

Fibromialgia, dolor y trauma

Fibromialgia, dor e trauma

Fibromyalgia, pain and trauma

Teresa Morandi Garde¹, Montserrat Rodríguez Garzo².

Resumen:

En este artículo se presenta un ensayo clínico y teórico en el que se aborda la consistencia del sufrimiento, su causa, y su función valiéndose de dos notas clínicas de pacientes con fibromialgia para reflexionar sobre las nociones de trauma y dolor en relación a la expresión del sufrimiento articuladas a las alteraciones del yo. Asimismo, se señala la importancia de la colaboración de psicoanalistas con profesionales del ámbito médico que desde teorías y prácticas diferentes abordan el tratamiento de algunas enfermedades, interrogan el saber de cada profesión y piensan juntos la clínica, dialogando en beneficio de los pacientes y también de los propios profesionales.

Palabras Claves: trauma; dolor; sufrimiento; desamparo; estrés; fibromialgia; PINE/PNEI.

Resumo:

Este artigo apresenta um ensaio clínico e teórico que aborda a consistência do sofrimento, sua causa e sua função utilizando duas anotações clínicas de pacientes com fibromialgia para refletir sobre as noções de trauma e dor em relação à expressão do sofrimento articulado às alterações do eu. Da mesma forma, a importância da colaboração dos psicanalistas com profissionais da área médica que, a partir de diferentes teorias e práticas, abordam o tratamento de algumas doenças, interrogam os saberes de cada profissão e pensam juntos a clínica, dialogam em benefício dos pacientes e também dos próprios profissionais.

Palabras chave: trauma; dor; sofrimento; desamparo; estresse; fibromialgia; PINE/PNEI.

Abstract:

This article presents a clinical and theoretical essay that addresses the consistency of suffering, its cause, and its function within the frame of two clinical notes from patients with fibromyalgia to reflect on the notions of trauma and pain in relation to the expression of pain and suffering articulated to alterations of the self. Likewise, the importance of the collaboration of psychoanalysts with professionals from the medical field is emphasized who, from different theories and practices, approach the treatment of some diseases, interrogate the knowledge of each profession and think about the clinic together, being this a dialogue for the benefit of patients and also of the professionals themselves.

Keywords: trauma; pain; suffering; helplessness; stress; fibromyalgia; PINE/PNEI.

¹ Psicoanalista, Psicóloga Clínica (práctica privada). Colaboradora Clínica de Fundación Galatea (COMB), de Umbral, (red Psi) y Psicoxarxa COPC. Docente Supervisora de Equipos de Salud y Salud Mental. Coordinadora de Grupos (Instituciones Públicas). Codirectora del Estudio Trauma y Transmisión. Miembro Junta y Patronato de la FCCSM, Barcelona, España. Correo de contacto: tmorandig@gmail.com.

² Psicoanalista, docente y ensayista. Lda. en Geografía e Historia y Documentalista. Ejerce la clínica privada en Barcelona. Vinculada a las siguientes instituciones: SEMP (Sociedad Española de Medicina Psicosomática), Sección de psicoanálisis del COPC (Colegio Oficial de Psicólogos de Cataluña), APERTURA (Estudio, investigación y transmisión del psicoanálisis), FEAP (Federación Española de Asociaciones de Psicoterapia), AEN (Asociación española de neuropsicoanálisis), UMBRAL y Colegio de Doctores y Licenciados de Catalunya, Barcelona, España. Correo de contacto: mrodriguezgarzo@gmail.com, <https://mrodriguezgarzo.es>

Fecha de Recepción: 2024-09-30 **Aceptado:** 2024-11-26

ARK: <http://id.caicyt.gov.ar/ark:/s27968677/6ry5pmj5g>



[Creative Commons Atribución-NoComercial 4.0](https://creativecommons.org/licenses/by-nc/4.0/)

© 2024 Pinelatinoamericana

Introducción y objetivos

Se presenta un ensayo clínico y teórico sobre en el que se aborda el sufrimiento, su causa y su función articulado a dos notas clínicas para reflexionar sobre las nociones de trauma y dolor en relación a la expresión del sufrimiento vinculadas a las alteraciones del yo, a las inhibiciones y a los trastornos funcionales del organismo. Un sufrimiento que no proviene de lo que en términos freudianos se podría pensar como formaciones del inconsciente, efecto de la represión, sino de la expresión de la angustia asociada a los efectos traumáticos del desamparo, de la experiencia de la indefensión. Dicho de manera simple: un sufrimiento que proviene de la incidencia del lenguaje en el cuerpo, del alcance de las palabras de amor.

