presacos) que suministrar la nocicepción aferentes del cuello uterino, el útero y las trompas de Falopio proximales. Resección quirúrgica de este plexo se ha demostrado que disminuye la dismenorrea que no responde a otros tratamientos.

Un reciente análisis retrospectivo recogió más de 6 años de mejora demostrada en el dolor en la línea media en el 73% (22 de 30) de los pacientes. Los ensayos clínicos en la década de 1990 apoyaron la neurectomía presacra como un complemento de cirugía conservadora para la endometriosis, lo que demuestra un alivio adicional del dolor en la línea media asociado con la menstruación, pero no la dispareunia o dolor no menstrual. Un ensayo controlado aleatorio más reciente de 141 pacientes seguidos durante 24 meses demostraron mejora en la dismenorrea, dispareunia, y la calidad

de vida en pacientes con endometriosis que se sometió a una neurectomía presacra concurrente en el momento de la cirugía conservadora la paroscópica sobre aquellos que no lo hicieron.

- Las terapias utilizadas para pacientes con DPC
- Tratamiento Médico. Tratamiento MQ-intervencionales.
 - Terapia nutricional. Vitamina B1 y Magnesio. Terapia física.
 - Anticonceptivos (acupuntura, anestésicos locales, técnicas de relajación, bioretroalimentación)
 - Analgésicos. Psicoterapia (Terapia cognitivo conductual)
 - Opioides. Hipnosis.
 - Cambios de estilo de vida, ejercicios, adelgazar. Cirugía.
 - Antidepresivos.
 - Antigonadotropinas.
 - Antiprostaglandínicos.

¿Que llevamos hasta ahora?

Existe un número importante de mujeres que tiene Dolor Pelviano Crónico (15-20%), de ellas un alto porcentaje, se calcula que un 70% de las causas no son de origen Ginecológico, por lo cual se recomienda un estudio multidisciplinario y multiprofesional.

No obstante seguir las presentes recomendaciones, a muchos ginecólogos, nos son devueltas aquellas pacientes que no han demostrado tener patologías de otro origen y por lo tanto, se constata que aproximadamente un 40% de las Laparoscopías se realizan por este diagnóstico, con la finalidad de llegar a un diagnóstico etiológico más exacto.

Muchas histerectomías también se plantean como solución a DPC, luego de haber tratado con anti inflamatorios no esteroideos, anticonceptivos orales, antidepresivos, ansiolíticos, terapias alternativas.

Dicho todo lo anterior, el médico se enfrenta a un número de pacientes que no sabemos con exactitud quienes y cuantas serán, que se operaron con la esperanza de aliviar su dolor y que vuelven a consultarlo...por dolor.

Caso Clínico:

Mientras realizaba mi estadía de formación como especialista en el Hospital Clínico de la Universidad de Chile, era una actividad docente habitual, atender policlínico con un docente de mayor jerarquía encargado

de destacar los aspectos más experienciales de su práctica clínica. Un día de aquellos, en que veíamos a muchas pacientes por los motivos más diversos, se percata que la siguiente paciente que iba a entrar era conocida suya. Me explica la historia, una paciente de 45 años, con dolor pelviano crónico y que él había practicado una histerectomía después de descartar otras patologías. Su cara se trasfiguro, el ánimo se comprometió, y con una voz de desaliento me dice A esta paciente que viene ahora, nunca debiera haberla operado, ¡me arrepiento tanto!. Efectivamente, la paciente había evolucionado en forma tórpida tras la operación, sus síntomas no habían desaparecido y se había comprometido también su estado de ánimo. No puedo asegurar que fuera psicológicamente normal previamente a la operación. Con dudas podría decir que lo era al verla en el estado actual de su evolución. Pero a esto es a lo que muchos ginecólogos nos enfrentamos en la práctica cotidiana.

En la ginecología nos enfrentamos a un sinnúmero de situaciones que se han querido destacar en este artículo, utilizando el ejemplo del DPC como aquella situación tal vez más representativa de la enfermedad crónica no resuelta en sus causas, manejo y comprensión.

El American College of Physicians (ACP) publicó en sus *annals of internal medicine* en el año 2008, la siguiente afirmación sobre el devenir de la enfermedad crónica como la señalada. Dice "La enfermedad crónica que no responde a más intervenciones terapéuticas apropiadas, causa distres al paciente, al personal de salud y al cuidador. Los síntomas físicos y psicológicos causan más declinación funcional y a su vez conllevan reducción del autocontrol y sufrimiento no resuelto."

Pero, ¿Y si estamos estudiando mal a nuestras pacientes?

En la declaración del American College of Physicians dice intervenciones terapéuticas apropiadas. Veamos lo que señala una propuesta de estudio del DPC

¿Hemos considerado la Cistitis intersticial?

Veamos lo que se dice de ella, en la página oficial de Womenhealth.org

Se destaca que no hay cura para ella. Que no se puede predecir quién responderá mejor a las diferentes opciones terapéuticas. A veces, los síntomas pueden desaparecer sin razón alguna o después de un cambio en la dieta o en el plan de tratamiento. Aún cuando los síntomas sí desaparecen, pueden regresar después de que se pasen días, semanas meses o años.

Síndrome de Intestino Irritable

Es decir, la misma situación del DPC para el dolor vesical. Veamos que ocurre con otro de los diagnósticos diferenciales. El Síndrome de Intestino Irritable, cuyo nombre común es colon irritable, es un cuadro crónico y recidivante, caracterizado por la existencia de dolor abdominal y/o cambio en el ritmo intestinal (diarrea o estreñimiento). Se puede acompañar o no de una sensación de distensión abdominal, sin que se demuestre una alteración en la morfología o en el metabolismo intestinales, ni causas infecciosas que lo justifiquen.

Hasta hoy no se conoce ningún mecanismo único que explique por qué los pacientes con SII sufren estos síntomas en forma crónica y recidivada. Desde el punto de vista general, lo más aceptado y demostrado es que existen alteraciones de la motilidad y de la sensibilidad digestiva, influenciada por factores psicológicos. Es sabido que quienes más lo padecen son las mujeres por sobre los hombres, que no tiene cura, que afecta la vida social, la vida laboral y es fuente de consultas frecuentes. Es más frecuente en pacientes con otros síntomas digestivos, y en pacientes que padecen dismenorrea, así como en pacientes con patología psiquiátrica como bulimia, depresión o esquizofrenia.

Vulvodinia o Dolor Vulvar Crónico

Dicen las conclusiones de un reciente congreso sobre esta condición: La vulvodinia constituye una patología frecuentemente no diagnosticada, a la cual equivocadamente, al no encontrar una posible explicación lógica, se atribuye exclusivamente a factores psicológicos o alteraciones emocionales... Es decir una patología multifactorial, desconocida aún en sus mecanismos y de alta complejidad. Destacan que los factores emocionales jugarían un rol muy importante (una vez haberlo relativizado) y tras levantar una hipótesis neuropática, con escasos argumentos, se vuelve a destacar que "los aspectos psicológicos están involucrados en la génesis de las alteraciones psico-sexuales secundarias, que presentan estas mujeres, por lo que muchas veces constituyen una parte importante de la terapia, reafirmando la hipótesis psicósomática en la etiología de estas alteraciones.

7. El recurso a la Medicina Psicósomática.

Con estos tres diagnósticos diferenciales debe lidiar el ginecólogo cuando enfrenta a una paciente con DPC. Por supuesto que son más, como

se explico con anterioridad, sin embargo, así como estos, muchos otros no se fundan en cambios anatomo-patológicos, no tienen sustrato orgánico y han dado origen a una bien necesaria pero mal determinada y fundamentada "medicina psicosomática".

Entonces la pregunta que me he formulado desde el inicio, es descubrir si El Dolor Pelviano crónico, no es una enfermedad psicosomática? No es una variante camuflada o localizada de la fibromialgia? Y en ese sentido, cuanto de lo investigado y de los aportes realizados en este seminario, le serían por extensión, aplicables?

Dijimos en los párrafos iniciales, que el encuentro de la medicina con el dolor, es también la vía primigenia de acceso al propio ser de la medicina. Afirma Le Breton, en su tratado de antropología médica, que "en primer lugar, para algunas personas el sufrimiento supone un camino de "acceso al ser", un modo de "instalarse físicamente en el mundo". Es el caso de los enfermos de hipocondría que configuran una identidad provisional al vivir su cuerpo como mundo primario, o de los "histéricos" para quien el dolor físico es trasunto del dolor moral por el que esperaban haber logrado el amor y la compasión. La afectación del dolor al núcleo íntimo de la persona, su violencia, su irracionalidad parecen exigir la comprensión y el afecto de los "otros", los que aparentemente no sufren".

Aparece en los años recientes, el cuerpo y su vivencia (la corporalidad) como aquel mundo que controla de manera más o menos accesible, tomándolo por aquel espacio en el mundo donde ya no se tiene espacio ni nada que controlar. Surge entonces un cuerpo como proyecto, consciente o no, para procurarse un sentido o una excusa en la vida.

Sin embargo, un artículo reciente del Journal of American Medical Association, relativiza y reorienta lo señalado por el Hasting Center en los nuevos fines de la medicina. El artículo es reciente que titula "Cero dolor no es el objetivo". Esta reflexión viene muy bien a la línea de argumentos que se tejen en torno al problema del dolor. Entendemos el dolor como síntoma de una enfermedad?, es el dolor una enfermedad en si misma?, cuando deja de ser síntoma y pasa a ser una preocupación central del actuar médico?

Dice JAMA ¿Que es lo que tenemos que tratar de lograr en el cuidado de la salud? "Esta pregunta se hace cada vez más importante a medida que avanza la investigación, la población envejece, y las presiones financieras intensifican. Las medidas simples para las cuales el 100% es el objetivo

no puede definir el desempeño para el complejo trabajo de cuidado de la salud. Calidad no significa la eliminación de la muerte o el perfecto alineamiento con las directrices. Eficiencia no significa la eliminación de todos los gastos, o incluso el 100% de eliminación de todos los gastos innecesarios. Y la compasión por los pacientes no significa la eliminación de todo dolor”.

Esta afirmación, lejos de ser poco compasiva o denotar cierta indolencia, que traicionaría lo dicho hasta ahora, como sensible al dolor y propia de la medicina, quiere decir, que a veces el dolor nos enseña, nos desafía, nos revela y nos pregunta. Nos enseña los propios límites, tanto espaciales como temporales. Nos desafía, porque nos sitúa en la disyuntiva de superarlos, utilizarlos como excusa, o sucumbir a ellos. Nos revela la inmensidad de relaciones ocultas y necesarias con las que el hombre debe ser educado en la humildad y la pobreza antropológica y la dependencia de otros y mutuamente responsable de otros. Por último, nos pregunta como trascender el dolor. Como pasar de la sensación a la percepción y como representamos, o más bien, en el tema que comentamos, como me represento este dolor, en este momento, bajo estas circunstancias y que tiene que ver con mis vida, mis deseos, mis decisiones, mis planes y mis obligaciones.

Al comenzar este trabajo, tenía como expectativa, el poder trazar líneas de integración con otras disciplinas o especialidades académicas, ya sea médicas, filosóficas, etc. Para ello debo reconocer que mi interés es poder avanzar en las siguientes preguntas:

La Ginecología como especialidad médica

¿Puede NO SER Psicosomática?

¿Qué se entendió y que se entiende hoy por ello?

¿Hay algún paradigma que ofrezca una mejor comprensión del dolor a la medicina?

¿Cuándo decimos que ciertos cuadros p. Ej DPC debe ser tratado en forma integral,

¿Qué entendemos por un enfoque integral? Biomédico, Biopsicosocial, Integral sin más, Multiprofesional, Interdisciplinario, Multimodal, Humanista

¿Cuál es el rol que le cabe a la Antropología Médica en la Medicina contemporánea?

8. Antecedentes en la Historia de la Medicina

Sócrates afirmaba con desazón que "los tracios están más adelantados que nosotros porque saben que el cuerpo no puede ser curado si al mismo tiempo no curamos la mente"

Hipócrates decía algo parecido cuando señalaba que "las enfermedades que escapan al alma contribuyen a devorar el cuerpo"

Charcot: (Repara en una serie de manifestaciones neurológicas que presentaban las pacientes. Sin embargo en el estudio post mortem no se encontró ningún signo de lesión anatómica.

Freud: (1896) El estudio de la histeria, dejó hablar a sus pacientes. El psicoanálisis. Dicen que la teoría PsicoSomática surge de los postulados del psicoanálisis.

Grodeck: (1917) Quiso reunificar el cuerpo y la mente, "son una unidad, algo que contiene un ello, una fuerza que nos vive mientras creemos que estamos viviendo"

Alexander: (1930) Uso coordinado y simultaneo de métodos terapéuticos de orden médico y psicológico. La enfermedad PS supone la presencia de un factor emocional con función etiológica.

Por su parte los neurofisiólogos aportan en lo siguiente:

Pavlov: (1876) Trata de explicar el psiquismo a partir de la fisiología. Esto determina una forma de comprender los fenómenos psíquicos en la vida humana y animal.

Selye: (1926) Re-descubre un concepto antiguo de estrés, como una respuesta a estímulos de un ambiente perturbador, que según la intensidad de la respuesta (eje Hipofisis-suprarenal) podría ser nociva e incluso patógena.

Spitz: (1957) descubre las "somatizaciones" en los Recién nacidos, como los trastornos digestivos y los eczemas. Filma diadas madre-hijo y afirma que una afección somática del niño se acompaña de una relación específica con su madre.

Marty: Las funciones mentales, encargadas normalmente de regular afectos y emociones, y con la vía somática libre, el cuerpo se convierte en el blanco de fenómenos patológicos que la psiquis fuera de servicio, no puede encauzar.

Mc. Dougall: (1982) "en la neurosis y la psicosis el conflicto es psíquico, Puede afectar a la vida psíquica interna o bien a la realidad, pero la obra se desarrolla en el escenario de la mente. Lo psicossomático, es al contrario,

teatro del cuerpo. Esta negativa a tratar un conflicto psíquico podría describirse como una incapacidad de representación. Es como si una paciente no sabe que sufre psíquicamente.

Michel Wolfrom (1970): Descategoriza a sus pacientes, despojándolas de sus patrones psicológicos para descubrir en cada caso la verdad compleja y única de cada una, lo que casi no es cuantificable (aporta conceptos como empatía, flexibilidad afectiva, apertura al otro, no juzgar, etc...).

Una vez dicho lo anterior, fruto de una recopilación seria y maciza de los autores señalados, se nos aparece D. Winaver: Ancienne attachée consultant des Hôpitaux de Paris 109, rue de l'Université, 75007 Paris, France, desoyendo por razones obvias (temporalidad) los argumentos siguientes, como que "La psiquis, sus reacciones afectivas y las afecciones del cuerpo, las enfermedades, que se encuentran en interacción permanente desde el principio de la vida. La psicósomática es una rama de la medicina que tiene por objeto las relaciones entre trastornos físicos y factores psíquicos, pero como es toda la medicina, con la dificultad que una vez definido el objeto de interés de esta techkne, falta el método que está dado por el propio objeto de estudio, el hombre carente de esta perfección entitativa.

9. La Antropología Médica.

Nuestro camino recorrido en la docencia de pregrado en la Facultad de Medicina de la Universidad de Chile, no ha sido por la vía de la Medicina Psicosomática, no existe una verdadera con tradición académica y clínica, no hay libros, conferencias ni seminarios sobre la materia, no existen especialistas en la cuestión. Sin embargo, el desarrollo de una antropología médica que honre la naturaleza humana, de modo realista y habiendo permeado las reflexiones clínicas con la riqueza de su aporte no puede no ser psicósomática.

Esto enseñamos a nuestros alumnos, los que en las primeras conversaciones develan sus anhelos más profundos sobre las razones para dedicarse a estos estudios.

Curso de 2º año para alumnos de Medicina:

Estas respuestas que se repiten de año en año, algunos podrían considerarlas como sentimentales, como un sentimentalismo y no tomarlas en serio, por lo que es necesario dar, tempranamente, una explicación: reconocer lo importante que es la ciencia, lo intelectual, pero precisar y enfatizar que

"la medicina es la ciencia del hombre enfermo" y por consiguiente debe considerarse al individuo como una totalidad personal, indivisible...

Antropología médica.

El pensar sobre la esencia de la salud y de la enfermedad le corresponde a la antropología médica. La antropología médica nace en el campo de la medicina, de la actitud curativa de los médicos que tratan de saber, de conocer qué es la enfermedad, de dónde viene, cómo se origina, a dónde nos lleva, qué significado tiene. Este conocer tiene que ser útil, nos debe permitir curar a los enfermos.

Dentro de la reflexión antropológica surge el problema del dolor, para el que volvemos a Le Breton: El dolor es "un hecho personal, encerrado en el concreto e irreplicable interior del hombre" y el sufrimiento, una experiencia incomunicable.

Nada más falso, añade Le Breton, que la ponderación objetiva de esta experiencia, como demuestran los experimentos de medición de los umbrales de dolor. Para comprobar la intensidad del dolor de otro sería necesario convertirse en ese otro".

Y cuando analizamos la vigencia de este aporte que la Antropología médica hace o sigue haciendo a la comprensión de la persona enferma, nos reafirmamos en la convicción de no arriar la bandera de la mínima unidad de ser del sujeto enfermo. Cuando se trata de lo corporal el médico que recibe al paciente en consulta, generalmente se remite a precisar de qué enfermedad se trata, cual es el agente etiológico, cómo cursa, qué repercusiones tiene para esa persona y enseguida hace el diagnóstico de lesión, de infección, de tumor etc. Así vemos que en las enfermedades corporales la determinación de sano o enfermo es más o menos simple. El médico objetiva la enfermedad, desde un punto de vista morfológico o estructural o desde una perspectiva funcional; la enfermedad se ha concebido como algo que ocurre en el cuerpo. Pero el hombre es un ser de la naturaleza, el pensamiento ha entendido la enfermedad como un proceso natural físico químico y en esta perspectiva se han obtenido resultados sorprendentes, pero a pesar de esta orientación la medicina nunca ha olvidado que si bien las funciones están alteradas, que la estructura de un órgano se ha lesionado, no se trata de un objeto sino que se trata de una persona, se trata de un sujeto, que no le ha dicho al médico el pulmón está enfermo, sino " yo estoy enfermo" .

Se le hace presente al médico algo que es fundamental: no se trata de un individuo biológico solamente sino que se trata de una persona, de un ser dotado de intimidad y es con él, con quien se relaciona el médico. La persona o psique es la intimidad del sujeto y siempre está presente. El hombre es siempre naturaleza y persona en una unidad, digamos naturaleza personal, es lo que hoy día la medicina nombra y destaca repetidamente: "la unidad psicosomática". La enfermedad puede tener más aspectos somáticos o más aspectos psíquicos, pero siempre va a ser psicosomática. Debemos enfatizar que los dos aspectos deben ser considerados en la salud y en la enfermedad.

12. EL DOBLE QUERER. HISTORIA DE UN MODELO DE LA ENFERMEDAD PSICOSOMÁTICA.

Jacinto Choza. Facultad de Filosofía. Universidad de Sevilla.

Sumario: 1. Planteamiento del problema. 2. Lo voluntario y lo electivo según Aristóteles y Brentano. El interés y la atención. 3. Avicena, Tomás de Aquino y Scheler. La valoración y su base orgánica. 4. El intelecto agente, el alma, el yo y el otro. 5. El doble querer. Un modelo de la enfermedad psicosomática.

1. Planteamiento del problema.

Retomo el final de la ponencia “Sentido de la vida, fracaso existencial y enfermedad” desarrollada en el Seminario de Antropología Médica, Facultad de Filosofía, Universidad de Sevilla, 17 de marzo de 2016.

Se expusieron entonces los siguientes puntos: 1.- *Inhibición del eros y niveles de libertad.* 2.- *Formas disfuncionales de reacción ante la angustia y el fracaso existencial.* 3.- *Papel de la conciencia en el enfermar y en la curación.* 4.- *La imposibilidad de la auto-aceptación y las mutilaciones de la autoconciencia.*

La doctrina filosófica sobre la que se basan esas ideas son las tesis de Platón sobre el eros, y las tesis aristotélicas sobre el intelecto agente y paciente y sus correspondientes actos voluntarios y electivos.

Las tesis de Platón las recoge Max Scheler en el siglo XX y las expone en varias de sus obras. “Platón sostiene asimismo que dicha «alma universal es, en su núcleo más profundo, ‘eros creador’» (GW 7, 125), tesis a la que asiente Scheler al afirmar enfáticamente que el eros es «la ‘vida misma’ in puro, su más profunda esencia demoníaca, por decirlo así» (GW 7, 133).” Cfr., Leonardo Rodríguez Duplá, *Las ideas biológicas de Max Scheler*, Δαίμων. Revista Internacional de Filosofía, nº 57, 2012, p. 114.

Las doctrinas aristotélicas sobre el doble intelecto y la doble voluntad las recoge y expone en 1866 Franz Brentano en su trabajo de habilitación, y más tarde elabora la primera psicología general empírica y filosófica en su *Psicología desde un punto de vista empírico*, que se publicó en tres volúmenes, los dos primeros en 1874 y 1911, y el tercero póstumamente en 1928.

Brentano fue el maestro de Husserl y de él tomó el creador de la fenomenología la doctrina de la intencionalidad de la conciencia. Entre los muchos alumnos que tuvo Brentano en sus clases también se cuenta Sigmund

Freud, y es posible encontrar en la descripción de Brentano de la actividad inconsciente del intelecto, elementos de la doctrina del inconsciente de Freud.

Entre los discípulos de Husserl e impulsores de la escuela fenomenológica se cuenta asimismo Max Scheler, que también conoció a Jaspers y Freud.

