

# ENFERMEDAD, IDENTIDAD Y FIBROMIALGIA. DECONSTRUIR EL ROL DE ENFERMO: PUERTA DE ENTRADA A LA SUBJETIVIDAD

María Diéguez Porres\*

“Nada hay más punitivo que dar un significado a una enfermedad, significado que resulta invariablemente moralista.

Cualquier enfermedad importante cuyos orígenes sean oscuros y su tratamiento ineficaz tiende a hundirse en significados”

La enfermedad y sus metáforas  
Susan Sontag

A falta de un mecanismo patogénico conocido, la Fibromialgia (FMA), una entidad nosológica que no existía hace unos 20 años y que ahora se invoca como la causa más frecuente de dolor muscular generalizado (1-3), se sostiene como constructo y como identidad, en medio de una polémica en torno a su validez y a su propia existencia como enfermedad. De un lado, las propuestas para dejar de utilizar el diagnóstico, lanzadas con vehemencia desde el mismo ámbito donde se creó (4-8); de otro, la defensa a ultranza del mismo de unas eficacísimas asociaciones de pacientes que cuentan con el respaldo de una parte de investigadores que persisten en la búsqueda de un mecanismo patogénico que dé definitivamente entidad de enfermedad al síndrome (9). En un terreno intermedio se sitúan los que, también desde el ámbito de la reumatología, han encontrado evidencia de los efectos positivos a largo plazo en los pacientes que han recibido el diagnóstico (10-12).

La generosidad con la que en la actualidad se ofrece el diagnóstico de fi-



Pep Carrió  
Sin título  
2008

bromialgia en respuesta a las quejas de dolor crónico coexiste con una poco disimulada ambivalencia de los profesionales médicos que oscilan entre las dudas acerca de su consistencia como enfermedad “real” y la tentación de atri-

María Diéguez Porres  
Psiquiatra.  
Servicio de Interconsulta  
y Psiquiatría de Enlace.  
Hospital Universitario  
Príncipe de Asturias.  
Alcalá de Henares. Madrid

mientras se encuentran o no las pruebas de su existencia "real", está empezando a resultar imprescindible una formulación integrada acerca de la naturaleza, no tanto de la enfermedad sino del sufrimiento, que pueda ser compartida por todos aquellos implicados en su cuidado y que permita estructurar el tratamiento.

buir a ella cualquier futuro malestar de los pacientes. La forma en la que se ha construido socialmente la FMA, podríamos decir lo mismo de otros síndromes de etiología no aclarada como la sensibilidad química múltiple o el síndrome de fatiga crónica, podría explicar, al menos en parte, el rápido aumento del número de casos y lo que es aún peor, podría estar ejerciendo una influencia negativa en el propio curso de la enfermedad y de las posibilidades, por no decir imposibilidades, de mejoría o curación de los pacientes.

Aparte de lo que la ciencia médica puede y debe aportar al conocimiento de las causas y los mecanismos patogénicos de la FMA y mientras se encuentran o no las pruebas de su existencia "real", está empezando a resultar imprescindible una formulación integrada acerca de la naturaleza, no tanto de la enfermedad sino del sufrimiento, que pueda ser compartida por todos aquellos implicados en su cuidado y que permita estructurar el tratamiento. Es decir, dado que quizás no sea sensato ni desde luego posible dejar de diagnosticar, puede que sea necesario formular el diagnóstico de tal forma que encaje con la vivencia subjetiva del paciente por un lado y por otro con las formulaciones médicas. Una etiqueta que no limite posibilidades futuras de cambio y de recuperación. A falta de esta versión, las metáforas que poco a poco van apareciendo en torno a la enfermedad van a abundar en el ya importante padecer de pacientes y familias.

En lo que sigue se proponen varias perspectivas desde las que contemplar el fenómeno de la fibromialgia y desde las que construir unos principios que orien-

ten el abordaje. Como primer paso delimitemos el fenómeno.

## **BIOGRAFÍA Y PERFIL DE UNA ENFERMEDAD INVISIBLE**

La Fibromialgia como diagnóstico fue concebida por primera vez en el año 1981 para etiquetar un síndrome caracterizado por dolor generalizado y una sensibilidad aumentada a la presión en varios puntos anatómicos específicos denominados "tender points" (13). En los siguientes 10 años el espectro de la FMA se ha ampliado hasta incluir otros síntomas no musculoesqueléticos como fatiga, problemas de sueño, cefaleas o síndrome de intestino irritable.

En un intento de facilitar los estudios epidemiológicos, en 1991 el American College of Rheumatology (ACR) enunció los criterios clasificatorios para la fibromialgia que permitirían diferenciarlas de otras enfermedades reumatológicas (14). En 1992, en la Declaración de Copenhague (15), es reconocida por la Organización Mundial de la Salud (OMS) y queda tipificada en el manual Clasificación Internacional de enfermedades (CIE-10) (16). Posteriormente es reconocida por la Asociación Internacional para el Estudio del Dolor (IASP) con un código específico (17).

Puede que la definición sea nueva pero el fenómeno desde luego no lo es. El dolor crónico generalizado ha sido reconocido desde hace siglos y puede que sea tan viejo como la humanidad. Sin embargo, la polémica acerca de su patogénesis arranca en el siglo XIX y es entonces cuando empiezan a aparecer términos para describir condiciones clínicas similares. La fibromialgia puede

reconocer sus antecedentes en la fibrositis (Gowers), el reumatismo muscular, el síndrome miofascial (Travel y Simons), el reumatismo psicógeno (Boland) y la neurastenia (Bread) (18-22).

Dos cosas destacan en esta biografía. De un lado que el fenómeno de dolor crónico generalizado no ha encontrado nunca un mecanismo patogénico que lo explique y clásicamente ha sido definido de forma nominalista siendo aceptado y reconocido como tal sin conflicto. De otro, que la conexión entre cierta patología musculoesquelética con factores psicológicos o con el estrés, algo que se menciona hoy en día con cierto pudor y que produce un rechazo importante en los pacientes, ya era apuntado desde el enunciado en sus orígenes. Hay quien se lamenta de ello (23) pero la neurastenia la encontramos hoy clasificada con el código F48.0: "Otros trastornos neuróticos" del apartado de Trastornos mentales de la Clasificación Internacional de las Enfermedades (CIE-10) (16). Es como si el empeño en delimitar el territorio entre lo orgánico y lo psicológico fuera un signo de los tiempos actuales donde lo que no viene acompañado de "evidencia científica" sencillamente no existe. Se entiende entonces que sea éste el territorio que científicos y enfermos quieren conquistar para sí. De otro modo corren el riesgo de resultar invisibles o de ser tomados por inventores o simuladores.