La complejidad de la cuestión referida se aborda reflexionando sobre dos notas clínicas de pacientes derivadas por un neurólogo bajo el diagnóstico de fibromialgia, que evocan la noción de trauma enunciada en el simposio sobre las neurosis de guerra, donde Freud (1986) asume las observaciones de Sándor Ferenczi (1981) en “Psicoanálisis de la neurosis de guerra”. Se propone que la causa del trauma psíquico está relacionada con la inexistencia de una herida real y que tiene la misma estructura que lo que designó como neurosis narcisistas, la paranoia y la melancolía diferenciadas de la esquizofrenia o demencia precoz en Kraepelin (Romé y Kopelovich, 2019). Los casos evocan también las nociones de depresión anaclítica y de hospitalismo creadas por René Spitz (1945 y 1946), evocaciones históricas cuya actualidad interroga la clínica contemporánea y la importancia de la orientación diagnóstica en el tratamiento de las presentaciones del malestar, cuestión diluida cuando no borrada en el abordaje actual de la clínica del dolor.

Fibromialgia, dolor y trauma

Sobre el dolor

El dolor, agudo o crónico, es un cuadro clínico de máxima prevalencia en las consultas médicas en esta época. Depende de diferentes causas, por lo que no tiene un sentido unívoco, al ser parte de la condición humana (Isoldi y Vaschetto, 2022). Sin embargo el abordaje actual suele ser casi exclusivamente biomédico, incluso cuando la causa se considera psiquiátrica, decantando hacia un enfoque fundamentalmente farmacológico, asociando de manera frecuente – según las clasificaciones DSM¹ y otras - los síntomas dolorosos con diagnósticos de depresión y/o ansiedad.

Breuer y Freud (1985) señalaron que aquellos pacientes que presentaban ciertas lesiones que no respondían a la anatomía del SNC, al dar lugar a la palabra y a una escucha por parte del terapeuta, se observaba en ellos una disminución del sufrimiento y resolución de síntomas. Esta clínica - en el campo del psicoanálisis- lleva a cuestionar el modelo cartesiano, organicista, y en consecuencia a considerar el valor de la palabra y del cuerpo no sólo como organismo, sino como un cuerpo erótico, un cuerpo que implica a quien lo sufre y a su historia de vida.

¹ El DSM (*Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders*) es un manual que establece la nomenclatura, las categorías diagnósticas y los criterios para diagnosticar trastornos mentales en la práctica clínica. Es una guía ampliamente utilizada en Estados Unidos para diagnosticar trastornos de salud mental en niños y adultos

Generalmente el escuchar el padecimiento físico de alguien en el campo biomédico se tiende a la exclusión de los aspectos psíquicos, subjetivos, que comporta ese malestar, así como a la afectación que se produce en el lazo social en tanto el sufrimiento produce soledad, aislamiento, disminución o falta de deseo de vivir, de trabajar, de amar. Cuestiones evidentes en las dos presentaciones que se aportan, así como en un fenómeno actual, bastante agudizado, el de las bajas laborales, cada vez más frecuentes, incluso de profesionales del ámbito sanitario (Peña et al., 2022).

La fibromialgia, síndrome doloroso generalizado muchas veces como una condición crónica², es un ejemplo de complejidad, pues, a pesar de la expresión del sufrimiento, los profesionales de la medicina, en relación con la causa, encuentran “nada” orgánico que suele derivar para las personas en que “no tienen nada... importante” (Barrenengoa-Cuadra et al., 2021; Rambla et al., 2023). Se muestra así la gran dificultad de ir más allá de ese “resolutivo” y “cronificante” diagnóstico, que genera más soledad, desesperanza, crecientes visitas a diferentes profesionales, favoreciendo dependencia a diversas medicaciones, con riesgo de efectos secundarios múltiples ocasionando iatrogenia, al reducir al sujeto a un cuerpo orgánico sin historia, sin palabras. Pero también se han hecho riesgosos diagnósticos de fibromialgia, casi como sinónimo de histeria que, tal como se señala en las viñetas clínicas, no todos los casos son iguales, sino que responden a cuestiones más complejas (Bottaccioli y Bottaccioli, 2023).

Se ha de destacar que se ha encontrado - a través de las notas clínicas presentadas en este trabajo - una sintonía con profesionales del campo médico inclinados a trabajar con otras disciplinas que se ocupan de lo subjetivo (cuerpo, lenguaje e imagen), a fin de tener en cuenta la singularidad para lograr escuchar que algo de ese dolor insistente, pese a no encontrarse lesión o disfunción orgánica, suele tener relación con una repetición traumática.

Sobre lo traumático

La palabra *trauma* proviene del griego, literalmente: *herida*. Es un concepto fundamental en psicoanálisis, como así también en el campo de la salud mental y en otros campos, aunque hoy en día suele usarse de modo casi abusivo, tratándolo con escaso rigor, banalizándolo incluso.