2.Lo voluntario y lo electivo según Aristóteles y Brentano. El interés y la atención.

Brentano, Franz, *La psicología de Aristóteles, con especial atención a la doctrina del entendimiento agente*, Madrid: Ediciones Universidad San Dámaso, 2015 (1ª ed. 1866).

Brentano pasa por ser el re-descubridor de la intencionalidad para la filosofía del siglo XX porque la filosofía moderna se había olvidado de ella.

La filosofía moderna se olvida de la intencionalidad del conocimiento y de los hábitos, es decir, del inconsciente, porque está centrada en el análisis de la construcción de la ciencia y en el control consciente del conocimiento, es decir, en la conciencia. Pero dos siglos después de Galileo y Descartes, después de dos siglos de elaboraciones científicas, después de los estudios de las escuelas kantiana y hegeliana y de los análisis de las construcciones que el intelecto lleva a cabo, la filosofía mira otra vez hacia fuera de la conciencia, a la realidad extramental y al inconsciente, enlazando de nuevo con la filosofía clásica, greco-latina y medieval. Ese enlace lo facilita en buena medida, junto con otros autores, Franz Brentano. Y de él surge en parte la fenomenología y en parte también la psicología profunda.

Aristóteles en su tratado *Sobre el alma*, distingue un intelecto agente o iluminador y un intelecto pasivo o asimilador, porque como el hombre no siempre está entendiendo ni pensando, es necesario explicar cómo se pasa de no entender a entender cuando se está despierto y por qué se pueden entender argumentos y problemas cuando se está dormido (Cfr. Choza, J., *Conciencia y afectividad (Aristóteles, Nietzsche, Freud)*, Pamplona, Eunsa, 2ª. 1990).

En relación con estos dos intelectos Aristóteles distingue dos funciones volitivas. A la capacidad volitiva del intelecto agente, iluminador, la llama voluntad, y se corresponde con el eros platónico. Aristóteles cree que esa voluntad se da también en los animales y que es deseo no electivo del bien,

de lo que Platón llama el Bien, es decir, deseo de los fines, que es lo que constituye el asunto de ese saber que los griegos llamaron Ética.

La capacidad volitiva del intelecto pasivo, asimilador, Aristóteles no la llama voluntad, sino elección, y solamente se ejerce cuando se está despierto, es decir, pertenece al orden de la conciencia.

“Tras diversos análisis, Aristóteles define la voluntad (*boulesis*) como una instancia desiderativa racional que se refiere siempre al fin (*telos*), y la elección (*proairesis*) como lo voluntario que se refiere a los medios y que va acompañado de razón y reflexión (*logos* y *dianóia*). Así, “decimos que deseamos ser felices, pero no que lo elegimos porque la elección parece referirse a lo que depende de nosotros”. Ibidem, 1111 b 5-20. El ejemplo que Aristóteles pone de lo imposible que se puede desear pero no elegir es la inmortalidad, Ética a *Nicómaco*, 1111 b 28-30.” (Choza, J., *Manual de antropología filosófica*, cap. XV)

El proceso de maduración desde la infancia hasta la edad adulta es el proceso de integración de las dos capacidades intelectivas y las dos capacidades volitivas. En los niños no están integradas. El niño no tiene hábitos. No sabe nada, no puede nada y no domina nada, ni fuera de sí mismo ni dentro. El proceso de maduración y de educación es el que le lleva a un control de sí mismo aceptable, que hace posible para él la vida en sociedad, es decir, la vida responsable.

Con todo, la integración y articulación de las capacidades intelectivas y volitivas en el hombre adulto normal no significa un dominio completo de todos los recursos voluntarios por parte de la volición electiva y, por tanto, consciente, o por parte de la conciencia, como se dice en el lenguaje ordinario actual.

El intelecto agente iluminador está activo siempre, tanto en el sueño como en la vigilia, tanto en los momentos en que la conciencia no está concentrada en elecciones conscientes como en los momentos en que lo está.

El intelecto agente e iluminador y su capacidad volitiva están abiertos a todo lo que resulta interesante para el hombre y lo registran de un modo u otro. En el modo de lo que se llaman percepciones subliminales y de otros modos. Puede decirse que el intelecto agente y volente capta todo lo “interesante”, todo lo que tiene “interés” para el viviente, y que tiene interés para el viviente todo lo relevante para su vida, para su supervivencia y

para su plenitud vital, o sea, para su felicidad, y eso tanto en el caso de los hombre como en el de los animales.

El intelecto pasivo o asimilador, y la volición electiva están centrados en lo que hay que elegir en cada momento y en lo que se está eligiendo. El acto de centrarse o concentrarse en esa actividad electiva se llama “atender” y “atención”, y Hegel la definió como la unidad del intelecto y la voluntad, o bien como el control voluntario del intelecto para aplicarlo a un asunto. Pero el poder de la voluntad electiva para centrar la capacidad intelectual en un asunto particular no cancela la capacidad del intelecto agente y volente para seguir registrando lo que resulta interesante para el viviente. Por eso aunque uno esté muy atento a lo que ha decidido hacer, no puede evitar distraerse con otras cosas, sobre todo con aquellas que resultan más “interesantes”. La atención no tiene un control absoluto sobre el interés y no puede tenerlo.

La madurez es lograr ese control en un grado razonable, y los niños tienen frecuentemente problema con las distracciones y les cuesta trabajo mantener la atención en algo, mantener mediante la volición electiva la atención en lo que están haciendo. Los niños tienen el intelecto agente y sus correspondientes capacidades volitivas menos controladas, más libres.

Los comentaradores de Aristóteles, especialmente el médico árabe Avicena, señaló que el interés se expresa en y resulta de la valoración, que no puede no correr por cuenta de una capacidad orgánica. A esa capacidad la denominó “estimativa” cuando se trata de los animales y “cogitativa” cuando se trata de seres humanos, e indica que en ambos casos es “capacidad valorativa”.

3. Avicena, Tomás de Aquino y Scheler. La valoración y su base orgánica.

Las funciones valorativas descritas por Aristóteles, y analizadas por Avicena las recoge y comenta Tomás de Aquino, y posteriormente Brentano, quien considera al Aquinate como uno de los comentaristas más agudos y claros de Aristóteles.

Estos elementos de psicología filosófica aristotélica y sus comentaristas, están recogidos de nuevo y analizados en diversas obras por Max Scheler, un filósofo que inicia su carrera universitaria como estudiante de la facultad de medicina. Scheler recoge las doctrinas sobre la doble volición y la valoración en varias de sus obras, y especialmente en un artículo de 1913

sobre la histeria, traducido al inglés en el *Journal of phenomenological psychology*, nº 15/2, 1984, donde estudia también el fenómeno de la compasión, la piedad social, la atención y otros. (Cfr. "The Psychology of So-Called Compensation Hysteria and the Real Battle Against Illness", Edward Vacek & Max Scheler, *Journal of Phenomenological Psychology* 15 (2):125-143 (1984).

La capacidad valorativa y el acto de valoración pueden estar vinculados a la atención y a la acción electiva, pero aunque lo estén no por eso quedan monopolizados por ella, pues mientras uno está atento a lo que hace es posible que su atención la capten también otras cosas que resultan "interesantes", y en eso consiste precisamente el "distraerse", el tener poca capacidad de concentración, o costarle a uno mucho trabajo concentrarse.

En concreto, los niños suelen tener dificultades para concentrarse, y como se dice, fácilmente se distraen "con el vuelo de una mosca". Por otra parte, se dice que las mujeres tienen más facilidades que los hombres para atender "a varios asuntos a la vez". Y por otra parte, al parecer hay estudios de neurofisiología que ponen de manifiesto que la capacidad de concentración, es decir, la atención, está en correlación con la testosterona.

Si esto es así, podrían resultar probables las siguientes tesis:

1. La estimativa animal y la cogitativa humana son capacidades orgánicas localizadas o localizables en circuitos del sistema nervioso central

2. La valoración es una actividad vinculada a los procesos de atención, a su vez vinculados a procesos orgánicos localizados y localizables en el sistema nerviosos central.

3. Los procesos de valoración y atención son susceptibles de análisis desde el punto de vista de la psicología evolutiva.

4. Los procesos de valoración y atención son susceptibles de análisis desde el punto de vista de la psicología diferencial en función del sexo, en función de los influjos sobre el sistema nervioso de factores hormonales y de otros factores sexualmente diferenciables.

5. El paidomorfismo que se atribuye a la mujer puede que no solamente se refiera a factores anatómicos y fisiológicos, sino también neurológicos, psíquicos y "espirituales" como el intelecto agente.

6. Las mujeres y los niños puede ser que tengan una capacidad valorativa menos dependiente de la atención, menos dependiente del "cerebro, el órgano de atención a la vida", como lo llamaba Bergson, lo que podría interpretarse como una capacidad de valoración "más espiritual", "menos dependiente de la elección y la responsabilidad", o "más libre"

7. Las mujeres y los niños podrían registrar con más frecuencia conflictos producidos por dos modos de querer o por dos capacidades volitivas diferentes, conflictos entre lo que se quiere no electiva ni libremente y lo que se quiere libremente. Este tipo de conflicto y su frecuencia probablemente tengan su reflejo en la psicopatología.

8. Los varones puede ser que tengan más inhibidas las operaciones valorativas simultáneas a las actividades electivas y a la atención, y podría ser que su facilidad para la concentración y la atención tenga su expresión en la psicopatología.

9. La forma normal de completa liberación del intelecto agente respecto de la atención y del intelecto asimilador, tanto en el niño como en la mujer y en el varón, se da en el sueño, como señaló Aristóteles.

10. La liberación del intelecto agente respecto de las funciones orgánicas también se puede producir de modo no normal, como un modo de algunos trastornos psicopatológicos.

11. El estudio de las posibilidades y características del intelecto agente emancipado de sus vinculaciones normales puede llevarse a cabo mediante el estudio de algunos tipos de delirios. Por otra parte, ese mismo estudio puede realizarse a través de los análisis de lo que los medievales llaman el conocimiento y el estatuto ontológico del "alma separada". Si se acepta la tesis aristotélicas de que el intelecto agente es lo único "inmortal y divino que hay en el hombre" y la tesis tomista de que "*anima mea non est ego*" ("mi alma no soy yo", Santo Tomás: *In 1 Co 15, 1, 2.*), se puede entender por qué se ha dado históricamente una asimilación entre el alma en el sueño, el alma fuera del cuerpo, el alma separada, las almas en pena y otras situaciones análogas.

4. El intelecto agente, el alma, el yo y el otro.

Lo que se llama el "yo" en la filosofía y en la psicología, desde que empieza a utilizarse el término "yo", suele referirse a las actividades conscientes y a las acciones electivas. La gramática del "yo", como señalaba Wittgenstein, es la gramática del discurso en primera persona, y no corresponde a la gramática de "alma" ni a la de "sí mismo", y por eso el análisis fenomenológico, tan afín al análisis del lenguaje ordinario, los diferencia bastante netamente.

El yo se forma y madura conforme la atención consciente y la voluntad electiva va adquiriendo hábitos. Los hábitos constituyen el conjunto de

“lugares” en los que el yo comparece para sí mismo, el conjunto de los lugares en los que el yo se reconoce a sí mismo, resulta familiar para sí mismo y tiene dominio de sí mismo.

Ese conjunto de lugares donde el yo se pone y se encuentra puede ser sistemático o no, armónico y congruente, o incongruente y disarmónico. La mayor o menor disarmonía determina que la persona y la personalidad sean más armónicas e integradas o menos, y que resulten incluso patológicas.

Pero por muy armónica o disarmónica que sea la persona, el lugar propio del yo no es el intelecto agente. El lugar propio del yo es el cuerpo y el espíritu a la vez, lo que los filósofos llaman “el yo empírico” y también el “sí mismo”, y que corresponde a lo que en psicología se denomina el “self” o el “sí mismo”. Pero el yo no es todo el sí mismo, sino el momento o la dimensión activa y consciente del sí mismo.

El yo está siempre en la tensión entre la realidad exterior, los demás y el sí mismo, mediante la cual acontece la formación y realización de sí mismo. Es lo que resulta de esa tensión.

La constitución del yo en la relación con la realidad y con los demás, especialmente con los otros seres humanos, es algo que también establece Aristóteles en la definición del hombre como ser social por naturaleza, y es algo que también retoma y elabora la fenomenología a partir de Husserl.

En concreto, el análisis de la constitución del yo en relación con el otro la elaboran, por una parte, Hegel y Scheler en sus estudios sobre la dialéctica del reconocimiento y sobre la simpatía, y por otra, la escuela de pensadores judíos que a partir de Husserl desarrollan la tesis de la constitución intersubjetiva del yo, entre los que se encuentran Edith Stein, Martin Buber y Levinas. También podría inscribirse en esta línea de pensamiento judío a Freud, y sus tesis de la constitución del yo en la resolución del conflicto edípico.

La relación del yo con el mundo y con los otros la analiza Scheler muy pormenorizadamente.

“Sobre la base de la captación emocional de la vida ajena se fundan los distintos fenómenos de simpatía estudiados por Scheler en la primera parte de su obra *Esencia y formas de la simpatía*. De esos fenómenos, el que más interesa en el presente contexto es la «unificación afectiva» (*Einsfühlung*) del propio yo con un yo individual ajeno. Esta unificación es la forma más extrema del «contagio afectivo» (*Gefühlsansteckung*) y se caracteriza, como

éste, por ser involuntaria e inconsciente. Scheler ha examinado con admirable lucidez numerosos casos de unificación afectiva (cf. GW 7, 29-44): la identificación del hombre primitivo con un ejemplar de la especie totémica, los cultos místéricos, la hipnosis prolongada, el contagio de reacciones histéricas descrito por Freud, la actitud del niño que juega con sus muñecos, la identificación de la masa con su líder, la relación entre la madre y el niño pequeño, e incluso ciertas conductas de los himenópteros referidas por Bergson. Al pasar revista a estos fenómenos tan variados, Scheler advierte que la unificación afectiva es ya idiopática ya heteropática, dependiendo de si el yo ajeno es absorbido por el propio o el propio por el ajeno. Pero en todos los casos reseñados la unificación se da en un mismo nivel del yo: la conciencia vital. Estamos, por tanto, ante la identificación o fusión de dos corrientes vitales. Si acompañamos todavía un trecho a Scheler en su pormenorizada descripción de las variantes de la simpatía, descubriremos que la unificación afectiva no sólo puede darse entre dos seres vivos, como hemos visto hasta ahora, sino también entre un ser vivo y la vida cósmica en su conjunto. Esto último es lo que Scheler denomina «unificación afectiva cosmovital» (*kosmovitale Einsfühlung*). Se trata de una forma de experiencia que se registra en todas las épocas de la historia humana y que ha desempeñado un papel determinante en tradiciones culturales como la griega o la india. Sólo en la época moderna, con el abandono de la concepción organológica del cosmos, la capacidad del hombre occidental para esta forma de comunión emocional con la naturaleza ha disminuido considerablemente. El factor determinante en este proceso fue el nacimiento de la moderna ciencia físico-matemática, que concibe la naturaleza como un gigantesco mecanismo. Lo que en los orígenes de la modernidad no pasaba de ser una mentalidad propia de algunas élites intelectuales, ha terminado convirtiéndose en la «cosmovisión relativamente natural» del hombre occidental de la época burguesa-capitalista. La nivelación científica de la diferencia entre lo vivo y lo inerte ha terminado por dejar a la unificación afectiva cosmovital sin objeto." (Cfr., Leonardo Rodríguez Duplá, *Las ideas biológicas de Max Scheler*, Δαμῶν. Revista Internacional de Filosofía, nº 57, 2012, pp. 106-107).

En el orden de las relaciones intersubjetivas personales, el yo se constituye y se realiza en el desarrollo de sus actividades conscientes y electivas en relación con el otro, con el prójimo, con sus semejantes. Así es como

se forma un conjunto armónico de los lugares en que el yo comparece para sí mismo y para los demás, y en los que se reconoce y es reconocido.

Si ese conjunto no se forma armónicamente, entonces el yo no se compone, y si resulta muy disarmónico entonces se descompone. El yo descompuesto es, como dice Edith Stein, un yo que se ha cerrado sobre sí mismo, que no se ha abierto al otro ni al mundo. Si el yo se abre al mundo y al otro entonces puede serle restituida su integridad desde el mundo y desde el otro, que son quienes le constituyen (GUTIÉRREZ AGUILAR, Anani, *La experiencia de la persona en el pensamiento de Edith Stein*, Tesis doctoral en preparación, Universidad de Sevilla).

Por eso la pregunta sobre quién puede restituirle al individuo su integridad perdida, quién puede curarle, quien puede devolverle al yo a sí mismo, quien puede donarle a sí mismo, donarle de un modo nuevo y pleno, per-donarle, se responde diciendo que el otro. Quien puede sanar al yo descompuesto, re-constituirlo, perdonarlo, es el otro, el prójimo. Ya sea el médico, el padre, el hermano, el amigo, o quien quiera que pueda restituir en él la vitalidad y la apertura del “eros” inhibido”.

5. El doble querer. Un modelo de la enfermedad psicosomática.

Se puede diseñar un modelo de la enfermedad psicosomática en general, a partir de estos conceptos elaborados en la psicología filosófica de tradición aristotélica, por parte de Avicena y Tomás de Aquino, y documentados, quizá poco sistemáticamente, en la psicología y la psiquiatría.

El modelo consiste en examinar las funciones que cabe asignar a lo que la tradición aristotélica denomina *Voluntas ut natura* y *voluntas ut ratio* en la terminología de Tomás de Aquino y las que cabe asignar a lo que esa misma tradición denomina *estimativa* y *cogitativa*, en la terminología de Avicena, retomada por Tomás de Aquino.

La *voluntas ut natura* o voluntad primera corresponde a lo que antes se ha llamado libertad trascendental o primer nivel de la libertad, y la *voluntas ut ratio* o voluntad segunda, a lo que se ha llamado antes libertad psicológica.

La *estimativa* y la *cogitativa* son las instancias orgánicas que, respectivamente, en los animales y en el hombre, llevan a cabo la organización secundaria de la percepción, es decir, la comprensión del significado, del sentido, y la valoración respecto de la realidad del viviente que se está captando del mundo extraorgánico.

Las valoraciones son fenómenos cognoscitivos y no volitivos, y pertenecen al orden de la voluntad primera tanto como al de la segunda. Es el punto de partida de los sentimientos y por eso dice Aristóteles que el hombre no ejerce sobre ellos un dominio despótico, sino político. El dominio despótico es que la voluntad ejerce sobre el sistema motor, y el dominio político el que el hombre ejerce sobre sus sentimientos.

Si el intelecto agente, la voluntad primera y la cogitativa no registran la vida como apetecible, el yo queda privado de la energía suficiente y necesaria para realizarse, y las posibilidades de la voluntad electiva, de la libertad, resultan muy mermadas. En ese caso pueden producirse una serie de disfunciones y alteraciones patológicas o cuasi-patológicas que van desde el déficit de atención y el fracaso escolar hasta la histeria, la fibromialgia y la depresión, o bien al alcoholismo, la drogadicción y la delincuencia.

El yo no percibe la vida como un horizonte de autorrealización viable y gozoso, sino como una amenaza para la realización, y por eso se esconde de ella, huye de ella o se incapacita a sí mismo ante ella. En todos los casos el grado de responsabilidad moral es mínimo o incluso nulo. El yo tiene escasamente fuerza para dejarse llevar por los impulsos del interés que espontánea y coyunturalmente llegan del intelecto agente y la voluntad primera, y de ese modo realizar esas acciones que habitualmente resultan impedidas. Se trata de acciones que interrumpen el impedimento que las somatizaciones han convertido en imposibilidades. Esas son las acciones que hacen al médico y a los demás sospechar simulación y engaño, y que a veces la hay, con frecuencia e intensidad variables.

El yo se pone en lugares diferentes que no puede articular armónicamente y por lo tanto queda impedido. Según cuántos y cuáles son esos lugares en que el yo se ha puesto y se encuentra a sí mismo como incapaz de constituirse, según el sistema de hábitos y circuitos neurofisiológicos consolidados, los métodos para desenredar el yo, para unificarlo consigo mismo, para llevarlo a una relación positiva con lo real y con los demás, que regenere en el eros su poder constitutivo y en el intelecto agente su poder iluminador, podrán ser más o menos adecuados. Las diferentes técnicas terapéuticas psicológicas y psiquiátricas serán más o menos eficaces.....

.....
"Cuando la histeria se identifica con somatización, la predisposición genética adquiere más consistencia (Gastó, 1986). La escuela de St. Louis ha incidido en este punto, sobre todo a través del

síndrome de Briquet. Concretamente, Cloninger, en 1975, hipotetizó sobre que la histeria y la sociopatía formaban parte del mismo trastorno de estirpe hereditaria poligénica, que se manifiesta según el sexo, de forma que la histeria (más frecuente en mujeres) constituye una manifestación más prevalente y menos grave que la sociopatía (Cloninger, 1978). El mismo autor (Cloninger y cols., 1984) ha identificado dos formas distintas de somatización con diferente carga genética y ambiental: el tipo I, formado por mujeres con muchas molestias psíquicas, abdominales y lumbares, y el tipo II, con somatizaciones diversificadas y aparición ocasional. Alcoholismo y criminalidad están presentes en los padres biológicos de las mujeres somatizadoras, aunque estos trastornos eran más frecuentes entre las del tipo I.”

Bibliografía

CLONINGER, C., “The Link between Hysteria and Sociopathy”, en AKISKAL, H., WEECK, W. (dirs.), *Psychiatric Diagnosis*, Nueva York: Spectrum, 1978

CLONINGER, C. (et al.), *The multifactorial model of disease transmission: III. Familial relationship between sociopathy and hysteria (Briquet's syndrome)*, Br. J. Psychiatry 127, 1975; 23-32.

