

La medicalización del malestar en el Chile contemporáneo: Una mirada desde las ciencias sociales al fenómeno de la fibromialgia

The medicalization of malaise in contemporary Chile: A view from the social sciences to the phenomenon of fibromyalgia

Cristián Busta Cornejo

Psicólogo Clínico

Doctor en Ciencias Sociales

cbusta@uc.cl

Resumen:

El objetivo del presente estudio fue dilucidar algunos supuestos que delimitan los discursos que, desde distintos actores, dan existencia al diagnóstico de fibromialgia en el contexto social chileno. Se trató de una investigación cualitativa que, tomando como marco de referencia la antropología médica, el fenómeno de la medicalización del malestar y las narrativas del dolor, analizó las publicaciones médicas editadas en Chile sobre el tema, y realizó un conjunto de entrevistas a personas diagnosticadas con este cuadro en la ciudad de Santiago. Los resultados dieron cuenta de la relación existente entre la fibromialgia como problemática relevante al interior del saber médico, y la aparición de la noción de calidad de vida como ideal en torno al cual enfocar los esfuerzos terapéuticos. Aquello impacta en los supuestos que delimitan la experiencia de quienes son diagnosticados con este cuadro, en tanto el dolor es visto como el signo del desajuste respecto de dicho ideal en tres ámbitos: relación con el propio cuerpo, relaciones con los otros, y relación con los propios rendimientos productivos.

Palabras Clave: Fibromialgia, Medicalización, Investigación cualitativa, Dolor

Abstract:

The aim of this study was to elucidate some assumptions that delimit the discourses that, from different actors, give rise to the diagnosis of fibromyalgia in the Chilean social context. It was a qualitative research that, taking as a frame of reference medical anthropology, the phenomenon of the medicalization of discomfort and pain narratives, analyzed the medical publications published in Chile on the subject, and conducted a set of interviews with people diagnosed with this painting in the city of Santiago. The results showed the relationship between fibromyalgia as a relevant problem within medical knowledge, and the appearance of the notion of quality of life as an ideal around which to focus therapeutic efforts. This has an impact on the assumptions that define the experience of those who are diagnosed with this condition, while pain is seen as the sign of a mismatch with respect to said ideal in three areas: relationship with one's own body, relationships with others, and relationship with one own's productive returns.

Keywords.: Fibromyalgia, Medicalization, Qualitative research, Pain

Cómo citar este artículo: Busta, C. (2021). La medicalización del malestar en el Chile contemporáneo: Una mirada desde las ciencias sociales al fenómeno de la fibromialgia. *Revista Némesis*, 17, 36 – 48.

Fecha de recepción: 23/11/2020

Fecha de aceptación: 30/03/2021

La medicalización del malestar en el Chile contemporáneo: Una mirada desde las ciencias sociales al fenómeno de la fibromialgia

Introducción y marco conceptual

Al estudiar el devenir de la sociedad chilena durante las últimas décadas, distintos autores al interior de las ciencias sociales han tomado como eje de análisis la noción de malestar (Aceituno et al., 2012; Araujo & Martuccelli, 2012; Pérez, 2012; Miranda, 2016). Mediante ella, se hace alusión a una experiencia de sufrimiento presente entre diversos sectores de la sociedad, la cual tiende a expresarse a través de formas de padecimiento psíquico o malestares físicos que, se asume, estarían en relación con ciertas condiciones contextuales (económicas, culturales, históricas, políticas) que delimitan modos de vida específicos. En consecuencia, fenómenos como el alza en la prevalencia del diagnóstico de depresión, el sostenido aumento en el consumo de alcohol y otras drogas, o el aumento en la prevalencia de intentos de suicidio en la población general, pueden ser entendidos como la expresión de padecimientos individuales que dan cuenta de los desajustes entre los procesos colectivos acaecidos en un cierto contexto, y la experiencia particular de los sujetos que habitan en él.

Principalmente, esta manera de comprender la noción de malestar supone algunas particularidades que serían propias de cómo ésta se presenta en el contexto chileno: En primer término, se trata de padecimientos experimentados como fenómenos personales, los cuales son vividos fundamentalmente en la esfera privada (Aceituno et al., 2012; Pérez, 2012). Aquello implica entender el malestar no como experiencia colectiva, sino como un fenómeno personal cuyo eventual alivio depende siempre de las acciones que quien lo padece decida tomar o evitar. Así, la responsabilidad en la agudización, el alivio, la aparición y la mantención en el tiempo de dichas experiencias está ubicada fundamentalmente en el ámbito de las decisiones que cada quien tome respecto a ellas. En segundo término, ha sido el marco comprensivo propuesto por la medicina, el discurso en torno al cual ha girado la posibilidad de otorgarle sentido a estos fenómenos. Se trata de un proceso progresivo por el que todas aquellas experiencias que dan cuenta de algún grado de sufrimiento pasan a ser comprendidas, definidas y tratadas como diagnósticos médicos (Conrad, 1992; Foucault, 1994/1999; Costa & Rodríguez, 2010). Así, la medicalización de las experiencias de malestar se constituye como un fenómeno políticamente relevante en los últimos años, en tanto supone que la manera de comprender el malestar, las respuestas que se le otorguen y los profesionales competentes para ello, deben ser quienes se ajusten y enmarquen su práctica en torno a los supuestos con los que opera el saber médico contemporáneo. Fundamentalmente, dichos supuestos plantean a las patologías como realidades ontológicas individuales, delimitadas a través de la especificidad de su cuadro clínico, donde opera una clara distinción entre la materialidad biológica y la subjetividad, siendo la biología una realidad independiente de cualquier tipo de interpretación cultural, la cual determina la etiología definitiva. Allí, el saber médico es asumido como un conocimiento objetivo y universal, ajeno a cualquier supuesto moral, que permite establecer con cierta precisión los pronósticos y tratamientos necesarios para cada patología (Gordon, 1988; Laplantine, 1986/1999).

Considerando el contexto recién descrito, el presente trabajo busca analizar el proceso a través del cual el diagnóstico de fibromialgia se ha transformado en una problemática sanitaria relevante en la sociedad chilena durante las últimas décadas (Ministerio de Salud de Chile, [MINSAL], 2016). Se trata de un diagnóstico que no ha estado exento de polémica tanto dentro como fuera del ámbito médico, desde su aparición en la reumatología estadounidense a fines de la década de los años setenta (Hadler, 2003; Grob, 2011). Esto, en tanto su principal característica es la presencia de un dolor generalizado de más de tres meses de duración, sin una localización en alguna zona específica del cuerpo, y que no conlleva algún marcador claramente objetivable en la biología corporal que permita circunscribir su etiología. A su vez, su presentación clínica es muy variada, puesto que además del dolor, pueden coexistir síntomas diversos como dificultades para dormir, problemas para mantener la concentración, alteraciones en la memoria reciente, fatiga, náuseas, convulsiones, etc. (Wolfe et al., 2010).