Desde el momento en que se nace acontecen experiencias traumáticas, ya sean pérdidas precoces, separaciones significativas con sus duelos que, a la vez, permiten crecer y tener un lugar en el mundo, hasta acontecimientos imprevistos y desbordantes, una realidad imposible de asimilar, que deja al sujeto en estado de *shock*, sin recursos, desamparado, sin palabras, al alterarse la trama simbólica e imaginaria que le ha sostenido para vivir; como si se encontrase ante un “sin sentido” al que no puede darle significación alguna, a la vez que se producen de forma repetitiva angustia, pesadillas, inhibiciones, síntomas corporales y en la psiquis, en un intento desesperado de ligar la intensa excitación que desborda al aparato psíquico de darle un sentido a lo que ocurre. El modelo que utiliza Freud (1985) es el del dolor. Pareciera que todo se pone allí, en ese dolor,

² La Organización Mundial de la Salud (OMS) define la fibromialgia como una enfermedad que se caracteriza por dolor crónico generalizado en el aparato locomotor que dura más de tres meses.

con lo cual se empobrece el resto del funcionamiento psíquico llevándole a una fuerte vivencia de desamparo, de extrañamiento, de indefensión.

En este sentido es importante señalar la diferencia de lo discutido con el cuadro que la psiquiatría determina como diagnóstico de “estrés post traumático”. Tal diagnóstico surge y se moldea como una entidad nosológica, ante las secuelas traumáticas que presentaban los soldados norteamericanos que regresaban de Vietnam. Paradojalmente no eran sólo víctimas de violencia, sino que ellos mismos produjeron actos violentos y podían seguir produciéndolos. Fue un diagnóstico cuyo valor ha sido el de declarar *enfermedad* a aquellos síntomas que, ya desde la Primera Guerra Mundial, eran considerados sólo imaginaciones o cobardía. Adquiere así la misma entidad de los síntomas físicos y, por tanto, reconocimiento médico, económico y social. Dicho merecido reconocimiento instala, a la vez, el efecto “víctima”³ - que, aun siéndolo -, los instala en un no-poder hacer nada por y para sí mismos, quedando a la espera de un Otro⁴ que “resuelva” su situación. Se ha de ser claro en que la ayuda al sujeto consiste en que pueda encontrar salidas propias a una posición pasiva, sufriente, que causa más ataduras, y efectos en sus lazos sociales. La fibromialgia es, entonces, un diagnóstico cuestionado en tanto que puede crear cierta fijeza del ser (“*soy fibromiálgica*”, etc.) al eliminar la subjetividad, lo inconsciente (Morandi, 2012).

Los protocolos que se aplican incluyen a todos aquellos sujetos que han vivido acontecimientos similares como afectados por igual e igual terapéutica. Ahora bien, un encuentro traumático - sea por abuso sexual, de orden bélico, dictaduras, efecto de catástrofes o abandonos - no causa siempre y a todas las personas que lo padecen la misma perturbación. Para ello ha de haber entrado en relación con otros acontecimientos anteriores, historias, marcas en el psiquismo - aunque hayan pasado desapercibidas - tal como se relata en las historias clínicas a continuación. Es decir, que el evento alcanza para un sujeto, en su subjetividad, en su historia vital, una singularidad tal que marca diferencias con los efectos en otros que han vivido hechos similares o presenciado el mismo acontecimiento. Siguiendo esta idea se considera que el trauma se da en dos tiempos, ya referidos desde Freud (1985). En el primero, el sujeto se ve expuesto a aquello que se ha denominado lo imprevisto que es lo que golpea, “el mal encuentro”, denominado la *tyché* (Lacan, 1987). El segundo tiempo tiene que ver con las repercusiones subjetivas, la forma que esa marca afecta y cómo cada cual se enfrenta a ella, sea en el momento o a lo largo de su vida. Los tiempos no responden a lo cronológico, siguen la atemporalidad inconsciente, propia de cada uno/a.

Lo dicho marca diferencia -teórica y clínica- sobre lo traumático en el ámbito psicoanalítico respecto al psiquiátrico. Lo psíquico no se refiere a dinámicas cerebrales, ni a hipótesis biológicas sobre las conductas humana, sino a las marcas del lenguaje, lo social, la cultura, la historia y la política.

La experiencia clínica señala que cada sujeto, de acuerdo con su historia, con su psiquismo, puede sentirse como “víctima” de lo acontecido, entregarse al dolor y de alguna manera detener

³ Las personas afectadas por traumas diversos prefieren denominarse sobrevivientes o supervivientes.

