

**desde el
diván**

Cuando no hay palabras para decirlo hay un cuerpo para expresarlo*

Regina Bayo-Borràs

El dolor, un problema de salud pública

Tal vez la manifestación de dolor y fatiga crónica en las mujeres sea una oportunidad para evidenciar la gran dificultad que existe todavía para integrar los aspectos emocionales, subjetivos, en una concepción integral de salud. Una *concepción integral de salud* y enfermedad comportaría, efectivamente, una *atención de los/las pacientes también integral e integrada en el sistema sanitario*.

1.- ¿Integral? ¿Hay que apelar de nuevo a las conclusiones de la OMS en Alma Ata, que referían los aspectos bio-*psico*-sociales como una tríada indisoluble? Si bien podemos dar cuenta de algunos factores biológicos, a través de los pertinentes análisis clínicos, y de algunos de carácter social objetivo (migración, desempleo, cargas familiares, malos tratos de pareja o padres, por dar algunos ejemplos), los aspectos intersubjetivos que también intervienen en la *vivencia y percepción del dolor* siempre quedan poco visibilizados desde la escucha médica o social. Pero no por ello dejan de *ejercer una gran determinación en las posibilidades de cronificación o restablecimiento* de la persona afectada.

El dolor y la fatiga "crónica", al ser considerados exclusivamente desde el campo biosocial, han llegado a ser un gran problema de salud pública, pues el enfoque utilizado no ha evitado la reincidencia, las recaídas, la excesiva medicalización, la enorme dependencia a dicha medicación que alivia el cuadro sintomático. Es decir, seguimos donde estábamos al principio, pero con más costo sanitario. O, en otras palabras, quizá deberíamos

* Publicado originalmente en la *Salud de las mujeres. IV Jornadas de la Red de Médicos y Profesionales de la Salud*, núm. 39, Instituto de la Mujer/Ministerio de Trabajo y Asuntos Sociales, Madrid, 2003, pp. 91-99.

considerar la hiperfrecuentación de estas personas como un síntoma: el sistema sanitario no ha encontrado la estrategia terapéutica para acogerlas y darles el tratamiento adecuado; y la estrategia utilizada, a su vez, no logra resultados eficaces porque no ha otorgado a la dolencia una comprensión integral e integrada, sino, por el momento, parcial, esquematizada y, por lo tanto, disociada del sujeto que consulta.

2.- ¿Y la persona que consulta, qué quiere, qué pide, qué necesita, qué está dispuesta a hacer por/para sí mismo/a?

La experiencia clínica nos va demostrando día a día que *lo que una persona quiere no es lo mismo que lo que pide, y mucho menos coincide con lo que necesita*. ¿Es tan complicado darse cuenta de ello? ¿Es compatible con la atención médica/psicológica? Más bien es absolutamente imprescindible para que el tratamiento indicado tenga alguna eficacia. Se trata de no adelantarse a lo que el paciente puede estar planteando, y tampoco quedarse rezagado cuando ya está avanzando en el camino de su recuperación. Por ejemplo, hay mujeres que "sólo" quieren dejar de tener dolor, por lo que acogerán de buen grado terapéuticas sintomáticas, estilo medicación, recuperación corporal y otras. Pero si con ello sigue la insatisfacción, la queja/protesta ("sigo igual, no avanzo, quiero cambiar, no me gusta seguir así", etc.), evidentemente las pacientes están pidiendo otro tipo de escucha a su mal-estar, *sufri-miento* (no se trata de este dolor corporal —concreto—, sino de un dolor expresado por y a través del cuerpo, cosa bien distinta); por lo tanto, hace falta otro tipo de intervención, en la que haya una escucha "más allá" de su padecer actual. Ya no se trata de medicación, sino de darle significado y sentido a lo que les pasa, entenderlo de otra manera, poder simbolizarlo para poder elaborarlo, y así *desincrustarlo* del cuerpo (un cuerpo vivido como "urna/caparazón", según una paciente cuyo tratamiento comento más adelante).

La tarea de dar sentido y significación al padecer del sujeto no es tan difícil ni tan enigmática. Muchos médicos de familia intervienen en esta línea, y se dan cuenta de que sus consultas siempre están solicitadas: el paciente se siente tratado como una persona, con vida emocional, con mundo interno, con padecer anímico, no sólo con un *sufri-miento* que esconde la verdad sobre las causas del dolor y la fatiga. Y esto no es un "juego de palabras", sino términos que al dar comprensión sobre sí mismos ayudan a entender y elaborar lo que quedó fuera de la conciencia y la razón (¡a menudo tan cortas de vista!).