La FMA se perfila como una enfermedad de etiología desconocida caracterizada por dolor crónico generalizado que el paciente localiza en el aparato locomotor. Basta para diagnosticarla la "presencia de dolor difuso de más de

3 meses de evolución y sensibilidad al dolor aumentada a la palpación digital en al menos 11 de 18 localizaciones anatómicas" que son los criterios diagnósticos que siguen vigentes (ACR). Incluye además otros síntomas como fatiga intensa, alteraciones del sueño, parestesias en extremidades, depresión, ansiedad, rigidez articular, cefaleas y sensación de tumefacción en manos entre los más frecuentes (11).

El dolor y la fatiga centran la vida de los pacientes (13). Llama la atención la intensidad del primero, síntoma fundamental y característico. Los pacientes lo describen típicamente como intenso o insoportable y utilizan términos tanto sensoriales (tirantez, agarrotamiento) como afectivos (deprimente, agotador) (24). El dolor está influido por factores externos e internos como las posiciones mantenidas, las cargas físicas, la activación emocional y los cambios climáticos.

La exploración física, salvo por la presencia de los puntos dolorosos, cierta hipertonia muscular y contracturas de algunos grupos musculares, es normal. Las analíticas y pruebas diagnósticas, normales o inespecíficas y se señala que la única utilidad de realizarlas permitir descartar otras enfermedades reumatológicas (25).

No se conoce la etiología ni los mecanismos patogénicos. Se postulan diversos factores como trastornos del sueño, alteraciones musculares o una disfunción adrenal y neurohormonal entre otros. Se sabe que hay una agregación familiar (el riesgo de padecer la enfermedad es 8,5 veces mayor en familiares que en población general) (26) y están siendo muy estudiados los antecedentes de acontecimientos vita-

el empeño en delimitar el territorio entre lo orgánico y lo psicológico fuera un signo de los tiempos actuales donde lo que no viene acompañado de "evidencia científica" sencillamente no existe

No existe, como era de esperar, un tratamiento eficaz pero psicoterapia y antidepresivos, junto con analgésicos son los más estudiados, los más aplicados y los únicos que consiguen mejorar parcialmente los síntomas.

les adversos y traumáticos en la infancia (violencia física o psicológica, abuso sexual, etc ) ( 27-30) , de trastornos del estado de ánimo o de ansiedad (31-34 ) o de tendencia a la somatización (35). También se ha asociado la FMA con un estilo de vida hiperactivo (36). En este sentido los autores de un reciente estudio bibliométrico señalan el aumento en los últimos años de los artículos en la categoría de psiquiatría y psicología que asocian con un cambio de paradigma en el entendimiento del dolor crónico (37).

Ahora bien, lo que hace de la FMA un auténtico fenómeno son las cifras epidemiológicas: 11% de incidencia en la población afectada por dolor crónico persistente y una prevalencia de 2-3% en población general (38-40). En España la incidencia se sitúa en el 2,4 % (41) lo que contrasta con cifras cercanas al 10% en países como Israel, Gran Bretaña o Canadá (42). En una consulta de reumatología entre un 10 y un 20 % de las personas atendidas la padecen (38), un 12,2% en nuestro país (43). Todos los estudios encuentran una mayor prevalencia en mujeres con una relación mujer:varón de 21:1.

No existe, como era de esperar, un tratamiento eficaz pero psicoterapia y antidepresivos, junto con analgésicos son los más estudiados, los más aplicados y los únicos que consiguen mejorar parcialmente los síntomas. Ninguno mejora significativamente el dolor y no es nada infrecuente que los pacientes acaben tratados en las unidades del dolor y con opiáceos.

Para terminar de definir el perfil pongámonos en la piel de un paciente con

FMA. Ha estado durante meses vagando sin rumbo y sin cuaderno de Bitácora por un entramado asistencial complejo y espeso (ahora ya sabe mucho más de medicina), se siente claramente maltratado por un sistema que no parece preparado para atender ni entender enfermedades que no pueden demostrar su existencia mediante pruebas y que, por supuesto, no tiene tiempo que perder en escucharle. No es difícil entender que busque con desesperación un diagnóstico, como causa o como explicación, qué más da, y que cuando lo obtiene sienta que ha encontrado un lugar en el mundo entre otros pacientes que ya han pasado por lo mismo (ahora ya pertenece a una Asociación de afectados). Ya está mejor pero, en el peor de los casos, con el diagnóstico ha recibido también el argumento definitivo para instalarse en la pasividad y en la queja.

En el otro lado de la mesa, el profesional es un protagonista en la sombra. Como pocos otros, estos pacientes son capaces de suscitar intensas reacciones en los profesionales, que bien se podrían entender como fruto de la impotencia y del sentimiento de fracaso en dar sentido y paliar un sufrimiento tan persistente y tan resistente a cualquier esfuerzo y del miedo a causar más daño con pruebas innecesarias (12, 44,45)

Este artículo no trata de las causas ni de los mecanismos patogénicos de la FMA. Es una propuesta de abordaje que parte de una reflexión desde tres perspectivas del fenómeno: la falta de una explicación médica de los síntomas, una perspectiva integradora del dolor crónico y la enfermedad como construcción social.

## **ALGUNAS REFLEXIONES SOBRE LOS SÍNTOMAS SIN EXPLICACIÓN MÉDICA**

Un síntoma es la expresión de la experiencia subjetiva del paciente. La enfermedad es una anomalía demostrable mediante la observación o las pruebas. La medicina se encuentra ante un problema cuando no puede encontrar datos objetivos que expliquen las quejas del paciente, es decir, su experiencia subjetiva y sin embargo no es nada inhabitual que esto suceda. Los síntomas sin explicación médica (SSEM) son un fenómeno no solo frecuente sino clínicamente muy relevante. Se calcula que hasta un 30 % de los pacientes que acuden a una consulta médica pueden tener síntomas sin una lesión estructural o funcional demostrable y en cualquier localización anatómica. Son definidos como síntomas sin explicación médica "aquellos cuya configuración es incompatible con una enfermedad física conocida y/o cuando se presentan en ausencia de hallazgos físicos positivos relevantes y/o de pruebas de laboratorio que orienten a una enfermedad física" (46,47).

Cada especialidad médica tiene un clúster de este tipo de síntomas con sus correspondientes etiquetas diagnósticas (intestino irritable, síndrome de fatiga crónica, sensibilidad química múltiple, migrañas, etc.). Muchos de estos síndromes comparten síntomas idénticos lo que puede llevar a concluir que la distinción en síndromes específicos muy diferenciados bien podría ser el resultado de la tendencia de los especialistas a focalizar única o preferentemente en aquellos síntomas de los que se ocupa su especialidad, más

que la existencia de diferencias reales entre los pacientes. Visto así, estaríamos ante un fenómeno que se explica mejor como consecuencia de la especialización médica que con la existencia de múltiples enfermedades diferentes. Esta interpretación se apoya en varias observaciones: el habitual solapamiento de síntomas entre los diferentes síndromes; el hecho de que los pacientes con un síndrome frecuentemente cumplan criterios de varios otros; la circunstancia de que todos compartan algunas características no clínicas como la mayor frecuencia en mujeres, la asociación con trastornos emocionales, los antecedentes de maltrato o abuso en la infancia y dificultades en la relación terapéutica; y el hallazgo de mecanismos psicológicos en su génesis. (47).