⁴ La noción de Otro en la teoría lacaniana tiene un desarrollo complejo que afecta a la definición de las nociones de lenguaje, inconsciente y exterioridad. El Otro no es el semejante, es el conjunto de lugares que acoge a un nuevo ser, la familia, entre otros lugares, incorporándolo a lo simbólico, conjunto preexistente de valores y normas que organizan la vida social en la que el sujeto se irá integrando. La modalidad de esta incorporación determina la subjetividad, el tipo de vínculo social con la que el sujeto se inscribe en el mundo.

su vida en esa posición, con todas las dificultades que ello acarrea; o arribar a restablecer el lazo con la palabra, interrumpido por lo traumático e interrogarse: *¿qué puedo, o ¿qué quiero hacer con lo que me ha sucedido, o con lo que he hecho?*, encontrando posibilidades de elaboración - trabajo de duelo- que implican cierto acatamiento de la realidad (Freud, 1985). No se diría de curación pues es una marca, imborrable, pero que puede ser soportada sin tanto sufrimiento, al encontrar diferentes herramientas que ayuden modificar la repetición de “lo mismo”; aquello que quedó sin asimilar y se traducía en dolor, en angustia. Herramientas que apuntalen la capacidad de transformar, de reconstruir el mundo propio - ya sea a través de la narración, del análisis, la escritura u otras artes

Estas pinceladas teóricas respecto a las dos pacientes llevan también a la idea de la importancia y necesidad de un enfoque interdisciplinario, tal como se ha dado con los neurólogos o médicos de familia a quienes siempre les es dirigida la demanda de alivio o de resolución del dolor agudo o crónico. Son quienes, al encontrarse interpelados por la insistencia de algunos síntomas y la búsqueda de alivio para los pacientes, comparten esa intervisión e interlocución.

¿Ser fibromiálgica o tener fibromialgia? Dos notas clínicas sobre la función del dolor y la importancia del diagnóstico diferencial para abordar la demanda de tratamiento

Las autoras comentan una experiencia clínica que interroga la función del dolor (Rodríguez Garzo, 2012) y la del diagnóstico diferencial en dos pacientes en las que la fibromialgia es el diagnóstico que propicia un tratamiento analítico. En ambas pacientes, aún siendo buena la adherencia al tratamiento médico instaurado, se van ampliando las manifestaciones del malestar dando lugar a conductas que limitan la actividad vital y que concluyen en pérdida del empleo, aislamiento social y, en uno de los casos, con un diagnóstico de TLP (Trastorno límite de la personalidad), en autolisis recurrente.

El presente estudio explora la causalidad de los trastornos orgánicos o funcionales que no responden a una etiología orgánica específica. La herramienta de trabajo, clínica analítica de orientación lacaniana, delimita el alcance teórico y epistémico en el tratamiento de las dos pacientes que presentan una fenomenología y un diagnóstico médico común, fibromialgia asociada a sintomatología ansiosa y depresiva y una presentación diferenciada de las evidencias clínicas que las pacientes aportan en función de su orden psíquico y en un dispositivo transferencial.

Para situar la importancia del diagnóstico diferencial y su relación con la orientación del tratamiento, se aporta un brevísimo acercamiento sobre la consistencia del dolor en la neurosis histérica y en la melancolía en el texto freudiano y en la lectura que Lacan hace de algunos aspectos establecidos por Freud.

En el pensamiento freudiano, la histeria es un orden clínico que cuestiona la causa médica de algunas presentaciones sintomáticas. Freud aborda estas presentaciones estudiando la causa y los mecanismos de la formación del síntoma, y en un principio establece su etiología articulando la expresión de una experiencia sexual reprimida a una manifestación sintomática. Esta conversión, histérica, determina el núcleo de la teoría freudiana sobre la histeria y la va ampliando mediante la clínica de las manifestaciones sintomáticas derivadas de los mecanismos de la

identificación. La lectura que hace Lacan de la histeria freudiana restringe la concepción psicopatológica en la que se mantuvo Freud, despegando de la anatomía las manifestaciones histéricas y registrándolas en el campo de la incidencia del lenguaje en el cuerpo. Lacan, en sus escritos tempranos sitúa los fenómenos que definen la escisión esquizoide, o los espasmos, en el ámbito de la fenomenología histérica, vinculando esta expresión a la fragilidad fantasiosa de la imagen corporal previa a la unificación imaginaria del cuerpo (Lacan, 2008). Asimismo, extiende el concepto de histeria al de identificación viril (la histeria como formación homosexual) y al de constitución subjetiva (relación del sujeto con el lenguaje, con el Otro), constitución que dará lugar a las modalidades del vínculo social.

Abordar la complejidad de la melancolía como categoría clínica excede ampliamente este artículo. Se hará un acercamiento básico, como el expuesto respecto a la histeria, para situar lo que afecta a la importancia de la orientación diagnóstica en todo tratamiento, aquí con relación a las notas clínicas a las que se hace referencia. Mientras Freud aborda la posición melancólica en relación con los trastornos de los afectos, Lacan sitúa las situaciones melancólicas en relación a los efectos del lenguaje, articulados a la causa del deseo en cada sujeto, tal como se señaló previamente en lo comentado sobre la histeria. En Freud, la constitución de la melancolía recorre su texto y ya está presente en los trabajos pre psicoanalíticos, pero adquiere categoría clínica plena en *Duelo y Melancolía* (Freud, 1992), escrito en el que toma lo normal, el duelo como reacción consciente ante una pérdida, para pensar un estado patológico, la melancolía, posición en la que se da el saber qué o a quien se ha perdido, pero sin conciencia de qué se ha perdido con esa pérdida.