3.- Otro de los problemas que destaca en las intervenciones de estas jornadas es la "alta prevalencia en salud pública". La pregunta que como

profesionales debemos hacernos es: *¿dónde ha quedado la prevención? ¿era imposible detectar la dolencia? ¿O, por el contrario, no fue entendida como un fenómeno progresivo, invalidante de la propia persona?* En muchas ocasiones la persona consulta por su dolor, pero en realidad necesita un "desahogo" de sus problemas, una forma para "entrar en relación" con su médico, para tener así la posibilidad de hablarle a alguien de "algo" (el cuerpo y sus dolores o fatigas); la paciente, cuya experiencia vital no le permite entrar en detalle en aquellos problemas, busca que este alguien (médico, enfermera) la tenga en cuenta. Son cuestiones importantes, a mi modo de ver, pues es más que probable que la gran mayoría de las pacientes aquejadas de dolor y fatiga hayan consultado en múltiples ocasiones por dichos motivos, pero con una actitud sacrificada, al estilo: "ya me aguanto", "probaré con esto y lo otro", "intentaré pasar un poco más", etc., hasta que el síndrome se expansiona corporal y emocionalmente en toda su amplitud.

Pero no podemos decir que haya sido sin aviso, consulta y señales previas. Sería interesante investigar los motivos de consulta previos a ser consideradas hiperfrecuentadoras por FM.¹ Esto nos ayudaría a realizar diseños de detección precoz.

4.- Otro dato interesante a comentar es el de la edad de prevalencia: de 60 a 69 años, indicado en el informe de situación. En las consultas psicoterapéuticas nos encontramos frecuentemente con mujeres cuya infancia traumática (carencia afectiva, abandono, malos tratos, abusos,

¹ La fibromialgia consiste en la presencia de dolor generalizado, de diferente intensidad según las personas aquejadas. Suele manifestarse principalmente en la columna vertebral y en las extremidades, pues afecta predominantemente a los músculos. Se caracteriza por una gran sensibilidad en varios puntos predefinidos por la medicina convencional, de la zona musculoesquelética. Suelen contabilizarse un máximo de 18 puntos y un mínimo de 11 puntos de dolor, con presión de 4KG, para hacer un diagnóstico de fibromialgia.

Los síntomas que suelen estar presentes, y configuran el síndrome fibromiálgico son muy diversos. Entre ellos predomina el cansancio persistente, que suele ser más intenso al levantarse por la mañana, y va empeorando con la actividad física.

También hay que destacar un sueño no reparador, no profundo, fraccionado. Suele darse, también, rigidez generalizada matutina o posreposo, con una sensación subjetiva de hinchazón en las extremidades, quemazón o punzadas.

Aparte de los síntomas, las mujeres afectadas presentan a menudo una serie de enfermedades o síndromes (conjunto de síntomas asociados). Entre los más frecuentes podemos destacar el síndrome de colon irritable; sistema cardiorrespiratorio: disnea, dolor torácico, apnea del sueño, rinitis crónica; sistema genitourinario: urgencia urinaria, dismenorrea primaria; síntomas neurológicos: cefaleas tensionales; síndrome de fatiga crónica.

explotación laboral y otros) manifiesta su *efecto virulento precisamente a la edad en que se puede comenzar a "descansar"* (periodo de jubilación, con menos cargas familiares y laborales), momento en el que las pacientes se ven "obligadas" a conectar consigo mismas; o sea, a ir saliendo de la alienación subjetiva que implica ocuparse siempre de los demás. Otras veces empeoran cuando, además de estar cansadas por toda una vida llena de "fatigas", surgen otras responsabilidades familiares (cuidar de nietos o padres enfermos, por ejemplo). Es la gota que desborda el vaso, ya lleno de pesares y duelos por elaborar.

5.- Por último, quiero referirme a los "sucesos traumáticos". En muchas ocasiones podemos darnos cuenta de que *los hechos en sí no son lo más importante en la vida de una persona, sino "cómo" los ha vivido*. Este "cómo" puede llegar a determinar no sólo la magnitud del impacto emocional (la herida), sino, sobre todo, la recuperación subjetiva (la curación). La singularidad del sujeto humano hace que ambas cuestiones —impacto emocional y elaboración del daño causado— sean siempre diferentes en cada una de las personas. De hecho, lo que se pone en juego en tales circunstancias es la capacidad defensiva del sujeto para recuperarse del hecho traumático, sus posibilidades de elaboración y sublimación o, por el contrario, su desplazamiento al cuerpo o al organismo, a través de somatizaciones diversas.