Mientras no se encuentra una base orgánica ni el mecanismo patogénico que de entidad de "realidad" a estos síndromes, ganan terreno las interpretaciones puramente psicogénicas que se construyen sobre el hallazgo de una frecuente asociación con trastornos afectivos y con la presencia de antecedentes de acontecimientos traumáticos en la infancia de los pacientes. El mecanismo patogénico sería la expresión a través del cuerpo de conflictos psicológicos y/o diferentes grados de estrés no expresados. Lo cierto es que la perpetuación de SSEM se puede entender mejor en términos de una interacción entre procesos psicológicos, factores psicológicos y corporales y el contexto social. (46).

No es objeto de este trabajo entrar en la cuestión de si la fibromialgia, como otros SSEM, es en el fondo un trastorno mental con un lugar preferente en el

La medicina se encuentra ante un problema cuando no puede encontrar datos objetivos que expliquen las quejas del paciente, es decir, su experiencia subjetiva y sin embargo no es nada inhabitual que esto suceda.

La teoría del apego aporta matices interesantes a la comprensión, génesis y mantenimiento de los síntomas sin explicación médica y la somatización y su asociación con experiencias traumáticas.

terreno clasificatorio de los trastornos somatoformes o, por ejemplo, la expresión actual de la Histeria. Otros ya lo han hecho de manera muy sugerente y a su trabajo me remito (49). Me ha interesado más detenerme en otras propuestas. Desde el punto de vista de la construcción social, Barsky y Borus (50) explican la alta prevalencia de éstos síndromes como un fenómeno de amplificación mediática. Los síntomas de malestar somático, omnipresentes en la vida diaria, son el resultado de disfunciones benignas y enfermedades autolimitadas, enfermedades médicas crónicas, estrés psicosocial o de enfermedades preexistentes no diagnosticadas. Bajo la influencia de las exploraciones médicas, campañas de salud pública y la difusión mediática se pone en marcha un fenómeno de amplificación de síntomas que altera la percepción de estas molestias endémicas. El conocimiento de una enfermedad nueva (por contacto personal con un paciente, el boca a boca o los medios de comunicación) puede llevar a reatribuir síntomas o enfermedades previas resistentes al tratamiento a la "nueva" enfermedad. La reatribución amplifica los propios síntomas y la asunción de que uno tiene una enfermedad sería favorece la autoexploración y promueve la búsqueda de otros síntomas que confirmen las sospechas. Sensaciones ambiguas que antes eran ignoradas o minimizadas por inocuas o ni siquiera tenidas en cuenta, son ahora interpretadas como una evidencia de la presencia de la enfermedad que se sospecha. El círculo se cierra con la persistente autoexploración. Este proceso confirmatorio sirve también de mecanismo de transmisión entre personas. Los elementos de este

proceso son pues: la creencia de que uno está enfermo, expectativas negativas acerca del curso futuro de la enfermedad, el rol de enfermo y los acontecimientos estresantes. Clínicos especialmente dedicados a la enfermedad, asociaciones de pacientes y las compensaciones por incapacidad sirven de vector a la propagación. Los autores consideran que hay personas especialmente vulnerables a este proceso como personas con trastornos mentales o con historia de trauma, aquellos sometidos a acontecimientos vitales y personas que consiguen mayor atención y, por tanto refuerzo, por parte de sus cuidadores a través de los síntomas.

La teoría del apego aporta matices interesantes a la comprensión, génesis y mantenimiento de los síntomas sin explicación médica y la somatización y su asociación con experiencias traumáticas. (51) Según este modelo, formulado inicialmente por Bowlby, la conducta de apego es innata en el ser humano y sirve para atraer y mantener la proximidad con otras personas que han de proporcionar cuidados. La conducta de apego adulta está influida por el temperamento y por el ambiente y, de manera muy especial, por las experiencias tempranas con los cuidadores principales durante la crianza. Las personas que han sufrido falta de cuidados o experiencias de maltrato por parte de estos cuidadores, manifiestan patrones de apego disfuncional. Algunos estudios muestran que los pacientes con este tipo de patología muestran un patrón de apego ansioso (52) que consiste en una búsqueda constante de cuidados

en el entorno que nunca encuentran satisfecha. En situaciones de estrés, donde la necesidad de apoyo es mayor, se produce una escalada en la demanda de cuidados. Este patrón de comunicación, que se mantiene inmodificado en la edad adulta, se va a reproducir en todos los ámbitos relacionales y, considerando que la enfermedad es una vía regia para la obtención de cuidados, no resulta extraño que consultas y entorno sanitario se conviertan en escenario principal del drama. Por su parte, el sanitario tiende a mantener una atención exclusiva a la queja física. Así, se anula la posibilidad de atender la necesidad real; aumenta la sensación de no ser cuidado y aumenta la demanda por parte del paciente. Se crea una dinámica relacional en espiral descendente donde va creciendo en el profesional la sensación de impotencia y de desgaste y aparecen respuestas de rechazo que de nuevo suponen para el paciente una confirmación del abandono. Espiral imparabile y autopetruadora.

En definitiva, desde esta perspectiva se entiende la génesis de los SSEM como un proceso de resignificación de necesidades relacionales básicas del ser humano que tiene el nefasto poder de enterrar el sufrimiento derivado de la insatisfacción crónica de estas necesidades bajo una etiqueta diagnóstica. Las enfermedades así construidas tienen la característica de convertirse en narrativas rígidas, con pocas posibilidades de fluir hacia otros significados y donde el proceso se sitúa por completo fuera del control del paciente.

## CONCEPCIÓN NARRATIVA DEL DOLOR CRÓNICO

*“Tanto dolor se agrupa en mi costado que por doler, me duele hasta el aliento”*

Miguel Hernández

*“Elegía” El rayo que no cesa, 1934*

En el tratamiento del dolor, aunque es en uno de los campos de la medicina donde más se invoca el modelo biopsicosocial, siguen dominando estrategias basadas en una concepción dualista del ser humano donde mente y cuerpo permanecen como aspectos disociados de la experiencia humana. A pesar de ser muy cuestionados por todos los estudios sobre percepción del dolor (53,54) la actitud hacia los pacientes y la estructuración de los tratamientos parecen basados en modelos ya muy trasnochados. Estos modelos unidimensionales descansan en la existencia de vías específicas para la transmisión del dolor al cerebro y de receptores específicos de tal forma que el correlato entre la lesión y la sensación ha de ser exacto y simultáneo. Así, los estados emocionales no son sino reacciones secundarias. No es de extrañar que, vistas así las cosas, el médico trata el dolor mientras existen pruebas de la causa orgánica que lo produce y se avisa al psiquiatra cuando esta base biológica, es decir “real” se ha descartado o cuando se considera que no se corresponde con lo esperado. En este segundo supuesto el dolor es psicológico o influido por aspectos emocionales o, en una versión menos benévola, exagerado o inventado.

