

DOLOR Y CALIDAD DE VIDA: EL PROCESO DE RECEPCIÓN Y CONSTRUCCIÓN DEL DIAGNÓSTICO DE FIBROMIALGIA AL INTERIOR DEL DISCURSO MÉDICO CHILENO

HEALTH AND QUALITY OF LIFE. THE RECEPTION AND CONSTRUCTION PROCESS OF FIBROMYALGIA DIAGNOSIS IN THE CHILEAN MEDICAL DISCOURSE

RESUMEN

Introducción: El presente artículo propone una revisión del proceso de recepción y construcción del diagnóstico de fibromialgia al interior del discurso médico chileno. Se plantea que, derivado de las discusiones que previamente se instalan en torno al fenómeno del dolor crónico, la amplia penetración de la fibromialgia entre los profesionales de la salud chilenos puede ser entendida en función de su estrecha ligazón a la noción de calidad de vida.

Material y métodos: Se revisó ochenta y un artículos editados en Chile en revistas especializadas del ámbito médico desde 1953 a 2018, tres libros y una guía clínica cuyo tema principal es el dolor crónico y la fibromialgia. Se realizó un análisis de contenidos utilizando una codificación abierta en tres etapas mediante el programa Atlas.ti

Resultados: La información obtenida permite desprender tres discusiones principales: factores biológicos involucrados en el dolor crónico y la fibromialgia, los aspectos subjetivos de quienes los padecen, y el ámbito interpersonal que se ve concernido en torno a dichos diagnósticos.

Discusión: Se constata que, al ser un diagnóstico que no presenta una clara etiología alojada en la biología de quien lo padece, la fibromialgia se transforma en el indicador de quienes no se adecúan a los comportamientos esperables según una adecuada calidad de vida. Aquello habilita al profesional tratante a intervenir buscando la modificación de comportamientos en diversos ámbitos de la vida del paciente, bajo el supuesto que aquello conducirá a una reducción del dolor.

Palabras claves: fibromialgia, calidad de vida, dolor crónico.

ABSTRACT

Introduction: The present work offers a revision of the construction and reception process of the fibromyalgia diagnosis in the Chilean medical discourse. It argues that, derived from previous discussions about chronic pain, the wide-ranging expansion of fibromyalgia diagnosis among Chilean health professionals could be understood in the context of quality of life considerations.

Material and methods: Eighty-three papers edited in Chilean medical journals were reviewed, from 1953 to 2018, as well as three books and one clinical guide whose principal subjects were chronic pain and fibromyalgia.

Results: The information was divided into four periods from which is possible to draw conclusions about key points in discussions concerning the construction of chronic pain and fibromyalgia, involving biological considerations, subjective aspects of those diagnosed with it, and interpersonal elements involved in these diagnoses.

Discussion: The information shows that, fibromyalgia, as a diagnosis without a clear etiology located inside the patient's biology, becomes the designated diagnosis of those whose behaviors do not fit with what defined as a good quality of life. This allows the health professional to suggest a range of behavioral modifications in the life of the fibromyalgia sufferer, assuming that behavioral modification will eventually lead to pain relief.

Keywords: fibromyalgia, quality of life, pain.

INTRODUCCIÓN

El diagnóstico de fibromialgia se ha transformado en un problema de salud relevante en el mundo. Tal como lo han constatado investigadores en diversos países, se trata de un síndrome con crecientes índices de prevalencia en población general, que tiende a afectar en mayor proporción a mujeres que a hombres¹⁻². Surgido como un síndrome cuyos primeros criterios diagnósticos fueron publicados por el Colegio Reumatológico Americano en 1990, según la última definición propuesta el año 2010, la fibromialgia se caracteriza por la presencia de dolor en distintas áreas del cuerpo (principalmente cuello, espalda, brazos o piernas) que habitualmente se acompaña de fatiga, sueño no reparador, dificultades en la memoria y la concentración, cuya duración es de al menos tres meses, y que no presenta una causa claramente identificable ni en la evaluación clínica ni en exámenes de laboratorio³.

Considerando tanto las voces detractoras como las que están a favor de la existencia de la fibromialgia como síndrome biomédico⁴, lo que este diagnóstico permite localizar es la operación a través de la cual la experiencia de dolor es traducida y delimitada en los términos propios del discurso biomédico contemporáneo. Según lo referido por diversos autores al interior de las ciencias sociales, la experiencia de dolor comporta una compleja realidad individual, social y política, en tanto parece siempre exceder los marcos simbólicos que buscan delimitarla⁵. Así, al ser puesto en palabras, el dolor supone un marco común de sentidos que dan cuenta del modo como en un determinado contexto se le otorga reconocimiento al sufrimiento que éste comporta. En consecuencia, la construcción de una entidad clínica que se proponga delimitar la experiencia de dolor como fenómeno biomédico supone, en último término, el intento por dar respuesta desde el marco de saber propio de las ciencias biomédicas, a preguntas relativas a qué se valida y qué no como experiencia legítima de sufrimiento en un determinado contexto, qué se entiende como esperable y deseable en cuanto a la conducta de quien sufre dolor, cuándo es legítimo solicitar ayuda para aliviarla, y cual o cuales actor(es) social(es) se arroga(n) la autoridad y el poder para sancionar y eventualmente aliviar dicha experiencia.