Aspectos psicológicos del paciente que padece dolor crónico

En los esfuerzos por conceptualizar el tema que nos ocupa, he encontrado una definición (*Guía* 1985) que recoge la doble vertiente de este padecer: "El dolor es una sensación desagradable generadora de sufrimiento, que habitualmente acompaña a la enfermedad, o que por sí misma constituye una situación de enfermedad". Quiero destacar que tanto en su dimensión de "sensación" como de "sufrimiento" se apela a la dimensión subjetiva.

En esta línea de comprensión psicológica del dolor, la *Guía* resalta que este se experimenta no ya como una mera sensación, sino como un *sentimiento* que afecta a la corporalidad: "Como tal, *tiene un significado para el individuo*, e interactúa con el resto de sentimientos que constituyen la experiencia emocional del sujeto, lo que nos remite al conjunto de su personalidad. La tolerancia y resistencia al dolor depende de variables psicológicas".

Otra aportación interesante es la "dimensión cultural", que desempeña un papel muy importante en el rango y valor que se le ha otorgado en determinadas épocas:

Actitudes hacia el dolor y el sufrimiento han sido variables a lo largo de la historia de los pueblos y culturas, encontrando sus raíces en creencias filosóficas o religiosas, que han proporcionado tradicionalmente un sentido de resistencia frente al dolor, fomentando la *admira*ción y *respeto* de quien sufre estoicamente.

Sin embargo, en la actualidad no se justifica tanto el sufrimiento; por el contrario, se tiende a exigir que el médico alivie o se acude a la automedicación, y el efecto es un uso creciente de analgésicos en la población en general. En definitiva, tanto la propia percepción del dolor (intensidad y significado), como la expresión del mismo por quien lo padece, están muy condicionadas por factores culturales y situacionales.

Estos factores culturales y situacionales van a ejercer, evidentemente, una gran influencia en la modalidad de reacción y respuesta ante el dolor, sea físico o emocional:

Además de la natural tendencia a reaccionar ante el estímulo doloroso apartándonos del mismo, el comportamiento ante el dolor, la forma de expresar las quejas y el sufrimiento, es aprendido y desarrollado especialmente durante la infancia y adolescencia. Esta *experiencia es modulada por la actitud de padres y educadores*; desde la infancia aprendemos a valorar el impacto y las reacciones que nuestras quejas producen en los demás, así como el comportamiento que se espera y que se exige de nosotros ante las vivencias de dolor.

Otro de los factores que influyen en la percepción y expresividad del dolor es, ¡cómo no!, la propia personalidad de la persona afectada. En la literatura sobre el tema se acuerda que la intensidad del dolor tiende a relacionarse con el nivel de angustia y, en especial, que las personas introvertidas tienden a "sentir" más el dolor que los extrovertidos, si bien estos son más propensos a exteriorizar sus quejas.

Asimismo, el estado de ánimo ejerce también una enorme influencia:

Los cambios de humor surgen relacionados tanto con la persistencia del dolor como con las consecuencias que el mismo tenga para su vida personal y socio-laboral, y según el significado que adquiera el dolor para el paciente. Los cambios de humor más frecuentemente asociados son: irritabilidad y hostilidad. Junto a ello, sensación de merma en la vitalidad y menor interés por las relaciones sociales. Todo ello puede llegar a precipitar un cuadro depresivo importante. No se debe olvidar el riesgo de suicidio en pacientes con dolor crónico y depresión.

Y, por último, la *Guía* señala que el dolor, a su vez, puede surgir como *expresión* de trastornos emocionales del sujeto: "En las ocasiones en que el dolor no se relaciona con enfermedad o lesión física, la queja dolorosa tiende a ser filiada como psicógena o como 'funcional'".

En estos casos es preciso discriminar los cuadros clínicos en los que puede aparecer el dolor y la fatiga como síntomas de base, y poder realizar un adecuado diagnóstico diferencial:

a) *Depresión*: Es la causa más frecuente, entendida ahora no como reacción psicológica secundaria, sino como causa responsable de que el dolor aparezca (melancolía álgica). Las molestias dolorosas pueden presentarse junto con otros trastornos característicos del síndrome depresivo: insomnio, anorexia, aislamiento social, tristeza, o constituir el síntoma más relevante de depresión. Los síntomas más frecuentes son cefaleas, algias faciales atípicas, lumbalgias, lumbociáticas, parestesias dolorosas, etc.