CLONINGER, C. (et al.), *An adoption study of somatoform disorders*, Arch. Gen. Psychiatry 41, 1984; 863-871.

(Información aportada por Eduardo Riquelme)

La cuestión importante es cuándo y cómo lo más procedente es reforzar el papel de la conciencia, cuándo y cómo potenciar la valoración, cuándo y cómo incidir sobre la voluntad segunda, o sea, sobre la responsabilidad y la elección, cuándo y cómo incidir sobre la voluntad primera, cómo y cuándo potenciar la acción de la conciencia en las valoraciones de las dos voluntades, etc.

Se puede aceptar la tesis de que la valoración se lleva a cabo implicando siempre una instancia orgánica, es decir, haciendo entrar en juego unos circuitos del sistema nervioso, que pueden ser o no los mecanismos de la conciencia, y que la farmacología por tanto puede ser en la mayoría de los casos una ayuda importante. Y junto a eso, la clave es averiguar cómo

sería posible configurar como sistema el conjunto de lugares donde el yo se encuentra desperdigado e imposibilitado de reunirse consigo mismo.

13. EMOCIONES Y SOMATIZACIÓN DE LAS EMOCIONES EN HEGEL: LA FISIOLÓGÍA PSÍQUICA.

Juan J. Padiál, Facultad de Filosofía, Universidad de Málaga.

Sumario: 1. La deuda de la psicopatología contemporánea con Hegel. 2. La teoría hegeliana de la somatización emocional. 3. Formas patológicas y no patológicas de las somatizaciones.

1. La deuda de la psicopatología contemporánea con Hegel.

En un conocido fragmento de su *Psicopatología general*, Karl Jaspers hace recuento de las principales fuentes de las que ha bebido para elaborar su psicopatología comprensiva.¹ Cuenta que encontró un rico caudal de conocimientos en las tragedias griegas antiguas, en las obras de Shakespeare, Goethe, Dostoievski y Balzac. Entre los filósofos nombra como de pasada a Platón, Aristóteles, los estoicos, Montaigne, Labruyère, Laroche-foucauld, Vauvenargues y Chamfort. Pero hay algunos otros filósofos que le merecen una breve, aunque sagaz apostilla. Así observa que es Agustín de Hipona el primero en abrir a Occidente el completo mundo de la comprensión psíquica. Pascal le parece eminente y que destaca entre todos los demás autores franceses. Piensa que «Kierkegaard y Nietzsche son los más grandes de todos los psicólogos comprensivos». Y poco antes, al tratar de Hegel, alaba que su obra, la *Fenomenología del espíritu* es la única de valor sistemático.² Poco más adelante dirá que esta obra, es «inagotable».³

Sistemática y fecunda sin límite, así juzga el fundador de la psicopatología fenomenológica la obra de Hegel. Pero qué encontraba concretamente Jaspers en Hegel. Según Christoph Mundt, para Jaspers «Hegel era una gran ayuda a la hora de comprender actitudes opuestas y aparentemente irreconciliables que contrastaban en la vida psíquica».⁴ Y esto es especialmente importante a la hora de tratar con enfermedades en que lo

1 Jaspers, K., *Allgemeine Psychopathologie*, Springer, Berlín-Heidelberg-Nueva York, 1971 (9ª edición), p. 261 y ss.

2 Cfr.: *Ibid.*, p. 262.

3 *Ibid.*, p. 285.

4 Mundt, Chr., «The Philosophical Roots of Karl Jaspers' *General Psychopathology*, en Fulford, K.W.M., et alia, *The Oxford Handbook of Philosophy and Psychiatry*, Oxford University Press, Oxford, 2013, p. 77.

psíquico y lo somático se entrelazan. Es bien aguda la discrepancia que vive el paciente de fibromialgia para con los resultados negativos de las pruebas clínicas que se le efectúan y la intensidad y extensión del dolor que siente, la ansiedad que experimenta, y la preocupación que le generan. Hasta tal punto se refleja esta oposición en el psiquismo del paciente, que la Organización Mundial de la Salud comenta que:

«el enfermo suele resistirse a los intentos de someter a discusión la posibilidad de que las molestias tengan un origen psicológico, lo que puede incluso suceder aun estando presentes síntomas depresivos y ansiosos evidentes. El grado de comprensión sobre los síntomas, ya sean somáticos o psicológicos, es con frecuencia insuficiente y frustrante, tanto para el enfermo como para el médico».⁵

Quizá Hegel pueda ayudarnos, igual que a Jaspers, a comprender algo mejor los problemas de las somatizaciones, las psicopatizaciones y los trastornos somatomorfos. Y quizá esta comprensión de las mismas pueda rebajar el nivel de frustración que experimentan tanto los afectados como el personal sanitario. Estas páginas, y el libro en que se insertan, intentan contribuir algo a ello.

El aprovechamiento de Hegel por la psiquiatría se ha demostrado bien fecundo. Jaspers es uno de los grandes psiquiatras que han bebido de Hegel. También Griesinger o Lacan lo han hecho. Pero, en una obra como la *Fenomenología del espíritu* no hay consideraciones psicopatológicas ni psicoterapéuticas. Es verdad que sí las podemos encontrar antropológicas. Y que además, en la parte dedicada a la «antropología» de la *Enciclopedia de las ciencias filosóficas*, Hegel se preocupa por extenso de estas temáticas. Más aún, podría decirse que la casi totalidad de la antropología hegeliana es un acercamiento filosófico a la psiquiatría, al tiempo que una contribución a la clasificación de las enfermedades mentales realizada desde bases empíricas, y con un fuerte aparato teórico e histórico que dirige esas sistematizaciones.

5 CIE-10 *Clasificación estadística internacional de enfermedades y problemas relacionados con la salud*, Décima revisión, F45 Trastornos somatomorfos. Consultado en http://www.psicomed.net/cie_10/cie10_F45.html el 12 de junio de 2016.

Quizá escribir estas páginas fuese innecesario, o a lo sumo tendría valor histórico. Pues podría aducirse que analizar las teorías de Hegel sobre lo relacionado con la somatización, pudo ser elaborado por un gran psiquiatra. Wilhelm Griesinger, quien planificó la *Nueva Clínica para trastornos mentales* de Zúrich, el Burghölzli, donde trabajarían años más tarde, Ernst Jung, Ludwig Binswanger o Medard Boos. En efecto, la *Patología y terapéutica mentales* de Wilhelm Griesinger⁶ «descansa sobre una adaptación de la dialéctica hegeliana al contexto de una ciencia pragmática, en primer lugar adoptando el modelo hegeliano de mente, y en segundo lugar describiendo la etiología de la enfermedad mental y realizando una taxonomía de sus formas». ⁷ Pues bien, aunque la nosología de los trastornos mentales que realiza Griesinger es efectivamente hegeliana, me parece que se pueden añadir algunas consideraciones hegelianas a la etiología que indica Griesinger.

En general, y según Griesinger:

«en lo que concierne a la esfera mental hemos de comprender fidedigna e inteligentemente la relación entre las predisposiciones y el modo peculiar y congénito de disponer, el grado de educación y las inclinaciones que gobiernan al individuo, su modo de vida y su visión del mundo, su posición externa y la naturaleza de sus sentimientos, esforzándonos por lograr una visión completa de la historia del individuo». ⁸

Griesinger enfatiza la necesidad de conocer la historia del individuo en todas sus dimensiones: su historia clínica de enfermedades y predisposiciones físicas, sus experiencias biográficas, así como el troquelado cultural de su mente, valores y emociones, son los factores que construyen según Griesinger la vida psíquica del individuo. Griesinger habla mucho del sufrimiento físico y del dolor psíquico, y señala que «la patología mental

6 Griesinger, W., *Pathologie und Therapie der psychischen Krankheiten, für Ärzte und Studierende*, Krabbe, Stuttgart 1845. Hay versión digitalizada en http://www.deutschestextarchiv.de/book/show/griesinger_psychische_1845. Se puede consultar la traducción al inglés en <https://archive.org/stream/mentalpathology00ruthgoog#page/n6/mode/2up>.

7 Arens, K., «Wilhelm Griesinger: Psychiatry between Philosophy and Praxis» en *Philosophy, Psychiatry & Psychology* 3.3 (1996), p. 147.

8 Griesinger, W., *Mental Pathology and Therapeutics*, W. Woods & Co., 1882, p. 90.

puede ser causada por el alma individual (su término para la vida interior del individuo en tanto que construida por la cultura y la experiencia), que además afecta a las funciones mentales»,⁹ pero suele restringir la enfermedad mental a las «anomalías del entendimiento y la voluntad».¹⁰ El objeto de este texto será ofrecer la explicación hegeliana de la somatización y sus trastornos, de su lugar sistemático en la obra hegeliana, su lugar real en el psiquismo humano, y el papel que juegan los hábitos en las somatizaciones. Aspectos todos estos no tratados por Griesinger, el gran psiquiatra hegeliano.

2. La teoría hegeliana de la somatización emocional

Hegel reflexionó extensamente sobre las emociones. Aunque su sistema suele ser considerado como una de las cumbres del racionalismo, y aunque se enfrentó decididamente al emotivismo de Schleiermacher, lo hizo tras una valoración muy decidida y meditada del papel de las emociones y sentimientos en la vida humana. Es de sobra conocida su tesis de que la historia política humana es movida por las pasiones. También es muy conocido su enfrentamiento al ascetismo moral de Kant, según el cual ninguna acción puede ser buena moralmente si está contaminada de la mínima inclinación subjetiva. Pero quizá sea menos conocido que «Hegel tiene una teoría de las emociones y que su teoría es considerablemente innovadora hasta el punto de que anticipa muchas de las distinciones más pertinentes de las obras contemporáneas sobre la emoción».¹¹

En la «Filosofía del espíritu subjetivo» contenida en la *Enciclopedia de las ciencias filosóficas*, Hegel trata de las emociones en los párrafos 403 a 410 de la tercera edición, en los epígrafes dedicados al «alma que siente» –*fühlende Seele*–. El «alma que siente» es un estadio sistemático y real del psiquismo humano. Según Hegel, y es sumamente importante, el desarrollo psíquico del ser humano hunde sus raíces en la vida emotiva. De ella emerge. Y esto implica que los primeros años de la vida humana están marcados por la sensación y el sentimiento. En la nota al § 400 de la segunda edición de la *Enciclopedia*, Hegel señala que «todo lo que emerge

9 Arens, K., «Wilhelm Griesinger: Psychiatry between Philosophy and Praxis»... p., 153.

10 Griesinger, W., *Mental Pathology and Therapeutics...*, p. 15.

11 Howard, J.J., «Hegel on the Emotions. Coordinating Form and Content» en Stern, D.S., *Essays on Hegel's Philosophy of Subjective Spirit*, SUNY, Nueva York, 2013, p. 71.

en la conciencia espiritual y en la razón tiene su fuente (*Quelle*) y origen (*Ursprung*) en la sensación». Este estadio nunca es abandonado completamente, por lo que todo lo que el sujeto adulto y en plena posesión de sus facultades superiores piense, razone, decida o acometa habrá dejado previamente una impronta emotiva.

Pero que se trate de un estadio de desarrollo del psiquismo humano implica que, si bien no es abandonado jamás, es sin embargo seguido por otros momentos, en los que la emoción, estando presente, es integrada — *Aufhebung* — por el sujeto en la configuración de su personalidad madura.

Pues bien, este estadio o momento — el alma que siente —, no es separable del cuerpo. Se trata de un momento anterior al control consciente e intencional de la conducta, de las emociones o del cuerpo. El alma está sumida en la corporeidad, no es separable de ella, y no tiene aún sentido la conciencia de algo — el cuerpo — que uno pudiera mover, con lo que uno pudiera responder, bien a los estímulos del mundo bien a otras personas. Es decir, en este estadio no cabe control desde la conciencia sobre lo corpóreo o sobre las emociones.

Pero como no ha emergido el yo, ni hay ningún control, aunque fuera automatizado o mecánico, de los diferentes aspectos y dimensiones del sí mismo, entonces:

«el sentimiento es el ser para sí del alma individual, de modo que está, al mismo tiempo, disuelta en su universalidad».¹²

Esta disuelta, es decir, como fundida o no separada de sí. No hay distinción sujeto-objeto, y por lo tanto cabe decir que *se* siente, impersonalmente, que *hay* emociones, pero no que alguien posea y controle sus emociones o su cuerpo. Se trata del estadio más lejano al de la vigilia consciente, al de cualquier tipo de control, de habilidad aunque fuese inconsciente, de regulación de la conducta, de las propias emociones o del cuerpo, etcétera. En estos casos seríamos para nosotros y nos distinguiríamos de nuestro cuerpo o nuestros sentimientos. No estaríamos disueltos en el cuerpo que es inmediatamente vivenciado. Mejor aún, lo que el psiquismo vivencia en

¹² Hegel, G.W.F., *Vorlesungen über die Philosophie des Geistes*, Meiner, Hamburgo, 1994, p. 69.

su inmediatez es la unidad indeterminada para con el cuerpo, un cuerpo que aún no puede decir suyo, porque no se ha apropiado de él.

No cabe aún ningún tipo de control *top-down*, y por tanto tampoco tiene sentido la regulación consciente de las emociones ni del comportamiento. Se trata de un estadio puramente psíquico, afectivo diríamos, o con Hegel, sentimental. No es el *yo* el que siente, distinguiéndose de sus emociones o de su corporeidad. No. Precisamente porque aún no hay *yo*, Hegel piensa que la vida psíquica y sentimental en este momento está completamente vertida en el sentimiento y sumida en su corporeidad, sin aún poder emerger de ella.

«Aquí, la simplicidad del alma ha de ser determinada, primariamente, como el sentimiento en el que la corporeidad (*Leiblichkeit*) está contenida. Esta determinación ha de ser mantenida frente al punto de vista de que la corporeidad, para la conciencia y el intelecto, es una materia cuyas partes están unas fuera de otras y fuera del alma». Enc B, § 403N.

Efectivamente, en el ser humano el desarrollo de las potencialidades motoras y de la conciencia motora, el descubrimiento de las partes del cuerpo propio — las manos, el rostro, los esfínteres, los órganos de los sentidos, la capacidad de atención —, y sus potencialidades para actuar sobre el mundo, implican cierto sentimiento de propiedad del cuerpo. Pero para que un niño pueda descubrir que el cuerpo es suyo ha de tomar posesión de sí mismo, experimentar su control, saber y poder sobre su propio cuerpo. Y esto ha de emerger, ha de desarrollarse en la primera infancia.

Lo que hay en este momento son sensaciones. *Se* tienen sensaciones, uno está disuelto en ellas. Y además en estas sensaciones está contenida la corporeidad. En estos momentos no cabe hablar de sentimientos como el ridículo o la humillación, sino de sentimientos inmediatamente corpóreos como el sentimiento de estar vivo, el hambre, el miedo, el pánico, el deseo o el placer. Al estar disuelto en el sentimiento, el sí mismo se confunde inmediata y automáticamente con estas emociones. Se produce algo así como una identificación del sí mismo con los sentimientos que vive.

Resulta ilustrativo que Hegel no distinga entre sensaciones y sentimientos hasta la tercera edición de la *Enciclopedia*. Estas sensaciones son internas, lo que para él quiere decir que se originan en el alma, en el psiquismo.

Hay determinaciones naturales como la gravedad, la altitud o la latitud, las variaciones de luz a lo largo de las estaciones, la presión atmosférica, que inciden sobre el psiquismo. El psiquismo queda afectado y vive como en cierta sintonía y en una suerte de unidad indeterminada con todos estos fenómenos. Hegel se refiere al alma que siente como *fühlende*, es decir que experiencia pasivamente y se identifica con sus sentimientos y emociones, sin distinguirlos ni controlarlos:

«Lo que encuentra dentro de sí el alma que siente es, por una parte, lo inmediato natural, convertido en ella en algo ideal y propio. Por otra parte, y viceversa, lo que originariamente pertenece al mismísimo ser-para-sí, de modo que profundizando luego en sí mismo es el yo de la conciencia y el espíritu libre, es [ahora] sentido como determinado a la *corporeidad* natural. De acuerdo con esto se distingue una esfera del sentir que primeramente es determinación de la corporeidad (del ojo, etc., en general de cada parte corporal) y que [luego] deviene sensación porque, habiéndose hecho *interior* en el ser-para-sí del alma, se *recuerda*; y otra esfera de las determinaciones que habiendo brotado en el espíritu, pertenecen a éste y que, para ser encontradas, [o sea], para ser sentidas, son *corporificadas*».¹³

Hay pues una distancia entre el sentimiento vivido corporalmente, somatizado diríamos, y esa corporeidad apropiada porque el alma se la ha idealizado. Esa distancia es la que media entre una afección psíquica que altera la propia fisiología y ahí es sentida, y el cuerpo en tanto que es dominado y expresa a un sí mismo. En el primer caso podemos de alteraciones fisiológicas, somatizaciones, que se corresponden con determinados sentimientos. En el segundo podemos hablar de un sí mismo corporeizado. Hegel intentó alentar los estudios médicos sobre las somatizaciones inmediatas, espontáneas y necesarias del psiquismo. Y pensó que era necesario fundar una nueva ciencia biológica: la «fisiología psíquica», que estudiaría las interconexiones entre la fisiología y el psiquismo, el modo en que el psiquismo organiza la fisiología humana en configuraciones más o menos estables y necesarias.

13 *Enz C.*, § 401.

«Sentir es la unicidad más particularizada del sujeto... en tanto que mi determinación es un ser, esta determinación es sentimiento».

Sentir en este estadio es ser uno con el cuerpo. Es sentir pero de tal modo que lo que se siente *es*, es una realidad física y biológica, material y organizada. Y este ser en que el sentimiento se somatiza inmediata e inconscientemente es uno con el sí mismo. El sí mismo se vive difusamente y diluido en estas somatizaciones.

3. Formas patológicas y no patológicas de las somatizaciones.

Es preciso tener en cuenta que estas somatizaciones de los sentimientos que se engendran en el alma se realizan de forma espontánea, necesaria, e inconsciente. Esta es la primera esfera, un sentir determinado corporalmente. Las sensaciones de esos estados fisiológicos son interiorizadas, de modo que cabe que afloren, que emerjan o sean recordadas. Entonces lo que emerge es o bien la configuración fisiológica o el desorden anímico. Cabe que un desorden afectivo recuerde y haga presente una determinada somatización inconscientemente. Cabe también, a la inversa, que una determinada configuración fisiológica traiga al psiquismo un determinado estado afectivo.

En cualquier caso estas somatizaciones son inconscientes y necesarias. En ellas no se da sentimiento de propiedad del cuerpo. El cuerpo no es vivido ahí como cuerpo mío, sino como un sistema automático de procesos fisiológicos. Pues bien, respecto a este sistema fisiológico caben dos posibilidades, y solamente dos: una patológica y otra que no lo es. La que no es patológica consiste en lograr esquemas corporales, habilidades o hábitos en general. Un esquema corporal es un hábito que regula este sistema de procesos fisiológicos de forma constante e inconsciente, casi como un automatismo, y que libera del control consciente de dichos procesos. Se tienen esquemas corporales del cuerpo en equilibrio, de la postura que se está manteniendo, etcétera. Una habilidad como el control de los esfínteres es un control sobre los procesos fisiológicos y neurofisiológicos en los que se traducen inmediatamente unas determinadas sensaciones propioceptivas. Estas sensaciones y procesos neurológicos producen esta capacidad, que lo es estrictamente de control sobre los procesos fisiológicos. El control se lleva a cabo desde el sentimiento, desde el psiquismo. En este momento es cuando cabe un control consciente motor. Este es el momento en que

el sí mismo deja de estar meramente encarnado para poder realizar un control *top-down* del comportamiento, del cuerpo, de los movimientos y de las emociones. Entonces es cuando el cuerpo y las emociones se dicen apropiadas por el yo, porque quedan como habilidades rápidas, estereotipadas e inconscientes.

Pero cabe también un estado patológico respecto de este sistema automático, inconsciente y necesario de procesos fisiológicos. Cabe que sean reacciones corporales, incontroladas desde el psiquismo, que irrumpen desorganizando la conducta, sin estar sujetas a control *top-down*. El sí mismo está encarnado en ellas, más aún el sí mismo se identifica o está disuelto en tales procesos y sensaciones. Entonces volvemos a ser pasivos respecto de estados afectivos que inundan al sí mismo y tiran de él. Estados afectivos que se somatizan en determinados procesos fisiológicos ciegos, automatizados, e incontrolables. Entonces el sí mismo vuelve a disolverse en estos procesos, de modo que patología viene a ser como una regresión desde los esquemas, habilidades y hábitos conseguidos, al estado del alma que siente inmediatamente.

Pues bien, Hegel denomina a este estadio patológico, «alma que sueña» – *traumende Seele* –, porque supone una pérdida de control del mismo tipo que la que acaece al dormir. Es una vuelta al sí mismo encarnado, a la identificación de sí mismo con esos procesos, en los que el alma se disuelve. Esta pérdida de control es una pérdida de poder, de apropiación. El cuerpo ya no es vivido como propio, como mío, y las emociones irrumpen sin control. Es una vuelta a aquella noche, al «punto nocturno» – *nächtlichen Punkt* – de disolución del yo en la vida afectiva somatizada, que es la fuente y origen de la conciencia y la razón.

14. EN BUSCA DEL TRASTORNO DE SOMATIZACIÓN Y SU RELACIÓN CON LOS ENFERMOS DE FIBROMIALGIA.

Eduardo Riquelme, Facultad de Medicina, Universidad de Chile.