Ya sea por carecer de una etiología que pudiese ser objetivable en la biología corporal, o por no presentar un cuadro clínico específico, la existencia del diagnóstico de fibromialgia ha sido permanentemente puesta en duda en tanto parece no cumplir ninguna de las condiciones que serían exigibles para su existencia como diagnóstico médico (Barker, 2005, 2008). Así, si se trata de un diagnóstico que ha experimentado un alza sostenida en sus niveles de prevalencia entre la población chilena durante las últimas décadas, ¿de qué da cuenta dicha alza? Tal como lo refieren algunos autores, la realidad concreta de una enfermedad está dada por el resultado de una compleja y dinámica red de sentidos cruzados, en donde participan creencias populares, saberes expertos, historias personales, tradiciones, influencias políticas, económicas o mediáticas (Good, 1992; Fassin, 2004; Das, 2015). De esta manera, considerando la inexistencia de estudios que, situados en el contexto social chileno, busquen abordar la experiencia de los distintos actores que participan en la construcción de la fibromialgia, se trata de interrogar cuál es la realidad que, en dicho contexto, se circunscribe a partir de la noción de fibromialgia, en función de la experiencia de los distintos actores que participan de ella.

En definitiva, más que entrar en la discusión si la fibromialgia corresponde o no con propiedad a una enfermedad médica, lo que interesa es asumir que, por medio de ella, parece operar un proceso de medicalización del malestar que da existencia a una compleja realidad social. Así, el objetivo de este trabajo es entregar algunos insumos que permitan dilucidar dicha realidad, a partir de la puesta en relieve de aquellos discursos y narrativas que, tanto desde el punto de vista del saber médico como de los pacientes diagnosticados con este cuadro, se ponen en juego a la hora de delimitar los supuestos y creencias en torno a este diagnóstico.

Metodología

Si bien no existen datos que permitan precisar la prevalencia del diagnóstico de fibromialgia entre la población chilena, según estimaciones del MINSAL (2016) ésta se ubicaría entre el 1 y el 2% de la población general, siendo además uno de los tres diagnósticos con mayor cantidad de consultas en los servicios de reumatología a nivel nacional. Por su parte, algunos estudios señalan que el costo que suponen las patologías asociadas a dolor crónico para el sistema de salud chileno sería del orden de los 898 mil millones de pesos anuales, ocupando la fibromialgia el quinto lugar en cuanto al costo de patologías asociadas a dolor crónico. A su vez, se trata del diagnóstico que presenta la mayor alza en cuanto a prevalencia al interior de dicho grupo de patologías (ACHED, 2017).

El panorama recién descrito permite estimar la relevancia que el diagnóstico de fibromialgia ha adquirido como problemática de salud pública en el contexto chileno durante las últimas décadas, motivando un creciente interés por parte de distintos profesionales de la salud respecto de su abordaje clínico, y la publicación el año 2016 por parte del MINSAL de una guía que entrega orientaciones técnicas en torno a tratamiento. Por ello, la presente investigación se situó al interior de dicho contexto a fin de delimitar las particularidades que desde allí sería posible extraer respecto del fenómeno estudiado. De esta manera, se incluyó dos fuentes relevantes de obtención de información: En primer término, se revisaron aquellas publicaciones editadas en Chile que hayan tenido como temática principal la problematización de la fibromialgia. El corpus documental incluyó principalmente artículos aparecidos en revistas especializadas chilenas del ámbito médico, de publicación periódica desde 1980 hasta 2018. Dicho período temporal consideró desde el momento en el que la fibromialgia se constituye como diagnóstico médico, hasta la actualidad. En total, la muestra revisada consistió en veintidós artículos y una guía clínica. Las revistas revisadas fueron: *Revista Médica de Chile*, *Revista Chilena de Reumatología*, *Revista Chilena de Anestesia*, *Revista Chilena de Neuro-Psiquiatría*, *Revista El Dolor*, *Boletín del Departamento de Anestesiología y Reanimación*, *Revista del Hospital Clínico de la Universidad de Chile*, *Acta Bioethica*. En segundo término, se incluye la información recopilada en entrevistas individuales en profundidad realizadas a ocho personas diagnosticadas con fibromialgia, habitantes de la ciudad de Santiago. La muestra seleccionada incluyó seis mujeres y dos hombres, cuyas edades fluctúan entre los dieciocho y

sesenta y cuatro años, habitantes en diversas comunas de la ciudad de Santiago (Independencia, Providencia, Maipú, Las Condes, Santiago Centro, Ñuñoa, Puente Alto y Lo Prado). De los ocho entrevistados, cuatro son usuarios del sistema de salud público y cuatro se atienden en el sistema de salud privado. Todos los entrevistados viven con al menos una persona que forma parte de su núcleo familiar cercano, y entre sus ocupaciones se encuentran: tres profesionales, dos dueñas de casa, un estudiante y dos técnico-profesionales. Las entrevistas se realizaron entre el mes de diciembre de 2017 y mayo de 2018, fueron grabadas y luego transcritas, previa aceptación de cada participante a través de la firma de un documento de consentimiento informado en el que se le solicitaba la utilización de la información con fines académicos y en el que se garantizaba el resguardo de su anonimato omitiendo o distorsionando cualquier dato que pudiese aludir a su eventual identificación.

El procesamiento de los datos se realizó de la siguiente manera: La información obtenida en la revisión documental 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 que fuesen homogéneas en cuanto a su amplitud y extensión (Canales, 2013). En cuanto a la información obtenida en las entrevistas con personas diagnosticadas con fibromialgia, se utilizó también la técnica de análisis de contenido a través de un procedimiento de codificación en etapas sucesivas. Primero se consideró aquellos ejes temáticos más relevantes en cuanto a su profundidad, pertinencia y frecuencia de aparición en el relato de cada participante. Luego, se estableció categorías temáticas considerando los elementos en común y también las eventuales diferencias que pudiesen existir entre cada entrevistado respecto a su vivencia sobre la fibromialgia y a partir de allí las categorías emergentes relativas a dicha experiencia que pudiesen dar cuenta de las formas de referirse que adopta esta noción en el discurso de cada uno.