Lo que interesa en este artículo es revisar el modo como la fibromialgia ha sido tematizada al interior del discurso médico chileno, entendiendo que es en

dicho proceso donde se ha delimitado la existencia social de una particular experiencia de dolor. Por ello, lo que esta investigación propone es la pregunta en torno a qué alude y qué supuestos sostienen la existencia del diagnóstico de fibromialgia al interior de dicho discurso. Con ello, se asume que si bien la noción de fibromialgia y su propuesta de tratamiento surgen durante la década de los años ochenta desde la reumatología estadounidense, el modo como dicho diagnóstico es leído por los profesionales de la salud nacionales permite delimitar una trayectoria discursiva que problematiza y delimita la problemática clínica asociada a este diagnóstico, a partir de los supuestos que, en el contexto chileno, participan en la construcción de las experiencias de sufrimiento y dolor.

MATERIAL Y MÉTODOS

Tomando 1953 como año de inicio, en tanto es el momento en que el anestesiólogo estadounidense John Bonica desarrolla la distinción entre dolor agudo y dolor crónico, se revisó aquellas publicaciones editadas en Chile que hayan tenido como temática principal la problematización del dolor crónico y/o la fibromialgia, entendiendo que este diagnóstico responde a una manifestación clínica específica del fenómeno previamente delimitado como dolor crónico. Se decidió excluir de la muestra publicaciones no editadas en Chile, buscando con ello circunscribir lo más posible el material revisado al ámbito de las discusiones locales en torno a la temática específica que se investigó. En total, el corpus documental revisado consistió en 81 artículos aparecidos en revistas especializadas chilenas de publicación periódica desde 1953 hasta 2018, tres libros de divulgación científica publicados en Chile, y una guía clínica emanada por el Ministerio de Salud de Chile. La información fue analizada a través del método de análisis de contenido, contemplando para ello un proceso de codificación abierta en tres etapas: primero, la selección de los textos más relevantes para los objetivos de la investigación, luego la agrupación de la información en categorías que permitan reducir su complejidad y variabilidad, para finalmente incluir las categorías en unidades de registro manejables y homogéneas en cuanto a su amplitud y extensión^{6,7}. A partir de lo anterior, la información recopilada se organizó en cuatro períodos históricos que circunscriben las principales discusiones y puntos de tensión que configuran un

discurso específico sobre el dolor crónico primero, y luego la fibromialgia.

RESULTADOS

Período I: 1953-1975: El problema de la psicogénesis en el dolor reumático.

Durante el primer período es posible constatar la publicación de una serie de artículos que ponen en discusión la posibilidad de delimitar como fenómeno médico a quienes se quejan de dolor musculoesquelético de localización difusa, constante en el tiempo, y sin un elemento etiológico claramente visible según los métodos diagnósticos con los que cuenta la medicina de la época. Circunscrita principalmente al ámbito reumatológico, mediante el uso de términos como “dolor lumbociático”, “polimialgia reumática” o “reumatismo psicógeno” se discute la manera de traducir la experiencia de estos pacientes en términos que permitan hacerla inteligible dentro del marco comprensivo propio de esta disciplina. Es allí donde aparece con fuerza el recurso a los “factores psicógenos”, aludiendo con ello a dos órdenes específicos de fenómenos: en primer lugar, los factores psicógenos responden a un conjunto de diversas situaciones vitales de carácter conflictivo (por ejemplo, dificultades económicas, conflictos matrimoniales, muerte de un ser querido), los cuales operarían como gatillantes en la aparición de las enfermedades reumáticas^{8,9}. En segundo lugar, la idea de “factores psicógenos” alude a características de un modo de ser particular, propio de quienes padecen dolor reumático: “Los pacientes estudiados en nuestro servicio se caracterizaban por su inmadurez emocional (...) La enfermedad ha estallado o recidivado por sucesos que han puesto en peligro su seguridad emocional y su extrema dependencia”⁹. Enfrentadas a un suceso vital conflictivo, dichas personas reaccionarían con una hiperfunción de músculos del torso y las extremidades, lo que permitiría explicar su posterior patología reumática⁸.

Bajo los términos Reumatismo Psicógeno o Reumatismo No Articular Generalizado, distintos autores intentaron circunscribir la presencia de dolores musculares, articulares y/o óseos que no calzan con ningún cuadro conocido, cuyo examen tanto de laboratorio como físico aparece normal, y que responderían tanto en su causa, intensificación o duración a factores ubicados por fuera de los límites del cuerpo biológico⁹⁻¹¹. Se aprecia en estos casos un cierto

nivel de acuerdo respecto a la bipartición entre el ámbito somático del dolor, la mecánica biológica que parece no ser suficiente a la hora de explicar su aparición o eventual intensificación, y el ámbito de la subjetividad, entendiendo por ello tanto las características personales de quien padece este cuadro, como todo lo relativo a su historia de vida. En efecto, el dolor opera al modo de un signo localizable en el cuerpo de alguien que reacciona en forma desadaptativa respecto de un estresor psicosocial (como la muerte de un ser querido o una dificultad económica), o bien de alguien que presenta una manera de ser desadaptativa, una predisposición patológica hacia la interacción social (como es el caso de los trastornos de personalidad).