Ante la sospecha de depresión, hay que valorar los rasgos previos de personalidad, antecedentes de episodios previos, sucesos o acontecimientos significativos, especialmente si suponen algún tipo de "pérdida". En el curso del tratamiento suele mejorar antes el estado de ánimo que las manifestaciones somáticas.

b) *Histeria* ("reacción de conversión"): valorar la personalidad previa, el significado y el simbolismo que puede tener el síntoma, el uso social y comunicativo que hace del mismo, beneficios secundarios que suponen sus quejas, etc.

c) *Psicosis*: el dolor puede ser de naturaleza delirante y formar parte de un conjunto de trastornos perceptivos, cognitivos o emocionales.

d) *La persona propensa al dolor*: (Engel) Estos pacientes suelen presentar antecedentes psiquiátricos diversos, con la característica común de una frecuente y significativa asociación entre estrés y dolor.

Criterios generales para evaluar el dolor crónico desde el punto de vista de su posible psicogenia (T. Hackett):

1.- Multiplicidad. Dolores en distintas localizaciones y con matices peculiares, que responden irregularmente a los tratamientos (si un dolor cede, surge otro distinto).

2.- "Autenticidad". El paciente está más interesado en ser comprendido por el médico que por el tratamiento que ha de seguir.

3.- Negación de los factores emocionales implicados y de su relación con el dolor.

4.- En la anamnesis o exploración del paciente se encuentra una variación significativa en la expresividad de las quejas, según las personas con quienes se relacione.

5.- Singularidad. El paciente cree que su dolor es peculiar, un caso infrecuente, y de difícil diagnóstico para el médico.

6.- El paciente otorga al médico la exclusividad de su posible cura ("si no me cura Ud. no me cura nadie").

7.- Los trastornos o recomendaciones previas siempre han fracasado. Ningún remedio le ha proporcionado el mismo alivio a lo largo de los días y los meses.

Reflexiones clínicas

A partir de estas consideraciones, quiero presentar algunas *reflexiones clínicas* realizadas a partir de mi experiencia asistencial con mujeres que padecían dolor crónico y fatiga de larga duración, labor realizada en un Servicio de Salud Mental para la Mujer (Cornellá de Llobregat, Barcelona –1992-2001).

La hipótesis de partida es que la aparición de este *síndrome* tiene que ver con la articulación de varios aspectos, tal como señalaba más arriba —biológicos, psicológicos y sociales—, que se sobredeterminan entre sí, y que desde una perspectiva psicoanalítica se denominan "*series complementarias*" (Freud): un factor o conjunto de factores desencadenantes (externos al sujeto) actúa sobre una *predisposición*, que, a su vez, es el resultado de la integración tanto de la *constitución individual* de cada persona como de las *experiencias de su infancia*.

Etiología, pues, multifactorial, en la que se combinan aspectos biológicos (constitución), psicológicos (predisposición) y sociales (experiencias vividas). Sin embargo, en muchas ocasiones comprobamos que el factor psicológico suele ser el preponderante en lo que se refiere al nivel de sufrimiento y cronicidad de la dolencia de la persona; en otras palabras, la medicina resultaría más eficaz si sólo se tratara de sanar el cuerpo.

Después de conocer las cifras, los datos y las situaciones en las que florece esta dolencia (Valls 2002) quiero centrarme en las personas. La asistencia psicológica de estas mujeres, que llegaban a nuestro servicio enviadas por los médicos de asistencia primaria, nos hizo *replantearnos el enfoque terapéutico*. Si bien nuestra práctica clínica era, y es, psicoanalítica, en la mayoría de los casos nuestra intervención terapéutica no podía utilizar su instrumento principal, la interpretación. Lo importante, en estas mujeres, no era tanto desvelar lo reprimido como establecer un espacio de encuentro, en el que "lo terapéutico" era la *escucha empática* de la paciente, mediante la cual se le proporcionaba *contención emocional*. De esta manera podíamos propiciar la verbalización, y consiguiente simbolización, de los aspectos emocionales negados, disociados o incluso reprimidos, y que se hallaban desplazados en el cuerpo. Ir más allá era o imposible o peligroso. Voy a dar algunos ejemplos.