Destacaremos brevemente algunos aspectos planteados en *Duelo y Melancolía* en relación a las notas clínicas que se presentan:

El sujeto A, “Soy fibromiálgica”, presenta lo que Freud contempla como clínica común en sus observaciones sobre la melancolía: desaparición del interés por el mundo externo, de la capacidad de amar, pesadumbre constante e inhibición de la capacidad para producir, mientras que en la paciente B, “Tengo fibromialgia”, los estados observados por Freud se dan en relación a circunstancias vitales vinculadas a una pregunta sobre lo que ha perdido, y con una intensidad y frecuencia oscilante. Mientras que en B las presentaciones del malestar no tienen un carácter basal, producen una rebaja de lo que sostiene su yo y un empobrecimiento de lo que para esta mujer es el mundo. En la paciente A lo que se empobrece es el yo, un empobrecimiento que se alimenta sin cesar de la autocrítica moral que manifiesta. En la paciente B se daría una identificación a un rasgo del objeto perdido y en A una introyección del objeto perdido en el yo.

Tanto para Lacan como para Freud, y en cualquier otro campo clínico en el ámbito de la salud mental, la melancolía tiene un desarrollo complejo y extenso. A partir de los años cincuenta, Lacan sitúa la melancolía como efecto del lenguaje, como constitución subjetiva, no en relación a la constitución del narcisismo. Un efecto vinculado a lo que Freud enuncia como “la sombra del objeto cae sobre yo” y que Lacan recoge expresando que “el objeto triunfa”, que lo que vence es el no saber qué representa lo que se ha perdido. Una falta de representación que en A se suple lúbilmente con el “ser fibromiálgica”; una reparación del ser, una suplencia (Rodríguez Garzo 2015) que le permite ir viviendo de la mejor manera posible. En B la pérdida desencadena un

proceso normal, de duelo, complejo, con ciertos ribetes psicopatológicos, mientras que en A la pérdida destruye una estabilidad vital precaria, pero suficiente para ir asentándose en el mundo.

Las autoras sitúan ahora la intersección fenomenológica de los casos B, “Soy fibromiálgica” y A, “Tengo fibromialgia”. Ambas mujeres consultan por un diagnóstico establecido por el neurólogo que las deriva. En ambos casos la fibromialgia es una presentación más en un cuadro complejo en el que conviven fenomenología ansiosa y depresiva con intentos autolíticos, menores y puntuales en A y recurrentes en B. En ambos casos también, las variaciones del humor están sujetas a las dinámicas de la representación que, articulada a la organización simbólica de cada cual, da lugar a los afectos que se presentan en el cuerpo, que son comunes. También es común la incidencia del abandono parental en la experiencia de desamparo, presente desde una edad temprana, y la dificultad para la elaboración de las pérdidas, rasgo que propicia la aparición de ansiedad y depresión persistente y posteriormente, la sintomatología fibromiálgica. El padre de A desapareció al comienzo de su adolescencia y para B la desatención está presente desde el inicio de su vida, asociada a los abusos sexuales padecidos en el contexto familiar. Ambas pacientes refieren que no hubo carencias con relación al cuidado necesario. Para ambas también la exposición y lo imprevisible son situaciones ansiógenas ante las que desarrollan conductas evitativas. Si bien la terapia médica, antidepressivos asociados a ansiolíticos, palía la intensidad de las presentaciones, los síntomas persisten y no recuperan la vitalidad previa al desencadenamiento.

“Soy fibromiálgica”

La paciente A tiene 45 años cuando consulta. Trabajaba en una peluquería hasta que la parestesia en manos y antebrazos le impidió manejar las herramientas propias de su oficio. Ante la expansión del dolor recurrió al reumatólogo y descartadas posibles patologías médicas (víricas, del tejido conjuntivo o traumatismos) fue derivada al neurólogo, que le propuso una terapia mixta (médica y psíquica).

A se presentó así: “Soy fibromiálgica”. El tratamiento de A fue breve: cinco entrevistas produjeron cierto apaciguamiento de la angustia y el dolor remitió lo suficiente para que reanudase el trabajo, adecuándolo a sus posibilidades (cierta “reestructuración cognitiva”). En este caso, el diagnóstico del neurólogo, fibromialgia, sostenido por el del analista, melancolía histerizada (yo ideal precario sostenido en un ideal del yo vinculado a valores atribuidos a su padre), posibilitó crear condiciones para que A tenga un lugar en el mundo. La orientación del abordaje terapéutico la determinó el diagnóstico diferencial (melancolía histerizada) dirigido aquí a sostener el diagnóstico médico y a autorizar las evitaciones para tratar de localizar un posible funcionamiento no patológico.