Resultados

La fibromialgia y su recepción entre los profesionales de la salud chilenos

Si bien durante la década de los años ochenta es escaso el interés en tematizar el diagnóstico de fibromialgia en publicaciones médicas nacionales (en la *Revista Chilena de Reumatología* sólo se publica en un texto que corresponde a una presentación hecha por el reumatólogo estadounidense D. Mc Carty sobre el síndrome de fibromialgia) (Mc Carty, 1989), sí se observa una activa discusión en publicaciones como la *Revista Médica de Chile* o la *Revista Chilena de Reumatología* respecto al fenómeno del dolor crónico y sus distintas presentaciones clínicas. Fundamentalmente, el dolor crónico es entendido como un dolor persistente, cuya duración es de más de tres meses continuos, y que tanto su inicio o su duración no responden a la consecuencia directa de alguna alteración o lesión tisular que lo haga comprensible. Así, si el dolor agudo es referido como una entidad patológica cuya etiología y manifestación clínica se encontraría claramente delimitada por la materialidad biológica concernida en su inicio y duración, el dolor crónico en cambio es descrito siempre en referencia a las características subjetivas de quien lo padece, asumiéndose con ello una continuidad entre su manifestación clínica y el modo de ser o la historia personal del paciente (Aris, 1984; Ferrer & Mellado, 1985).

Junto con el interés por delimitar en forma más precisa el marco de signos y síntomas que habitualmente acompañan la presentación clínica del dolor crónico (por ejemplo, en Lolas, 1985), se aprecia en las publicaciones nacionales de la década de 1980 una sostenida tendencia por tematizar el abordaje de las patologías crónicas a partir de la noción de “calidad de vida”. Se trata de un término más amplio y complejo que la idea de salud, la cual sería sólo uno de los componentes de la calidad de vida, y por ende mucho más representativo de la condición general del paciente, incluyendo aspectos cualitativos difíciles de medir, que aluden tanto a un grado de bienestar material como también a la satisfacción espiritual (Goic, 1981). La relevancia que comienza a adquirir esta perspectiva al interior del discurso médico supone que el abordaje terapéutico de las patologías crónicas, donde se incluye también al dolor crónico, ya no debiese

estar enfocada únicamente en la curación de la alteración biológica que estuviese actuando como etiología. Por el contrario, la noción de calidad de vida lleva a considerar aspectos generales que escapan a los límites del cuerpo biológico como parte de la intervención médica, en tanto la desatención de dichos aspectos influiría negativamente sobre él. Así, el uso del tiempo libre, los tipos de relaciones interpersonales, las horas de sueño, o el tipo de alimentación, comienzan a ser problemáticas respecto de las cuales el profesional médico tiene algo que opinar, bajo el supuesto que es posible modificar los comportamientos que, en dichas áreas, se escapen de lo esperable según una buena calidad de vida (Ferrer & Mellado, 1985). Específicamente en cuanto al dolor crónico, la noción de calidad de vida impacta en su problematización al interior del discurso médico. Esto, pues comienza a ser relevante no sólo la investigación de sus eventuales causas, sino también la posibilidad de generar una buena relación paciente-terapeuta a la hora de planificar una estrategia de intervención. De esta manera, se instala el supuesto en torno a que la evolución del dolor crónico dependerá siempre de cómo el médico se vincula e interesa en 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” (Ferrer & Mellado, 1985, p. 897).

Partiendo la década de 1990, la creación de la Asociación Chilena para el Estudio del Dolor (ACHED) marca un importante hito en la manera de problematizar el dolor crónico en general, y la fibromialgia en específico. Se trata de una asociación de profesionales de la salud compuesta por médicos de distintas especialidades (principalmente anestesiólogos, reumatólogos, fisiatras y psiquiatras), kinesiólogos, psicólogos, y enfermeros que propone abordar el dolor siguiendo los preceptos de la *International Association for the Study of Pain* (IASP) creada en 1973 en Estados Unidos (Savalnet, 2013). Contando desde sus inicios con el importante apoyo financiero de varias empresas farmacéuticas, la ACHED comienza paulatinamente a concentrar la mayoría de las publicaciones nacionales relativas a dolor crónico y fibromialgia a través la edición periódica de la *Revista El Dolor*.

Desde la perspectiva propuesta por la ACHED, el dolor se define como: “Una experiencia sensorial y emocional desagradable, asociada a un daño tisular existente o potencial, o descrita en términos de ese daño” (Paeile & Saavedra, 1990, p. 20). Tomando dicha definición, las publicaciones en torno al dolor en este período buscan delimitar criterios que permitan objetivar esta experiencia en función de la medición de su intensidad, duración, características, lugar de origen y etiología. Con ello, lo que interesa no es sólo delimitar a través de variables medibles la experiencia del dolor, sino también generar criterios que permitan distinguir lo más objetivamente posible el dolor agudo del dolor crónico (Ramírez, 1997). Específicamente, se plantea que el abordaje terapéutico del dolor crónico debiese realizarse desde una perspectiva multiprofesional (incluyendo profesionales como reumatólogos, psiquiatras, psicólogos, kinesiólogos) buscando, más que una eventual cura, mejorar la calidad de vida del paciente (Eva, 1990; Espejo, 1991). Así, si el objetivo terapéutico es lograr una mejora en la calidad de vida del paciente, entonces el lugar que el profesional tratante asume es el de un pedagogo cuya labor es educar al paciente en torno a conductas y creencias que permitan modificar la experiencia que éste tiene respecto de su dolor. Enseñarle a distinguir si su dolor es agudo o crónico, lograr que adquiera estrategias conductuales que le permitan sobrellevar la sensación de dolor sin afectar sus actividades cotidianas, generar cambios en sus hábitos alimenticios (por ejemplo, restringir la ingesta de azúcar, calorías, cafeína y tabaco), práctica de cierto tipo de ejercicios físicos en sus tiempos libres (de tipo aeróbico y ojalá en alguna piscina), y discontinuar el uso de sustancias narcóticas (tramadol, morfina u otros) si es que las hubiere: “Es una patología altamente frecuente en la época posmoderna y extremadamente difícil de tratar. Es muy importante educar al paciente a convivir con su dolor y a adoptar conductas adaptativas que disminuyan el sufrimiento” (Muñoz, 1999, p. 42).