Pudimos observar que un cierto número de mujeres *podía hablar del dolor corporal* y del cansancio físico, *pero apenas de sí mismas como personas*, de sus sentimientos, tanto negativos como positivos, ni mucho menos de sus fantasías o emociones más profundas. Ellas mismas habían desaparecido tras la intensidad del dolor y del cansancio: "He vivido mucho tiempo metida en un caparazón. No me acuerdo de las cosas para nada, no puedo retener, cuando voy a comprar no sé ni el precio de las cosas... Como si me hubiera metido dentro de una urna para que nada me afecte".

En este caso, ¿qué encubre el dolor, y, simultáneamente, qué manifiesta? Tal vez la cuestión aquí no es tanto dónde le duele, sino *qué es* lo que tanto le duele como para protegerse dentro de un caparazón.

Yo misma me he rodeado de silencio, no me he interesado por nada, siempre he sido distraída, no se me queda nada... Quizá sí necesito ayuda psicológica, pero soy una persona muy reservada, me lo guardo todo... quizá hasta en los huesos. Los últimos años me encuentro muy mal, he tenido que coger la baja varias veces por el dolor. Quizá es que no exteriorizo los sentimientos, pero ya llevo mucho tiempo así, a veces cuando quiero decir una cosa ya no me acuerdo...

Una característica del dolor es que es más fácilmente reconocible que el displacer, el denominado *malestar psicológico*. A raíz del dolor físico corporal, se produce una elevada investidura narcisista (en el cuerpo) que no cesa de aumentar, y que, por así decirlo, tiende a vaciar al Yo (Nasio 1998). En esta paciente, como en muchas otras, el dolor corporal, al quedar disociado de la dimensión subjetiva, encubría y manifestaba el verdadero y deplorable "estado" del Yo de la paciente ("Ya no me acuerdo, no exteriorizo, no se me queda nada, siempre distraída"). Así, sentía que su cuerpo se había convertido en un caparazón/urna, verdadero cajón de sastre de duelos y traumas infantiles no elaborados, como pudimos ir viendo a lo largo del proceso terapéutico. (Quiero destacar la representación que utilizaba la paciente —"urna"—, con la que se identificaba, y que remite, inevitablemente, al recipiente que contiene la ceniza de los muertos... ¡y ella llevaba unos cuantos a cuestas!)

Cuando la transferencia positiva —y la "escucha empática" de la terapeuta— les proporcionaba un continente *suficientemente bueno* en el que confiar y abrir la cadena asociativa (hablar de sí mismas, de sus emociones, fantasías, sueños, así como también de su vida actual y pasada), entonces era posible realizar un trabajo psicoterapéutico elaborativo, disolviendo pesares y, consecuentemente, también dolores.

Sin embargo, otro grupo de mujeres enviadas a nuestro servicio *no quería, ni podía, ir más allá del relato del dolor físico*. Después de una o dos visitas, abandonaban.

- Las que manifiestamente *no querían* ser atendidas desde una perspectiva "psi" argumentaban "yo no estoy loca, se creen que estoy mal del coco y por eso me envían aquí, pero yo con pastillas ya voy mejor". Ellas estaban identificadas con el prejuicio social de que ser atendidas por profesionales "psi" implicaba una descalificación más, o incluso mayor, que la invalidez por fibromialgia, y la autodesvalorización les resultaba insoportable; se decían a sí mismas *mejor enferma que "loca"*, manifestando su miedo a entrar en contacto con los aspectos emocionales subyacentes. *El dolor*, en estos casos, era un buen *cajón de sastre* donde colocar causas y consecuencias de su padecimiento. No puedo dejar de resaltar el prejuicio social todavía imperante que considera el malestar emocional como problemas del "coco", y a este como el gran "Coco", monstruo de la fantasía infantil.

- Las mujeres que *no podían hablar* de sí mismas ni de su historia tampoco podían, consecuentemente, sostener un proceso terapéutico, porque conectaban con otro dolor, el dolor psíquico, y se desbordaban emocionalmente: "Después, cuando salgo de aquí, me encuentro peor, aunque de otra manera; sólo tengo ganas de llorar y de quedarme en la cama. Ahora ya no puedo arreglar mi vida, es demasiado tarde, qué quiere que le explique, sólo puedo decirle que me encuentro mal". En estos casos era como abrir la "caja de Pandora", de la que podían surgir demasiados recuerdos y vivencias traumáticas no elaboradas que las llevaran a sufrir "de otra manera".