Sobre las condiciones afectivas y ambientales de A se observó que en su cultura familiar el trabajo es un valor fundamental apuntalado en el coraje de las mujeres de la familia materna; pero A no respondía a tal exigencia. El primer trabajo estable lo tuvo pasados los 40 años, en una peluquería. Parecía que empezaba a encajar en la exigencia familiar, pero una vez más no fue así. La constancia de los efectos paralizantes de lo imprevisible y el saberse permanentemente observada y juzgada por las mujeres de su entorno laboral, fueran jefas, compañeras o clientas,

precipitó la renuncia al trabajo. Su dolor, lo desencadenó una traición, pues dos años atrás su mejor amiga, dueña del negocio en el que A colaboraba, la abandonó: “se lió con un sinvergüenza y me dejó de lado... empezó a criticar lo que hacía, hablaba mal de mí y de mi familia...”. Para A, esta amistad fue el primer vínculo social de importancia más allá del entorno familiar, un lazo que uniendo el amor y la autoridad facilitaba una forma proyectiva de admiración: ocurre otra vez que alguien admirable, como su padre, la deja.

El dolor apareció de manera súbita con ritmo e intensidad creciente y en progresiva expansión corporal. Bajo diagnóstico médico inicia tratamiento con antiinflamatorios y analgésicos que tuvo un efecto paliativo. La mejoría le permitió construir un vínculo semejante al primero, la amistad de otra mujer admirable, y pudo mantener el trabajo. Pero le vuelve a ocurrir algo similar: se siente abandonada de nuevo y sucede otra crisis, localizado el dolor ahora en antebrazos y manos y de intensidad intermitente. Al no responder al tratamiento analgésico y ante el agravamiento de la sintomatología ansiosa y depresiva, el reumatólogo lo combinó con ansiolíticos y se produjo cierto alivio. En este contexto de ligera mejoría fue derivada al neurólogo que introdujo el antidepresivo e indicó un tratamiento psicológico dada la complejidad del cuadro clínico.

La progresión invalidante del dolor, el cansancio y el desánimo la retiran socialmente. “Estoy mal, pero no me siento mal”. La paciente A se sostenía mejor al margen de todo compromiso, laboral y afectivo, porque “soy fibromiálgica”, condición que le aseguraba una delimitación del mundo, deslocalizado desde hacía dos años, ligado al reconocimiento. Así, A podía mantener la colaboración puntual en el negocio familiar, un bar, próximo a su domicilio. No atendía al público, ayudaba a organizar los pedidos en la cocina, no recibía directamente las demandas, sino a través de un tercero. Una pregunta de la analista, “¿toda la familia trabaja en el bar?”, propició que refiriese un episodio del que nunca había podido hablar: el negocio de la familia fue una solución económica asociada a un abandono asociado a lo vergonzoso en su adolescencia. El padre de A cometió un delito grave y para eludir las consecuencias huyó del país, abandonando a la familia. Esto fue dicho en la cuarta entrevista. En la quinta sesión, consideró retomar el trabajo previendo los encuentros con las clientas, una a una, controlando la demanda, sin que cupiera la sorpresa. Decidió poner un gabinete en su casa, situación que le permitiría citar a las clientas individualmente y conocer precisamente la demanda, solución que delimitaría su exposición y el contacto con lo imprevisto, evitando desencadenar la angustia, manteniéndola en un estado de alarma. En esta entrevista también anunció que desplazaba las sesiones y que postergaba su boda: había interrumpido los preparativos durante la primera crisis e iba retomando el plan en los períodos de mejoría, pero las irrupciones dolorosas la obligaban a aplazar el compromiso, plazo que operaba como una amenaza. En esta última conversación decidió un aplazamiento sin fecha de la boda y propuso continuar el tratamiento a demanda, acordándose a ello.

“Tengo fibromialgia”

La paciente B consulta derivada por el psiquiatra al que fue derivada por un neurólogo tras su último intento de suicidio. Estos intentos eran recientes, pero la ideación autolítica está presente desde la infancia. Reciente es también el divorcio, incoado por ella. B se presenta así: “Tengo fibromialgia”. Tiene también un diagnóstico de trastorno límite de personalidad (TLP), migrañas

y una patología dermatológica de carácter psicossomático que debutó en la adolescencia. Es lo que tiene; un “tener” patológico cuya causa atribuye a lo que ella es para los otros, a su lugar en el Otro. Un Otro familiar violento y consentidor de los abusos de los que fue objeto lo largo de la segunda infancia.