Sumario: 1. Introducción. 2. El origen de las enfermedades. 3. Antecedentes históricos. 4. Fibromialgia, enfermedad de somatización e histeria. 5. Psicopatología del trastorno de somatización. Fenomenología descriptiva. 6. Conclusión. 7. Bibliografía.

1. Introducción.

En el presente artículo transcribiré los contenidos presentados en una de las sesiones avanzadas del seminario multidisciplinar "Dolor, representación y medicina en los pacientes con fibromialgia". Después de escuchar y debatir una gran cantidad de conocimientos, pensamientos y creencias sobre el origen de esta enfermedad, sus características y sus posibilidades terapéuticas, me ha parecido relevante constatar que el abordaje de la fibromialgia como una enfermedad psiquiátrica es el menos evidente y menos discutido. Es posible que tanto los pacientes como los profesionales sanitarios, rehúyan de considerar la fibromialgia como un problema de salud mental.

Basta una lectura de la descripción de las enfermedades de somatización, para encontrar sus coincidencias con la descripción de los hechos clínicos presentados por los pacientes con fibromialgia. También, es posible que las descripciones psicopatológicas y psicoanalíticas de la histeria, puedan aproximarse al problema de estos pacientes.

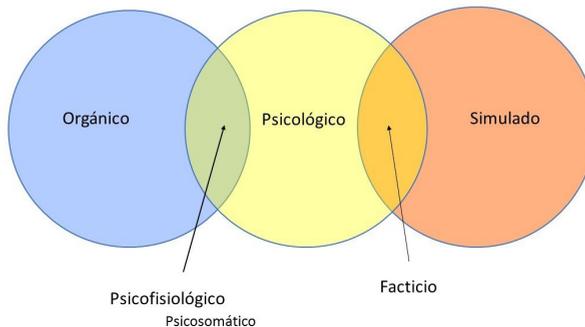
En este artículo iré en busca del trastorno de somatización como entidad nosológica. Realizaré primero una revisión de cómo surgen y se describen a través del tiempo aquellas enfermedades en que los pacientes sufren por síntomas físicos que son expresión de problemas emocionales. Estas son las que llamamos enfermedades de somatización y han sido estos pacientes los que con frecuencia han cuestionado el saber de la medicina. Veremos también, que estas enfermedades han sido el impulso para que la medicina busque el origen natural de las enfermedades mentales y para separar la psiquiatría de la medicina interna y la neurología. Luego,

describiré el concepto de histeria y discutiré si las enfermedades de somatización, con sus semejanzas y diferencias, pueden ser consideradas formas de histeria. Por último, entregaré los elementos clínicos y fenomenológicos que sirven para evaluar a un paciente y mostraré qué aspectos del vivenciar pueden estar alterados en la fibromialgia al ser tomada como una enfermedad de somatización.

2. El origen de las enfermedades.

En medicina se pueden dividir todas las enfermedades en cinco grupos, de acuerdo a su origen (Figura 1). Los primeros tres grupos corresponden a las enfermedades de origen orgánico, psicológico y simulado. El cuarto y el quinto grupo son respectivamente, las enfermedades en que se superponen el origen orgánico con el psicológico y aquellas en que superponen el origen psicológico con la simulación (1). El cuarto grupo suele llamarse de Enfermedades psicofisiológicas y a pesar de incluir los síntomas y enfermedades psicósomáticas, alude a un concepto más amplio, donde la alteración de la fisiología aparece, crece, disminuye o desaparece, dependiendo principalmente de las factores psicológicos. El quinto grupo corresponde a las Enfermedades facticias, que se caracterizan por tener síntomas y signos simulados y porque es la condición psicológica del paciente la que determina la falsedad del cuadro. Convencionalmente, se define al paciente con una Enfermedad simulada, como aquel que busca un beneficio puramente económico o de explotación material y no la ganancia afectiva de la enfermedad facticia (2).

Figura 1. Grupos de enfermedades según el origen. Garfinkel, 1990.



En un primer momento, resulta bastante fácil encasillar las enfermedades dentro de estos grupos. Con el tiempo y la experiencia, se descubren algunos hechos clínicos interesantes. Primero, es difícil encontrar enfermedades puramente orgánicas. Hasta una simple fractura accidental puede variar su curso dependiendo de la condición psicológica del paciente. Segundo, la mayoría de las veces resulta sencillo diferenciar entre un simulador y un simulador facticio. Tercero, no se puede tener mucha claridad sobre la conciencia que tiene el paciente facticio sobre su simulación y no se sabe bien, cómo puede disociar los problemas psicológicos y sociales que suele tener de sus dolencias físicas. Cuarto, los pacientes con cuadros de histeria pueden tener simultáneamente síntomas o enfermedades de cualquiera de los cinco grupos.

La clínica enseña también, que las enfermedades son vividas en la unidad del cuerpo y la psiquis, o mejor dicho, en la unidad del ser humano. Toda enfermedad tiene repercusiones orgánicas, determinantes psicológicos y ganancias primarias y secundarias. De una u otra forma, los enfermos suelen traspasar el límite entre la verdadera incapacidad y algún grado de simulación. Lo complicado es comprender aquellas enfermedades en que una condición psicológica produce síntomas orgánicos que no pueden ser evidenciados físicamente y que confunde a los profesionales, más aún, cuando parece ser que es el paciente quien se empeña en mantener separado el cuerpo y la psiquis. Estas enfermedades son llamadas tradicionalmente como formas de histeria, ya sea en su vertiente disociativa o conversiva. Disociativos serían aquellos cuadros en que los síntomas son psíquicos, como en la amnesia, la fuga, el estupor y la personalidad múltiple, y conversivos aquellos que tienen síntomas referidos al cuerpo, como en las lipotimias, la amaurosis, las parálisis y las convulsiones. Sin embargo, a finales del siglo XX un conjunto de nuevas categorías diagnósticas han ido desplazando a los cuadros de histeria y han hecho cuestionar la existencia de una psicopatología única. Hoy se describen los cuadros somatomorfos, que incluyen a las enfermedades de somatización (donde podría estar la fibromialgia), la hipocondría, las disfunciones neurovegetativas y el dolor somatomorfo, las enfermedades disociativas, que incluyen cuadros tanto psíquicos como físicos y la histeria, que ha quedado referida casi exclusivamente a los trastornos de personalidad (3).

Pese a que no es clara la razón del progreso de esta diversificación (4), me parece interesante el diferenciar las enfermedades de somatización de

los clásicos cuadros de histeria. Las enfermedades del tipo de la fibromialgia pueden coincidir bastante bien con la descripción de las enfermedades de somatización, que tienen su ancestro en el antiguo Síndrome de Briquet, pero cuesta describirlas como histerias, ya sea por la presentación de los síntomas, cómo por los dinamismos psicológicos y la configuración de la estructura de personalidad. Esto se puede entender mejor si primero hacemos un recorrido por la historia del concepto de la histeria y luego revisamos las descripciones de Pierre Briquet.

3. Antecedentes históricos.

Sabido es que la palabra histeria hace referencia al útero y al concepto desarrollado en la antigüedad clásica. Las enseñanzas de Hipócrates en la Grecia del siglo IV a. de C., muestran su lucha por circunscribir la salud y la enfermedad a las esferas del hombre y su naturaleza, en contraposición con las creencias mágicas o sobrenaturales de su época. Para él, las funciones intelectivas están en el cerebro y por medio de la observación y la razón se puede construir un sistema teórico capaz de sustentar a la medicina como una ciencia empírica. Hipócrates piensa y concluye, que en los síntomas histéricos existe una somatogenia y que las alteraciones mentales y físicas tienen un origen natural. La clásica descripción hipocrática de la histeria, como una enfermedad producida por un útero que tiene las características de un animal vivo, con un enorme deseo de procrear y que por permanecer mucho tiempo estéril se enoja y va errante por todo el cuerpo produciendo diversos síntomas, fue hecha antes por Platón y tiene un origen aún más antiguo en la medicina del Antiguo Egipto (5). Papiros que tienen entre 3.500 y 3.800 años de antigüedad, hablan del mismo afán de los primeros médicos egipcios por separar las enfermedades de las creencias religiosas o sobrenaturales. Estos documentos antiguos narran situaciones de pacientes que ante perturbaciones afectivas presentan síntomas y signos de tipo psicósomáticos. No parecen ser somatizaciones de una condición psíquica desconocida para los enfermos. Las manifestaciones psicósomáticas se caracterizan por presentar alteraciones físicas constatables, a diferencia de las somatizaciones que serían síntomas no evidenciables y que trasuntan una condición disociada o separada de la conciencia.

Al revisar algunos documentos antiguos sobre la histeria, he pensado que lo descrito a través de los siglos corresponde más bien a enfermedades

psicosomáticas o enfermedades de somatización. La histeria como se entiende en la actualidad, aparece en los relatos médicos más tardíamente. La histeria se caracteriza por un estado de estrechez del campo de la conciencia, que puede llevar a la alteración sensorial o motriz, al punto de invadir toda la patología médica. Los motivos de los síntomas disociativos o conversivos no son conscientes y tienen un valor simbólico. Los pacientes experimentan amnesia selectiva respecto a sus vivencias y suelen representar un rol de enfermo teatralizado, requiriendo mucha atención y gratificación. La Histeria puede ser transitoria, pero por lo general, se transforma en una manera de existir que se asocia a una estructura de personalidad histérica. Los médicos de los egipcios, griegos y romanos de la antigüedad, de la edad media y de la edad moderna, no describieron algo que podríamos reconocer como histeria. Sin embargo, la histeria está presente en la historia occidental relacionada con las posesiones y brujerías que fueron perseguidas durante cientos de años, fuera del ámbito médico. Solo al final del siglo XVIII y durante el siglo XIX, estas enfermedades mentales fueron rescatadas del oscurantismo. Médicos como Pinel, Esquirol y Carmona (6) (7), logran detener la persecución religiosa y moral de los enfermos mentales y dan pie para desarrollar una psicopatología basada en la observación y el estudio de los pacientes.

El médico Pierre Briquet publicó en 1859 un trabajo clínico que dio lugar al Síndrome de Briquet. Durante 10 años observó y registró la evolución de más de cuatrocientos pacientes hospitalizados en un Hospital de la Caridad en París, que tenían síntomas de somatización. Sus síntomas no eran demostrables por medio de la anatomía patológica y eran de muchos tipos: dolor en distintos sistemas y órganos, parálisis, sonambulismo, delirio, agitación, etc. Briquet no usó con determinación el término histeria y prefirió hablar de una neurosis del encéfalo. Sistematizó rigurosamente la presencia de factores predisponentes, como la edad madura, el sexo femenino, los antecedentes de conflictos familiares y las historias de maltrato infantil, y de factores precipitantes, como pérdidas afectivas, separaciones, accidentes, enfermedades incapacitantes, crisis económicas y el hecho de conocer a otras personas con la misma enfermedad. La causa de la enfermedad que describió la vinculó a los automatismos mentales, un concepto precursor del funcionamiento inconsciente. Describió casos de inicio brusco y paulatino, ligados a la infancia y a situaciones penosas, curas definitivas y formas de presentación prolongadas, asociadas

a perturbaciones de la personalidad. Los pacientes podían cambiar por imitación, imaginación o voluntad. El estudio concluye diciendo que este “estado de neurosis” imita casi todo, pero tiene características que hacen innecesario el diagnóstico por exclusión. Los síntomas se dan en personas impresionables, con rasgos infantiles y que se estrangulan fácilmente con las emociones. En estas descripciones está el primer relato médico de las enfermedades de somatización y no parecen referirse a pacientes que simulan para buscar atención o gratificación (8).

Un momento clave para estructurar la idea de la histeria ocurre alrededor del año 1880 en el Hospital de la Salpêtrière, en lo que se ha llamado la Clínica de Charcot (9). Jean-Martin Charcot era neurólogo y anatomopatólogo. Dedicó décadas a formar médicos y a acercar la medicina a las explicaciones naturalistas. Para él, los enfermos ingresados por cuadros histéricos si no tenían una alteración orgánica debían ser simuladores. Fue el trabajo de varios médicos que trabajaron en la Clínica de Charcot, lo que le permitió aceptar una tercera causa que llamó funcional. Se trataría de una falla del funcionamiento del sustrato físico. Por esta clínica pasaron Janet (10), Breuer y Freud (11) y el trabajo con los pacientes sirvió de punto de partida para los modelos psicodinámicos y para los tratamientos de sugestión y psicoterapia. Habría que reconocer que la Clínica de Charcot es uno de varios escenarios donde los médicos de occidente iniciaron la psiquiatría como especialidad médica, lo cual permitió rescatar las enfermedades mentales del maltrato y de los prejuicios sociales. Desgraciadamente, aquí desapareció por mucho tiempo el cuadro descrito por Briquet, sumergido bajo el manto de la histeria y la represión.

4. Fibromialgia, enfermedad de somatización e histeria.

Como he tratado de explicar, la fibromialgia es una enfermedad que se corresponde con la enfermedad de somatización. Son notables las similitudes entre las descripciones del Síndrome de Briquet y las enfermedades como la fibromialgia, la Fatiga crónica y el Dolor somatomorfo. Distinta es la relación de la fibromialgia con la histeria. Aunque se trata de una entidad que tiene una cierta cercanía, la experiencia clínica permite ver diferencias. Mientras en la histeria el hecho clínico central es ser el centro de atención, en la fibromialgia es el estar enfermo. Los pacientes con fibromialgia, que se asemejan a los enfermos de somatización, tienen personalidades menos desadaptativas, introvertidas, inmaduras y dependientes

del cuidado y de la estima de los demás. Estos pacientes suelen estar martirizados por sus dolencias, son altamente sugestionables y pueden movilizar su voluntad para mejorar. Muchas veces se sienten muy vulnerables e incapaces de enfrentar situaciones vitales difíciles o relaciones con personas amenazantes, como si hubiese quedado una debilidad después de una vida penosa y de sufrimiento. El deterioro social y laboral se produce especialmente por la incapacidad física y no por los conflictos interpersonales. Tanto los pacientes como sus familiares son sensibles y se movilizan por el cuidado físico, aunque estos últimos dudan y se terminan agotándose. La enfermedad física para los pacientes con fibromialgia se transforma en la mejor forma de comunicar la angustia y el sufrimiento, a la vez que la mejor manera de recibir compañía, cuidados y cariño. Estas características pueden representar diferencias importantes con la histeria (Cuadro1), lo que no libera a estos pacientes de la simbolización y del desplazamiento disociado. Me parece que las características más benignas de estos pacientes se relacionan con las mejores posibilidades terapéuticas.

Estas intuiciones clínicas merecerían ser confirmadas o desmentidas por medio de una investigación cualitativa. La extensa bibliografía sobre la fibromialgia dice muy poco sobre las características estructurales de la personalidad de los pacientes y menos aún sobre sus condiciones relacionales, familiares, sociales y laborales..

Cuadro 1. Comparación fenomenológica entre histeria y enfermedad de somatización. Riquelme, 2016.

	Histeria	Enfermedad de somatización (Briquet)
Síntoma central	Ser centro de atención	Estar enfermo
Síntomas físicos Personalidad	Desorganizados Desadaptativa Extrovertida. Teatralidad. Inestable Narcisista. Utilitaria. Sugestionable. Bella indiferencia.	Organizados, "síndrome" Desadaptativa Introvertida Inmaduro Dependiente. Victimizada. Sugestionable, voluntad. No
Experiencias traumáticas	Menos evidentes	Más evidentes
Historia de vida Familia Deterioro social Aprendizaje, imitación	Inestable, conflictos Tolerancia, condescendencia, rabia Relacional Menos evidente	Pena, sufrimiento, conflictos Tolerancia, agotamiento, rabia Por incapacidad Más evidente

5. Psicopatología del trastorno de somatización. Fenomenología descriptiva.

Finalmente, la psiquiatría ha podido desarrollarse y abordar los problemas mentales, concentrándose en la observación directa de los pacientes. El siglo XX dejó atrás los prejuicios sagrados y moralistas y abrió paso al estudio fenomenológico de los pacientes. Así, los hechos clínicos y los síntomas psíquicos se constituyen como el fenómeno a comprender. Lo psíquico sigue siendo lo subjetivo e imposible de comprender, pero a través de las vivencias relatadas por los pacientes, el médico puede explorar la conciencia y su carácter intencional, es decir, la forma como el yo se dirige a los objetos.

Lo que nos interesa a los psiquiatras es ayudar al enfermo. A través de la entrevista clínica se puede comprender en forma intuitiva algo de la vida mental de los pacientes, con empatía y neutralidad. La vivencia o experiencia enferma del paciente, escuchada con tiempo y espacio, habla por sí misma y es representada y actualizada. Armando Roa decía: "es la necesidad de ver los síntomas como formas vivas configuradoras de la existencia morbosa, lo que lleva a la investigación fenomenológica..." (12). A través de una conversación dirigida y cuidadosa y en el marco de una relación de confianza, el clínico obtiene información para describir, precisar, ordenar, diferenciar y delimitar los síntomas. Luego, para cumplir con el método de la medicina, agrupa los síntomas en síndromes, que forman parte de las categorías diagnósticas, sobre los cuales se prescriben los tratamientos y se da cuenta de los resultados.

En esto consiste el método de la fenomenología descriptiva categorial que se usa en psiquiatría. Mientras el paciente revela ese ritmo íntimo que tienen los síntomas, el médico mantiene entre paréntesis los juicios sobre el origen de sus dolencias, pero a su vez, sigue un orden que explora sistemáticamente los modos de vivenciar, los instrumentos del vivenciar y las cualidades del vivenciar del yo. (Cuadro 2)

Cuadro 2. Psicopatología de la vivencia. Capponi, 1995.

<p>Modos de vivenciar: Sensación Percepción Representación Pensamiento Afectividad Psicomotricidad</p>	<p>Cualidades del vivenciar del yo: 1. Dimensión realidad-irrealidad En relación al entorno En relación a sí mismo - Apreciación, pertenencia, integridad, salud - Sentido, proyección de lo apreciado</p>
<p>Instrumentos de vivenciar: Conciencia Inteligencia Atención Concentración Memoria Orientación</p>	<p>- Juicio, significación. 2. Dimensión actividad-pasividad 3. Dimensión adhesividad-evitación 4. Dimensión dependencia-independencia</p>

Los pacientes con enfermedades de somatización o fibromialgia describen fenómenos de hiperestesia y parestesia, que no se condicen con la estimulación externa que reciben. Es posible que en algún nivel de integración del sistema nervioso central se generen estos síntomas. En sesiones anteriores del Seminario de fibromialgia, hablamos del sistema nociceptivo y de su modulación en distintos niveles del cerebro. Es perfectamente posible que la sensación táctil, de presión o dolor se vivencie de una manera alterada. También, es posible que la percepción de los pacientes este cuantitativamente intensificada. La percepción del dolor se hace consciente o se conoce, con la participación de las creencias, pensamientos y afectos. El significado de las percepciones está sometido a la subjetividad del paciente y se pueden describir los síntomas de somatización como formas psicopatológicas de los modos de vivenciar.

Sin embargo, me parece más destacable que los síntomas revelados por los pacientes correspondan a fenómenos psicopatológicos de las cualidades del vivenciar del yo. Sabemos que el yo o el sí mismo, es una estructura y una organización dinámica, desde donde emergen y se constituyen las experiencias humanas. Al explorar en los pacientes la dimensión realidad-irrealidad, interesa cómo se aprecia y da sentido a esta dimensión, tanto en la relación con el entorno como consigo mismo. La apreciación se relaciona con la pertenencia, la unidad y los límites de la salud poseída y de la forma de existir. Cada uno aprecia su integridad, seguridad, estima y el logro de una identidad. El sentido se constituye cuando lo apreciado se proyecta y

es algo más allá de lo inmediato, como sentido de la existencia. Entonces, el yo desarrolla una dialéctica entre la realidad externa de las personas y los objetos, por difícil que parezca, con el mundo interno motivacional. En la irrealidad participa la imaginación, los deseos, fantasías y ensueños.

De los relatos de los pacientes con fibromialgia se puede describir una psicopatología de la cualidad de vivenciar del yo, de la dimensión realidad-irrealidad. En distintos grados, los pacientes muestran un fracaso en la dialéctica y la perturbación de la capacidad de tomar la realidad e influir sobre ella con tranquilidad y fortaleza. La realidad se vuelve amenazante y se distancia de la irrealidad interior, que no puede ser aceptada como es. Se trata de un trastorno de la conciencia corporal, en que se vive una hiperrealidad y en que el cuerpo es vivido como una fuente de dolencias físicas. Los pacientes aprecian su salud, seguridad e identidad como desgarrada y aunque desde el exterior los síntomas parecen inexistentes, ellos se transforman en la expresión de su angustia y debilidad. La apreciación perturbada intensamente y por largo tiempo llega a configurar una perturbación del sentido de la realidad. Los síntomas físicos dan sentido a la existencia y hacen al paciente proyectarlos en lo inmediato y en toda su existencia.

6. Conclusión.

Las enfermedades de somatización y la histeria pueden ser consideradas entidades cercanas pero distintas en su presentación clínica y en su psicopatología. De hecho, en los relatos históricos ambas entidades se describen separadamente a pesar de la tendencia a tomarlas como una unidad. Las mejores aportaciones para entender las enfermedades de somatización fueron hechas por Pierre Briquet. Es posible que la tendencia ha sido juntar todas las descripciones clásicas bajo el nombre de histeria, a pesar que las agrupaciones sintomáticas no coinciden sustancialmente.

