

Javier Ramos García

FIBROMIALGIA: ¿LA HISTERIA EN EL CAPITALISMO DE FICCIÓN?

FIBROMYALGIA: HYSTERIA IN FICTION CAPITALISM?

RESUMEN

Se analiza el contexto social, político, mediático y científico en el que la Fibromialgia aparece como un fenómeno de amplio impacto. Se propone una mirada desde un modelo biopsicosocial y se sugiere que este conglomerado sintomático pueda haberse constituido en el destino de la histeria en el siglo XXI.

Palabras clave. Fibromialgia, contexto político-social, modelo biopsicosocial, histeria.

SUMMARY

The social, political, media, and scientific context in which Fibromyalgia appears like a striking phenomenon is analysed. It is proposed a gaze from a biopsychosocial model and it is suggested that this syndrome can have become the destiny of the hysteria of XXI century.

Key words. Fibromyalgia, sociopolitical context, biopsychosocial model, hysteria.

«Toda sociedad tiene su régimen de verdad, su «política general» acerca de la verdad, es decir, los tipos de discurso que acepta y hace funcionar como verdad»

Michel Foucault

■ INTRODUCCIÓN

La Fibromialgia (FM) es un síndrome de dolor crónico de etiología desconocida. Su diagnóstico se basa en evaluaciones subjetivas, sin que sea posible aportar hallazgos concluyentes en las pruebas radiológicas o de laboratorio. Clínicamente se caracteriza por dolor musculoesquelético difuso. Aunque puede en principio estar localizado (habitualmente en nuca y hombros), son muchos los grupos musculares susceptibles de verse afectados. El dolor es crónico y persistente, si bien son fre-

cuentas las variaciones en la intensidad del mismo. Los pacientes se quejan habitualmente de rigidez matinal, alteraciones en el sueño y fatiga (1). El único hallazgo característico en la exploración física es el dolor a la palpación digital de una serie de puntos sensibles («tender points») próximos a las inserciones tendinosas que incluye los codos, la región cervical baja, las rodillas o el gran trocánter del fémur. Estos criterios diagnósticos fueron propuestos por el American College of Rheumatology en 1990 (2) y, si bien son en general aceptados, no escapan a la controversia ni a las críticas incluso por parte de alguno de los autores que hace poco más de una década los propugnaron (3).

La FM es diez veces más frecuente en mujeres que en hombres, y se presenta habitualmente en individuos de 30 a 55 años. La incidencia de psicopatología en los pacientes fibromiálgicos se ha señalado tradicionalmente, al tiempo que se trata de un diagnóstico frecuentemente asociado a otros cuadros de reconocido componente funcional (1).

La etiqueta diagnóstica de FM (en la que encuentran acomodo pacientes que recibieron en el pasado otras como la de reumatismo muscular o la de fibrositis) tiene hoy una presencia estruendosa a nivel asistencial, social y mediático, fenómeno ante el cual se alzan voces críticas desde diversos campos de la Medicina (4-7).

En el presente trabajo se pretende una mirada crítica acerca del contexto sociocultural, político y científico en el que triunfa un diagnóstico como el de la FM para, posteriormente, proponer una visión psicosocial que barajaría esta etiqueta como un destino favorito para la historia de nuestros días.

■ UNA SUCINTA MIRADA A NUESTRA ÉPOCA. LA CIENCIA POSITIVA EN LA SOCIEDAD POSMODERNA

Sin una pretensión de ser exhaustivo, sí existen algunos aspectos que merece la pena señalar como constitutivos del contexto económico, político, social, mediático y también científico en el que esta «enfermedad», con su nuevo y exitoso rótulo, emerge en la sociedad a lo largo de las últimas décadas. Y es que, si bien algunos autores hacen referencia a la presencia de este conglomerado sintomático ya en los textos bíblicos (8), su explosión social y relevancia en los medios se circunscribe al último cuarto del siglo XX y, con una progresión geométrica, a los primeros años del milenio recién estrenado, donde encontramos ya diagnósticos retrospectivos de personajes de la Historia (9). Se trata de un fenómeno en absoluto exclusivo de la FM, pues sobran ejemplos en una época en la que la vida se medicaliza (10). Y, sin embargo, es aquella una «enfermedad» con un presencia que apenas tiene parangón: en la última década, el número de trabajos publicados dedicados a este tema se ha quintuplicado (11).