B no tiene amigas. En la adolescencia construyó cierta trama social conjugando la seducción con el rechazo: deséame para que te pueda rechazar. Este funcionamiento, fantasmático y vitalizador, se debilita cuando en el ámbito académico y con relación a una producción muy importante para ella, un docente la acusó de plagio ante los demás alumnos. Este incidente sucede a otro en el que se sintió en riesgo de ser objeto de abusos sexuales, también en el instituto. La vergüenza se hace presente más allá de lo privado y lo íntimo, en el ámbito público, y así se va asentando una modalidad sintomática que en el tratamiento da lugar a algunas preguntas: “¿propicio que abusen de mí?, ¿qué hago para que siempre me traten mal?”. Desde el final de la adolescencia B sostuvo un comportamiento que le garantizaba un lugar social que evocaba el delirio de indignidad; pero resultó no ser así: durante el tratamiento comienza a notarse que la fantasía la acompañaba, que desde la adolescencia se preguntaba qué significa ella para los otros y menciona que siempre ha trabajado para responder a lo que su madre esperaba de ella. Llegó a la consulta con diagnóstico de TLP, pero ese diagnóstico no tiene fundamento. Por la clínica cabría diagnosticar una histeria melancolizada, invirtiendo los términos del diagnóstico de A; B, una neurosis histérica con rasgos melancólicos con dominante perversa (masoquismo moral, en términos freudianos), dada la intensa relación que el sujeto tiene con el sufrimiento. Sí tiene fundamento el diagnóstico de fibromialgia, dolor aquí articulado a los afectos y al sufrimiento psíquico, motivo por el que el neurólogo sugiere un abordaje mixto del tratamiento. ¿Aparece el dolor en el cuerpo de la mujer adulta en relación a la persistencia del abuso sexual?: el dolor le comienza cuando de adulta, en su propia casa, construye un refugio para protegerse del sempiterno “ninguneo”, un espacio protegido, como los escondrijos en los que de niña se refugiaba tratando de evitar el abuso sexual. Así, la fibromialgia aparece tras años de angustia e impotencia ante las actualizaciones de la falta de asistencia mediando el fantasma derivado de los abusos, condiciones que organizan su economía afectiva asentadas en la falta de entereza para afrontar la vida.

Dadas las coordenadas biográficas en las que se presenta la fibromialgia, se consideró valorar su carácter conversivo (desconexión entre afecto, representación y huella, en términos freudianos) sin que esta orientación cerrase el diagnóstico. Lo que interroga el carácter conversivo (es una de las interpretaciones que predominan en el ámbito analítico), es la recidiva del dolor generalizado vinculada a situaciones vitales y la desaparición del dolor efecto de la localización del contexto afectivo que antecede a la reproducción de la sintomatología fibromiálgica.

A modo de conclusión

Fenómeno y síntoma no son formaciones equivalentes ni son excluyentes, paradójicamente, y la complejidad de sus articulaciones exige un abordaje terapéutico adecuado al funcionamiento del paciente, que en A sería una dinámica compatible con una melancolía histerizada y en B, una

histeria melancolizada. Así, para establecer una orientación del tratamiento lo que importa es el orden psíquico, la subjetividad, el orden expresado en los funcionamientos vitales de A y B.

En el ámbito analítico lacaniano se habla de funcionamiento para indicar la singularidad del sostén, el orden mediante el que un sujeto, sujeto del inconsciente, expresa su malestar; manifestación que ha de orientar el tratamiento de las presentaciones del malestar. Esa matriz alude a la organización psíquica que en términos freudianos se establece como estructura clínica - psicótica, neurótica o perversa y en función de esa estructura, el síntoma o el fenómeno será susceptible de diluirse o de dar lugar a un ser, a una consistencia imaginaria que ayude a vivir, como ocurre en el caso A, o será susceptible de disolverse, como ocurre en B. En A se construye un lugar en el mundo amparada en el ser que le da la condición de fibromiálgica: “Soy fibromiálgica”, prótesis del ser sostenida en el tratamiento analítico, es una solución que le permite construir un lugar en el mundo, la mejor manera posible de vivir. En el caso B el yo está construido con suficiencia: B puede sostener el deseo de ser en el ámbito social, en el familiar y en el profesional por lo que cabe ir elaborando en torno a las presentaciones del malestar, a su función y a su progresiva disolución.