Respecto a la fibromialgia en específico, si bien ya en 1989 se hablaba de la relevancia de considerar en el tratamiento de este cuadro las creencias que el propio paciente haya elaborado respecto de su malestar (Mc Carty, 1989), casi una década más tarde se plantea que lo fundamental en el tratamiento de quienes padecen este cuadro recae en lograr cambios en cuanto a los patrones de sueño y las conductas sedentarias (Ramírez, 1997). En la misma línea, puesto que siempre interactuarían tres planos heterogéneos entre sí (biología, variables personales, variables contextuales), la terapéutica de la fibromialgia requiere situarse

desde una perspectiva multidisciplinaria que incluya la pesquisa de factores como antecedentes psiquiátricos previos, problemas vocacionales o laborales, modelos familiares de dolor o enfermedad crónica (López, 1997).

Entrando ya en los años dos mil, se señala que la fibromialgia: “Se caracteriza por presentar dolor corporal extendido y sensibilidad a la palpación (*tenderness point*) en localizaciones clásicas bien definidas en cuello, tronco y extremidades” (Bilbeny, 2005, p. 393). 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 (Fuentelba, 2005). Se trata de un síndrome que genera importantes limitaciones en la actividad general y el trabajo de quienes lo padecen, junto con importantes problemas sociales tales como aislamiento social, tensión a nivel de relaciones familiares, y lazos de amistad alterados (MINSAL, 2016). 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” (Bilbeny, 2005, p. 396).

Si bien no se conoce con certeza cómo confluyen las distintas variables involucradas ni qué peso específico tiene cada una de ellas en la experiencia de dolor crónico, lo que se propone en los artículos es que en último término el componente biofísico presentaría una menor relevancia comparada con los factores psicológicos y sociales, las que a su vez influirían en la vertiente neurofisiológica de dicha experiencia (Rico, 2005).

En continuidad con dicha perspectiva, lo que se alude como “factores psicológicos” específicos de la fibromialgia supone la existencia de modos de ser inadecuados que, bajo términos como tipos de personalidad, creencias erróneas, o desregulaciones emocionales, influirían en el desarrollo de reacciones que otorgan sentidos siempre más o menos inadecuados respecto a aquel dato sensorial primario que se encontraría a la base del dolor experimentado en la fibromialgia (Montenegro et al., 2000; Zaninovic, 2001; Rojas, 2008). Allí se localiza el elemento que permite hacer comprensible la intensidad y duración del dolor presente en este cuadro, el cual se transformará en un problema sólo en cuanto afecte la funcionalidad y capacidad de autovalencia (o calidad de vida) de quien lo padece: “Considerar todos estos factores, permitirá comprender cómo el individuo enfrenta al dolor y cómo se adapta a su enfermedad, así como poder manejar los factores relevantes en forma oportuna, con el objeto de evitar la incapacidad y la cronicidad” (Guic et al., 2002, p. 1418).

De acuerdo a lo descrito, el cuerpo se conceptualiza como una superficie que recibe y emite datos sensoriales ajenos a la intervención del sujeto que habita dicho cuerpo. El dolor sería entonces uno de esos datos sensoriales, que es recibido por un sujeto, para luego, en un segundo momento, proceder a interpretarlo. Así, el problema del dolor presente en la fibromialgia sería, en suma, una interpretación errónea, entendida ésta como una lectura que perpetúa y amplifica el malestar asociado a un signo que viene del cuerpo, afectando con ello su correcta funcionalidad. En concordancia con esta perspectiva, una conducta habitualmente observable en estos pacientes sería el consumo de diversos medicamentos analgésicos, junto con el abuso de los sistemas de salud, o “doctor shopping” (Rico, 2005). Dado que no se explica cuál es el abuso o qué es lo que resulta abusivo de quienes padecen fibromialgia, la idea del “abuso” en el uso de los sistemas de salud permite visualizar el supuesto de una demanda siempre excesiva e inadecuada que no se correspondería con un uso correcto de los servicios de salud a los ojos de los profesionales tratantes.

Hasta el último número revisado en esta investigación (la edición del mes de octubre de 2017) no existen artículos en la *Revista Médica de Chile* que propongan directamente una problematización de la fibromialgia como diagnóstico que requiera una revisión específica. Como ya se ha dicho, la aparición de la *Revista El Dolor* editada por la ACHED ha concentrado la mayor cantidad de publicaciones respecto a

la problemática del dolor crónico y a partir de allí de la fibromialgia, desde la década de los años noventa hasta la actualidad.

La fibromialgia en la perspectiva de quienes son diagnosticados con ella

Las principales categorías temáticas en torno a las cuales gira el discurso de quienes fueron entrevistados se circunscriben a los siguientes puntos:

Primero, la constante tensión que existe entre el diagnóstico de fibromialgia y los rendimientos productivos de cada entrevistado. Junto con transformarse en un problema que requiere la consulta a algún especialista médico fundamentalmente en tanto el dolor circunscrito en este cuadro afecte algún aspecto relacionado con la productividad de quien lo padece (académica, laboral, doméstica), es posible notar en la experiencia de los entrevistados que el diagnóstico de fibromialgia parece entrar en una relación de tensión con aquello que se denomina un “uso productivo del tiempo”. Conceptos como sentirse “inválido”, “discapacitado”, “inútil”, o con un “futuro incierto”, dan cuenta de la significación que este diagnóstico adquiere en la narrativa de quienes lo padecen: “Con mi trabajo me trato de aguantar el dolor, pero a veces tengo que parar un rato, sentarme y respirar hondo hasta que se me pase” (Susana, entrevista 3).

Se observa un punto de conflicto respecto a las indicaciones médicas, justamente cuando éstas van en la línea de disminuir o evitar actividades que pudiesen agudizar la sensación de dolor, y que se encuentren dentro de lo que los pacientes refieren como un “uso productivo del tiempo”. Es allí cuando surge la sensación personal de inutilidad e insuficiencia asociada a la evitación de dichas actividades (laborales, académicas, deportivas, etc.). Por el contrario, si en el relato de los entrevistados las actividades que reportan algún rendimiento productivo presentan una alta valoración, en tanto son vistas como una manera útil de utilizar el tiempo, parecen no ser perjudiciales en sí mismas, pese a que podrían conllevar algún tipo de actividad que supusiera un aumento de la sensación dolorosa (cargar peso, sobrecarga laboral, falta de horas de sueño, o algún grado de conflicto interpersonal).

En segundo lugar, en todos los entrevistados aparece la idea que la noción de fibromialgia generó una sensación de alivio al momento de ser diagnosticada por primera vez. Esto, pues el acto de ubicar su padecer como diagnóstico médico permite otorgarle cierto grado de legitimidad, tanto ante sí mismos como ante su entorno social, pues con ello se asume que el dolor circunscrito en él dependería de factores biológicos, eventualmente objetivables, ajenos a la voluntad de quien lo padece:

Cuando a mis papás la reumatóloga les dijo que yo tenía esto, ahí les cayó la teja como se dice. Nunca me habían creído de mis dolores porque me decían “Cómo vas a tener algo si no te sale nada en los exámenes (Andrea, entrevista 2).