Desde concepciones más actuales y teniendo en cuenta los nuevos descubrimientos en neurobiología, se puede ver el dolor como una condición “donde el



Las sucesivas experiencias del individuo originan un "esquema" que vincula el estado corporal con la emoción y otras representaciones mentales (ideas, valores, expectativas) creando el mundo de significados personales, esto es, irrepetible.

organismo se manifiesta como un todo psicofisiológico en interacción estructurante con el ambiente desafiando los presupuestos dualistas tan anclados todavía en nuestra práctica médica" (55). El marco de las narrativas y los recientes avances en el conocimiento de la neurobiología de las emociones, ofrecen una comprensión integradora del dolor que puede servir de fundamento tanto a intervenciones psicoterapéuticas como a actuaciones médicas más acordes con la vivencia subjetiva del paciente.

Desde la neurobiología el dolor es un sistema de defensa sofisticado de los mamíferos de "pelea o huida" frente a un peligro potencial. Ante una amenaza se produce una activación del Sistema Simpático y del eje HPA y ocurren cambios biológicos al servicio de esta defensa: aumentan la frecuencia respiratoria y cardíaca, la temperatura corporal y la tensión muscular para pelear mejor contra el enemigo o en todo caso escapar del peligro. Si el peligro pasa, el organismo del mamífero activa su sistema parasimpático y su fisiología vuelve a la normalidad.

Gracias a su córtex cerebral que le permite lenguaje, simbolización y anticipación, el ser humano se seguirá preguntando acerca del suceso una vez pasado el peligro ¿Volverá? ¿Estará segura mi familia?. Estos pensamientos continúan activando el sistema de lucha o huida, que se queda estancado en la posición "on". Gracias al lenguaje, el ser humano construye escenas basadas en el recuerdo de experiencias previas o imaginación de futuras. Pasa de la escena actual a la escena recordada. Y lo hace gracias a que se establecen las conexiones

neuronales que forman el sistema de memoria. El cerebro almacena imágenes, sensaciones, pensamientos y el recuerdo es posible gracias a conexiones neuronales que forman el sistema de memoria. El sistema de memoria se estructura en dos niveles: la memoria explícita o declarativa, que es la recolección consciente y reconstructiva de los acontecimientos, más que una réplica exacta de lo sucedido y la memoria implícita o no declarativa que almacena aspectos de la experiencia que no son procesados conscientemente como memoria de formas, habilidades, hábitos, emociones o cambios viscerales. La memoria explícita y la implícita se procesan de forma diferente y pueden llegar a estar desconectadas una de la otra (56). Una vez que el cerebro recibe la información de un daño se crea un "marcador somático" que se asocia y se integra con otras representaciones del cerebro (57). Las sucesivas experiencias del individuo originan un "esquema" que vincula el estado corporal con la emoción y otras representaciones mentales (ideas, valores, expectativas) creando el mundo de significados personales, esto es, irrepetible. (54). Estos esquemas son almacenados en la memoria. La imaginación y los recuerdos de experiencias pasadas podrían activar estos "esquemas" almacenados en la memoria. Esto puede suceder fuera de la conciencia.

Las experiencias de abuso o maltrato en la infancia o las circunstancias traumáticas en la vida adulta son pistas internas de peligro almacenadas en la memoria procedimental. La probabilidad de desarrollar síntomas crónicos relacionados



con el estrés aumenta dramáticamente si son reforzadas por el entorno.

## **IDENTIDAD, NARRATIVAS Y DOLOR**

La identidad, lo que somos, se construye en la relación con las personas significativas de nuestro entorno. Esto sucede de manera muy especial en la infancia pero es un proceso en construcción permanente que no cesa mientras seguimos almacenando experiencias (56,58). La experiencia se estructura a través del lenguaje por lo que el sentido de uno mismo, la identidad toma una forma narrativa. De tal forma, somos lo que decimos que somos. El proceso de construcción del "self", como proceso en continuo cambio se ve influido por el contexto cultural y por las expectativas del interlocutor (59-61).

El dolor es una vivencia que invade el mundo de quien lo padece y da cuenta de su sufrimiento. Es también una poderosa narrativa que invade la experiencia y se convierte en identidad. Las personas con dolor crónico viven una historia "saturada" por el dolor, su sí-mismo está invadido por una experiencia como forma de autoconciencia, que es anterior al lenguaje, que es prelingüística. La organización de esta experiencia ocurre al nivel de la vivencia inmediata y el de su ordenamiento lingüístico pero ambos están sujetos a la estructura narrativa de la experiencia (55).

## **LA CONSTRUCCIÓN SOCIAL DE LA ENFERMEDAD. REFLEXIONES ACERCA DEL ROL DE ENFERMO Y LA CONDUCTA DE ENFERMEDAD**

En el pensamiento tradicional existiría una realidad exterior "objetiva" que

debemos de conocer mediante métodos científicos ya que es independiente del observador. El principio de incertidumbre de Heisenberg cuestionó muchos de los presupuestos científicos al demostrar que no se puede conocer con fiabilidad y precisión la posición de una partícula subatómica puesto que el haz de luz que el observador proyecta para medirla puede modificar su curso por el impacto del fotón emitido. Es decir que la realidad no es independiente de la mirada del observador y que el conocimiento es una construcción socialmente negociada: "el mundo se define a través del lenguaje". No existen verdades universales sino construcciones simbólicas que se presentan como una interpretación de las vivencias en forma de narrativas que dan cuenta de esta experiencia. La realidad existe en un plano simbólico, socialmente construido, no la podemos conocer sino a través de la interpretación que hacemos de lo percibido. (62).

La enfermedad no es un fenómeno primario. Existe una vivencia que interrumpe el orden previo y que genera malestar y sufrimiento en la medida en que el individuo es más o menos capaz de integrarlo, darle sentido y de restablecer de nuevo la coherencia. Es la mirada propia o ajena la que otorga un sentido a esa experiencia.

La percepción de una sensación o un fenómeno que altera el orden previo es pues el primer paso de un proceso que continúa con la interpretación que se hace de él y que culmina en la asunción del rol de paciente en un recorrido que ha sido conceptualizado por diversos autores como conducta de enfermedad (63,64).

El dolor es una vivencia que invade el mundo de quien lo padece y da cuenta de su sufrimiento. Es también una poderosa narrativa que invade la experiencia y se convierte en identidad.