En su estimulante propuesta sobre la vida en el capitalismo de ficción (que se inauguraría tras la caída del muro de Berlín en 1989), Verdú (12) señala cómo «renuentes a los sacrificios y la espera, exigentes del bienestar a corto plazo, familiarizados con las drogas, la nueva generación profesa lo que Lipovetsky llama una 'ética sin dolor', un quehacer que reclama satisfacciones sin entregar nada importante a cambio y menos todavía por adelantado». Y prosigue más adelante: «bajo el peso del psicoanálisis la infancia era un pozo de conflictos, pero hoy la puerilización general es el atajo democrático hacia la felicidad en masa». Efectivamente, el psicoanálisis centraba (y centra) su mirada y llamaba la atención sobre los conflictos internos y la manera de enfrentarlos. Por el contrario, en la posmoderna sociedad del capitalismo de ficción, que curiosamente encuentra en la ciencia positiva y empirista una abrumadora coartada, el conflicto, la subjetividad (y el sujeto), resultan escotomizados, y no tienen otra función que la de servir de reclamo para la venta y el enriquecimiento empresarial.

El capitalismo de ficción se acomoda en una sociedad que consume estimulada eficazmente por los medios. Que muestra una llamativa intolerancia a la frustración, el esfuerzo y el displacer. Incomodidades que, por supuesto, el mercado no pasa por alto, mostrando una fascinante presteza para la identificación (o creación, o magnificación) de necesidades que serán resueltas con rapidez (posponer gratificaciones es algo que apenas tiene ya cabida) y con un coste personal, aparte lo económico, tendente a cero. De este modo, resulta inevitable que la salud, en un sentido hipertrofiado e idealizado (12) constituya un mercado floreciente y más que interesante no sólo para la industria farmacéutica (para ésta, desde luego) (13, 14), sino también para la de la alimentación, la educativa, la del ocio o la de la estética. Industrias que no venden mensajes ligeros y carentes de fundamentación, sino con la cobertura de la «ciencia» (oficial), que respalda las comunicaciones que se vierten a los medios. Así, es preciso explorar con detenimiento los malestares de esta sociedad enferma -el paso del malestar a la enfermedad (o de las dificultades en el estudio al fracaso escolar) parece ser sólo una cuestión de tiempo-, nombrar el trastorno, generar conciencia del mismo en las comunidades médicas, científicas y ciudadanas y, rápidamente, vender la solución casi mágica que ponga fin al sufrimiento. Surgen de este modo «enfermedades por ahora poco conocidas», «mal estudiadas por el momento», «poco diagnosticadas» y, claro, «tardíamente y mal tratadas». «El mal es creciente y cada vez más preocupante». Una historia que, sin duda, será difundida con fortuna en los medios, que puede alimentar durante mucho tiempo las revistas científicas con elevado factor de impacto y los congresos de alto interés sanitario, que puede servir para hacer carrera o para crear «unidades pioneras» que incrementan el prestigio de importantes hospitales o que se constituyan en centros de referencia a nivel nacional. (Richard Smith, editor del *British Medical Journal*, comentaba en una reciente entrevista que sólo un 10% de los estudios publicados en las revistas

especializadas tenían realmente alguna utilidad para el médico en su práctica profesional (15), un dato, sin duda, para la reflexión acerca de la maquinaria editorial científica).

La enfermedad recibe una etiqueta y se postula ya como un trastorno «de pleno derecho», generador, «con toda la razón», de inquietud y alarma social. Surgen asociaciones de pacientes y de familiares de pacientes. Y, si hay suerte (tal es el caso de la FM) fundaciones con vocación de lobby (16) que no permitirán que los afectados sean desatendidos o maltratados y que suscitan y avivan la reivindicación y la demanda. (Algo que, por desgracia, no está al alcance de grupos afectados por trastornos como la esquizofrenia, con una capacidad de influencia mucho menor (17). Estamos ante un tema ya que sacude a la opinión pública. Y que el mercado, siempre atento a su negocio, no va a pasar por alto. Importante presencia en los medios, equipos de marketing trabajando a destajo y múltiples productos de todo tipo listos para vender: medicamentos, psicoterapias (cognitivo-conductuales, por supuesto), servicios sanitarios varios, servicios jurídicos que defenderán las bajas e incapacidades de los afectados. Y no porque sí, sino porque el corpus científico, implicado (muchas veces de forma interesada) en el tinglado, así lo proclama. Todo ello a mayor gloria de una sociedad ávida de nuevos diagnósticos para los malestares cotidianos (13). Y todo ello, por desgracia, a favor de los aspectos más pasivos, regresivos e infantiles de los recién constituidos como pacientes. La simbolización y la mentalización del sufrimiento, propugnada por saberes «no científicos» (y que, ciertamente, han contribuido muchas veces a su propio aislamiento (18) es esquivada limpiamente gracias a productos eficaces, rápidos, ya a la venta o prestos a salir al mercado. No hay nada que historizar. Los pacientes no tienen problemas, dificultades relacionales, sinsabores vitales o (menos aún) conflictos intrapsíquicos. Tienen síntomas descontextualizados que han de ser agrupados, recibir un código y una etiqueta diagnóstica y, a renglón seguido, una indicación de tratamiento. Todo ello, por supuesto, dentro del canon y la ortodoxia del modelo biomédico y del reduccionismo organicista que, naturalmente, es el único científico, y que encaja con interesante precisión con los modelos ¿políticos? neoliberales y con la economía de mercado (19). Sociedad posmoderna y ciencia positiva: curiosos compañeros de viaje. O no tanto, si tenemos en cuenta los procesos de objetivación, reificación y legitimación, así como los mecanismos conceptuales y la organización social para el mantenimiento de los universos conceptuales descritos por Berger y Luckmann en su ya clásico trabajo (20). «La realidad se define socialmente, pero las definiciones siempre se encarnan, vale decir, los individuos y grupos de individuos concretos sirven como definidores de la realidad. Para comprender en un momento dado el estado del universo construido socialmente o los cambios que sufre con el tiempo, es necesario comprender la organización social que permite a los definidores efectuar sus definiciones. [...]