En 1968 con motivo del II Congreso Chileno de Anestesiología celebrado en Viña del Mar, el anestesiólogo estadounidense John Bonica dictó una conferencia titulada Tratamiento del Dolor. Según lo señala el presidente de la Sociedad Chilena de Anestesiología de la época, el doctor Sergio Jara, dicha visita se realizó en el marco de un “sincero anhelo de los especialistas chilenos” por traer al “prestigioso médico anesthesiólogo de renombre internacional John Bonica de la Universidad de Washington”, lo cual sólo pudo concretarse gracias al apoyo de la firma Indura¹². En torno a dicha alocución se pueden extraer cuatro temas principales: En primer lugar, propone tematizar el fenómeno del dolor mediante un lenguaje compartido que sea transversal a las distintas áreas de la medicina, evitando con ello leerlo como fenómeno propio de alguna especialidad en particular¹³.

En segundo término, Bonica hace explícita su concepción del dolor como fenómeno que abarca distintos planos de análisis. Según refiere, el dolor presenta no sólo un plano fisiológico, sino se trataría también de una experiencia moral en tanto contribuye a la adquisición de los valores propios de un determinado contexto social, a través del fenómeno de la evitación que producen tanto el dolor del castigo como la sensación de culpabilidad¹³.

Una tercera consideración alude al hincapié en el hecho que el tratamiento del dolor requiere considerar la relación médico-paciente como un importante factor de ayuda a la acción de otras medidas terapéuticas: “En adición, el uso de la sugestión, distracción y otras medidas psicológicas constituyen una importante forma de tratamiento adjunto”¹³.

Por último, en la perspectiva de Bonica el dolor crónico tiene distintas formas de presentación clíni-

ca (los llamados pain syndromes). Al respecto, propone que los síndromes dolorosos miofaciales corresponden a uno de los problemas más importantes en la práctica clínica asociada al dolor crónico. Se trata de cuadros cuyo tratamiento debiera orientarse hacia el bloqueo de las zonas dolorosas mediante técnicas analgésicas asociado a fisioterapia con movilización de la zona afectada, e intervenciones psicológicas que enseñen al paciente a lidiar con su dolor¹³. Aquí, la idea de “lidiar con el propio dolor” implica una suerte de disociación de la experiencia de dolor entre, por un lado, el dolor mismo, y por otro, la persona que lo experimenta.

La intervención de John Bonica en Viña del Mar marca un importante hito en la manera como se continúa problematizando el dolor crónico entre los profesionales de la salud chilenos. En efecto, paulatinamente la discusión comienza a girar en torno a algunos de los elementos desarrollados por él. Así, se observa la intención de abordar al dolor ya no como fenómeno ligado a una disciplina en particular (reumatología o anestesiología), sino más bien como objeto transversal y común no sólo del saber médico, sino de todas las profesiones ligadas a la salud. En consecuencia, a comienzos de la década de los años setenta, el fenómeno del dolor comienza a ser tematizado por disciplinas médicas que previamente no habían participado de la discusión, como lo son la neurocirugía o la salud materno-infantil¹⁴. En estos casos se utilizan las distinciones terminológicas difundidas por John Bonica para referirse no sólo a las distintas formas de presentación clínica, sino también a las consideraciones que habría que tomar a la hora de proponer alguna forma de tratamiento.

Período II, 1976-1989: La relación médico-paciente y precisiones terminológicas en torno al dolor crónico.

Desde la segunda mitad de la década de los años setenta es posible localizar un paulatino cambio respecto a las discusiones que comienzan a dominar la manera de referirse a la salud y enfermedad en general, y al fenómeno del dolor crónico en particular. En efecto, el cambio epidemiológico evidenciado en la población chilena a partir de la segunda mitad del siglo XX implicó una importante disminución en la incidencia de enfermedades infectocontagiosas y un alza importante en la prevalencia de enfermedades crónicas¹⁵. Asociado a ello, paulatinamente ingresan al interior del saber médico chileno distin-

tos conceptos y nociones que buscan aprehender una nueva forma de conceptualización y manejo de este tipo de patologías. Nociones como “calidad de vida”, o la “relación médico-paciente” se instalan como ideas relevantes a tener en cuenta a la hora de planificar un abordaje terapéutico en el discurso de quienes publican sobre patologías crónicas. El fenómeno del dolor crónico no resulta ajeno a dicha tendencia, la cual incide no sólo en las maneras de referirse a dicho fenómeno, sino también en las propuestas de abordaje terapéutico que de allí se desprenden.