Según se sigue de lo señalado en las entrevistas, las propias dudas y suspicacias que la fibromialgia genera entre los profesionales encargados de tratarla, relativas a su etiología, a su presentación clínica y a su tratamiento, impactan tanto entre quienes la padecen como en su entorno cercano, creando un conjunto de incertezas que parecen incidir en la posibilidad de aliviar el dolor que se circunscribe en ella. De ahí se deriva que las decisiones en torno a qué hacer respecto a este diagnóstico se basen, no necesariamente en la saber experto del profesional tratante, sino en el vínculo que se tenga con quien proponga y sostenga dichas propuestas. Así, nunca es indiferente quién recomienda realizar algún tratamiento en torno a la fibromialgia y, más bien, la poca confianza que inspira alguna forma de intervención o tratamiento está dada por la sensación de falta de involucramiento afectivo de la persona tratante, no respecto a la biología eventualmente concernida en el dolor, sino respecto de la experiencia de sufrimiento que conlleva este diagnóstico:

Si tú vas al médico porque tienes fibromialgia, ves que tienen como un protocolo de cosas por hacer. Pero creo que esto no se sana así. Creo que es necesario notar que tu médico se preocupa

por ti y por lo que te pasa, que te cree lo que le dices. Y eso es difícil encontrarlo (Constanza, entrevista 4).

Un tercer aspecto relevante alude a ubicar en la historia personal un factor que pudiese influir en el desarrollo y posterior evolución del diagnóstico de fibromialgia. Se trata, en específico, de relatos marcados por eventos que generaron en su momento una intensa reacción de angustia (conflictos interpersonales, accidentes, violencia, etc.) los cuales, se asume, tendrían alguna relación de causalidad más o menos explícita con el desarrollo de la fibromialgia:

El primer año de liceo fue complicado porque bajé mucho de peso. Me sentía sola, no tenía amigos, las amigas que tenía ya no me hablaban. Entonces como estaba sola no comía ni almorzaba. Ese año también los dolores en las piernas comenzaron a aumentar mucho, y todo eso (Andrea, entrevista 2).

En la misma línea, un conjunto de situaciones ocurridas en la infancia (familiares cercanos con problemas similares, conflictos entre los padres, falta de comunicación en el hogar de origen) actuarían al modo de factores predisponentes que harían comprensible la aparición del diagnóstico en algún momento posterior de la vida. En este caso, se trata de ubicar a la fibromialgia como el resultado de un proceso cuyos eventos desencadenantes comenzaron tempranamente en la biografía, generando entonces las condiciones que, años más tarde, predisponen su aparición como cuadro sintomático: “Claro, yo creo que son cuestiones que te van marcando cuando eres chico, y que sin que te des cuenta te pueden afectar años después, quizás como me pasó a mí con esta enfermedad” (Pedro, entrevista 5).

Una cuarta categoría temática alude a localizar a la fibromialgia como un fenómeno que genera importantes consecuencias en el ámbito interpersonal. Así, la posibilidad de buscar en el otro la confirmación en torno a la verdad del propio dolor resulta una permanente preocupación, pues se trataría de un aspecto que parece ser determinante a la hora de pensar su aparición, intensidad, y eventual disminución. De esta manera, las dificultades que pudiesen surgir en los vínculos interpersonales parecen estar siempre influidas por las suspicacias que, en los demás, genera la experiencia de dolor de quien padece fibromialgia. Según esta perspectiva, la posibilidad de “empatizar” con otro apunta a quienes presentan la disposición a creer que el dolor referido corresponde a un fenómeno realmente existente, y no a una queja cuya realidad merece dudas o sospechas.

Ligado a este punto, se observa que el uso de lenguaje médico para referirse al dolor parece entregar alguna legitimidad social que permite otorgarle mayor credibilidad a dicho dolor, eventualmente ayudando en la aparición de empatía:

Yo creo que el hecho que me diagnosticaran con fibromialgia ayudó a que en mi casa entendieran que lo que me pasa es una enfermedad y ya no me vieran como una carga, como un cacho del cual preocuparse. Al final quedó claro que no es algo que dependa de mí, sino que se trata de un problema real (Andrea, entrevista 2).

Una última categoría de análisis, alude a ver al dolor circunscrito en la fibromialgia como una experiencia que sería posible regular por medio del aprendizaje de distintas formas de sobrellevarla o manejarla. Se trata entonces de localizar al dolor como fenómeno que dependería en cierto punto de la voluntad de cada quién por disminuirlo, lo que estaría dado por la manera como cada persona se “relaciona” con él. En dicha forma de referirse al dolor, éste es visto como un “algo” ajeno a la subjetividad de quien lo experimenta, un objeto con el cual sería posible aprender a relacionarse de formas más adecuadas, en la medida en que cada quién así se lo proponga:

Yo pienso que es esencial el tema de saber bien lo que te pasa. Saber bien cómo actuar cuando te vienen los dolores, y escuchar también lo que te va diciendo el propio cuerpo. Si al final creo que esto también se trata de aprender a conocer tu cuerpo. (Raquel, entrevista 1).

En definitiva, expresiones como “poner de su parte”, “estar activo”, “aprender a evitar quejarse”, o “aprender a conocer tu propio cuerpo” asumen la idea de que el manejo del dolor implica esfuerzos personales por adquirir aprendizajes que se supone, permitirían aliviarlo. En las distintas derivas que adquiere esta forma de darle sentido a la noción de aprendizaje, mediante términos como “amigarse”, “sobrellevar”, o tener una “mentalidad positiva”, se observa el supuesto de que el control de las propias conductas en una amplia diversidad de ámbitos (alimentación, sueño, relaciones interpersonales, rendimientos productivos, uso del tiempo libre) permitiría influir en la “relación” que se construye con el propio dolor, eventualmente influyendo en su alivio.