Los expertos en estos refinados cuerpos de conocimiento reclaman un *status* nuevo; no sólo son especialistas en tal o cual sector del acopio social de conocimiento, sino que demandan jurisdicción definitiva sobre la totalidad de dicho acopio. Son expertos universales, hablando literalmente. Esto no significa que pretenden saberlo todo, sino que más bien pretenden saber la significación definitiva de lo que todos saben y hacen. Tal vez haya otros hombres que continúen jalonando sectores particulares de la realidad, pero los expertos reclaman idoneidad en las definiciones últimas de la realidad en cuanto tal».

En el campo de la Salud Mental tales definidores, poseedores del saber en cuanto a la significación definitiva de las cosas, con una incontestable presencia en los ámbitos y los medios científicos, comulgan en general con el reduccionismo organicista y con planteamientos mecanicistas, como sagazmente ha señalado Tizón, por ejemplo, (21,22,13). Y la Universidad, supuesto santuario del pensamiento y de una observación crítica e independiente tampoco parece ajena a este estado de cosas. Se han creado 700 facultades de Medicina en el mundo en los últimos siete años, pero la calidad de la formación parece cada vez más amenazada (23). Del mismo modo que se ven amenazadas todas las formas complejas y críticas de interpretar el mundo (24) como pueda ser el psicoanálisis, tenazmente excluido de los planes de estudios de las facultades de Psicología (25). Como recientemente expresaba Juan Goytisolo, «en nuestros reinos de taifa universitarios y la atmósfera de ramplón y oficial conformismo, salirse de los caminos trillados y avanzar sin anteojeras choca con los intereses creados y las jerarquías establecidas del saber. La «novedad de discurrir» es desaconsejable a quienes aspiran a hacer carrera: mejor y más provechoso serán siempre la adhesión al canon y la rutina del *magister dixit*» (26).

Parece que, una vez más, sea preciso optar entre el lugar del apocalíptico y el del integrado. Y, sin duda, frente al optimismo de este último, resulta inquietante y no demasiado cómodo el del primero (27).

■ LA FM. UNA APROXIMACIÓN BIOPSIICOSOCIAL

Desde la corrección política, al menos desde un planteamiento no estrictamente biologista, la propuesta de una perspectiva biopsicosocial resulta más o menos obligada. Ello no quiere decir, desde luego, que, una vez pronunciada o puesta por escrito la palabra mágica, sea preciso realmente profundizar, siquiera mínimamente en tan loable y tranquilizadora declaración de intenciones. Lo «multidisciplinar», lo «biopsicosocial», la «integración de conocimientos», no van más allá, en muchas ocasiones, de un «como si», de una pseudocomprensión de las cosas que, inevitablemente, se acompaña de una actuación (también en un sentido psicoanalítico) que no supone sino más de lo mismo. Fenómeno éste que, en una aparente paradoja, aparece de un modo mucho más flagrante en el campo de la Psiquiatría que en el de otras ramas de la Medicina (19).