Durante este período, el dolor crónico es problematizado a partir de tres ejes. Primero, se observa que la mayor preocupación de quienes abordan este fenómeno sigue siendo la posibilidad de distinguir claramente su presentación aguda, esto es, el dolor acotado a una zona específica del cuerpo cuya duración e intensidad está en estrecha relación con una lesión a nivel tisular, respecto del dolor crónico, el cual no cumple con ninguna de las características propias de su expresión aguda: “La primera y más esencial pregunta es si nos encaramos con dolores atribuibles a una entidad patológica definida o si éstos son la expresión de un estado psicógeno”¹⁶. Se observan varios esfuerzos por precisar los términos neurofisiológicos que, se supone, se encontrarían involucrados en el dolor crónico. Así, el término *trigger point*, que más tarde será utilizado para caracterizar a la fibromialgia, se propone como concepto que permitiría delimitar con alguna precisión aquellas zonas del cuerpo, los puntos gatillo, en las cuales fenómenos como el reumatismo muscular o la fibromiositis irradian dolor hacia otros lugares del cuerpo^{16,17}. En la misma línea, se plantea que muchos de aquellos dolores considerados como psicógenos pudiesen tener algún mecanismo biológico como factor etiológico el cual, en virtud de la ignorancia que aún persiste en torno a los aspectos metabólicos del dolor, podría ser mal interpretado o desestimado falsamente. Es por ello por lo que la perspectiva de trabajo multidisciplinaria se ve como una manera de soslayar las limitaciones que una u otra especialidad médica pudiesen tener respecto a la conceptualización de dicho fenómeno: “La intención fue entonces, y sigue siéndolo en esta versión escrita, presentar en forma sencilla los fundamentos psicofisiológicos de la experiencia dolorosa, insistiendo en sus múltiples componentes y en la necesidad de una consideración multidisciplinaria”¹⁸.

Hasta fines de los años ochenta se intenta precisi-

sar el marco de signos y síntomas que habitualmente acompañan al fenómeno del dolor crónico, los cuales incluyen una constelación de signos vegetativos (trastornos del sueño y apetito, estreñimiento, disminución de la libido), alteraciones a nivel del ánimo (principalmente irritabilidad), aumento de la preocupación por el cuerpo y reducción de las relaciones interpersonales. Desde esta forma de referirse al dolor no se deja de mantener la distinción mente/cuerpo que viene operando en referencia a este fenómeno: "(...) una teorización razonable debiera intentar dilucidar la posición del dolor "psíquico" en relación con él [el aspecto somático], sus rasgos comunes y su recíproca influencia"¹⁸.

Desde un segundo eje, se pesquiza un renovado acento en las características personales que determinarían la experiencia de quien padece dolor crónico. Se trata, por ejemplo, de atender a los modos de expresión que permitirían diferenciar al dolor referido cuando se trata de un dolor que presenta algún correlato orgánico, respecto de aquellos dolores en los que dicho correlato se encuentra ausente¹⁷. Como tercer eje de análisis, se instala la relevancia de la relación médico-paciente en el manejo terapéutico de quienes padecen dolor crónico. Mantener en todo momento un trato respetuoso hacia el paciente, ser cálido, y darse el tiempo de explicarle en forma clara y simple lo que le ocurre son algunas de las sugerencias que se proponen en orden a mejorar la relación entre el médico y el paciente: "Finalmente, la relación médico-paciente puede resumirse en la acción de llevar a cabo con el enfermo como quisiéramos que se llevara con nosotros o con nuestros hijos"¹⁵. Según se sigue de esta perspectiva, es por medio de la vinculación con el paciente que el médico podrá ejercer su función curativa con mayores probabilidades de éxito terapéutico, lo que supone la relevancia de expresar un genuino interés no sólo hacia la enfermedad de éste, sino más bien respecto de la posibilidad de contribuir con su bienestar personal.

Desde comienzos de los años ochenta, cobra relevancia el papel que jugaría el médico, ya no como un simple especialista técnico de la enfermedad, sino en función de características personales que facilitarían o no la posibilidad de establecer un vínculo con el paciente^{15,19}. Así la subjetividad del propio médico es entendida a partir de una actitud de empatía y genuino interés ya no por la sola existencia de una eventual materialidad biológica de la enfermedad, sino por la vida del paciente en su glo-

balidad, esto es, sus aspectos emocionales, sociales y sus condiciones materiales de vida. De esta manera, la subjetividad del médico tratante comienza a ser entendida como un recurso explicativo de la eventual evolución clínica del paciente. Así, dicha evolución dependerá siempre de cómo el médico se vincula e interesa respecto de las condiciones de vida del paciente: "Es bien sabido que la atención asidua, aún desprovista de instancias sugestivas o de intencionada penetración psicológica, tiende a mitigar el dolor"¹⁶.

Período III, 1990-2000: Surgimiento de la ACHED y expansión de un lenguaje común en torno al dolor crónico y la fibromialgia.

Durante la década de los años noventa se vislumbran dos importantes acontecimientos que proponen modificaciones respecto a las condiciones institucionales a partir de las cuales se generan maneras de hablar sobre el dolor: La aparición de los primeros dispositivos específicamente dedicados al tratamiento del dolor (Unidades de Dolor), y la creación de la Asociación Chilena para el Estudio del Dolor (ACHED). Ambas instancias surgen al alero de un grupo de profesionales médicos chilenos seguidores del modelo propuesto por John Bonica y la *International Association For The Study of Pain* (IASP por sus siglas en inglés) en Estados Unidos a partir de la segunda mitad del siglo XX.