Cuando una persona experimenta esa nueva percepción como algo que no puede integrar en su experiencia previa inicia una serie de movimientos encaminados en primera instancia a obtener una explicación y una validación provisional del entorno inmediato que comportan la legitimación del sufrimiento y de las conductas asociadas. Cuando este proceso termina en una consulta médica es bastante posible que acabe adoptando el rol de enfermo-paciente.

El rol de enfermo, tal y como lo definió Parsons, explica la conducta de enfermedad en términos de conducta social y confiere un estatus al individuo definido como enfermo que conlleva una serie de derechos y de obligaciones. El derecho de estar eximido de tareas y obligaciones mientras dure la enfermedad y la obligación de aceptar los tratamientos y trabajar para mejorar. Comporta la idea de que la enfermedad es un estado donde no es deseable estar y la necesidad de ayuda para superarla. Es una nueva identidad narrativa que se va a construir de forma que aporte coherencia entre la experiencia subjetiva y el entorno próximo y social. Mechanic describió que existe una cierta relación entre la decisión de acudir a un profesional y la sensación de estrés. Por otro lado, cómo se contempla el sufrimiento depende en gran medida de las definiciones que del mismo hace el entorno social de quien padece. Es ese entorno el encargado de definir la cantidad de malestar que se considera indeseable, insoportable y por tanto eliminable. El contexto social actual parece priorizar posturas positivistas y empiristas y una búsqueda del bienestar a través de la eliminación del sufrimiento y la frustración, frente a la subjetividad y a la contemplación del conflicto y el dolor como

parte necesaria e inevitable de la experiencia. Esta necesidad de evidencia también actúa en el médico como una presión hacia la necesidad de dar respuestas precisas, definiciones exactas del malestar y a proporcionar remedios rápidos y eficaces con la menor implicación de quien los demanda.

## **EL CASO DE LA FIBROMIALGIA CIENCIA, TAUTOLOGÍA O VENTAJISMO.**

*“El problema de la fibromialgia es que dos décadas después de su nacimiento como diagnóstico, el constructo todavía carece de validez interna y externa a pesar del enorme tiempo y esfuerzo de la comunidad científica reumatológica... ha fallado en avanzar en el conocimiento del fenómeno que pretendía describir y no ha llevado a encontrar una terapia racional”*

Cohen ML.

Is fibromyalgia a distinct clinical entity? The disapproving rheumatologist's evidence. *Baillières Clinical Rheumatology* 1999; 13(3):421-425

Esta entidad nosológica que nació con la voluntad declarada de unificar criterios con vistas a la investigación y de diferenciarla de otras enfermedades reumatológicas, es decir, para describir y tratar de explicar algo que se estaba observando, curiosamente nunca se pensó en diagnosticar individualmente a los pacientes (14), ha quedado consolidada como una narrativa de enfermedad que se sostiene en medio de un desacuerdo entre la vivencia subjetiva de un dolor intenso, persistente, intratable e inexplicable y su invisibilidad para la “ciencia”.

No ha sido útil al fin para el que se creó y sin embargo ha sido capaz de ocupar

el primer puesto entre las causas de dolor crónico y del número de consultas de reumatología. Después de 20 años tampoco podemos ofrecer a los pacientes un tratamiento eficaz. ¿Habremos creado un monstruo? Hay quien así lo cree, la polémica está servida y es un clamor a muchas voces. Desde los editoriales de prestigiosas revistas científicas, algunos "popes" de la reumatología internacional propugnan la abolición del diagnóstico atribuyéndole el dudoso honor de haber contribuido a generar una epidemia inabarcable de enfermedad reumatológica (7). Sus críticos no niegan la realidad del dolor pero rechazan el uso del diagnóstico por considerarlo una tautología además de ser el causante de un "desastre legal y financiero" (6-8, 20, 65,66). Otros consideran que ha contribuido a empeorar el pronóstico por otorgarse en un contexto de baja empatía hacia el paciente, por promover una desatención por parte de los servicios médicos y por contribuir a agravar los síntomas (11,67). Desde la perspectiva psicosocial hay propuestas para recuperar la histeria como una entidad nosológica que posibilitaría incluir otra serie de narrativas pertenecientes a la biografía o al mundo relacional y que suscitan la escucha de la subjetividad (49). Esta interpretación ha sido contestada por Guillermo Rendueles (68) desde las páginas de la Revista de la Asociación Española de Neuropsiquiatría quien, desde una postura valiente y atractiva, aunque me temo que por poco factible pueda acabar en injusticia para algunos, propone eliminar la compensación económica por enfermedad para acabar con la ganancia secundaria como voluntariedad ventajista.

Por otro lado, el uso masivo del diagnóstico ha contribuido, de manera su-

mamente injusta, a generar un impresionante "cajón de sastre" donde se nombra de la misma manera cualquier tipo de sufrimiento y desde el que la subjetividad y la individualidad quedan completamente anuladas. La enfermedad está cargada de estigma desde el momento en que se considera a estas personas sospechosas de buscar ventajas sociales.

Al conceptualizarse como enfermedad somática sostiene una narrativa de víctima en la que el paciente es un sujeto pasivo, sin control sobre su mejoría que correría a cargo de un salvador: una postura ligada a la posibilidad de eliminar, que no de integrar, el sufrimiento.

Toda la polémica acerca de su existencia y su entidad parece traducir la ambivalencia y la resistencia de un entorno sanitario anclado en una visión dualista del ser humano y necesitado de "evidencia científica".

Y sin embargo, algunos estudios (12) muestran que no hay ningún indicio de que el pronóstico y la evolución de la enfermedad empeoren. Por el contrario, cuando se han revisado estudios en enfermedades sin base orgánica, entre ellas la FMA, se ha encontrado que el pronóstico mejora desde que se diagnostica y disminuye el consumo de recursos sanitarios. En contra de ello también la vivencia subjetiva de los pacientes que suelen referir el momento en el que se nombra su malestar como el fin de un largo y doloroso peregrinar en busca de un sentido.

Hay varios estudios (70) que encuentran que determinados aspectos de la relación médico-paciente podrían estar

Desde la perspectiva psicosocial hay propuestas para recuperar la histeria como una entidad nosológica que posibilitaría incluir otra serie de narrativas pertenecientes a la biografía o al mundo relacional y que suscitan la escucha de la subjetividad

El desajuste entre la vivencia subjetiva de dolor e incapacidad y la inexistencia de algo que pruebe la enfermedad genera una necesidad de mostrar constantemente el sufrimiento

perpetuando los síndromes: derivación a múltiples especialistas, desestimar la importancia o gravedad de los síntomas por no tener una base orgánica o atribuirlos a causas psicológicas y la utilización de múltiples fármacos. Estos estudios muestran que la vivencia de estos pacientes en este tipo de encuentros es de hostilidad y rechazo. La investigación con metodología cualitativa ha señalado la importancia de la relación médico-paciente, y de la relación contexto-paciente en el sufrimiento adicional de la enfermedad (71,72). En el estudio del dolor crónico se ha señalado la importancia de ambas relaciones para la elaboración individual del significado de enfermedad (55) Se sabe que un encuentro médico paciente positivo y la asunción del rol de enfermo disminuyen la frecuencia de nuevas visitas. Aspectos positivos de la relación terapéutica son: exploración de los aspectos psicosociales, tranquilización acerca del diagnóstico y comentar los resultados de las pruebas médicas. También se ha visto que la relación con un único médico podría promover cambios en la atribución de síntomas.