La fibromialgia puede ser una enfermedad de somatización y tener elementos comunes con otras enfermedades somatomorfas como el dolor somatomorfo, la fatiga crónica, la dismorfofobia y algunas formas de hipocondría. Es posible describir la fibromialgia por medio de una fenomenología descriptiva categorial y hacerla comprensible psicopatológicamente. Esto permite su diagnóstico como enfermedad mental y el diseño de un tratamiento consistente. A la descripción fenomenológica categorial de los síntomas se le puede agregar una descripción fenomenológica di-

mensional, de manera que la comprensión psicodinámica enriquezca el diagnóstico y la ayuda al paciente.

7. Bibliografía.

GARFINKEL B., WELLER C., *Psychiatric Disorders in Children and Adolescents*, W. B. Saunders, Philadelphia, 1990.

ORDOÑEZ M PRADO, *Histeria, simulación o neurosis de renta*, Rev Clín Med Fam 2010; 3 (1): 39-45.

PÉREZ E., GONZÁLEZ A., MORENO A., PONTE N., DELGADO M., *Personalidad histérica o trastorno de personalidad histriónico: una revisión*, Rev Asoc Esp Neuropsiq 1997; 17 (62): 223-236.

ÁVILA L., TERRA J., *Hysteria and its metamorphoses*, Rev Latinoam Psicopat Fund, São Paulo 2012; 15 (1): 27-41.

VARGAS A., LÓPEZ, LILLO C., VARGAS C., *El papiro de Edwin Smith y su trascendencia médica y odontológica*, Rev Med Chile 2012; 140: 1357-1362.

ROA A., *Un caso de posesión demoniaca en el Chile del siglo XIX: su trascendencia para el desarrollo de la psiquiatría chilena*, Acta Psiquiatr Psicol Am Lat 1991; 37 (1): 78-9.

SANTANDER J., SANTANDER P., BERNER J., *José Juan Bruner (1825-1899): una estrella fugaz en la historia de la psiquiatría chilena*, Rev Med Chile 2012; 140: 1495-1500.

GARRABÉ J., *Briquet y su síndrome*, Cuadernos de psiquiatría comunitaria, 2006; 6 (2): 125-136.

PÉREZ-RINCÓN H., *El teatro de las histéricas y de cómo Charcot descubrió, entre otras cosas, que también había histéricas*, La ciencia para todos, Fondo de cultura económica, México, 1998.

ANGUERA B., *Pierre Janet, un contemporáneo de Sigmund Freud. La noción del inconsciente*, Anuario de Psicología, Universidad de Barcelona, 1991; 50: 99-108.

FIGUEROA G., *Freud, Breuer y Aristóteles: catarsis y el descubrimiento del Edipo*, Rev Chil Neuro-Psiquiat 2014; 52 (4): 264-273.

SOTO C., ROA A., *El dinamismo psíquico y la estructuración de los síndromes psiquiátricos*, Rev Chil Neuro-Psiquiat 2011; 49 (2): 113-146.

15. ESTIMA EN LAS PACIENTES CON FIBROMIALGIA.

Aymé Barreda Parra. Universidad San Agustín, Arequipa, Perú.

Sumario: 1. Antecedentes. 1.1. Estima. 1.2. Fibromialgia y estima. 2. Mejoramiento de la estima. 3. Referencias.

Este trabajo tiene un enfoque teórico y es presentado en tres partes: antecedentes relacionados con variables psicológicas, factores que influyen en la estima y propuestas de mejoramiento de la estima en la mujer.

1. Antecedentes.

La investigación psicológica es limitada respecto a la realizada por las diversas disciplinas biomédicas y sociales. Se ha enfocado la búsqueda por sexo y observamos que tanto en varones como en mujeres se reportan porcentajes de éxito después del tratamiento; no obstante, elegimos algunos trabajos en los cuales se hacen evidentes las dificultades en la recuperación, ya que pensamos tendrían relación con la baja estima.

Muestra de varones. Las terapias dirigidas a reducir la angustia emocional parecen disminuir la función atencional en los hombres a diferencia de las mujeres (Miró, Martínez, Sánchez, Prados, Lupiáñez, 2015); la fibromialgia presenta un desafío a la identidad masculina y los pacientes buscan el apoyo de otros hombres con fibromialgia (Ferguson, 2015) (13). Tienen peor percepción de su salud, mayor porcentaje de antecedentes psiquiátricos y patología mental actual y mayor impacto de la enfermedad (Ruiz, Ubago, Bermejo, Plazaola, Olry De Labry-Lima, & Hernández, 2007); retrasan el tiempo antes de asistir a la consulta por la sensación de miedo a ser considerado 'whiner' (llorón, gimoteador), estos pacientes experimentaron una larga espera antes del tratamiento en una clínica especializada (Paulson, Norberg & Danielson, 2002; presentan más discapacidad, severidad de la enfermedad, problemas psicológicos y mayor tiempo de enfermedad (León-Jiménez y Loza-Munarríz, 2015). En general, se observan diferencias en la cantidad de participantes, en el caso de los varones suele ser en menor número que las mujeres; en la muestra de varones la actividad laboral es un dato importante y en las mujeres es invisible, a pesar de que muchas mujeres trabajan.

Muestra de mujeres. Se relaciona la fibromialgia con ansiedad y depresión (Sarudiansky, 2016); el inicio de la búsqueda de asistencia médica, del mismo modo, con ansiedad, depresión y catastrofismo (Boyer, Pastor Mira, López-Roig, & Ferrandéz, 2011). Está asociada a problemas psiquiátricos, especialmente a la depresión (moderada 30.9% y severa 9%) (Moreno, Namuche, Noriega, Vidal, Rueda, Pizarro, Vidal, 2010) y con el incremento en la frecuencia del síndrome premenstrual y uretral (Terzi, Terzi & Kale, 2015). Otros estudios, más bien cualitativos, hallan que las mujeres con fibromialgia han sufrido abuso físico, sexual, emocional o social (Dailey, Bishop, Russell, et al. 1990; Imbierowicz & Egle, 2003; como se cita en Berrocal-Kasay, 2014); datos coincidentes con las atribuciones causales que hacen las mujeres de situaciones de violencia/abuso durante la infancia y problemas ginecológicos/obstétricos con creciente pérdida de control (Cedraschi, Girard, Luthy, Kossovsky, Desmeules, J. y Allaz, 2013). Las mujeres entrevistadas además expresaron disminución en la autoestima y sentimientos de culpa o desesperación. El sentimiento de culpa ha sido asociado a la fibromialgia por Craig (2007).

Aún cuando los varones presentan mayor discapacidad funcional, en este trabajo nos referiremos a la estima de la mujer porque en la casuística consultada hay antecedentes traumáticos.

1.1. Estima

En las siguientes líneas estableceremos una distinción entre autoestima y estima.

La autoestima es parte de la intimidad del paciente, es la capacidad del hombre de mirarse a sí mismo (Lersch, 1966), es una respuesta emocional que las personas experimentan cuando contemplan y evalúan diferentes cosas sobre sí mismas, es el self-feeling de James (Hearherton y Wyland, 2003).

En el caso de la estima, los juicios de valor respecto a su propia imagen los busca en los demás; no obstante, existen casos en los cuales la persona basa su autoestima en ambos:

- en el juicio que los demás tienen de ella, y
- en la interacción consigo misma.

Por añadidura, cuando se trata de su propio juicio la persona tiende a autodepreciarse y a sentirse inferior (Capponi, 1987).

Muchas mujeres se sienten inferiores o disminuidas cuando no satisfacen las expectativas que los demás tienen de ellas. La sociedad, de acuerdo a la época, ha tenido determinados estándares para las mujeres, quienes tradicionalmente han sentido la presión de estar a la altura de esas exigencias, de lo contrario, es probable que experimenten sentimientos de culpa, a finales del siglo XVIII Horney (1981) señalaba que la masturbación, los deseos incestuosos y la muerte hacían sentir culpables a las mujeres porque la sociedad de entonces los desaprobaba.

¿En un mundo globalizado como el de hoy, qué hechos afectan la salud física y psicológica de las mujeres? Es una pregunta retórica que no pretendemos responder. Es nuestro propósito dar algunas pinceladas de lo que pensamos influye en el juicio que los demás hacen de la mujer. Existe extensa literatura al respecto, hemos elegido algunos estudios referenciales.

- Sexualidad. No se trata del clásico rol de madre y esposa. Se ha añadido una nueva forma de vivir la sexualidad, es decir de experimentar nuevas sensaciones, Pasini (2005) lo denomina seducción y es una forma de nutrir la autoestima. Este autor no asocia necesariamente la historia de sus pacientes con trastornos psicósomáticos o dolores crónicos, sí con sentimientos de culpa.

- Imagen corporal. El atractivo físico es importante para configurar la estima, y es más importante para las mujeres que para los varones. Las mujeres suelen experimentar insatisfacción con su cuerpo y desear el cuerpo percibido a través de los medios de comunicación. En un estudio se halló que las mujeres que se acercan al modelo estético delgado se sienten más atractivas, físicamente mejor y con autoconcepto alto (Fernández-Bustos, González-Martí, Contreras & Cuevas, 2015). Al deseo de ser delgadas se añade el deseo de mantenerse joven y sin arrugas, tal como la publicidad y la moda lo determinan, hace más de una década desde el quehacer médico se alertaba sobre el culto al cuerpo (Arriagada y Ortiz, 2010) y llamaban la atención sobre el veloz avance de los gimnasios, dietas y centros de belleza a las liposucciones, inyecciones de toxina botulínica o el quirófano, el ob-

jetivo es tener un cuerpo perfecto. Son altamente rentables las clínicas de cirugía estética y los negocios dedicados a la cosmética.

- Maternidad. Aquí hay una paradoja, por un lado, las mujeres que retrasan la maternidad por razones de estudio y/o trabajo y congelan óvulos para cuando decidan tener hijos; y por otro lado, parejas infértiles que en el mundo van en aumento de 42 millones en 1990 a 48 millones en el 2010 (Mascarenhas, M.; Flaxman, S.; Vanderpoel, S. & Stevens, G., 2012). En este último caso, la mujer se somete a tratamientos que pueden durar varios años sin conseguir concebir lo que afecta física y emocionalmente tanto al hombre como a la mujer.

- Trabajo y dinero. Las mujeres que trabajan tienen mayor independencia en la toma de decisiones y adquisición de bienes, a mayor educación más oportunidades laborales y más autoridad. Las mujeres en el área laboral perciben menos remuneración que los varones, suelen ser autoexigentes, con menos autoestima sólida y en ocasiones percibidas como emocionalmente inestables. Kaufmann (2015) tiene una actitud crítica y exhorta a las mujeres a valorar su trabajo y no esperar que los demás las valoren, que consideren su trabajo como producto de su esfuerzo y no únicamente un medio para satisfacer sus necesidades básicas y que no confundan amor con dinero, esto último ocurre cuando las mujeres usan su capital de trabajo para rescatar hombres que no son capaces de gestionar sus ingresos y bienes materiales.

- Pareja. Es una de las relaciones más importantes para la mujer, porque con la pareja plasma el amor y la sexualidad, el matrimonio, la posesión y un futuro con los hijos, además de las relaciones familiares y sociales de la pareja. Cuando hay ruptura definitiva con la pareja, algunas mujeres sienten que encontrar otro hombre que las mire les hará sentir bien consigo mismas. Aparte de este hecho, hay mujeres que dedican su tiempo y esfuerzo para que la pareja que está a su lado consiga logros (Forsythe, 2015) dejando a un lado sus propias expectativas.

- Profesionales de la salud. Se ha incluido la relación con los médicos, porque las mujeres suelen acudir a la consulta médica con más frecuencia que los varones y los sistemas de salud cada vez tienen menos tiempo para la atención de pacientes. Algunos datos son los siguientes: los médicos de familia suelen ocupar el 40% del tiempo de consulta en mirar soportes electrónicos (Pérez, Gómez, Álvarez, Cabello, Mombiola, 2015), existe un bajo porcentaje (23%) de pacientes que perciben una buena relación mé-

dico paciente, acontece cuando eligen a su médico, el paciente es joven y es atendido por una médico mujer (Mendoza, Ramos-Rodríguez, Gutierrez, 2016), 64% de la muestra fueron mujeres. Un estudio previo demostró que las internas de medicina tenían un mayor nivel de empatía que sus pares varones. Se asume que los pacientes perciben que las mujeres tienen una mayor sensibilidad y empatía.

1.2. Fibromialgia y estima.

Se hace un breve descripción de la enfermedad con el fin de hacer notar que el diagnóstico de la fibromialgia tiene como síntoma principal el dolor crónico o dolor generalizado, que no es causado por un golpe u otra circunstancia conocida, más bien es una “afección crónica de etiología desconocida...” (Ministerio de Sanidad, Política Social e Igualdad, 2011, p. 29).

En la escucha del dolor, la psicología tiene un rol trascendental. Se trata de escuchar el contenido y empatizar con la emoción de la persona. Es la persona quien habla, independientemente de si el dolor tiene origen físico, orgánico o simulado, la psicología está allí para ser parte de la vivencia del paciente, de sus experiencias de vida, de su pasado, presente y futuro.

No se tienen datos precisos respecto a si la mujer con fibromialgia tenía baja autoestima antes del diagnóstico. Creemos que las mujeres que han sufrido abuso físico, sexual y emocional tienen baja autoestima; en estos casos la biografía de la paciente ayuda a identificar las relaciones con sus seres más queridos, padres, pareja, amigos.

2. Mejoramiento de la estima

La estima es un elemento esencial en la atención de la mujer con fibromialgia. Es parte de su personalidad que una vez fortalecida le brinda nuevas oportunidades de acción. El tratamiento depende de la situación en que se encuentra la mujer, de la influencia que tienen los estereotipos atribuidos a su género y hasta del lugar geográfico donde vive, algunas propuestas son las siguientes:

- Ayudar en la adquisición de competencias para enfrentar situaciones familiares, laborales y sociales.

- Asumir actitud reflexiva y crítica respecto a los modelos de “cuerpo perfecto” difundidos por los medios de comunicación.
- Dialogar sobre cuál es el sentido de vida, cuál su identidad.
- Tomar decisiones, es decir asumir una actitud más activa y menos pasiva.

En resumen, la presión social exige a la mujer ser buena mujer, madre y esposa, físicamente joven y atractiva, trabajadora y responsable del hogar. Quienes no alcanzan satisfacer estos roles sienten malestar físico y psicológico que puede derivar en la aparición de fibromialgia. Se sugiere que los estudios contemplen la situación de pareja, familiar y laboral de la mujer, además de la influencia que ejercen los factores psicosociales mencionados en este trabajo.

3. Referencias

ARRIAGADA J., ORTÍZ A., *Algunas reflexiones éticas sobre la cirugía plástica*, Revista Médica Clínica Las Condes, 2010, 21(1), 135-138. (Doi: 10.1016/S0716-8640(10))

BERROCAL-KASAY A., *Fibromialgia: Un diagnóstico que debe ser oportuno*, Rev Med Hered, 2014, 25(2), pp. 93-97. (<http://www.scielo.org.pe/pdf/rmh/v25n2/v25n2r1.pdf>)

BOYER A. L., PASTOR MIRA M. Á., LÓPEZ-ROIG S., FERRÁNDEZ M. N., *Factores psicosociales y utilización de servicios sanitarios en la fibromialgia: Una revisión*, International Journal Of Psychological Research, 2011, 4(2), 79-90. (<http://bvcyt.concytec.gob.pe/index.php/acceso-ebSCO>)

CAPPONI R., *Psicopatología y semiología psiquiátrica*, Editorial universitaria el mundo de las ciencias, Universidad de Chile, 1987. (<http://medico-moderno.blogspot.com>)

CRAIG K., “Emociones psicobiología” en WALL, MELZACK (eds.), *Tratado del dolor*, 2007, pp. 233-241. (Doi:10.1016/B978-84-8174-949-6.50014-9)

CEDRASCHI C., GIRARD E., LUTHY C., KOSOVSKY M., DESMEULES J., ALLAZ A., *Primary attributions in women suffering fibromyalgia emphasize the perception of a disruptive onset for a long-lasting pain problem*, Journal Of Psychosomatic Research, 2013, 74(3), 265-269. (Doi:10.1016/j.jpsychores.2012.12.014)

FERGUSON M. W., *The workplace lives of men with fibromyalgia: A qualitative study*, Dissertation Abstracts International, 76, 2015. (<http://0-eds.a.ebscohost.com.fama.us.es/>)

- FERNÁNDEZ-BUSTOS J., GONZÁLEZ-MARTÍ I., CONTRERAS O., CUEVAS R., *Relación entre imagen corporal y autoconcepto físico en mujeres adolescentes*, Revista Latinoamericana de Psicología, 2015, 47(1), 25-33. (Doi:10.1016/S0120-0534(15)30003-0)
- FORSYTHE E., *Una mujer de recursos*, Libros del Asteroide, Barcelona, 2015.
- HEARHERTON, T., WYLAND C., "Assessing self-esteem" en LÓPEZ, SNYDER, (eds), *Positive psychological assessment: A handbook of models and measures*, 2003, pp. 219-233. (<http://dx.doi.org/10.1037/10612-014>)
- HORNEY K., *La personalidad neurótica de nuestro tiempo*, Ediciones Paidós Ibérica, Barcelona, 1981.
- KAUFMANN A., *Mujer, poder y dinero*, Loquenoexiste, Madrid, 2015.
- LEÓN-JIMÉNEZ F.E. LOZA-MUNARRÍZ C., *Prevalencia de fibromialgia en el distrito de Chiclayo*, Rev Med Hered., 2015, 26, (3), pp. 147-159. (<http://www.scielo.org.pe/pdf/rmh/v26n3/a03v26n3.pdf>)
- LERSCH P., *La estructura de la personalidad*, Scientia, Barcelona, 1966.
- MASCARENHAS M., FLAXMAN S., VANDERPOEL S., STEVENS G., *National, regional, and global trends in infertility prevalence since 1990: a systematic analysis of 277 health survey*, Plos Medicine, 2012. (<http://journals.plos.org/plosmedicine/article?id=10.1371%2Fjournal.pmed.1001356>)
- MENDOZA C., RAMOS-RODRÍGUEZ C. GUTIÉRREZ, E., *Relación médico-paciente percibida por usuarios de consultorios externos de un hospital de Lima, Perú*, Horizonte Médico, 2016, 16(1), pp.14-19. (http://www.scielo.org.pe/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1727-558X2016000100003&lng=en&tlng=en)
- Fibromialgia, Ministerio de Sanidad, Política Social e Igualdad, Madrid, 2011. (<http://www.msssi.gob.es/profesionales/prestacionesSanitarias/publicaciones/docs/fibromialgia.pdf>)
- MIRÓ E., MARTÍNEZ M. P., SÁNCHEZ A. I., PRADOS G., LUPÍÁÑEZ J., *Men and women with fibromyalgia: Relation between attentional function and clinical symptoms*, British Journal Of Health Psychology, 2015, 20(3), 632-647. (<http://0-eds.a.ebscohost.com.fama.us.es/>)
- MORENO M. C., FERNÁNDEZ A. M., MUÑOZ M. R., PARDO J. O., GARCÍA M. D., PAREJA M. V., *Tratamiento cognitivo-conductual, protocolizado y en grupo, de la fibromialgia*, Clínica Y Salud, 2010, 21(2), 107-121. (Doi: 10.5093/cl2010v21n2a1)

PASINI W., *Los nuevos comportamientos amorosos. La pareja y las transgresiones sexuales*, Crítica, Barcelona, 2005.

PÉREZ-SANTONJA T., GÓMEZ-PAREDES L., ÁLVAREZ-MONTERO S., CABELLO-BALLESTEROS L., MOMBIELA-MURUZABAL M. T., *Historia clínica electrónica: Evolución de la relación médico-paciente en la consulta de Atención Primaria*, In SEMERGEN Medicina de Familia, 2015. (Doi: 10.1016/j.semerg.2016.03.022)

PAULSON M., NORBERG A., DANIELSON E., *Men living with fibromyalgia-type pain: experiences as patients in the Swedish health care system*, Journal of Advanced Nursing, 2002, 40(1), 87-95. (<http://0-eds.a.ebscohost.com.fama.us.es/>)

RUIZ PÉREZ I., UBAGO LINARES M., BERMEJO PÉREZ M., PLAZAOLA CASTAÑO J., OLRÍ DE LABRY-LIMA, A., HERNÁNDEZ TORRES, E., *Originales: Diferencias en características sociodemográficas, clínicas y psicológicas entre hombres y mujeres diagnosticados de fibromialgia*, Revista Clínica Española, 2007, 207433-439. (Doi: 10.1157/13109832)

SARUDIANSKY, M., *Análisis temático sobre la fibromialgia en la prensa escrita Argentina: descripciones generales y el rol de la psicología*, Interface (Botucatu), 2016, 20(56), 25-36. (Doi: 10.1590/1807-57622015.0008)

TERZI R., TERZI H., KALE A., *Evaluating the relation of premenstrual syndrome and primary dysmenorrhea in women diagnosed with fibromyalgia*, Revista Brasileira de Reumatologia, 20015, Volume 55(4), 334-339. (Doi: 10.1016/j.rbre.2014.12.010)

16. «NOSTALGIA DE LA VIDA BUENA» (ALGUNOS POEMAS SOBRE EL DOLOR). ANTOLOGÍA.

Abel Feu, poeta, editor. Sevilla.

LII

Olas gigantes que os rompéis bramando
en las playas desiertas y remotas,
envuelto entre la sábana de espumas,
¡llevadme con vosotras!

Ráfagas de huracán que arrebatáis
del alto bosque las marchitas hojas,
arrastrado en el ciego torbellino,
¡llevadme con vosotras!

Nube de tempestad que rompe el rayo
y en fuego ornáis las sangrientas orlas,
arrebatado entre la niebla oscura,
¡llevadme con vosotras!