La formación de la primera Unidad de Dolor en el Hospital Clínico de la Universidad de Chile en 1991, junto con la puesta en marcha de la Unidad de Tratamiento de Dolor del Hospital Militar de Santiago en 1990 motivó la publicación de distintos artículos donde se relata el paulatino proceso de implementación y posterior funcionamiento de dispositivos específicos de tratamiento del dolor en varias ciudades del país^{20,21}.

Según se lee en los artículos que abordan esta temática, surge un marcado interés por articular un conjunto de prácticas protocolizadas para el manejo del dolor de la mano de la construcción de un lenguaje común a todas las especialidades médicas, por ejemplo a través de la difusión de la definición estandarizada propuesta por la IASP para la experiencia de dolor: "Una experiencia sensorial y emocional desagradable, asociada a un daño tisular existente o potencial, o descrita en términos de ese daño"²².

La subjetividad en juego de quien padece dolor crónico respondería a la existencia de una mane-

ra de ser (llamada trastorno de personalidad, inmadurez emocional o conductas desadaptativas) que explica la existencia de un patrón de mal uso del propio cuerpo y que generaría, además, complicaciones en el ámbito de las relaciones interpersonales. A su vez, aquellos pacientes que presentan dolor crónico tenderían a experimentar gran inhabilidad para expresar sus sentimientos, junto a una alta comorbilidad con sintomatología depresiva²³. Se trataría de personas que exageran frente a sus dificultades, esto es, su queja es siempre excesiva y no se condice a ojos del profesional tratante con la realidad de su padecimiento, la cual está siempre dada por la existencia material de una lesión tisular que opere al modo de factor etiológico. Desde esta lógica se entiende que quien experimenta dolor crónico sería alguien que presenta un modo de reaccionar siempre excesivo, eventualmente hostil, y con un inadecuado manejo emocional del que, tanto la intensidad como la duración del fenómeno del dolor crónico, serían la consecuencia visible para el especialista tratante: "Presentan una escasa capacidad de fantasear en la vida, con un pensamiento de tipo concreto-utilitario"²³.

Respecto al plano interpersonal, se mantiene la relación médico-paciente como factor relevante en el manejo clínico de los cuadros clínicos asociados a dolor crónico, en tanto las características personales de quienes los padecen son descritas como eventualmente problemáticas a la hora de iniciar un proceso terapéutico. Por esta razón resultaría de crucial importancia el establecimiento de una buena relación médico-paciente a la hora de planificar un tratamiento en todos aquellos casos ligados al fenómeno del dolor crónico: "La naturaleza del síntoma, las características del paciente y la reacción emocional del médico hacen, sin embargo, altamente probable el establecimiento de una relación tensa y mutuamente frustrante"²⁴.

Un amplio espectro de comportamientos comienzan a verse concernidos en la experiencia de dolor crónico a partir de la década de los años noventa, implicando con ello un cambio respecto de la posición del médico tratante hacia dicho fenómeno: si durante los primeros años revisados en esta investigación hasta comienzos de los años noventa, las discusiones en el ámbito de las prácticas terapéuticas giraban respecto a la búsqueda de la alteración biológica subyacente, durante la década de los años noventa el foco de las intervenciones médicas apunta a la pedagogía en torno a la normalización de

un espectro amplio de conductas (alimentación, uso del tiempo libre, consumo de drogas, etc.): "No basta el conocimiento de la patología orgánica, se requiere además que los miembros del equipo tengan competencias en el manejo de los aspectos psicológicos e interaccionales que la situación del paciente con dolor crónico necesita"²⁵.

El foco de la terapéutica asociada a los cuadros de dolor crónico está puesto en ubicar al profesional tratante en el rol de educador en relación a un amplio espectro de conductas que incidirían en la aparición o en la intensificación del dolor. Se trata de un rol pedagógico que adopta el profesional tratante, bajo el supuesto que este fenómeno sería la señal de quien no conduce su vida de acuerdo con un conjunto de normativas específicas: "En este sentido tiene especial importancia lo que se logra en el aspecto educativo, como modificación de conductas. Se pueden intentar clases de control de dolor, en las que se aclaran conceptos erróneos y se disminuye la angustia por la propia enfermedad"²⁶.

Puesto que siempre en el fenómeno del dolor crónico interactuarían tres planos heterogéneos entre sí (biología, variables personales, variables contextuales), la terapéutica requiere situarse desde una perspectiva multidisciplinaria: "(...) una aproximación multidisciplinaria y un enfoque holístico en el cual participen profesionales de las ciencias médicas y sociales"²⁷. En el dolor crónico, se propone como objetivo relevante la pesquisa de factores como antecedentes psiquiátricos previos, problemas vocacionales o laborales, modelos familiares de dolor o enfermedad crónica, buscando con ello "(...) entender el rol que ocupa el dolor en la vida del paciente y ayudar en la selección del mejor tratamiento para cada paciente en particular"²⁷.

Período IV, 2001-2018: El problema de la "calidad de vida" en la aproximación terapéutica al dolor crónico y la fibromialgia.