## LA FIBROMIALGIA COMO IDENTIDAD

*“... hasta finge que es dolor,  
el dolor que en verdad siente...”*

*El poeta es un fingidor.*

Fernando Pessoa

La narrativa de dolor en estos pacientes es poderosa y termina por atrapar la subjetividad hasta convertirse en su identidad. La subjetividad queda constreñida entre el dolor y la conducta de enfermedad. El rol de enfermo, un constructo que nunca acabó de resolver el problema de las enfermedades crónicas, se ha construido de manera tal que se plantean dificulta-

des añadidas a la hora de dar un salto a la subjetividad y propiciar un cambio narrativo.

Mientras la ciencia parece haber tirado la toalla en su búsqueda de una causa y un tratamiento a favor de hipótesis psicogénicas o sociogénicas, los pacientes permanecen en una indefinición que contribuye a aumentar un malestar previo por medio de vivencias de desconfirmación y de abandono que parecen estar fortaleciendo una defensa a ultranza del diagnóstico y fomentando el rol de enfermo.

Desde la indefinición y la desconfirmación se potencia la búsqueda de una identidad que, al no encontrar suficiente lo que aporta la medicina se acaba logrando a través de las Asociaciones de pacientes. En ellas ahogan las penas que proporcionan tanto el dolor como el maltrato sentido en las instituciones y obtienen un fuerte sentimiento de pertenencia, quizás por primera vez en mucho tiempo, al precio de anclar la identidad en el síntoma cerrando la puerta a otras narrativas.

Expresiones como las siguientes recogidas durante la práctica clínica son reflejo de esta realidad: “estamos en tierra de nadie”; “no te diagnostican, te descartan”; “parece que te inventas el dolor”; “lo que te hacen son pruebas para poder sacarte del medio”; “no lo podemos demostrar”; “es importante quejarse para que no se olviden”.

El desajuste entre la vivencia subjetiva de dolor e incapacidad y la inexistencia de algo que pruebe la enfermedad genera una necesidad de mostrar constantemente el sufrimiento a través de la queja para que el entorno no ol-

vide su sufrimiento. Algo así como “mostrar lo que no se puede demostrar”. Esta conducta se mantiene generando un importante desgaste en las relaciones interpersonales y produce justo el efecto contrario al que pretende lograr, perpetuando el malestar y con ello la enfermedad. Mejorar es imposible si implica invalidar lo que uno ha sido hasta el momento.

### **ELEMENTOS QUE PUEDEN FACILITAR UN CAMBIO. DECONSTRUIR EL ROL DE ENFERMO**

Pero mejorar pasaría sin duda por abandonar una identidad que ha sostenido la experiencia y las relaciones durante mucho tiempo sustituyendo otras formas de comunicación y de satisfacción de necesidades. Ahora bien, no es posible en una relación donde se es considerado un “fingidor”. Por ello el reconocimiento del sujeto como enfermo frente al sujeto como inventor de una estrategia ventajista, puede facilitar actitudes de cambio y no posiciones defensivas que refuerzan el rol.

Si bien es verdad que utilizar categorías diagnósticas supone el riesgo de aplicar, en sustitución de la anterior, otra narrativas con categoría de verdad que impiden la elaboración por parte del paciente de una historia con un sentido personal, también es cierto que, desde el punto de vista que aporta Parsons con su visión de la enfermedad como un rol social, se facilita la movilización del paciente a favor de una salida de una situación que pasa a ser considerada legítima pero no deseable.

La perspectiva narrativa considera que el cambio tiene lugar a través de la evolu-

ción de las historias que sostenemos acerca de nosotros mismos en relación con los otros y con el mundo que nos rodea. (73). Paciente y terapeuta se encuentran con el objetivo de indagar acerca de significados. La oportunidad terapéutica está en la construcción conjunta de nuevas versiones, de nuevas historias acerca de quienes somos y del significado de lo que nos pasa. Para que este proceso sea posible la nueva narrativa ha de ser suficientemente cercana a la original que el paciente aporta a terapia para ser entendida y aceptada, pero ser, al mismo tiempo, diferente para poder evolucionar hacia el cambio.

De esta manera, acceder a otras narrativas implica en un primer momento aceptar la queja tal y como la presenta el paciente, entrar en su mundo por la puerta que nos abre y desde ahí revisar conjuntamente sensaciones, sentimientos, creencias y relaciones y cuestionar la validez de la conducta de enfermedad y explorar otros significados y otras posibilidades de comunicación. En definitiva, deconstruir el rol de enfermo y fluir hacia una nueva identidad en la que la enfermedad y el dolor no sean los protagonistas.

La experiencia nos dice que un abordaje psicoterapéutico en pacientes cuya narrativa permanece muy anclada en el dolor y en la búsqueda de soluciones médicas, es decir, fuera del control del individuo, puede no ser fácil. En la bibliografía sobre intervenciones psicoterapéuticas en la FMA abundan las experiencias con tratamientos grupales. El encuadre grupal aporta varias ventajas a este proceso de deconstrucción. En primer lugar, el grupo aporta un sentido de pertenencia y protege la identidad,

El propio encuadre grupal facilita el surgimiento de narrativas alternativas que aportan el resto de los miembros poniendo a prueba la validez de las previas.

elementos que proporcionan sostén mientras se promueve el trabajo de deconstrucción del rol previo. El grupo también es un lugar donde no hay que demostrar que se está enfermo, relajando posturas y proporcionando tranquilidad. El propio encuadre grupal facilita el surgimiento de narrativas alternativas que aportan el resto de los miembros poniendo a prueba la validez de las previas. El hecho de que este desafío se produzca desde los miembros del grupo es mejor tolerado.

## PARA FINALIZAR

Con todos los problemas que puede generar, un uso meditado de las etiquetas diagnósticas es útil si podemos convertirlas en un instrumento para el cambio. El uso masivo y precoz del diagnóstico sin matices, es decir, sin incluir desde un primer momento aspectos globales de la experiencia del paciente, puede generar una dinámica perniciosa y perpetuante del problema. Sin embargo, cuando se trata de legitimar un sufrimiento, delimitar los márgenes de la asistencia, frenar la escalada de consultas y pruebas y abrir espacios de escucha terapéutica, puede convertirse en herramienta terapéutica.