Es el "mal encuentro" consigo misma lo que las asusta y por lo que prefieren *no buscar las palabras para decirlo*. Ponerse a hablar, entrar en un diálogo terapéutico, en el que reciban una escucha específica para comprender "su" realidad, tiene el riesgo de ir develando la otra realidad que el dolor corporal y la fatiga encubren. Esa *otra realidad*, realidad psíquica censurada, reprimida o culpígena, es la que vienen cargando a costas con un enorme costo psíquico.

Del cajón de sastre a la caja de Pandora

Estas pacientes que temen abrir *la caja de Pandora* (infancia con privaciones y carencias, crisis vitales no resueltas, situaciones traumáticas no elaboradas, etc.) y en las que el cuerpo queda como *cajón de sastre* de sentimientos y emociones muy intensos, prefieren recurrir a abordajes no psicológicos. De hecho, el tratamiento psicoterapéutico, para obtener un alivio significativo de los síntomas y una mejor comprensión subjetiva del padecer emocional y corporal, requiere un tiempo y una implicación profesional que no siempre puede ofrecerse desde los servicios públicos.

En otras ocasiones, cuando el encuentro terapéutico iba más allá del relato del dolor corporal, emergía del olvido una historia infantil que reunía prácticamente todas las vicisitudes traumáticas que se explican en el informe de González de Chávez (2002): pérdida temprana de alguna de las figuras parentales, abandono, cesión a otros familiares, malos tratos, abusos sexuales, desarraigo, migraciones; en definitiva, acontecimientos vitales de difícil elaboración psíquica, no tanto porque no hubiera palabras para decir y expresar el sufrimiento emocional, sino porque *tampoco había quien pudiera escucharlas*.

Cuando a las pacientes que sí querían analizar la dimensión histórico-subjetiva de su dolor y cansancio por fin les aparecía la oportunidad de ser escuchadas —a través del proceso terapéutico—, comprobábamos la estrecha relación entre trauma y dolor emocional, y la enorme dificultad para tramitarlo psíquicamente. Si no es demasiado tarde, a veces se puede abrir la posibilidad de la "cura por la palabra" (Freud), y se enciende el mecanismo de la simbolización. En estas ocasiones, la paciente le puede dar sentido a sus vivencias, asume emociones intensas desagradables, y se posiciona de una manera más activa y menos sacrificada respecto de su salud y en la relación con los demás.

Por último, quiero destacar la violencia intrínseca que el dolor conlleva, y que se puede expresar a través del lenguaje. No en vano se dice: "si no lo digo, estallo", o "mejor me callo, porque si no la lío", para citar dos expresiones de las muchas que nos habitan cada día. Por ejemplo, así decía una mujer diagnosticada de fibromialgia en una sesión de terapia grupal sobre la mala relación con su marido: "Yo me callo, me callo, aguanto para no enfadarlo; tengo miedo a la separación porque es cuando los maridos matan a las mujeres... ¿a dónde voy a ir?, no tengo ningún sitio para ir... me siento atrofiada... miro al balcón y tengo malas ideas".

¿Qué diría, si no se callara? ¿Qué se aguanta, qué lo haría enfadar? ¿De qué está ella tan enfadada? ¿Miedo a ser matada, quizá miedo a sus deseos también de matar? ¿No consiste en eso el suicidio, en matar? El terror la paraliza, la angustia la desborda, las ideas suicidas parecen la única salida. Su cuerpo dolorido y exhausto expresa la invalidez emocional que la consume. Atrofiada, sin posibilidad de desarrollo y vida, al callar también tapona la *expresión / liberación* de su rabia y de su odio, única posibilidad de aliviarse y recuperarse a sí misma como persona.

J. D. Nasio, en un hermoso e interesante texto acerca "del amor y del dolor" (2000) aporta esta reflexión:

El dolor, físico o psíquico, siempre es un fenómeno límite; el límite impreciso entre el cuerpo y la psique, entre el yo y el otro, o, sobre todo, entre el funcionamiento regulado del psiquismo y sus desarreglos. El dolor, así, lo considero un fenómeno mixto que surge en el límite entre cuerpo y psique.