A contar de la década de los dos mil, la fibromialgia es leída como un diagnóstico que presenta diversos ejes posibles de análisis. En cuanto a su prevalencia, por ejemplo, se trata de un diagnóstico que al año 2006 abarcó el 9,28% del total de pacientes atendidos en la unidad de dolor y cuidados paliativos del Hospital Clínico de la Universidad de Chile, siendo además el que presentó un mayor incremento en cuanto a su incidencia en dicha unidad²⁸.

La característica principal de este cuadro es la presencia de dolor difuso en los tejidos blandos, el que

frecuentemente es descrito como un dolor quemante, intenso o muy terrible, habiendo un examen físico sin alteraciones. En cuanto al tratamiento de este cuadro, se propone que debe ser multidisciplinario, incluyendo manejo farmacológico, ejercicio físico y disminución de los factores contribuyentes: “El control del dolor en el largo plazo dependerá de educar al paciente, autorresponsabilidad y el desarrollo de una relación de largo plazo médico-paciente”²⁹.

La lectura de la fibromialgia se encuentra imbuida por supuestos como la optimización de la calidad de vida o el rol de pedagogo del profesional tratante en el trabajo clínico de este cuadro, el que debiese estar dirigido hacia la disminución de los factores contribuyentes: “El control del dolor en el largo plazo dependerá de educar al paciente, autorresponsabilidad y el desarrollo de una relación de largo plazo médico-paciente”²⁹. Sin entrar en mayores precisiones respecto a este punto, por el término “factores contribuyentes” se entiende todos aquellos aspectos relacionados con actitudes, estilo de vida, o condiciones del medio físico o social, que contribuyen a mantener o intensificar la experiencia de dolor en el paciente, y que pueden ser modificados por medio de educar al paciente en estrategias de autorresponsabilidad.

Parece existir un consenso entre los profesionales de la salud chilenos, respecto a que el objetivo principal de cualquier tratamiento para la fibromialgia es la mejoría en la calidad de vida del paciente. Aquello implica aspectos como aliviar la sensación de dolor, recuperar el sueño reparador, recuperar los niveles de funcionalidad premórbida, y manejar los factores psicosociales que pudiesen interferir en la mantención o exacerbación del cuadro clínico: “El alta significará el retorno a su domicilio o significará la reinserción familiar, laboral y social del paciente”³⁰. Por ello, un rol fundamental del profesional tratante es la promoción de cambios en el estilo de vida, lo que es entendido como mantener una dieta equilibrada, eliminar la cafeína, reducir el estrés cotidiano y mejorar las habilidades de adaptación al contexto social, buscando con ello un manejo analgésico que permita restaurar niveles previos de funcionalidad: “El objetivo del tratamiento se orienta a restaurar la funcionalidad, su autonomía y control analgésico, entre otros”³¹.

A mediados de la década del dos mil se publican algunos artículos que vuelven a discutir la influencia que tendrían lo que denominan “factores psicosociales” en la cronificación de la experiencia de dolor³².

Así, en la perpetuación de la experiencia dolorosa confluirían variables de orden biofísico, psicosocial, económico y laboral, siendo además una conducta habitualmente observable en estos pacientes el consumo de diversos medicamentos analgésicos, junto con el abuso de los sistemas de salud, o “doctor shopping”³³. Dado que no se explica cuál es el abuso o qué es lo que resulta abusivo de quienes padecen dolor, en línea con la idea previa de la supuesta ganancialidad asociada a los diagnósticos de dolor crónico, el “abuso” en el uso de los sistemas de salud permite ver el supuesto de una demanda siempre excesiva e inadecuada que no se correspondería con un uso adecuado de los servicios de salud a los ojos de los profesionales tratantes.

DISCUSIÓN

Según lo trabajado por diversos autores, el discurso biomédico responde siempre a un ordenamiento de enunciados socio-históricamente situado que construye la realidad que busca representar³⁴⁻³⁷. Desde dicha perspectiva, la aparición de la noción de fibromialgia en el discurso médico chileno a comienzos de los años noventa puede ser leída como una operación que permitió darle existencia, en términos de problemática biomédica, al malestar de personas que, a través de la experiencia de dolor, pasan a transformarse en pacientes cuya demanda de atención adquiere un lugar legítimo al interior de dicho discurso. Se trata de una operación de traducción del dolor que conlleva una serie de consecuencias en la experiencia de quienes lo padecen. En efecto, fuertemente influenciada por los profesionales agrupados en la ACHED, puede decirse que la construcción de la noción de fibromialgia al interior del discurso médico chileno conlleva los siguientes supuestos: 1) Se trata de un síndrome transversal a diversas disciplinas de la salud (entre otras, reumatología, anestesiología, psiquiatría, psicología, kinesiología, fisioterapia) por lo que cualquier especialista de estas disciplinas se encuentra eventualmente habilitado para intervenir terapéuticamente en torno a ella. 2) Se asume que quien padece fibromialgia presenta un conjunto de características personales que serían disfuncionales respecto al logro de una adecuada calidad de vida, y que influirían de manera importante en la aparición y mantención del cuadro clínico. De este modo, la fibromialgia se ubica como la manifestación de un dolor que sería el signo de quien, debido a una inadecuada relación