Una cuestión sin resolver es quién tiene que tratar a estos pacientes y donde. En el abordaje de la fibromialgia y, en general del dolor crónico, los clínicos deberían revisar sus creencias acerca del dolor, abandonar posiciones dualistas e incorporar una visión narrativa del enfermar que posibilite la creación de una relación de respeto y colaboración con el paciente. Aceptar el diagnóstico tal y como lo conocemos es útil porque pre-

dispone a una actitud positiva hacia la enfermedad. Como sugiere Rivera "... el donde es menos importante que el quién... Debe haber una preparación específica para la relación con estos pacientes y una inequívoca disposición a tratar de mejorar su situación." (11). El tratamiento posiblemente se organiza mejor por parte de equipos multidisciplinares bien coordinados que compartan una misma visión del dolor.

## Bibliografía

- 1.- Anon. Fibromyalgia: the Copenhagen declaration. *Lancet* 1992; 340: 663-664.
- 2.- Goldenberg DL. Fibromyalgia: why such controversy? *Annals of Rheumatic Disease* 1995; 54: 3-5.
- 3.- Wolfe F. The fibromyalgia syndrome: a consensus report on fibromyalgia and disability. *Journal of Rheumatology* 1996; 23: 534-539.
- 4.- Finestone AJ. A doctor's dilemma. Is a diagnosis disabling or enabling? *Arch Intern Med.* 1997;157:491
- 5.- Cohen ML, Quintner JL. Fibromyalgia syndrome and disability: a failed construct fails those in pain. *Med J Aust.* 1998;168:402-4.
- 6.- Cohen ML. Is fibromyalgia a distinct clinical entity?. The disapproving rheumatologist's evidence. *Baillières Clinical Rheumatology* 1999; 13(3):421-425
- 7.- Wolfe F. Stop using the American College of Rheumatology criteria in the clinic. *J Rheumatol* 2003;30:1671-2.
- 8.- Ehrlich GE. Pain is real; fibromyalgia isn't. *J Rheumatol* 2003;30:1666-7.
- 9.- Guía de información de fibromialgia <http://www.afibrom.org/afibrom/GuiaInformativa.html>
- 10.-, White KP, Nielson WR, Harth M, Ostbye T, Speechley M. Does the label "fibromyalgia" alter health status, function, and health service utilization? A prospective, within-group comparison in a community cohort of adults with chronic widespread pain. *Arthritis Rheum.* 2002;47:260-5.
- 11.- Rivera J. Controversias en el diagnóstico de fibromialgia. *Rev Esp Reumatol* 2004; 31 (9): 501-6



- 12.- **Carmona L.** Revisión sistemática: ¿el diagnóstico en sí de fibromialgia tiene algún efecto deletéreo sobre el pronóstico? *Reumatol Clin* 2006; 2(2): 52-7
- 13.- **Yunus M, Masi AT, Calabro Jj, Miller KA, Feigenbaum SL.** Primary fibromyalgia (fibrositis): clinical study of 50 patients with matched normal controls. *Sem Arthritis Rheum* 1981; 11: 15 1-171.
- 14.- **Wolfe F, Smythe HA, Yunus MB, et al.** The American College of Rheumatology 1990 criteria for the classification of fibromyalgia. *Arthritis Rheum* 1990; 33: 160-172
- 15.- **Anónimo.** Fibromyalgia: the Copenhagen Declaration. *Lancet* 1992; 340: 663-4
- 16.- **WHO.** International Statistical Classification of Diseases and Related Problems. ICD-10. Geneva: WHO 1992
- 17.- **Merskey H, Bogduck N.** Classification of chronic pain: descriptions of chronic pain syndromes and definition of pain terms. 2th ed. Seattle: International Association for Study of Pain (IASP Press), 1994.
- 18.- **Gowwers WR.** Lumbago: its lessons and analogues. *Br Med J* 1904;1:117-21.
- 19.- **Smythe HA, Moldofsky H.** Two contributions to understanding of the "fibrositis" syndrome. *Bull Rheum Dis* 1977; 28: 928-31.
- 20.- **Quinter JL, Cohen ML.** Fibromyalgia falls foul of a fallacy. *Lancet* 1999; 353: 1092-94)
- 21.- **Inanci F, Yunus MB.** History of fibromyalgia: past to present. *Curr Pain Headache Rep* 2004; 8: 369-78.
- 22.- **Villanueva VL, Valía JC, Cerdá G, MonsalveV, Bayona MJ, de Andrés J.** Fibromialgia: diagnóstico y tratamiento. Estado de la cuestión. *Rev Soc Esp Dolor* 2004; 11: 430-443
- 23.- **Cathébras P.** La fibromyalgie doit-elle passer le siècle?. *Rev Méd Interne* 2000; 21: 77-9
- 24.- **Leavitt F, Katz RS, Golden HE.** Comparison of pain properties in fibromyalgia patients and rheumatoid arthritis patients. *Arthritis Rheum* 1986, 29: 775-81
- 25.- **Rivera J, et al.** Documento de consenso de la sociedad española de Reumatología sobre la Fibromialgia. *Reumatol Clin* 2006; Supl 1: S55-66
- 26.- **Arnold LM, Hudson JI, Hess EV, Ware AE, Fritz DA, Auchenbach MB, et al.** Family study of fibromyalgia. *Arthritis Rheum* 2004;50:944-52.
- 27.- **Goldberg RT, Pachas WN, Keith D.** Relationship between traumatic events in childhood and chronic pain. *Disabil Rehabil.* 1999;21:23-30.
- 28.- **Mc Beth J, Macfarlane GJ, Benjamin S, Morris S, Silman AJ.** The association between tender points, psychological distress and adverse childhood experiences. A community-based study. *Arthritis and Rheumatism* 1999; 42: 1397-1404
- 29.- **Van Houdenhove B, et al,** Victimization in chronic fatigue syndrome and fibromyalgia in tertiary care. A controlled study of prevalence and characteristics. *Psychosomatics* 2001; 42 :21-28
- 30.- **Imbierowicz K, Egle UT.** Childhood adversities in patients with fibromyalgia and somatoform pain disorder. *Eur J Pain.* 2003;7:113-9.
- 31.- **Epstein SA, Kay G, Clauw D, Heaton R, Klein D, Krupp L, et al.** Psychiatric disorders in patients with fibromyalgia: A multicenter investigation. *Psychosom Med.* 1999;40:57-63.
- 32.- **Thieme K, Turk DC, Flor H.** Comorbid depression and anxiety in fibromyalgia syndrome: relationships to somatic and psychosocial variables. *Psychosom Med.* 2004;66:837-44.
- 33.- **Anderberg UM, Forsgren T, Ekselius L, Marteinsdottir I, Hallman J.** Personality traits on the basis of the temperament and character inventory in female fibromyalgia syndrome patients. *Nord J Psychiatry.* 1999; 53:353-59.
- 34.- **Villagran MJM, Paez CM, Campo GF, Verez V, Salaberro MJ.** Psychopathology and fibromyalgia. *Arq Psiquiatr.* 2000;63:159-81.
- 35.- **Mc Beth J, Macfarlane GJ, Benjamin S, Morris S, Silman AJ.** Features of somatisation predict the onset of chronic widespread pain. Results of a large population based study. *Arthritis and Rheumatism* 2001; 44:940-946
- 36.- **Van Houdenhove B, Neerinx E, Onghena P, Lysens R, Vertommen H.** Premorbid "overactive" lifestyle in chronic fatigue syndrome and fibromyalgia. An etiological factor or Prof of good citizenship? *J Psychosom Reserch* 2001; 51: 571-576
- 37.- **Merayo Alonso LA, Cano García FJ, Rodríguez Franco L, Ariza Ariza R y Navarro Sarabia F.** Un acercamiento bibliográfico a la investigación en fibromialgia. *Reumatol Clin* 2007; 3(2): 55-62.
- 38.- **Wolfe F, Ross K, Anderson J, Russell J, Herbert.** The prevalence and characteristics of fibromyalgia syndrome in the general population. *Arthritis Rheum* 1995; 38: 19-28.
- 39.- **White KP, Speechley M, Marti M, Ostbye T.** The London Fibromyalgia Epidemiology Study: the prevalence of fibromyalgia syndrome in London, Ontario. *J Rheumatol* 1999; 26: 1570-6.
- 40.- **Carmona L, Ballina J, Gabriel R, Laffon A.** The burden of musculoskeletal diseases in the general population of Spain: results from a national survey. *Ann Rheum Dis* 2001; 60: 1040-5.
- 41.- **Valverde M.** Prevalencia de la fibromialgia en la población española. Estudio EPISER. *Rev Esp Reumatol* 2000; 27: 157.