Y de nuestro alcance terapéutico como analistas de los afectos, dice así:

En sí, el dolor no tiene ningún valor ni significación. Está allí, hecho de carne o de piedra, y sin embargo, para calmarlo, debemos tomarlo como la expresión de otra cosa, despegarlo de lo real, transformándolo en símbolo. Atribuir un valor simbólico a un dolor que es en sí puro real, emoción brutal, hostil y extraña, sigue siendo, finalmente, el único gesto terapéutico que lo haga soportable. Por ende, el psicoanalista es un intermediario que acoge el dolor inasimilable de su paciente y lo transforma en dolor simbolizado.

Consideraciones finales

1.- No sólo es importante acertar en el diagnóstico, sino también en el abordaje terapéutico (medicamentoso o psicoterapéutico, y este de corto o largo alcance, según demanda latente y posibilidades de elaboración de la paciente).

2.- Esta combinación de violencia contenida y dolor requiere una asistencia terapéutica en la que, como decía más arriba, predomine la escucha antes que la medicalización, la contención emocional antes que la interpretación, la empatía antes que los consejos.

3.- Lo que es bueno para el profesional (de la medicina, psicología o asistencia social) no siempre lo es para la paciente. En este sentido, el "ideal terapéutico" de un@ no siempre coincide con el "ya me va bien" del paciente. Así, para evitar la iatrogenia, a veces es preciso hacer indicaciones no convencionales.

4.- Nuestras intervenciones terapéuticas se hallan sobredeterminadas tanto por la demanda de las pacientes (alivio sintomático o análisis de la vida emocional), como de las condiciones de la práctica asistencial.

5.- Es más que probable que el "coco" que asusta a muchas pacientes aquejadas de dolor no sea el duelo no elaborado, sino el odio negado y la violencia disociada, que las desbordan. En estos casos, la estrategia medicamentosa o de "terapias alternativas" seguirá siendo absolutamente necesaria.

6.- Me parece imprescindible discriminar (desde el ámbito sanitario y social) la magnitud del malestar de muchas mujeres en nuestra cultura (pues parece que así lo expresan cuando dicen "no me encuentro bien"), para que puedan salir del capa/razón que les impide pensar, y de las "urnas funerarias" en las que se enclaustran.

7.- Creo que esta labor de identificar (diagnóstico integral) y atender adecuadamente (abordajes terapéuticos interdisciplinarios) es responsabilidad, no sólo de los profesionales que estamos implicados transferencialmente con las pacientes, sino también del sector público asistencial, sobre todo en establecer programas de prevención eficaces que consigan evitar la iatrogenia y la cronificación ●

Bibliografía

- Bayo-Borràs, R., 1999, "¿De qué sufren las mujeres?", *Mujer y salud mental. Reflexiones y experiencias*, Colegio Oficial de Psicólogos de Cataluña, Barcelona.
- Cardinal, Marie, 2000, *Palabras para decirlo*, Noguer, Barcelona.
- González de Chávez, M^a A., 2002, "Fibromialgia: estrés y condición actual de las mujeres", ponencia presentada en las Primeras Jornadas Europeas: "Roles sociales, estrés y salud", organizadas por el Colegio Oficial de Psicólogos de Las Palmas de Gran Canaria, con patrocinio de la OMS, Palacio de Congresos de Las Palmas de Gran Canaria, 26-28 de junio.
- Chiozza, L., 1997, *Del afecto a la afeción*, Alianza, Madrid.
- Ministerio de Sanidad y Consumo (Dirección General de Planificación Sanitaria, Subdirección General de Planificación Territorial), 1985, *Guía de Salud Mental en Atención Primaria de Salud*, Servicio de Publicaciones del Ministerio de Sanidad y Consumo, Col. Atención Primaria de Salud núm. 9, Madrid.
- Green, A., 1998, *El discurso vivo. Una concepción psicoanalítica del afecto*, Promolibro, Valencia.
- Marty, P., 1995, *La psicósomática del adulto*, Amorrortu, Buenos Aires.
- Nasio, J. D., 1998, *El dolor de la histeria*, Paidós, Barcelona.
- Nasio, J. D., 2000, *El libro del dolor y del amor*, Paidós, Barcelona.
- Valls Llobet, C., 2003, "El dolor y el malestar de las mujeres: diagnóstico diferencial", en *La salud de las mujeres. IV Jornadas de la Red de Médicas y Profesionales de la Salud*, núm. 39, Instituto de la Mujer/Ministerio de Trabajo y Asuntos Sociales, Madrid.