Por desgracia, la jerarquía de lo biológico, no a nivel científico, por supuesto, sino desde un punto de vista político y de detentación de poder, no puede dar lugar, posteriormente, a la construcción de un edificio conceptual en el que no esté «cada uno en su sitio», quedando bien claro dónde están las cosas importantes y dónde las secundarias o las meramente decorativas. Resulta complicadísimo, de este modo, encontrar un solo equipo «multidisciplinar», en el que las cosas no partan de una perspectiva biológica, organicista; acomodándose posteriormente lo «psico» y lo «social» del modo más estético y aparente posible, sin necesidad de que haya un mínimo calado real de un pensamiento psicológico y social. Porque lo cierto es que, si la presencia de los psicólogos ya es mínima en esos equipos supuestamente multidisciplinarios, lo trágico es que, en muchas ocasiones, éstos están mucho más preocupados de ponerse al servicio del preponderante planteamiento biológico, de ser conquistados por esa superpotencia que son las Neurociencias (19), de demostrar su «seriedad científica» dentro de una epistemología positivista, libre de ambigüedades constructivistas o, casi peor, socioconstructivistas. De tal modo que los psiquiatras y psicólogos con un interés por lo psicológico y lo social apenas constituyen una pequeña isla en el inmenso mar de la ideología organicista. No existe apenas un pensamiento global de las cosas sino que, al servicio del mecanicismo, la operativización, los estudios aleatorizados controlados y la «ciencia de verdad», los saberes psicosociales se pliegan sumisamente o, simplemente, desaparecen (28). El aparataje de lo orgánico domina todo, y pone a su servicio, de un modo más cosmético que real a los restantes elementos de esa supuesta propuesta integradora. Lo psicológico y lo social aparecen, pero vacíos de contenido. Siguen sin estar realmente, pero en unas condiciones aún peores que si no apareciesen en absoluto. No queda siquiera la posibilidad de una reivindicación por estar presentes ya que, en apariencia, forman parte de ese tinglado científico que sigue sin tomarlos en serio.

Aspectos clave, variables fundamentales como el deseo de colocarse en el rol de paciente, el beneficio secundario, la enfermedad como identidad, el malestar social que busca una expresión en forma de enfermedad, el significado psicológico y comunicacional de la queja somática, los conflictos relacionales y, no digamos, los intrapsíquicos parecen generalmente olvidados en las tablas, las gráficas, y los miles de datos cuantificables y sometidos después a tratamiento estadístico. Algunas voces se alzan en la denuncia de este estado de cosas. En el caso de la FM es, nuevamente, la Medicina la que se muestra más audaz y, pese a que su presencia es muy minoritaria entre el aluvión de publicaciones referidas a este tema, resulta alentador leer ciertos editoriales de algunas de las más señeras revistas reumatológicas (4-7).

Intentaré aquí dar un espacio a algunos elementos que creo importantes para entender y abordar un fenómeno como el de la FM, sin pretender, en ningún momento, por ello, olvidar, ignorar o tachar de irrelevante lo biológico, sino con la intención de obtener una visión más global, de conjunto, de este conglomerado sintomático de tan importante presencia en lo asistencial y lo social.

Aspectos sociales

A los ya señalados en el apartado dedicado a la breve descripción del mundo en la posmodernidad, del espíritu de la presente época, de la poderosa influencia de los medios de información -la FM aparece, peregrinamente, en las publicaciones más variopintas (29)-, cabe añadir otros que creo especialmente relevantes.

Los síntomas somáticos constituyen la causa fundamental en la demanda de asistencia sanitaria de los consultantes recibidos en Atención Primaria. Goldberg y Huxley señalan en su clásico trabajo que, aun cuando los pacientes puedan percibir en sí mismos síntomas psicológicos, estos suelen ser interpretados en términos de enfermedad inespecífica, y efectúan en todo caso su consulta médica por los síntomas somáticos acompañantes, pensando, además, que el médico espera que presente síntomas físicos (30).

Al menos el 33% de estos síntomas somáticos carece de explicación médica. Entre un 20 y un 25% de ellos cursa de modo recurrente o crónico, y su relación con aspectos psico(pato)lógicos parece bien establecida (31).

En este panorama, la FM se sitúa en un lugar destacado. El número de pacientes que consultan por esta dolencia o que persiguen este diagnóstico resulta descomunal, los gastos directos e indirectos generados son exorbitados (32) y el crecimiento de la medicalización de la sociedad alarmante (7). Pacientes complicados, frustrantes para el médico, que se encuentra a menudo sobrepasado por una propuesta relacional compleja, ávida, demandante, irritante, desconcertante. Incomprensible si se obvian algunos elementos como los múltiples beneficios secundarios que un determinado diagnóstico puede llevar aparejados y que se unirán al poderoso objetivo (inconsciente) de ocupar el rol de enfermo (33, 34).