Discusión

Según lo que fuera planteado en la introducción de este trabajo, lo que resulta pertinente en una aproximación a la problemática de la fibromialgia es la interrogación en torno a la realidad social que de ella se deriva. En este sentido, a la luz de los resultados expuestos, es posible hacer las siguientes consideraciones:

Tal como señala Grob (2011), el alza en la problematización de la fibromialgia entre distintos actores de la sociedad estadounidense a partir de la década de los años ochenta se debe a una compleja interacción de factores que no se explican por la aparición de algún nuevo descubrimiento en cuanto a la etiología o el cuadro clínico de este diagnóstico. Tomando esta perspectiva, el sostenido incremento en el interés por abordar la fibromialgia evidenciado a partir de la década de los años noventa entre los profesionales de la salud chilenos parece obedecer a dos factores: Primero, si bien la problemática del dolor crónico venía siendo discutida con cierta regularidad al interior de la reumatología chilena por lo menos desde la década de los años cincuenta (por ejemplo, Arcaya, 1953), aquello que surge como novedad a partir de la década de los años ochenta es la paulatina consolidación de la noción de calidad de vida como concepto que permita orientar los esfuerzos terapéuticos de los profesionales de la salud. Se trata de una perspectiva que, a diferencia de la antigua idea de curación, supone la consideración en la praxis médica de un conjunto de factores que exceden la delimitación que ofrece la materialidad biológica del cuerpo, permitiendo entonces ampliar el rango de acción de la terapéutica hacia aspectos que buscan englobar la vida en términos amplios, incluyendo aspectos como como higiene del sueño, patrones de alimentación, uso del tiempo libre, patrón de relaciones interpersonales o productividad laboral (Costa, 2017).

Dicha aproximación resulta fundamental en el modo de problematizar la noción de fibromialgia, en tanto se trata siempre de un diagnóstico en el que el dolor es ubicado como el indicador, no de alguna alteración en la biología corporal, sino de personas que parecen no conducir sus vidas como se esperaría según el ideal que es puesto en circulación al interior del saber médico, relativo a una adecuada calidad de vida. Así, lo que surge en algunos textos de la década de los años ochenta, para consolidarse a partir de los años noventa, es que quienes padecen fibromialgia son personas cuya relación hacia su propio cuerpo, hacia los otros, o hacia sus rendimientos productivos, parece no localizarse dentro de los parámetros esperables según dicho ideal. Por ello, los esfuerzos terapéuticos dejan de centrarse en tratar de dilucidar el o los factores biológicos que se ubicarían como causa de este cuadro, y más bien se consolida una perspectiva donde el profesional, desde un rol principalmente pedagógico, utiliza la relación con el paciente para generar una serie de aprendizajes en torno al reconocimiento y manejo del propio dolor. Fundamentalmente, aquello incluye no exponerse a situaciones de riesgo (como estrés laboral o conflictos impersonales), desarrollar distintos hábitos que aliviarían el dolor (por ejemplo, comer cierto tipo de alimentos, dormir cierta cantidad de horas, o generar una rutina de ejercicios físicos) y utilizar medicamentos que podrían apoyar dicho alivio.

Un segundo factor que incide en la consolidación de la perspectiva descrita, es la aparición de la ACHED a principios de la década de los años noventa. Se trata de una asociación de distintos profesionales de la salud que paulatinamente comienza a ocupar un lugar de predominio en torno a los saberes y las prácticas

que se desarrollan respecto a la fibromialgia. Principalmente, es en la *Revista El Dolor* donde se concentran las publicaciones que tematizan la fibromialgia, estableciéndose allí una serie de supuestos que actúan al modo de verdades compartidas por los profesionales de la salud que se interesen en ella. A saber: la fibromialgia es una patología individual cuya etiología biológica está en estudio, que tiende a manifestarse en personas, habitualmente mujeres, que presentan alguna predisposición a ella debido a que no se relacionan adecuadamente con su cuerpo, generando así problemas tanto en sus relaciones personales como en sus niveles de productividad. El tratamiento es fundamentalmente multidisciplinario, siendo su objetivo principal la generación de aprendizajes que permitan una funcionalidad más adaptativa, en concordancia con el ideal de una adecuada calidad de vida.

Según se sigue de la perspectiva descrita, el dolor presente en la fibromialgia es entendido como un dato proveniente del cuerpo, respecto del cual sería posible relacionarse de formas más o menos adaptativas. Aquello implica que el aprendizaje del conjunto de saberes y prácticas entregados por los profesionales tratantes serían la forma adecuada de relacionarse al propio dolor, incidiendo con ello en su eventual alivio. Parece allí haber una contradicción con la lógica propuesta por la propia ACHED de entender al dolor como una “experiencia” (Paeile & Saavedra, 1990). Esto, pues si el dolor es una experiencia entonces se asume que éste no se reduce al dato corporal que lo provocaría. Por el contrario, el dolor sería justamente el modo como ese dato es experimentado por cada quien, no siendo posible pensar en un dolor sin un sujeto que le otorgue un sentido específico, sentido que se encontraría siempre influido por elementos como la historia personal, el contexto cultural o las creencias religiosas (Good, 1992; Jackson, 2000). Si ello fuera el caso, la idea de “relacionarse con el propio dolor” plantea el supuesto que sería posible una suerte de desdoblamiento subjetivo entre el sujeto que experimenta el dolor y el sujeto que se relaciona con él. Como se vio en este trabajo, parece ser esa la lógica que delimita el discurso de quienes son diagnosticados con este cuadro, al momento de visualizar su propio dolor como un “algo” respecto del cual resulta deseable desarrollar esfuerzos personales en la línea de aprender a “sobrellevarlo”. De esta manera, la experiencia de quienes padecen fibromialgia conlleva el supuesto de traducir en dichos términos su malestar, en tanto sería esa la manera como el propio padecimiento puede ser reconocido por otros, y por sí mismos, en tanto padecimiento legítimo. Se trata aquí de la paradoja que ofrece la noción de fibromialgia a quienes son diagnosticados con ella: por un lado, reconocimiento y legitimidad del propio sufrimiento en tanto se trataría de un término que otorgaría la garantía que, al tratarse de un diagnóstico médico, su causa se ubicaría en un factor objetivo ajeno a la propia voluntad y responsabilidad de quien lo experimenta. A cambio de dicha legitimidad, que como se ha visto es puesta en entredicho una y otra vez por parte de distintos actores dentro y fuera del ámbito médico, quien es diagnosticado con este cuadro accede, al menos implícitamente, a la traducción de su malestar según el marco comprensivo elaborado en torno a él. Aquello implica, entre otras cosas, ubicar bajo el escrutinio del profesional de la salud, no sólo ni necesariamente el funcionamiento del propio cuerpo, sino la manera de conducirse en la vida en general. Todo esto bajo la constante sospecha que la queja de dolor no es más que el índice de la propia inadecuación respecto de una calidad de vida esperable según los supuestos en torno a los cuales se ha construido este diagnóstico.