- 42.- Buskila D. Fibromyalgia, chronic fatigue syndrome, and myofascial pain syndrome. *Curr Opin Rheumatol* 2001; 13: 117-27.
- 43.- Fundación Grunenthal, sociedad Española de Reumatología. Estudio EPIDOR: estudio epidemiológico del dolor en España. Madrid: Eddipherma; 2003)
- 44.- Alegre C. Reflexiones sobre la fibromialgia y la utilidad de elaborar un documento de consenso por su diagnóstico y tratamiento. *Reumatol Clin* 2006; 2 Supl 1: 1
- 45.- Diamond EL, Grauer K. The physician's reactions to patients with chronic pain. *Am Fam Physician* 1986;34:117-22.
- 46.- Sumathipala A, Siribaddana S, Mangwana S, de Silva P. Management of Patients with Medically Unexplained Symptoms: A Practical Guide. Forum for research and development: Sri Lanka, 2006.
- 47.- Wessley S, Nimuan C, Sharpe M. Functional somatic syndromes: one or many?. *The Lancet* 1999; 11:936-939.
- 48.- Sharpe M. The treatment of functional somatic symptoms; the example of chronic fatigue syndrome. *Psychosomatics* 1997; 38: 356-36.
- 49.- Ramos García J. Fibromialgia: ¿La histeria en el capitalismo de ficción?. *Rev Asoc Esp Neuropsiq*, 2004; 89: 115-128.
- 50.- Barsky AJ, Borus JF. Functional somatic syndromes. *Ann Intern Med* 1999; 130: 910-921.
- 51.- Stuart S, Noyes R. Attachment and interpersonal communication in somatization. *Psychosom* 1999; 40: 34-43
- 52.- Henderson S. Care-eliciting behaviour in man. *J Nerv and Ment Disease* 1974; 159:172-181.
- 53.- Roth RS. Psychogenic models of chronic pain. En: Massie, MJ Pain, what Psychiatrist need to Know. New York: American psychiatric Press, 2000.
- 54.- Turk DC, Monarch ES. Biopsychosocial perspective on chronic pain. En Turk DC, Gatchel RJ. Psychological approaches to pain management. A practitioner's handbook. 2ª Ed. London: The Guilford Press, 2002.
- 55.- Rodríguez Vega B, Irisarri F, Orgaz P. Tratamientos no farmacológicos del dolor crónico, en *Baca E Dolor y Depresión*. Madrid, Adalia, 2006, 155-67
- 56.- Siegel DJ. La mente en desarrollo. Como interactúan las relaciones y el cerebro para modelar nuestro ser. Bilbao: Desclée De Brouwer, 2007
- 57.- Antonio Damasio. El error de Descartes. Barcelona: Crítica, 2006
- 58.- Fonagy P, Gergely G, Jurist E, Target M. Affect regulation, mentalization and the development of the self. New York, Other Press, 2002.
- 59.- Zahavi D. Phenomenology of self en Kircher T and David A. The self in neuroscience and psychiatry. Cambridge, 2003, 56-76
- 60.- Ricoeur, P. El Sí mismo como otro. Madrid: s. XXI Editores, 1991
- 61.- Miró Barrachina MT. La reconstrucción terapéutica de la trama narrativa. *Monografías de psiquiatría*, 2005; 17: 8-17.
- 62.- Berger P, Luckman T. La construcción social de la enfermedad. Buenos Aires: Amorrortu, 1994
- 63.- Parsons T. The social system. 1951. New York: Free Press.
- 64.- Mechanic D. The concept of illness behavior. *J Chronical Diseases*. 1962; 15: 189-194
- 65.- Cohen ML, Quintner JL. Fibromyalgia, a problem of tautology. *The Lancet* 1993; 342: 906-909.
- 66.- Ehrlich GE. Fibromyalgia, a virtual disease. *Clin Rheumatol*, 2003; 22: 8-11
- 67 Goldenberg DL. Fibromyalgia syndrome a decade later: what have we learned? *Arch Intern Med*. 1999;159:777-85.
- 68.- Renduelles G. Ventajistas: De la fibromyalgia a la histeria pasando por la simulación. *Rev Asoc Esp Neuropsiq*, 2004; 90: 75-81.
69. Raymond MC, Brown JB. Experience of fibromyalgia. Qualitative study. *Can Fam Physician*. 2000;46:1100-6.
- 70.- Page L, Wessely. Medically unexplained symptoms: Exacerbating factors in the doctor-patient encounter. *J R Soc Med* 2003 96: 223-227.
- 71.- Liv Haugli, Elin Strand, Arnstein Finset. How do patients with rheumatic disease experience their relationship with their doctors? A qualitative study of experiences of stress and support in the doctor-patient relationship. *Patient Education and Counseling* 2004; 52: 169-174
- 72.- Wenera A, Malteru 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):1409-1419
- 73.- Fernández Liria A, Rodríguez Vega B. La práctica de la psicoterapia; construcción de narrativas terapéuticas. Bilbao: Desclée de Brouwer 2001.