La FM no sólo es una de las etiquetas favoritas de aquellos que pueden pretender obtener alguna ganancia de la enfermedad (35) sino que, y sobre todo, conlleva un número tal de consecuencias que operan a favor de los aspectos más neuróticos y regresivos de los pacientes que éstos, dejando a un lado su voluntad consciente, son arrastrados a un lugar del que no resulta sencillo salir: como señala Ehrlich en un incendiario editorial, el paciente, que padece una FM desde el momento del diagnóstico (y no antes), queda avocado al papel de víctima por obra y gracia de la «industria remunerativa» (6). En lo laboral les son concedidas prebendas de discapacitados (36, 37), en lo social se les cede un lugar de privilegio (38) y en lo familiar son tratados con atenciones especiales (39). Todo ello frecuentemente sin medida, en el olvido o la ignorancia de que tales cuidados, lejos de favorecer al paciente, contribuyen a la cronicidad y a que los abordajes terapéuticos ensayados resulten infructuosos (40, 41).

Como señalaba Freud hace casi ya cien años, «la experiencia demuestra que cuando uno de tales individuos contrae una neurosis, no se deja ya sino difícilmente arrancar a ella, pues le presta grandes servicios en su lucha por la existencia y le



procura una ventaja patológica secundaria demasiado importante» (42). Propuesta aguda y de interés siempre y cuando sea posible asumir la existencia de las neurosis, su potencial patógeno y la plasticidad de sus formas de presentación.

Aspectos psicológicos. La histeria (y la muerte de la misma)

«Hay trastornos 'psíquicos' derivados de un estado de disfunción orgánica; ésto es fácilmente aceptado por cualquier médico; por el contrario, la inversa, es decir, el trastorno somático como consecuencia de un sufrimiento psíquico, puede admitirse solamente en un plano teórico, ya que en el terreno de la práctica se desencadenan los reflejos curadores del médico y se orientan hacia los trastornos orgánicos; no se reconoce que la fuerza que los ha engendrado no la disminuye el tratamiento y que por tanto hallará otras vías de manifestación, quizá más peligrosas para el sujeto. Los síntomas en cuestión suelen ser designados con un término vago, cajón de sastre más o menos satisfactorio con el que el médico se descarga de las preguntas embarazosas» (43).

La cita, está tomada del clásico trabajo de Israël «La histeria, el sexo y el médico». Escrito hace más de un cuarto de siglo, su estilo naturalista permite apreciar su soberbia agudeza clínica y su deseo de ser comprendido... por los médicos. La FM no gozaba entonces del éxito actual. Y, sin embargo, no resulta difícil pensar en ella al leer unas líneas cuyo espíritu comparten algunos de los médicos que abanderan un cierto pensamiento crítico ante este fenómeno desbordante (4-7).

Resulta indudable lo controvertido, quizás escandaloso, de una propuesta como ésta. Sugerir que la histeria pueda estar detrás de una enfermedad (o, al menos, de un diagnóstico) que aparece con sintomatología somática viene a sonar hoy, como en los setenta, tal vez como siempre, a deslegitimación del sufrimiento de los pacientes, a olvido de la realidad biológica, a prepotencia u omnipotencia de lo psicológico. O, incluso, a falta de piedad. Por varias razones. La primera, porque la histeria, como concepto teórico y clínico de enorme complejidad, cayó en desgracia ya hace décadas. Fuera de los círculos psicoanalíticos (a veces también en ellos) el campo semántico de la histeria se ha inundado de un componente peyorativo y despectivo que justifica la agresión al portador; al tiempo que ha perdido su significación clínica y psicológica. Es patrimonio del lenguaje informal o de la calle y expulsado o arrinconado (Trastorno Histriónico de la Personalidad) en las modernas nosologías atomistas (44), perdiendo su valor estructurante, integrador e iluminador de lo aparentemente incomprensible. Así, hasta la muerte de la histeria (45). Utilizarlo como parte de un discurso pretendidamente serio lo convierte a uno en sospechoso de acientificismo, esoterismo o sectarismo. Y, sin embargo, es desde la posibilidad de escuchar a la histeria que se hace (más) posible la comprensión de un conjunto de quejas somáticas que llevan al sujeto (con toda su subjetividad) a la incapacitación para una vida normal. Quejas y dolores que se inscriben en una narra-

ción biográfica, que se incluyen en un mundo relacional y que son inseparables de la vida psicológica del individuo. Las clasificaciones diagnósticas atomizadoras responden a una Medicina de idéntico talante, que conlleva tratamientos asimismo fragmentados y fragmentarios, con un más que frecuente olvido de la importancia de lo relacional y lo psicológico.

En la FM, como en la histeria, resulta esencial atender al valor simbólico y comunicacional del dolor y de la queja (46). Pero si carecemos de la complejidad conceptual que la histeria nos aporta, el sufrimiento de los afectados, el soportado por sus familiares y, especialmente, por sus parejas (47, 39) -y que, por otro lado, tampoco debería ser escuchado con ingenuidad (48)-, la crispación y frustración del médico y la desesperación y extenuación del paciente que se despliegan en el encuentro que tiene lugar en el escenario de la consulta (49-53, 46), todo aquello que debe ser escuchado y comprendido y que nos permitirá, cuando menos, no dañar, quedará entre brumas.