hacia su propio cuerpo, hacia sus vínculos interpersonales o hacia sus rendimientos productivos, no se adecúa a los comportamientos esperables según la lógica de la buena calidad de vida. 3) Puesto que se trata de un síndrome cuya complejidad requiere la participación de diversas disciplinas de la salud, el tratamiento recomendable para este cuadro consiste en una aproximación multidisciplinaria donde el foco esté puesto en construir una relación con el paciente que permita la enseñanza de nuevas maneras de relacionarse y sobrellevar su dolor, a fin de recuperar la funcionalidad esperable para conseguir una mejor calidad de vida. Desde esta perspectiva, el rol del profesional tratante es principalmente un rol pedagógico que busca modificar conductas en un amplio espectro de áreas (tiempo libre, hábitos de sueño, alimentación, etc.) en orden a lograr comportamientos más adaptativos que eventualmente reduzcan el dolor propio de este cuadro.

El diagnóstico de fibromialgia permite darle un lugar en el saber biomédico a quienes padecen un dolor cuya etiología no responde claramente a los supuestos propios de dicho discurso, otorgando con ello existencia social y un cierto grado de legitimidad a la queja de dichas personas³⁸. Paradójicamente, dicha legitimidad parece quedar en entredicho en tanto se trata de un diagnóstico cuya etiología no se encuentra ubicada en algún factor claramente objetivable al interior del cuerpo biológico. Se trata entonces de un síndrome que obliga a poner bajo el escrutinio del saber médico un conjunto diverso de áreas de la vida (alimentación, hábitos de sueño, uso del tiempo libre, relaciones interpersonales, consumo de alcohol y drogas), a fin de aprender comportamientos que permitan “relacionarse” y “sobrellevar” el propio dolor. En último término, la subjetividad de quien padece fibromialgia termina siendo subdividida en dos ámbitos distintos: aquella que padece del dolor y se queja de ello, y aquella que, de la mano del profesional tratante, aprende cómo relacionarse con dicho dolor de una manera más funcional y adaptativa.

CONSIDERACIONES FINALES

En los cuatros períodos propuestos en la revisión documental, es posible circunscribir un derrotero particular en la operatoria de construcción del diagnóstico de fibromialgia en el contexto de los profesionales de la salud chilenos. En una relación de continuidad con las discusiones que localizan al dolor crónico como un fenómeno cuya extensión e intensidad no es comprensible a partir de la presencia de alguna lesión tisular, la fibromialgia se ubica también como parte de aquellos cuadros clínicos cuya sintomatología, principalmente dolor, no se relaciona con alguna alteración claramente localizable en los límites de la materialidad del cuerpo biológico. De allí que la construcción de dicho diagnóstico supone ubicar al dolor propio de este cuadro como el signo ya no de una biología alterada, sino más bien como el indicador de personas que presentan una relación hacia su propio cuerpo, hacia su contexto social y hacia sus rendimientos productivos, tal que les impide alcanzar los comportamientos y rendimientos esperables propios de aquello que se entiende como buena calidad de vida.

En definitiva, pensar la sostenida alza en la prevalencia del diagnóstico de fibromialgia desde la perspectiva revisada en este artículo implica considerar que, más que un paulatino aumento de personas que padecen esta forma específica de dolor se trata más bien de un esfuerzo por darle existencia, en la forma de un síndrome biomédico, a un número cada vez mayor de personas cuyo malestar termina siendo leído como el resultado de comportamientos de un cierto ideal de vida. Queda entonces como horizonte por explorar en una futura investigación el modo como aquello incide finalmente en las prácticas actuales de quienes padecen este cuadro, de quienes se interesan por abordarlo clínicamente, y de todos aquellos que de distintas maneras se vinculan a dichas personas.

DECLARACIÓN DE CONFLICTO DE INTERÉS:

El autor declara que no existe ningún conflicto de interés respecto de los contenidos abordados en el presente artículo.

REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS

1. Fillingim R. Sex, gender, and pain: women and men really are different. *Curr Rev Pain*. 2000;4(1):24-30.
2. Queiroz L. Worldwide epidemiology of fibromyalgia. *Curr Pain Headache Rep*. 2013 Aug;17(8):356.
3. Wolfe F, Clauw DJ, Fitzcharles MA, Goldenberg DL, Katz RS, Mease P, Russell AS, Russell IJ, Winfield JB, Yunus MB. The American College of Rheumatology preliminary diagnostic criteria for fibromyalgia and measurement of symptom severity. *Arthritis Care Res (Hoboken)*. 2010 May;62(5):600-10.
4. Quintner J, Cohen M. Fibromyalgia falls foul of a fallacy. *Lancet*. 1999 Mar 27;353(9158):1092-4.
5. Kleinman A. The illness narratives. Suffering, healing & the human condition. New York, NY: Basic Books; 1988.
6. Navarro P, Díaz C. Análisis de contenido. En: Delgado J, Gutiérrez J (Coords). *Métodos y técnicas cualitativas de investigación en Ciencias Sociales*. Madrid: Editorial Síntesis; 1995. p. 177-224.
7. Canales M. Análisis sociológico del habla. En: Canales M (Coord.) *Escucha de la Escucha: análisis e interpretación en la investigación cualitativa*. Santiago de Chile: LOM Ediciones; 2013. p. 171-188.
8. Toledo A, Ronban E. Diagnóstico radiológico del dolor lumbociático. *Rev Méd Chile*. 1953;12(31):10-13.
9. Arcaya A. Factores psicogénicos en el reumatismo. *Rev Méd de Chile*. 1953;12(31):72.
10. France O. Polimialgia reumática. *Boletín de la Sociedad Chilena de Reumatología*. 1966;3(4):28-29.
11. Bravo J. Reumatismos Sicogénicos. *Boletín de la Sociedad Chilena de Reumatología*. 1969;3(7):14-17.
12. Jara S. Discurso del presidente de la Sociedad de Anestesiología de Chile. *Rev Chilena de Anestesia*. 1970;20(6):14-15.
13. Bonica J. Tratamiento del dolor. *Rev Chilena de Anestesia*. 1970;20(6):109-120.
14. Fuentes E. Dolor-Síntoma versus Dolor-Enfermedad. *Rev Chilena de Anestesia*. 1972;22(6):511-515.
15. Soto S. La relación médico-paciente. *Rev Méd Chile*. 1976;9(104):664-669.
16. Ferrer S, Mellado L. Mialgias. *Rev Méd Chile*. 1985;9(113):897-905.
17. Aris H. Reumatismos psicogénicos. *Rev Médica Chile*. 1984;12(112):1248-1255.
18. Lolás, F. Aspectos Psicofisiológicos del Dolor. Santiago de Chile: Editorial Mediterráneo; 1985.
19. Goic A. Salud y calidad de vida. *Rev Méd Chile*. 1981;5(109):467-473.
20. Espejo A, Asenjo F, Velasco M, Hernández X. Clínica del dolor Hospital Militar. 18 meses de funcionamiento. *Boletín El Dolor*. 1991;1(1):3-4.
21. Bilbeny N, Urra X. Unidad de dolor. *Rev Hospital Clínico Universidad de Chile*. 1992;4(3):126-132.
22. Paeile C, Saavedra H. (Eds). *El dolor, aspectos básicos y clínicos*. Santiago: Editorial Mediterráneo; 1990.
23. Zaninovic D. Psicología del dolor. *Rev El Dolor*. 2001;36(10):27-33.
24. Eva P. Implicancias neuropsicológicas del dolor. En: Paeile C, Saavedra H (Eds.). *El dolor aspectos básicos y clínicos*. Santiago de Chile: Editorial Mediterráneo; 1990. p. 185-196.
25. Muñoz A, Tapia P. Dolor agudo y dolor crónico. Santiago de Chile: Editorial Universitaria; 1999.
26. Saavedra H, Paeile C, Bilbeny N. Centros de tratamiento del dolor. En: Paeile C, Bilbeny N, eds. *El dolor: aspectos básicos y clínicos*. 2ªed. Santiago de Chile: Editorial Mediterráneo; 1997. p.551-558.
27. López S. Evaluación psicológica, psicosocial y terapéutica del paciente con dolor. En: Paeile C, Bilbeny N, eds. *El dolor: aspectos básicos y clínicos*. 2ª ed. Santiago de Chile: Editorial Mediterráneo; 1997. p. 268-280.
28. Jaque J, Pacheco S, Miranda J, Plaza G, Muñoz A. Perfil clínico y epidemiológico de los pacientes atendidos en la unidad de dolor y cuidados paliativos del Hospital Clínico de la Universidad de Chile (HCUCH). *Rev El Dolor*. 2007;47(16):14-17.
29. Fuentealba C. Síndrome fibromiálgico. *Rev Chilena Reumatol*. 2005;21(4):235-236.
30. Muñoz E. Psicología del dolor. Modelo multidimensional de dolor crónico. Epistemología, proceso psicodiagnóstico y terapéutica. *Revista El Dolor*. 2002; 39(11):22-29.

31. Norambuena X. Fibromialgia juvenil. Resumen de la conferencia presentada en Curso de Columna y Reumatología. *Rev Chilena Reumatol.* 2009;21(4):164-166.
32. Guic E, Rebolledo P, Galilea E, Robles I. Contribución de factores psicosociales a la cronicidad del dolor lumbar. *Rev Méd Chile.* 2002;12(130):1411-1418.
33. Rico M. El dolor y su cronificación: entendiendo el problema. *Revista El Dolor.* 2005;44(14):52-54.
34. Foucault M. El nacimiento de la clínica. Una arqueología de la mirada médica. Buenos Aires: Editorial Siglo Veintiuno; 2003.
35. Canguilhem G. Lo normal y lo patológico. Buenos Aires: Editorial Siglo Veintiuno; 1971.
36. Laplantine F. Antropología de la enfermedad. Buenos Aires: Ediciones del sol; 1999.
37. Rose N. Políticas de la vida. Biomedicina, poder y subjetividad en el siglo XXI. La Plata: UNIPE: Editorial Universitaria; 2012.
38. Fassin, D. Entre las políticas de lo viviente y las políticas de la vida. *Rev Colom Antropol.* 2004;40:283-318.