Bibliografía

- Barrenengoa-Cuadra, M. J., Angón-Puras, L. Á., Moscosio-Cuevas, J. I., González-Lama, J., Fernández-Luco, M. y Gracia-Ballarín, R. (2021). Efecto de la educación en neurociencia del dolor en pacientes con fibromialgia: intervención grupal estructurada en atención primaria. *Atención primaria*, 53(1), 19–26. <https://doi.org/10.1016/j.aprim.2019.10.007>
- Bottaccioli, A. G. y Bottaccioli, F. (2023). Los estados psíquicos se traducen en moléculas biológicas: las consecuencias para la medicina y la psicología. *Pinelatinoamericana*, 3(1), 54-89. <https://revistas.unc.edu.ar/index.php/pinelatam/article/view/40624>
- Breuer, J. y Freud, S. (1985). Estudios sobre la histeria (1893-1895) II. En: *Sigmund Freud. Obras completas: ordenamiento, comentarios y notas de James Strachey, con la colaboración de Anna Freud*. (1 reimp. Vol. N° II). Amorrortu editores (Trabajo original publicado en 1893-1895).
- Ferenczi, S. (1981). Psicoanálisis de las neurosis de guerra. En *Obras Completas. Psicoanálisis. Tomo II. Espasa Calpe, S. A. 1981* (Trabajo original publicado en 1919).
- Freud, S. (1985) Inhibición, Síntoma y Angustia. En: *Sigmund Freud Obras Completas. Presentación autobiográfica, Inhibición, síntoma y angustia, ¿Pueden los legos ejercer el análisis?, y otras obras (1925-1926)*. (Vol. N° XX.) Amorrortu editores. (Trabajo original publicado en 1926).
- Freud, S. (1986). Introducción a Zur Psychoanalyse der Kriegs-neurosen. En: *Sigmund*

Freud. *Obras completas: Tomo XVII (pp 201-2089)*. Buenos Aires. Amorrortu editores. (Trabajo original publicado en 1919).

Freud, S. (1992). *Duelo y melancolía*. En: *Sigmund Freud. Obras Completas: Contribución a la historia del movimiento psicoanalítico. Trabajos sobre metapsicología, y otras obras (1914-1916)*. (Vol. N° XIV). Amorrortu Editores. (Trabajo original de 1917[1915]).

Isoldi, D. y Vaschetto, E. (2022). Sobre el dolor. En: Emilio Vaschetto (coord.) *Psicoanálisis y Medicina. Entre sufrimiento y satisfacción*. Xoroi Edicions.

Lacan, J. (1987). *Los Cuatro Conceptos Fundamentales del Psicoanálisis*. (Vol. 11). Paidós (Trabajo original publicado en 1964).

Lacan, J. (2008). El estadio del espejo como formador de la función del yo [je] tal como se nos revela en la experiencia psicoanalítica. En: *Escritos I. Siglo XXI Editores* (Trabajo original publicado en 1945).

Morandi, T. (2012). Violencia, Trauma y Duelo. En: Miñarro, A. y Morandi T. comp. *Trauma y Transmisión: efectos de la guerra del 36, la posguerra, la dictadura y la transición en la subjetividad de los ciudadanos*. Xoroi Ed.

Peña, S., de la Vega, L., Nuñez, V., Pedemonte, M. y Dubourdiou, M. (2022). El sueño en el personal de salud durante la pandemia SARS-CoV-2 en Uruguay. Enfoque desde la Psiconeuroinmunoendocrinología (PNIE). *Pinelatinamericana*, 2(3), 213-224. <https://revistas.unc.edu.ar/index.php/pinelatam/article/view/39184>.

Rambla, C., Aragonès, E., Pallejà-Millán, M., Tomé-Pires, C., López-Cortacans, G., Sánchez-Rodríguez, E. y Miró, J. (2023). Short and long-term predictors of pain severity and interference in primary care patients with chronic musculoskeletal pain and depression. *BMC musculoskeletal disorders*, 24(1), 270. <https://doi.org/10.1186/s12891-023-06357-2>.

Rodríguez Garzo, M. (2012a). *Estados de dolor*. Cendeac.

Rodríguez Garzo, M. (2015b). *Esquizofrenias y otros hechos del lenguaje: de la clínica analítica del Macba (2002-2013)*. Brumaria.

Romé, M. y Kopelovich, M. (2019). La demencia precoz en Kraepelin; *Universidad Nacional de La Plata*; 1; 1; 270-285S. <https://ri.conicet.gov.ar/handle/11336/142589>.

Spitz, R. (1945). Hospitalismo: una indagación sobre la génesis de las condiciones psiquiátricas en la primera infancia. *Estudio Psicoanalítico del Niño*. (Vol. 1). pp. 53-74

Spitz, R. (1946). Depresión anaclítica. En: *Estudio Psicoanalítico del Niño*. (Vol 2.) pp. 13-342.

Originalidad:

Este artículo es original y no ha sido enviado para su publicación a otro medio en forma completa o parcial.

Limitaciones de responsabilidad:

La responsabilidad de este trabajo es exclusivamente de sus autoras.

Conflicto de interés:

Ninguno

Fuentes de apoyo:

El presente trabajo no contó con fuentes de financiación.

Cesión de derechos:

Las autoras de este trabajo ceden el derecho de autor a la revista *Pinelatinamericana*.

Contribución de los autores:

Las autoras han elaborado y participado en cada una de las etapas del manuscrito, se hace públicamente responsable de su contenido y aprueba esta versión final.