Por último, en la experiencia de quienes padecen fibromialgia la relación al ideal de una adecuada calidad de vida impacta en la manera de conceptualizar el dolor que este diagnóstico circunscribe. En efecto, el dolor es comprendido como el signo de un desajuste respecto de dicho ideal, el cual se evidencia a través de un déficit o un exceso en tres ámbitos distintos: primero, la relación al propio cuerpo. Es decir, el dolor como indicador de quienes no asumen ciertos cuidados que serían esperables según una buena calidad de vida (comer ciertos alimentos, tener una rutina de ejercicios, tener hábitos de sueño, no levantar objetos pesados, etc.), siendo su aparición o intensificación, el signo visible de aquello. En segundo término, el dolor como indicador de quienes no se relacionan con otras personas de acuerdo a formas que serían saludables, siendo este un fenómeno que tiende a aparecer o intensificarse en la medida en que quien lo padece experimente algún tipo de conflicto interpersonal. Se trata, en estos casos, de conflictos que serían siempre más o menos evitables en la medida en que se tomen los resguardos y las pautas de comportamiento adecuadas para ello. Finalmente, el dolor como indicador, en su aparición o intensificación, de quién no se relaciona adecuadamente con sus propios rendimientos productivos. Exceso

de carga laboral, aumento de responsabilidades académicas, poca preocupación por los quehaceres domésticos, serían todas circunstancias en función de las cuales el dolor asociado a la fibromialgia encuentra las condiciones idóneas para aparecer o agudizarse. Así, este diagnóstico parece dar cuenta de un modo de ser que, en la experiencia de quienes lo padecen, resulta ser excesivamente deficitario respecto del ideal de una calidad de vida saludable, ubicando siempre en la responsabilidad de quien lo padece las acciones necesarias para adecuarse a lo esperable según dicho ideal.

Con todo, el valor de estudiar la fibromialgia desde la perspectiva propuesta en este estudio es la entrega de insumos que permiten poner en relieve la economía moral con la cual se circunscriben los sufrimientos propios y ajenos en la sociedad chilena. Con ello se alude al proceso de producción, disputa y circulación de valores y afectos en torno a un problema o un hecho social (Fassin, 2018). Como ya fuera señalado en la introducción de este trabajo, la aparición y difusión de la fibromialgia se sitúa dentro de un proceso más amplio de medicalización del malestar, el cual incluye también la difusión y expansión de diversos diagnósticos relativos principalmente al ámbito de la salud mental (Aceituno et al., 2012; Perez, 2012; Miranda, 2016). Así, lo específico de la fibromialgia en este contexto es que la tensión particular que pone en juego entre los distintos actores que participan de ella, apunta a los requisitos morales que parecen necesarios a la hora de reconocer el sufrimiento como experiencia legítima de ser experimentada. Allí, no es trivial su traducción en términos médicos, en tanto dicha operatoria supone la existencia, o al menos la promesa, que la experiencia de sufrimiento es el indicador de una biología alterada. Aquello parece otorgar garantías de legitimidad a dicho sufrimiento, en tanto su aparición no sea responsabilidad ni consecuencia de la voluntad de quien lo padece (bajo la lógica que mientras más injusto, más legítimo). Al localizarse en un espacio donde no resulta del todo clara la presencia de dicha biología alterada, la fibromialgia parece ubicarse en un lugar difuso respecto a la atribución de responsabilidad asociada a la experiencia del dolor. Es ello justamente lo que este diagnóstico permite cuestionar al interior del saber médico, tensionando una y otra vez la posición de los distintos actores que participan de alguna forma en su existencia: ¿Es un cuadro simulado? ¿Qué responsabilidad tiene quien se queja de ella en su aparición y eventual agravamiento? En definitiva, ¿Cuán legítimo es el dolor de quien se queja de ella? Y en función de lo anterior, ¿Hay un dolor real del cual ocuparse y eventualmente empatizar?

Como la metáfora de unos tiempos que poco quieren saber de sí, y de su propia historia, la fibromialgia se sitúa como una expresión de sufrimiento que, en el Chile de hoy, poco es capaz de decir sobre sí misma, sobre sus causas y condicionantes sociohistóricas. Allí, el dolor aparece como un signo indeseable, muchas veces incomprensible y siempre puesto bajo sospecha, de eso que sin razón aparente se resiste a adecuarse a categorizaciones, pautas de conducta, normatividades y estandarizaciones tan propias de los tiempos que corren. Considerando las limitaciones propias del diseño investigativo que apoya este trabajo, resulta relevante continuar investigando estos problemas, abordando en toda su complejidad aquellos aspectos que, en el contexto chileno, le otorgan a este diagnóstico una existencia social particular.

Referencias

- Aceituno, R., Miranda, G. & Jiménez, A. (2012). Experiencias de desasosiego: salud mental y malestar en Chile. *Revista Anales de la Universidad de Chile*, 3, 89-102.
- Araujo, K. & Martuccelli, D. (2012). *Desafíos comunes. Retrato de la sociedad chilena y sus individuos*. Santiago de Chile: Editorial LOM.
- Arcaya, A. (1953). Factores psicogénicos en el reumatismo. *Revista Médica de Chile*, 12(31), 72.
- Aris, H. (1984). Reumatismos psicogénicos. *Revista Médica de Chile*, 12(112), 1248-1255.
- Asociación Chilena para el Estudio del Dolor (ACHED) (2017). Se presenta “Estudio de Costo-Consecuencia en Dolor Crónico no Oncológico y Carga de Enfermedad”. Extraído el 28 de Noviembre de 2017, de http://www.ached.cl/noticias/noticia_detalle.php?id=338.