Llevadme, por piedad, a donde el vértigo
con la razón me arranque la memoria.
¡Por piedad! ¡Tengo miedo de quedarme
con mi dolor a solas!

G. A. Bécquer (1836-1870)
(*Rimas*)

YO, A MI CUERPO

¿Por qué no te he de amar, cuerpo en que vivo?
¿Por qué con humildad no he de quererte,
si en ti fue niño y joven, y en ti arriba,
viejo, a las tristes playas de la muerte?

Tu pecho ha sollozado compasivo
por mí, en los rudos golpes de mi suerte;
ha jadeado con mi sed, y altivo
con mi ambición latió cuando era fuerte.

Y hoy te rindes al fin, pobre materia,
extenuada de angustia y de miseria.
¿Por qué no te he de amar? ¿Qué seré el día

que tú dejes de ser? ¡Profundo arcano!
Sólo sé que en tus hombros hice mía
mi cruz, mi parte en el dolor humano.

Domingo Rivero (1851-1929)

DOLOR COMÚN

Cállate, corazón, son tus pesares
de los que no deben decirse, deja
se pudran en tu seno; si te aqueja
un dolor de ti solo no acíbares

a los demás la paz de sus hogares
con importuno grito. Esa tu queja,
siendo egoísta como es, refleja
tu vanidad no más. Nunca separes

tu dolor del común dolor humano,
busca el íntimo aquel en que radica
la hermandad que te liga con tu hermano,

el que agranda la mente y no la achica;
solitario y carnal es siempre vano;
sólo el dolor común nos santifica.

Miguel de Unamuno (1864-1936)

(Rosario de sonetos líricos)

HIMNO AL DOLOR FÍSICO

Temible Madre del olvido
que, en cuanto empieza tu reinado,
toda inquietud borras del alma
y el recuerdo de sus pecados:

El fiel gusano que no muere
y las llamas eternas quedan,
por mediación tuya, olvidados
en una aflicción más intensa.

Tuyos los ojos con que atisba
la negra noche nuestro llanto,
en ciertas horas que parecen
prolongarse más de mil años.

Tuya la oscuridad cerrada
que sobre nuestro dolor pesa,
y el alba que vuelve a mostrarnos
la mueca cruel de la existencia.

Rudyard Kipling (1865-1936)

LA GRAN COSMÓPOLIS (MEDITACIONES DE LA MADRUGADA)

Casas de cincuenta pisos,
servidumbre de color,
millones de circuncisos,
máquinas, diarios, avisos
y ¡dolor, dolor, dolor!

Estos son los hombre fuertes
que vierten áureas corrientes
y multiplican simientes

por su ciclópeo fragor,
y tras la Quinta Avenida
a la Miseria está vestida
con ¡dolor, dolor, dolor...!

¡Sé que hay placer y que hay gloria
allí, en el Waldorff Astoria,
en donde dan su victoria
la riqueza y el amor;
pero en la orilla del río,
sé quiénes mueren de frío
y lo que es triste, Dios mío,
de dolor, dolor, dolor...!

Pues aunque dan millonarios
sus talentos y denarios,
son muchos más los calvarios
donde hay que llevar la flor
de la Caridad divina
que hacia el pobre a Dios inclina
y da amor, amor y amor.

Irá la suprema villa
como ingente maravilla
donde todo suena y brilla
en un ambiente opresor,
con sus conquistas de acero,
con sus luchas de dinero,
sin saber que allí está entero
todo el germen del dolor.
(...)

LO FATAL

Dichoso el árbol que es apenas sensitivo,
y más la piedra dura, porque ésa ya no siente,

pues no hay dolor más grande que el dolor de ser vivo,
ni mayor pesadumbre que la vida consciente.

Ser, y no saber nada, y ser sin rumbo cierto,
y el temor de haber sido y un futuro terror...
Y el espanto seguro de estar mañana muerto,
y sufrir por la vida y por la sombra y por

lo que no conocemos y apenas sospechamos,
y la carne que tienta con sus frescos racimos,
y la tumba que aguarda con sus fúnebres ramos,
y no saber adónde vamos,
¡ni de dónde venimos!...

Rubén Darío (1867-1916)

¿No es el dolor, tan pronto como alcanza
el arado un fondo nuevo –el más hondo–,
no es el dolor, acaso, bueno? ¿Cuál es el último,
el que acaba en nosotros todos los sufrimientos?

Cuánto hay que sufrir. ¿Y cuándo fue aquel tiempo
de ese otro dolor, que fue ligero?
Sin embargo, conozco, mucho mejor que muchos
que han resucitado, la bienaventuranza.

Rainer M. Rilke (1875-1926)

LXIX

Hoy buscarás en vano
a tu dolor consuelo.
Lleváronse tus hadas
el lino de tus sueños.

Está la fuente muda,
y está marchito el huerto.
Hoy sólo quedan lágrimas
para llorar. No hay que llorar, ¡silencio!

LXXVII

I
Es una tarde cenicienta y mustia,
destartalada, como el alma mía;
y es esta vieja angustia
que habita mi usual hipocondría.
La causa de esta angustia no consigo
ni vagamente comprender siquiera;
pero recuerdo y, recordando, digo:
—Sí, yo era niño, y tú, mi compañera.

II
Y no es verdad, dolor, yo te conozco,
tú eres nostalgia de la vida buena
y soledad de corazón sombrío,
de barco sin naufragio y sin estrella.

Como perro olvidado que no tiene
huella ni olfato y yerra
por los caminos, sin camino, como
el niño que en la noche de una fiesta

se pierde entre el gentío
y el aire polvoriento y las candelas
chispeantes, atónito, y asombra
su corazón de música y de pena,

así voy yo, borracho melancólico,
guitarrista lunático, poeta,
y pobre hombre en sueños,
siempre buscando a Dios entre la niebla.

LXXXVI

Eran ayer mis dolores
como gusanos de seda
que iban labrando capullos;
hoy son mariposas negras.

¡De cuántas flores amargas
he sacado blanca cera!
¡Oh, tiempo en que mis pesares
trabajaban como abejas!

Hoy son como avenas locas,
o cizaña en sementera,
como tizón en espiga,
como carcoma en madera.

¡Oh, tiempo en que mis dolores
tenían lágrimas buenas,
y eran como agua de noria
que va regando una huerta!

Hoy son agua de torrente
que arranca el limo a la tierra.
Dolores que ayer hicieron
de mi corazón colmena,

hoy tratan mi corazón
como a una muralla vieja:
quieren derribarlo, y pronto,
al golpe de la piqueta.
Antonio Machado (1975-1939)
(*Soledades*, 1903)

He jugado contigo, dolor, y bien merezco
que un corazón vestido de verde me maltrate...
Me adornabas con rosas tristes, y hoy me parezco
a ti, en lo desdeñado, en lo gris y en lo mate.

Dolor, estás en mí y estoy en ti, como algo
frío y mustio, como un jardín negro de invierno...
ni sé ya lo que vales, ni ya sé lo que valgo,
pero sé que serás tenebroso y eterno!

JRJ (1881-1958)

(*Elegías*, 1908)

No quiero que te vayas
dolor, última forma
de amar. Me estoy sintiendo
vivir cuando me dueles
no en ti, ni aquí, más lejos:
en la tierra, en el año
de donde vienes tú,
en el amor con ella
y todo lo que fue.
En esa realidad
hundida que se niega
a sí misma y se empeña
en que nunca ha existido,
que sólo fue un pretexto
mío para vivir.
Si tú no me quedaras,
dolor, irrefutable,
yo me lo creería;
pero me quedas tú.
Tu verdad me asegura
que nada fue mentira.
Y mientras yo te sienta,
tú me serás, dolor,

la prueba de otra vida
en que no me dolías...
Pedro Salinas (1891-1951)

LOS HERALDOS NEGROS

Hay golpes en la vida, tan fuertes... ¡Yo no sé!
Golpes como del odio de Dios; como si ante ellos,
la resaca de todo lo sufrido
se empozara en el alma. ¡Yo no sé!

Son pocos; pero son. Abren zanjas oscuras
en el rostro más fiero y en el lomo más fuerte.
Serán tal vez los potros de bárbaros atilas;
o los heraldos negros que nos manda la Muerte.

Son las caídas hondas de los Cristos del alma,
de alguna fe adorable que el Destino blasfema.
Estos golpes sangrientos son las crepitaciones
de algún pan que en la puerta del horno se nos quema.

Y el hombre. Pobre. ¡Pobre! Vuelve los ojos, como
cuando por sobre el hombro nos llama una palmada;
vuelve los ojos locos, y todo lo vivido
se empoza, como charco de culpa, en la mirada.
Hay golpes en la vida, tan fuertes. ¡Yo no sé!

LOS NUEVE MONSTRUOS

Y, desgraciadamente,
el dolor crece en el mundo a cada rato,
crece a treinta minutos por segundo, paso a paso,
y la naturaleza del dolor, es el dolor dos veces
y la condición del martirio, carnívora voraz,
es el dolor dos veces

y la función de la yerba purísima, el dolor
dos veces
y el bien de sér, dolernos doblemente.

Jamás, hombres humanos,
hubo tánto dolor en el pecho, en la solapa, en la cartera,
en el vaso, en la carnicería, en la arimética!
Jamás tanto cariño doloroso,
jamás tan cerca arremetió lo lejos,
jamás el fuego nunca
jugó mejor su rol de frío muerto!
Jamás, señor ministro de salud, fue la salud
más mortal
y la migraña extrajo tanta frente de la frente!
Y el mueble tuvo en su cajón, dolor,
el corazón, en su cajón, dolor,
la lagartija, en su cajón, dolor.

Crece la desdicha, hermanos hombres,
más pronto que la máquina, a diez máquinas, y crece
con la res de Rousseau, con nuestras barbas;
crece el mal por razones que ignoramos
y es una inundación con propios líquidos,
con propio barro y propia nube sólida!
Invierte el sufrimiento posiciones, da función
en que el humor acuoso es vertical
al pavimento,
el ojo es visto y esta oreja oída,
y esta oreja da nueve campanadas a la hora
del rayo, y nueve carcajadas
a la hora del trigo, y nueve sonos hembras
a la hora del llanto, y nueve cánticos
a la hora del hambre y nueve truenos
y nueve látigos, menos un grito.

El dolor nos agarra, hermanos hombres,
por detrás de perfil,

y nos aloca en los cinemas,
nos clava en los gramófonos,
nos desclava en los lechos, cae perpendicularmente
a nuestros boletos, a nuestras cartas;
y es muy grave sufrir, puede uno orar...
Pues de resultas
del dolor, hay algunos
que nacen, otros crecen, otros mueren,
y otros que nacen y no mueren, otros
que sin haber nacido, mueren, y otros
que no nacen ni mueren (son los más)
Y también de resultas
del sufrimiento, estoy triste
hasta la cabeza, y más triste hasta el tobillo,
de ver al pan, crucificado, al nabo,
ensangrentado,
llorando, a la cebolla,
al cereal, en general, harina,
a la sal, hecha polvo, al agua, huyendo,
al vino, un ecce-homo,
tan pálida a la nieve, al sol tan ardido!
¡Cómo, hermanos humanos,
no deciros que ya no puedo y
ya no puedo con tanto cajón,
tanto minuto, tanta
lagartija y tanta
inversión, tanto lejos y tanta sed de sed!
Señor Ministro de Salud; ¿qué hacer?
¡Ah! desgraciadamente, hombres humanos,
hay, hermanos, muchísimo que hacer.

LAS VENTANAS SE HAN ESTREMECIDO (frag.)

La familia rodea al enfermo agrupándose ante sus sienas regresivas,
indefensas, sudorosas. Ya no existe hogar sino en torno al
velador del pariente enfermo, donde montan guardia impaciente,
sus zapatos vacantes, sus cruces de repuesto, sus píldoras de opio.

La familia rodea la mesita por espacio de un alto diviendo. Una mujer acomoda en el borde de la mesa, la taza, que casi se ha caído (...). Ignoro lo que será del enfermo esta mujer, que le besa y no puede sanarle con el beso, le mira y no puede sanarle con los ojos, le habla y no puede sanarle con el verbo. ¿Es su madre? ¿Y cómo, pues, no puede sanarle? ¿Es su amada? ¿Y cómo, pues, no puede sanarle? ¿Es su hermana? Y ¿cómo, pues, no puede sanarle? ¿Es, simplemente, una mujer? ¿Y cómo pues, no puede sanarle? Porque esta mujer le ha besado, le ha mirado, le ha hablado y hasta le ha cubierto mejor el cuello al enfermo y ¡cosa verdaderamente asombrosa! no le ha sanado.

César Vallejo (1892-1938)

Era mi dolor tan alto
que la puerta de la casa
de donde salí llorando
me llegaba a la cintura.
¡Qué pequeños resultaban
los hombres que iban conmigo!
Crecí como una alta llama
de tela blanca y cabellos.
Si derribaran mi frente
los toros bravos saldrían,
luto en desorden, dementes,
contra los cuerpos humanos.
Era mi dolor tan alto
que miraba al otro mundo
por encima del ocaso.

Manuel Altolaguirre (1905-1959)

AYER VENDRÁ

La tarde va a morir; en los caminos
se ciega triste o se detiene un aire
bajo y sin luz; entre las ramas altas,

mortal, casi vibrante,
queda el último sol; la tierra huele,
empieza a oler; las aves
van rompiendo un espejo con su vuelo;
la sombra es el silencio de la tarde.
Te he sentido llorar: no sé a quién lloras.
Hay un humo distante,
un tren, que acaso vuelve, mientras dices:
Soy tu propio dolor, déjame amarte.

Luis Rosales (1910-1992)
(*Rimas*)

EL DOLOR ENVEJECE MÁS QUE EL TIEMPO

El dolor envejece más que el tiempo,
este dolor dolor que no se acaba,
y que te duele todo todo todo
sin dolerte en el cuerpo nada nada.
A tantos días de dolor se muere uno,
ni la vida se va,
ni el corazón se para,
es el dolor acumulado el que,
cuando no lo soportas,
él te aplasta.
Mi accidente será un buen epitafio:
cuando una calle bajo el sol cruzaba,
de dolor -o de amor- es lo mismo,
murió desbaratada.

AL DOLOR NO LE HUYAS

No le huyas,
se pone más furioso.

Entrégate al dolor hasta que se harte.
Concéntrate en él
y en el que todo nada dura;
y no hagas aspavientos.
Así el dolor se enfriará asqueado
ante tu indiferente misticismo.
Gloria Fuertes (1917-1998)

PLAÇA DE SANTA MADRONA 2

Aunque duela no voy a hacerle caso.
Yo me fastidiaré, mas por su lado
tendrá preocupación por mi despego.
Que busque soluciones sin mi ayuda.
Debe colaborar también un poco.

Que arregle esas cuestiones sin aviso
-dolor- para informarme que en tal punto
las cosas no van bien; que hay que hacer algo.
E insiste rudamente. Inoportuno.

Lo que quiere es pasarme a mí el problema,
que es insignificante muchas veces.
Cual si yo no tuviera más trabajo
que estar pendiente de él a todas horas.

No voy a hacerle caso. Él, asimismo,
es parte interesada en el asunto.
Y todas las colonias de parásitos
que sustento: bacterias dientes, flora...

Que movilice a tiempo sus defensas
y organice un buen plan. Su propia vida
están en juego también. Que luchen ellas.

Me niego a estar atento, siempre en vilo,
sirviendo al servidor mío: mi cuerpo.

José María Fonollosa (1922-1991)

MILAGRO DIARIO

Hay un milagro de todos los días, Señor,
que Tú conoces.
Milagro cotidiano del enfermo,
el de no renunciar a una vida difícil de vivirla
y aceptar un mañana sin futuro,
porque el mañana del enfermo es siempre lo monótono presente.

¡Y sería tan fácil! La hoja de afeitar...
el frasco de clorhidrato
de 6 dimetalimino 4 4 difenil 3 heptanona,
la caja llena de ampollas de morfina,
la sonrosada, la atractiva tableta
del sublimado corrosivo puro...
¡Todo, Señor, tan fácil, tan sencillo!

Pero hay algo ignorado, total, íntegramente,
algo, Dios mío, que sólo Tú conces.
Y es el milagro diario de decir: ¡mañana!
cuando el mañana ni existe ni se espera.
El de decir ¡quizá!
seguros de que el *tal vez* es solo *siempre*.

DIFÍCIL ES SUFRIR

Difícil es sufrir y padecer y resignarse.
Más difícil apartar con la mano lo que agrada;
decir ¡no quiero! cuando el alma desea,
decir ¡no quiero! cuando el alma aborrece.

Las ansias que florecen en el terreno yermo
milagro de la rabia impotente que se encona.
Se va pudriendo todo lo bueno que hay en uno,
veneno sucio y negro de las almas que odian.

Los gusanillo tercos que poco a poco crecen
en el cadáver tibio de la ilusión marchita...
La envidia que convierte en un madero viejo
al corazón, carcoma del que vegeta aislado.
Y muy lejos, alegres, las libélulas locas
de los felices, de los que aman, de los afortunados,
de los que nunca ¡es justo! habrán de comprendernos.

Difícil es sufrir y padecer y resignarse.
Difícil apartar con la mano lo que agrada.
Más difícil odiar a los que no habrán de ayudarnos.
Más difícil ir muriendo con la sonrisa en los labios...

ETER

Asfixis. La vejiga, ¡puf!, ¡puf!, ¡puf!,
boca, laringe, esófago abrasados,
neblina londinense en la memoria
y en el estómago un rarísimo glú, glú.

La mandíbula, rebelde, se anquilosa oxidada,
los dientes apiñados que resisten
el paso de los gases que requeman...
Y al fin la falta de aire,
la bocanada traidora que no duerme,
y esos pitidos raros sonando en un lugar desconocido
que el cerebro, triste e intoxicado,
nunca habrá de poder localizar...
El mundo convertido en tío-vivo.
Asapas negras, como una cruz de Malta
rodando en las pupilas cada vez más oscuras;

y el zumbido final, zumbido cósmico,
la sirena del barco del ensueño
en un adiós total,
en un adiós definitivo y pleno
liberador del alma.

Y después del adiós, la infinitud, la nada...
la vida que se escapa
y el placer instantáneo
de sentirse morir, conscientemente.

Leopoldo Aguirre (Valencia, 1926-2008)
(*Poemas del enfermo*, 1955)

COMO EL SON DE LAS HOJAS DEL ÁLAMO

El dolor verdadero no hace ruido.
Deja un susurro como el de las hojas
del álamo mecidas por el viento,
un rumor entrañable, de tan honda
vibración, tan sensible al menor roce,
que puede hacerse soledad, discordia,
injusticia o despecho. Estoy oyendo
su murmurado son, que no alborota
sino que da armonía, tan buido
y sutil, tan timbrado de espaciosa
serenidad, en medio de esta tarde,
que casi es ya cordura dolorosa,
pura resignación. Traición que vino
de un ruin consejo de la seca boca
de la envidia. Es lo mismo. Estoy oyendo
lo que me obliga y me enriquece a costa
de heridas que aún supuran. Dolor que oigo
muy recogidamente, como a fronda
mecida, sin buscar señas, palabras

o significación. Música sola,
sin enigmas, son solo que traspasa
mi corazón, dolor que es mi victoria.

Claudio Rodríguez (1934-1999)
(*Alianza y condena*, 1965)

DE LO QUE SOY

En este cuerpo
en el cual la vida ya anochece
vivo yo
Ventre blando y cabeza calva
Pocos dientes
Y yo adentro
como un condenado
Estoy adentro y estoy enamorado
y estoy viejo
Descifro mi dolor con la poesía
y el resultado es especialmente doloroso
voces que anuncian: ahí vienen tus angustias
voces quebradas: pasaron ya tus días

La poesía es la única compañera
acostúmbrate a sus cuchillos
que es la única

Raúl Gómez Jattin
(Cartagena de Indias, Colombia, 1945-1997).

QUÉ PEQUEÑA MI VIDA

Qué pequeña mi vida:
silencio, tiempo y algo
de amor: una acuarela
de tonos apagados

Todo escrito en minúsculas,
pecados y milagros.
Nada sonoro que
llevarme al epitafio.

Anónimos en prosa
se consumen mis años.
Qué pequeña mi vida.

...Y que me duela tanto ...
Miguel d'Ors (1946)

ADVERTENCIA

Si alguna vez sufres -y lo harás-
por alguien que te amó y que te abandona,
no le guardes rencor ni le perdones:
deforma su memoria el rencoroso
y en el amor el perdón es sólo una palabra
que no se aviene nunca a un sentimiento.
Soporta tu dolor en soledad,
porque el merecimiento aun de la adversidad mayor
está justificado si fuiste
desleal a tu conciencia, no apostando
sólo por el amor que te entregaba
su esplendor inocente, sus intocados mundos.
Así que cuando sufras -y lo harás-
por alguien que te amó, procura siempre
acusarte a ti mismo de su olvido
porque fuiste cobarde o quizá fuiste ingrato.
Y aprende que la vida tiene un precio
que no puedes pagar continuamente.
Y aprende dignidad en tu derrota
agradeciendo a quien te quiso
el regalo fugaz de su hermosura.
Felipe Benítez Reyes (1960)

LAS ENSEÑANZAS DEL DOLOR

Una sandez hace ya largo tiempo mantenida
observa que el dolor
es una noble escuela para el hombre,
un preceptor severo que suele concedernos
conocimiento exacto del mundo alrededor
y certidumbre de la intimidad propia.
Esa misma sandez, desarrollada,
sostiene que el sufrimiento proporciona
una medida con la que ponderar
aquello que la vida posee de más digno.
La voluntad, según dicen, se forja
también en la desgracia especialmente.