La sentencia de Lasègue de que «la definición de la histeria no se ha dado ni se dará nunca» es completada por Israël: «no se ha dado ni se dará nunca... por un médico». Quizás sea preciso también, para entender la FM, apartarse del modelo médico, superar el hiato cuerpo-mente (54) y tomar en cuenta ciertos aspectos psicológicos y relacionales sin renunciar a la riqueza que lo psicodinámico pueda aportar.

Hoy como ayer, en la FM como en la distonía neurovegetativa. Hoy como ayer, la imprecisión de los síntomas que no pueden ser objetivados analíticamente o radiológicamente. Lo suficientemente preocupantes como para que el entorno se interese por ellos. Hoy como ayer, el auténtico combate entre la histérica y el médico se basa en gran parte en el desconocimiento de la importancia del psiquismo para el ser humano (43).

Si las histéricas se dirigen a la Medicina no porque se supiesen enfermas sino porque no sabían a quién confiar sus penas (43), algo bastante similar sucede en las consultas médicas, psiquiátricas y psicológicas cuando -si se ofrece un espacio y se adopta una actitud que lo haga posible, esto es, si el *furor sanandi* puede ser contenido y se presta una cierta atención- se escucha a las pacientes (como en la histeria, son escasos los varones) diagnosticadas de FM. Rápidamente, los dolores pierden importancia en su discurso, al tiempo que emergen con pujanza problemáticas relacionales, frustraciones laborales, insatisfacciones vitales.

Resulta difícil establecer el modo en que un individuo sufriente elige, en su búsqueda de consuelo, a un confidente en el seno de la comunidad. Pero no es improbable que sí, como es habitual en los contextos urbanos de los países industrializados, se halla seducido por el constructo de la «Medicina científica», elija a un médico como interlocutor (7). Es muy raro que el primer médico encontrado por la histérica sea un psiquiatra. A causa del polimorfismo de las manifestaciones histé-

ricas, podrá ser solicitado en primer lugar tanto un médico de cabecera como cualquier otro especialista; y como la histeria representa un porcentaje importante de 'toda' la clientela médica, el médico se verá obligado a ocuparse de ella (43).

Las algias han sido, desde siempre, una de las quejas más presentes en el universo histérico. Y si antaño fueron las cefaleas las privilegiadas, no resulta demasiado descabellado sospechar que sea hoy la FM la elegida como ropaje con el que se viste el sufrimiento emocional para acudir a la cita con el médico (55). La evolución de los síntomas fue lo que dio lugar a la afirmación de que las histéricas seguían la moda (43). Y resulta absurdo pensar que la histérica posmoderna vaya a adoptar los disfraces de nuestras abuelas (48) cuando otros diagnósticos pueden resultar hoy mucho más favorecedores. En la era del capitalismo de ficción la FM (y otros algoritmos diagnósticos cercanos como el Síndrome de Fatiga Crónica (56)), se ofrece como un destino especialmente apetecible por su enorme capacidad para proporcionar una identidad, por un poder estructurante (57) que no aporta toda etiqueta diagnóstica. Gracias a la presión política y mediática, a la científica y social (58).

■ ¿CABE UNA REFLEXIÓN PSICOLÓGICA -Y TIENE ALGÚN FIN- EN LA SOCIEDAD CONTEMPORÁNEA?

En tal estado de cosas y a la espera de que llegue un deslumbrante descubrimiento científico que conlleve un triunfo terapéutico y convierta en secundarias -y fatuas- reflexiones psicosociales y socioculturales como las aquí planteadas (7), ¿tiene algún sentido la denuncia de etiquetas diagnósticas que acogen el malestar psicológico y lo transmutan en enfermedad somática? ¿Supone algún beneficio cuestionar un algoritmo que resuelve inicialmente la conflictiva de los pacientes y contribuye al buen estado de salud de diferentes industrias -científica, editorial, «remunerativa», etc.- básicas en la sociedad del siglo XXI? ¿Desde qué ética se puede plantear el desmantelamiento de semejante tinglado? Freud planteaba con humildad en «La psicoterapia de la histeria» (59) que su objetivo era conseguir que la miseria histérica se llegase a convertir en infortunio corriente. Y quizás desde ahí, tal vez desde la legitimación del malestar cotidiano como un valor con el que pueda ser deseable convivir (antes que con la neurosis o con la enfermedad física), es posible que entonces pueda exigirse el abandono de diagnósticos como el de la FM (u otros) y no permitir que los «tender points» nos distraigan de los aspectos psicosociales esenciales subyacentes (3).