- Barker, K. (2005). *The fibromyalgia story. Medical authority and women's worlds of pain*. Philadelphia, PA: Temple University Press.
- Barker, K. (2008). Electronic support groups, patient-consumers, and medicalization: The case of contested illness. *Journal of Health and Social Behavior*, 49, 20-36.
- Baszanger, I. (1998). *Inventing pain medicine. From the laboratory to the clinic*. New Brunswick: Rutgers University Press.
- Bilbeny, N. (2005). Síndrome miofascial y fibromialgia. En N. Bilbeny & C. Paeile (Eds.) *El dolor, de lo molecular a lo clínico* (pp. 383-398). Santiago de Chile: Editorial Mediterráneo.
- Canales, M. (2013). Análisis sociológico del habla. En M. Canales (Coord.) *Escucha de la escucha. Análisis e interpretación en la investigación cualitativa* (pp. 171-188). Santiago de Chile: LOM Ediciones.
- Costa, F. (2017). Vida saludable, fitness y capital humano. En F. Costa & P. Rodríguez (Comps.) *La Salud Inalcanzable* (pp. 113-142) Buenos Aires: Editorial EUDEBA
- Costa, F. & Rodríguez, P. (2010). La vida como información, el cuerpo como “señal de ajuste”: los deslizamientos del biopoder en el marco de la gubernamentalidad neoliberal. En V. Lemm (Ed.) *Michel Foucault: neoliberalismo y biopolítica* (pp. 151-176). Santiago de Chile: Ediciones Universidad Diego portales.
- Conrad, P. (1992). Medicalization and Social Control. *Annual Review of Sociology*, 18, 209-232.
- Chile, Ministerio de Salud. (2016). *Orientación Técnica Abordaje de la Fibromialgia*. Santiago de Chile: Autor.
- Das, V. (2015). *Affliction. Health, disease, poverty*. New York, NY: Fordham University Press.
- Espejo, A. (1991). Dolor crónico. *Boletín El Dolor*, 1(1), 4-5.
- Eva, P. (1990). Implicancias neuropsicológicas del dolor. En C. Paeile & H. Saavedra (Eds.) *El Dolor Aspectos Básicos y Clínicos* (pp. 185-196). Santiago de Chile: Editorial Mediterráneo.
- Fassin, D. (2004). Entre las políticas de lo viviente y las políticas de la vida. *Revista Colombiana de Antropología*, 40, 283-318.
- Fassin, D. (2018). *Life: A critical user's manual*. Princeton NJ: Polity.
- Ferrer, S. & Mellado, L. (1985). Mialgias. *Revista Médica de Chile*, 9(113), 897-905.
- Foucault, M. (1994/1999). ¿Crisis de la medicina o crisis de la antimedicina? En M. Foucault (aut.) *Estrategias de Poder. Obras esenciales, volumen II* (pp. 343-362). Barcelona: Editorial Paidós.
- Fuentealba, C. (2005). Síndrome fibromiálgico. *Revista Chilena de Reumatología*, 21(4), 235-236.
- Goic, A. (1981). Salud y calidad de vida. *Revista Médica de Chile*, 5(109), 467-473.
- Good, B. (1992). A body in pain. The making of a world in pain. En M. Delvecchio, P. Brodwin, B. Good & A. Kleinman (Eds.) *Pain as a human experience. An anthropological perspective* (pp. 29-48). Los Angeles, CA: University of California Press.
- Gordon, D. (1988). Tenacious assumptions in western medicine. En M. Lock & D. Gordon (Eds.) *Biomedicine Examined* (pp. 19-56). Dordrecht, NLD: Kluwer Academic Publishers.
- Grob, G. (2011). The rise of fibromyalgia in 20th-Century America. *Perspectives in Biology and Medicine*, 4(54), 417-437.

- Guic, E., Rebolledo, P., Galilea, E. & Robles, I. (2002). Contribución de factores psicosociales a la cronicidad del dolor lumbar. *Revista Médica de Chile*, 12(130), 1411-1418.
- Hadler, N. (2003). "Fibromyalgia" and the medicalization of misery. *The Journal of Rheumatology*, 8(30), 1668-1670.
- Jackson, J. (2000). *"Camp Pain". Talking with chronic pain patients*. Philadelphia, PA: University of Pennsylvania Press.
- Laplantine, F. (1986/1999). *Antropología de la enfermedad*. Buenos Aires: Ediciones del sol.
- Lolas, F. (1985). *Aspectos Psicofisiológicos del Dolor*. Santiago de Chile: Editorial Mediterráneo.
- López, S. (1997). Evaluación psicológica, psicosocial y terapéutica del paciente con dolor. En C. Paeile & N. Bilbeny (Eds.) *El dolor aspectos básicos y clínicos* (pp. 268-280). Santiago: Editorial Mediterráneo.
- Mc Carty, D. (1989). Fibromialgia. Extractado de la conferencia realizada en el Simposium Internacional "Avances en Reumatología" 25-26 de septiembre 1989. *Revista Chilena de Reumatología*, 3(5), 46-47.
- Miranda, G. (2016). Malestar en Chile, política sanitaria y psicoanálisis. En E. Radiszcz (Ed.) *Malestar y Destinos del malestar. Políticas de la desdicha* (pp. 32-51). Santiago de Chile: Social-Ediciones
- Montenegro, M., Ornstein, C., Tapia, P. & Muñoz, A. (2000). Modalidad de intervención no tradicional en el manejo del dolor crónico. *Revista El Dolor*, 32(8), 11-12.
- Muñoz, A. (1999). Generalidades sobre el manejo del dolor crónico. *Boletín del Departamento de Anestesiología y Reanimación del Hospital J.J. Aguirre*, 17(15), 36-43.
- Paeile, C. & Saavedra, H. (Eds.). (1990). *El dolor, aspectos básicos y clínicos*. Santiago: Editorial Mediterráneo.
- Pérez, C. (2012). *Una nueva antipsiquiatría: Crítica y conocimiento de las técnicas de control psiquiátrico*. Santiago de Chile: Editorial LOM.
- Ramírez, H. (1997). Síndromes miofasciales y fibromialgia primaria y secundaria. En C. Paeile & N. Bilbeny (Eds.) *El Dolor Aspectos Básicos y Clínicos* (2ª Ed.) (pp. 296-303). Santiago: Editorial Mediterráneo
- Rico, M. (2005). El dolor y su cronificación: entendiendo el problema. *Revista El Dolor*, 44(14), 52-54.
- Rojas, C. (2008). Manejo del dolor en reumatología. *Revista Chilena de Reumatología*, 24(4), 191.
- Savalnet (2013). *Dr. Norberto Bilbeny Lojo: "Falta crearle más al paciente respecto a temas de dolor"*. Santiago de Chile: Savalnet Mundo Médico. Extraído el 05 de enero, 2018, de <https://www.savalnet.cl/mundo-medico/entrevistas/falta-crearle-mas-al-paciente-respecto-a-temas-del-dolor.html>
- Wolfe, F., Clauw, D., Fitzcharles, M., Goldenberg, D., Katz, R., Mease, P., Russell, A., Russell, J., Winfield, J. & Yunus, M. (2010). The American College of Rheumatology Preliminary Diagnostic Criteria for Fibromyalgia and Measurement of Symptom Severity. *Arthritis Care & Research*, 5(62), 600-610.
- Zaninovic, D. (2001). Psicología del dolor. *Revista El Dolor*, 36(10), 27-33.