Es un raro prestigio el que el dolor alcanza
y en su propagación no está libre de culpa
la tierna secta de los hombres de letras.
Por lo que a mí respecta, sé decir
que nada he aprendido en el dolor,
salvo que es incapaz de enseñar nada
que ya no conociésemos.
Cada vez que pretendí entenderlo, recordé
a un idiota asombrado que gesticula y llora
ante la luna llena. Y considero cierto
que el dolor acostumbra a dejar testimonios:
un rastro de dolor que conduce hasta él mismo.

No forja voluntades, a no ser que entendamos
por ello el someterlas. Nuestro mundo,
que es ajeno y confuso de por sí
-como nosotros-, bajo su luz amarga
aparece un poco más confuso,
un poco más ajeno que hasta entonces.
He advertido que regresa incesante

y que en muchos momentos el dolor
es el único límite del día.

Carlos Marzal (1961)

EN MEMORIA

Para Pedro Sevilla

Siempre frente al dolor uno está solo,
no se quiere vivir, y tú lo sabes.
Hace un momento has visto, en la penumbra
de un cuarto de hospital, la mano yerta,
su rostro hundido que cubrió la sábana.
Y era como mirarse en un espejo
y ver que somos menos que esa ausencia,
menos que el humo que despeja el aire.

Ya sé; sientes que ahora únicamente
dice la noche su palabra absurda,
y ves la humillación, ves el esfuerzo
que fue esta despedida.

Sin embargo,
escúchame: no sufras. Porque siempre
-incluso cuando un día pasan nubes,
pasa lo inevitable, incluso entonces-
la respuesta es la vida que huye y sigue,
nunca el dolor ni su pregunta a Nadie.

José Mateos (1963)

Me dolía la cabeza.
Me puse a pensar en ti
para que la tonta aprenda
a no doler porque sí.

Enrique García-Máiquez (1969)

17. FIBROMIALGIA. EL PUNTO DE VISTA DE LA ADMINISTRACIÓN SANITARIA.

Antonio Rivero, administrativo del Servicio de Traumatología, Hospital Virgen Macarena, Sevilla. (Transcripción de Eduardo Riquelme)

Antonio Rivero fue invitado a participar en el Seminario sobre “Dolor, representación y medicina en los pacientes con fibromialgia”, para hablar sobre su experiencia en el trato de pacientes con dolor. Este capítulo resume las ideas expresadas por Antonio y que fueron tomadas de la grabación de su presentación.

Antonio es administrativo de un servicio de traumatología de un hospital público de Sevilla y actualmente se ocupa de elaborar la lista de espera para las intervenciones quirúrgicas. Nos ha parecido importante transcribir su relato para difundir su visión, poco habitual, acerca de los pacientes que consultan en un centro especializado y tienen dolor y dolor crónico. Antonio ha aprendido a lo largo de muchos años lo que hay que hacer para estar en una lista de espera, adelantarse en ella o lograr atención más rápida. Este artículo pretende registrar una experiencia que no suele ser conocida en los medios profesionales y académicos. El relato de su experiencia es el siguiente.

En el trato de la ventanilla se escucha a los pacientes hablar diariamente de su realidad y se les va descubriendo con sus problemas médicos y con su quehacer para obtener un cupo para ingresar al hospital y ser intervenidos. Se trata de pacientes que por lo general ya están diagnosticados.

Aquí resulta muy curioso y llamativo, que muchas veces, los pacientes con dolor llegan a la ventanilla habiendo fingido primero ante el médico, diciendo que les duele mucho y que lo pasan mal. A continuación, vienen a mí utilizando bastones y me cuentan una película: llevo un año en la lista de espera y no me echan cuenta, no consideran que ya no puedo caminar. A veces, a estos pacientes hay que llevarles una silla del despacho para que se sienten y para que perciban que son atendidos. Luego, cuando ya han salido del lugar de la ventanilla, veo a estos mismos pacientes en la planta baja andando normalmente.

Es decir, hay una histeria entre los pacientes. Se trata de un comportamiento que se comunican entre ellos en las salas de espera y en las consultas, donde se soplan la manera de relatar los dolores y de canalizar esa

información. Esto es más frecuente en personas con dolores de columna y de mayor edad.

Los pacientes hacen esto ya que piensan que así se les va a tratar antes. Claro, nosotros en la ventanilla lo que hacemos es dar bandazos y nos contentamos nada más con la atención psicológica que podemos dar: no se preocupe que ya le van a atender, no se preocupe.

Parte de nuestro trabajo consiste en quitar problemas a los clínicos, porque si no, estarían todo el día discutiendo con los pacientes. Esto se descubre en la ventanilla. También, se descubre que trabajamos con médicos que nos mandan a programar los quirófanos y que nos cuentan historias alucinantes sobre cómo manejan el dolor de los pacientes ingresados, utilizando suero fisiológico como un placebo que hace mejorar. Hay dos médicos en la unidad del dolor, que cuando un paciente intervenido de la columna sigue teniendo dolor y parece ser algo de la cabeza, le indican a la enfermera que coloque suero fisiológico para reforzar el tratamiento habitual con paracetamol. Entonces, como esto me llama la atención, les pregunto sobre lo ocurrido a estos dos médicos y me dicen que es una técnica que suelen usar.

Otra cosa que me llama la atención, es que hay gente joven que en sus radiografías uno puede ver daños muy grandes, como una escoliosis que tiene la columna en ese, que debería tener mucho dolor y resulta que es gente que soporta más, quejándose menos de lo esperado.

Mi experiencia de atender a miles de pacientes, todos los días y durante años, me permite pensar que la gente tiene una falta de atención familiar y social. Si los pacientes vieran que la familia los trata con cariño y que los escuchan, que los médicos se interesan y les dedican más tiempo, tanto en el hospital como en la atención primaria, o que se les atiende psicológicamente, se calmarían. Nada más que tratarles con un poquito de atención y cariño y ya está, el dolor disminuye en un cincuenta por ciento. Uno se encuentra muchísima gente que le pasa esto, muchísima gente.

Esta es mi experiencia desde una ventanilla en la que te intentan engañar. En ella veo el fingimiento, la respuesta al placebo y el arrepentimiento de pacientes que parecían tener mucho dolor y que cuando saben la fecha en que irán al quirófano, para una intervención que es de riesgo, deciden soportar. Pueden haber esperado por un año y parece que ya no tienen tanto dolor y se echan atrás. Son un porcentaje elevado de los pacientes de la lista de espera que deciden cancelar la intervención.

La atención y el cariño es lo importante. Esto puede faltar más en la atención primaria que en el hospital. Por ejemplo, en el consultorio del pueblo donde vivo, que tiene 2.400 habitantes, el administrativo no contesta el teléfono. Lo que pasa es que no puede contestar el teléfono y además atender al público. Ahí el médico dedica solo diez minutos al paciente.

No solo está lo que veo humanamente en la ventanilla del hospital. En el aspecto personal yo he estado viviendo un problema de dolor con mi mujer. Mi mujer tiene un cáncer de mama desde hace 8 o 9 años y muchas veces ella me cuenta que el roce de la sábana de la cama le duele por la noche. Le duele esto y sin embargo, andar no le duele. Pero si por ejemplo, le echo una crema o le presto un poco más de atención al dolor o a su comprensión, este disminuye. Antes no me entraba en la cabeza que el roce de la sábana le doliera tanto y que a la vez, podía andar sin problemas y sin dolor en los pies al moverse. Ella ha soportado bien tratamientos con quimioterapia y radioterapia y no podía explicarme como la sábana producía un dolor tan impresionante.

Yo creo que podríamos dar mejor atención a nivel de hospital si la gente viniera con una educación desde la atención primaria. La política de salud influye. Faltan gabinetes psicológicos, con profesionales que se encarguen de hablar con los pacientes, de darles una cultura sobre el dolor y sobre todos estos temas. A partir de los cuarenta años no hay persona que no le duela algo. La ayuda psicológica podría disminuir la consulta al hospital en un treinta por ciento, creo yo.

Si la gente estuviera bien cubierta y bien atendida en la atención primaria, no llegaría a desesperarse con su dolor y a consultar al servicio de urgencia. Los pacientes dicen que prefieren estar 24 horas en una sala de urgencia de un hospital, donde les hacen todo. Ahí los atienden, les hacen analíticas, les toman radiografías y los derivan al especialista, mientras que en la atención primaria no. La atención primaria en verdad es lenta, burocrática, depende de la derivación a centros de especialización de la zona, que tardan muchos meses, y esto desespera a la gente. Y ahí los pacientes siguen hablándose en las salitas de espera, comunicándose el dolor unos a otros. Están transmitiéndose desde mi punto de vista la histeria. Así se va extendiendo. Esto lo vemos mucho en el trato humano de los pacientes. Ahí nos cuentan no solo los problemas médicos sino los problemas familiares, problemas de gente que necesita por ejemplo atención para una cirugía de espalda y que está sola o está separada.

El tiempo de espera en mi servicio es de alrededor de un año. Ahora mismo le están metiendo mano para disminuirlo. Yo revisé ayer y en la lista de espera para las operaciones de columna había 289 pacientes. En este mes se van a operar 29 pacientes y esto explica que muchos no tengan todavía la fecha para el quirófano. Hay 40 o 50 que llevan esperando un año. La lista sigue aumentando, pero la verdad es que esta lista parece pequeña en relación a los 800 que esperan una prótesis de rodilla.

Los pacientes son atendidos por orden de antigüedad y luego, a nivel político se marcan una serie de diagnósticos en base a los decretos de la Junta de Andalucía. Así por ejemplo, un desplazamiento del disco lumbar, que es la hernia del disco, tiene alrededor de 180 días para resolverse. Entonces, debe operarse antes de los 6 meses y los pacientes que esperan esto se ordenan por antigüedad. Algunos pacientes son identificados como “preferente”, algunos son derivados a una clínica privada para cumplir con el decreto de los 180 días y algunos son reevaluados mientras esperan. Esto se complementa con la ayuda de las unidades del dolor. Con esto quiero decir, que mayormente, existe un orden.

La gente va muy desesperada desde el primer día y en la ventanilla nuestro primer trabajo es decir que la solución va a tardar y que queda un camino por delante. También, ocurre que hay pacientes que tardan un año en que un verdadero especialista en columna los evalúe, que decida sobre las pruebas diagnósticas y sobre la indicación de cirugía. Estos pacientes se desesperan ya que esperan un año la consulta especializada y pasan otro año en la lista de espera. En este trabajo de atender al público hay que tener una mano izquierda muy hábil y un buen capote de torero, porque la gente enseguida echa mano del bolígrafo y de la reclamación. Hay que trabajar con mucha psicología. La gente está sufriendo de verdad, incluso tomando medicamentos como la morfina. Está sufriendo y se queja, se queja contra el médico que no se puede tomar una hora para atender a los pacientes, ya que no que tienen poco tiempo. Con el reclamo, la dirección del hospital presiona para que se atienda mejor al reclamador. Si el médico dispusiera de una hora completa, podría darle al paciente un baño de moral a nivel psicológico y este se iría con mucho menos dolor y con más ánimo. Hay que usar artimañas, tratar con cariño, con arte y dar un poquito de luz. Por ejemplo, yo he aprendido que si un paciente lleva mucho tiempo esperando, se le pueden pedir los exámenes preoperatorios y la evaluación preanestésica. Esto hace sentir al paciente que ya viene la

operación y con esto se va más animado o mentalizado en que ya se va a operar, quizás de aquí a unos tres meses.

Llevo 32 años en esto, haciendo entre otras cosas un poco de psicólogo. He oído que los pacientes con dolor casi siempre terminan en las consultas de los traumatólogos. Los dolores de espalda, de columna, de las cervicales, etc. Los problemas de listas de espera de traumatología yo imagino que se dan en otros servicios. Yo creo que recursos hay, lo que pasa es que están todos masificados y la gente no tiene una educación sanitaria. Luego, hay una falta de atención familiar abismal. Como yo hablo con muchísima gente, escucho de problemas familiares y ahora en esta época, de las separaciones y la falta de cariño, de que cada uno anda por su lado. Bajo mi punto de vista esto influye mucho en el dolor.

El dolor se relaciona con las dos fallas: la de la familia y la de la atención médica. Si se investigara y se supiera más sobre los aspectos personales de las personas con dolor lo haríamos mejor. Parece ser que hay países menos desarrollados que tienen menos pacientes con fibromialgia. Las personas al estar preocupadas del hambre, de qué comerán cada día, de tener una vivienda o de tener acceso a un médico, pueden experimentar menos dolores físicos. El dolor crónico existe, claro que existe. En el mundo desarrollado nos estamos haciendo cada vez más individualistas. Vemos a todo el mundo usando mucho el teléfono móvil, incluso cuando estamos cenando con la familia. Todos estamos siendo más egoístas y más individualistas. La educación tiene que cambiar. Ostras, tenemos que intentar cambiar a nuestros hijos, porque hablando más con las personas y con nuestras familias, teniendo más contacto tanto moral como cercano, podemos producir cambios importantes. Tendríamos que educarnos a nosotros mismos.

Yo llevo 20 años en un primer hospital y 10 años en el de ahora y cuando me preguntan si falta una mejor atención sanitaria, contesto que la atención profesional no es del cien por ciento sino del doscientos por ciento, con excepciones de personas determinadas como en todas las profesiones. Pese a todo lo bueno que se ha hecho, la falla está en la comunicación, en la transmisión, en los centros de especialidades, en los que mandan al paciente al hospital. Los pacientes llegan a nosotros con una idea equivocada y no se les cuenta que hay un proceso que tarda. Cuando llegan, ya han soportado mucho tiempo y dolor. Los pasos desde el médico de cabecera al especialista y luego al hospital, fallan en la comunicación. La gente necesita una educación sanitaria y lo que pasa es que la atención

profesional funciona, pero en ella no hay tiempo de escuchar a la gente y de explicar tantas cosas. Los 5 o 10 minutos de cada consulta no alcanzan para ayudar a las personas que ya tienen mucho tiempo con sus problemas de dolor. Los pacientes necesitan más tiempo y más información para salir más contentos y con más esperanza. Es posible que mientras esto no ocurra los dolores seguirán siendo mal tratados.

Hay picaresca entre los pacientes para buscar una atención más rápida y ágil, incluso cuando se trata de algo que no es tan grave y esto perjudica a algunos, que pueden ser más prudentes o tener algo más grave. Uno aprende a manejar estas situaciones. Lo primero es decir que el que decide es el médico y que el responsable final es el jefe de la unidad. También, hay mucha gente que engaña, que logra conseguir la categoría de "preferente" o que va a las urgencias a conseguir analgesia y derivaciones más rápidas. Nosotros respetamos el orden de la lista de espera. Como lo que prima es un criterio médico para tener prioridad, los administrativos no intervenimos. Ahora bien, si el paciente engaña al médico puede conseguir más cosas e imagino que estos tendrán sus estrategias para detectar si los engañan o no. Otro problema es que cuanto más reclama un paciente más consigue. A veces, para no seguir teniendo problemas con un paciente reclamador se hace una excepción y se le atiende antes. Es un parchecito que usamos porque no tenemos más remedio. A diario, los administrativos y los médicos nos hemos sentido atacados o insultados, lo que pasa es que con el tiempo ya no nos afecta. En una ventanilla tan masificada, con tanta gente, con tanta demanda, todo esto ocurre. También, ha hecho efecto la crisis económica.

Pienso que no corresponde que nosotros demos la razón a los pacientes que reclaman y que los incentivemos para que hagan más reclamos. Yo hago lo que les he dicho: dar un poco de ilusión para que a pesar de llevar un año esperando, el paciente sepa más o menos lo que le va a tocar, luego pido la prequirúrgica y la preanestesia y así el enfermo se mentaliza en que se va a operar pronto. Si el paciente es más simpático, ha venido varias veces y me conoce, le ofrezco preocuparme personalmente de mantenerlo informado y trato de que piense que le tocará pronto. Con un trato cercano y familiar ya uno puede ir parando algunos problemas. En la ventanilla me han acusado de todo, de tener favoritismo y de ser culpable de la espera. Uno se siente mal porque solo se está trabajando y porque uno no es Dios.

Las reclamaciones pueden servir por su efecto político. El político lo que quiere son estadísticas y que ellas sean siempre favorables, bajo su punto de vista. La verdad es que a la política le importa muy poco la medicina. Yo soy un defensor de los profesionales, pero de la política y de los que gestionan en nombre del hospital no. A ellos no les importa la medicina y los pacientes. Los profesionales hacen su trabajo y pocas veces me encuentro con alguno que no tenga una gran dedicación, del doscientos por ciento. El político reclama al jefe de unidad por las listas de espera y presiona a los médicos. Maneja números que miden la eficiencia y que comparan a los hospitales. Pese a esto, la espera no disminuye. Yo creo que los hospitales de Andalucía están más o menos equiparados en los cifras de las listas de espera. A veces ocurre, que hay ventajas cuando los hospitales tienen más médicos contratados.

Otro aspecto interesante es hablar de cómo se equilibra el avance de la lista de espera y el gasto de recursos. Hay médicos que piensan que en la espera hay gente que se cansa y por lo tanto al abandonar la lista bajan los costos. Los hospitales tienen un límite de gastos y suelen tener una historia de años para definir sus presupuestos. Los presupuestos oscilan y los gastos en intervenciones, ingresos y días de hospitalización se revisan. Además, se intenta ahorrar en las atenciones dadas y se sabe que todo vale dinero. Por ejemplo, se ha aprendido a ahorrar en costes al disminuir los días de hospitalización después de las operaciones. Por otro lado, si se tienen estancias más cortas, se gasta más al operar con mayor frecuencia.

Esto es lo que les puedo contar de mi humilde experiencia de vida, de treinta y tantos años intentando ayudar a la gente, aliviándoles el camino.

18. FIBROMIALGIA. EL TRATAMIENTO MEDIÁTICO DE LA ENFERMEDAD.

Alfonso Pedrosa Elbal, periodista, Sevilla.

La fibromialgia no es relevante en los medios del ecosistema informativo español. Con este sencillo aserto podría darse por finalizado cualquier intento de reflexión sobre la presencia mediática de esta patología. Sin embargo, que la fibromialgia no esté presente en las grandes agendas del sector de la comunicación no significa que no exista interés social sobre este asunto.

La fibromialgia no es un asunto importante para los medios por varias razones. Entre ellas, cabe resaltar los mismos perfiles inconcretos de la descripción clínica de la enfermedad, que dificultan la simplificación de los mensajes, proceso fundamental para la existencia de un relato mediático. Además, la fibromialgia no tiene actualmente una etiología identificada ni un tratamiento farmacológico de referencia que posea eficacia curativa; ello implica que esta patología está fuera del circuito de intereses (la mayoría legítimos pero innegables) que relacionan a una determinada enfermedad con el mercado del medicamento y de los servicios sanitarios, lo que la aparta de las expectativas de negocio de los medios de comunicación, que son empresas que se deben a una cuenta de resultados.

Finalmente, resumiendo mucho una cuestión enormemente compleja, puede decirse que el sistema mediático español está hundido y experimenta serias dificultades de viabilidad financiera; un escenario que ha causado la destrucción de aproximadamente 12.000 empleos en los medios españoles entre 2008 y 2014. Sencillamente, puede decirse que no hay nadie (excepciones aparte) para hablar de fibromialgia en los medios con continuidad, un mínimo nivel de competencia y el necesario grado de especialización. Por otra parte, los medios vienen ejerciendo de espejo a la agenda política, función intensificada en los últimos tiempos dadas sus dificultades financieras. Vale decir en este sentido que la escasa (aunque existente) presencia de la fibromialgia en los grandes medios de comunicación viene determinada por el interés de la política en el mundo de las asociaciones de pacientes relacionadas con esta enfermedad.

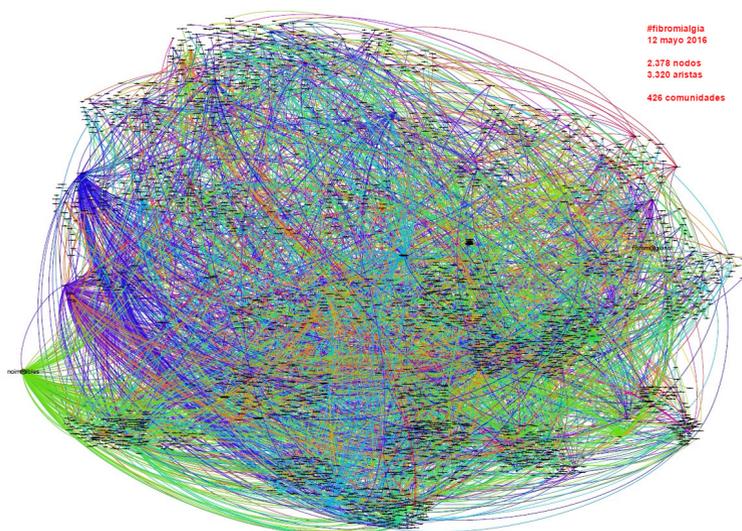
Sin embargo, la fibromialgia interesa al público. Las búsquedas del término 'fibromialgia' en Google que se realizan desde España superan de

largo las 40.000 al mes. Si se compara este interés con el que despierta un *gold standard* como puede ser la diabetes (alta incidencia y prevalencia, existencia de arsenal farmacológico, inclusión normalizada en la cartera de servicios de las organizaciones asistenciales, existencia de un fuerte movimiento asociativo de pacientes, consolidada presencia mediática, etc.), el número de búsquedas mensuales es aproximadamente el mismo. Efectivamente, la fibromialgia tiene interés. Pero no forma parte del actual negocio de los medios tradicionales.