AGRADECIMIENTOS. Agradezco a los dres. Marian Fernández Galindo y Antonio de la Nuez su paciente escucha, sus valiosos comentarios y la lectura crítica y enriquecedora del presente trabajo.

■ BIBLIOGRAFÍA

1. Goldenberg DL. Clinical manifestations and diagnosis of fibromyalgia in adults. Copyright UpToDate2003.
<http://www.utdol.com/application/topic.asp?file=rheumati/2408&type=A&selectedTitle=1-28>
2. Wolfe F, Smythe HA, Yunus MB y otros. «The American College of Rheumatology 1990 criteria for the classification of fibromyalgia». *Arthritis Rheum* 1990; 33: 160-72.
3. Wolfe F. «Stop using the ACR criteria in the clinic» [editorial]. *J Rheumatol* 2003; 30: 1671-2.
4. Gordon DA. Fibromyalgia. «Real or imagined?» [editorial]. *J Rheumatol* 2003; 30: 1664-5.
5. Ehrlich GE. «Fibromyalgia: a virtual disease». *Clin Rheum* 2003; 22: 8-11.
6. Ehrlich GE. «Pain is real; fibromyalgia isn't» [editorial]. *J Rheumatol* 2003; 30: 1666-7.
7. Hadler NM. «Fibromyalgia» and the medicalization of misery [editorial]. *J Rheumatol* 2003; 30: 1668-70.
8. Villagrán Moreno JM, Páez Camino M, Campo Guerras F y otros. «Aspectos psicopatológicos de la fibromialgia», *Arch de Psiq* 2000; 63(2): 159-182.
9. *Diario Médico*. 25.10.2001.
10. Moynihan R, Smith R. «Too much medicine?» [editorial]. *BMJ* 2002; 324: 859-860.
11. Goldenberg D, Smith N. «Fibromyalgia, rheumatologists, and the medical literature: a shaky alliance». *J Rheumatol* 2003; 30(1): 151-3.
12. Verdú V. El estilo del mundo. La vida en el capitalismo de ficción, Barcelona, Anagrama, 2003.
13. El auge de la enfermedad imaginaria. *El País*. 2.7.2002.
14. Mata Ruiz I., Lobo Ortiz A. «Industria farmacéutica y psiquiatría». *Rev Asoc Esp Neuropsiq* 2003, 86: 49-71.
15. *El País*. 1.10.2002.
16. *Diario Médico*. 21.3.2003.
17. Kendell RE. «The National Health Service celebrates its 50th birthday». *Br J Psychiatry* 1998; 173: 1-3.
18. Westen D. «The language of psychoanalytic discourse». *Psychoanalytic Dialogues* 2002; 12(6): 857-898.
19. Tizón JL. «¿Por qué «Neurociencias» y no «Psicociencias»?», *Rev Asoc Esp Neuropsiq* 2002; 84: 67-117.
20. Berger PL, Luckmann Th. The social construction of reality, Nueva York, Doubleday & company, 1967. (Trad cast: La construcción social de la realidad, Buenos Aires, Amorrortu, 2001, decimoséptima reimpresión).

21. Tizón JL. «Investigación y docencia en Salud Mental (I). Reflexiones del clínico antes de la autoinmolación». *Rev Asoc Esp Neuropsiq* 2001; 77: 69-96.
22. Tizón JL. «Investigación y docencia en Salud Mental (II): ¿Queda algún futuro para la «Asistencia Centrada en el Consultante» y el pensamiento clínico?» *Rev Asoc Esp Neuropsiq* 2001; 78: 73-101.
23. *Diario Médico*. 18.9.2003.
24. Quintana A. «A quienes lo desacreditan». *La Vanguardia*. 28.9.2003.
25. González Requena J. «La imprescindible herramienta». *La Vanguardia*. 28.9.2003.
26. *Babelia*. 26.7.2003.
27. Eco U. Apocalípticos e integrados, Barcelona, Fábula. Editorial Lumen y Tusquets Editores, Barcelona, 2001 (cuarta edición).
28. Tizón JL. «¿A qué se puede llamar atención a la salud mental y atención psiquiátrica «basadas en la evidencia»?» *Arch de Psiq* 2002; 65(1): 5-12.
29. Moreno A. «Una enigmática enfermedad que afecta especialmente a las mujeres: la fibromialgia». *José Luis (Revista de gastronomía)* 2003; 46: 18-19.
30. Goldberg D, Huxley P. Mental Illness in the community. The pathway to psychiatric care, London, Tavistock Publications, 1980. (Trad cast: Enfermedad mental en la comunidad, Madrid, Nieva, 1990).
31. Kroenke K. «Patients presenting with somatic complaints: epidemiology, psychiatric comorbidity and management». *Int J Methods Psychiatr Res* 2003; 12(1): 34-43.
32. Robinson RL y otros. «Economic cost and epidemiological characteristics of patients with fibromyalgia claims». *J Rheumatol* 2003; 30(6): 1318-25.
33. Shilling C. «Culture, the 'sick role' and the consumption of health». *Br J Sociol* 2002; 53(4): 621-38.
34. Kwan O, Friel J. «Clinical relevance of the sick role and secondary gain in the treatment of disability syndromes». *Med Hypotheses* 2002; 59(2): 129-34.
35. Mittenberg W, Patton C, Canyock EM y otros. «Base rates of malingering and symptom exaggeration». *J Clin Exp Neuropsychol* 2002; 24(8): 1094-102.
36. *Diario Médico*. 3.10.2002.
37. *Diario Médico*. 23.9.2003.
38. *Diario Médico*. 15.3.2002.
39. Paulson M, Norberg A, Soderberg S. «Living in the shadow of fibromyalgic pain: the meaning of female partners' experiences». *J Clin Nurs* 2003; 12(2): 235-43.
40. Fernández Cuadrado MV, Biurrún Unzué A, Jusué Erro G. «Dolor crónico y estatus laboral: diferencias en la intensidad del dolor tras la administración de un programa de tratamiento psicológico». *Anales de Psiquiatría* 2003; 19(5): 194-199.
41. Teasell RW. «Compensation and chronic pain». *Clin J Pain* 2001; 17(suppl. 4): 346-64.
42. Freud S. La iniciación del tratamiento, 1913. En Obras Completas, Madrid, Biblioteca Nueva, 1973.

43. Israël L. La histeria, el sexo y el médico, Barcelona, Toray-Masson, 1979.
44. Maleval J-C. «Limites et dangers des DSM». *Evol Psychiatr* 2003; 68: 39-61.
45. González Duro E. «El final de la histeria». *Rev Asoc Esp Neuropsiq* 1999; 71: 437-45.
46. Priel B, Rabinowitz B, Pels RJ. «A semiotic perspective on chronic pain: implications for the interaction between patient and physician». *Br J Med Psychol* 1991; 64: 65-71.
47. Soderberg S, Strand M, Haapala M y otros. «Living with a woman with Fibromyalgia from the perspective of the husband». *J Adv Nurs* 2003; 42(2): 143-50.
48. Perrier F. Estructura histérica y diálogo analítico. En Nasio JD (compilador). Acto psicoanalítico. Teoría y clínica, Buenos Aires, Nueva Visión, 1974.
49. Hadler NM. «The injured worker and the internist». *Annals Int Med* 1994; 120: 163-4.
50. Stone J, Wojcik W, Durrance D y otros. «What should we say to patients with symptoms unexplained by disease? The "number needed to offend"». *BMJ* 2002; 325 (7378): 1449-1450.
51. Dobkin PL, De Civita M, Abrahamowicz M y otros. «Patient-physician discordance in fibromyalgia». *J Rheumatol* 2003; 30(6): 1326-34.
52. Werner A, Malterud K. «It is hard work behaving as a credible patient: encounters between women with chronic pain and their doctors». *Soc Sci Med* 2003; 57(8): 1409-19.
53. Patkar AA, Bilal L, Masand PS. «Management of fibromyalgia». *Curr Psychiatry Rep* 2003; 5(3): 218-24.
54. Bracken P, Thomas Ph. «Time to move beyond the mind-body split» [Editorial]. *BMJ* 2002; 325: 1433-1434.
55. Aaron LA, Bradley LA, Alarcón GS y otros. «Psychiatric diagnoses in patients with fibromyalgia are related to health care-seeking behavior rather than to illness». *Arthritis Rheum* 1996; 39(3):436-45.
56. Hadler NM. «Fibromyalgia, chronic fatigue, and other iatrogenic diagnostic algorithms. Do some labels escalate illness in vulnerable patients?» *Postgrad Med* 1997; 102(2): 161-2, 165-6, 171-2.
57. D'Alvia R. «Algunas vicisitudes del dolor en la teoría y en la clínica». *Revista de Psicoterapia y Psicósomática* 1999; 43: 37-45.
58. Hazemeijer I, Rasker JJ. «Fibromyalgia and the therapeutic domain. A philosophical study on the origins of fibromyalgia in a specific social setting». *Rheumatology* 2003; 42(4): 507-15.
59. Freud S. La psicoterapia de la histeria, 1895. En Obras Completas, Madrid, Biblioteca Nueva, 1973.



*Psicólogo Clínico

Unidad de Psicoterapias ASISA

Correspondencia: Pza. de las Comendadoras, 1, 2ºG. 28035-MADRID

jramoselviajero@wanadoo.es