¿Eso significa que la fibromialgia como relato noticiable existe pero es invisible? En cierto sentido, así es; de la misma manera que son invisibles sus costes directos e indirectos. Es posible que la fibromialgia no interese a los medios. Porque el relato sobre este problema de salud, como ocurre en tantos otros casos, ha mutado y se ha trasladado de escenario: la fibromialgia está en la conversación de las personas que se sienten directa o indirectamente interpeladas por esta enfermedad y en su expresión en el mundo de Internet y de las denominadas redes sociales.

El 12 de mayo de 2016 se celebró, como en años precedentes, el Día Mundial de la Fibromialgia. El interés mediático en España ante esta ocasión para dar visibilidad a la enfermedad y a las personas que la sufren fue limitado. Sin embargo, en una de las redes sociales de referencia, Twitter, el hashtag #fibromialgia articuló una interesante amalgama conversacional: ese día se generaron 3.320 relaciones entre 2.378 usuarios de Twitter compartiendo mensajes sobre #fibromialgia organizados en nada menos que en 426 comunidades distintas. Sin profundizar en la cuantiosa información extraíble de esas redes a través de técnicas de Análisis de Redes Sociales (ARS) con la ayuda de *software* de extracción y visualización de datos, en ese enjambre de mensajes sobre la enfermedad participaron ese día actores de diverso perfil e intereses: personas afectadas, asociaciones de pacientes, partidos políticos, nanomedios especializados en este problema de salud, alguna que otra celebrity y, en general, cualquier persona que quisiese compartir algún mensaje sobre el asunto. Sin duda, si, como reza el Manifiesto Cluetrain (uno de los textos epónimos de la cultura colaborativa de la Red), los mercados son conversaciones, la fibromialgia también lo es. E Internet ha abierto nuevos escenarios a la conversación. Los relatos (Raymond) ya no se cocinan en voz baja en la catedral de quienes custodian el sedicente saber: ahora se vocean en el bazar. Dicho de otro modo: son tiempos de nanomedios y de micropolítica.

Este caso es un ejemplo más de la potencia de Internet como catalizador tecnológico del profundo proceso de cambio cultural que experimentan especialmente las sociedades occidentales conscientes de vivir en un mundo globalizado. Y da una idea del poder que en esta transición a la sociedad red (Castells) tienen en sus manos las personas, también las que sufren fibromialgia, para intervenir eficazmente sobre la realidad. Aunque no sean conscientes de ello. De ahí que sea de importancia crítica no ya la inmersión digital de las voces que quieran intervenir en la conversación sobre fibromialgia, sino el acompañamiento de las personas en el desafío de una verdadera participación ciudadana en la toma de decisiones que importan a la sociedad; teniendo siempre presente, sin duda, que la participación es una transferencia de poder y el poder jamás lo cede de buen grado quien lo detenta. De esta manera, se abre una oportunidad para transfundir información que germine en conocimiento; el conocimiento, en conciencia crítica; y la conciencia crítica, en voluntad capacitada de intervención eficaz en la realidad. La Universidad, sin duda, tiene tanta responsabilidad ante este proceso como la misma ciudadanía que aún no ha despertado a la mayoría de edad.



“Fibromialgia: mujeres en red, mujeres en pie”. Imagen: Alfonso Pedrosa

Epílogo

En los últimos años, mi trabajo se ha concentrado en la facultad de medicina y en participar en la formación de los futuros médicos y especialistas, en un lugar muy especial, que es una unidad académica dedicada a la bioética y las humanidades médicas. En este lugar se nos ha hecho habitual discutir y enfrentar la lucha que debe sostener la medicina para ayudar a los enfermos por medio de una comprensión humana, sin ser sobrepasada por los avances tecnológicos y por las exigencias de la gestión sanitaria, realidades que amenazan con reducir nuestro trabajo a acciones sobre objetos, es decir, sobre enfermedades separadas de los padecientes.

Para realizar el trabajo médico centrado en la relación clínica, nos parece fundamental pensar y estudiar la antropología médica. Cuestiones como la vida, la enfermedad, el dolor y la muerte se comprenden mejor desde una reflexión humanista, donde los saberes y el método de la filosofía tienen mucho que aportar. Este es el punto de encuentro entre la medicina y la antropología filosófica.

Así, la idea de hacer un seminario interdisciplinar sobre los enfermos de fibromialgia nació hace un año atrás, de la conversación entre un filósofo que se dedica a saber y quiere ayudar y un médico que se dedica a ayudar y quiere saber. Junto con Jacinto Choza, acordamos tratar un tema difícil para la medicina, una condición que cuestiona las categorías, el concepto de enfermedad y la capacidad de la atención sanitaria. Pretendimos trabajar un tema en que las expresiones del soma y la psiquis se confunden y que a pesar del enfoque integrador, la misma realidad clínica parece preferir el dualismo antes que la unidad.

Antes de referirme a las particularidades de la fibromialgia, quisiera hacer algunas aclaraciones conceptuales propias de la medicina que me parecen necesarias en este epílogo. Los hechos clínicos, que se traducen en las manifestaciones subjetivas y objetivas de los pacientes, son estudiados y organizados medicamente en función de su etiología. Las causas explicativas de las patologías orgánicas se basan en la etiopatogenia y los factores que hacen comprensible las patologías psíquicas se basan en la psicopatología. Según la causa o etiología se distingue el síndrome, que es un conjunto de síntomas y signos que pueden tener distintas etiologías, de la enfermedad, que es cuando el conjunto se organiza en torno a una etiología definida.

Llamamos síntomas a las manifestaciones subjetivas de la enfermedad y que el médico puede descubrir solo a través de la entrevista clínica y como expresión exclusiva de cada paciente, como ocurre por ejemplo con el dolor. Los síntomas pueden ser somáticos o psíquicos. Llamamos signo a las manifestaciones objetivas de la enfermedad, aquellas que podemos apreciar y conocer por medio del examen físico, las pruebas de laboratorio y los estudios de imágenes. Un signo puede ser la inflamación de una articulación.

Las enfermedades somáticas son entonces, aquellas donde los síntomas y los signos se manifiestan en una forma coherente y dan cuenta de una fisiopatología que podemos identificar y demostrar y que tienen una causa o etiología orgánica. Sin embargo, no siempre coinciden en los pacientes las manifestaciones subjetivas y objetivas. Existe el caso de las manifestaciones somatizadas, que ocurren cuando el origen del problema orgánico son las condiciones afectivas del paciente. Las condiciones afectivas, además de expresarse por medio de síntomas psíquicos subjetivos, lo hacen por medio de unos síntomas somáticos que pueden ser reconocidos objetivamente, que dan cuenta de un cambio fisiológico y que no tienen una causa orgánica. Esto ocurre en el rubor facial, en que la vasodilatación de la piel es parte de la expresión de la vergüenza, en el temblor de las extremidades como parte de una condición de ansiedad o en la lentitud y torpeza motriz que puede acompañar a una depresión.

También, existe el caso de las manifestaciones psicósomáticas, en que los pacientes manifiestan síntomas y signos que no tienen como causa una alteración orgánica y que se traducen en un cambio fisiológico que puede llegar a constituir una fisiopatología. Las manifestaciones psicósomáticas pueden ser síntomas, signos, síndromes o enfermedades, y se diferencian de las somatizaciones en que las manifestaciones son el desplazamiento de los problemas mentales del paciente al escenario corporal. El paciente con psicósomática no logra unir sus dificultades psíquicas con las manifestaciones somáticas y suele resistirse a hacerlo. El problema que tiene el médico con estos pacientes, es que a pesar de tener un sustrato fisiopatológico sobre el cual actuar orgánicamente, los resultados son parciales e inciertos mientras no se aborda el problema mental. Cuando la ayuda médica logra animar al paciente a ir entendiendo el rol de lo psíquico en su padecimiento, suele iniciarse un camino de mejoría, aunque puede ser que permanezcan algunos síntomas somatizados. Ejemplos hay muchos: pru-

rito psicossomático, cefalea tensional, trastornos psicossomáticos del sueño, síndrome de piernas inquietas, colon irritable. El gracioso nombre de colon irritable sugiere que es el colon o intestino grueso el que se pone irritable y pasa a ser su irritabilidad la “causa orgánica” de esta enfermedad, prescindiendo o negando un origen de tipo mental.

Luego, existen las manifestaciones somatomorfas, que pueden producir síntomas, síndromes o enfermedades. Prefiero el término enfermedad somatomorfa a trastorno somatomorfo, ya que este último suele referirse a las categorías descritas en las clasificaciones internacionales (CIE 10 y DSM V). Lo somatomorfo se refiere a manifestaciones que se expresan por medio de síntomas somáticos descritos subjetivamente y que no pueden ser objetivables por los métodos diagnósticos orgánicos y a pesar de esto, el paciente insiste en su queja. Muchas veces los médicos piensan que si no hay organicidad demostrable no puede haber una enfermedad somática, de manera que después de descartar minuciosamente la organicidad conocida derivan al paciente a los servicios de salud mental. Es interesante apreciar que las enfermedades somatomorfas están entre las enfermedades mentales pero no son descritas explícitamente como de origen psíquico. Pueden ser de varios tipos, la principal de ellas es la enfermedad de somatización, que se caracteriza por presentarse en pacientes que tienen síntomas somáticos de distintos órganos y sistemas corporales, múltiples, variables, recurrentes y que se acompañan de manifestaciones psíquicas. A pesar de que no se encuentran explicaciones etiopatogénicas adecuadas, los síntomas persisten, habitualmente por años, provocando incapacidad y sobre medicación.

Aclarados los conceptos, ¿entonces qué pasa con la fibromialgia? Que los pacientes con fibromialgia no pueden ser comprendidos y ayudados desde las organizaciones categoriales que tenemos. Ellos prefieren explicar su dolor a través de un enfoque médico organicista y se movilizan en función de tratamientos somáticos y medicamentosos, a pesar de que muchos médicos les dicen que no están enfermos o de que su enfermedad no tiene causa ni fisiopatología conocida. Por el contrario, si la medicina los trata como si tuvieran una enfermedad mental, se molestan y prefieren buscar ayuda en otro lugar.

El problema de los pacientes con fibromialgia señala muy bien las limitaciones de la medicina y se constituye como un problema complejo que requiere un abordaje complejo. Esta complejidad puede enfrentarse con

un estudio interdisciplinar, beneficiándose del saber de distintas personas y disciplinas. En este libro, los médicos especialistas nos han explicado lo que saben, lo poco que esto les ha servido para entender a los pacientes y han expresado su gran vocación para ayudar. El médico familiarista nos ha hablado de un trabajo cercano y singular propio de la atención primaria, que puede ser reconocido por los enfermos, pero que requiere de un sistema sanitario más honesto y sensato. Los psicólogos nos han hecho comprender las dificultades metodológicas para estudiar a los pacientes, las discriminaciones de género, las condiciones psicosociales, las terapias que sirven y comprometen a los pacientes, la utilidad de los grupos de apoyo y el deseo que tienen de participar en mejores tratamientos. Los filósofos nos han enseñado de la antropología y la fenomenología, del sentido de la existencia y la angustia humana, de la conciencia y de sus posibilidades terapéuticas. El periodista nos ha mostrado lo que pasa con la comunidad social, con las comunicaciones y la influencia de los medios en la gestión de las enfermedades. Finalmente, un funcionario del hospital ha dado testimonio de como la consulta por el dolor se puede transformar en una forma de salir del sufrimiento y la soledad y un poeta nos ha estremecido con la expresión del dolor a través del arte.

Al final de este libro deseo sintetizar tres ideas a manera de conclusión:

1. Si el triunfo de la evolución ha dependido en buena medida de la asociación de los individuos, es obvio que enfrentar un problema humano complejo con la asociación de muchas personas es lo mejor para nuestro futuro. El Seminario sobre la fibromialgia ya nos ha sugerido a los profesionales sanitarios nuevas ideas para ayudar a los pacientes y espero que muchos más se beneficien con la lectura de este libro. También, nos hemos sentido acompañados y estimulados por los profesionales y académicos de otras disciplinas. La realidad del siglo XXI requiere de una dialéctica en que las personas sean parte del diseño de la medicina que necesitan, donde la identificación del bien para los pacientes, la determinación de las prioridades y la conveniencia de las intervenciones sanitarias sean decisiones compartidas. Los autores de este libro han querido asumir estas responsabilidades.

2. Este libro es testimonio de que un trabajo interpretativo interdisciplinar sobre la enfermedad y el rol de la medicina es una forma consistente de abordar la comprensión de la singularidad de los pacientes. Personalmente, he disfrutado y aprendido de las diversas maneras de investigar, pensar y enseñar. La antropología, la filosofía, la psicología, la medicina, etc., tienen un soporte epistemológico fuerte y fecundo para aportar en la ayuda de los pacientes que sufren dolor.

3. El tiempo presente nos exige redefinir nuestros sistemas categoriales y cambiar parte de nuestras ideas. Es posible abandonar la idea de encasillar las enfermedades por especialidades y de hacer generalizaciones de los acontecimientos de los pacientes. La fibromialgia puede ser explicada orgánicamente como una forma de sentir y percibir distinta, que es consecuencia de unos fenómenos psíquicos, pero también, puede ser comprendida como una manifestación corporal del sufrimiento humano y de la necesidad de cuidado de algunas personas. Podemos rebautizar la fibromialgia para dejar atrás algunos errores y prejuicios. Me gusta pensar que se trata de un síndrome, que agrupa diversos síntomas, físicos y psíquicos, que puede tener distintos orígenes, pudiendo depender compartidamente de causas orgánicas y psíquicas. Creo que para ayudar a un paciente no se necesita demostrar alteraciones en su fisiología y que se le puede recibir atendiendo a sus necesidades emocionales y físicas. Por último, deben ponerse en marcha tratamientos consentidos y asumidos por los pacientes, decididos en una relación clínica de confianza. Luego, tendremos tiempo para aprender lo que más sirve a cada uno de los padecientes.

Eduardo Riquelme Gajardo, Sevilla, 15 de junio de 2016.

Colecciones y títulos de Editorial Thémata

1- Colección Pensamiento

Directores: Jacinto Choza, Juan José Padial, Francisco Rodríguez Valls

Ensayos y estudios sobre ciencias y técnicas, ciencias naturales, ciencias sociales y ciencias humanas. Investigaciones personales y de equipo, memorias y, en general, toda aportación que contribuya a un mejor conocimiento y una mejor comprensión del cosmos y de la historia.

1. *La recomposición de la crisma. Guía para sobrevivir a los grandes ideales.* Satur Sangüesa

2. *Locura y realidad. Lectura psico-antropológica del Quijote.* Juan José Arechederra y Jacinto Choza

3. *Aristotelismo.* Jesús de Garay

4. *El nacimiento de la libertad.* Jesús de Garay.

5. *Historia cultural del humanismo.* Jacinto Choza

6. *Antropología y utopía.* Francisco Rodríguez Valls.

7. *Neurofilosofía: Perspectivas contemporáneas.* Concepción Diosdado, Francisco Rodríguez Valls, Juan Arana.

8. *Breve historia cultural de los mundos hispánicos. La hispanidad como encuentro de culturas.* Jacinto Choza y Esteban Ponce-Ortíz

9. *La nostalgia del pensar. Novalis y los orígenes del romanticismo alemán.* Alejandro Martín Navarro

10. *Heráclito: naturaleza y complejidad.* Gustavo Fernández Pérez

11. *Habitación del vacío. Heidegger y el problema del espacio después del humanismo.* Rosario Bejarano Canterla

12. *El principio antropológico de la ética. En diálogo con Zubiri.* Urbano Ferrer Santos
13. *La ética de Edmund Husserl.* Urbano Ferrer Santos y Sergio Sánchez-Migallón
14. *Celosías del pensamiento.* Jesús Portillo Fernández
15. *Historia de los sentimientos.* Jacinto Choza
- 16.- *¿Cómo escriben los estudiantes universitarios en inglés? Claves lingüísticas y de pensamiento.* Rosa Muñoz Luna
- 17.- *Filosofía de la Cultura.* Jacinto Choza
- 18.- *La herida y la súplica. Filosofía sobre el consuelo.* Enrique Anruba
- 19.- *Filosofía para Irene.* Jacinto Choza
- 20.- *La llamada al testigo. Sobre el Libro de Job y El Proceso de Kafka.* Jesús Alonso Burgos
- 21.- *Filosofía del arte y la comunicación. Teoría del interfaz.* Jacinto Choza
- 22.- *El sujeto emocional. La función de las emociones en la vida humana.* Francisco Rodríguez Valls
- 23.- *Racionalidad política, virtudes públicas y diálogo intercultural.* Jesús de Garay y Jaime Araos (editores)
- 24.- *Antropologías positivas y antropología filosófica.* Jacinto Choza
- 25.- *Clifford Geertz y el nacimiento de la antropología posmoderna.* Jacobo Negueruela.
- 26.- *La Ilíada.* Bartolomé Segura.
- 27.- *La privatización del sexo.* Jacinto Choza y José María González del Valle

28.- *Manual de Antropología filosófica*. Jacinto Choza

2.- Colección Problemas Culturales

Directores: Marta Betancurt, Jacinto Choza, Jesús de Garay y Juan José Padial

Investigaciones y estudios sobre temas concretos de una cultura o de un conjunto de culturas. Investigaciones y estudios transculturales e interculturales. Con atención preferente a las tres grandes religiones mediterráneas, y a las áreas de América y Asia oriental.

1. *Danza de Oriente y danza de Occidente*. Jacinto Choza y Jesús de Garay

2. *La escisión de las tres culturas*. Jacinto Choza y Jesús de Garay

3. *Estado, derecho y religión en Oriente y Occidente*. Jacinto Choza y Jesús de Garay

4. *La idea de América en los pensadores occidentales*. Marta C. Betancur, Jacinto Choza, Gustavo Muñoz

5. *Retórica y religión en las tres culturas*. Jacinto Choza y Jesús de Garay

6. *Narrativas fundacionales de América Latina*. Marta C. Betancur, Jacinto Choza, Gustavo Muñoz.

7. *Dios en las tres culturas*. Jacinto Choza, Jesús de Garay, Juan José Padial.

8. *La independencia de América. Primer centenario y segundo centenario*. Jacinto Choza, Jesús Fernández Muñoz, Antonio de Diego y Juan José Padial

9. *Pensamiento y religión en las Tres Culturas*. Miguel Ángel Asensio, Abdelmumin Aya y Juan José Padial

3.- Colección Literaria

Directores: Francisco Rodríguez Valls, Alejandro Martín Navarro y Alejandro Colete

Obras de creación literaria en general. Novela, relato, cuento, poesía, tea-

tro. Guiones y textos para creaciones musicales, visuales, escénicas de diverso tipo, montajes, instalaciones y composiciones varias. Traducciones de textos literarios de los géneros mencionados.

1. *La Danza de los árboles*. Jacinto Choza

2. *Cuentos e imágenes*. Francisco Rodríguez Valls

3. *El linaje del precursor y otros relatos*. Francisco Rodríguez Valls

En preparación

4. *Cuentos completos*. Oscar Wilde. Edición de Francisco Rodríguez Valls

4.- Colección Obras de Autor

Directores: Juan José Padial y Alberto Ciria

Obras de autores consagrados en la historia del pensamiento, del arte, la ciencia y las humanidades. Obras anónimas de relevancia para una cultura o un periodo histórico. Clásicos del pasado y de la actualidad reciente.

1. *Desarrollo como autodestrucción. Estudios sobre el problema fundamental de Rousseau*. Reinhard Lauth

2. *¿Qué significa hoy ser abrahamita?* Reinhard Lauth

3. *Metrópolis*. Thea von Harbou

4. *“He visto la verdad”. La filosofía de Dostoievski en una exposición sistemática*. Reinhard Lauth

5. *Lecciones sobre la filosofía del espíritu subjetivo. I. Introducciones*. G.W.F. Hegel. Edición de Juan José Padial y Alberto Ciria

En preparación

6. *Lecciones sobre la filosofía del espíritu subjetivo II. Antropología*. G.W.F. Hegel. Edición de Juan José Padial y Alberto Ciria

7. *Lecciones sobre la filosofía del espíritu subjetivo. III. Fenomenología y Psicología.* G.W.F. Hegel. Edición de Juan José Padial y Alberto Ciria

5.- Colección Sabiduría y Religiones

Directores: José Antonio Antón Pacheco, Jacinto Choza y Jesús de Garay

Textos de carácter sapiencial de las diferentes culturas. Textos sagrados y sobre lo sagrado y textos religiosos de las diferentes confesiones de la historia humana. Textos pertenecientes a confesiones y religiones institucionalizadas del mundo.

1.- *El culto originario: La religión paleolítica.* Jacinto Choza

6.- Colección Estudios Thémata.

Directores: Jacinto Choza, Francisco Rodríguez Valls, Juan José Padial.

Trabajos de investigación personal y en equipo, específicos y genéricos, instantáneos y prolongados, concluyentes y abiertos a ulteriores investigaciones. Textos sobre estados de las cuestiones y formulaciones heurísticas.

1.- *La interculturalidad en diálogo. Estudios filosóficos.* Sonia París e Irene Comins (eds)

2.- *Humanismo global. Religiones, derecho y género.* Sonia París e Irene Comins (eds)

3.- *Fibromialgia. Un diálogo terapéutico.* Ayme Barreda, Jacinto Choza, Ananí Gutiérrez y Eduardo Riquelme (eds)

7.- Colección Cuadernos de Clases.

Directores: Ananí Gutiérrez Aguilar y Jacinto Choza

Antologías, apuntes de y para clases, conferencias, debates y seminarios, selecciones de textos ya editados. Textos de valor práctico para uso en las aulas por estudiantes y participantes en talleres y sesiones de trabajo de diverso tipo.

1.- *Bioética y sentido de la vida.* Jacinto Choza



Este libro se terminó de imprimir el día 29 de agosto de 2016, festividad de San Juan Bautista.

